

Verslag

Bijeenkomst: Rondetafelbijeenkomst Huisartsen-vakgroep Geriatrie
 Vergaderdatum: 14 maart 2019
 Tijd: 18.00 uur - 20.30 uur
 Locatie: Vide personeelsrestaurant JBZ
 Voorzitter: Nathalie Beelen, Esther Cornegé
 Notulist: Colette Steenbakkers
 Datum: 18 maart 2019
 Bijlagen: Deelnemerslijst en activiteiten zorgnetwerk Den Bosch

Afspraken en acties

1.	Expertisecentrum geheugen Ook voor mensen met al langer bekende problematiek en voor jonge mensen met geheugenproblemen.
2.	Doorleefplan dementie Ook te koop aanbieden in het winkeltje van het JBZ?
3.	Zorgpad 'niet specifieke klacht' op de SEH. Brabantbreed project bij acute "knik" bij 70+. Start eind 2019, verwijzing via Zorgdomein. T.z.t. nadere informatie en communicatie.
4.	Gezamenlijke verantwoordelijkheid in het verwachtingsmanagement bij patiënt en familie over al dan niet terecht kunnen of opgenomen worden. En rondom casemanagement dementie
5.	Telefonische bereikbaarheid van de geriater Organiseren dat de huisarts de behandelend geriater kan spreken (onderscheid in direct/dezelfde dag spreken of evt. paar dagen later)
6.	Warme overdracht/telefonisch contact: <ul style="list-style-type: none"> - Altijd bellen bij wijzigingen in (ter zake doende) medicatie. - Graag laagdrempelig contact, zeker daar waar je "problemen" verwacht of het ingewikkeld is. - Verkennen mogelijkheden transmurale zorgbrug.
7.	Huisartsenbrief Episode kwetsbare oudere meesturen met verwijsbrief.
8.	Specialistenbrief <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijk benoemen bij acties wie doet wat (bijv. rondom casemanagement) - Belangrijkste adviezen en conclusie bovenaan (voorbeeld cardiologie) - Brief vanuit laatste contact genereren ipv het eerste contact (functioneren, lichamelijk onderzoek).
9.	Medicatie <ul style="list-style-type: none"> - Geriater doet een voorstel, huisarts past het zo nodig aan. - Stoppen van medicatie (geïnitieerd door een ander) nooit zonder overleg of dossier. - Medicatieoverdracht problematiek neerleggen bij regionale werkgroep Medicatieoverdracht in de keten (via eigen achterbannen) - Input huisartsen bij project 'medicatie gerelateerde ziekenhuisopname', vallen en medicatie. (Rob van Marum met Nathalie Beelen)
10.	Zorgnetwerk en projecten rondom ouderen <ul style="list-style-type: none"> - Delen van alles wat er al gebeurt in de regio (zie bijlage) - Agenderen signalen uit het veld rondom capaciteit, multiproblematiek en tekort aan casemanagers dementie
11.	ZorgDomein <ul style="list-style-type: none"> - Verwijzing cognitiecentrum helder maken - Onderzoeken wens en mogelijkheden teleconsultatie

1. Opening

Rob van Lier opent de tweede Rondetafelbijeenkomst en deelt mee dat dit initiatief afkomstig is vanuit het EenTwee-overleg waarin deelnemen: Antoinette Drossaert, Emma van Overbeeke en Rob van Lier namens de huisartsen en Linda Kemink en Sander Leenders namens de Bossche Specialisten Coöperatie. Vorig jaar bleek de Rondetafelbijeenkomst met de vakgroep cardiologie succesvol, daarom is er dit jaar een vervolg gegeven aan de bijeenkomst. Rob geeft het woord aan Nathalie Beelen, in opleiding voor kader(huis)arts ouderengeneeskunde, en Esther Cornegé, geriater. Nathalie en Esther hebben de bijeenkomst voorbereid.

2. Welkom en kennismaking met de vakgroep geriatrie

Esther Cornegé vertelt een en ander over de vakgroep geriatrie. Op de laatste bladzijde is een overzicht opgenomen met foto's en namen van de vakgroep geriatrie.

