

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Onbekend maakt onbemind

De afgelopen weken heb ik weer enkele keren mogen optreden bij de opleidingen voor bedrijfsartsen. Eerst in Amsterdam bij de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) over de bedrijfsarts als adviseur van de organisatie, voor mij persoonlijk één van de meest smaakmakende rollen binnen ons vak. Deze week was dat op de slotdag van de Nijmeegse opleiding SGBO over de toekomst van ons vak. Dat is natuurlijk dé plek om over die toekomst te spreken, samen met de nieuwe, net afgestudeerde collega's!

Op uitnodiging heb ik daarna ook nog met hen meegedacht over de mogelijkheden om samenwerking tussen eerste lijn en sociale geneeskunde al in het coschap te implementeren. Na zo'n week realiseer je je opnieuw: bedrijfsarts is het mooiste en nuttigste beroep dat er is. Maar onbekend maakt onbemind. Menig coassistent realiseert zich na afloop dat het vak leuker is dan hij voor z'n coschap dacht. En we merken ook dat hoe meer studenten kennis hebben van de bedrijfsgeneeskunde hoe vaker zij serieus overwegen om voor dat specialisme te kiezen.

Met landelijk gezien gemiddeld slechts 37,1 uur onderwijs over arbeid en gezondheid in het gehele basiscurriculum (NTvG 2013; 157: A5787) kunnen studenten logischerwijs maar weinig van de bedrijfsgeneeskunde weten.

Er is een groeiend tekort aan bedrijfsartsen. Maatschappelijk zal een vergrijzende beroepsbevolking, een verhoogde pensioenleeftijd en een toename van het aantal chronisch zieken onder die beroepsbevolking leiden tot toenemende vraag naar bedrijfsgeneeskundige zorg. Tenminste als we willen dat de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden op peil

blijft in de toekomst.

Ik vind het daarom des te belangrijker om de huidige generatie geneeskundestudenten en jonge artsen nader te laten kennismaken met een interessant, leuk en maatschappelijk relevant vak.

Leuk? Ja, want wie spreekt dagelijks zowel de schoonmaker als de directeur, kan veel maatschappelijke problemen praktisch helpen oplossen bij grote en kleine bedrijven, en komt op vele uiteenlopende en spannende werkplekken? En welke arts heeft de mogelijkheid om binnen zijn eigen discipline zich ondernemer tussen de ondernemers te voelen? En wie werkt samen met andere professionals van binnen en buiten de gezondheids- en arbozorg met oog voor doelmatigheid en effectiviteit van het eigen handelen?

Alle medisch disciplines zijn zich steeds meer bewust van de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid en welbevinden. Waarom realiseren we dat nog niet voor ons eigen vak? In de bedrijfsgeneeskunde is een goede werk-privébalans mogelijk voor mannen en vrouwen. Maar er zijn ook carrièremogelijkheden. Sommigen ambiëren ondernemerschap, anderen een rol als klinisch arbeidsgeneeskundige. Ook bereidt dit vak voor op een management- of bestuurlijke rol, zowel binnen als buiten het medische domein.

En het maatschappelijk nut van de bedrijfsgeneeskunde? Dat blijkt alleen al door het ziekteverzuim dat in Nederland zo'n 2 procent lager is dan in ons omringende landen. Met een totale loonsom van 300 miljard euro zorgen we voor een besparing van zo'n 6 miljard euro aan onnodige kosten voor de 'BV Nederland'!

Wie nu nog niet overtuigd is, nodig ik graag uit om een dag mee te lopen met een bedrijfsarts!

“

JURRIAAN PENDERS



Bedrijfsarts
is het mooiste
en nuttigste
beroep dat
er is



Jurriaan Penders
voorzitter NVAB



GERT VAN DIJK



‘Zorg mag
niet lijden
onder privé-
opvattingen
arts’

Gert van Dijk
ethicus KNMG

COLUMN

Gewetensbezwaren in de zorg?

