

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Maatje groter

Ik lees graag de columns van Frank Kalshoven in de Volkskrant. Een paar weken geleden schreef hij een stukje over de arbeidsinspectie, officieel I-SZW.¹ Hij vindt: de inspectie op arbeid moet een paar maten groter groeien. Hij verbaast zich erover dat het toezicht op onze financiële markt (AFM, DNB, accountantssector) zoveel beter is georganiseerd dan dat op onze arbeidsmarkt. Onafhankelijke toezichthouders met voldoende mensen en middelen aan de ene kant, tegenover een arbeidsinspectie die het werk niet aankan aan de andere kant. I-SZW krijgt er nu en dan geld bij maar het aantal opgelegde boetes daalt, terwijl de lijst met toezichtonderwerpen groeit.² Heeft Kalshoven een punt?

Nou dat dacht ik wel. Gezond en veilig werk vinden we heel belangrijk in Nederland. Deskundig advies daarover is bij wet geregeld (behalve voor de 1,2 miljoen zzp-ers, maar dat is een ander punt). We zijn een mooi land en hebben een mooi stelsel van wetten en regels. Aangeharkt. Hekje eromheen. Op papier klopt het als een bus. Werkgever en werknemer zijn SAMEN verantwoordelijk voor gezond en veilig werk. Want we zijn een polder. De basis van het hele stelsel is balans tussen zeggenschap en medezeggenschap. Nalevingsonderzoek van de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) leert helaas dat het aan die basis al misgaat!³ Een derde van de OR-plichtige organisaties heeft geen medezeggenschap. En waar wel een OR is, geeft 55 procent aan dat die nauwelijks of geen invloed heeft op beleid. Een andere pijler van het stelsel – de voor alle bedrijven wettelijk verplichte risico-inventarisatie en evaluatie (RI+E) – wankelt ook al.⁴ Cap Gemini constateert in 2017 dat maar de helft van de werkgevers een RI+E heeft. Zonder de risico's in

werk voor gezondheid en veiligheid te kennen is het wachten op brokken. Dat is wat veel werkgevers kennelijk – bewust of onbewust – doen.

I-SZW zelf constateert in 2018 opnieuw talloze tekortkomingen.⁵ Nalevingsonderzoek van de Arboret laat zien dat lang niet alle werkgevers zich deskundig laten ondersteunen, terwijl dat verplicht is. Grote werkgevers hebben bijna allemaal een contract met een bedrijfsarts of een arbodienst, maar een kwart van de kleine werkgevers heeft niets geregeld. Kijk je in die contracten dan wordt het beeld ronduit somber. Het merendeel gaat niet over gezond en veilig werk maar over verzuim: schadereparatie in plaats van preventie. 95 procent van de contracten regelt iets over verzuimbegeleiding. Vrije toegang tot de bedrijfsarts – wettelijk verplicht sinds 2017! – is in minder dan de helft van de contracten opgenomen. Gezondheidsonderzoek naar werkrisico's in een derde daarvan. Toegang van de bedrijfsarts tot de werkplek voor onderzoek: 31 procent. Advisering over preventie door de bedrijfsarts: 21 procent. En 'vastleggen dat' is nog niet 'regelen hoe'.

Gezond en veilig werk zijn van groot belang, maar niet vanzelfsprekend voor iedereen beschikbaar. Wetgeving alléén werkt niet. Dat wisten we al. Er zijn veel werkgevers die serieus werk maken van hun verantwoordelijkheden. Maar ook een grote groep niet. Informeer de onwetenden, beboet de onwilligen. Daar mag een flinke schep bovenop, door een stevige en wat mij betreft onafhankelijke inspectiedienst. En ja, die mag een maatje groter.

