

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Zorg voor werk?!

**W**eet u het nog, inmiddels 30 jaar geleden? 'Als ik de baas zou zijn van het journaal? Dan werd meteen het nieuws een heel stuk positiever.' Dat gevoel heb ik nog weleens. Kunnen we elkaar wat meer over positieve zaken berichten?

In die categorie positief nieuws wil ik vandaag wat met u delen.

Vandaag, 13 februari 2014, vindt een symposium plaats. Met dit evenement, Zorg voor werk: 'Hoe kan de (eerstelijns)gezondheidszorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?', sluit Peter Buijs zijn loopbaan af. Als prominente bedrijfsarts en KNMG-er heeft Peter zich zijn hele loopbaan ingezet voor het versterken van het belang van de factor arbeid bij diagnostiek en behandeling in de curatieve sector. In binnen- en buitenland pleitte hij veelvuldig om de *blind spot* voor arbeid in de curatieve sector op te heffen. In 1996 kreeg hij de zilveren legpenning van de KNMG als dank voor zijn inspanning om de maatschappij te wijzen op de risico's van de afschaffing van de Ziektewet.

De relatie tussen werk en gezondheid is van groot maatschappelijk belang gebleken. De beroepsbevolking zorgt voor onze welvaart onder voorwaarde dat de beroepsbevolking gezond is en kan blijven. Werken is gezond, werken kan ook therapie zijn, maar dat kan alleen als arbeid ook in beeld is bij de curatieve dokter en er betere samenwerking komt tussen arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en de curatieve gezondheidszorg. Het is onze maatschappelijke verantwoordelijkheid participatie als een van de doelen van de gezondheidszorg te stellen.

De aanwezigheid van werkgevers- en werknemersorganisaties – met de heren Wientjes en Heerts – als sprekers op het symposium geeft aan hoeveel maatschappelijk belang wordt gehecht aan de gezondheid van de werkende. De arbocuratieve samenwerking en de aandacht van de curatieve zorg voor werk is naar mijn mening de laatste jaren al sterk verbeterd, maar er is nog veel terrein te winnen.

Huisartsen en bedrijfsartsen werken graag samen in de eerste lijn. NHG, LHV en NVAB benoemen daarom vandaag ook nog eens expliciet dat huisarts en bedrijfsarts, in het belang van de patiënt/werkende, in goede samenwerking een bijdrage zullen leveren aan het behoud van of de terugkeer naar geschikt werk. Hiertoe stemmen zij waar nodig de rollen, inzichten en adviezen op elkaar af.

Met deze verklaring zijn we er natuurlijk nog niet. Het belang van een gezonde en duurzaam inzetbare beroepsbevolking is onmiskenbaar, maar er zal gewerkt moeten blijven worden aan gezamenlijke richtlijnen, onderlinge verwijzingen, betere intercollegiale zichtbaarheid en bereikbaarheid. Ik verwacht dat huisartsen pas meer aandacht aan arbeid geven als er ook concrete interventies te koppelen zijn aan een veronderstelde relatie met werk, bijvoorbeeld door korte lijnen naar en persoonlijke contacten met bedrijfsartsen.

Toch zouden we zover nog niet gekomen zijn zonder het niet aflatende enthousiasme en doorzettingsvermogen van Peter Buijs!

“

JURRIAAN PENDERS



Korte lijnen  
naar en  
persoonlijke  
contacten  
met bedrijfs-  
artsen



Jurriaan Penders  
voorzitter NVAB

# De dokter en het besluit om bewust af te zien van eten en drinken

'Natuurlijk houd je de mond vochtig, maar wat doe je verder?', 'Stop je abrupt of bouw je af?' en 'Is dit een natuurlijke dood?' zijn maar een paar van de vragen die opkwamen tijdens een KNMG-districtsdebat van Rotterdam en Den Haag op 30 januari.

