

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Niet discrimineren is een kunstfout

**E**en tijdje geleden mocht ik een dag meekijken bij Sanquin in Amsterdam, waar bloed en plasma wordt verwerkt tot bloedproducten en geneesmiddelen voor de Nederlandse gezondheidszorg. De dag begon met de donoren. Indruk maakte een man die al 30 jaar bloed gaf en overtuigd was van de kracht en het belang om dat gratis te doen. Om de markt – en de bloedproducten – ‘niet te vervuilen’ zoals hij zei. Altruïstisch waren ook de motieven van een islamitische man, die doneerde om goed te doen voor anderen. Hij werd gemotiveerd door zijn geloof.

Zoals we sinds de aidsepidemie allemaal weten, is het belang van veilig bloed bijzonder groot. Donoren worden dan ook uitgebreid gescreend voordat ze bloed mogen geven. Via uitgebreide vragenlijsten en een persoonlijk gesprek over leefstijl, gezondheid en risico's op infecties via reizen of seksueel gedrag, worden 'veilige' donoren geselecteerd. Ingewikkeld proces. Want als je tot een 'niet-risicogroep' behoort, wil het nog niet zeggen dat je ook geen risicogedrag vertoont. En andersom natuurlijk. En kun je mensen op hun woord vertrouwen? Als vertrouwensarts heb ik ervaren dat dat een illusie is. Geheugens van mensen zijn bijzonder flexibel en soms is de schaamte domweg te groot. Maar hoe selecteer je dan aan de poort, zonder nodeloos te discrimineren, te stigmatiseren en te generaliseren en daarmee mensen te beledigen?

Discriminatie was ook de rest van de dag een belangrijk thema. Bijvoorbeeld tijdens de bespreking van donorartsen en transfusieartsen waarbij wordt gezocht naar bloedproducten voor zeer bijzondere patiënten. Want bloed is ongelofelijk discriminerend. Waar ik nog opgeleid ben met de overzichtelijke wereld van de ABO-bloedgroep en rhesusantigenen, blijken er inmiddels 359 bloedgroepen bekend. Met grote verschillen tus-

sen bevolkingsgroepen. Zo kennen Chinezen nagenoeg geen rhesusantagonisme en ook de Indian en Duffy-bloedgroepen op erythrocyten komen niet op iedere plek op aarde evenveel voor. Dit is op zichzelf geen probleem bij een bloedtransfusie, maar wel voor patiënten die tegen deze bloedgroepen antistoffen hebben gevormd. Discrimineren bij het selecteren van donoren en bij het toedienen van bloed is daar door letterlijk van levensbelang.

Discrimineren, de geneeskunde heeft het er maar moeilijk mee. Misschien gebruiken we het woord ook wel verkeerd. Als discrimineren alleen 'onderscheiden' zou betekenen, was er geen vuiltje aan de lucht. Natuurlijk moet je onderscheiden of iemand een man is of vrouw, een kind of volwassene, rijk of arm, een West-Europeaan of een iemand met een Aziatische achtergrond. Het maakt nogal wat uit voor je diagnostiek en je beleid wie iemand is, waar hij of zij vandaan komt en welke mogelijkheden er zijn. Niet discrimineren is een kunstfout in de geneeskunde. Maar wel discrimineren is dat ook. Want vast niet alle Chinezen zijn rhesus-D-positief. En niet alle mensen die leven in armoede hebben diabetes of tbc, hoewel de kansen hierop natuurlijk wel veel groter zijn. Misschien moeten we wel af van de tweede betekenis van het woord 'discrimineren'. Want het gaat niet zozeer fout bij het onderscheid maken tussen mensen, maar wel om de labeling ervan. Niet de eerste stap in het proces is verkeerd, maar de vervolgstap, waarbij we generaliseren en stigmatiseren en mensen zo volledig verkeerd inschatten en behandelen.

Dus lang leve de discriminatie in de geneeskunde. Maar laten we ver blijven van stigmatiseren en generaliseren. Onze bevolgen collega-donorartsen maatschappij & gezondheid bij Sanquin werken al jaren op deze manier. Ik heb er veel van geleerd, waarvoor dank!

