

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Van papier naar praktijk

Mijn voorzitterschap van de LHV was net twee weken begonnen toen Prinsjesdag zich aandiende. Je zou kunnen zeggen: ik viel met mijn neus in de boter. Want net aangetreden of niet, er werd natuurlijk wel een reactie verwacht van de LHV. Tijdens een ontbijtdebat op de ochtend na Prinsjesdag had ik de gelegenheid om het huisartsenperspectief naar voren te brengen.

De reactie van de LHV op de VWS-begroting was overwegend positief: er is een duidelijke waardering voor de rol van de huisarts te zien en voor het eerst sinds lange tijd groeien de zorgkosten minder hard. Daarbij komt dat de huisartsenzorg juist meer mag groeien dan de rest van de zorg, zeker wanneer dit besparingen elders oplevert. Er is wel een belangrijke kanttekening bij te plaatsen. De prominente rol die de huisarts wordt toegedicht, mag niet ten koste gaan van de kwaliteit. Het is van groot belang dat de huisarts voldoende tijd aan al zijn of haar patiënten kan besteden. Is er meer tijd nodig per patiënt? Dan moet het aantal patiënten per huisarts omlaag. Zo simpel is het.

Best spannend

Mijn aantreden bij de LHV valt samen met de uitrol van grote stelselwijzigingen in de zorg en van een nieuwe bekostigingssystematiek in de huisartsenzorg. Dat maakt het best een spannende tijd. De afspraken staan grotendeels op papier (alleen de Wet langdurige zorg is nog niet definitief), nu moet de vertaalslag worden gemaakt naar de praktijk. Want het opschrijven van veranderingen is één ding, de implementatie vergt nog de nodige aandacht.

De decentralisaties in de zorg en de substitutie van de tweede naar de eerste lijn passen bij de

principes van de huisartsenzorg: toegankelijke, zinnige en zuinige zorg in de buurt van de patiënt. Tijdens mijn eerste kennismakingen in het land is me opgevallen dat er de afgelopen jaren al veel vernieuwing heeft plaatsgevonden die aansluit bij deze trends. Denk aan de praktijkondersteuners die veel huisartsen tegenwoordig in dienst hebben en die werk doen dat voorheen door de huisarts en door de tweede lijn werd gedaan. Het laat zien dat er veel mogelijk is in de huisartsenzorg en dat huisartsen zich inzetten om zo goed mogelijk zorg dicht bij de patiënt te leveren.

Vinger aan de pols

Het zorgstelsel gaat dus op de schop en eerlijk gezegd was dat in sommige opzichten ook hoognodig. Maar de transities zijn erg omvangrijk en in sommige gevallen moet de zorg met minder geld worden uitgevoerd. Dat is een zware dobber. Als LHV houden we nadrukkelijk een vinger aan de pols. Als huisartsen problemen signaleren, trekken we aan de bel, zodat tijdig kan worden bijgestuurd en gecorrigeerd.

Er zijn zowel in de huisartsenbekostiging als in de zorgtransities heldere afspraken gemaakt en dan is het de bedoeling dat deze bij de implementatie ook worden nagekomen. Dat betekent bijvoorbeeld dat gemeenten niet moeten proberen huisartsen in hun verwijsrecht te beperken. Dat langdurige zorg thuis ook daadwerkelijk verantwoord moet kunnen worden geleverd aan patiënten. Dat zorgverzekeraars de innovatie contracteren die is afgesproken in het zorgakkoord. Huisartsen willen graag meewerken aan zinnige en zuinige zorg. De LHV staat ervoor dat de inzet van huisartsen wordt beloond en dat de patiënt uiteindelijk daadwerkelijk beter af is.

“

ELLA KALSBEEK



Als huisartsen problemen signaleren, trekken we aan de bel



Ella Kalsbeek
Voorzitter Landelijke Huisartsen
Vereniging



GERT VAN DIJK



Het screenen
van klachten-
vrije mensen
moet met
grote terug-
houdendheid
gebeuren

Gert van Dijk
ethicus KNMG

COLUMN

Stellen we bij kanker de juiste prioriteiten?