De voetnoten vindt u onder deze column op medischcontact.nl

“

GERTJAN BEENS



Informeer de onwetenden, beboet de onwilligen



Gertjan Beens
voorzitter NVAB



JOSINE JANSON



Gemiste kans dat 'veronderstelde toestemming' niet wettelijk geregeld wordt

Josine Janson
adviseur gezondheidsrecht
KNMG

COLUMN

Ik zie beren op de weg

Vanaf januari 2020 krijgen nabestaanden een wettelijk recht op inzage in het medisch dossier van een overleden patiënt. Belangrijke reden voor deze wijziging in de WGBO is om de positie van naasten te verbeteren, daarbij dicht aan te sluiten bij de wensen van de patiënt en de praktijk te verduidelijken. Ik denk dat het niet altijd zo zal uitpakken. Vooral omdat de 'veronderstelde toestemming' van de overleden patiënt niet in de wet wordt opgenomen.

Huidige praktijk

Volgens bestaande rechtspraak kunnen nabestaanden nu soms ook al inzage krijgen in het medisch dossier. Bijvoorbeeld als de toestemming van de overleden patiënt daarvoor kan worden 'verondersteld'. Bekeken wordt dan of er concrete feiten en omstandigheden zijn waaruit valt af te leiden dat de patiënt bij leven toestemming zou hebben gegeven voor inzage in het medisch dossier door zijn nabestaanden. Belangrijk is bijvoorbeeld hoe de band tussen de nabestaande en de overledene was en met welk doel de gegevens worden gevraagd.

Na wetwijziging

Nabestaanden kunnen straks inzage krijgen bij (1) een incident of (2) een zwaarwegend belang. Ook (3) kan de patiënt door het (laten) vastleggen van zijn toestemming bepalen wie er na zijn overlijden zijn dossier mag inzien. 'Veronderstelde toestemming' hebben we volgens de wetgever niet meer nodig. Daar denk ik anders over. Ik zie toch nog wel wat beren op de weg.

Beer 1: onverwachts overlijden

Wat als (nog) niets geregeld is over inzage na overlijden en de patiënt onverwachts overlijdt? Niets geregeld hoeft niet automatisch te betekenen dat een patiënt geen inzage door zijn naasten wil. Maar als er niets is vastgelegd, mag straks alleen inzage worden verleend op grond van een zwaarwegend belang of bij een incident. Inzage op basis van veronderstelde toestemming kan niet meer. Ook niet aan de echtgenoot die altijd trouw meekwam met alle afspraken. De huidige praktijk wordt hiermee ingeperkt wat naar mijn mening niet in het belang is van de patiënt en zijn naasten.

Beer 2: onvoorziene gegevens

Wat als na het geven van toestemming zeer privacygevoelige gegevens aan het dossier zijn toegevoegd? Je kunt als patiënt niet altijd anticiperen op wat je na je dood met je gegevens wilt. Laatst sprak ik een arts: na overlijden bleek dat zijn patiënt hiv had. Hij wist dit niet, had hier nooit met de patiënt over gesproken en twijfelde of de patiënt het zelf wel wist. Ervan uitgaande dat er geen gezondheidsrisico is voor de naaste(n) – vind ik niet dat je zondermeer moet aannemen dat de patiënt inzage in (onvoorziene) gegevens altijd zou hebben gewild.

Beer 3: recent gewijzigde situatie

Wat als de patiënt recent gescheiden is, inmiddels in onmin leeft met de ex-partner, maar de toestemmingsverklaring is hierop nog niet aangepast? Als het evident niet in het belang van de patiënt is, vind ik dat een arts, ondanks de eerder vastgelegde toestemming, inzage moet kunnen weigeren. Deze nieuwe wet mag handelen als 'goed hulpverlener' immers niet opzij zetten. Bovendien moet niet vergeten worden dat met inzage aan nabestaanden een uitzondering wordt gemaakt op het medisch beroepsgeheim. Het medisch beroepsgeheim is ook na de dood van de patiënt van kracht en met inbreuk daarop moet zorgvuldig worden omgegaan.

In al deze situaties had 'veronderstelde toestemming' uitkomst kunnen bieden. Het is een gemiste kans dat deze grond niet wettelijk geregeld is.