**H**et is donderdagavond; velen hebben een lange werkdag achter de rug. En toch zit de zaal naast Rotterdam CS vol: ruim zestig mensen komen praten over de zorg voor mensen die bewust kiezen voor afzien van eten en drinken om sneller te overlijden. Veel artsen in de zaal hebben de situatie nog niet bij de hand gehad, maar willen weten wat ze het best kunnen doen als het zou spelen. Er zijn veel praktische vragen. Zo trof een arts een paar dagen geleden een patiënt die zonder overleg met eten en drinken was gestopt. Hij had veel bijkomende klachten. Hoe kan je op die lichamelijke klachten inspelen, vraagt hij zich af. 'Natuurlijk houd je de mond vochtig, maar wat doe je verder?'

### Niet óf, maar hoe

De handreiking gaat niet in op de vraag of stoppen met eten en drinken een goede weg is, vertelt Eric van Wijlick. Hij is als secretaris vanuit de KNMG verbonden aan de commissie die de handreiking opstelde. De handreiking vertelt wat te doen als iemand bewust afziet van eten en drinken. Bij eerdere bijeenkomsten bleek dat dokters meer ervaringen hadden dan gedacht, maar dat er behoefte was aan meer inzicht en beschikbaarheid van informatie over de gewenste begeleiding. Een ervaren arts vindt de handreiking prettig: 'Het bevestigt de juistheid van mijn handelen, goed dat je dit nu kunt nalezen.'

### To do-lijst

Alexander de Graeff, internist-oncoloog, hospice-arts en voorzitter van de commissie die de handreiking opstelde, noemt een paar 'to do'-punten uit de handreiking, zoals: stop alle onnodige medicatie, maar voorkom onthoudingsverschijnselen. Wie denkt dat je met het stoppen van medicatie de dood alvast dichterbij haalt, komt vaak thuis van een koude kermis, zegt hij: 'Het is

wonderbaarlijk hoe vaak een medicijnstop juist leidt tot verbetering van de situatie van de patiënt.' Zorg bij orale medicatie voor een alternatieve toedieningsweg. En heb medicatie bij de hand voor het slapen en tegen pijn. Slaap zorgt voor betere tolerantie van het proces. Voorkom doorligwonden. Maar ook: coördineer alles goed, er zijn vaak veel hulpverleners en anderen bij betrokken. Een aanwezige verpleegkundig specialist geeft een tip: zorg als het even kan voor een beperkt aantal verzorgenden als contactpersoon, dat zorgt voor betrokkenheid en overzicht. Liefst één zorgplan en duidelijk afspraken rond de overdracht helpen ook om het proces goed te laten verlopen.

Wat is het advies, vraagt iemand uit de zaal: abrupt stoppen met eten en drinken, of afbouwen? Boudewijn Chabot, voorheen psychiater, lid van de commissie en gepromoveerd op dit onder-



ISTOCKPHOTO

werp, vertelt dat men vaak wel abrupt stopt met eten, maar dat ieder zijn eigen manier kiest aangaande drinken. Wil je snel overlijden, dan stop je met drinken, anders kan je ook afbouwen.

### Lange twee weken

Uit onderzoeken blijkt dat de meeste mensen binnen twee à drie weken overlijden. Diverse deelnemers benadrukken dat die weken je niet in de koude kleren gaan zitten. Het kost veel tijd en is voor iedereen heel emotioneel. Juist daarom is het belangrijk om alles op papier te zetten en dagelijks te toetsen wat de patiënt wil. Zorg dat er geschoolde mensen aan het bed staan,

## 'Mag je iemand op dit pad wijzen?'

zegt een ervaren arts, er komen veel levensbeschouwelijke en andere vragen los, bij iedereen. Een huisarts vertelt dat de dertien dagen waarin hij een patiënt begeleidde, lang duurden. Op het laatst heeft hij palliatieve sedatie toegepast. Kan dat, vraagt iemand? Ja, zegt De Graeff, als er sprake is van een refractair symptoom, in deze situatie meestal delier en/of uitputting (ook al komt dat door niet drinken); als de patiënt niet of nauwelijks meer drinkt is de levensverwachting korter dan twee weken.