Lopende projecten

Centrum voor Geriatrische Traumatologie (CvGT)

- Wie: Alle pt > 70 jaar met heupfractuur die kwetsbaar zijn
- Wat: 24u post OK hoofdbehandelaar geriater
- Waar: op de orthopedie afdeling
- Hoeveel: 8 bedden

COR-85

- Wie: alle patiënten > 85 jaar
- Waar: op de cardiologie afdeling
- Wat: medebehandeling geriatrie
 - Polyfarmacie
 - Advance care bijv hartfalen
 - Cognitieve stoornissen
 - Stemming
 - Hulp bij uitplaatsingsvraagstukken

Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) expertisecentrum geheugen

- 2018 behaald
- Enige ziekenhuis in NL met STZ expertise geheugen
- Cognitieve stoornissen, Alzheimer, limbische encefalitis, primaire progressieve afasie, frontotemporale dementie, young onset Alzheimer
- Patiëntenzorg, wetenschap, opleiding, innovatie
- Primair Progressieve Afasie begeleidingsgroep gestart
- Planning: Topklinisch centrum verder ontwikkelen, samen met alle zorgpartners (intern en extern), incl begeleidingsgroepen uitbreiden

Huisarts Pauline Heijstee vraagt of het voor patiënten die al jaren bekend zijn, ook mogelijk is een beroep te doen op het STZ Expertise Centrum Geheugen. De geriaters antwoorden hierop dat het voor alle patiënten mogelijk is om hier een beroep op te doen, zeker voor de patiënten met zeldzamere vormen van dementie (anders dan Alzheimer en vasculaire dementie). Bij voldoende animo kan een nieuwe groep starten.

STZ expertisecentrum klinische farmacologie

- Behaald in 2018
- Vooral op polyfarmacie (bij ouderen)
- F-team: op chirurgische afdeling klinisch farmacoloog bij pt met polyfarmacie
- Rob van Marum zit ook in de richtlijn polyfarmacie 1^e lijn en is van daaruit ook betrokken bij farmacologie in de 1^e lijn.

Doorleefplan dementie

- "Praktisch invulboek om door te gaan met leven ook al heeft u dementie"
- Downloaden website JBZ

- Bol.com verkrijgbaar
- Checklist huisarts

Vraag van de huisartsen is of het boek 'Doorleefplan' verkocht kan worden in het winkeltje van het ziekenhuis. De geriater vinden dat een goed plan. Zij geven verder de tip dat het, naast dat het boek via bol.com besteld kan worden voor € 14,95, het boek ook gratis te downloaden is via de site van het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Nefrogeriatrie

Angèle Kerckhoffs, internist ouderengeneeskunde én nefroloog vertelt over nefrogeriatrie:

- Er worden gesprekken gevoerd met kwetsbare ouderen met terminale nierinsufficiëntie over wel of niet dialyseren (Shared decision making). Het is zeker niet zo dat dementerende ouderen per definitie niet kunnen worden gedialyseerd, er kan sprake zijn van gedragsproblemen waardoor het niet verstandig is. Gesprek vooraf is daarom essentieel. Waarom, wat zijn de risico's en wanneer is het niet meer mogelijk. Stoppen is heel moeilijk, daarom vooraf goed bespreken.
- Veel wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

Triage Acut verwarde ouderen (TAVO)

- Welke categorie wordt verstaan onder 'acut verwarde ouderen'? Alle patiënten > 60 jaar die (sub)acut verward zijn én niet meer thuis kunnen blijven.
- Wat:
 - naar SEH
 - geriater beoordeelt op somatiek/geriatrische ziektebeelden
 - Bij uitsluiten daarvan opname TAVO-bed
 - MDO psychiater, geriater, specialist ouderengeneeskunde na 72u
 - Doorstroom naar plek waar de patiënt thuis hoort
- Waar: TAVO-bed is op Centrum voor Ouderen en Ziekenhuispsychiatrie afdeling

Algemeen

De projecten binnen de vakgroep sluiten nauw aan bij de ontwikkelingen in het JBZ rondom Positieve gezondheid.

Ook in het JBZ ervaren we druk op bedden en bezetting. Dit komt o.a. door een tekort aan personeel, een toename van patiënten met een complexere zorgvraag en moeilijkere uitstroom. Ook onze partners zoals de verpleeghuis- en thuiszorgorganisaties (VVT) ervaren dezelfde problematiek. Dit betekent in het JBZ dat er bedden dicht gaan en afdelingen of OK's sluiten. Huisartsen en patiënten merken dit door toename wachttijd en soms opnamestops. Hoe we gezamenlijk omgaan met deze problematiek zal deze avond nog vaker ter sprake komen.