Beren vangen

De KNMG heeft zich samen met andere partijen in de zorg hard gemaakt om de nieuwe WGBO zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk. Het heeft geleid tot een toezegging van de minister om een handreiking te (laten) ontwikkelen die duidelijkheid geeft over de nieuwe grondslagen waarop aan nabestaanden inzage mag worden verleend in de medische dossiers van overleden naasten. De KNMG is hierover samen met Patiëntenfederatie Nederland in gesprek met het ministerie van VWS. *knmg*

Neem belemmeringen voor juiste zorg op de juiste plek weg

In het hele land werken medisch specialisten samen met huisartsen, verpleegkundigen, paramedici, wijkverpleging en andere zorgverleners aan nieuwe initiatieven binnen en buiten het ziekenhuis rond 'de juiste zorg op de juiste plek'. Maar deze beweging kan pas echt een vlucht nemen als de muren tussen de lijnen lager worden, de gegevensuitwisseling sterk verbetert en de bekostiging goed geregeld wordt. Dat schrijven de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen in een brief aan de Tweede Kamer.

Juiste zorg op de juiste plek heeft als doel om de beste zorg te leveren dichtbij en rondom de patiënt, doelmatig én toegankelijk. Dat doen we in programma's zoals *Verstandig kiezen, Zorgevaluatie en gepast gebruik* en *Samen beslissen* en door het ontwikkelen van netwerkgeneeskunde en e-health-toepassingen. De FMS stimuleert deze beweging en zoekt daarbij de samenwerking met andere belangenorganisaties zoals die van de huisartsen, verpleegkundigen en de ziekenhuizen. Daarnaast stelt de FMS zich als doel om belemmeringen die juiste zorg op de juiste plek in de weg staan, weg te nemen.

Netwerkgeneeskunde

In de brief pleiten FMS, LHV en InEen voor het verder verlagen van 'de muren tussen de lijnen'. De kennis en kunde van medisch specialisten is niet langer gebonden aan het ziekenhuisgebouw. De juiste medisch-specialistische zorg leveren kan ook in een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld, of via e-health. Volgens FMS, LHV en InEen gaat de juiste zorg op de juiste plek nadrukkelijk niet om substitutie, dus het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk, maar om netwerkgeneeskunde. Daarbij wordt de patiënt centraal gezet en vanuit een netwerk beslissen zorgverleners samen welke zorg nodig is en wie die het beste kan geven. De 'Handreiking Implementatie van Juiste zorg op de juiste plek' biedt een stappenplan hoe medisch specialisten en huisartsen hier goede afspraken over kunnen maken en hoe ze deze samenwerking financieel kunnen regelen.

Bekostiging

Een andere belemmering die de organisaties in de brief noemen, is de huidige bekostiging. Deze stimuleert de juiste zorg op de

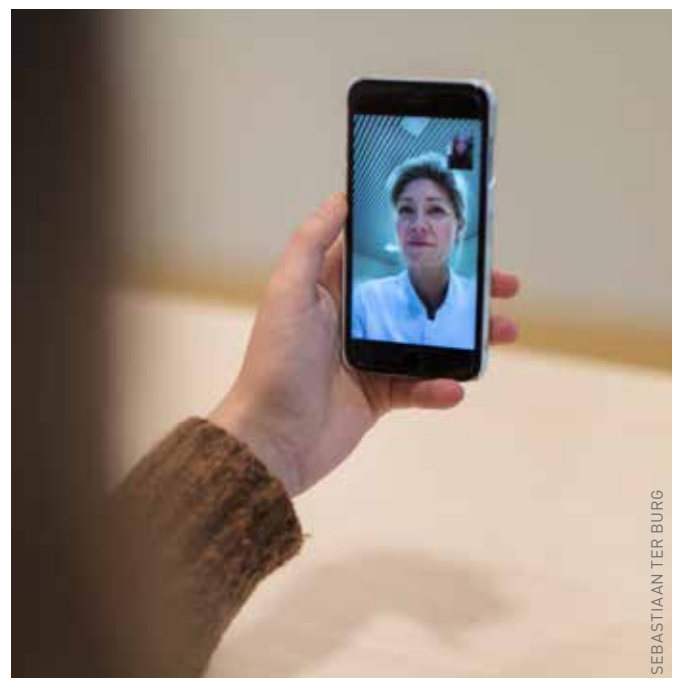
juiste plek nog onvoldoende, want er is geen afdoende betaaltitel voor het voeren van overleg, het geven van adviezen aan elkaar, en het beschikbaar stellen van de kennis en kunde van de medisch specialist buiten het ziekenhuis. Daarnaast zorgt het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk voor minder inkomsten van de ziekenhuizen, terwijl het gebouw en andere kosten wel betaald moeten worden.