Niet alleen op het gemeentehuis is discussie over ambtenaren met bezwaar tegen het voltrekken van homohuwelijken, ook in de zorg willen zorgverleners uit geloofsovertuiging soms bepaalde handelingen niet uitvoeren. Naarmate de diversiteit onder zorgverleners groeit, komt dit waarschijnlijk vaker voor. Hoeveel ruimte is er voor dergelijke bezwaren?

Niet ieder gewetensbezwaar is hetzelfde. Er zijn bezwaren tegen het uitvoeren van bepaalde *handelingen* (abortus, euthanasie, het geven van inenting) en tegen een specifieke groep *mensen* (handen geven aan vrouwen, het niet willen behandelen van alcoholisten).

Een gewetensbezwaar kan bij de arts een conflict opleveren tussen zijn privé-geloofsovertuiging en zijn professionele verantwoordelijkheid. Deze laatste verantwoordelijkheid is vastgelegd in de WGBO: ‘De hulpverlener handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard’. Hieruit volgt dat een arts geen gewetensbezwaren kan hebben tegen het uitvoeren van handelingen die tot de professionele standaard van zijn vakgebied behoren. Het is allereerst de verantwoordelijkheid van de arts zelf om ervoor te zorgen dat de zorgverlening niet te lijden heeft onder zijn privéopvattingen. Een arts die geen kinderen wil inenten moest maar niet op het consultatiebureau gaan werken – al staat het hem natuurlijk vrij zijn eigen kinderen niet in te enten.

Zo duidelijk is het echter niet altijd. Mag een arts uit geloofsovertuiging weigeren euthanasie uit te voeren? Euthanasie is bijzonder medisch handelen en behoort niet tot de professionele standaard van de arts. Een arts is dus niet verplicht hieraan mee te werken. Wel heeft een gewetensbezwaarde arts de professionele verantwoordelijkheid een patiënt met

een euthanasieverzoek te verwijzen naar een andere arts.

Ingewikkelder wordt het als het gaat om een arts met bezwaren tegen het uitvoeren van een bepaalde handeling bij een specifieke groep patiënten. Denk aan een arts die weigert om een alcoholist te behandelen, mannen niet inwendig wil onderzoeken of weigert een vrouwelijke patiënt de hand te schudden. De gedragsregels van de KNMG laten in deze situatie aan duidelijkheid niets te wensen over: ‘De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan’. Afgezien daarvan valt moeilijk in te zien hoe een arts die bijvoorbeeld weigert geaccepteerde omgangsvormen te volgen een vertrouwensrelatie met de patiënt zou kunnen opbouwen. Het is van belang dat de opleidingen meer aandacht aan dit punt besteden en de student tijdig wijzen op mogelijke problemen die gewetensbezwaren in de beroepspraktijk kunnen gaan hebben. De student kan dan tijdig een werkveld kiezen waarin zijn geloofsovertuiging of geweten geen obstakels vormen.

Er is in de zorg dus maar beperkt ruimte voor gewetensbezwaren. Toch dwingen we met deze beperkte ruimte artsen niet om mee te werken aan zaken waar ze principiële bezwaren tegen hebben. De arts werkt immers vrijwillig in de zorg. Kan een eenmaal afgestudeerde arts zich toch niet vinden in algemeen geldende gedragsregels, de professionele standaard van het betreffende vakgebied of het non-discriminatiebeginsel, dan doet hij er goed aan zich serieus te bezinnen of dit werkveld wel iets voor hem is. *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op www.knmg.nl/columns.

Onderhandelaarsakkoord en pensioenovergang umc's

Voor de 67.000 werknemers in de umc's zijn twee belangrijke resultaten bereikt: allereerst sloten cao-partijen, waaronder de LAD/AC-FBZ en OMS/CMHF, op 4 juli een onderhandelaarsakkoord Cao UMC 2013-2015. Daarna volgde overeenstemming over de overgang van Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) naar Pensioenfonds Zorg & Welzijn (PFZW), die per 1 januari 2015 zal plaatsvinden.