Esther vertelt dat geriater Karen Keijsers bezig is met een **Brabantbreed project > Zorgpad 'niet specifieke klacht' op de SEH**. Vanuit de huisartsen wordt vaak gehoord 'Ik weet het even niet meer'. Dit zorgpad is bedoeld voor 70+ waarbij sprake is van een acute knik. Vaak neemt de geriater deze groep patiënten over. Geriatrie wil graag filter zijn, maar we moeten samen koesteren dat we dit niet als sluiproute gebruiken voor patiënten die een zorgprobleem hebben. Er loopt nu een pilot samen met Bernhoven en Maasstad ziekenhuis, waarschijnlijk gaat de pilot eind 2019 van start. Het wordt een verwijzing via ZorgDomein en er komt voor deze groep patiënten één centraal contactnummer.

3. Onderlinge bereikbaarheid en bejegening

Huisarts Esther van der Logt deelt mee dat de ervaring rond de bereikbaarheid/communicatie met de vakgroep geriatrie wisselend is. Collega-huisartsen geven aan het gevoel te hebben dat ze moeten praten als Brugman om iemand gezien te krijgen. Je krijgt wel snel iemand aan de lijn, maar daarna wordt weerstand ervaren. Janet Bootsma herkent het niet. Ook andere aanwezigen (zowel huisartsen als geriater) herkennen dit niet. Geriateren geven aan dat ze wel aanvullende vragen stellen wat wellicht gevoeld wordt als weerstand ('is dit een knik of is het al een langer bestaand probleem'). Patiënten of familie geven vaak aan: 'De huisarts heeft gezegd dat patiënt opgenomen kan worden....'. We weten dan wel dat dat niet kan kloppen. We hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het verwachtingsmanagement. Geen beloftes en uitspraken doen naar de patiënt of familie.

Geriaters geven aan altijd naar een patiënt te willen kijken en zijn bereid altijd een advies te geven aan de huisarts.

Wat vinden de huisartsen van de bereikbaarheid van de geriaters?

Huisartsen geven aan dat het lastig is dat je de ene dag de ene geriater spreekt en de andere dag weer een andere geriater, als de dienst over gaat. Dan heb ik vaak mijn vraag nog niet beantwoord gekregen en het blijkt dat de overdracht van geriater naar geriater niet altijd gedaan is. Secretaresse geeft dan vaak de dienstdoende geriater terwijl de huisarts graag de behandelend arts wil spreken. Secretaresse is daar vaak erg star in. Ook al is het drie dagen later dat de behandelend arts terug kan bellen, dat is soms toch fijner dan de dienstdoende die de betreffende patiënt niet kent. Hierin kan een onderscheid gemaakt worden tussen de acute en chronische patiënt. Vooral bij die laatste is het van belang dat je als team (behandelaars) bij elkaar blijft. Actie voor de vakgroep om te kijken hoe ze dit anders kunnen organiseren.

Wat vinden de geriaters van de bereikbaarheid van de huisartsen?

Geriaters geven aan dat over het algemeen de huisartsen goed bereikbaar zijn. Huisartsen geven aan dat ze het heel fijn vinden als de geriater belt en dat dat best nog vaker kan of mag. Want soms denkt een huisarts ook "had me maar even gebeld", bijv. als er medicatie gestopt of gewijzigd is. Geriaters geven ook aan dat ze niet altijd willen storen. Huisartsen reageren daarop dat dat niet het geval is. Graag laagdrempelig bellen. Een warme overdracht 2 kanten op is erg belangrijk. Rob van Marum verwijst nog naar de successen van de transmurale zorgbrug elders in het land waar de 1^e lijn (wijkverpleegkundige) al in het ziekenhuis voor ontslag bij de patiënt komt. Zouden we dat hier ook niet kunnen organiseren? Peter Emmers geeft aan dat de POH ouderenzorg ook nog een belangrijke rol hierin kan spelen. Geriaters vinden dit een goed idee maar vinden het ook lastig omdat niet iedere HA praktijk op dezelfde manier is ingericht, en nog niet iedere HA-praktijk heeft een POH ouderenzorg heeft.

Teleconsultatie

Als het geen spoedvraag is kun je via ZorgDomein een teleconsult aanvragen. Dit blijkt niet bekend te zijn bij de huisartsen. Is nu ook nog niet mogelijk voor geriatrie, maar zou wel uitgerold kunnen worden.

