

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Keuzes

Op 31 december eindigde mijn dienstverband. Nee, niet ontslagen en niet met vroegpensioen. Het is mijn eigen vrije keus. Ik wil de laatste tien werkende jaren verder als vrijgevestigd bedrijfsarts. Aan het leven als rijgsnoer van ervaringen miste ik deze kraal nog. Eentje die ik graag meepak. Zijpaden blijken vaak nieuwe hoofdwegen. Kennelijk was ik eraan toe.

Aan de reacties van (oud-)collega's, vrienden en vakgenoten merk ik dat er zoals ook wel verwacht veel verschillende perspectieven zijn. Daarover van gedachten wisselen alleen al is verrijkend. Ik hoor een bloemlezing aan argumenten vóór en tegen zelfstandigheid en de aspecten die men daarbij betreft. Bijvoorbeeld collegialiteit, samenwerking, kwaliteit van handelen, contractering, geld en persoonlijke vrijheid. Wat voor de één argumenten vóór zijn, ziet de ander juist als tegenargumenten. Daar is geen goed of fout over uit te spreken. Er zijn enkel keuzes.

Ik ben niet de eerste bedrijfsarts die kiest voor zelfstandigheid. Intussen werkt één op de drie bedrijfsartsen niet meer in loondienst. Voor arbodiensten – werkgever van en opleidingsinstelling voor de meeste bedrijfsartsen – een invoelbaar zorgelijke ontwikkeling. Ze investeren in werving, opleiding en begeleiding. Vertrek van vers opgeleide aanwas is dan zuur. Zeker gezien de forse capaciteitstekorten die al bestaan. In bestuurlijk overleg met brancheorganisatie OVAL en aan de Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde bespreekt de NVAB die situatie. Op collectief niveau is er een wederkerige afhankelijkheid tussen arbodienst en bedrijfsarts. De instroom in en uitvoering van de medische vervolgopleiding van bedrijfsartsen is namelijk sterk afhan-

kelijk van arbodiensten, door ontbrekende overheidsfinanciering. En een arbodienst kan zonder bedrijfsarts niet gecertificeerd worden, maar ook niet voorzien in de (deels wettelijk verplichte) adviesbehoefte van opdrachtgevers.

Arbodienst en bedrijfsarts: een historisch huwelijk, gecompliceerd door de wetgever. De overheid heeft namelijk in 2005 bewust de vraag naar zelfstandig werkende professionals doen ontstaan. Al in 1989 werd de Europese Kaderrichtlijn 89/391/EEG vastgesteld. Die legde de verantwoordelijkheid voor gezond en veilig werken bij werkgever en werknemer. In 2005 werd de Arbowet in lijn gebracht met dat vertrekpunt. Dat hield vooral in dat de verplichte aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst waarvan tot dat moment sprake was, in 2005 vervangen werd door een bóvenliggende maatwerkregeling. Daarin maken werkgever en werknemer afspraken over hoe ze beleid voeren en welke deskundigen daarbij ingehuurd worden. Dat moet op bepaalde onderdelen tenminste een bedrijfsarts zijn. Het onderliggende 'vangnet' is de aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst, als er geen maatwerkafpraak gemaakt wordt. En zo groeide de vraag in de markt naar zelfstandige bedrijfsartsen.

Er valt wat te kiezen. Werknemer of ondernemer, maar altijd eerst arts. Voor de NVAB is elke bedrijfsarts in de eerste plaats beroepsgeenoot. Onze kernwaarden, standpunten en richtlijnen stellen we samen vast en ze gelden voor alle bedrijfsartsen, met een baan of een bedrijf. Niet de context van werken bepaalt de opbrengst, maar de kwaliteit van de vakuitoefening. Voor de beste arbeidsgerelateerde zorg voor werkenden en werkgevers in Nederland. En die keus maken we volgens mij allemaal.

