

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Blinde transparantie

**P**ublicatie van contextloze praktijkvariatiegegevens. Onzorgvuldige berekeningen van het vermeende aantal onnodige operaties in Nederland. Een oproep tot het openbaar maken van niet onderzochte meldingen van incidenten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De zogenaamde 'sterftecijfers' als keuze-informatie voor patiënten. Maakt de wens tot transparantie ons inmiddels niet blind voor wat daadwerkelijk betekenisvol is?

Ik ben een groot voorstander van meer transparantie in de zorg: het vergaren en gebruiken van gegevens om te komen tot kwaliteitsinformatie die ook daadwerkelijk iets zegt. Die wat zegt als keuze-informatie voor de patiënt. En die wat zegt als verbeterinformatie voor de zorgaanbieder. Waar ook de verzekeraar, de Inspectie, de overheid wat aan heeft.

Bij de presentatie van de nieuwste (uit 2011) praktijkvariatiecijfers van zes electieve aandoe-ningen gaf Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nadrukkelijk aan voortaan samen met medisch specialisten deze cijfers te willen duiden. De Orde van Medisch Specialist en de wetenschappelijke verenigingen roepen de verzekeraars al jaren op tot meer samenwerking op dit gebied. Wij pakken deze handschoen dus graag op samen met ZN, maar ook samen met patiëntenorganisaties. Sterker nog: gezamenlijk onderzoek doen naar praktijkvariatie en hier duiding aan geven is een van de pijlers onder de campagne Verstandig Kiezen. Dit is een gezamenlijke campagne van ZonMw, de wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten.

Maar er is nog zoveel meer informatie die wacht op duiding en ontsluiting, en waar alleen samenwerking ons echt verder brengt. De huidige trend om alles – geduid of niet – openbaar te maken heeft in elk geval de discussie over betekenisvolle indicatoren in een versnelling gebracht. Ten aanzien van medisch-inhoudelijke indicatoren ben ik ervan overtuigd dat die moeten gaan komen uit de door de beroepsgroep opgezette en op te zetten registraties, waar inmiddels voorbeelden van bekend zijn. We willen toe naar uitkomstindicatoren, daar lijkt iedereen het wel over eens te zijn. Als cardioloog heb ik geprobeerd te bedenken hoe die er bijvoorbeeld bij het hartinfarct uit moeten zien. Hoe snel de cardioloog een bloedvat open krijgt? Hoe lang de patiënt in het ziekenhuis ligt? Wanneer de patiënt weer aan het werk is? Hoe hij of zij zich een maand na afloop voelt? Ik kom er nog niet uit.

En zo zal het zijn met alle indicatoren: geschikt voor het een, minder voor het ander. Niet zwart-wit. Het past bij de geneeskunde, waar het ook vaak grijs is, en minder zonneklaar dan iedereen graag wil. Waar de professional en patiënt dagelijks moeten kiezen uit vele opties. En waar het een kwaliteitsindicator van de arts zal zijn in welke mate hij of zij de patiënt kan helpen bij het maken van de keuze die daadwerkelijk bij de patiënt past. Hoe hij of zij het gesprek aangaat in de spreekkamer, zich verdiept in de wensen van de patiënt. Maar natuurlijk ook kennis heeft van en kundig is in het (laten) uitvoeren van het gekozen diagnostische en zo nodig therapeutische pad.



MARCEL DANIËLS



Er is nog  
zoveel meer  
informatie  
die wacht op  
duiding en  
ontsluiting



Orde van Medisch Specialist

Marcel Daniëls, bestuurslid OMS  
en voorzitter Raad Kwaliteit



MATHIJS ROMME



Gedeelde  
besluit-  
vorming  
hoort bij  
goede zorg

**Mathijs Romme**  
beleidsadviseur KNMG

COLUMN

## Artsen leveren medisch maatwerk in doorspreekkamers

**D**e eerste zwangerschap van mijn vrouw werd al ernstig gecompliceerd door haar chronische aandoening – maar toen hadden we nog geen kinderen en kon alles wijken voor de medische behandeling. De tweede zwangerschap is extra gecompliceerd, omdat gezondheid, werk én peuter gemanaged moeten worden. Ik zie nu in hoe fijn het is dat haar artsen met ons overleggen en daardoor begrijpen wat voor ons nodig, mogelijk en wenselijk is in de begeleiding van deze specifieke zwangerschap.