4. Brieven/communicatie

Wat vinden de geriaters van de brieven van de huisartsen?

Geriaters geven aan dat zij alles lezen van wat de huisartsen schrijven. Behalve op de spoed iets minder goed, misschien juist daar wat meer overleg? Kijkt de geriater ook naar de brief van de huisarts als de patiënt via een ander specialisme is binnengekomen? Niet alle geriaters blijken over deze mogelijkheid te beschikken. Erica van Wijk geeft aan dat het voor iedereen mogelijk zou moeten zijn de verwijsbrieven in te zien. Wilma Lankester, unithoofd geriatrie gaat samen met de geriaters kijken hoe ze dit voor iedereen goed kunnen instellen.

Wat vinden de huisartsen van de brieven van de geriaters?

Soms staat in de brief: 'Casemanager', zonder verdere toelichting. In de brief zou moeten staan: 'De geriater adviseert aan de huisarts om begeleiding rondom de dementie te regelen.' Juist omdat er een wachttijd is voor casemanagers, of omdat in sommige praktijken de POH ouderenzorg dit doet. Dit is ook verwachtingsmanagement van de geriater naar de patiënt toe: er is niet altijd (meteen) casemanagement voorhanden (dit is ook niet altijd meteen nodig).

Graag duidelijk benoemen wie wat doet. Verder geven de huisartsen aan: besteed vooral tijd aan de conclusie, geen tijd stoppen in redigeren, liefst ook beginnen met belangrijkste adviezen, conclusie, beleid en daaronder de toelichting. (sommige specialismen in JBZ doen dit al). Meerderheid geeft aan lange brieven toch wel fijn te vinden. Zeker geen last van lange brieven. Patiënt mag ook meelesen, daar houden de geriaters rekening mee.

Brief genereert zich vanuit het eerste contact, terwijl voor de huisarts juist het laatste contact interessant is. In het laatste contact, wanneer de patiënt ontslagen wordt, kan de huisarts namelijk lezen wat het HB is etc. Dit vraagt nu om een handmatige actie van de geriaters. Iets om uit te zoeken wat de mogelijkheden zijn.

De huisartsen geven een compliment aan de vakgroep geriatrie. Heel fijn dat er zo zorgvuldig om wordt gegaan met de informatie en dat alle problematiek opgenomen wordt. Andere vakgroepen zouden hier een

voorbeeld aan kunnen nemen. Geriatrie betreft ook vaak andere problemen erbij. En er worden weinig tot geen afkortingen gebruikt, dat vinden de huisartsen ook fijn. Huisarts Renske Verdijk merkt op dat er soms een kopje 'Polyfarmacie' staat en dat is zo ontzettend fijn! Dit zouden eigenlijk alle artsen moeten doen.

5. Vragen in het kader van samenwerking

Medicatie

Medicatie zou zonder overleg niet gestopt mogen worden. Zou ziekenhuisbreed besproken moeten worden. Geriater kan wellicht een intermediaire rol spelen m.b.t. andere vakgroepen. Huisartsen vragen of de recepten die afkomstig zijn van de apotheek van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in het HIS van de huisarts komen. Helaas is dit nog niet op te lossen. Het probleem is bij de apotheek bekend, zowel stoppen als starten is een probleem. De cirkel is niet rond tussen apotheek, huisarts en ziekenhuis. Dit is landelijk overal een probleem. Chronische medicatie: vooral met elkaar overleggen.

Vanuit de klinische farmaciegroep deelt geriater Rob van Marum mee dat 'medicatie gerelateerde ziekenhuisopname' wordt onderzocht.

Vragen hierbij zijn:

- Hoe kunnen wij een signaal teruggeven aan de huisarts?
- Willen huisartsen meedenken?
- Hoe wil de huisarts geïnformeerd worden?

Er zijn bepaalde apothekers die hierin het voortouw willen nemen als het gaat om de opvolging van adviezen 'kijk naar mogelijk valincidenten' en medicatie beoordeling. Rob zou hier graag een keer op terug komen bij de huisartsen.

Huisartsen merken op dat als de apothekers adviezen gaan geven dat heel lastig, dat zijn geen dokters en je hebt vaak met meerdere apothekers, en tegenstrijdige adviezen, te maken. Huisarts adviseert dan ook om vooral richting huisarts te blijven communiceren hierover en dat de huisarts zelf de apotheek kan inschakelen. Rob zal hier bij Nathalie op terugkomen in de verdere bespreking en uitwerking.