“

GERTJAN BEENS



Arbodienst
en bedrijfs-
arts: een
historisch
huwelijk



Gertjan Beens
voorzitter NVAB

In gesprek over de toetsingspraktijk van de RTE

'Gelukkig staat de menselijke maat steeds meer voorop'

Iedere arts die euthanasie uitvoert, krijgt te maken met de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE). Apotheekhoudend huisarts Florian van Heest bewaart daar niet alleen goede herinneringen aan. Maar er is veel veranderd, merkt arts-lid van de RTE-commissie Noord-Holland Ronald van Nordennen op. Ze gaan met elkaar in gesprek, kritisch en openhartig. Over euthanasie in de praktijk, de RTE-procedure en luisteren naar je gevoel.

tekst: Naomi van Esschoten

In de hal van de Domus Medica ontmoeten ze elkaar. Apotheekhoudend huisarts Florian van Heest houdt praktijk in Schoonoord, vlakbij het Drentse Emmen, terwijl specialist ouderengeneeskunde Ronald van Nordennen werkt in het Brabantse Roosendaal. Allebei zijn ze ook kaderarts palliatieve zorg. Van Nordennen werkt daarnaast nog als SCEN-arts en geeft onderwijs aan verpleegkundigen over palliatieve zorg. Al op weg naar een rustige ruimte voor het interview, raken ze enthousiast met elkaar in gesprek.

Van Nordennen: 'Hoe ontstond jouw interesse in het levenseinde?'

Van Heest: 'Al tijdens mijn studie in Rotterdam, maar het begon pas echt toen ik als huisarts werkte. In mijn privé-omgeving kreeg ik te maken met twee mensen die ongeneeslijk ziek werden. Toen realiseerde ik me: iemand overlijdt, maar leeft voort bij de betrokkenen. Voor de zieke, maar ook voor de omgeving, is

de zorg in die laatste fase heel belangrijk. Voor euthanasie geldt dat nog meer: je zorgt voor een goed einde. En voor jou?'

Van Nordennen: 'Tijdens mijn stage in een verpleeghuis kwam iemand te overlijden. Toen besepte ik dat ik daar in vijf jaar geneeskundestudie nog nooit iets over te horen had gekregen. Terwijl je iemand maar één keer goed kunt begeleiden om tot een goede dood te komen. Opereren en genezen zijn ook mooie aspecten van ons vak, maar dit laatste traject – wat wij allemaal meemaken – spreekt mij aan.'

Van Heest: 'Dat is voor mij de kern van palliatieve zorg: je kunt betekenis geven in iemands leven.'

Van Nordennen: 'Wat ik mooi vind, is hoe snel mensen je in vertrouwen nemen over hoe hun leven geweest is. Overigens maakt euthanasie nu zo'n 4 procent uit van alle sterftes in Nederland. Dat is niet veel, maar in het buitenland denken ze soms dat we iedereen euthanasieren. Er leven veel misverstanden.'

Ronald van Nordennen:

'HET LASTIGE VOOR
ONS IS DAT WE
ALLEEN EEN DOSSIER
OP PAPIER ZIEN'

Misverstanden zijn er ook over het 'recht' op euthanasie. Dat bestaat niet: een patiënt kan een verzoek doen, de arts kan dat inwilligen. Maar dat is geen plicht. Toch heeft het tuchtrechtcollege onlangs een huisarts een berisping gegeven die, na een eerdere toezegging, zich niet in staat voelde om de euthanasie uit te voeren.

Van Heest: 'Hoe kijk jij naar die casus? De



DAVID LOK

Huisarts Florian van Heest en arts-lid van de RTE-commissie Noord-Holland Ronald van Nordennen.

huisarts was overwerkt en trok zijn toezegging voor euthanasie in. Ik heb met hem te doen. Zowel patiënt als arts heeft toch altijd het recht ervanaf zien? Ik begrijp zijn besluit wel om nu helemaal geen euthanasie meer uit te voeren. Ik denk dat door die berisping meer huisartsen dat voorbeeld gaan volgen.'

Van Nordennen: 'Dat zou ik ontzettend zonde vinden. Want juist de huisarts heeft vaak een jarenlange band met de patiënt en diens naasten. Dat helpt ook bij het besluitvormingsproces. Het zou onwenselijk zijn als de drempel zo hoog wordt dat de huisarts daarom vaker de Levensindekliniek moet inschakelen. Zij leren de patiënt pas veel later kennen.'

Van Heest: 'Het doet me denken aan een patiënt met uitgezaaide kanker. Hij had altijd een euthanasiewens gehad en we besloten het wekelijks aan te kijken. Toen kwam het moment dat hij euthanasie wilde: morgen. Nog dezelfde avond kon de SCEN-arts komen en de volgende dag

heb ik de euthanasie uitgevoerd. Dat kan omdat je elkaar goed kent. Andersom heb ik het ook meegemaakt: mensen die tijdens mijn vakantie zijn gestorven op een manier die ze niet hadden gewild omdat ik er niet was. Maar er zijn ook mensen bij wie ik het verzoek niet kan invoelen. Het is per persoon verschillend.'