Onderzoekers van het LUMC trokken onlangs een bijzondere – en omstreden – conclusie: borstkanker-screening bij vrouwen boven de 70 doet meer kwaad dan goed. Zij sloten daarmee aan bij recent Canadees onderzoek dat meer algemeen twijfel zaaide over het nut van borstkankerscreening.

De problemen met het screenen van klachten-vrije mensen zijn bekend: overdiagnostiek, overbehandeling, vals-positieven, vals-negatieven en patient delay. Of deze problemen opwegen tegen mogelijke winst in morbiditeit en mortaliteit is onderwerp van wetenschappelijk en ethisch debat. Hoe weeg je een onnodige operatie af tegen een zinvolle? Hoe weeg je een sterfgeval van een gezond iemand door coloscopie af tegen een 'gered' leven? Het antwoord hierop is doorgaans: 'Geef mensen informatie en laat ze zelf kiezen'. Dat lijkt neutraal, maar is het niet. Allereerst niet omdat de informatie die mensen krijgen een moreel geladen interpretatie is van wetenschappelijk onderzoek. Wie bijvoorbeeld uit verschillende landen informatiebrochures over borstkankerscreening naast elkaar legt, ziet in sommige een veel kritischer houding dan in andere, die juist uitgesproken wervend van aard zijn. Toch zijn beide op dezelfde literatuur gebaseerd.

Ook het doen van een aanbod zelf is niet neutraal. Wie een screeningsaanbod naast zich neerlegt en daarna toch de aandoening krijgt zal het gevoel hebben medeverantwoordelijk te zijn: 'had ik maar...' Deze 'geanticipeerde beslissingsspijt' speelt een belangrijke rol in de afweging van mensen om in te gaan op een screeningsaanbod. De motieven om mee te doen aan screening zijn daarmee deels dezelfde als die waarom mensen meedoen aan een loterij: veel mensen lopen geringe schade op en een enkeling wint de hoofdprijs. Kennelijk weegt de grote kans op geringe schade voor veel mensen op tegen de kleine kans om de hoofdprijs te winnen.

Een aanbod van screening speelt ook in op andere angsten en niet expliciet gemaakte aannames. Zo denken veel mensen dat je er bij kanker 'zo vroeg mogelijk bij moet zijn' en dat kanker 'altijd' behandeld moet worden. Maar sommige kankers zijn zo agressief dat screening geen zin heeft, en soms is afwachten verstandiger dan ingrijpen. Ook weten we dat mensen de effectiviteit van screening en de a-priorikans om aan een bepaalde aandoening te overlijden veel hoger inschatten dan ze in werkelijkheid zijn. Hoeveel mensen weten dat de kans om tussen 55-75 aan darmkanker te overlijden schommelt rond 1 procent?

Dit alles legt een zware bewijslast bij de aanbieders van screening. Die last geldt niet alleen voor de objectiviteit van de informatievoorziening, maar ook voor het onderliggende wetenschappelijke bewijs. Het screenen van klachten-vrije mensen zou dan ook met grote terughoudendheid moeten worden gedaan. Screening invoeren is immers veel eenvoudiger dan het later weer afschaffen. Zo zal het verlagen van de leeftijdsgrens van borstkankerscreening van 75 naar 70 jaar waarschijnlijk op veel verzet stuiten van vrouwen rond die leeftijd, om over het volledig afschaffen nog maar niet te spreken.

De aandacht van artsen zou wat mij betreft vooral moeten uitgaan naar mensen die daadwerkelijk klachten hebben, en minder naar mensen die mogelijk in de toekomst klachten krijgen. Ook zou prioriteit gegeven moeten worden aan methoden van preventie die een sterke evidentie hebben, zoals stoppen met roken. Het is dan ook moeilijk te begrijpen dat voor het terugdringen van tabaksgebruik slechts zulke beperkte middelen beschikbaar zijn en voor omstreden screeningsprogramma's zo veel. *knmg*

De columns op deze pagina zijn geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

PRAKTIJKDILEMMA

VEELGESTELDE VRAGEN AAN DE KNMG ARTSENINFOLIJN

Wie mogen geneesmiddelen voorschrijven?