Het onderhandelaarsakkoord voor een nieuwe Cao UMC kwam vrij onverwacht. Eerder nog hadden de werknemersorganisaties het overleg afgebroken vanwege een te mager loonbod van werkgeversorganisatie NFU. Tijdens het hernieuwde overleg op 4 juli konden cao-partijen wel tot een akkoord komen. LAD en OMS zijn gematigd positief over het akkoord, maar zijn er tevens van overtuigd dat het akkoord het maximaal haalbare resultaat is, gelet op de huidige economische omstandigheden.

Magere salarisparagraaf

De nieuwe Cao UMC heeft een looptijd van 24 maanden, van 1 april 2013 tot 1 april 2015. Gedurende de looptijd wordt de MS-schaal voor de beginnend academisch medisch specialist die op proef is, teruggebracht van drie naar maximaal twee jaar. Dat is een verbetering voor deze groep medisch specialisten: zij stromen nu eerder door naar de hogere UMS-schaal.

Daarnaast wordt duidelijker in de cao opgenomen dat de arts die promoveert op geneeskundig wetenschappelijk onderzoek niet onder hoofdstuk 17, maar onder hoofdstuk 13 van de cao valt. Daarmee is duidelijker vastgelegd hoe een arts-promovendus moet worden ingeschaald. Verder wordt het persoonlijk budget

verhoogd, van 1,3 procent naar 1,55 procent. Dit budget kunnen medewerkers voor een deel ook inzetten voor verlofdagen.

LAD en OMS zijn minder positief over de salarisparagraaf. Deze is relatief mager: de lonen gaan in twee stappen met 2 procent omhoog. Ook krijgen medewerkers een eenmalige nominale uitkering van 500 euro (in twee delen). Bovendien is het niet gelukt een stagevergoeding voor coassistenten af te spreken. Tijdens de looptijd van de nieuwe cao wordt overlegd over de Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten (HAMS).

Pensioenovergang

LOAZ (overleg van de werkgever- en werknemersorganisaties van de umc's), ABP en PFZW hebben afgesproken dat per 1 januari 2015 de opgebouwde pensioenrechten en -aanspraken van de umc-medewerkers overgaan van ABP naar PFZW. Vanaf 1 januari 2014 bouwen nieuwe medewerkers van umc's direct hun pensioen op bij PFZW. Hiermee komen vrijwel alle umc-medewerkers, net als de medewerkers van alle andere ziekenhuizen en vrijwel al het andere zorgpersoneel, onder de pensioenregeling van PFZW te vallen. Uitzondering bij de overgang zijn arbeidsongeschikte werknemers en mensen die gebruikmaken van

de FPU-regeling: zij blijven bij ABP.

De overstap van de umc's van pensioenfonds ABP naar PFZW werd in principe per 1 januari 2012 overeengekomen. De overstap werd toen opgeschort vanwege financiële consequenties. Bij het afsluiten van het Zorgakkoord in april 2013 is afgesproken dat de umc's voor deze extra kosten een compensatie krijgen. Dit opende de weg om opnieuw met beide pensioenfondsen om tafel te gaan en alsnog de overstap te regelen.

Het grote voordeel van de overgang is dat als medewerkers de overstap maken van een umc naar een ander ziekenhuis (of omgekeerd), ze niet meer te maken krijgen met verschillende pensioenfondsen en waardeoverdrachten. Mobiliteit en samenwerkingsverbanden worden hierdoor vergemakkelijkt.

In de overeenkomst over de pensioenovergang hebben LOAZ, ABP en PFZW een aantal vervolgstappen benoemd. Na advisering door hun adviesorganen kunnen de besturen van ABP en PFZW definitief met de onderhandelaarsovereenkomst instemmen. De overeenkomst zal vervolgens worden voorgelegd aan De Nederlandse Bank ter accordering. Als laatste stap zullen LOAZ, ABP en PFZW in gesprek gaan met de ministeries van BZK en VWS over de benodigde regelgeving en ondersteuning bij de pensioenovergang. Zodra alle stappen succesvol zijn afgerond, is er sprake van een formele overeenkomst tussen de drie partijen en is de overgang definitief.



Kijk voor meer informatie over de umc-resultaten op lad.nl en oms.nl.