Van Nordennen: 'Dat bedoel ik: je loopt al zolang met mensen mee dat je heel goed naar je gevoel kunt luisteren. Ik kan me

ook alle mensen herinneren bij wie ik euthanasie heb uitgevoerd. Ik zou het daarom een verschraling vinden als meer huisartsen geen euthanasie meer willen uitvoeren.'

Van Heest: 'Toch kan ik daar wel inkomen. Het is bovendien ontzettend veel werk. Behalve de gesprekken met de patiënt moet je een SCEN-arts regelen, de gemeentelijk lijkschouwer inlichten en een uitgebreid modelverslag schrijven voor de toetsing.'

Vanuit de actualiteit komt het gesprek op de toetsingsprocedure van de RTE.

Van Nordennen: 'Ja, het is veel werk. Maar je maakt ook iemand dood. Dus is het belangrijk dat je je toetsbaar opstelt om te kijken of de procedure zorgvuldig is doorlopen. Die procedure is overigens wel verbeterd. Tegenwoordig stuurt de RTE-commissie een ontvangstbevestiging en krijgt de arts meestal binnen zes weken een beoordeling. Als eerste

Florien van Heest:

'TOEN KWAM HET MOMENT DAT HIJ EUTHANASIE WILDE: MORGEN'

Ronald van Nordennen:

'VAN DE 6500 EUTHANASIE-UITVOERINGEN PER JAAR ZIJN ER MAAR EEN PAAR DIE WE ALS ONZORGVULDIG BEOORDELEN'



drs. Ronald van Nordennen
specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve zorg, SCEN-arts en RTE arts-lid regio Noord-Holland.

bekijkt de secretaris het verslag en het meldingsformulier en maakt hij melding als het dossier vragen oproept. Daarna zet de secretaris het dossier in de digitale omgeving waar de commissie, bestaande uit een arts, jurist en ethicus, ernaar kijken. In verreweg de meeste gevallen, zo'n 80 procent, hebben wij ook geen vragen. Dan ontvangt de dokter een korte terugkoppeling dat hij het goed heeft gedaan.'

Van Heest: 'En als er wel vragen zijn?'

Van Nordennen: 'Alle dossiers waar wij vragen over hebben, bespreken we op de RTE-commissievergadering. In 90 tot 95 procent van alle dossiers komen we alsnog tot een de beoordeling dat er zorg-

vuldig is gehandeld. Een heel enkele keer houden we toch vragen. Bijvoorbeeld over de uitvoering: dan heeft de arts in bijvoorbeeld een situatie van hulp bij zelfdoding die niet goed loopt geen intraveneuze set bij zich en laat hij de patiënt alleen om die alsnog op te halen. Of het betreft gevorderde demencie of neurologische problemen waarbij iemand moeite heeft met spraak. Die dossiers bespreken we altijd. We moeten ons tenslotte ervan vergewissen of iemand wilsbekwaam was en dat het verzoek vrijwillig is gedaan.'

Van Heest: 'Hoe zit dat bij demencie? Ik vind dat lastig: de patiënt wil wel leven, maar het gaat niet meer. En de dokter wil wel helpen, maar het gaat niet meer.'

Van Nordennen: 'Die dossiers krijgen we de laatste tijd vaker. Dat is complex en de RTE leert daar ook in. Van belang is of er sprake is van een beginnende demencie, waarbij de patiënt nog wilsbekwaam is ten aanzien van het euthanasieverzoek. Zo nemen we bij mensen die wilsbekwaam zijn, in de besluitvorming niet alleen een schriftelijke wilsverklaring mee, maar bijvoorbeeld ook of de familie zich herkent in de euthanasiewens. Of we krijgen video-opnames uit het verpleeghuis. Zo kunnen we zien of het verzoek vrijwillig is in de geest van de wet, en of er sprake is van ondraaglijk lijden. Ons doel is uiteindelijk niet om dokters te vervolgen, maar om te controleren of het uitgevoerde verzoek aan de wettelijke eisen voldoet.'

Toch leidt een beoordeling niet altijd tot goedkeuring.

Van Heest: 'Als iemand niet aan de zorgvuldigheidscriteria voldoet, wat is dan de volgende stap?'

Van Nordennen: 'Soms weten we te weinig over iemands overwegingen. Het lastige voor ons is dat we alleen een dossier op papier zien. We kennen de dokter en de patiënt niet. Dan nodigen we de arts uit voor een gesprek.'