Antwoord

Artsen, tandartsen en verloskundigen mogen recepten uitschrijven zolang zij in het BIG-register staan ingeschreven. Daarnaast hebben verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) een (tijdelijke) voorschrijfbevoegdheid. De wet biedt daarnaast de mogelijkheid om aan bepaalde verpleegkundigen een voorschrijfbevoegdheid toe te kennen.

Toelichting

Bepaalde geneesmiddelen zijn uitsluitend op recept verkrijgbaar; de zogenoemde UR-geneesmiddelen. In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bepaald welke beroepsbeoefenaren bevoegd zijn om recepten voor UR-geneesmiddelen te schrijven. Van oudsher zijn dat drie beroepen: **artsen, tandartsen en verloskundigen**. Zij mogen binnen hun deskundigheidsgebied en voor zover zij bekwaam zijn voorschrijven. In 2012 hebben **verpleegkundig specialisten** en **physician assistants** (voor vijf jaar) een voorschrijfbevoegdheid gekregen. De wet stelt een aantal voorwaarden aan die bevoegdheid. Zij mogen geneesmiddelen voorschrijven:

- binnen hun deskundigheidsgebied
- voor zover het om minder complexe, routinematige recepten gaat waarvan de risico's te overzien zijn.

Bovendien moet volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen worden gehandeld. Welke UR-geneesmiddelen dit exact zijn is afhankelijk van de lokale situatie. Hierover moeten afspraken gemaakt worden (zie de publicatie 'Handreiking implementatie taakherschikking'). De wet biedt daarnaast de mogelijkheid om bepaalde groepen verpleegkundigen een voorschrijfbevoegdheid toe te kennen.

Van deze mogelijkheid is gebruikgemaakt voor:

- diabetesverpleegkundigen (vanaf 1 februari 2014)
- longverpleegkundigen (vanaf 1 februari 2014)
- oncologieverpleegkundigen (bevoegdheid volgt naar verwachting later)

Aan de voorschrijfbevoegdheid zijn voorwaarden verbonden. Een van de voorwaarden is dat een arts eerst een diagnose (diabetes, COPD) moet hebben gesteld. Bovendien moeten richtlijnen, standaarden en protocollen worden gevolgd. Het is daarnaast belangrijk om in de praktijk afspraken te maken over samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het gaat niet om een brede voorschrijfbevoegdheid, maar om een beperkt aantal geneesmiddelen. Diabetesverpleegkundigen mogen bloedglucose-regulerende geneesmiddelen voorschrijven, longverpleegkundigen bepaalde inhalatiemedicatie.

Andere beroepsbeoefenaren, zoals bijvoorbeeld doktersassistenten en praktijkondersteuners, mogen geen recepten schrijven. Ook niet in opdracht van een arts. Wel mogen zij zogenaamd voorwerk verrichten door het recept te schrijven waarna de arts het controleert en vervolgens autoriseert. Een dergelijke werk-

wijze wordt vaak gebruikt bij herhalingsrecepten. De werkwijze waarbij de arts vooraf blanco receptpapier ondertekent en de doktersassistente het recept vervolgens invult, wordt als onjuist beschouwd.

Meer informatie

Kijk voor meer informatie in de KNMG-webdossiers 'Taakherschikking' en 'Geneesmiddelen' op de KNMG-website. Daar vindt u ook de 'Handreiking Implementatie Taakherschikking'. Of kom naar het KNMG-symposium Arts en recht op 9 oktober a.s. in Utrecht. Dit symposium geeft informatie over actuele ontwikkelingen in het gezondheidsrecht, vertaald naar uw dagelijkse praktijk. In een reeks van korte presentaties komen de belangrijkste thema's voorbij. Kijk voor meer informatie en inschrijven op de congressagenda van knmg.nl. *knmg*

Vraag? KNMG-Artseninfolijn

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

9 oktober 2014
KNMG-symposium

Welke juridische regels zijn belangrijk voor uw praktijk?

Informatie en aanmelden
www.knmg.nl/symposium/arts-en-recht

knmg
voor verantwoorde medische zorg

Arts e recht
Actualiteiten 2014



Werk aan uw carrière!