KNMG presenteert visie 'Versterking medische zorg aan jeugdigen'

Onlangs is de Jeugdwet naar de Tweede Kamer gestuurd. Een goed moment voor artsenfederatie KNMG om haar visie 'Versterking medische zorg aan jeugdigen' te presenteren. Staatssecretaris Van Rijn nam op woensdag 10 juli het visierapport officieel in ontvangst uit handen van KNMG-voorzitter Rutger Jan van der Gaag.

Een onderzoek uit 2010 door de KNMG liet zien dat de medische zorg aan jeugdigen versnipperd is en weinig zichtbaar binnen de totale jeugdzorg. De conclusie was dat de medische beroepsgroep zich nadrukkelijker moet laten horen in het debat over de zorg aan jeugdigen. Daarom heeft de KNMG deze brede visie op de medische zorg aan jeugdigen ontwikkeld. Hierbij waren huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen en kinder- en jeugdpsychiaters nauw betrokken, want zij zijn de artsen die het meest met jeugdigen te maken hebben.

Analyse

Een door de KNMG ingestelde stuurgroep heeft eerst onderzocht welke knelpunten artsen en patiënten ervaren in de huidige medische zorg aan jeugdigen. Deze blijken vooral te liggen op het terrein van communicatie en overdracht, signalering en preventie, passende zorg, samenhang tussen medische en niet-medische zorg, opvang van psychische en psychiatrische problemen en het bereiken van jeugdigen die zorg nodig hebben. In de KNMG-visie 'Versterking medische zorg aan jeugdigen' zijn naar aanleiding van de knelpunten verbetervoorstellen geformuleerd. Daarbij is aangegeven wie daar verantwoordelijk voor zijn. De KNMG-visie is te downloaden op de website van de KNMG: knmg.nl/jeugdzorg.

Visie

Een jeugdige die een arts bezoekt, dient zonder uitstel en zonder omwegen door de aangewezen medische professional(s) op de juiste wijze en (indien nodig) naar de juiste plek geholpen te worden, bij voorkeur in onderlinge samenwerking. Medische professionals zijn daarbij alert zowel op medische als niet-medische vragen/klachten van de jeugdige en zijn ouders/verzorgers en betrekken daarbij nadrukkelijk hun mogelijkheden en beperkingen.



Implementatieadvies

De KNMG beseft dat de KNMG-visie een eerste stap is op weg naar verbetering van de medische zorg aan jeugdigen. Veel zal afhangen van implementatie van de verbetervoorstellen. Daarom neemt de KNMG het initiatief om, samen met de betrokken beroepsverenigingen, gemeenten en GGD-en, een implementatieadvies op te stellen. Daarin zal concreet aangegeven worden wie welke activiteit zal gaan oppakken. Dat implementatieadvies zal na de zomer verschijnen. knmg.nl

KNMG-symposium 8 oktober 2013

Medische zorg aan jeugdigen

Laat u informeren over de visie van de KNMG op de jeugdzorg en inspireren door goede praktijkvoorbeelden.

U gaat naar huis met antwoorden op vragen zoals:

- Wat houdt adequate medische zorg aan jeugdigen in?
- Aan welke zorginhoudelijke eisen moet ik als arts voldoen?
- Hoe bereik ik afstemming met de niet-medische zorg?

Tevens aandacht voor de nieuwe Jeugdwet die per 1 januari 2015 in werking treedt.

Doelgroep

Het symposium is bedoeld voor medisch specialisten, huisartsen, jeugdartsen, kinder- en jeugdpsychiaters en andere belangstellenden. Accreditatie wordt aangevraagd.

Tijdstip en locatie

8 oktober 2013, Domus Medica te Utrecht

KNMG en de jonge garde: inhoud en actie gekoppeld

KNMG-voorzitter Rutger Jan van der Gaag zei: 'De studenten van vandaag zijn de beleidsmakers van morgen. Het zou logisch zijn dat de kiem daarvan in de districten gelegd wordt' (MC 11/2013: 635). De laatste tijd zien we steeds meer districtsactiviteiten die de jonge garde bij de KNMG betrekken.