Gedeelde besluitvorming (ook wel ‘samen beslissen’ of ‘gezamenlijke besluitvorming’) staat internationaal bekend als shared decision making.<sup>1</sup> Het is een proces van drie stappen (‘option talk’, ‘choice talk’ en ‘decision talk’, MC 12/2014: 602) die u met uw patiënt kunt doorlopen. Als uw patiënt in stap één tot participatie bereid blijkt om in de besluitvorming te participeren (ca. 70%)<sup>2</sup>, dan zorgen de volgende stappen ervoor dat uw patiënt de relevante behandelopties begrijpt, zich bewust wordt van zijn persoonlijke waarden en voorkeuren, en samen met u een keuze maakt. Het is niet soft of zweverig, maar juist hard werken van arts en patiënt. Er zijn handleidingen en trainingen voor gesprekstechnieken om dit proces goed te begeleiden.

Gedeelde besluitvorming biedt therapeutische voordelen: ziekte-inzicht, therapietrouw, adequate respons op veranderingen in gezondheid en zelfmanagement; maar ook grotere patiënttevredenheid omdat de patiënt zich beter gehoord weet en mede-eigenaar van de behandeling voelt.<sup>3</sup> Bovendien geeft gedeelde besluitvorming zinvolle invulling aan de *informed consent* die de WGBO verlangt. Zonder van de processtappen van gedeelde besluitvorming een nieuw dogma te willen maken, is het algemene uitgangspunt ‘*nothing*

*about me, without me*’<sup>4</sup> in mijn ogen te huldigen.<sup>5</sup>

Op grond van factoren die u (relatief) objectief door waarneming kunt vaststellen, kan een bepaalde behandeling uw voorkeur genieten boven andere behandelopties. U baseert zich op evidence en ervaring, en combineert deze met de geconstateerde klachten van uw patiënt, zijn conditie, en de context waarin hij leeft en werkt. U bent als professional getraind en gewend om opties af te wegen, weg te strepen en tot actie over te gaan.

Maar u weet ook dat geneeskunst méér is dan een optelsom van technische afwegingen: medisch maatwerk is mensenwerk en sluit goed aan bij wat de patiënt belangrijk vindt. Zoals: Wat verwacht hij van zijn leven? Welke rol speelt zijn ziekte daarin? Welke klachten hinderen hem het meest, en welke klachten vindt hij minder erg? En hoe ziet hij zijn positie in de relatie met u? Deze vragen zijn minder objectief in de zin dat zij alleen door de patiënt beantwoord kunnen worden. Het proces van gedeelde besluitvorming helpt uw patiënt én u, om antwoorden te vinden op deze vragen. Uw spreekkamer is een doorspreekkamer.

Het behandelarsenaal blijft uitbreiden en creëert steeds meer preferentiegevoelige beslissingen. Daarom ben ik blij met de toenemende aandacht voor gedeelde besluitvorming in de medische zorg.<sup>6</sup> Wat nu nodig is, is ruimte. Ruimte in de artsopleidingen om artsen in gedeelde besluitvorming te trainen. En ruimte in het zorgverleningsproces om artsen en patiënten samen medische beslissingen te laten nemen. *knmg*

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns). Daar vindt u ook de voetnoten.

## Norm variabilisering 2014: 82 procent voor beide indicatoren

**D**e LHV en Zorgverzekeraars Nederland hebben overeenstemming bereikt over de normen voor de variabilisering 2014. Huisartsen moeten op beide, eerder vastgestelde indicatoren een percentage van 82 procent of hoger halen om aanspraak te maken op de variabiliseringsgelden. Deze afspraken zijn tot stand gekomen op basis van een analyse door het Nivel. Volgens beide partijen is hiermee een realistische norm vastgesteld.