Volg trainingen en workshops van het KNMG Loopbaanbureau

Het KNMG Loopbaanbureau staat voor de juiste arts op de juiste plaats. Iedere geneeskundestudent of arts heeft vragen rondom loopbaan en carrière. Hoe kom ik in aanmerking voor die felbegeerde opleidingsplaats? Hoe pak ik een carrièreswitch aan? Welke competentie kan, wil of moet ik verder ontwikkelen? Hoe blijf ik als ervaren professional fit en energiek in mijn werk? Onze workshops en trainingen helpen bij het zoeken naar antwoorden op deze vragen.

Workshop wetenschappelijk Engels



Module 4 van de Leergang Wetenschappelijk schrijven. Tijdens deze module staan de valkuilen van het wetenschappelijk Engels centraal. We behandelen de meest gemaakte fouten en vergissingen van Nederlandstalige schrijvers. Hoe kunt u deze fouten voorkomen? Hoe vergroot u uw woordenschat en uw gevoeligheid voor correct Engels? Op het programma staan, behalve grammaticale kwesties, ook de verschillen tussen Brits en Amerikaans Engels, het gebruik van de tijden in het Engels en interpunctie.

Datum: 8 oktober

Timemanagement

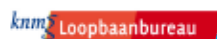


U heeft een klok, maar heeft u ook de tijd? Praktisch werken, drukke afdeling bemannen, onderzoek doen, studeren, etentje, sporten, familie ...en uitrusten, overzicht hebben en behouden. Is het voor u ook een uitdaging om dit in 24 uur per dag te plannen en met goed gevoel af te ronden? Drie belangrijke ingrediënten om voldoening uit uw studie of werk te halen komen aan bod in de training Timemanagement. Het gaat om: een realistische tijdsplanning maken – en halen, duidelijke vorderingen maken in uw werkzaamheden en weten wat u belangrijk vindt, wat u kunt en wat u wilt.

Datum: 14 oktober

Coaching

Voor het aanbod van coaching werkt het KNMG Loopbaanbureau samen met het Carrièrecentrum voor Artsen (CCVA). Kijk voor meer informatie op carrierecentrumvoorartsen.nl. *knmg*



Het KNMG Loopbaanbureau biedt geaccrediteerde workshops en trainingen voor basisartsen, aios, specialisten. Kijk voor meer informatie, locaties en aanmelding op knmg.nl/loopbaanbureau of e-mail loopbaanbureau@fed.knmg.nl.



LAD-ledenvergadering op 30 oktober 2014

Agenda voor de 82ste ledenvergadering van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) op donderdag 30 oktober 2014 om 19.30 uur in Domus Medica, C1 Herman Boerhaavezaal 1, Mercatorlaan 1200 in Utrecht (Papendorp)

1. Opening en mededelingen
2. Welkomstwoord voorzitter

Besluitvormend:

3. Notulen van de LAD-ledenvergadering d.d. 15 mei 2014
4. Toetreding (buitengewone) leden
5. Herziening verenigingsstructuur
6. Begroting 2015
7. Vaststelling contributies 2015

Informerend:

8. Strategische agenda 2015
9. Rondvraag
10. Sluiting

Leden van de LAD kunnen zich aanmelden voor de ledenvergadering en/of de stukken aanvragen: bureau@lad.nl. Dit is ook mogelijk via lad.nl. 

Wendela Hingst treedt aan als algemeen directeur KNMG

Wendela Hingst (49) is door het federatiebestuur van de KNMG benoemd en treedt met ingang van 15 november a.s. aan als nieuwe algemeen directeur van de artsenfederatie KNMG. Hingst krijgt een belangrijke rol in de herpositionering van de KNMG in een veranderende zorgsector.