Een voorbeeld is de studentenkennisquiz van KNMG-district Limburg, dit jaar voor de zesde keer georganiseerd. Bestuurslid Roy van Poppel zit in de organisatie: 'Drie specialisten vertellen iets over hun vak. Daarna houden we een quiz. Die is erg populair en bijna iedere student wordt daarna lid van de KNMG. Het is aan ons om ze erbij te houden. We nodigen ze uit voor districtsactiviteiten om zo met de

gevestigde artsen in contact te komen. Zo leggen we een kiem voor actief lidmaatschap binnen de KNMG.'

Erik Verschuren, bestuurslid van district Groot Gelre: 'Wij organiseren bijeenkomsten die het belang van het KNMG-lidmaatschap neerzetten. Dit combineren we met een interessante en leuke activiteit, bijvoorbeeld de *Battle to Begin*. Dat is een medische quiz tijdens de introductieweek van geneeskundestudenten. Het werkt: studenten weten waar de KNMG voor staat.' District Groot Gelre zoekt graag de samenwerking op met bijvoorbeeld het Nijmeegse Studentenplatform en de Medische Faculteitsvereniging om de KNMG meer onder de aandacht te brengen bij geneeskundestudenten.

Rob Favie is bestuurslid van Jong KNMG in district Midden Brabant. 'Sinds dit

jaar bereiken we veel jonge, niet gespecialiseerde artsen door het organiseren van thema-avonden. We koppelen een inhoudelijk thema aan een activiteit met een knipoog. Bijvoorbeeld een lezing over forensische geneeskunde die we afsloten met een schietles. Of een avond over intoxicatie met daarna een workshop 'cocktails maken'. Het netwerken tijdens zo'n activiteit is heel effectief.'

Van Poppel, Verschuren en Favié zijn het erover eens: Netwerken in de zorg, buiten je eigen beroepsgroep én een brede kijk op de zorg is van grote toegevoegde waarde voor je medische carrière. En dat het ook nog leuk is, willen ze graag aan de jongeren laten zien. Van der Gaag kan hoopvol zijn.

 Districten

AMS-enquête dienstendruk



LAD, OMS en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) doen onderzoek naar de dienstendruk van medisch specialisten in dienstverband in algemene ziekenhuizen. Medisch specialisten die de enquête nog niet hebben ingevuld, kunnen dit tot 1 augustus 2013 doen.

Het onderzoek naar de dienstendruk is

 **amsvernieuwing**

onderdeel van de onderhandelingen over de vernieuwde AMS. Tijdens de gezamenlijke rondgang van OMS en LAD in 2012 over vernieuwing van de arbeidsvoorwaardenregeling hadden de leden veel vragen over de dienstendruk. Samen met de NVZ besloten LAD en OMS nader onderzoek te doen naar dit onderwerp. De AMS-partijen zijn van mening dat de dienstendruk in verhouding moet staan tot een verantwoorde inzet van de medisch


specialist. Een hoge dienstendruk kan leiden tot verlies van kwaliteit van de zorg, en de veiligheid van patiënt en medisch specialist in gevaar brengen.

U kunt de enquête tot 1 augustus invullen. Hebt u geen persoonlijke uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan het onderzoek? Mail dan naar bureau@lad.nl of naar secre@orde.nl.  

Zie ook amsvernieuwing.nl

Instemming Besluit wijziging Kaderbesluit CCMS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 juni 2013 ingestemd met het besluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) van 13 februari 2013 tot wijziging van het Kaderbesluit CCMS in verband met de vaststelling van het competentieprofiel opleider en opleidingsgroep. Het besluit is in werking getreden

op 1 juli 2013 en in de Staatscourant van 18 juni 2013 is mededeling gedaan van dit besluit. 



De integrale tekst van het besluit vindt u op knmg.nl/cgs. Voor vragen kunt u zich wenden tot mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, cgs@fed.knmg.nl of 030 2823 281.