### Indicatoren

Ook dit jaar moeten huisartsen hun dossier bijhouden volgens de richtlijnen van de Adequate Dossiervorming Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) om in aanmerking te komen voor het variabiliseringstarief. Concreet worden er twee zaken gemeten:


#### 1. Het onderbrengen van consulten onder een betekenisvolle episode

Ten eerste moeten gedeclareerde consulten (lang en kort) in de periode van 1 maart tot en met 31 mei gekoppeld zijn aan een episode die is voorzien van een betekenisvolle ICPC-code. Als 82 procent of meer van de consulten aan deze voorwaarde voldoet, dan is aan de eerste indicator voldaan. De volgende ICPC-codes worden als betekenisvol beschouwd:

- Episodes met ICPC-codes in de ranges 01-29 (klachten) en 70-99 (diagnoses), inclusief subcodes.
- Met uitzondering van A97 en A99 op hoofdcodeniveau, omdat deze soms als algemene verzamelcode worden gebruikt voor alle contacten. Episodes met subcodes A97.01, A97.02, A99.01 en A99.02 tellen wel mee als betekenisvolle episodes.
- Binnen de range 30-69 zijn er een aantal veel gebruikte ICPC-codes (verrichtingen in de huisartsenpraktijk). De episodes met ICPC-code die ook meetellen als betekenisvol, zijn: A44 (inenting), R44 (influenzavaccinatie), X37 en X49 (cervixuitstrijkje bevolkingsonderzoek) en K49 (Cardiovasculair risicomanagement), A49 (Ouderenzorg of Medicatiebeoordeling) L49 (Fractuurpreventie).

#### 2. Attentiewaarde/probleemstatus

Ten tweede moeten alle probleemstatuswaardige episodes, daadwerkelijk een probleemstatus krijgen. Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze de status van een episode 'met attentiewaarde' behoeven. De ADEPD-richtlijn kent een lijst met ICPC-codes die in aanmerking komen voor een episode met attentiewaarde, het gaat om categorie 2 uit tabel 50 uit de ADEPD-richtlijn. Deze lijst is in alle HIS-sen ingevoerd.

Voor beide indicatoren moet de afgesproken norm van 82 procent gehaald worden om straks in oktober het variabiliseringstarief te kunnen declareren. 

### Meer informatie

In het dossier Variabilisering op de LHV website staat een lijst met de belangrijkste vragen en antwoorden over variabilisering 2014. Daarnaast kunnen vragen over variabilisering 2014 ook dit jaar weer gesteld worden via [variabilisering@lhv.nl](mailto:variabilisering@lhv.nl).

## Betekenisloze praktijkvariatiecijfers verdienen duiding

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is een groot voorstander van meer transparantie in de zorg, maar is tegelijk bezorgd over de verspreiding van betekenisloze gegevens en lijstjes waar patiënten weinig aan hebben. Of in het ergste geval een patiënt op het verkeerde been zet. Dit stelt de OMS in reactie op de nieuwste cijfers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over praktijkvariatie bij zes aandoeningen, waaronder: staar, carpaletunnelsyndroom en heup- en knievervanging.

**D**e OMS wijst erop dat de data van ZN zijn gebaseerd op declaratiegegevens uit 2011. Kortom: de cijfers zijn gedateerd en niet herleidbaar tot afzonderlijke zorgactiviteiten die de medisch specialist heeft verricht. Ook is er geen norm bepaald. Wat is bij welke aandoening nu de beste mate van praktijkvariatie? Wanneer is er sprake van onderbehandeling en wanneer van overbehandeling? Dit is nu nog niet duidelijk.

Meer transparantie in de zorg moet een middel zijn om te komen tot betekenisvolle en vergelijkbare informatie voor patiënten en voor medisch specialisten onderling. Als transparantie een doel op zichzelf wordt en informatie wordt gepubliceerd zonder duiding, zoals nu bij de cijfers van ZN, dreigen we het werkelijke doel voorbij te schieten.

De OMS is verheugd dat ZN, na herhaalde oproepen van medisch specialisten, nu in haar persbericht aangeeft dat er een gezamenlijke verdiepingsslag nodig is om de cijfers betekenisvol te maken.



## Stageplekken voor buitenlandse artsen dringend nodig

### 'Mijn artsenbloed ging weer stromen dankzij de stageplek'



Julissa Cruz Gómez komt uit Santo Domingo. Ze heeft geneeskunde gestudeerd en is basisarts. Een mooie toekomst was voor haar weggelegd in de Dominicaanse Republiek. Maar toch is ze naar Nederland gegaan: voor de liefde. In Nederland was haar toekomst niet zo zeker. Maar één ding stond vast: ze wilde haar vak hier in Nederland uitoefenen. Maar dat bleek moeilijk. Ze had toen nog nooit van de KNMG gehoord.