### Erop wijzen?

Iemand vraagt in hoeverre je iemand dit pad mag wijzen. Het is zaak dat je eerst iemands doodswens goed uitvraagt, zegt De Graeff: wat wil iemand en waarom, welke alternatieven zijn er nog? Zie je dat iemand echt dood wil, dan mag je hem attenderen op deze weg. Bijvoorbeeld als alternatief voor euthanasie of als niet aan de eisen voor euthanasie is voldaan. Niet voor niets is ruim 50 procent van de besluiten genomen nadat een euthanasieverzoek geen doorgang kon vinden. Je moet je patiënt vervolgens wel goed begeleiden, te beginnen met informatie: wat staat hem te wachten, waar haal je betrouwbare informatie (zie ook *kader*). Chabot benadrukt dat je dit proces echt moet afraden als iemand jonger dan zestig is.

### Niet ziek, wel stoppen

Afzien van eten en drinken is een onderwerp waar het zelfbeschikkingsrecht een centrale rol in speelt. Iedereen kan en mag stoppen, zonder overleg of toestemming. Mensen die niet ziek zijn, zoals ouderen, ook als ze in goede lichamelijke conditie zijn en die niet voor euthanasie in aanmerking komen maar hun leven als voltooid beschouwen, kunnen deze weg dus ook bewandelen en hebben dan recht op adequate zorg.

### Wat vertel je patiënten en hun naasten?

Er bestaat geen actuele patiëntenbrochure met informatie over afzien van eten en drinken. Wel kan het boek *Uitweg* van Boudewijn Chabot en Stella Braam een uitgangspunt vormen voor nadenken en praten over dit traject. Zeker nu informatie niet voor het oprapen ligt, is het informeren van patiënten en hun naasten van extra belang. Wat vertel je?

**Is het haalbaar?** Ja, mits de patiënt in staat is om niet of nauwelijks te drinken. Afzien van eten en drinken wordt niet aangeraden als de patiënt jonger dan 60 jaar is.

Vaak bestaat angst dat honger en dorst gaat overheersen in deze laatste levensfase. U kunt de patiënt en naasten op dit punt geruststellen: honger speelt eigenlijk geen rol zolang en ook dorstgevoelens kunnen heel beperkt blijven, zolang de hulpverleners samen met de naasten zorgen voor een goede mondverzorging. Dat is cruciaal.

**Hoe lang duurt het?** Uit onderzoeken blijkt dat de meeste mensen binnen twee à drie weken overlijden. Drinkt iemand meer dan nodig is voor mondverzorging, dan zal het proces ook langer duren. Het is de patiënt dus die dit zelf in de hand heeft. Informeer hem daarover. 'Wat als ik toch weer wil eten en drinken?' is ook een vaak gehoorde vraag. Eén op de zes mensen **komt terug op het besluit** en dat is uiteraard hun goed recht. Het is belangrijk om dit te bespreken. Minstens zo belangrijk is het te verkennen en liefst vast te leggen hoe de patiënt wil dat hulpverleners handelen als de patiënt in een **delirante situatie** om water vraagt. Bespreek dit van tevoren, met patiënt en naasten: hoe gaan we daar dan mee om? En leg het eventueel vast in een schriftelijke **wilsverklaring**.

Ook het afscheid zelf is iets om in de voorbereiding mee te nemen nu de patiënt nog helder is. Is alles afgesproken en geregeld, wat is de rol van de betrokken verzorgers, verpleegkundigen en anderen?

### Natuurlijke dood

Waarom beschouwt de commissie dit niet als zelfdoding, klinkt het uit de zaal. Letterlijk past de omschrijving wel, zegt Chabot, maar in onze samenleving kleven negatieve (impulsief, gewelddadig, eenzaam) en juridische associaties aan deze term en daarom sluit het niet aan bij de keuze van afzien van eten en drinken. Zelfdoding is bovendien een actieve daad, merkt iemand op, terwijl dit juist ergens van afzien is. Het is dan ook niet voor niets dat dit overlijden als natuurlijk wordt beschouwd. Met als opgegeven doodsoorzaak: bewust gestopt met eten en drinken.