“

ELISE BUITING



Laten we ver blijven van stigmatiseren en generaliseren

KAMG

Elise Buiting

arts M&G, voorzitter KAMG

## Praktijkdilemma

Veelgestelde vragen aan de KNMG Artseninfolijn

### Hoe werkt het tuchtrecht?

#### CASUS

Casus: Er is een klacht tegen mij ingediend bij de tuchtrechter. Hoe werkt het tuchtrecht precies, wat kan ik doen en wat kan ik verwachten?

#### DEEL INFORMATIE

Een tuchtklacht is voor een arts buitengewoon belastend. Daarom is het is het eerste advies om een tuchtklacht niet voor u zelf te houden, maar te delen met uw eventuele werkgever en collega's. Het is van belang dat zij weten wat er speelt, zodat zij u daarbij kunnen steunen. Op grond van uw toelatings- en arbeidsovereenkomst bent u vaak ook verplicht om uw leidinggevende of directie te informeren.

#### HULP BIJ DE PROCEDURE

Het is belangrijk dat u juridische bijstand vraagt. Zorginstellingen kunnen die bijstand vaak verlenen, bijvoorbeeld via hun jurist of verzekeraar. Rechtsbijstandsverzekeraars willen vaak vanaf het begin af aan betrokken zijn bij de ondersteuning van uw klacht. Dit geldt ook als u een beroep wilt doen op uw persoonlijke rechtsbijstandsverzekeraar. In de KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens' (paragraaf 3.1 en 6.2), vindt u informatie over het gebruik van medische gegevens in de tuchtprocedure.

#### BRIEF

Het verloop van een tuchtrechtelijke procedure verschilt per klacht. U ontvangt van het regionaal tuchtcollege een brief met daarbij het klaagschrift op uw werk- of woonadres. In de brief staat wat er van u wordt verwacht. Op de website tuchtcollege-gezondheidszorg.nl vindt u de informatiefolder 'Klachten over uw zorg' met een zeer uitgebreide uitleg over het verloop van de procedure.

#### KOSTEN

Een tuchtklacht wordt alleen dan in behandeling genomen als de klager binnen vier weken na indiening 50 euro griffierecht betaalt. Als de klacht gegrond wordt verklaard krijgt de klager het griffierecht terug. De kosten voor juridische ondersteuning en eventueel door hen opgeroepen getuigen en deskundigen zijn



in eerste instantie voor rekening van de partijen. Als de klacht gegrond wordt verklaard, kan het tuchtcollege bepalen om de beroepsbeoefenaar te veroordelen in de kosten van het geding die de klager heeft moeten maken.

#### TOELICHTING

Het tuchtrecht voor de gezondheidszorg, geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), is van toepassing op artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen en physician assistants, voor zover zij geregistreerd zijn in het BIG-register. Het doel van het tuchtrecht is het bevorderen en het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg.

Klagers kunnen een klacht indienen bij een van de vijf Regionale Tuchtcolleges in de Gezondheidszorg (RTG). Zij kunnen hierbij worden ondersteund door een tuchtklachtfunctionaris. De volgende personen of instanties zijn volgens de wet BIG bevoegd tot klagen:

- de rechtstreeks belanghebbende (vaak de patiënt zelf, of diens nabestaanden),
- degene die een opdracht heeft verstrekt,

- de werkgever of het bestuur van een instelling waar de beroepsbeoefenaar werkzaam is,
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

### TWEE TUCHTNORMEN

Het RTG toetst de klacht aan twee 'tuchtnormen' uit de Wet BIG. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te verlenen. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim. De hulpverlener moet naast de patiënt ook jegens de familie van de patiënt deze zorg verlenen. De tweede tuchtnorm omvat 'enig ander handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt'. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneming en onjuist optreden in de media.