**V**ol goede moed startte Julissa de weg naar haar BIG-registratie. Julissa: 'Taal is de sleutel. Ik wilde daar direct veel tijd en energie in stoppen. Ondertussen ging ik werken in een verzorgingshuis. Zo kon ik me de taal en cultuur in de zorg eigen maken.' Daarna zou ze zich storten op de AKV-toets en een stageplek zoeken. Maar dat ging zo gemakkelijk niet. 'Ik heb heel veel brieven geschreven. En heb heel veel afwijzingen gekregen. Tenminste, als de artsen al de moeite namen om me een berichtje terug te sturen. Dat werkte erg demotiverend.' Julissa kon nergens hulp vinden. 'Voor een buitenlander lijkt de assessmentprocedure erg bureaucratisch. Ik werd met mijn vragen vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Ik wist niet waar ik terecht kon voor hulp.' Uiteindelijk besloot ze een andere wending in haar loopbaan te nemen; de hoop om in Neder-

land arts te worden, had ze opgegeven. Ze besloot zich om te scholen tot praktijkassistent. Maar ook dat ging zomaar niet. De twee jaar praktijkervaring in een verzorgingshuis bleek achteraf van een te laag niveau te zijn om aan de opleiding te mogen beginnen. Julissa: 'Bijna had ik de hoop opgegeven totdat iemand mij attendeerde op de KNMG. En toen ging het snel. Via de KNMG ben ik bij dokter Essers terechtgekomen. Ik had een stageplek, als arts!'

#### Een verrijking voor de praktijk

Dokter Hans Essers heeft zijn praktijk 'Hueting en Essers' in Katwijk aan de Rijn. Essers: 'Via een mailing van de KNMG heb ik onze praktijk als stageplek voor buitenlandse artsen aangeboden. Ik voelde me aangesproken. Het voelt voor mij ook een beetje als mijn plicht. We bieden zo een kans voor buitenlandse artsen

die zich vol enthousiasme voor de Nederlandse zorg willen inzetten. Een kans die ik als coassistent ook gehad heb. Daarnaast is het is een verrijking. We hadden gesprekken over de verschillende behandelmethodes in Nederland en de Dominicaanse Republiek. Voor ons ook leerzaam. Bovendien dwingt een buitenlandse arts in je praktijk je weer even stil te staan waarom de zorg hier zo georganiseerd is zoals het nu is. Verder was er geen enkel probleem met bijvoorbeeld de taal, en werkte haar enthousiasme aanstekelijk.'

#### Geluk

Julissa: 'Een gouden greep! Door het werken bij dokter Essers kreeg ik mijn zelfvertrouwen terug. Al snel mocht ik zelf patiënten zien. Ik kreeg positieve reacties en wist dat ik door wil gaan met mijn vak. Ik heb nu net mijn BIG-registratie. Mijn artsenhart bloeit weer, net als vroeger!' *knmg*

#### *knmg* Districten

Wij zoeken nog huisartsenpraktijken die stageplekken willen aanbieden voor buitenlandse artsen. Bent u geïnteresseerd? Neem contact op via [districten@fed.knmg.nl](mailto:districten@fed.knmg.nl).

## Minister stemt in met Besluit sportgeneeskunde van CGS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 8 april 2014 ingestemd met het Besluit sportgeneeskunde. Het besluit houdt in dat het specialisme sportgeneeskunde en de bijbehorende opleidingseisen wettelijk worden erkend. Ook wordt de titel sportarts wettelijk beschermd op grond van de Wet BIG. Het besluit gaat in op 1 juli 2014.

Na een zorgvuldig voortraject had het CGS in september vorig

jaar besloten tot erkenning van de sportgeneeskunde als specialisme. Dit besluit wordt nu ondersteund door het besluit van de minister. Het CGS ziet een zelfstandige plek voor dit vakgebied in het zorgveld, waarbij de sportarts vooral complementair aan en in synergie werkt met de bestaande vakgebieden. *knmg*

De integrale tekst van het besluit is te vinden op [knmg.nl/cgs](http://knmg.nl/cgs). Voor vragen kunt u zich wenden tot mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, via [cgs@fed.knmg.nl](mailto:cgs@fed.knmg.nl) of 030 2823 281.