Gegevensuitwisseling

Tot slot wijzen FMS, LHV en InEen op de gebrekkige digitale gegevensuitwisseling. Uit een peiling van de FMS blijkt dat 60 procent van de medisch specialisten de gebrekkige gegevensuitwisseling een obstakel vindt bij de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Zorgverleners lopen tegen grenzen aan als het niet lukt om de juiste patiëntgegevens op de juiste plek te hebben. Juiste zorg op de juiste plek en daarmee samenwerking over de lijnen heen is alleen te realiseren als patiëntgegevens tussen de verschillende zorgverleners uitgewisseld kunnen worden.



Meer informatie: demedischspecialist.nl



SEBASTIAAN TER BURG

Wat te doen bij slapend dienstverband

Werkgevers mogen langdurig zieke werknemers niet meer in dienst houden om daarmee het uitbetalen van de wettelijke transitievergoeding te ontlopen. Dat is het gevolg van een uitspraak van de Hoge Raad, die heeft bepaald dat werkgevers zogenoemde 'slapende dienstverbanden' moeten beëindigen. De Federatie Medisch Specialisten en de LAD adviseren artsen met een slapend dienstverband om hun werkgever nog dit jaar te verzoeken hun dienstverband te beëindigen.

Naar schatting hebben enkele duizenden werknemers in Nederland een 'slapend dienstverband'. Het gaat om werknemers die langer dan twee jaar ziek of arbeidsongeschikt zijn en daardoor niet meer kunnen werken. Zij krijgen geen loon meer, maar zijn officieel nog wel in

dienst. Via die constructie hoeven werkgevers hen niet de wettelijke transitievergoeding te betalen die werknemers krijgen bij ontslag. Die vergoeding kan, afhankelijk van de duur van het dienstverband, oplopen tot enkele tienduizenden euro's.

Compensatie voor werkgevers

De uitspraak van de Hoge Raad heeft aan deze situatie een eind gemaakt. De Hoge Raad heeft bepaald dat werkgevers slapende dienstverbanden moeten beëindigen en werknemers de wettelijke transitievergoeding moeten betalen. Werkgevers kunnen voor het betalen van die transitievergoeding in aanmerking komen voor een compensatie van het UWV. Dit volgt uit de Wet compensatieregeling transitievergoeding, die op 1 april 2020 in werking treedt en die tot doel heeft werkgevers te compenseren voor de te betalen transitievergoeding. Deze wet

werkt terug op aanspraken op compensatie voor arbeidsovereenkomsten die op of na 1 juli 2015 zijn geëindigd.

Vergoeding

Volgens de Hoge Raad moet een werkgever, in het kader van goed werkgeverschap (art. 7:611 BW), instemmen met een voorstel tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst van de werknemer met wederzijds goedvinden. Daarbij krijgt de werknemer een vergoeding. Deze vergoeding hoeft niet méér te bedragen dan de transitievergoeding die een werkgever normaal gesproken moet betalen als hij overgaat tot ontslag wegens arbeidsongeschiktheid na twee jaar ziekte.

Hierbij geldt als uitzondering de situatie dat een werkgever nog belang heeft bij instandhouding van de arbeidsovereenkomst, bijvoorbeeld als er een reële mogelijkheid bestaat voor de werknemer om te re-integreren.

Het kennis- en dienstverleningscentrum van de FMS en de LAD beantwoordde de afgelopen tijd al veel vragen over slapende dienstverbanden en bood ondersteuning bij het beëindigen van zo'n dienstverband. Artsen die behoefte hebben aan ondersteuning kunnen contact opnemen met het kennis- en dienstverleningscentrum. [Lad](#)



Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

5-2019

De vijfde en laatste editie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2019 is online beschikbaar. Het zijn twee edities ineen: het congresnummer, waarin u dus de abstracts van het najaarscongres leest, en het is tevens het eindejaarsnummer. Ook in deze editie zijn de artikelen binnen de vaste rubrieken zeker het lezen waard.