### TUCHTMAATREGELEN

Aan de hand van deze tuchtnormen bepaalt de tuchtrechter of het tuchtrecht van toepassing is en of de klacht gegrond is. Indien het RTG de klacht gegrond verklaart, kan zij verschillende maatregelen opleggen:

- waarschuwing,
- berisping,
- geldboete van ten hoogste 4500 euro,
- (voorwaardelijke) schorsing van maximaal 1 jaar,
- gedeeltelijke ontzegging,
- doorhaling in het BIG-register.

Bij een doorhaling kan het tuchtcollege ook een beroepsverbod opleggen, als 'gedragingen van de beroepsbeoefenaar een gevaar kunnen opleveren voor de veiligheid van personen. Hierdoor mag de beroepsbeoefenaar op geen enkele wijze meer werkzaam zijn binnen de individuele gezondheidszorg.

Ook kan het RTG de klacht gegrond verklaren zonder een maatregel op te leggen.

### OPENBAARMAKING

Alle beroepsbepalende maatregelen worden standaard gepubliceerd. Openbaarmaking vindt – onder vermelding van de naam van de beroepsbeoefenaar, de maatregel en de aard van het 'vergrijp' – plaats via aantekening in het BIG-register, publicatie in de Staatscourant en een of meer lokale dag- of weekbladen en op een lijst op de website van het BIG-register. Als het nodig is voor het belang van de individuele gezondheidszorg, kan het tuchtcollege ook besluiten om een berisping of geldboete openbaar te maken, op een door het tuchtcollege te bepalen wijze al dan niet met de gronden waarop de maatregel berust.

Een procedure bij het regionaal tuchtcollege duurt gemiddeld zeven maanden.

### HOGER BEROEP

Er kan hoger beroep worden aangetekend bij het Centraal Tuchtcollege (CTG). De aangeklaagde en de IGJ zijn altijd bevoegd om in hoger beroep te gaan, de klager enkel indien de klacht niet-ontvankelijk of ongegrond is verklaard. Die procedure duurt gemiddeld negen maanden. *knmg*

Zie ook: [knmg.nl/tuchtrecht](http://knmg.nl/tuchtrecht)

### Vraag? KNMG Artseninflijn

Bent u arts en lid van een van de federatiepartners van de KNMG, dan kunt u met vragen op medisch-ethisch en juridisch (gezondheidsrechtelijk) terrein kosteloos advies krijgen van de KNMG Artseninflijn. Van maandag t/m vrijdag tussen 9.30 en 16.00 uur telefonisch bereikbaar via 088 440 4242.

Alle praktijkdilemma's vindt u op [knmg.nl/praktijkdilemma](http://knmg.nl/praktijkdilemma).



WICO MULDER:

**"Als arts maatschappij & gezondheid heb ik de KNMG nodig bij zorg-innovaties en nieuwe manieren van samenwerken."**

*knmg* Voorop voor dokter en zorg

## Vertrouwensarts Veilig Thuis: 'Eerst onveiligheid oplossen'

Niet alleen de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld is vernieuwd, de werkwijze van Veilig Thuis is dat ook. En dat was echt nodig. Mishandeling ging soms nog jaren door, terwijl de hulpverlening al gestopt was. Artsen zien dan soms weer dezelfde klachten bij patiënten. Dat wil niemand.

**M**arjolijn van de Merwe, vertrouwensarts bij Veilig Thuis: 'Nieuw is dat we nu eerst exact in kaart brengen wat de onveilige situatie is en wat ervoor nodig is om die weg te nemen. Als het weer veilig is, dan samenwerken voor risico- en herstelgerichte zorg.' In gezinnen waar geweld speelde die gemeld waren bij Veilig Thuis, was er na een jaar vaak nog steeds geweld. Dat was de conclusie uit onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut in 2014. 'Bovendien werden de kinderen onvoldoende gehoord en was er te weinig aandacht voor herstelgerichte zorg', zegt Van de Merwe.