Van Heest: 'Dat heb ik ook meegemaakt. Geen pretje: ik wist van tevoren niet

waar het over zou gaan en mocht ook niemand meenemen tot steun. Terwijl ik ontzettend zenuwachtig was. Is dat nog steeds zo?'

Van Nordennen: 'Nee, gelukkig staat de menselijke maat steeds meer voorop. We stellen de vragen vooraf op papier en bellen de arts in kwestie ook even voor de afspraak op. Ook is het prima om iemand mee te nemen. Dat hoeft overigens geen juridische bijstand te zijn: het gesprek is echt bedoeld voor toelichting.'

Van Heest: 'Waarom wordt de SCEN-arts niet beoordeeld?'

Van Nordennen: 'Omdat we de uitvoerend arts toetsen. Wel kunnen we ook SCEN-artsen aanspreken als ze een slordig of onvolledig verslag aanleveren. Dat gebeurt ook in de praktijk.'



dr. F.B. van Heest
apothekhoudend huisarts, kaderarts palliatieve zorg Huisartsenpraktijk Schoonoord

Florien van Heest:

'JE BENT TENSLOTTE NIET ALLEEN DOKTER, MAAR OOK MENS'

Van Heest: 'Wat gebeurt er daarna?'

Van Nordennen: 'In veel gevallen komen we tot een positief besluit. Zo niet, dan leggen we de casus voor aan de andere vier RTE-commissies met de vraag of zij ook eens willen meekijken. Soms komen we dan tot een heroverweging. In andere gevallen melden we onze bevinding bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd en bij het Openbaar Ministerie. Maar van de 6500 euthanasie-uitvoeringen per jaar zijn die op twee handen te tellen.'

Tot slot staan Florien van Heest en Ronald van Nordennen stil bij de mens achter de dokter.

Van Heest: 'Wat zou je vanuit de RTE willen meegeven om te voorkomen dat het komt tot een oordeel 'onzorgvuldig'?'
Van Nordennen: 'Luister naar je gevoel en bij twijfel: doe het niet. Verder kan het helpen om het verslag eerst aan een collega te laten lezen voordat je het instuurt.'

Van Heest: 'Dat herken ik. Ik heb ook weleens een patiënt gehad die euthanasie wilde, maar niet terminaal ziek was. Ik kon het niet. Hij heeft later zelfmoord gepleegd. Dat zijn moeilijke kwesties. Maar je hebt zelf ook grenzen: jij moet ermee verder leven.'

Van Nordennen: 'Een ander punt is de zorg voor jezelf. Sommige artsen plannen de euthanasie om 11 uur en starten om 13 uur alweer met een spreekuur. Je kunt het ook aan het eind van de dag doen en daarna het bos ingaan. Euthanasie uitvoeren is zwaar en heftig: maak het jezelf niet moeilijker dan het is.'

Van Heest: 'Ik ga ook nooit alleen, maar neem iemand mee uit de praktijk met wie de patiënt vertrouwd is. Zo ontstaan er geen panieksituaties. Vaak wachten de assistentes ook zodat we er na afloop nog even over praten. Je bent tenslotte niet alleen dokter, maar ook mens.' *knms*

Richtlijnen voortaan sneller actueel

Dokters en patiënten willen sneller kunnen profiteren van nieuwe wetenschappelijke kennis, om samen gefundeerde beslissingen te nemen over de juiste zorg. Dankzij een nieuwe methode voor richtlijnonderhoud wordt het mogelijk gemaakt om richtlijnen voortaan jaarlijks te actualiseren.

Selma Tromp, neuroloog en bestuurslid van de Federatie Medisch Specialisten gaf tijdens het drukbezochte symposium 'Modulair onderhoud, de toekomst van richtlijnen' het officiële startschot van de vernieuwde richtlijnen-database: 'Met de vernieuwde richtlijnen-database is het mogelijk om het proces van modulair onderhoud sneller te laten verlopen en is het zoeken in de richtlijnen-database verder verbeterd. We hopen daarmee de richtlijnen-database nog gebruikersvriendelijker te maken.'