Probleem wat zich ook voordoet is dat een familielid vaak oude medicijnen bestelt. Lastig dat apotheken onderling slecht communiceren. Familieleden kunnen naar receptenlijnen bellen wat eigenlijk niet zou mogen. Vraag is hoe de apotheek geïnformeerd kan worden bij opname van een patiënt, want bijvoorbeeld ook de uitgifte van baxterrollen loopt gewoon door als een patiënt opgenomen is zonder dat de apotheek dat weet.

Hoe krijgen we de informatie rondom kwetsbare ouderen vanuit 1e lijn naar 2e lijn?

Vaak is er al veel informatie bekend bij de huisarts die dan niet bekend is bij de geriater, zoals vanuit een MDO, een zorgplan etc. Een telefoontje is dan niet de oplossing. Actief opvragen kost ook tijd. Zou standaard mee moeten komen. Wat wel altijd mee komt is de probleemlijst. Als de huisarts de episode kwetsbare oudere meestuurt met de brief, dan is deze belangrijke info wel beschikbaar.

Susan geeft aan dat landelijk de oplossing hiervoor vooral gezocht wordt in de Persoonlijke Gezondheid Omgeving (PGO) voor de patiënt. Zou VIP Samenwerking hierin nog een oplossing kunnen zijn? Geriater geven aan dat zij niet kunnen inloggen in VIP, dat het daarom niet werkt. Goed om dit nog eens na te kijken, want het zou wel moeten kunnen. En zolang dat PGO er nog niet is, lijkt VIP wel een tussenoplossing te kunnen zijn.

Ontslag uit het ziekenhuis en zorg op de juiste plek

Als er geen andere zorgvraag is dan voorheen, dan kan de patiënt altijd terug naar huis (of verpleeghuis, als iemand daar woont). Huisarts Renske Verdijk zegt dat het fijn is als de geriater aan de assistente doorgeeft dat de patiënt naar huis kan. Juist om discussie met familie over een andere plek te voorkomen. We moeten elkaar hierin steunen. Daar waar je problemen verwacht, of het ingewikkeld is (bijv. familie) ook graag bellen. Niet perse bij elk ontslag.

Er is behoefte aan een zorgnetwerk rondom ouderen waarbij we vooral ook VVT moeten betrekken. Zou in elkaar geschoven moeten worden. Winst daarin is dat we allemaal helder krijgen wat ieders taak en rol is. Susan van den Bergh vertelt over het bestaan van dit zorgnetwerk in de regio met de VVT-organisaties, de

huisartsen, Reinier van Arkel en JBZ. Het is belangrijk om meer te delen wat er allemaal al gebeurt op dit terrein met de achterbannen.

Ten aanzien van PG, crisis en WLZ bedden. Hoe kunnen we gezamenlijk een vuist maken voor meer capaciteit? In andere regio's verdelen ze de zorg tussen verschillende aanbieders, is dit hier ook mogelijk? Dit kan ingebracht kunnen worden als agendapunt in het zorgnetwerk via Susan.

Susan merkt hierbij op dat de VVT organisaties in de regio veel meer samen op zijn gaan trekken de afgelopen 2 jaar. Iedereen is zich ervan bewust dat we alleen door samenwerken verder komen en dat er nieuwe oplossingen gezocht moeten worden. Geriaters en huisartsen geven aan dat de PG crisisbedden in de app altijd op 0 staan. Is echt een probleem. Susan brengt dit in de regiegroep en koppelt terug aan de aanwezigen van dit overleg.

SO zou mee moeten denken over zorgproblemen, niet de geriater. Zijn er regio's in NL waar het wel goed loopt? Ja, daar waar de ziekenhuizen en verpleeghuizen één organisatie zijn. Bij RIVAS Zorggroep zit in de hele keten in één organisatie. Van Neynsel beschikt over ELV en GRZ-bedden in het JBZ en heeft hierin een goede samenwerking met de andere VVT organisaties. Echter het personeelstekort is het grote pijnpunt, niet perse de bedden.

Casemanagement dementie

Hoe gaat dat nu? Wat zijn de ervaringen?