## Gewetensbezwaren

De keuze van de patiënt leidt soms tot ernstige conflicten met de eigen levensovertuiging. Het grote verschil met euthanasie is dat je het levenseinde niet bespoedigt, je maakt het hooguit mede mogelijk. Dat kan een zorgverlener het gevoel geven slechte zorg te bieden en leiden tot gewetensbezwaren. De handreiking geeft hiervoor beperkt ruimte. De commissie vindt namelijk dat een zorgverlener zich moet afvragen of het gewetensconflict zo zwaar weegt dat hij de zorg zelf niet wil en kan verlenen. En hij moet dan tot aan de overdracht de zorg blijven verlenen die past bij afzien van eten en drinken.

## Wilsverklaring

Moet je de patiënt vragen om zijn wens vast te leggen? Een schriftelijke wilsverklaring helpt, zeker als daarin staat wat te doen als patiënt delirant wordt en om eten en drinken vraagt. Het bekrachtigt de wens van de patiënt maar is niet noodzakelijk. Is er een gratis model beschikbaar, vraagt iemand. Nee, zegt De Graeff, maar hij benadrukt dat een tekst die iemand zelf opstelt veel beter is, waarin tenminste staat: 'Ik wil niet dat mij eten of drinken wordt aangeboden, ook niet als ik hierom vraag als ik delirant zou worden.'

## Rol naasten cruciaal

Naasten moeten goed betrokken zijn, zij zijn oren en ogen van de dokter en hebben zelf ook aandacht nodig. Dus, zegt De Graeff, peil of er ambivalentie of verzet is, geef daar dan aandacht aan! Zij zijn ook bij de verzorging betrokken, dit kan tot heel lastige situaties leiden. Wat te doen als de familie veel moeite heeft met het besluit van de patiënt, 'papa is depressief, hij moet echt drinken krijgen...'? De wil van de patiënt telt, zegt Van Wijlick. Dus alleen als je ziet dat de patiënt inderdaad wilsonbekwaam is voor dit besluit kun je ervan afwijken. Anders moet het gerespecteerd worden, al wordt het er zeker niet makkelijker op. Zorg ook voor een nagesprek met naasten en een evaluatie met alle betrokken hulpverleners.

Soms zit de ambivalentie in de angst dat het een onwaardig sterven zal zijn. De Graeff beschrijft het als een 'begaanbare maar geen makkelijk weg.' Maar: "'gewoon' doodgaan is ook niet makkelijk". In het onderzoek van Chabot gaf 80 procent van de nabestaanden aan dat het goed en waardig was verlopen. Een consistente wens van de patiënt is hierbij heel belangrijk. En zeker zo belangrijk, benadrukt professor Van der Does, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, is het hebben van een band. Dat betekent meer huisbezoek, maar je bent dan huisarts in optima forma. *knmg*

## *knmg* Districten

Zie verder de handreiking Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken. U vindt de handreiking en data van meer districtsbijeenkomsten in ons webdossier: [knmg.nl/afzien-eten-drinken](http://knmg.nl/afzien-eten-drinken). Daar vindt u ook een kort webformulier waar u tot 14 maart uw mening kunt geven over de handreiking.

# SSFH

## bittere pil of bittere noodzaak

**O**m patiënten de beste zorg te kunnen bieden is een goede ondersteuning in de huisartsenpraktijk van groot belang. Samenwerking op het gebied van scholing, sociaal beleid en de arbeidsmarkt van doktersassistenten en praktijkondersteuners draagt hieraan bij. Met dit doel hebben werkgevers en werknemers de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH) opgericht.

Maar het fonds heeft een valse start gehad. Te lang was onduidelijk over welke periode de bijdrage betaald moest worden. Er was sprake van rechtsongelijkheid tussen LHV-leden en niet-leden en 'wat je er als huisarts voor terugkrijgt' was weinig inzichtelijk. Een situatie die de LHV zich als een van de partijen achter het SSFH aantrekt.

De LHV heeft zich er recentelijk, met succes, hard voor gemaakt dat de ongelijkheid tussen leden en niet-leden werd opgeheven. Bovendien is het gelukt de inning van de bijdrages vanaf dit jaar door PGGM gelijk met de inning van de pensioenpremies te laten verlopen. Waardoor de administratieve rompslomp huisartsen uit handen wordt genomen. Nu dit uit de weg is, trekt het SSFH-bestuur hard aan concrete projecten als 'veilig werken in de huisartsenzorg', verbetering van opleidingen en nascholingen, onderzoek naar de arbeidsmarkt voor POH's en assistentes en uiteraard de stagevergoedingen voor stagiair en stageverlener.