Wendela Hingst

Brede ervaring in de medische wereld

Hingst werkte tot voor kort als directeur operations in de Isala Klinieken in Zwolle. Daarvoor was zij onder meer werkzaam bij de Landelijke Huisartsen Vereniging, federatiepartner van de KNMG, en bij het AMC. KNMG-voorzitter Rutger Jan van der Gaag kijkt uit naar de komst van de nieuwe algemeen directeur: 'Wendela Hingst heeft een brede achtergrond in de medische wereld. Zij heeft zowel met de eerste- als de tweedelijnszorg gewerkt.' Zij heeft uitgebreide ervaring met omvangrijke verandertrajecten. Zij combineert een bedrijfskundige aanpak met oog voor cultuur en gedrag in de zorg. Voor Wendela Hingst is het belangrijk dat artsen toenemend aansluiten op de emancipatie en het keuzegedrag van patiënten.

Dialoog met politiek en samenleving

'Ik vind het belangrijk dat de medische beroepsgroep goed oog heeft voor politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Een open dialoog met elkaar en de maatschappij maakt ons tot een sterke artsenfederatie die een actieve bijdrage kan leveren aan een verantwoorde en toegankelijke gezondheidszorg. De KNMG biedt hiervoor een goede basis, met de focus op kernwaarden die de verschillende beroepsverenigingen overstijgen en dus voor alle artsen relevant zijn', aldus Wendela Hingst. [knmg](#)

De huidige waarnemend algemeen directeurs Lode Wigtersma en Fred Raasveldt zullen bij het aantreden van de nieuwe directeur hun waarnemende functie neerleggen.

Bereken wat de M&I-veranderingen betekenen voor uw praktijk

In 2015 worden de eerste stappen gezet naar de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg. Onderdeel daarvan is de herziening van de M&I-verrichtingenlijst. Ministerie en zorgverzekeraars willen al jaren de M&I's verwerken in het inschrijftarief. De LHV heeft dit lang tegen weten te houden, maar nu krijgen achttien verrichtingen – onder voorwaarden – dan toch een nieuwe manier van bekostigen. Onder huisartsen is er veel onduidelijkheid over de invloed hiervan op de praktijkomzet. Om hier inzicht in te krijgen heeft de LHV per verzekeraar een rekenmodule opgezet. Beschikbaar op de LHV-website. Hiermee kunnen LHV-leden berekenen wat de M&I-verandering voor hun praktijk betekent.

Inzicht in circa 80 procent van uw praktijk-inkomsten

De LHV verwacht niet of nauwelijks schokeffecten in segment 1, aangezien consult- en inschrijftarief licht stijgen en de POH-ggz-regeling niet verandert. Tel daarbij de omzet op uit de achttien omgezette M&I's en de gemiddelde huisartspraktijk komt tot circa 80 procent van de totale praktijkomzet. Naast de bovengenoemde omzet uit segment 1 is de overige

omzet natuurlijk ook belangrijk. Maar moeilijk in rekenmodellen te vatten. Het gaat om de omzet uit ketenzorg, resultaatbeloning, de specifieke modules en de 26 overige M&I-verrichtingen die in 2015 als aparte prestatie overeind blijven. Hier hangt veel af van wat in de specifieke contracten met de verzekeraars en zorggroepen wordt afgesproken. Wij adviseren huisartsen de wijzigingen ten opzichte van 2014 goed te beoordelen op omzetteffecten voor individuele praktijken.

Schokeffecten

Zien huisartsen op basis van bovenstaande berekening schokeffecten voor hun praktijk? Dan horen wij dit graag via het Meldpunt Contractering op de LHV-website. Dit meldpunt hebben wij in het leven geroepen na signalen uit het land over financiële schokeffecten op praktijkniveau. Het is belangrijk dat ervaringen met ons worden gedeeld. Aan de hand daarvan kunnen wij namelijk toetsen of de landelijke afspraken ook lokaal worden nagekomen, zodat we indien nodig het gesprek aangaan met Zorgverzekeraars Nederland. [LHV](#)

Ondersteuning bij individualisering opleiding nodig

Aiossen en opleiders zijn nog niet klaar om de individualisering van de opleidingsduur in de praktijk vorm te geven. Om dit proces in goede banen te leiden is zowel advies als praktische ondersteuning nodig. Dat blijkt uit een enquête die vanuit het project Individualisering Opleidingsduur gehouden is onder opleiders en aiossen.