## PRAKTIJKDILEMMA

### VEELGESTELDE VRAGEN AAN DE KNMG ARTSENINFOLIJN

# Vernietigen van het dossier

Mijn patiënt wil dat ik gegevens uit het dossier vernietig. Ze heeft aangegeven dat die gegevens anders door de verzekeringsarts van het UWV worden opgevraagd en ze dan mogelijk haar arbeidsongeschiktheidsuitkering verliest. Moet ik de gegevens vernietigen?

**E**en patiënt heeft het recht op vernietiging van het gehele dossier of een deel daarvan. Volgens de wet moet een arts aan zo'n verzoek meewerken, behoudens uitzonderingsgevallen. Dan moet worden gedacht aan situaties dat de patiënt reeds een procedure tegen de arts heeft aangevangen, de informatie van vitaal belang is voor naasten of wanneer volgens de wet niet mag worden vernietigd.

Doordat het recht op vernietiging zo'n sterke wettelijke basis heeft, staan artsen regelmatig voor een dilemma. Een volledig dossier is immers essentieel voor de kwaliteit en de veiligheid van de patiëntenzorg. Het is van belang dat de patiënt zich dat goed realiseert bij een verzoek om vernietiging. De KNMG adviseert artsen daarom met de patiënt eerst het gesprek aan te gaan alvorens het verzoek te honoreren. Daar komt bij dat achter een verzoek om geheel of gedeeltelijke vernietiging vaak een 'hulpvraag' schuilt. Zo wil de patiënt soms graag nogmaals een verwijzing naar een bepaalde specialist ook al leverde dat eerder niets op. Ook komt het voor dat een patiënt bang is dat bepaalde informatie – zoals over de psychische gezondheid – tegen hem kan

worden gebruikt. Het is goed daarover met de patiënt in gesprek te gaan. Afhankelijk daarvan beslist u of er een nieuwe verwijzing komt of dat gegevens worden vernietigd. Ook kunt u de patiënt wijzen op zijn recht een eigen verklaring toe te voegen aan het dossier en op uw beroepsgeheim naar derden toe.

Als u vooraf weet dat de patiënt het vernietigingsverzoek doet om de boel op te lichten, dient zich een ander dilemma aan. U zou kunnen denken 'als behandelend arts gaat het mij niet aan wat er speelt tussen mijn patiënt en het UWV of andere sociale of particuliere verzekeraars'. Het is bovendien de wetgever die de patiënt het vernietigingsrecht heeft toegekend. Als arts heeft u evenwel ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid, onder meer neergelegd in de artseneed, KNMG-gedragsregels en richtlijnen. De KNMG kan zich daarom goed voorstellen dat u in een conflict-van-plichtensituatie komt en dat u als goed hulpverlener de patiënt wijst op uw maatschappelijke verantwoordelijkheid. U kunt de patiënt dan laten weten dat u er grote moeite mee heeft mee te werken aan frauduleus handelen.

Als de patiënt volhardt in zijn wens om zijn dossier geheel of gedeeltelijk te

vernietigen, dan moet u volgens de wet aan dat verzoek voldoen. De KNMG adviseert u dan wel in het dossier aan te tekenen dat delen daaruit op verzoek van de patiënt zijn vernietigd. U kunt de patiënt ook vragen het verzoek om vernietiging op schrift te stellen. Dat verzoek, waarin staat welke delen zijn vernietigd, bewaart u dan niet in het dossier maar apart. Wijst u de patiënt er vooraf op dat u na vernietiging geen onjuiste of misleidende antwoorden zult geven bij verzoeken om informatie van anderen. Als u ziet dat, door de informatievernietiging, er een verkeerd beeld ontstaat op basis van het resterende dossier kunt u als volgt reageren: 'wegens onvolledig dossier kan ik deze vragen niet goed beantwoorden,' iets wat u bij een verzoek om vernietiging van een patiënt al direct kunt aankondigen. *knmg*

#### Vraag? KNMG Artseninfolijn

De KNMG-Artseninfolijn adviseert KNMG-leden gratis over gezondheidsrechtelijke en medisch-ethische vragen. Kijk op [knmg.nl/faq](http://knmg.nl/faq) voor veelgestelde vragen, bel 030 2823 322 of mail: [artseninfolijn@fed.knmg.nl](mailto:artseninfolijn@fed.knmg.nl)



## LAD-ledenvergadering

15 mei 2014

**A**genda voor de 81ste (extra) ledenvergadering van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) op donderdag 15 mei om 19.30 uur in Domus Medica, Mercatorlaan 1200 in Utrecht (Papendorp).