Toch zal dit niet genoeg zijn om iedereen meteen te overtuigen van het belang van de SSFH. Van huisartsen in het land hoort de LHV 'dat zij de problematiek niet herkennen' en dat ze 'zelf al jaren assistentes opleiden en nu ook nog eens moeten betalen voor de SSFH'.

Maar we zien ook de cijfers. Het aantal assistentes in opleiding stagneert, er is een toenemend

tekort aan stageplaatsen en het aantal openstaande vacatures voor POH's groeit flink. Waarbij er wel flinke verschillen per regio zijn. Daar tegenover staat de ambitie om ondersteunend personeel van hoge kwaliteit te hebben, de toenemende vraag naar huisartsenzorg op te vangen en substitutie aan te bieden waar mogelijk. Huisartsen hebben 1,6 assistente per FTE huisarts nodig om dat allemaal mogelijk te maken! Dat gaat wringen als we stil blijven zitten.

Investeren in voldoende en goed gekwalificeerd personeel in de toekomst doe je nu, niet als het water iedereen aan de lippen staat. Daarom heeft de LHV haar verantwoordelijkheid genomen en de oprichting van het fonds van harte ondersteund. Huisartsen mogen van de SSFH en de LHV natuurlijk verwachten dat hen zoveel mogelijk rompslomp uit handen wordt genomen en dat ze goed op de hoogte worden gehouden van alle initiatieven die worden genomen.

De LHV realiseert zich dat het ervaren kan worden als een 'bittere pil'. Maar daar moeten wij nu doorheen, omdat we weten dat er een bittere noodzaak is.



Dit artikel is een bewerking van de weblog van LHV-bestuurder Bram Stegeman die op 7 februari jl. verscheen.

# Veel cao-nieuws bij de LAD

Geheel volgens verwachting vraagt in deze periode nogal wat cao-overleg de aandacht van artsen-werknemersorganisatie LAD. In vogelvlucht 'een rondje langs de velden' bij de ziekenhuizen, VVT, jeugdzorg, gezondheidscentra, gehandicaptenzorg, ggz, AMS én apothekers.

**J**eugdzorg Nederland en de werknemersorganisaties, waaronder LAD/FBZ, praten eind volgende week verder over een nieuwe cao. De verschillen zijn groot, met name bij thema's als salaris en wachtgeld. Werkgevers geven aan weinig ruimte te hebben en ze willen de wachtgeldregeling versoberen. Toch spreken betrokkenen van constructief overleg.

## Onbegrijpelijk

De acties van AbvakaboFNV vorige week bij een aantal VVT-instellingen vindt cao-partij LAD/FBZ onbegrijpelijk en niet in het belang van de medewerkers. Samen met NU'91, CNV en werkgever ActiZ sloten wij in december vorig jaar een goede cao, waarmee de achterban instemde. Een salarisverhoging, van in totaal 2 procent, werd in januari uitbetaald.

## Positief onderscheiden

Afgelopen maandag en woensdag vond overleg plaats voor achtereenvolgens de Cao Gehandicaptenzorg en de Cao Ziekenhuizen. Deze onderhandelingen staan sterk in het teken van koopkracht (met een looneis van 3 procent), werkzekerheid en volwaardige banen. De branche moet zich positief blijven onderscheiden op de arbeidsmarkt. En volgende week donderdag zetten LAD en OMS de gesprekken met de ziekenhuizen voort over vernieuwing van

de AMS-regeling voor de medisch specialisten.

In de ggz gaan de regiobijeenkomsten van LAD/FBZ en de collega-werknemersorganisaties nog even door: 'Wat betekent het uitblijven van ontwikkelingen en hoe gaan we verder?' Het overleg met de werkgevers is zeven maanden geleden gestaakt.

De cao-onderhandelingen voor de collega's in de gezondheidscentra gaan 25 februari verder. Belangrijk hierbij is de uitwerking van een nieuwe arbeidsvoorwaardenregeling voor de huisartsen. Tot slot, maar niet in de laatste plaats: LAD's cao-onderhandelaar voor de apothekers in dienstverband praat tegen het eind van deze maand met de werkgevers over de totstandkoming van een eerste cao voor deze circa 2.000 zorgprofessionals.