### Eerst zorgen voor veiligheid

'Uit datzelfde onderzoek wisten we al dat situaties van acute of structurele onveiligheid onvoldoende in beeld waren,' vervolgt ze. Conclusie: het moet anders bij Veilig Thuis. Er kwam een visie op ketensamenwerking en het triage-instrument van Veilig Thuis, wat helpt bij veiligheidsbeslissingen nemen, werd vernieuwd. Doel was onder meer een landelijke eenduidige werkwijze. 'De visie van onze werkwijze: eerst samen veiligheid creëren, dan samenwerken voor risicogestuurde en herstelgerichte zorg,' licht Van de Merwe toe. Ze vertelt dat hulpverleners in het verleden vooral gericht waren op risicofactoren, zoals een psychiatrisch probleem bij één van de ouders.

### Bestendig veilig

Van de Merwe geeft het voorbeeld van een oudere die wordt opgenomen in het ziekenhuis met ernstige ondervoedingsverschijnselen. 'Die oudere is misschien licht aan het dementeren. Of er is een mantelzorger betrokken die overbelast is. Dat zijn twee mogelijke risicofactoren. Maar éerst is het van belang dat die oudere drie keer per dag goed eet en dat je dat regelt. Daarna zijn de factoren die de onveiligheid veroorzaken aan de beurt. Hoe zorgen we er bijvoorbeeld voor dat de mantelzorger minder wordt belast? Dat noemen we risicogestuurde zorg. Doel is om de risico's zo klein mogelijk te maken, zodat de situatie ook veilig blijft. Als Veilig Thuis veiligheidsvoorwaarden heeft gesteld, dan monitoren wij die tot anderhalf jaar, of zo

## De beste voorspeller van geweld is eerder geweld

veel langer als nodig is,' vertelt Van de Merwe. 'We merkten dat er soms ernstige mishandeling was, dat er hulpverlening werd gestart maar niet werd voortgezet, ondanks dat de mishandeling niet stopte. Artsen zien dan soms weer dezelfde klachten bij patiënten. Dat wil niemand.'

### Radarfunctie

Nieuw is de landelijke registratie van meldingen, de zogenoemde radarfunctie van Veilig Thuis. Van de Merwe legt uit dat de verbeterde meldcode en de veranderingen bij Veilig Thuis nauw met elkaar samenhangen. 'De verbeterde meldcode maakt dat met duidelijke normen wordt besloten om te melden bij Veilig Thuis,



namelijk bij acute structurele onveiligheid. In het verleden kon je in die situaties nog zelf hulp verlenen en niet melden bij Veilig Thuis. Daardoor bleven er gezinnen buiten beeld. Nu meld je en bespreek je met Veilig Thuis of je ook hulp verleent. Komen er dan nieuwe meldingen binnen bij ons, dan weten we wat er al eerder heeft gespeeld. Ontzettend belangrijk, want de beste voorspeller van geweld is eerder geweld. Wij kunnen zo een betere afweging van de risico's maken en betere besluiten nemen.'

### 24 uur per dag bereikbaar

Veilig Thuis stuurt aan op partnerschap met melders. Dat begint al in stap 2 van het stappenplan van de meldcode. 'Artsen zijn verplicht te overleggen, bij voorkeur met een vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Dat gaat anoniem, de gegevens van de betrokkenen worden niet gedeeld. Er zijn veel artsen die nog niet weten of geen gebruikmaken van de 24 uren bereikbaarheid van vertrouwensartsen. Nuttig om te weten, denk aan artsen die werken op de Spoedeisende Hulp.'

### Veiligheidsbeoordeling

'Als het tot een melding komt, doet Veilig Thuis altijd eerst een veiligheidsbeoordeling,' zegt Van de Merwe. 'Het kan zijn dat het gezin al bekend is vanuit een eerdere melding, maar we kijken ook naar openbare bronnen, zoals gegevens van de Raad van de Kinderbescherming. We spreken zo mogelijk ook de betrokkenen. Zo verrijken we de informatie uit een melding. Vervolgens geven we de arts aandachtspunten voor de hulpverlening. Kan een arts niet

zelf hulpverlenen of organiseren, dan krijgt hij of zij altijd een terugkoppeling van wat er met de melding is gedaan. Het is belangrijk om te weten wat het vervolg is, omdat geweld zich nogal eens herhaalt.'