Vanuit de juridische hoek worden twee opmerkelijke tuchtzaken besproken. De eerste gaat over het indienen van klachten door nabestaanden en de tweede over een steeds actueler onderwerp namelijk vermenging van bestuurlijke met professionele verantwoordelijkheid. Vanuit de praktijk wordt aandacht gevraagd voor de rol van de specialist

ouderengeneeskunde in de besluitvorming rond intensive care voor verpleeghuisbewoners. Actueel is de bijdrage die haar licht laat schijnen over de Brexit en de eventuele gevolgen hiervan voor de levering van medicatie.

Lees deze en nog meer interessante bijdragen in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde via verensotijdschrift.nl

Rest ons u alvast fijne feestdagen en een mooi 2020 toe te wensen! [verenSo](#)

Praktijkdilemma

Veelgestelde vragen aan de KNMG Artseninfolijn

Praktijkdilemma: Ben ik als arts verplicht om hulp te verlenen in het vliegtuig?

CASUS

Volgende week vertrek ik met het vliegtuig voor een vakantie naar het buitenland. Stel dat tijdens deze vakantie iemand onwel wordt, ben ik dan verplicht om hulp te verlenen? En wat als de patiënt onwel wordt in het vliegtuig?

ADVIES

U bent verplicht om in noodsituaties of bij calamiteiten in ieder geval en voor zover mogelijk eerste hulp te verlenen. Deze verantwoordelijkheid bestaat ook buiten werk- of diensttijd en geldt ook in het buitenland en in het vliegtuig.

Als de vliegmaatschappij vervolgens om het verslag van uw handelingen vraagt, moet u rekening houden met uw beroepsgeheim. Hier bent u altijd aan gehouden, ook als u op reis bent. Dit beroepsgeheim kan worden doorbroken 1. met toestemming van de patiënt, 2. op grond van een wettelijk voorschrift of 3. als er sprake is van een conflict van plichten. De uiteindelijke afweging is aan u als arts om te maken. Uitgebreide informatie over (doorbreking van) het medisch beroepsgeheim kunt u nalezen in de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens.

TOELICHTING

De te verstrekken hulp

Als BIG-geregistreerde arts bent u verplicht om in noodsituaties of bij calamiteiten in ieder geval en voor zover mogelijk eerste hulp te verlenen. Dit volgt uit de gedragsregels voor artsen van de KNMG en uit jurisprudentie. Deze plicht bestaat ook buiten werk- of diensttijd en geldt ook in het buitenland. De te verstrekken hulp is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de aard van het trauma of ziekte, uw bekwaamheid als arts en de mogelijkheden ter plaatse.¹ Met andere woorden; u heeft de ruimte en de verantwoordelijkheid om een professionele afweging te maken waarbij u uw eigen bekwaamheid, de spoedeisendheid en de aanwezigheid van betere alternatieven voor hulpverlening tegen elkaar kunt en moet afwegen.

Als u deze norm voor hulpverlening niet nakomt, kan dit voor u tuchtrechtelijke gevolgen hebben. Uit jurisprudentie volgt namelijk dat de Wet BIG in beginsel ook van toepassing is als de hulp-



vraag niet in Nederland maar in het buitenland wordt gedaan. Het oordeel van het tuchtcollege hangt af van de specifieke situatie. Zij neemt ook mee in haar oordeel wat de lokale wet- en regelgeving en gebruiken zijn.

Beroepsgeheim na verlening van noodhulp

Als u als arts (nood)hulp verleent aan een patiënt, komt er een behandelovereenkomst tot stand. Hierdoor zijn de patiëntenrechten en -plichten die uit de WGBO voortvloeien van toepassing, ook in deze vliegtuigsetting waarbij u ad hoc behandelt. Dit houdt onder andere in dat u verslag doet van de behandeling in uw eigen administratie. Dit verslag is ten eerste bedoeld voor de patiënt zelf en ten tweede voor u als arts.