Kijk voor het laatste nieuws over al deze trajecten op [lad.nl](http://lad.nl) en [amsvernieuwing.nl](http://amsvernieuwing.nl). 

Meldde u zich al bij de belasting-service van LAD/VvAA voor uw belastingaangifte-2013? Dat kan nog tot 15 februari. Het aanmeldingsformulier staat op [lad.nl](http://lad.nl).



## Wie is volgens u de toparts van 2014?

De tweede ronde van de topartsenverkiezing 2014 is begonnen. De filmpjes over de tien kandidaat-topartsen staan online en medisch specialisten kunnen hun voorkeur uitspreken. Daarmee bepalen zij wie de Mednet-toparts van 2014 wordt.

**D**e topartsenverkiezing, die door de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Mednet georganiseerd wordt, kent dit jaar een vernieuwde opzet. In plaats van een groot aantal topartsen, kiezen medisch specialisten dit jaar één toparts uit tien genomineerde artsen. Daarbij speelt niet alleen het aantal stemmen, maar vooral de reden van de nominatie een belangrijke rol.

### Bekijk de filmpjes en stem op uw favoriet

De afgelopen periode konden medisch specialisten een collega binnen hun specialisme voordragen. Daarbij gaven zij aan waarom juist deze collega volgens hen een toparts is. Uit deze voorgedragen specialisten heeft de jury één genomineerde arts per deelnemend specialisme gekozen.

De genomineerden zijn, in willekeurige volgorde:

- Dick Koning  
*anesthesioloog, Catharina Ziekenhuis Eindhoven*
- Refik Kaplan  
*cardioloog, Röppcke Zweers Ziekenhuis Hardenberg*
- Suzanne Pasmans  
*dermatoloog/veneroloog, Erasmus MC Rotterdam*
- Joggem Veen  
*gynaecoloog/obstetricus, Máxima Medisch Centrum Eindhoven/Veldhoven*
- Hans van der Hoeven  
*internist, Radboudumc Nijmegen*
- Marleen Bakker  
*longarts, Erasmus MC Rotterdam*

- Corien Verschuuren-Bemelmans  
*klinisch geneticus, UMC Groningen*
- Denise Eygendaal  
*orthopeed, Amphia Ziekenhuis Breda*
- Sandra Kooij  
*psychiater, PsyQ/Parnassia, Den Haag*
- Michael van Balken  
*uroloog, Rijnstate Arnhem*

Van deze artsen zijn filmpjes gemaakt waaruit blijkt waarom zij genomineerd zijn voor de topartsenverkiezing. Collega medisch specialisten kunnen, na het bekijken van de filmpjes, hun voorkeur uitspreken voor een van de kandidaten.

### Komt u naar de topartsenbijeenkomst?

Tijdens de topartsenbijeenkomst op 13 maart aanstaande maakt de jury bekend welke medisch specialist de meeste stemmen gekregen heeft en zich toparts 2014 mag noemen. Deze bijeenkomst heeft zowel een inhoudelijk als een feestelijk karakter.

De topartsenbijeenkomst vindt plaats in Ottone, aan de Kromme Nieuwegracht 62 te Utrecht. Het inhoudelijk deel van de bijeenkomst start om 17.00 uur en eindigt om 19.00 uur. Na afloop is er gelegenheid om met een hapje en een drankje collega's te ontmoeten en bij te praten.



De filmpjes van de genomineerden zijn te bekijken via [orde.nl/topartsen](http://orde.nl/topartsen). Hier vindt u links naar het stemformulier en naar het inschrijfformulier voor de topartsenbijeenkomst.

**Federatie KNMG**  
Koninklijke Nederlandse  
Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst  
R.J. van der Gaag, voorzitter  
F.C. Raasveldt, algemeen directeur  
L. Wigersma, 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 Bedrijfsgeneeskunde  
G.B.S. Penders, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 2040 620  
[kwaliiteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwaliiteitsbureau@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)