### Nog vertrouwensartsen nodig

Voor de uitvoering van de verbeterde meldcode en de versterking van de adviesfunctie voor medische professionals zijn er trouwens nog nieuwe vertrouwensartsen nodig. Van de Merwe: 'Als ervaren arts kun je bij ons in twee jaar in de praktijk worden opgeleid. Zoek vooral contact met Veilig Thuis.'<sup>knmg</sup>

Zie ook: [knmg.nl/kindermishandeling-en-huiselijkgeweld](http://knmg.nl/kindermishandeling-en-huiselijkgeweld)

## Eerste Kamer neemt Wet medezeggenschap cliënten aan: wat betekent dat?

De Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (Wmcz) formaliseert de zeggenschap van patiënten, door zorgaanbieders te verplichten een cliëntenraad in te stellen. De LHV heeft samen met andere organisaties gehamerd op een uitzonderingspositie voor kleinschalige zorgaanbieders. De grens is nu getrokken bij zorgaanbieders met meer dan 25 zorgverleners.

**H**et oorspronkelijke wetsvoorstel zou een groot deel van de eerstelijnszorgaanbieders verplichten een cliëntenraad in het leven te roepen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) maakt zich zorgen om de administratieve, organisatorische en financiële lasten die daarmee gemoeid zouden zijn. Daarbij is de LHV van mening dat er met alternatieve en/of informele vormen van medezeggenschap en patiëntenparticipatie eenzelfde, zo niet beter, resultaat wordt bereikt, zoals nu al in de dagelijkse praktijk gebeurt.


### Meer dan 25 natuurlijke personen

Tijdens de discussie in de Tweede Kamer bleek onvoldoende

steun voor verhoging van de grens naar 50 zorgverleners. In het daarna gewijzigde wetsvoorstel is de grens bij 25 natuurlijke personen gelegd. Dit geldt alleen voor instellingen waar cliënten niet gedurende ten minste een etmaal kunnen verblijven of die bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) aan te wijzen zorg verlenen. Voor kleinschalige zorgaanbieders is dit volgens de LHV het 'best werkbaar voorstel', omdat zoals in het geval van huisartsenpraktijken het grootste deel hierdoor wordt uitgezonderd.

### Hoe verder?

De LHV geeft het nog niet op om de norm verder verhoogd te krijgen, dan wel uitgezonderd te worden van de werking van de Wmcz. Samen met de eerstelijnsorganisaties grijpen we daarvoor de algemene maatregel van bestuur aan. In de AMvB wordt nadere uitwerking gegeven aan de wet. Zo zijn nu de verhoging van de norm naar 25 en de uitzondering van apotheken hierin al opgenomen.

Tegelijkertijd bekijken we hoe huisartsenvoorzieningen met meer dan 25 zorgverleners de wet zo eenvoudig mogelijk kunnen invoeren. Naar alle waarschijnlijkheid zal het ministerie van VWS een overgangstermijn van een halfjaar hanteren, waardoor de Wmcz pas in juli 2020 van kracht wordt. 



## Nominaties Wetenschaps- en Innovatieprijs 2019

De knoop is doorgehakt! De vakjury van de Wetenschaps- en Innovatieprijs van de Federatie Medisch Specialisten heeft drie genomineerden geselecteerd uit de 21 voordrachten van de wetenschappelijke verenigingen. Wie de winnaar wordt, blijft nog even spannend. De prijs wordt feestelijk uitgereikt op 27 juni.

### De nominaties (in willekeurige volgorde)

#### CAMELYON16 CHALLENGE (pathologen)

Is het gebruik van kunstmatige intelligentie bij het opsporen van uitzaaiingen bij borstkankerpatiënten net zo accuraat als een onderzoek door de patholoog? Onderzoeker Jeroen van der Laak: 'Onze conclusie was dat de beste kunstmatige-intelligentiesystemen net zo goed werken als een patholoog die zonder enige tijdbeperking de taak uitvoert. De systemen waren zelfs significant beter dan pathologen die werken onder tijdsdruk. Het gebruik van kunstmatige intelligentie levert de patholoog bovendien een flinke tijdsbesparing op die besteed kan worden aan complexere taken.'