Huisarts wil blijven investeren in praktijk

Ondanks de economisch onzekere tijden waar iedereen in Nederland mee wordt geconfronteerd, willen huisartsen blijven investeren in hun eigen huisvesting. Dat constateert de bouwadviesgroep van de LHV. De wil om te investeren wordt vooral ingegeven door de nieuwe eisen die patiënt en huisarts stellen aan een praktijk en de extra ruimtebehoefte door de toenemende aanwezigheid van ondersteunend personeel. Wel ziet de LHV dat huisartsen vaker kiezen voor kleinere gerichte investeringen om bijvoorbeeld extra ruimte te creëren voor de POH-GGZ.

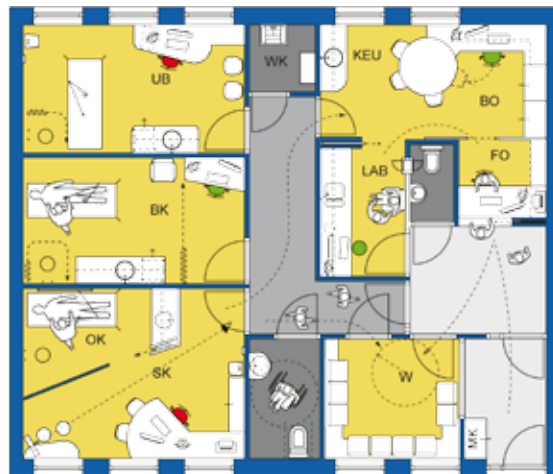
Zorgen voor flexibiliteit

De LHV ziet dat er een toenemend aantal dagdelen een POH-er in praktijken aanwezig is. Eerst ging het met name om een POH-S, daar komt nu de POH-GGZ bij. Wat in veel gevallen leidt tot ruimtegebrek. Zeker als er ook ruimte moet zijn voor de vaste waarnemer of de aios. De verwachting is bovendien dat die ontwikkeling zich verder zal doorzetten.

'Veel praktijken creëren extra ruimte. Dit biedt flexibiliteit of groeiruimte in de toekomst. De extra ruimte kan worden verhuurd aan derden (diëtist, mensendieck e.d.), maar de hogere huisvestingslasten moeten natuurlijk wel gedragen kunnen worden', stelt Lex van Waarden, coördinator bouwadvies binnen de bouwadviesgroep van de LHV. 'Juist daarom is het belangrijk om advies in te winnen bij een onafhankelijke partij met diepgaande kennis van het reilen en zeilen van een huisartsenpraktijk. Want helaas zien we al te vaak dat reguliere architecten en bouwers vooral "iets moois" of "veel ruimte" willen creëren wat niet noodzakelijk het best aansluit bij de behoeftes van de praktijk.'

Onafhankelijk advies

LHV's bouwadviesgroep geeft zowel bij nieuwbouw als bij verbouw van praktijkruimten en eerstelijnscentra onafhanke-



Adviesplattegrond van een solopraktijk

lijk advies op maat. Die onafhankelijkheid is belangrijk om te zorgen voor een zo (kosten)efficiënt mogelijk proces. Met een zo scherp mogelijk oppervlak en een huurprijs of financieringslast die aansluit bij de praktijkomvang. En natuurlijk een dusdanige kwaliteit dat men de komende jaren verzekerd is van een goede huisvesting. Een groot goed in een tijd dat het ook voor huisartsen steeds moeilijker is om de financiering van een praktijkverbouwing rond te krijgen.

Met haar bouwadviesgroep begeleidt de LHV jaarlijks zo'n 300 huisartsen bij een verbetering van de huisvesting. Het advies kan verschillen van het meedenken over een huurprijzvoorstel tot het ontwerp van een adviesplattegrond voor een heel gezondheidscentrum. 

Meer weten over de bouwadviesgroep?
Ga naar lhv.nl/bouwadviesgroep

Federatie KNMG
Koninklijke Nederlandsche
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
J.G. van Enk, voorzitter
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. 040 2481 322
nvab@planet.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 6868 772
kamg@cantijn.nl, kamg.nl



LHV
Landelijke Huisartsen
Vereniging
S.R.A. van Eijck, 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. G.M. Draijer, voorzitter
F.J. Roos, directeur
tel. 030 2823 481
info@verenso.nl
verenso.nl