Het staat vaak onderin de brief. De geriater mogen zelf geen casemanager meer regelen, dat gaat nu via de huisarts. Huisartsen geven aan dat patiënten aangeven dat de geriater heeft gezegd dat de huisarts de casemanager gaat regelen. In de praktijk is dat vaak lastig. Geriaters zouden dit niet meer zo stellig moeten zeggen. Er is namelijk niet altijd een casemanager beschikbaar. Fijn als hier ook overleg over plaats vindt voordat de familie een advies krijgt. Soms kan de geriater ook nog tijdelijk is opvangen door de patient een keer terug te laten komen en de huisarts zo meer ruimte krijgt om andere dingen in gang te zetten of te regelen.

Kunnen we ergens een signaal afgeven dat te weinig casemanagers inzetten grote problemen gaat geven? Vivent heeft in deze regio de regierol op het casemanagement Dementie. Susan neemt dit mee in de regiegroep. Eerst analyse doen. Wat is wachttijd en hoeveel capaciteit is er wel. Je moet een goed verhaal hebben richting zorgverzekeraars. Liever niet zeggen: 'De huisarts regelt wel een casemanager en ook liever niet zeggen 'Zet uw koffer maar klaar, u wordt opgenomen in het ziekenhuis.' Verwachtingenmanagement zoals al eerder gezegd is hier belangrijk.

Huisarts Duco Wesselman geeft aan dat in Deurne en Helmond een groot netwerk is van verzekeraars, gemeente en zorgpartners wat goed blijkt te werken.

Geriaters Angèle Kerkhoffs geeft aan dat registratie nodig is. Als we het niet documenteren is dat ook weer lastig. Je moet wel een wig hebben waarmee je aan kunt tonen dat er begeleiding nodig is. Niet de 'casemanager' noemen. Misschien kunnen de geriater een mooie standaard zin opnemen in hun brieven.

Cognitiecentrum (ook voor jong dementerenden)

Geriaters geven aan dat we in het ziekenhuis de afspraak hebben dat we patiënten naar het cognitiecentrum sturen, maar veel patiënten worden nog naar de neuroloog gestuurd, terwijl ze daar niet thuishoren. Ze komen dan vaak te laat bij het cognitiecentrum. Susan van den Bergh is van mening dat dit een intern probleem is en niet het probleem van de huisarts. Dat we dat achter de voordeur dan goed/beter moeten regelen.

Aangegeven wordt dat de huisartsen niet op de hoogte zijn van het cognitiecentrum. Breng de boodschap rond. De huisarts stuurt ze niet naar de neuroloog of de geriater, maar naar het cognitiecentrum. Staat niet duidelijk in ZorgDomein, daar moeten we meer duidelijk geven. Moet ook duidelijker op de website komen. Erica van Wijk kijkt hier naar.

6. Evaluatie en afronding

Voor de liefhebbers volgt nog een rondleiding op de afdeling geriatrie. Iedereen wordt hartelijk bedankt voor de inbreng. Mocht u nog opmerkingen hebben naar aanleiding van de bijeenkomst, dan horen we dat graag per mail van u. U kunt uw mail richten aan via s.v.d.bergh@jbz.nl of c.steenbakkers@jbz.nl of naar zorgsamenwerking@jbz.nl

Het verslag wordt naar alle deelnemers gestuurd en wordt geplaatst in de nieuwsbrief.

Vakgroep geriatrie



Geriaters van links naar rechts:

Paul Dautzenberg, Truuke Kamminga, Karen Keijsers, Esther Cornegé, Angèle Kerckhoffs, Rob van Marum, Janet Bootsma, Karin van Strien en Wietske Schneider



Chef de clinique: Lotte van den Ingh



Boven: Verpleegkundig specialisten geriatrie:

Miran van Eijk en Renate Paanakker

Aanwezigen Rondetafelbijeenkomst Geriatrie 14 maart 2019

Geriaters/unithoofd

Esther Cornegé

Karin Keijsers

Angele kerckhoffs

Janet bootsma

Rob van Marum

Wilma Lankester, unithoofd geriatrie

Huisartsen

Nathalie Beelen

Duco Wesselman

Renske Verdijk

Sophie van de Meent

Maryk Tito Fernandez

Eric Hoomans

Erica van wijk

Lieke Paulidus

Jikke Roessingh

Bregje van de Coer

Antoinette Drossaert

Esther van der Logt

Pauline Heijstee

Rob van Lier

Peter Emmers

Giza Passos de Cerqueira

Team Zorgsamenwerking

Susan van den Bergh

Erica van Wijk

Colette Steenbakkens