In juli 2014 is nieuwe regelgeving van kracht geworden waarmee de duur van de medisch-specialistische opleiding beter afgestemd kan worden op de individuele aios. Dit maakt versneld doorlopen van de opleiding mogelijk, waarmee we tegemoetkomen aan de bezuinigingseisen uit het Opleidingsakkoord. Om opleiders, aiossen en andere betrokkenen optimaal te ondersteunen bij deze overgang heeft het project Individualisering Opleidingsduur deze zomer een enquête gehouden onder voorzitters en aiossen van concilia van wetenschappelijke verenigingen en onder opleiders.

Zorgen en kansen

Hoewel de respondenten zich realiseren dat individueel versnellen het beste alternatief is voor de destijds door VWS voorgestelde verkorting van de opleidingsduur met één tot twee jaar, maken velen van hen zich zorgen over invoering hiervan. Zo vrezen ze dat het verkorten van de opleiding ertoe leidt dat aiossen minder kennis, vaardigheden en verdieping op kunnen doen waardoor uiteindelijk kwalitatief minder goede specialisten de werkvloer opgaan. Ook verwacht men praktische obstakels, bijvoorbeeld bij de invulling van het dienstrooster en rondom beschikbaarheid en het plannen van stages. Veel aiossen geven aan dat de huidige situatie op de arbeidsmarkt niet uitnodigt om sneller af te studeren. Toch zien de respondenten ook voordelen aan het individualiseren

van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Zo verwachten ze dat dit leidt tot een efficiëntere manier van opleiden. Ook verwachten ze dat het verzilveren van competenties (voorafgaand aan of tijdens de opleiding opgedaan) ervoor zorgt dat de opleiding beter aansluit bij de individuele behoeften en kwaliteiten van de aios. De respondenten zien vooral mogelijkheden in het versnellen op basis van formele leerervaring (een aios- of aniosschap, promotie of relevante vooropleiding).

Opleidingen nog niet klaar voor individualisering

Op de vraag of hun opleiding al klaar is voor de individualisering, antwoordt het merendeel van zowel de aiossen als opleiders ontkennend. Om deze omslag in de praktijk vorm te geven, hebben ze behoefte aan eenduidige criteria om de behaalde competenties van aiossen te volgen en beoordelen. Daarnaast zouden veel respondenten geholpen zijn met landelijke en regionale uniformiteit in de vertaling naar landelijke en lokale opleidingsplannen. Ook ondersteuning bij de eerder genoemde praktische obstakels is van belang. Daarnaast zou het delen van good practices en het aanbieden van trainingen helpen om de individualisering handen en voeten te geven.

Aan de slag met resultaten

De enquête maakt deel uit van een uitgebreider vooronderzoek waarin gesprekken gevoerd zijn met vertegenwoordigers van diverse wetenschappelijke verenigingen, diverse relevante projecten/programma's en de stuur- en projectgroep. Ook is een quickscan uitgevoerd om de huidige opleidingsplannen te analyseren. De onderzoeksresultaten worden gebruikt bij de prioritering en aanpak van de onderwerpen van het project. Daarnaast kan het project met deze resultaten haar praktische ondersteuning nog beter afstemmen op de wensen van opleiders, aiossen en de gremia waarin zij de opleidingen tot specialist vormgeven en uitvoeren.



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, knmg.nl



LAD
Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband
C. Keijzer, voorzitter
mw. C. van den Brekel, directeur
tel. 030 6702 702
bureau@lad.nl
lad.nl



NVAB
Nederlandse Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
G.B.S. Penders, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 2040 620
kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



OMS
Orde van Medisch
Specialisten
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 030 2823 650
secre@orde.nl
orde.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, kamg.nl



LHV
Landelijke Huisartsen
Vereniging
mw. N. A. Kalsbeek, voorzitter
L. Hennink, algemeen directeur
tel. 030 2823 723
lhv@lhv.nl
lhv.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging
voor Verzekeringsgeneeskunde
W.A. Faas, voorzitter
mw. C.F.M. Woldberg, directeur
tel. 030 6868 764
secretariaat@nvvg.nl
nvvg.nl



VerenSo
Specialisten in
ouderengeneeskunde
mw. N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter
F.J. Roos, directeur
tel. 030 2823 481
info@verenso.nl
verenso.nl