Als de vliegmaatschappij om het verslag vraagt van de verleende noodhulp, kunt u dit niet zomaar overdragen. U bent namelijk altijd en overal gehouden aan uw beroepsgeheim. Ook voor doorbreking van het beroepsgeheim gelden op reis, zo ook in een vliegtuig, dezelfde regels. Dit beroepsgeheim omvat alle informatie die u in de uitoefening van uw beroep over de patiënt weet, ook niet-medische zaken en zaken die u buiten de patiënt om te weten komt. Zoals ook hierboven genoemd, kan het medisch beroepsgeheim alleen worden doorbroken 1) met toestemming van de patiënt, 2) op grond van een wettelijk voorschrift of 3) als er sprake is van een conflict van plichten.

Uw eerste reactie op de vraag van de vliegmaatschappij om een verslag dient te zijn: Welke specifieke informatie heeft u nodig en voor welk doel? Met deze informatie kunt u achterhalen of u gronden heeft om uw beroepsgeheim te doorbreken en informatie aan

hen te verschaffen. Door deze vragen te stellen kunt u mogelijk achterhalen of er sprake is van een wettelijke verplichting (bijv. in de Infectieziektenwet of Wet op de lijkbezorging). Indien dit niet het geval is, vraagt u de patiënt om toestemming. Geeft de patiënt die toestemming niet of is het niet mogelijk om deze te vragen, dan kunt u het beroepsgeheim mogelijk doorbreken op basis van een conflict van plichten. Uw beroepsgeheim doorbreken op grond van een conflict van plichten, doet u slechts in zeer uitzonderlijke gevallen. De uiteindelijke afweging dient u zelf te maken. Vragen die u uzelf dan in ieder geval dient te stellen en die kunnen helpen bij deze afweging zijn:

- Is alles in het werk gesteld om toestemming tot doorbreking van het geheim te verkrijgen?
- Levert het niet-doorbreken van het geheim een ander ernstige schade op?
- Verkeert u als zwijgplichtige in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht?

- Is er geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen?
- Is het vrijwel zeker dat door de geheimdoorbreking de schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt?
- Wordt het geheim zo min mogelijk geschon- den? *knmg*

Vraag? KNMG Artseninflijn

Bent u arts en lid van een van de federatiepartners van de KNMG, dan kunt u met vragen op ethisch en gezondheidsrechtelijk (juridisch) 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.



Verbied reclame e-sigaret, breid rookverbod uit

De Europese artsorganisatie CPME heeft een verklaring aangenomen waarin gewezen wordt op de schadelijke effecten van de e-sigaret en andere 'nieuwe rookwaar'. Om die reden pleit de CPME voor een reclameverbod op dergelijke producten en een uitbreiding van het al bestaande rookverbod.

De afgelopen jaren is een aantal nieuwe vormen van rookwaar geïntroduceerd, waarvan de elektronische sigaret (e-sigaret) de bekendste is. Deze producten worden door de tabaksindustrie vaak gepresenteerd als een middel om te stoppen met roken.

Nederland is lid van de Europese artsorganisatie CPME. In een recente verklaring wijst de CPME, mede op verzoek van de KNMG, op de gevaarlijke kanten van de e-sigaret. Ook is er volgens de CPME onvoldoende bewijs dat de e-sigaret een effectief middel is om te stoppen met roken.

Om deze reden pleit de CPME voor een verbod op gezondheidsclaims voor de e-sigaret,

een verbod op reclame en een uitbreiding van het al bestaande rookverbod naar de e-sigaret en andere nieuwe rookwaar. De KNMG voert in Nederland ook actief actie tegen het roken en is daarom verheugd dat dit nu ook in Europees verband wordt opgepakt.

Veel van wat de CPME voorstelt, staat in Nederland al op de agenda. Zo zal in 2020 het huidige rookverbod worden uitgebreid naar de e-sigaret. In 2022 zullen neutrale verpakkingseisen voor de e-sigaret worden ingevoerd. Reclame voor e-sigaretten is momenteel alleen nog toegestaan bij fysieke (tabaks- of) elektronische sigarettenspecialzaken. Andere vormen van reclame zijn verboden. *knmg*

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
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
M.C.G. Daniëls, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 088 505 3434
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



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