1 Opening en mededelingen

2 Welkomstwoord voorzitter

### Besluitvormend:

3 Notulen van de LAD-leden-vergadering d.d. 12 december 2013

4 Algemene verantwoording over het gevoerde beleid van de LAD (LAD-jaarverslag-2013)

5 Financieel beleid

a Rekening en verantwoording

van de penningmeester over het jaar 2013

b Decharge van het bestuur

6 Benoeming voorzitter


### Opiniërend:

7 Verenigingsstructuur

Toelichting op en discussie over het voornemen om met ingang van 1 januari 2015 de verenigingsstructuur van de LAD aan te passen

8 Rondvraag

9 Sluiting

Alle LAD-leden hebben toegang tot de ledenvergadering (art. 24 statuten en art. 14 huishoudelijk reglement). U kunt zich aanmelden en/of de stukken aanvragen via [bureau@lad.nl](mailto:bureau@lad.nl) of telefonisch 030 6702 705. 

## LAD schort overleg GGD'en op

**O**mdat er nog steeds geen onderhandelingsresultaat is voor de Cao Gemeenten, vindt de komende tijd geen georganiseerd overleg plaats tussen de LAD en de GGD'en. Dit is in lijn met het standpunt van de andere werknemersorganisaties.

Deze cao geldt voor circa 180.000 gemeenteambtenaren.


### LAD's cao-agenda

22 april Jeugdzorg

25 april Aios ouderengeneeskunde

26 mei Ziekenhuizen

Kijk voor de voortgang van deze

cao-onderhandelingen op [lad.nl](http://lad.nl). 



Na zo'n 5½ jaar zit het LAD-voorzitterschap van Gert van Enk er per 1 juni 2014 op.

**Federatie KNMG**  
Koninklijke Nederlandse  
Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst  
R.J. van der Gaag, voorzitter  
F.C. Raasveldt, algemeen directeur  
L. Wigtersma, algemeen directeur  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht  
tel. 030 2823 800, [info@fed.knmg.nl](mailto:info@fed.knmg.nl), [knmg.nl](http://knmg.nl)



**FEDERATIEPARTNERS  
KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid  
mw. F.P. Koning-van den Berg van Saparoea, voorzitter  
R. Duzijn, directeur  
tel. 030 3033 662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband  
J.G. van Enk, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 030 6702 702  
[bureau@lad.nl](mailto:bureau@lad.nl)  
[lad.nl](http://lad.nl)



**LHV**  
Landelijke Huisartsen  
Vereniging  
S.R.A. van Eijck, voorzitter  
L. Hennink, algemeen directeur  
tel. 030 2823 723  
[lhv@lhv.nl](mailto:lhv@lhv.nl)  
[lhv.nl](http://lhv.nl)



**NVAB**  
Nederlandse Vereniging voor  
Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde  
G.B.S. Penders, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 2040 620  
[kwaliteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwaliteitsbureau@nvab-online.nl)  
[nvab-online.nl](http://nvab-online.nl)



**NVVG**  
Nederlandse Vereniging  
voor Verzekeringsgeneeskunde  
W.A. Faas, voorzitter  
mw. C.F.M. Woldberg, directeur  
tel. 030 6868 764  
[secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl)  
[nvvg.nl](http://nvvg.nl)



**OMS**  
Orde van Medisch  
Specialisten  
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 030 2823 650  
[secre@orde.nl](mailto:secre@orde.nl)  
[orde.nl](http://orde.nl)



**VerenSo**  
Specialisten in  
ouderengeneeskunde  
mw. N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter  
F.J. Roos, directeur  
tel. 030 2823 481  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl)  
[verenso.nl](http://verenso.nl)