Actualisatie op onderdelen

Arend Arends, klinisch geriater en voorzitter van de stuurgroep die de nieuwe methode ontwikkelde: 'We hebben in de medisch-specialistische zorg ongeveer 650 richtlijnen, het is een uitdaging om deze actueel te houden. Tot nu toe deden we dit eens in de vijf tot acht jaar. We hebben nu een systeem opgezet waarbij we alleen die onderdelen waar belangrijke nieuwe wetenschappelijke kennis beschikbaar is gaan onderhouden. Dit doen we samen met alle wetenschappelijke verenigingen waarbij we gebruikmaken van de nieuwste digitale techniek.'

Onderzoek en richtlijnen verbinden

Naast het nieuwe systeem voor richtlijnonderhoud is er een koppeling gemaakt tussen de onderzoeken uit het programma DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw en de richtlijnen in de



Richtlijnen-database. Hiermee is het meteen duidelijk welk onderzoek betrekking heeft op welke richtlijn. Een belangrijke stap vindt Raphael Hemler, kno-arts en vertegenwoordiger van de Federatie Medisch Specialisten in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik: 'Wat we willen realiseren is dat zodra nieuwe resultaten uit bijvoorbeeld zorgevaluaties beschikbaar komen, deze in de richtlijnen worden verwerkt en dus sneller kunnen worden toegepast in de praktijk.' 

Bekijk de vernieuwde richtlijnen-database op richtlijnen-database.nl.

“
RENÉ HÉMAN



Politiek laat
mogelijke
slachtoffers
aan hun lot
over

René Héman, voorzitter
artsenfederatie KNMG

COLUMN

In de spreekkamer is geen plek voor politiek

Deal ministers en artsen: verbod hersteloperaties maagdenvlies' kopte een krant vorige week. Dat nieuws was op velerlei manieren opmerkelijk, en op één manier heel zorgelijk: politici gaan niet over medische handelingen. Een verbod daarop schendt de professionele autonomie van artsen en is maatschappelijk zeer onwenselijk; je verbiedt niet alleen een medische behandeling, maar ook het gesprek erover. Feitelijk beperk je zo voor bepaalde groepen de toegang tot de arts met alle gevolgen van dien. Artsen zullen zo'n verbod dan ook nooit kunnen accepteren.

Voor de duidelijkheid: wij dokters sluiten geen 'deals' met politici. Wij hebben onze eigen professionele autonomie en verantwoordelijkheid. Onze beroepsgroepen maken hun eigen richtlijnen, omdat zij de benodigde medische kennis en kunde daarvoor hebben. Wat in de spreekkamer of op de operatietafel gebeurt, is uitsluitend aan de arts en patiënt samen om te bepalen. Dat is al zo sinds Hippocrates. En bovenal: ieder wilsbekwaam mens is baas over zijn of haar eigen lichaam en mag zelf bepalen wat daarmee gebeurt. Ook dat is niet aan de politiek.

Natuurlijk snappen artsen de onderliggende problematiek rond het 'maagdenvliesherstel' wel. Nu al is dat een ingreep die artsen liever niet uitvoeren. Het eerste wat artsen bij een verzoek daartoe doen, is dan ook overleggen met de patiënt. Dat is wat ze op grond van 'shared decision making' behoren te doen, en dat is ook wat de richtlijn voorschrijft. Meestal resulteert dit erin dat de vrouw afziet van de ingreep. Maar als deze ingreep in een specifieke situatie voor de patiënt het beste van alle alternatieven is, dan helpt de arts haar.

Een verbod klinkt stoer en doortastend, maar de politiek lost met de dreiging van dit soort verboden het onderliggende probleem, in dit geval culturele repressie, niet op. Sterker nog: het werkt waarschijnlijk averechts. Een verbod leidt ertoe dat vrouwen zich met dit soort vragen niet meer tot een arts durven te wenden. Niet alleen de behandeling is dan verboden, in feite het gesprek erover ook. Daardoor kunnen artsen niet meer in vertrouwen een gesprek voeren over alternatieven, of naar hulp begeelden bij problemen. Grote kans dat daardoor bepaalde handelingen juist toenemen en ondergronds gaan – met alle gevolgen van dien. Dat u het probleem dan niet meer ziet, beste politici, betekent niet dat u het heeft opgelost. Het betekent wel dat u daarmee mogelijke slachtoffers aan hun lot overlaat.