#### MIJNIBDCOACH (mdl-artsen)

Wat zijn de effecten van de telemonitoringtool MijnIBDcoach op de zorg voor patiënten met de darmaandoening IBD? Dat onderzocht Marin de Jong met haar onderzoeksteam. De Jong: 'We toonden aan dat de tool helpt om de ziekteactiviteit bij deze patiënten beter te monitoren. Dit leidde tot een significante verlaging van het aantal ziekenhuisopnames (-50%) en polikliniekbezoeken (-36%) en een verbetering van de therapietrouw. Bovendien kunnen we met het gebruik van de tool een kostenbesparing realiseren van 550 euro per patiënt per jaar.'

#### AMACING STUDIE (radiologen, internisten, cardiologen)

Bij onderzoek met contrastmiddelen werd bij risicopatiënten extra vocht toegediend om nierschade te voorkomen. Een multidisciplinair team van radiologen, internisten en cardiologen onderzocht of dit eigenlijk wel zinvol is. Onderzoeker Estelle Nijssen: 'We toonden aan dat extra vochttoediening niet effectief is en beter achterwege gelaten kan worden. Hierdoor vermindert zowel de beddendruk als de belasting voor deze patiënten, omdat zij nu niet meer één tot twee dagen hoeven te worden opgenomen in het ziekenhuis. Bovendien voorkomen we hiermee mogelijke complicaties zoals hartfalen en besparen we vijftig tot honderd miljoen euro per jaar aan zorgkosten.'

Bekijk de interviews met de genomineerden op [demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs](http://demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs)

**Artsenfederatie KNMG**  
Koninklijke Nederlandsche  
Maatschappij tot bevordering der  
Geneeskunst  
R.A.C.L. Héman, voorzitter  
A. Rühl, algemeen directeur  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht  
tel. 088 440 4200, [info@fed.knmg.nl](mailto:info@fed.knmg.nl)  
[knmg.nl](http://knmg.nl)



#### FEDERATIEPARTNERS

**Federatie Medisch Specialisten**  
M.C.G. Daniëls, algemeen voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 088 505 3434  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)  
[demedischspecialist.nl](http://demedischspecialist.nl)



**De Geneeskundestudent**  
A. Abdelmoumen, voorzitter  
tel. 088 440 4216  
[info@degeneeskundestudent.nl](mailto:info@degeneeskundestudent.nl)  
[degeneeskundestudent.nl](http://degeneeskundestudent.nl)



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij  
en Gezondheid  
E. Buiting, voorzitter  
C.T.J. Derrjck, directeur a.i.  
tel. 030 303 3662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband  
S.J. Booij, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 088 134 4100  
[bureau@lad.nl](mailto:bureau@lad.nl), [lad.nl](http://lad.nl)



**LHV**  
Landelijke Huisartsen Vereniging  
N.A. Kalsbeek, voorzitter  
P. van Rooij, algemeen directeur  
tel. 085 048 0000  
[lhv@lhv.nl](mailto:lhv@lhv.nl), [lhv.nl](http://lhv.nl)



**NVAB**  
Nederlandse Vereniging voor  
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde  
J.G.F. Beens, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 204 0620  
[kwalitytsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwalitytsbureau@nvab-online.nl)  
[nvab-online.nl](http://nvab-online.nl)



**NVVG**  
Nederlandse Vereniging voor  
Verzekeringsgeneeskunde  
R. Kok, voorzitter  
M. van Bork, directeur  
tel. 030 686 8764  
[secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl), [nvvg.nl](http://nvvg.nl)



**Verenso**  
Vereniging van specialisten  
ouderengeneeskunde  
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter  
N. Hauet, directeur  
tel. 030 227 1910  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl), [verenso.nl](http://verenso.nl)