Het verbieden van behandelingen, en zelfs het dreigen daarmee, is een inbreuk op de professionele autonomie van artsen en op de autonomie van patiënten. Dit is een stap die we als dokters nooit zullen accepteren en ook als maatschappij niet moeten willen. Want wat wil de politiek hierna verbieden? Nu nog zijn burgers in Nederland de baas over hun eigen lichaam. Ze kunnen terecht bij ons dokters, we zullen ze op basis van onze professionele kennis en kunde informeren en – indien nodig – handelen. Politici behoren niet op de stoel van de dokter te gaan zitten. *knmg*

Deze column is geschreven op persoonlijke titel.

Reageren kan op knmg.nl/columns.

In De Dokter: 'Beslisondersteuning verhoogt de zorgkwaliteit'

Tijdens een consult systemen voor beslisondersteuning raadplegen: de ene huisarts zweert erbij, de ander vertrouwt liever op eigen ervaring en intuïtie. David Reijmerink, huisarts in Warmenhuizen, behoort tot de ambassadeurs van digitale beslisondersteuning. Zijn workshop is een van de ruim 50 sessies op de LHV Huisartsendag op 18 april.



Veel huisartsen zien wel de voordelen van systemen als NHGDoc, dat patiëntgegevens combineert met NHG-Standaarden, maar gebruiken het niet wegens tijdgebrek. Onbekendheid met de voordelen van beslisondersteuning speelt ook mee, merkt Reijmerink. 'Dat is echt jammer, want die voordelen zijn voor mij evident. Het systeem laat bijvoorbeeld zien dat het medicijn dat je voor een nieuwe aandoening wilt voorschrijven, zich niet laat combineren met een eerder voorgeschreven medicijn, of dat het effect heeft op de nieren. Je kunt dat ook

zelf uitzoeken, maar dat kost ongetwijfeld meer tijd. Bovendien bedenk je zelf niet altijd welke mogelijke consequenties je keuze heeft. De uitkomst verbaast mij nog regelmatig, hoewel ik ervaren huisarts ben.'

Big data

Ook huisarts Erik Asbreuk neemt bezoekers van de LHV Huisartsendag mee in de voordelen van digitale informatie. In zijn geval big data. 'De meeste huisartsen krijgen jeuk van big data. Maar aan het eind van mijn verhaal willen ze er toch altijd meer van weten.' In zijn workshop, samen met beleidsonderzoeker Hugo de Vos, vertelt Asbreuk hoe hij gegevens over grote groepen mensen concreet gebruikt in zijn praktijk.

Met behulp van big data werd in vijf plaatsen in Nederland, waaronder Nieuwegein, op postcodeniveau een communicatieprofiel van patiënten opgesteld. Asbreuk: 'Zo hebben we ontdekt dat de inwoners van Nieuwegein wat hoger dan gemiddeld zijn opgeleid, maar toch aan de hand willen worden genomen. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de inwoners van Hilversum, die ook relatief hoogopgeleid zijn, maar de zorg liever zoveel mogelijk in eigen hand houden. Die krijgen bij wijze van spreken liever zelf een bloeddrukmeter, terwijl de Nieuwegeiner liever langs de POH gaat.' In deze aankomende editie van de Dokter zit een speciaal katern vol interviews met sprekers van de LHV Huisartsendag. Daarnaast in deze editie ook:

- Huisartsenpraktijk in het centrum onbetaalbaar
- Vernieuwde LHV-Declareerwijzer 2020 maakt declareerregels inzichtelijker
- Mijn praktijkstart: nieuwe rubriek waarin huisartsen vertellen over hun eigen start
- Onvrijwillige zorg is geen huisartsgeneeskundige zorg 

De Dokter ligt op donderdag 27 februari bij alle LHV-leden op de mat.

Artsenfederatie KNMG
Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst
R.A.C.L. Heman, voorzitter
A. Rühl, algemeen directeur
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 088 440 4200, info@fed.knmg.nl
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
P.P.G. van Benthem, voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 088 505 3434
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent
A. Abdelmoumen, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneeskundestudent.nl
degeneeskundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij
en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
C.T.J. Derijck, directeur
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband
S.J. Booi, voorzitter
C. van den Brekel, directeur
tel. 088 134 4100
bureau@lad.nl, lad.nl



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
N.A. Kalsbeek, voorzitter
P. van Rooij, algemeen directeur
tel. 085 048 0000
lhv@lhv.nl, lhv.nl



NVAB
Nederlandse Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
J.G.F. Beens, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 204 0620
kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging voor
Verzekeringsgeneeskunde
R. Kok, voorzitter
M. van Bork, directeur
tel. 030 686 8764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso
Vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter
N. Hauet, directeur
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl

