

Jaarverslag 2011

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst

Voorwoord

Het jaar 2011 is in verschillende opzichten een belangrijk jaar geweest voor de KNMG-federatie. In de eerste plaats vanwege de toetreding van de KAMG tot de federatie. Daardoor zijn nu vrijwel alle geneeskundige aandachtsgebieden en disciplines in KNMG-verband verenigd. Dat biedt volop mogelijkheden om aandacht te besteden aan ontwikkelingen in het continuüm care en cure, de verbinding van preventie en behandeling van ziekte en bevordering van gezondheid. In dit kader zijn verschillende initiatieven ondernomen, waaronder de formulering van beleid rond prikkels voor preventie en problematiek rond jongeren en ouderen.

In 2011 werd na zorgvuldige consultatie van deskundigen en de leden een herzien standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde gepubliceerd. Het gaat hierin niet om een verruiming van de mogelijkheden daartoe, maar een verdieping op grond van tien jaar ervaring met de Euthanasiewet. Tezamen met de handleiding 'Ga tijdig in gesprek met uw patiënt' hoopt de KNMG artsen handvatten aan te reiken voor begeleiding van patiënten naar een waardig levenseinde wanneer van toepassing.

Maar ook tal van andere ontwikkelingen zijn in gang gezet, voortgezet of afgerond. In dit jaarverslag wordt daarover verantwoording afgelegd.

Ook om andere redenen was 2011 een belangrijk jaar. De zorg staat voor grote uitdagingen. Deels door vergrijzing en deels door technologische ontwikkelingen neemt de zorgvraag toe. Tegelijkertijd nemen, deels door de financieel economische omstandigheden, de middelen af. Belangrijker is echter dat ook het aantal zorgaanbieders achter zal blijven bij de stijgende zorgvraag. De komende jaren zal dus meer met minder moeten. Dat vraagt om een groter beroep op de verantwoordelijkheid van de patiënt, een (nog) doelmatiger inrichting van de zorg en een heroverweging van wat nog mogelijk is. Voor de KNMG blijft daarbij uitgangspunt een zorg die van goede kwaliteit is, veilig en goed toegankelijk. Dichtbij huis zolang mogelijk, verder weg indien noodzakelijk. Daarin dient de patiënt centraal te staan en de organisatie en financiering van de zorg zodanig te zijn ingericht dat samenwerking rond de patiënt wordt bevorderd en fragmentatie van de zorg vermeden. In de loop van 2011 heeft de KNMG verschillende initiatieven ondernomen om een debat over optimalisering van de zorg te stimuleren. Dat is zowel bij de leden als ook bij verschillende beleidsinstanties in goede aarde gevallen. De KNMG is een sterk merk en maakt dat ook waar. Maar dat kan slechts dankzij optimale inzet van de medewerkers, de federatiepartners en goede onderlinge verhoudingen. In 2011 zijn al deze ingrediënten aanwezig geweest, hetgeen betekent dat 2011 in alle opzichten ook een succesvol jaar was.

Prof Dr Arie C Nieuwenhuijzen Kruseman, internist
Voorzitter KNMG-federatie

Inhoudsopgave

1. Bestuur en directie	4
2. Beleid en advies	5
3. Opleiding & registratie	16
4. Medisch Contact en Arts in Spe	17
5. Communicatie en marketing	19
6. Personeel en organisatie	22
7. Artsennet en Informatiebeheer en -voorziening	24
8. Financiën	27

Verslagen Federatiepartners

9. Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG)	28
10. Landelijke huisartsvereniging (LHV)	32
11. Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	38
12. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	41
13. Nederlandse Vereniging voor Verzekerings- geneeskunde (NVVG)	44
14. Orde van Medisch Specialisten	46
15. Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters	50
 Bijlage 1. Samenstelling Bestuur en management per 31 december 2011	 52
 Bijlage 2. Lijst van afkortingen	 53

1. Bestuur en directie

“De huidige en toekomstige ontwikkelingen in de volksgezondheid en de gezondheidszorg, in combinatie met de beperkte groeirimte, vragen meer dan ooit om een krachtige, gedragen en gecoördineerde aanpak vanuit de beroepsgroep artsen”, aldus de eerste regels uit het eind 2011 door de Algemene Vergadering vastgestelde document ‘Missie en strategische beleidshoofdpijnen KNMG 2011-2014’. Met dit document is voor de komende jaren een nieuw beleidskader geformuleerd voor de daarbinnen te ontwikkelen plannen.

Met de toetreding per 1 januari 2011 van de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) als zevende federatiepartner van de KNMG is de vertegenwoordiging van het domein van de sociale geneeskunde, publieke gezondheid en public health in de persoon van ruim 1800 artsen versterkt. Tegen de achtergrond van het feit dat de KNMG zich als organisatie van en voor alle artsen en studenten geneeskunde ten doel stelt de kwaliteit van de geneeskunde en van de volksgezondheid in Nederland te bevorderen, is dit een belangrijke ontwikkeling die ook beleidsmatige een vertaling zal kennen.

Overigens is het gezamenlijk aantal leden van de federatiepartners, inclusief dat van de individuele leden, in 2011 licht gedaald (van 51865 naar 51258). Een punt van aandacht, zeker in relatie tot het toenemend aantal BIG-geregistreerde artsen. In samenwerking met de KNMG zal in 2012 de ledenwerving een belangrijke plaats op de agenda van de federatiepartners dienen in te nemen teneinde een representatieve organisatiegraad te behouden.

Voorts is in 2011 volgens plan de bestuurlijke structuur van de KNMG aan een evaluatie onderworpen. Nadat in 2009 op basis van de principes van collegiaal bestuur besloten was tot een beperktere samenstelling van het Federatiebestuur en het instellen van een omvangrijker Bestuurlijk Beraad met vooral een adviserende en opiniërende taak ten aanzien van onderwerpen die het specifieke belang van federatiepartners overstijgen, hebben de daarmee sindsdien opgedane ervaringen in 2011 geleid tot het trekken van conclusies. Zo is besloten o.a. tot opheffing van het Bestuurlijk Beraad omdat de bedoelde taak en rol, mede in relatie met die van het Federatiebestuur, onvoldoende uit de verf zijn gekomen. De samenstelling van het Federatiebestuur is in grote lijnen ongewijzigd gebleven, zij het dat de federatiepartners met meer dan 4000 leden in de gelegenheid zijn een tweede bestuurslid voor benoeming voor te dragen.

Op deze plaats mag niet ontbreken de vermelding van het 10-jarig bestaan in 2011 van de KNMG Artseninfolijn. Naast het ontvangen van veel e-mails, rinkelt op jaarbasis ruim 4500 keer de telefoon bij dit onderdeel van het KNMG-bureau met de meest uiteenlopende vragen van artsen op medisch-ethisch en juridisch gebied.

In dit jaarverslag dient ook gememoreerd te worden het overlijden van twee oud-voorzitters van de KNMG. Op 6 juni 2011 overleed dr. Z. Nauta, voorzitter van de KNMG in 1968, en op 1 november 2011 overleed prof. dr. mr. H.W.A. Sanders, in 1976 ondervoorzitter en in 1977 voorzitter van de KNMG. Wij gedenken hen in dankbaarheid.

2. Beleid en Advies

Algemeen

De KNMG heeft veelvuldig gereageerd op het regeringsbeleid, onder meer op de nota “Gezondheid dichtbij” (over preventie en gezondheidsbevordering), het voornemen om de tolkendiensten niet meer te financieren, de voorgenomen maatregelen in de langdurige zorg, de plannen voor het nationaal Kwaliteitsinstituut, en verschillende wetsvoorstellen waaronder het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ), wetsvoorstellen over de GGZ, wetsvoorstellen in het kader van de wet BIG (experimenteerartikel verpleegkundig specialisten en physician assistants, herregistratie van de basisarts, openbaarmaking van tuchtmaatregelen) en de Geneesmiddelenwet (voorschrijven door verpleegkundigen). Ook is veelvuldig met Kamerleden en het departement gesproken over onder meer de levenseindeproblematiek, kindermishandeling, de transparantieregeling financiële relaties industrie – artsen, preventie en volksgezondheid, het beroepsgeheim en de WCZ.

Zorg en welzijn

KNMG en KAMG hebben overleg gevoerd over de mogelijke verdeling van (de financiering van) zorg- en welzijnstaken tussen enerzijds de Zvw en AWBZ, en anderzijds de WMO. Er bestaat geen heldere en eenduidige opvatting over wat tot zorg, en wat tot welzijn moet worden gerekend. Dat is wel van groot belang voor de politieke discussie die wordt gevoerd op dit punt. Er is een federatieve werkgroep opgestart waarin nadere uitwerking wordt gegeven aan de “cesuur zorg – welzijn”, met name toegespitst op bepaalde doelgroepen.

Visiedocument ‘Zorg waar de KNMG-federatie voor staat’

Naar aanleiding van het visiedocument ‘Zorg waar de KNMG-federatie voor staat’ hebben drie districten discussiebijeenkomsten georganiseerd over de belangrijkste thema’s in de toekomstvisie (Den Haag, Groningen, Arnhem). In vervolg op deze bijeenkomsten en een discussie in het FB wordt gewerkt aan de totstandkoming van een definitief visiedocument.

Kindermishandeling

Meldcode of meldplicht?

Eind 2010 diende de PVV tijdens het begrotingsdebat van VWS een motie in, mede ondertekend door VVD, om de door het vorige kabinet voorgenomen wettelijk verplichte meldcode, om te zetten in een wettelijke meldplicht. Het percentage door artsen bij het AMK gemelde vermoedens van kindermishandeling bleef te sterk achter, aldus de PVV. De KNMG schreef aan de Kamer dat ze een wettelijke meldplicht zeer onverstandig vindt omdat deze de hulpverlening bemoeilijkt, het zicht op ernstige gevallen vermindert en leidt tot afschuiven in plaats van nemen van verantwoordelijkheid. Een meldcode biedt garanties voor zorgvuldigheid, is verplichtend genoeg en een goed middel om hulp op gang te brengen. Melden is geen doel op zich. De aanscherping van de KNMG-meldcode in 2008 heeft veel ten gunste veranderd, zowel in ziekenhuizen als in de artsenopleidingen. Het aantal meldingen vanuit de ziekenhuizen verdubbelde in 3 jaar ruim, en vanuit de zorg wordt steeds vaker advies aan het AMK gevraagd. Het kan en moet beter, maar het veld moet de kans krijgen de ingeslagen weg te vervolgen. De Kamer werd ontraden de motie te steunen.

Op 13 januari 2011 verscheen het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) 'Over de fysieke veiligheid van het jonge kind'. De OVV concludeerde op basis van een analyse van 27 gevallen van fatale kindermishandeling in de periode 2004-2007, dat de overheid haar verantwoordelijkheid voor de fysieke veiligheid van het jonge kind onvoldoende waar maakt. In het rapport wordt onder andere kritiek geuit op de open normen in de Meldcode en de zorgvuldigheidseisen die tot teveel terughoudendheid zouden leiden, maar niet gepleit voor een wettelijke meldplicht.

Daar het rapport van de OVV tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel tot herziening van de maatregelen van kindbescherming zou worden besproken, schreef de KNMG een brief aan de Kamer en de staatssecretarissen van VWS en Justitie met daarin argumenten tegen een wettelijke meld- en/of spreekplicht, alsmede een eerste, voorlopige reactie op het rapport van de OVV. Verbetering van de aanpak kindermishandeling door zorgprofessionals moet primair plaatsvinden via deskundigheidsbevordering, verbetering van samenwerking in de (jeugd)keten en verduidelijking van richtlijnen en hulpmiddelen, aldus de KNMG. Het gaat niet om mechanische processen en te zeer dichttimmeren kan zelfs risicovol zijn. De KNMG geeft aan zich te willen beraden op mogelijkheden voor verdere verduidelijking van haar meldcode en ontwikkeling van een kader voor gegevensuitwisseling richting jeugdzorginstanties.

Voor het debat stuurden de beide staatssecretarissen mede naar aanleiding van het OVV-rapport een reactie naar de Kamer over de aanpak kindermishandeling en in een tweede brief liet de staatssecretaris van VWS weten voorstander te zijn van een verplichte meldcode. Dit mede op basis van de oproep van veldpartijen.

Addendum Volwassenengeweld op Meldcode kindermishandeling

De KNMG heeft een Addendum Volwassenengeweld ontwikkeld op de KNMG Meldcode kindermishandeling uit 2008. Dit addendum wil artsen stimuleren om ook bij huiselijk geweld waar uitsluitend volwassenen bij betrokken zijn, zoals partnergeweld en oudermishandeling, vaker actie te ondernemen en hen daarbij houvast en bescherming te bieden. Hiermee loopt de KNMG tevens vooruit op het wetsvoorstel Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, dat de staatssecretaris van VWS bij de Tweede Kamer heeft ingediend en dat in 2012 in werking moet gaan treden. Het addendum is toegevoegd aan de bij deze gelegenheid ook geactualiseerde Meldcode Kindermishandeling. De totale nieuwe Meldcode is begin 2012 gepubliceerd.

Levens einde

Standpunt zelfgekozen levens einde

De KNMG biedt met dit standpunt, tien jaar na aanvaarding van de Euthanasiewet, een actueel overzicht over de rol, de verantwoordelijkheden, mogelijkheden en begrenzing van de arts bij het zelfgekozen levens einde. Het is tot stand gekomen na uitvoerige consultatie van de achterban. Het standpunt gaat in op de spanning die kan bestaan tussen het zelfbeschikkingsrecht van de burger over het eigen levens einde en de rol die de arts daarbij heeft in het licht van de hulp die een patiënt vraagt. Hiermee is het standpunt breder dan alleen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Er zijn verschillende mogelijkheden om te sterven, waarover burgers en patiënten zelf kunnen beschikken om hun eigen levens einde te realiseren. Patiënten hebben geen recht op euthanasie of hulp bij zelfdoding. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn strafbaar. Alleen artsen kunnen deze met inachtneming van alle zorgvuldigheidseisen straffeloos uitvoeren. Principiële bezwaren van artsen tegen euthanasie en hulp bij zelfdoding dienen te worden gerespecteerd. Met het standpunt laat de KNMG artsen ook zien dat patiënten met (beginnende)

dementie en chronisch psychiatrische ziektebeelden binnen de kaders van de Euthanasiewet kunnen vallen. Het beoordelen van de weloverwogenheid van het verzoek, en de uitzichtloosheid en ondraaglijkheid van het lijden bij deze categorieën patiënten is over het algemeen erg ingewikkeld. De KNMG acht terughoudendheid terecht.

De KNMG neemt het standpunt in dat er sprake kan zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de Euthanasiewet door een stapeling van ouderdomsklachten, inclusief functieverlies, die zorgen voor een toenemende aftakeling. Er moet wel altijd sprake zijn van een medische grondslag, een conditie die als ziekte of combinatie van ziekten/klachten kan worden aangemerkt. De arts heeft ook een zorgplicht als de patiënt ervoor kiest zelf te stoppen met eten en drinken. De arts heeft uiteindelijk de zorgplicht de patiënt adequaat voor te bereiden, te begeleiden en palliatieve zorg te bieden.

Het ter sprake brengen van een serieuze doodswens bij de arts is voor de patiënt vaak belastend. Artsen hebben de plicht serieus om te gaan met zulke verzoeken. Dit betekent ook dat artsen de patiënt tijdig en helder uitleggen als en waarom zij niet kunnen ingaan op een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding, en een tijdige verwijzing of overdracht aan een andere arts geboden is. Artsen dienen zo te handelen zoals zij zelf of hun naasten zouden willen worden behandeld.

Levenseindekliniek

Naar aanleiding van het KNMG standpunt over de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde en de discussie over de levenseindeklinieken, waar in 2011 veel media-aandacht voor was, heeft de KNMG een invitationale conference (SCEN)artsen georganiseerd. Kern van deze discussie was de vraag of een patiënt met een euthanasieverzoek meer zekerheid kan worden geboden. Immers, de patiënt kan in de problemen raken als de arts een euthanasieverzoek niet inwilligt terwijl wel aan de wettelijke eisen wordt voldaan. De invitationale conference heeft voldoende input geleverd om enkele voorstellen nader uit te werken. Deze zullen vervolgens in een bredere kring oriënterend worden besproken.

SCEN

Er is een richtlijn ontwikkeld en uitgebracht voor SCEN-artsen waarin staat beschreven hoe een SCEN-arts zich behoort op te stellen en te handelen. Veel hiervan maakt al impliciet deel uit van het reguliere professionele handelen van SCEN-artsen; er staan daarom een aantal vanzelfsprekendheden in. De richtlijn beoogt meer eenduidigheid en daarmee zekerheid te bieden aan de consultvrager, de patiënt en SCEN-artsen onderling. Deze richtlijn is gebaseerd op de huidige wet- en regelgeving, het standpunt Euthanasie van de KNMG, de jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies euthanasie, de uitspraken van de Klachtencommissie SCEN, het consultatie protocol en de ervaringen van SCEN-artsen.

Uit Vrije Wil

De Tweede Kamer heeft de voorzitter van de KNMG gehoord naar aanleiding van de proeve van wet van burgerinitiatief Uit Vrije Wil. De KNMG vindt het wetsvoorstel problematisch, ook al omdat de huidige wet meer mogelijkheden biedt dan veel artsen denken. Ook de doelgroep van Uit Vrije Wil valt grotendeels onder de Euthanasiewet. Een tweede weg naar euthanasie zal bovendien de huidige praktijk uithollen, waarmee de opgebouwde zorgvuldigheid en transparantie in gevaar komen. Als het gaat om voltooid leven, dan ontbreekt een medische grondslag. De KNMG heeft bepleit dat deze problematiek wetenschappelijk moet worden

onderzocht. Dit debat wordt in 2012 voortgezet.

Handreiking tijdig praten over het overlijden

Deze handreiking bevat specifieke aandachtspunten (checklist) voor artsen voor het moeilijke maar belangrijke gesprek met patiënten over hun levenseinde. De handreiking die is verspreid via Medisch Contact (factsheet), de website (volledige tekst), medische staven en Raden van Bestuur van instellingen en opleidingen (factsheet en volledige tekst) is goed ontvangen. Ook de media hebben veel aandacht besteed aan de handreiking.

De handreiking is met enkele aanpassingen ook geschikt voor patiënten. Zo beschikken patiënt en arts over hetzelfde document om de gesprekken over het naderende overlijden te voeren. Met de NPCF, de Nederlandse Federatie Kankerpatiënten en de Nederlands Patiënten Vereniging worden oriënterende gesprekken gevoerd om gezamenlijk de patiëntenversie uit te brengen.

KNMG-commissie medische beslissingen rond het levenseinde bij pasgeborenen met zeer ernstige afwijkingen

Sinds 2007 bestaat de centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen om in individuele gevallen de zorgvuldigheid te beoordelen en het College van procureurs-generaal te informeren over het advies. Het aantal meldingen bij de deskundigencommissie is tot nu nihil. De discussie die wordt gevoerd spitst zich toe op de vraag waarom er geen meldingen worden ontvangen en of de toetsingscriteria (en dan met name actueel ondraaglijk lijden) wel voldoende aansluiten bij de praktijk. De KNMG commissie die is ingesteld om een beleid ter zake te ontwikkelen zal in 2012 een rapport uitbrengen waarin knelpunten worden geïnventariseerd en voorstellen voor oplossingen worden gedaan.

Regionale toetsingscommissies euthanasie (Rte)

In september protesteerde de KNMG tegen de onacceptabel lange tijd die artsen moeten wachten op het oordeel van de Rte na een euthanasiemelding. Ook is hierover met Kamerleden gesproken. De protesten van de KNMG in combinatie met de druk van de Kamer heeft rond het einde van het jaar geleid tot een toezegging van de minister dat zij de formatie van de Rte zal uitbreiden.

Districten

Besteding communicatiebudget

Het extra toegekende communicatiebudget heeft geleid tot een aantal leuke initiatieven om districten meer te promoten. Het is (nog) niet onderzocht maar uit de ontvangen reacties blijkt dat districten meer positieve bekendheid hebben gekregen. Dat komt onder andere door het nieuwe districtenlogo en ander public relations materiaal, meer publiciteit in Medisch Contact (interviews met districtsbestuursleden, verslaglegging door een journalist van inhoudelijke districtsbijeenkomsten) en het professionaliseren van de districtenwebsites.

Themabijeenkomsten

Districten organiseerden nascholingsbijeenkomsten over onderwerpen als risicovol alcoholgebruik, multidisciplinaire aanpak van de zorg, het gebruik van indicatoren, pijn en het brein, kwetsbare ouderen, angst en depressie in de palliatieve fase, gebruik van sociale media, ketenzorg, concentratie en specialisatie van medische zorg etc.

KNMG-landelijk organiseerde themabijeenkomsten rond het visiedocument en het rapport 'Rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'.

Visiedocument 'Zorg waar de KNMG-federatie voor staat'

Naar aanleiding van het visiedocument 'Zorg waar de KNMG-federatie voor staat' hebben drie districten discussiebijeenkomsten georganiseerd over de belangrijkste thema's in de toekomstvisie (Den Haag, Groningen, Arnhem). In vervolg op deze bijeenkomsten en een discussie in het FB wordt gewerkt aan de totstandkoming van een definitief visiedocument.

Rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde

De inhoud van het rapport 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde' is in 9 districten getoetst aan de mening van de achterban. Gemiddeld 50 KNMG-leden gaven gehoor aan de uitnodiging hun stem te laten horen.

Stages buitenlands gediplomeerde artsen

Via de districtsleden zijn vier buitenlands gediplomeerde artsen in een huisartspraktijk geplaatst. Uit een gehouden evaluatie blijkt dat voor zowel de huisartsen als de buitenlands gediplomeerde artsen de stage een meerwaarde heeft omdat op een informele manier kennis gemaakt kan worden met elkaars cultuur. De buitenlands gediplomeerde artsen zijn erg tevreden over de stages die geboden worden.

Volksgezondheid en Preventie /Arbeid en Gezondheid

In 2011 heeft het kabinet de landelijke nota gezondheidsbeleid uitgebracht, onder de titel Gezondheid dichtbij. Deze nota schoot volgens de KNMG op vele fronten tekort, en daarom is in een formele reactie aan VWS stelling genomen tegen dit als restrictief beschouwde preventiebeleid. In diverse media (pers, radio) heeft de KNMG dit standpunt toegelicht. Het nieuwe kabinetsbeleid heeft ook geleid tot het weer terugdraaien van de vergoeding van stoppen-met-roken en tot het opnieuw toestaan van roken in café's zonder werknemers. KNMG heeft hiertegen samen met andere organisaties stelling genomen, zonder resultaat.

KNMG is door ZonMw gevraagd het voortouw te nemen bij de ontwikkeling en implementatie van een Richtlijn Preventief medisch Onderzoek. Dit traject is medio 2011 gestart en zal, inclusief de implementatie, 4 jaar doorlopen.

Het gezamenlijk overleg over de positionering van arbeid en gezondheid in de zorgketen was enige tijd gestagneerd maar is weer opgestart. Ook de KAMG is, na haar aansluiting bij de Federatie, daarbij betrokken geraakt.

Vanuit de KNMG is geparticipeerd in een door de WHO georganiseerde meeting rond het thema 'Role for occupational health in primary health care (november 2011).

In 2011 hebben KNMG en DiagNed overeenstemming bereikt over de noodzaak actie te ondernemen tegen het toenemende aanbod van niet aan kwaliteitseisen onderhevige testen, vooral via internet en/of in het buitenland. Hierover is naar aanleiding van een brief overleg gevoerd met VWS. Hierover is rond de jaarwisseling met VWS gesproken.

Op 1 november 2011 is samen met de NPHF een succesvolle grootschalige werkconferentie georganiseerd rond het thema 'Prikkel in Preventie'. Deze was een vervolg op een in 2010 gehouden expertmeeting en bedoeld om te komen tot roadmaps voor concrete preventieprikkels. Op basis van de resultaten van de conferentie is gesproken met o.a. het ministerie van VWS, Kamerleden en verschillende organisaties. Een follow-up wordt gepland.

De NVAB heeft het voornemen te komen tot de ontwikkeling van een 'Productenboek', teneinde aan de markt en aan verzekeraars duidelijker te maken wat het aanbod van artsen in het segment arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is. Vanuit BAD wordt hierbij ondersteuning verleend.

eHealth

Definitie

eHealth is het gebruik van innovatieve toepassingen van informatie- en communicatietechnologie met als doel de kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg te ondersteunen en verbeteren, en zelfmanagement te stimuleren. Onder eHealth vallen toepassingen van zorg op afstand, telegeneeskunde (diagnostiek, behandeling, begeleiding, controle), e-consulten, beslissingsondersteuning, elektronische opslag en uitwisseling van gegevens, patiëntportalen, (informatie)netwerken met als doel zorg te leveren of ondersteunen, online lotgenotencontact, medische apps e.d.

KNMG en eHealth

De KNMG is een online discussieplatform over e-health gestart voor belangstellende artsen. Dit heeft onder andere geresulteerd in een verzameling van bestaande

praktijkvoorbeelden, aangeleverd door artsen en gepubliceerd in het Dossier eHealth op de KNMG-website. De KNMG heeft de richtlijn online arts-patiënt contact geactualiseerd en een handreiking arts en social media uitgebracht. De KNMG heeft ook een invitationale meeting georganiseerd over medische apps, waar de enorme toename van deze toepassingen werd besproken tegen de achtergrond van juridische, ethische en aansprakelijkheidsaspecten. Ook op dat gebied is nog het nodige aan randvoorwaarden te regelen.

De KNMG is verzocht om samen met NPCF en ZN de Nationale Implementatie Agenda eHealth op te stellen en als kwartiermakers op te treden voor de toekomstige beleidsagenda en governancestructuur voor e-health en ICT. Hier wordt begin 2012 uitvoering aan gegeven.

Op 9 februari is het grote en succesvolle congres “Hoe staat het met uw eHealth?” gehouden in de Domus, met 350 deelnemers waaronder zeer veel artsen.

De KNMG organiseerde dit congres in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor eHealth NVEH. Doel was om artsen bewust te maken van de mogelijkheden van eHealth. Tijdens het congres werd het eerste exemplaar van het boek ‘eHealth in Beeld’ officieel gepresenteerd. Dit prachtig geïllustreerde boek, in een oplage van 10.000 exemplaren, bevat 21 praktijkverhalen over digitaal dokteren. Het is een boek van en voor artsen.

Op 25 januari 2011 organiseerde de KNMG in samenwerking met de Universiteit van Brussel, in Brussel een *Event on eHealth and Privacy*, onderdeel van het 4^e Internationale Computers, Privacy and Data Protection Conference.

Op verzoek van de CPME organiseerde de KNMG in oktober een nationale workshop eHealth, in het kader van (en gefinancierd door) het zgn. **Chain of Trust project** van de Europese Commissie. Dit project is bedoeld om te inventariseren, hoe de belangrijkste (potentiële) gebruikers van eHealth over eHealth denken, welke problemen zij in dit kader ervaren en welke oplossingsrichtingen zij daarvoor zien. Tijdens de nationale workshop gingen artsen, verpleegkundigen, apothekers en patiënten hierover met elkaar het gesprek aan.

Transparantieregister Stichting CGR

In 2009 bleek toenmalig minister Klink, evenals de Kamer, voorstander van meer transparantie in de relatie farmaceutische industrie – arts. Hij riep de beroepsgroep en farmaceutische industrie daartoe op, bij voorkeur via zelfregulering. Als dat niet zou lukken zou hij met wetgeving komen. Op basis daarvan heeft de Stichting CGR een regeling ontwikkeld en vastgesteld om de (financiële) banden tussen beroepsbeoefenaren en farmaceutische bedrijven transparanter te maken. De KNMG, die zitting heeft in het CGR bestuur, was met steun van Orde en LHV voorstander om bedragen in relatie tot de tegenprestatie per arts te publiceren. De regeling houdt in dat alle financiële relaties uit hoofde van dienstverlenings- en sponsorovereenkomsten die vanaf 2012 worden aangegaan, jaarlijks in het eerste kwartaal van het opvolgende kalenderjaar openbaar zullen worden gemaakt. Vastlegging zal plaatsvinden in een centraal register (dat nog gebouwd moet worden), en openbaring van de gegevens vindt plaats via een website die inzicht geeft in de aard en duur van de samenwerking van de individuele beroepsbeoefenaar of organisatie met de farmaceutische onderneming. Openbaarmaking vindt plaats vanaf een totaalbedrag van € 500,- per jaar. Klinisch wetenschappelijk onderzoek valt niet onder de regeling.

Code belangenverstrengeling

KNAW, Gezondheidsraad, KNMG, CBO, NHG en de OMS hebben in 2010 het initiatief genomen om een uniforme code op te stellen ter voorkoming van belangenverstrengeling bij advisering en medische richtlijnontwikkeling. Deze code is een aanscherping van bestaand beleid en bevordert de eenduidigheid van besluitvormingsprocedures en de openheid naar de samenleving. Op basis van het laatste concept heeft in september een externe consultatie plaatsgevonden met een groot aantal relevante partijen. De code is inmiddels vastgesteld en blijkt zeer breed onderschreven te worden. De code is aan minister Schippers gepresenteerd en naar de Tweede Kamer gestuurd.

Gedragscode medische hulpmiddelen

De Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT, de koepelorganisatie van de zes brancheorganisaties van leveranciers van medische hulpmiddelen) heeft eind 2011 een Gedragscode medische hulpmiddelen (GMH) opgesteld. Deze bevat regels over reclame en gunstbetoon in de onderlinge relatie tussen leveranciers van medische hulpmiddelen en zorgprofessionals. De GMH is opgesteld mede op uitdrukkelijk verzoek van de minister van VWS naar aanleiding van een uitzending van KRO's reporter over vermeende misstanden rond orthopedisch chirurgen. VWS en IGZ hebben inmiddels te kennen gegeven zeer tevreden te zijn met de inhoud van de GMH en de leden van de zes brancheorganisaties zullen er per 1 januari 2012 aan gebonden zijn.

De GMH gaat uit van het principe van wederkerigheid: wat de industrie niet mag geven, mogen zorgprofessionals niet ontvangen. Anders dan bij de Gedragscode Geneesmiddelenreclame is de GMH echter niet in overleg met zorgprofessionals opgesteld. Dit omdat de ontwikkelingstijd krap was en omdat het veld van bij hulpmiddelen betrokken zorgprofessionals en instellingen zeer divers is. Het is echter uitdrukkelijk de bedoeling dat zorgprofessionals zich bij de GMH gaan aansluiten. Een Codecommissie die klachten over overtredingen van de GMH kan behandelen, moet nog worden opgetuigd.

Tussen VWS, de Orde van Medisch Specialisten, de KNMG en SOMT vindt momenteel overleg plaats over samenwerking aan een definitieve code.

ABS-artsen

Artsen met een verslaving kunnen zich aanmelden voor hulp bij ABS-artsen. Sinds de start van het project in maart 2011 is het project langzaam op gang gekomen. In het najaar heeft in Arts & Auto een artikel gestaan over ABS-artsen. Regelmatig worden advertenties en banners geplaatst. Deze communicatiemiddelen worden inmiddels ingezet in MC en op de website. Per 1 oktober is een psychiater binnen het ABS-artsen project aangesteld als projectleider. Dit betreft een tijdelijke functie. De komende tijd zal veel aandacht besteedt worden aan het ontwikkelen van protocollen en het zoeken van structurele financiering voor het project.

Ouderenzorg

Het implementatieproject van het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' heeft een startbijeenkomst op 12-01-2012. Het doel van het project is om goede voorbeelden van zorgverlening te inventariseren en te helpen opschalen. De projectgroep staat onder onafhankelijk extern voorzitterschap van prof. dr Bert Schadé en wordt ondersteund door het bureau KNMG. De implementatie richt zich op de eerste en op de tweede lijn, en op de transmurale setting.

Visie medische zorg aan jeugdigen

In vervolg op het FB besluit om beleidsmatig aandacht te besteden aan dit onderwerp heeft de KNMG aan een extern onderzoeker advies gevraagd over de problemen en knelpunten. Naar aanleiding van dat rapport organiseerde de KNMG in april een invitationale meeting rondom de vraag: 'Hoe zou een integrale visie op de medische zorg aan jeugdigen eruit kunnen zien en hoe kan deze het beste gerealiseerd worden?' Hieraan namen kinder- en jeugdpsychiaters, huisartsen, kinderartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid, vertrouwensartsen en artsen Jeugdgezondheidszorg deel. De conclusie was dat de zorg aan jeugdigen vanuit de medische as beter georganiseerd moet worden. Daarvoor is een integrale visie voor de lange termijn nodig. Een projectvoorstel hiertoe is geaccordeerd door het FB in juni. Het project moet antwoord geven op de volgende vraag:

Wat moet de medische as doen om voor de lange termijn een adequaat medisch continuüm in de zorg aan jeugdigen te vormen?

Hiertoe is in september een stuurgroep in het leven geroepen, bestaande uit professionals en bestuurlijke vertegenwoordigers van de betrokken medische beroepsgroepen (o.a. kinderartsen, huisartsen, jeugdartsen, kinderpsychiaters). Het project heeft een looptijd van een jaar.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling

De KNMG en negen andere organisaties hebben begin 2010 de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg uitgebracht. De KNMG heeft daarna afgesproken om, onder meer via een Platform, regelmatig contact te onderhouden met de deelnemende organisaties om de vinger aan de pols te houden wat de implementatie betreft. Dit mede met het oog op de voornemens van de IGZ om de uitvoering van de Handreiking binnen enkele jaren te gaan handhaven. De KNMG heeft onderzoek in het veld verricht waaruit bleek dat veel zorgverleners en instellingen niet of onvoldoende op de hoogte waren van de bepalingen in de Handreiking, het belang ervan onvoldoende inzagen, of (vaak ten onrechte) van mening waren dat ze al conform de Handreiking werkten. Eind juni heeft een Platformvergadering van de deelnemende organisaties plaatsgevonden en is de stand van zaken rondom de implementatie besproken. Er zijn afspraken gemaakt om de best practices met elkaar te delen via o.a. sharepoint, en elkaar bij de implementatie te stimuleren. Tevens is met VGN en Actiz gesproken, die bereid zijn tot de ondertekenaars van de Handreiking toe te treden mits de Handreiking op onderdelen wordt aangepast.

Algemeen kwaliteitskader

Het concept algemeen Kwaliteitskader is na de zomer onderwerp geweest van constructief overleg tussen KNMG en OMS. Dit heeft geleid tot nader beraad tussen OMS, KNMG en enkele wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten over onderdelen van het Kwaliteitskader. Op grond daarvan is het Kwaliteitskader in enkele opzichten zo aangepast dat alle wetenschappelijke verenigingen er mee uit de voeten kunnen. Het Kwaliteitskader is begin 2012 geaccordeerd door het Federatiebestuur.

Eisen aan het medisch dossier

Op verzoek van de IGZ heeft de KNMG een concept discussienotitie aangeleverd met een overzicht van eisen die aan het medisch dossier gesteld mogen worden (conform de bestaande wetgeving en bestaande richtlijnen van o.a. de KNMG). De IGZ heeft hierop een eerste commentaar geleverd. Alvorens hier verder over gesproken wordt zullen de federatiepartners over het concept worden geraadpleegd.

Invoering periodieke registratie basisartsen

Op 1 januari 2012 wordt de periodieke registratie voor basisartsen ingevoerd. Dit betekent dat vijf jaar daarna de eerste basisartsen zich opnieuw moeten registreren in het BIG-register. Specialisten die bij de KNMG zijn geregistreerd zijn uitgezonderd voor herregistratie in het BIG-register. Dit geldt niet voor profielartsen. De KNMG zoekt met het ministerie van VWS naar een praktische oplossing om dubbele administratieve belasting voor profielartsen (jeugdartsen, forensisch artsen, SEH-artsen etc) zoveel mogelijk te voorkomen.

Openbaarmaking lichte tuchtmaatregelen

De Eerste Kamer heeft op 1 november het wetsvoorstel tot wijziging van de wet BIG aangenomen. Dit betekent onder meer dat opgelegde tuchtmaatregelen, behoudens de waarschuwing, openbaar zullen worden gemaakt. In het register zal - indien bekend - de aard van het vergrijp dat tot de aantekening heeft geleid, worden vermeld. Mede om privacyredenen wordt (vooralsnog) geen rechtstreekse koppeling met de volledige tuchtrechtelijke uitspraak gemaakt. Deze wetswijziging wordt op 1 januari 2012 doorgevoerd.

Wet cliëntenrechten zorg

Het kabinet Rutte-Verhagen wenst de rechten van patiënten te versterken en wil dit regelen via de Wet cliëntenrechten zorg waarvan het voorstel in juni is ingediend bij de Tweede Kamer.

De KNMG heeft in overleg met federatiepartners en andere partijen een commentaar geschreven op de voorgestelde regeling. Dit commentaar bouwt voort op het eerdere uitvoerige en kritische commentaar van de KNMG van 21 april 2009 op de publieksconsultatieversie van de WCZ. De behandeling van de WCZ heeft begin 2012 nog niet plaatsgevonden. Inmiddels zijn er wel tal van gesprekken geweest tussen KNMG en diverse Kamerleden, en KNMG en het ministerie van VWS over de bezwaren tegen dit wetsvoorstel.

Carrièrebeurs voor medisch studenten

De voorbereidingen voor de Carrièrebeurs (31 maart 2012) zijn in 2011 verder ter hand genomen. Alle wetenschappelijke verenigingen hebben zich al aangemeld voor een plek op de beursvloer. Het aantal betalende exposanten is groot en ca 850 studenten hebben zich aangemeld (medio maart 2012). Er is er een goed gevuld programma van sprekers en workshops geregeld.

Beroepskeuzeproject

Er wordt hard gewerkt aan het project beroepskeuzefilms. Van alle specialismen en profielen worden korte videofilms gemaakt om het vak inzichtelijk en aantrekkelijk te maken voor studenten, jonge artsen en artsen die een carrièreswitch overwegen. Deze worden op de website geplaatst. De helft van de films zijn gedraaid. De website wordt tijdens de Carrièrebeurs op 31 maart 2012 gelanceerd.

Buitenlandbeleid

World Medical Association

Ook in 2011 is de KNMG actief geweest op internationaal gebied.

Het jaar startte met de herbenoeming van de voorzitter van de KNMG, prof. dr. Arie C. Nieuwenhuijzen Kruseman, als lid van de Council van de WMA, het uitvoerend comité. Met deze tweejarige benoeming is de Nederlandse inbreng bij vele, wereldwijd spelende onderwerpen, nog beter gewaarborgd dan al het geval is met het lidmaatschap van de WMA. Vele onderwerpen passeren in WMA-verband de revue en worden -ook vanuit het bureau gevolgd en- waar nodig of gewenst van een reactie voorzien. Zo zijn in het verslagjaar tijdens de vergaderingen van de Council en van de General Assembly statements besproken en vastgesteld over 'End-of-life Medical care', ethical principles for medical research on child subjects', en een resolutie over 'Misuse of drugs for execution'. Eveneens is uitvoerig gedebatteerd over de vraag of de WMA een rol heeft bij grote natuurrampen als aardbevingen en tsunami's. Uiteindelijk heeft deze discussie geleid tot het aannemen van de 'Declaration of Montevideo on Disaster Preparedness and Medical Response'. Maar ook Statements over de 'Social Determinants of Health', 'Professional and ethical

usage of Social Media', Protection and Integrity of Medical Personnel in Armed Conflicts and other Situations of Violence' bereikten de eindstreep.

CPME

Binnen de Europese Unie is men bezig met de *evaluatie* van de Richtlijn Erkenning Beroepskwalificaties. Deze Richtlijn regelt ondermeer de automatische erkenning tussen de Europese lidstaten van opleidingen voor basis artsen en medisch specialisten. In het kader van die modernisering van de Richtlijn heeft de EU een zogenaamd "Green Paper" uitgebracht. In dit stuk wordt aangegeven in welke richting men denkt de Richtlijn aan te passen en worden aan stakeholders een aantal vragen voorgelegd. De KNMG neemt deel in de werkgroep beroepskwalificaties van de CPME, die bezig is met het formuleren van een reactie op dit Green Paper. Met belangrijke bijdragen vanuit Beleid en Advies, Opleiding en Registratie, de LHV en OMS heeft de KNMG-delegatie input geleverd voor de CPME-reactie. Er resteren binnen de CPME 2 belangrijke geschilpunten, te weten de minimumduur van specialistenopleidingen in de Richtlijn en de minimumduur van de geneeskunde opleiding. Een aantal CPME-leden (met name Scandinavische landen en Duitsland) doet het voorstel om de Richtlijn aan te passen in die zin dat daarin wordt opgenomen dat voor alle specialistenopleidingen een minimumduur van 5 jaar zou moeten gelden. Na consultatie en met input van betrokken federatiepartners (NVAB, NVVG, KAMG, LHV en OMS) verzet de KNMG zich fel tegen dit voorstel. Thans wordt gewerkt aan een compromistekst van de CPME-reactie, waarin ruimte wordt gelaten voor nadere evaluatie van de minimeisen voor specialistenopleidingen om de vergelijkbaarheid tussen lidstaten te vergroten met input van experts vanuit de verschillende specialismen. Voor de minimumduur van de studie geneeskunde wordt gewerkt aan een compromistekst, die ruimte laat voor zgn. verkorte programma's voor studenten in het bezit van een relevante master.

3. Opleiding & registratie

Bestuurlijke vernieuwing

In 2011 is een vervolg gegeven aan de inrichting van de samenvoeging van de huidige drie registratiecommissies, HVRC, SGRC, MSRC naar de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS). Eind 2010 heeft het Federatiebestuur daartoe het besluit genomen. De afdeling Opleiding en Registratie heeft een plan opgesteld de instelling van één registratiecommissie te realiseren. In 2011 is begonnen met de voorbereidende werkzaamheden en het opstarten van het project. In december 2011 is de nieuwe regeling specialismen en profielen geneeskunst door de algemene vergadering van de KNMG vastgesteld. Naar verwachting zal de nieuwe registratiecommissie in 2012 de bestuurlijke inrichting van de RGS vormgeven en per 2013 formeel van start gaan.

College Geneeskundige Specialismen

Na de start in 2010, heeft het college in 2011 zich verder ontplooid. Inhoudelijk zijn een aantal grote onderwerpen opgepakt, zoals de vernieuwing van de erkenningssystematiek van de opleidingen, modernisering van de herregistratie-eisen en de optimalisering van de ouderenzorg in de opleidingen. Verder zijn aanvragen tot erkenning als profiel voor verslavingsgeneeskunde, tropengeneeskunde en donorgeneeskunde in behandeling genomen en wordt de vrijstellingsregels tegen het licht gehouden. Dit alles naast de reguliere taken rondom regelgeving. Ook op het vlak van afstemming en communicatie heeft het CGS geïnvesteerd, waardoor de werkzaamheden van het college onder de aandacht van een breder publiek zijn gebracht.

Modernisering en implementatie

De modernisering van de specialistische vervolgoopleidingen is op papier afgerond, de volgende stap werd ook in 2011 geïmplementeerd in het veld. KNMG-breed is besloten dit zo goed mogelijk te ondersteunen. Om dit mogelijk te maken hebben de afdelingen Beleid en Advies en Opleiding en Registratie de handen ineen geslagen voor het project Modernisering Medische Vervolgoopleidingen. Hiervoor is een projectsubsidie verleend door het Ministerie van VWS. Het project is formeel van start gegaan op 1 december 2009 en loopt door tot 2015.

Bureauorganisatie

Binnen het bureau zijn zoals ieder jaar de werkzaamheden ter ondersteuning van het College en de registratiecommissies verricht. Het bureau bestaat uit secretarissen voor zowel college als registratiecommissies, stafmedewerkers op juridisch en beleidsmatig terrein, administratief medewerkers en management en secretariaat. In totaal zijn er weer tientallen vergaderingen georganiseerd voor het College en de diverse commissies. Daarnaast zijn, als ieder jaar, ruim 17.000 verzoeken tot (her)registratie, (her)erkenning en inschrijvingen en wijzigingen in het opleidingsregister binnen de gestelde termijnen verwerkt

Automatisering

Na de voorbereidende werkzaamheden in 2010 zijn in 2011 de eerste stappen gezet om de automatisering van de KNMG in het algemeen en Opleiding en Registratie in het bijzonder te moderniseren. Besloten is om KNMG-breed één platform voor de diverse applicaties te ontwikkelen. Eind 2010 is de offertefase afgerond en een eerste 'proof of concept' opgeleverd voor Opleiding en Registratie. Binnen deze afdeling wordt gestreefd naar een flexibele oplossing met ontsluiting via internet

én een papierloos kantoor in de toekomst. In 2011 is men start gegaan met de bouw van het systeem bij Opleiding en Registratie. De verwachting is dat medio 2012 een nieuw systeem wordt opgeleverd.

Het college, de registratiecommissies, de adviescommissie en de commissie voor geschillen beschrijven in afzonderlijke jaarverslagen hun specifieke activiteiten over 2011.

4. Medisch Contact en Arts in spe

Medisch Contact

De titel Medisch Contact heeft zich in de afgelopen jaren een steeds steviger positie in het medisch medialandschap verworven. Een enquête onder een steekproef van lezers (1083 respondenten) maakt duidelijk het blad zeer populair is. 99 procent van de respondenten (leden van de federatie KNMG) had de laatste zes maanden het tijdschrift gelezen. Van de zes nummers worden er gemiddeld 5,3 gelezen. De lezers waarderen het tijdschrift met een 7,9. Dit geldt zowel voor huisartsen als medisch specialisten. Nieuws en praktijkgerichte informatie worden het meest gewaardeerd door de lezers.

Het aanbod aan ingezonden artikelen daalde van 447 naar 428 in vergelijking met het voorafgaande jaar. Het percentage aangenomen artikelen nam ook iets af (van 36 naar 34 procent). De landelijke media berichtten nagenoeg wekelijks over in MC gepubliceerde artikelen. Nieuwe spraakmakende columnisten als Mara Simons en Emile Keuters schreven in 2010 hun eerste bijdragen voor MC.

Speciale MC-producties waren themanummers over forensische geneeskunde, nieuwe media de inmiddels traditionele eindejaarsglossy, dit keer met het thema 'De elementen'. Behalve deze speciale uitgaven is er in samenwerking met Zorgvisie een extra themanummer gemaakt over de relatie artsen en bestuur & management.

Ook de website is in de enquête meegenomen. 48 procent van de respondenten bezoekt de website. De website wordt gemiddeld iets vaker dan eens per maand bezocht. De site krijgt een gemiddelde waardering van 7,4. Lager dan het tijdschrift maar van de in de enquête meegenomen websites wel de hoogste score. Het bereik en de waardering van de nieuwsbrief zijn respectievelijk 47 procent en een 7,2. Of de in 2011 ingezette koers om de lezers en bezoekers van Medisch Contact online beter te bedienen door middel van onder meer dagelijks nieuws, video-impressies en een wekelijks videojournaal kan uit de enquête niet worden opgemaakt. Daarvoor is een vergelijking op twee tijdstippen nodig. Het aantal pageviews is ten opzichte van 2010 sterk gestegen maar in 2011 zelf met ruim 400.000 per maand stabiel gebleven. Wel is het aantal unieke bezoekers gestegen. Dat is een gunstig signaal.

Ook op het terrein van de sociale media heeft Medisch Contact een flinke groei doorgemaakt. Het aantal volgers op Twitter naderde in 2011 de 5000. Het aantal likes op Facebook groeide naar 500 en de LinkedIn groep was hard op weg richting de 1000 leden. Met een veranderend medialandschap in het vizier zijn dit goede cijfers.

Nieuw voor Medisch Contact was de live online video verslaggeving vanaf TEDxMaastricht. Als onderdeel van een 12 uur durende uitzending zijn sprekers als Bas Bloem, Frans Hiddema, Wouter Bos en E-patiënt Dave geïnterviewd. De interviews zijn via de homepage uitgezonden, maar ook direct naar vijf verschillende locaties waar satellietevents met honderden gasten plaatsvonden.

Het geheel was een zeer geslaagd experiment. De ervaring die is opgedaan bij TEDx is direct toegepast op het internationaal congres over gezamenlijke besluitvorming waar ook een aantal interviews hebben plaatsgevonden. Beide evenementen zijn gesponsord door CZ-zorgverzekeringen die ook het MCtv-nieuws sponsoren.

MCtv-nascholing, de onafhankelijke online nascholingspoot van Medisch Contact, werd succesvol voortgezet. Dit jaar zijn debatprogramma's en casuïstiektoetsen gemaakt over de richtlijnen Hartrevalidatie, COPD en samen met het NHG, het

preventieconsult. De nascholingsportal is in 2011 vernieuwd om het gebruiksgemak te vergroten, maar ook om tegemoet te komen aan de eisen van de accreditatieorganen. Structurele financiering van deze productie blijft een moeizaam proces, waarin de hoofdredactie ook in 2011 volledig de regie had.

De in 2010 ingezette weg om uitgever Reed Business een boekenserie op te zetten is vervolgd. In 2011 verschenen de columns van Julia Franken (In opleiding) en Dokter op het strand, de zeer populaire lezersbijdragen over artsen op wie tijdens hun vakantie een beroep wordt gedaan. Daarnaast verscheen 'Dokters voor de rechter', een boek over tien jaar tuchtuitspraken, thematisch gebundeld, deskundig becommentarieerd en vol treffende citaten. Alle boeken te verkrijgen via de in 2011 ingerichte webshop op de site van Medisch Contact.

In 2011 is de vacaturesite ArtsennetBanen omgedoopt in MedischContactBanen. Dit vanwege de inschatting dat de sterke associatie van artsenvacatures met de titel Medisch Contact heeft immers niet alleen vacatures in het blad, maar publiceert ook elk kwartaal de arbeidsmarktmonitor. Verdergaande kruisbestuiving tussen MedischContact en MedischContactBanen is in de tweede helft van 2011 voorbereid en moet in 2012 zijn vruchten gaan afwerpen.

Arts in Spe

De studententitel Arts in spe blijkt het goed te doen bij de doelgroep. Ook over het kwartaalblad en de website is een enquête gehouden. Het tijdschrift krijgt als waarderingscijfer gemiddeld een 7,6, de website een 7,1 en de nieuwsbrief een 7,0. Ook hier krijgt de site ten opzichte van andere studentensites het hoogste cijfer. De site scoorde bij deze doelgroep even hoog als de website van Medisch Contact. Uit de enquête blijkt duidelijk dat aan actualiteit te winnen. Nieuws is populair bij de respondenten. Voor een kwartaalblad is dat opmerkelijk te noemen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat nagenoeg niemand vindt dat het blad in een lagere frequentie uit moet komen. Integendeel, een hogere frequentie is 89 keer genoemd als tip. Eenzelfde beeld is zichtbaar voor het aantal pagina's van het blad. Zeker niet minder en liever meer.

Betreffende de inhoud van Arts in spe willen de studenten graag meer wetenschap, praktische informatie en meer over co-schappen en specialismen. De vormgeving van het blad kan ook beter volgens de respondenten. Het mag allemaal wel wat strakker en minder frivool.

Nieuw in 2011 was de videowedstrijd. Studenten geneeskunde is gevraagd een korte video in te sturen over hun favoriete specialisme. De wedstrijd leverde maar liefst 33 inzendingen op. De drie winnaars werden bekend gemaakt op een evenement waarin de weg naar een vervolopleiding centraal stond. Een geslaagd initiatief dat zeker vervolg krijgt.

5. Communicatie en Marketing

De inzet van de afdeling Communicatie en Marketing was in 2011 vooral gericht op het in nauw overleg met de federatiepartners proactief extern profileren van de KNMG-activiteiten en -standpunten. Communicatieadviseurs zijn vanaf de start van projecten betrokken geweest en dit heeft zeker aan deze proactievere externe communicatie bijgedragen.

Het federatieve communicatieoverleg op senioren niveau en het maandelijks overleg met de hoofden communicatie dragen bij aan een steeds vruchtbaarder samenwerking, zoals afstemming van woordvoeringslijnen.

Communicatie

KNMG publicaties: interactie met leden

Na intensieve consultatie van de achterban publiceerde de KNMG het standpunt 'De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde'. Daarnaast verscheen de handreiking 'Tijdig praten over het overlijden'.

Ook de Handreiking 'Artsen en Social Media' verscheen na een periode van interactieve consultatie met de achterban.

Opleiding en Registratie

De informatie over opleiding, (her)registratie en erkenningen is beter toegankelijk gemaakt. Zo is de relevante informatie over de medische vervolgoopleidingen per specialisatie geordend. Daarnaast zijn verschillende communicatiemiddelen gerealiseerd zoals de folder inschrijvingsregels voor de aios en is de hierboven beschreven informatie op de website ook in boekvorm geproduceerd. Ook is de basis gelegd voor en een start gemaakt met de communicatie voor en over de nieuwe Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Zowel interne, als externe actoren zijn op de hoogte gesteld van de actuele ontwikkelingen over deze samenvoeging. Voor het College Geneeskundige Specialismen (CGS) is uitvoering gegeven aan het eerder opgestelde communicatieplan. Vooral het gezicht geven van het CGS, onder andere door interviews met de leden over actuele onderwerpen, is verder gestalte gegeven. En daarmee is ook direct uitvoering gegeven aan het zichtbaar maken van het werk van het CGS.

KNMG in de media

Ook in 2011 stond de KNMG weer volop in de aandacht van de pers. Het KNMG-standpunt 'Rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde', de reactie van de KNMG op de plannen rond een levenseindekliniek en het KNMG-standpunt over ontmoediging van jongensbesnijdenis trokken veel media-aandacht. Ook is veel gecommuniceerd over het belang van het medisch beroepsgeheim. Dit jaar is de proactieve aanpak van nieuws- en persberichten gecontinueerd, wat resulteerde in meer media-aandacht en een blijvend stijgende lijn van bezoeken aan de website. In 2011 zijn in totaal 364 geregistreerde persvragen beantwoord (230 in 2010), daar waar reactie op het terrein van onze federatiepartners lag is afgestemd en veelal doorverwezen. Er zijn 15 persberichten verzonden en 209 nieuwsberichten op de site geplaatst. Daarnaast verschenen er 39 columns waarin KNMG-medewerkers de actualiteit belichtten.

KNMG-online

Diverse interactieve tools als webconsultaties zijn ingezet om meningen en standpunten van de achterban te raadplegen. De KNMG heeft inmiddels 3.240 volgers op Twitter (ruim 1.000 in 2010) en dat aantal neemt nog iedere dag toe. Twitter helpt de KNMG bij de verspreiding van haar boodschap en bij het monitoren van meningen over haar uitingen. Veel KNMG-tweets worden door andere 'tweeps' geretweet.

De KNMG-website werd afgelopen jaar druk bezocht: ruim 2 miljoen pagina's werden bekeken (stijging van 11% tov 2010), tijdens 628.000 bezoeken (+ 19%) door 353.000 unieke bezoekers (+ 30%). Populaire onderdelen zijn de KNMG-publicaties en de webdossiers waarin de KNMG thema's uitdiept met actualiteit, commentaren en standpunten. Ook de toegespitste webonderdelen voor opleiding, registratie en GAIA zijn goed bezocht. In 2011 is verder invulling gegeven aan het verhelderen van de informatie van het onderdeel Opleiding & Registratie.

Interne communicatie

De KNMG organiseerde twee Linked Live-bijeenkomsten – lunchbijeenkomsten voor medewerkers van de KNMG. De eerste stond in het teken van de uitkomsten van het marktonderzoek onder leden en niet-leden. De tweede bijeenkomst ging over tips en tricks voor Social Media. Linked Live zorgt ervoor dat de medewerkers elkaar beter leren kennen en geïnformeerd worden over en zo beter op de hoogte zijn van de vele KNMG-activiteiten. Naast Linked Live geeft KNMG Communicatie Linked News uit, tweewekelijkse interne e-mailnieuwsbrieven, en houdt ze het Linked Web bij, het intranet.

En nog veel meer.....

Uit de vele andere activiteiten lichten we er enkele uit: wervingscampagne SCEN-artsen, voorbereidingen met de wetenschappelijke verenigingen van beroepenfilms ter ondersteuning bij beroepskeuze voor studenten en jonge artsen, coördinatie van ledenpanels, voorbereidende communicatie voor de Carrièrebeurs maart 2012 en voor het KNMG Kwaliteitskader, communicatie voor ABS-artsen (het steunpunt voor artsen met een verslaving), communicatie en publicaties voor diverse symposia waaronder Tuchtrect, e-Health en Preventie.

Samen met de Public Affairs-adviseur is actief opgetrokken bij thema's als bezuinigingen in de zorg, preventie, medisch beroepsgeheim, euthanasie en ethische onderwerpen.

KNMG Artseninfolijn

De KNMG artseninfolijn kent een 1^e lijn en een 2^e lijn. De 1^e lijn beantwoordt lidmaatschapsvragen, vragen over GAIA en overige vragen. De 2^e lijn beantwoordt vragen van juridisch aard, medisch ethische vragen en loopbaanvragen.

In 2011 hebben in totaal 27.502 artsen met KNMG Artseninfolijn contact opgenomen voor vragen en advies.

De KNMG Artseninfolijn (1^e lijn) heeft in het verslagjaar in totaal 22.587 contacten geregistreerd, waarvan 15.840 per e-mail, 2.285 telefonische contacten en 350 per brief.

Verder zijn 4.112 overige contacten geweest w.o. contacten met verenigingen, aanbieders van (na)scholing in het kader van GAIA, enz.

Het jaar 2011 is voor de KNMG Artseninfolijn (2^e lijn) een topjaar geweest met 6.664 adviesaanvragen. Steeds meer artsen weten de weg naar de KNMG artseninfolijn

te vinden. Echter de vragen zijn niet alleen toegenomen, maar ook ingewikkelder geworden.

De top 5 vragen van KNMG Artseninflijn (2^e lijn) in 2011 zijn:

- Dossier overledenen
- Dossier gescheiden ouders
- Geneeskundige verklaring t.b.v. eigen patiënt
- Informatie uit medisch dossier
- BIG herregistratie

De helpdesk voor artsen en aanbieders voor het Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA), heeft zijn nut en noodzaak reeds bewezen. Ruim 35.000 artsen hebben tot op heden hun persoonlijk dossier geactiveerd. In het verslagjaar hebben 700 artsen contact opgenomen met de GAIA-helpdesk.

6. Personeel en organisatie

Bij de KNMG zijn op 31 december 2011 144 medewerkers in dienst. Zoals in tabel 1 te zien, zijn dit 97 vrouwen en 47 mannen. 22 medewerkers hebben een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

Tabel 1: aantal medewerkers verdeeld naar afdeling en geslacht en ABT

	aantal m/w	man	vrouw	bepaalde tijd
Bestuur & Directie	36	12	24	6
Beleid & Advies	28	11	17	4
Medisch Contact	24	8	16	4
Opleiding & Registratie	51	13	38	8
Receptie & Technische dienst	5	3	2	0
totaal	144	47	97	22

In 2011 zijn 29 nieuwe medewerkers in dienst gekomen en 14 medewerkers uit dienst gegaan.

De leeftijdsverdeling is voor een kennisintensieve organisatie evenwichtig aan de mediore kant, zoals in tabel 2 te zien, krijgt de KNMG pas over vijf tot zeven jaar te maken met uitstroom die vraagt om gedegen voorbereiding en beleid omtrent leeftijd.

Tabel 2: medewerkers verdeeld naar afdeling en leeftijdsgroep

	<30	30-39	40-49	50-59	60>
Bestuur & Directie	3	6	15	9	3
Beleid & Advies	2	6	8	10	2
Medisch Contact	1	6	10	6	1
Opleiding & Registratie	12	10	12	10	7
Receptie & Technische dienst	0	0	2	3	0
totaal	18	28	47	38	13

Personeel

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers binnen de KNMG is 45 jaar en het gemiddelde opleidingsniveau MBO-HBO. Volgens de Verbaan norm is het landelijk verzuimgemiddelde met deze twee variabelen tussen de 3,5% en 4%. Het arbeidsverzuim binnen de KNMG daalt van 3,4% over 2010 tot 3,3% over 2011.

Na de update van het functieboek weegt Berenschot in de loop van 2011 de functies met wijzigingen en die waar discussie over is. P&O reguleert de inhuur van derden zowel procedureel als administratief op andere wijze. De controle op VAR verklaringen en identiteitscontrole verscherpt.

In 2011 koopt P&O weer centraal een aantal trainingen in. Voor de trainingskosten van zo'n 30 medewerkers hebben nu 69 medewerkers deelgenomen aan een training efficiënt en assertief notuleren, schriftelijk Nederlands en gesprekstechnieken bij arbeidsverzuim. In totaal worden tien vrije plekken bij de trainingen tegen kostprijs verkocht aan derden in de Domus Medica. Daarnaast

verzorgt P&O een flitstraining met het thema werken in projecten, voor in totaal 34 deelnemers.

Om de regeling van arbeidsvoorwaarden aan te kunnen passen op het onderdeel salaris bij promotie, doorloopt P&O een uitgebreid traject waarin op collectief en individueel niveau met alle medewerkers wordt gecommuniceerd. P&O start het gesprek met de OR over actualisering van de beide regelingen van arbeidsvoorwaarden. Na instemming van de OR wordt in 2012 de geactualiseerde versie uitgegeven en gecommuniceerd met de volgers van de regeling van de KNMG.

Organisatie

De jaarlijkse update van de interne dienstverlening is uitgevoerd en wordt verder door P&O onderhouden.

De verschillende uitbestedingstrajecten zijn in handen van de Vereniging van Huurders. De Domus HR, een informeel samenwerkingsverband van HR verantwoordelijken in (en buiten) de Domus Medica, gaat steeds meer leven. De uitwisselingsplaats via een sharepoint site krijgt steeds meer animo en de fora worden goed gebruikt.

Op de agenda van de overlegvergadering staan onder andere de onderwerpen arbeidsverzuim, outsourcing, salaris bij promotie, functieboek, levensfase bewust personeelsbeleid, leeftijdsdagen, actualisering regelingen van arbeidsvoorwaarden, OR jaarverslag en begroting en jaarrekening, de vorming van één registratiecommissie, APK en kantoorautomatisering en competenties. Uit de OR trekken zich twee leden terug en er melden zich twee nieuwe leden.

De Arbocommissie

De Arbocommissie buigt zich in 2011 over de werkplekken van de receptie, het klimaat, en realiseert de vervanging van de bureaustoelen voor de KNMG. Op alle punten waarover de Arbocommissie advies geeft wordt in 2011 door de betrokkenen of verantwoordelijken actie ondernomen.

7. Artsennet en Informatiebeheer en -voorziening

Artsennet

2011 is zowel een goed als een lastig jaar geweest. Goed was de toetreding van de website Ephor en NAPA in de eerste helft van het jaar en twee nieuwe rubrieken die goed scoren. Goed is ook de immer stijgende lijn van pageviews. De naamsbekendheid van Artsennet is blijkens het communicatieonderzoek erg hoog. Minder goed is dat de dreiging van vertrekkende participanten die in 2010 is geuit is in 2011 bevestigd.

Deelnemers portal

Artsennet heeft in januari de website Ephor live gezet binnen het portaal Artsennet. Ephor is een projectwebsite vanuit UMC Utrecht dat zich toelegt op juiste farmacotherapeutische behandeling voor de oudere patiënten. In juli is de NAPA live gezet. De NAPA is de belangenvereniging voor de nieuwe beroepsgroep physician assistants die vanaf 2012 ook een BIG geregistreerd mogen staan.

In juli zijn de contracten opgezegd van de NVVH en Verenso. Reden hiervoor waren de ergernissen over de advertenties en bijbehorende afkoopsommen. Ook de Orde bleek de portal te willen verlaten en heeft sinds december 2011 een eigen website. NHG en LHV hebben eind 2011 ook hun contracten opgezegd. Ze mogen van Reed opstappen wanneer het hen schikt. Het vertrek van de NVVH en Verenso heeft geen zichtbare negatieve invloed gehad op de pageviews voor de portal en Artsennet. Het vertrek van OMS heeft een licht negatieve impact gehad op de pageviews die inmiddels al weer is gecompenseerd. Het vertrek van het NHG zal wel een aderlating worden, zo wordt verwacht, omdat het NHG samen met de LHV, goed is voor de helft van het verkeer op de portal.

Vanaf 1 september is Artsennetbanen Medischcontactbanen gaan heten. Verwacht werd dat de pageviews vele malen hoger zouden worden. Helaas is in 2011 de groei aan views niet bewaarheid. Tevens heeft de KNMG besloten dat de KNMG Districten geen eigen website meer hoeven te hebben. Dus daarmee is de districtenportal ook beëindigd.

Begroting

Tegelijkertijd verlopen de advertentie-inkomsten voor Reed Business minder voorspoedig dan verwacht. Het gemis aan meeropbrengsten heeft Artsennet zo goed als weten te compenseren met aanvullende dienstverlening. Zo verrichten wij in opdracht redactiewerk voor participanten en verkopen wij agenda-items aan derden.

Redactiewerk

Artsennet heeft in 2011 van twee participanten het verzoek gekregen om content te plaatsen op hun websites. Aangezien dit niet behoort tot de standaarddienstverlening vraagt Artsennet hier geld voor van die participanten waaruit wij een medewerker kunnen betalen om deze taken uit te voeren. Artsennet ziet dit als een nieuwe vorm van dienstverlening die wij participanten kunnen aanbieden.

Nieuw businessmodel

Het gegeven van vertrekkende participanten brengt het huidige businessmodel waarbij Artsennet sterk afhankelijk is van deelname van medische organisaties een gevoelige klap toe. Artsennet en Reed Business werken op het moment van schrijven een businesscase uit voor de toekomst van Artsennet. De focus komt te liggen op het ontwikkelen van producten en diensten voor artsen, zodat we ook interessant blijven en worden voor medische organisaties.

Nieuwe rubriek: apps

In 2011 heeft Artsennet de rubriek Apps opgezet. Dit houdt in dat we medische apps kort beschrijven. Artsen kunnen hier zelf hun review achterlaten en ook de apps waarderen. Dit loopt boven verwachting goed. De rubriek wordt veel geraadpleegd. Deze rubriek heeft in amper een jaar tijd geleid tot een groei aan pageviews van 0 tot zo'n 10.000 views per maand. Die groei zal in 2012 alleen maar doorzetten.

Nieuwe rubriek Blogs

Ook heeft Artsennet sinds het voorjaar bloggers met ieder een eigen pagina. Elke arts in Nederland mag in principe een blog op Artsennet bijhouden. De eerste blogger was Jan Klein. Eind 2011 telt Artsennet dertien bloggers. Alle bloggers zijn tot nu toe op uitnodiging binnengekomen. Ze voelen zich vereerd op Artsennet te mogen bloggen. Artsen sturen gewoon een stuk tekst in, die Artsennet vervolgens op de betreffende blogpagina plaatst. In 2011 is de rubriek Kennis, waarvan Blogs onderdeel zijn gegroeid van 1500 views per maand gegroeid naar negenduizend views in november 2011 (8.500 in december). Het aandeel blogs is nog immer stijgende.

Personal Dashboard

In 2011 is ook eindelijk het Personal Dashboard live gegaan. Het dashboard heeft ertoe geleid dat het aantal ingelogde views structureel hoger ligt dan ervoor. Maandelijks levert het dashboard zo'n 3000 views op. Artsen moeten voor het gebruik van hun dashboard eerst inloggen en vervolgens een dashboard aanmaken. De drempel om het dashboard te gebruiken is derhalve hoger dan om een blog te lezen of de app-rubriek te gebruiken.

MijnZorgnet

In 2011 is begonnen met het leggen van een koppeling op het inlogaccount tussen Artsennet en MijnZorgnet. MijnZorgnet is een social netwerk voor patiënten met hun zorgverleners. In de praktijk blijken artsen elkaar ook erg op te zoeken in die communities. Dat is de reden dat we samenwerking hebben gevonden met MijnZorgnet. Artsen die bij Artsennet zijn ingelogd, kunnen meteen door naar MijnZorgnet. In 2012 willen we dit nog verder uitbreiden: artsen kunnen dan op MijnZorgnet zelf ook inloggen met hun Artsennetaccount.

Releases

Artsennet heeft dit jaar zes releases verricht. In deze releases hebben wijzigingen van participanten gezeten en een ervan was ook het Personal Dashboard. Over releases bestaat vanuit KNMG nog de wens om de afspraken nog scherper te stellen.

Record

Tot slot is het recordaantal pageviews uit 2010 op zowel de portal Artsennet als de website Artsennet in 2011 gebroken. In 2011 heeft Reed Business een overstap gemaakt van het statistiekenpakket Webtrends naar Sitecatalyst. Dit heeft

behoorlijk wat voeten in aarde gehad.

Informatiebeheer en Voorziening

Sectie informatievoorziening

De Sectie informatievoorziening heeft een aantal behoorlijke veranderingen doorgemaakt:

Kantoorautomatisering

Na een uitgebreid onderzoek is eind 2011 de handtekening gezet onder de levering van de nieuwe hardware en software voor de vernieuwing van de kantoorautomatisering. De KNMG zal hiermee een robuuste en vooral toekomstbestendige oplossing gaan in gebruik gaan nemen.

Onderdeel hiervan is de Software Assurance Agreement die de KNMG heeft afgesloten met Microsoft en waarvoor Federatiepartners van harte zijn uitgenodigd om er deel aan te nemen. In 2012 hoopt de KNMG aan de slag te kunnen met de nieuwe hard- en software.

APK

Eind 2011 zijn ook de eerste schreden gemaakt ten behoeve van het project APK. Vooralsnog is men aan de slag gegaan bij de afdeling Opleiding en Registratie, maar het wordt gehoopt deze implementatie in 2012 uit te breiden naar de rest van de KNMG.

Sectie Informatievoorziening

Het afgelopen jaar is de samenwerking met de sectie Applicatiebeheer verder geïntensiveerd, wat onder meer heeft onder geresulteerd in de ontwikkeling van nieuwe digitale diensten en producten. Zo is een eerste opzet gemaakt voor een informatie- en nieuwsportal binnen Sharepoint en zijn werkzaamheden verricht voor de ontwikkeling van een KNMG-kenniskaart en -intranet.

In het kader van het APK-project is de sectie Informatievoorziening in samenwerking met de afdeling Opleiding & Registratie gestart met de ontwikkeling van een integraal archiefbeleid.

Daarnaast is een begin gemaakt met het digitaliseren van archiefmateriaal.

Een aanzienlijk deel van de werkzaamheden van de sectie Informatievoorziening betrof de verdere ontwikkeling en uitbreiding van de elektronische knipselkrant. Begin 2010 is een traject gestart met leverancier Lexis Nexis waarbij de inhoudelijke opzet en inrichting van een gezamenlijke Domusbrede knipselkrant is ontwikkeld. Landelijke en regionale dagbladen worden dagelijks gescreend op relevante zoektermen en artikelen worden in digitale vorm toegestuurd. De sectie Informatievoorziening selecteert en filtert dagelijks de toegestuurde krantenartikelen en stelt de knipselkrant samen. Van deze dagelijkse nieuwsvoorziening wordt gezamenlijk gebruik gemaakt door federatiepartners en andere Domus-organisaties. Deze dienstverlening is in 2011 verbeterd en uitgebreid. De verwachting is om deze in 2012 verder uit te breiden.

Naast het uitvoeren van literatuuronderzoek en het beantwoorden van diverse informatievragen, is de afdeling verder gegaan met het digitaliseren van de collectie en optimalisering van de abonnementenadministratie. Samen met enkele

federatiepartners worden pogingen ondernomen tot een gezamenlijke inkoop van tijdschriftabbonnementen en wetenschappelijke literatuurbestanden.

8. Financiën

Gedurende 2011 heeft de Administratie BV de financiële en salarisadministratie voor de KNMG gevoerd. Dit is naar wens verlopen. De degelijke, consciëntieuze werkwijze waarop de Administratie te werk gaat heeft mede bijgedragen aan inzichtelijker en sneller beschikbare financiële verslaglegging. Tevens is aandacht besteed aan verbetering van de administratieve processen en opschoning van de diverse databestanden.

Middels de beknopte maandelijkse en de meer uitgebreide kwartaalrapportages heeft Financiën kunnen bijdragen aan het goede financiële resultaat dat dit jaar wederom door de organisatie is gerealiseerd.

Professionalisering financiële huishouding

Daarnaast werkte Financiën aan verdere verbetering en professionalisering van de financiële huishouding, transparantie van de in- en uitgaande geldstromen. Uiteraard werd de aandacht hierbij verdeeld over de activiteiten van de Federatie en de werkzaamheden van Opleiding & Registratie (O&R).

Middels inzicht en analyse is bijgedragen aan de realisering van de diverse businessplannen en verdienmodellen. Voor het Congresbureau is de basis gelegd voor een businessplan, wat in begin 2012 zal worden afgerond.

Binnen de Federatie werd vormgegeven aan de financiële basis voor de in de loop van 2010 in gang gezette integratie van de algemene nascholing van het ABC1, ABMS en ABSG. Tevens is een pilot gestart voor de integratie van de accreditering van het “format-deel” van alle e-learning binnen het ABC1, het zogenaamde ABFE. Ook hier is Financiën nauw bij betrokken.

KNMG breed is de vacatiegeldenregeling doorgelicht en zijn waar mogelijk vereenvoudiging en uniformering doorgevoerd. Er wordt inmiddels op reguliere basis invulling gegeven aan risicomangement binnen de KNMG. Een voorbeeld hiervan is dat beleid is ontwikkeld om het risico van de financiële huishouding van de districten te beperken.

Voor Opleiding & Registratie werd een aanvang gemaakt met de financiële (her)inrichting ter voorbereiding van de eenwording van de drie registratiecommissies tot één, het project RGS.

De al eerder bij Beleid en Advies en KNMG Consult uitgerolde urenregistratie-projectmodule is inmiddels ook bij O&R geïmplementeerd.

In het factureringsproces is voor de contributie-inning de “digitale nota” geïntroduceerd. Tot nu toe heeft slechts een beperkt deel van de leden zich aangemeld voor deze faciliteit.

Voor het Congresbureau is gestart met de het betalen via “i-deal” voor congresdeelnemers. Dit kan worden gezien als een begin van een KNMG brede uitrol van deze betalingswijze, als onderdeel van APK¹. Wij denken met deze methode behalve gebruikersgemak voor onze leden, ook een efficiënter en sneller proces te realiseren.

In 2011 veel aandacht besteed aan het neerzetten van de financiële steigers van twee omvangrijke automatiseringsprojecten; het al eerder genoemde APK en de vervanging van de kantoorautomatisering van de KNMG en diverse andere verenigingen die gebruikmaken van het zelfde serverpark.

¹ Automatisering Platform KNMG

Tenslotte is via deelname in de Geldmiddelencommissie van de Vereniging van Huurders (VVH) in 2011 veel aandacht besteed aan diverse alternatieven van herfinanciering van het Congres en Vergadercentrum Domus Medica (CVDM), met als doel om de financiële lasten van het Vergadercentrum op korte en lange termijn te verlichten. Het bestuur van de VVH voert momenteel overleg met de (grote) Domusbewoners, waar gebruik wordt gemaakt van deze input.

9. Jaaroverzicht KAMG 2011

De Koepel van artsen maatschappij & gezondheid

De Koepel van artsen maatschappij & gezondheid (KAMG) verenigt de volgende wetenschappelijke verenigingen binnen het specialisme arts M&G:

- AJN - Artsen jeugdgezondheidszorg Nederland
 - FMG - Forensisch medisch genootschap
 - NVAG - Nederlandse vereniging artsen beleid, management en onderzoek
 - NVDG - Nederlandse vereniging voor donorgeneeskunde
 - NVMM - Nederlandse vereniging voor medische milieukunde
 - VAGZ - Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars
 - VIA - Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen VIZ- Sectie Infectieziektebestrijding van de vereniging van infectieziekten
 - VvAwt - Vereniging van artsen werkzaam in de tuberculosebestrijding
- Het LOSGIO (Landelijk overleg van sociaal geneeskundigen in opleiding) neemt als toehoorder deel aan de bestuursvergaderingen van de KAMG. De wetenschappelijke verenigingen hebben tezamen ruim 1800 artsleden.

KAMG als nieuwe federatiepartner van de KNMG

De KAMG is per 1 januari 2011 toegetreden als federatiepartner tot de KNMG, om de verbinding en afstemming tussen de sociaal geneeskundigen en de curatief georiënteerde geneeskundig specialisten te versterken en te bevorderen. Zowel het bestuur als het bureau KAMG kent per 1 januari 2011 een nieuwe bezetting. Cisca Koning is als nieuwe voorzitter aangetreden en Ronald Duzijn als directeur van de KAMG. Het jaar 2011 stond voor de KAMG vooral in het teken van (hernieuwde) kennismaking met en oriëntatie op de interne en (nieuwe) externe omgeving. In dat kader hebben voorzitter en directeur gesprekken gevoerd met:

- besturen van de aangesloten wetenschappelijke verenigingen;
- de nieuwe directeur publieke gezondheid van het ministerie van VWS;
- de nieuwe directeur van de NSPOH;
- bestuursleden, directeur en senior adviseurs van GGD Nederland;
- hoofd en senior beleidsadviseurs Opleidingsfonds, MEVA, ministerie van VWS;
- voorzitter en directeur KNMG, directeur Beleid en Advies KNMG en senior beleidsadviseurs en juristen;
- voorzitters en directeurs NVVG, NVAB, Orde, LHV, LAD en Verenso;
- directeur Capaciteitsorgaan;
- voorzitter en secretaris SGRC;
- directeur NPHF.

Standpunten en reacties op landelijk beleid

De KAMG wil zich actief opstellen in het verwoorden van standpunten, het meedenken met, het inhoudelijk bijdragen aan en het zelf agenderen van relevante thema's/ontwikkelingen die in KNMG-verband spelen. In het eerste halfjaar 2011 hebben het kabinet en de bewindspersonen van het ministerie van VWS belangrijke contouren van het volksgezondheidsbeleid voor de komende jaren gepresenteerd. De KAMG heeft intensief bijgedragen aan meerdere gezamenlijke reacties in KNMG-

verband:

- *Prikkels in preventiebeleid*
- *Landelijke nota gezondheidsbeleid "Gezondheid Dichtbij"*
- *Programmabrief langdurige zorg*
- *Overschrijdingen en ombuigingen budgettair kader zorg*

Samenwerken aan inhoudelijke thema's/ontwikkelingen

De KAMG heeft zich in 2011 - in nauwe samenwerking met de aangesloten wetenschappelijke verenigingen - sterk gemaakt voor verschillende relevante medisch inhoudelijke thema's en ontwikkelingen op het terrein van de publieke gezondheid(szorg):

- *Persbericht meldcode kindermishandeling*
- *Nieuwe meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld*
- *Project integrale visie medische zorg jeugd*
- *PGB-/zorgfraude*
- *Richtlijn lijkschouw in ontwikkeling*
- *NODO-procedure*
- *Samenhang (medische) zorg en welzijn*
- *Verbinding preventie-curatie*

Kwaliteitszorg en professionalisering van de beroepsuitoefening ***Kwaliteitskader 8.0***

Op het terrein van kwaliteitsbevordering en -bewaking van de medische beroepsuitoefening heeft de KAMG in 2011 (en voorgaande jaren) actief bijgedragen aan de totstandkoming van het Kwaliteitskader. De KAMG onderschrijft het Kwaliteitskader als handreiking en aanbeveling aan artsen. De KAMG heeft daarbij aangegeven dat het plan en tempo van realisatie door iedere wetenschappelijke vereniging naar eigen mogelijkheden moeten kunnen worden opgepakt. Een aantal aanbevelingen is voor 'onze' wetenschappelijke verenigingen uitermate ambitieus, zeker gezien de beschikbare menskracht en middelen. Als KAMG hebben wij gepleit en gewezen op 'ondersteuning' vanuit de overheid als noodzakelijke randvoorwaarde om de gewenste doelen van het kwaliteitskader te kunnen bereiken.

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking

Binnen de KAMG is de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking begin 2011 bestuurlijk besproken. Conclusie is dat de 13 aanbevelingen per wetenschappelijke vereniging specifiek en toepasbaar gemaakt moeten worden. De handreiking is aan de afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen voorgelegd, met het advies om deze intern te bespreken en te bekijken op welke wijze de handreiking binnen de beroepsgroep verder kan worden ingevoerd. Het merendeel van de verenigingen geeft aan tijd nodig te hebben om dit voor hen nieuwe document/dossier goed te uit te werken. De KAMG wijst erop dat het overgrote deel van de sociaal geneeskundigen in de publieke zorg in loondienst is en werkzaam binnen de context van een professionele organisatie. De KAMG acht dan ook de betrokkenheid van werkgevers een belangrijke voorwaarde voor de verdere implementatie van de handreiking. Belang wordt gehecht aan de erkenning van de arts in zijn/haar specifieke rol (jeugdarts als medebehandelaar of indicierend arts als adviseur/beoordelaar) en daarmee samenhangend de uitwisseling van relevante medische gegevens.

Veel professionele organisaties hanteren een HKZ-kwaliteitssysteem. Om samenwerkingsafspraken structureel te regelen en te borgen is aansluiting/inbedding in een dergelijk kwaliteitszorgsysteem wenselijk en

noodzakelijk.

Aanvraag erkenning profiel Donorgeneeskunde

De NVDG en KAMG hebben gezamenlijk bij het College Geneeskundige Specialismen erkenning aangevraagd voor het profiel Donorgeneeskunde, binnen het domein Maatschappij & Gezondheid. In de voorbereiding is intensief samengewerkt tussen de NVDG en Onderwijscommissie van de KAMG om de voorstellen betreffende het profiel en de profielopleiding goed te laten passen binnen de context van de opleiding arts Maatschappij & Gezondheid. Het College heeft een eerste positief besluit genomen door een werkgroep in te stellen die de erkenningaanvraag nader zal onderzoeken en hierover advies zal uitbrengen aan het CGS.

Promotie, positionering en samenwerking

In het kader van verdere bekendmaking van de beroepsgroep arts M&G en het stimuleren van onderlinge samenhang, maar ook de samenwerking met andere medische beroepsverenigingen, heeft de KAMG in 2011 de volgende activiteiten ondernomen:

- *Periodieke voorzitterscolumn in Medisch Contact*
- *Regelmatische publicaties op de KAMG-federatiepagina van Medisch Contact*
- *Speed daten: interactieve bijeenkomst om artsen te informeren en te interesseren voor een loopbaan in de publieke gezondheidszorg*
- *Vorbereiding congres KAMG 2012 "Over-koepelen"*
- *Themamiddag met VWS over landelijke nota gezondheidsbeleid*
- *Participatie in Nationaal congres volksgezondheid (NCVGZ) 2011*
- *Uitreiking Stimuleringsprijs arts M&G aan het meest waardevolle product van de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid. In 2011 is de prijs uitgereikt aan Rendelien Verschoof-Puite voor haar beleidsadvies over de noodzaak van het hanteren van het MRSA- preventieprotocol in de jeugdgezondheidszorg.*
- *Sociaal geneeskundigen lunch: informeel overleg tussen KAMG, NVAB, NVVG en de secretaris van het SGRC gericht op informatie-uitwisseling en bijpraten.*

Opleiding en registratie

Rapport Kwaliteitsbeleid en –indicatoren opleiding arts M&G

In april 2011 heeft het CBOG het rapport 'Kwaliteitsbeleid en –indicatoren opleiding Maatschappij en Gezondheid' uitgebracht, waaraan de KAMG actief heeft bijgedragen.

De KAMG heeft aangegeven groot belang te hechten aan de verdere ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid en – indicatoren in relatie tot de opleiding arts M&G, waaronder:

- evaluatie en actualisatie Handboek Sociale Geneeskunde;
- verdere professionalisering van (instituut)opleiders in termen van competenties en kritische beroepsactiviteiten;
- evaluatie van de competentie en KBA's van de profielen en specialisme M&G (2^e fase) en op basis daarvan actualisatie en aanpassing;
- verdere ontwikkeling en implementatie systematiek visiteren (opleidingsinrichtingen);
- uitbreiden experimenten in het kader van de ontwikkeling van de opleiding M&G;
- ontwikkelen van EVC-procedures en verwerking in een Kaderbesluit CGS.

Opleidingsfonds

De KAMG heeft actief de samenwerking gezocht met de NVVG, de NVAB en de KNMG om ervoor te zorgen dat alle sociaal geneeskundige opleidingen worden opgenomen in het Opleidingsfonds. Een eerste bemoedigende stap in die richting is het recente besluit tot structurele financiering van de 2^e fase van de opleiding arts M&G voor de profielen jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en medische milieukunde.

Toewijzing en verdeling middelen/plaatsen Opleidingsfonds

Volgend op de ontwikkelingen rondom het Opleidingsfonds, heeft het ministerie van VWS begin 2011 GGD NL gevraagd om voor het jaar 2012 de toewijzing en verdeling van de opleidingsplaatsen/-gelden voor haar rekening te nemen. Aangezien de KAMG namens de professionals een belangrijke rol voor zichzelf ziet in het domein van toewijzing en verdeling van opleidingsgelden is in goed overleg getreden met GGD NL, hetgeen heeft geresulteerd in structurele samenwerking in dit dossier.

Project EVC KAMG

Het beroepenveld van de KAMG heeft belang bij een procedure waarbij het mogelijk is om Eerder Verworven Competenties (EVC) van een ervaren arts/specialist vast te stellen die overweegt om te gaan werken in het domein maatschappij en gezondheid. Op deze manier kan voor een specialist die de overstap naar maatschappij & gezondheid wil maken worden bevorderd door een individueel opleidingsprogramma 'op maat' op te stellen. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft instemmend gereageerd op het voorstel van de KAMG en besloten over te gaan tot de inwerkingtreding van het experimenteerartikel. De KAMG streeft naar een EVC-procedure als structurele mogelijkheid/voorziening.

Project Modernisering Medische Vervolgopleidingen

Het project Modernisering medische vervolgoopleidingen van de KNMG is gericht op het ontwikkelen en implementeren van competentiegericht opleiden van artsen. In het tweede kwartaal van 2011 heeft de projectorganisatie aan ook expliciet de sociale geneeskunde in de modernisering te willen betrekken. Vervolgens is vanuit de KNMG een aantal inventariserende en oriënterende gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van opleiders, van aios, van opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten en de KAMG zelf. In deze gesprekken zijn vanuit verschillende invalshoeken, aandachtspunten en suggesties kenbaar gemaakt gericht op een verdere verbetering van de opleiding arts M&G (1^e en 2^e fase).

TERUGBLIK 2011

Het jaar 2011 was in veel opzichten gedenkwaardig. De situatie in Nederland werd gedomineerd door de **economische crisis**. Hoewel er ondanks dat nog wel groeiruimte was voor stijging van de zorgkosten, gold dat niet voor de huisartsenzorg. Het beknibben daarop heeft de beroepsgroep na de zomer in beroering gebracht en bewust gemaakt van het feit dat substitutie een prachtig fenomeen is, maar ook een budgettaire boemerang.

Maar toen het jaar begon, was deze ontwikkeling nog in de sterren geschreven. Begin januari kwamen de laatste **contracten met verzekeraars** tot stand. Anders dan in een verder verleden, heeft de LHV zich bij de totstandkoming daarvan afzijdig moeten houden. De Nederlandse Mededingings Autoriteit had een jaar eerder duidelijk gemaakt waar de grenzen van de wet lagen en in 2010 was de LHV gewaarschuwd met een inval. Een gewaarschuwde vereniging telt voor twee. Dat neemt niet weg dat de wijze waarop de verzekeraars de contracten tot stand brachten wel door ons beoordeeld mochten worden. De LHV opende daarvoor een Meldpunt waarbij leden hun ervaringen konden delen. Dat resulteerde later – in combinatie met een score op diverse variabelen - in het kwartaal in een rangorde van verzekeraars, in volgorde van hun getoonde zorgvuldigheid. De uiteindelijke **Zorgverzekeraarsmonitor** heeft de diverse inkopers geattendeerd op de invulling van hun rol.

De beroepsgroep kent in verschillende delen van het land een tekort aan gekwalificeerde **doktersassistentes**. Voor een deel is dat te wijten aan de uitstroom uit de opleiding die kwantitatief te mager is, los van het feit dat net opgeleiden assistentes alsnog niet beschikbaar komen omdat ze voor een ander beroep kiezen. Om de Nederlandse huisarts toch vooral aan te sporen om stageplaatsen ter beschikking te stellen. Daarbij heeft het 'Campagneteam Doktersassistent' goede resultaten weten te boeken.

Het Kabinet Rutte trad aan in november 2010. **Minister Schippers** heeft op kordate wijze haar taak op zich genomen, hetgeen resulteerde in een **beleidsbrief** aan de Kamer in februari 2011. Daarin ontvouwde zij een aantal kernpunten van haar beleid. De beweging die gemaakt dient te worden, is die naar meer **zorg in de buurt**, het belonen naar prestatie, het bevorderen van innovatie door ondermeer het bevorderen van toetreding van nieuwe aanbieders op de markt, het stimuleren van substitutie vanuit de tweede lijn, taakherschikking en een aantal andere thema's. Vanaf het begin was duidelijk dat de LHV en de minister op een aantal punten op één lijn zitten, met name daar waar het zorg in de buurt betreft. Maar de contouren van de nodige wrijving in de rest van het jaar werden met de publicatie van de brief ook duidelijk. De centrale positie van de huisarts in de eerstelijns was voor de minister geen vanzelfsprekendheid en haar focus op taakherschikking lijkt te veronachtzamen dat een goede integrale, holistische behandeling van de patiënt zich niet verhoudt tot het uitponden van taken die klassiek bij de huisarts horen naar anderen.

Ook werd in de eerste maanden van het jaar duidelijk dat de teneur van het beleid er een was van het glas dat half leeg is. Accenten werden niet zozeer gelegd op wat goed is om dat vervolgens verder te verbeteren, maar eerder op wat niet goed is. Bedoeld of onbedoeld heeft de minister een sfeer geschapen die weinig te maken had met positief bekrachtigen. Later in het jaar heeft deze koude start van haar ambtstermijn flink opgebroken in haar relatie tot de beroepsgroep.

Hoewel de donkere wolken zich samenpakten, heeft de positieve dynamiek binnen de beroepsgroep stand gehouden. Dat vertaalde zich ondermeer in de oprichting van steeds meer **Wagro's**, clusters van waarnemers die zich organiseren onder de paraplu van een kring. Steeds meer huisartsen kiezen ervoor om gedurende een aantal jaren als waarnemer te werken. Aan het begin van de loopbaan om zich te kunnen oriënteren op een vaste plek of omdat er nog even geen geschikte praktijk beschikbaar is. Of juist aan het einde van de beroepsuitoefening, in het zicht van de pensionering, om nog een aantal jaren wel als huisarts te blijven werken, maar dan zonder de beslommeringen van een eigen praktijk. Daar waar de gevestigde huisartsen en huisartsen in loondienst aansluiting hadden met hun Hagro, was er nog geen vaste stek voor waarnemers met een wisselende werkkring. De formule van de Wagro blijkt sterk in de behoefte te voorzien om elkaar te treffen. Dat verklaart de vliegende start.

Vanaf de oprichting is het buiten kijf dat de LHV de vereniging is voor de huisarts als persoon. Of hij/zij nu een eigen praktijk heeft, in loondienst werkt, waarnemer is, de opleiding volgt of terug kijkt op de beroepsuitoefening. Maar wat te doen met de **zorggroepen** die weliswaar het initiatief zijn van huisartsen, maar tegelijkertijd organisaties en geen mensen van vlees en bloed? Samen met het NHG heeft de LHV in een eerder stadium de **Adviesgroep Ketenzorg** opgericht ten behoeve van de organisaties, daar waar de LHV natuurlijk ten volle het individuele belang het de positie van de huisartsenzorg blijft verdedigen. De Adviesgroep heeft zich gedurende 2011 verder ontwikkeld en waardevolle producten en diensten ontwikkeld.

De jeugd heeft de toekomst, en dat geldt zeker ook voor de jonge huisarts. Met behoud van de kernwaarden en vanuit een stabiele professionele basis, ontwikkelt het vak zich in rap tempo. Het is daarom extra mooi te signaleren hoe krachtig en voortvarend de jonge huisartsen die waarnemen of in loondienst zijn, zich ook in verenigingsverband ontplooiën. Binnen de LHV kennen we de afdeling **WADI**, waarvan in januari een nieuw bestuur is aangetreden. Als speerpunten voor haar bestuurstermijn formuleerde zij de vorming van de eerder genoemde Wagro's en een te ontwikkelen standpunt over praktijkopvolging, dat later in het jaar is verschenen.

De jonge huisarts kan niet alleen onder de sub-paraplu van de WADI terecht binnen de LHV, ook op andere wijzen manifesteert de vereniging zich steeds explicieter als gemene deler voor dit deel van de achterban. De formule van de **Startende Huisarts** is onderdeel gemaakt van de LHV en de activiteiten die daar vanuit zijn ontplooit, zoals de Startersdag, waren ook dit jaar een groot succes.

Vanaf 2010 is de **variabilisering van het inschrijftarief** onderdeel van het financieringssysteem. Over dat jaar is het daarvoor macro beschikbare bedrag zonder toetsing aan de beroepsgroep uitgekeerd. Maar 2011 was het uur van de waarheid, omdat voor dat jaar bepaald diende te worden op welke kwaliteitsvariabele er getoetst moest worden om het mogelijk te maken om het macro beschikbare bedrag uit te smeren over de huisartsen die aan het criterium voldoen. Hoewel het Uur U al van verre zichtbaar was, bleek dit makkelijker gezegd dan gedaan. In de loop van 2011 was de LHV nog steeds met de verzekeraars in overleg over de invulling. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in de variabele 'binnen de normtijd opnemen van de **spoedlijn**', waarover later meer.

De jarenlange discussie over het Elektronisch Patiënten Dossier (**EPD**) kende in 2011 zijn climax. Daar waar de Tweede Kamer nog in meerderheid vóór invoering was van de wet die bepaalde aan welke verplichtingen de zorgverleners in het kader van het EPD moesten voldoen, waren de kaarten in de Eerste Kamer nog niet geschud.

De LHV heeft zich immer op het standpunt gesteld dat de zorg gebaat is bij het

beschikbaar hebben van een robuuste en veilige infrastructuur om digitaal gegevens uit te wisselen, waarbij de dagelijkse regionale zorgverlening centraal staat. Dat is iets anders dan een loodzware wet daaromheen die slechts ballast met zich meebrengt.

De Eerste Kamer bleek daar in de loop van het jaar precies zo over te denken. De volstrekt unieke situatie deed zich voor dat het wetsontwerp door haar - unaniem - werd weggestemd. Oppositie en regeringspartijen waren het er in de *Chambre de réflexion* volledig over eens dat de wet een waterhoofd was. Met een eindstand van honderd tegen nul is het jarenlange proces van wetgeving plots zonder eindresultaat ten einde gekomen.

Maar toen kwam de vraag aan de orde hoe het kind van het badwater gescheiden kon worden. Want hoewel de vermaledijde wetgeving gelukkig vermeden was, had de ontwikkeling van de techniek toch ook veel goeds gebracht in de vorm van het **Landelijk Schakel Punt (LSP)**. De robuuste ICT waar de zorgverleners wel degelijk behoefte aan hebben, diende te worden gered uit de boedel van het EPD. Na de nodige hobbels is dat uiteindelijk gelukt. De minister is ermee akkoord gegaan dat de zorgverleners de techniek gaan gebruiken, waarbij het LSP los van de overheid in een aparte entiteit is ondergebracht.

Eind goed, al goed. De zorg in Nederland heeft met het LSP gekregen wat nut heeft, zonder dat daaraan een loodzware wetgeving is opgehangen.

Eind maart vond het **congres** plaats van de **Apotheekhoudende Afdeling** van de LHV. Wie niet te maken heeft met de apothekhoudende praktijken, zou kunnen vergeten dat die onverminderd een belangrijke rol spelen in de dunbevolkte gebieden. Dat is onderstreept tijdens het congres in Figi in Zeist.

In dezelfde maand werd de spanning in den lande opgevoerd door de aankondiging van de minister dat zij forse **overschrijdingen** van haar **begroting** noteerde. Een dergelijk schot voor de boeg wordt niet voor niets gelost, hetgeen pregnant duidelijk werd in de maanden daarna.

Vervlochten met de discussie over maatregelen om de zorgkosten te beheersen, popte in Den Haag opnieuw het idee op om de huisarts onder het **eigen risico** te brengen. Na enig gesoebat oordeelden de regeringspartijen dat dit geen goede oplossing is en verdween deze ontwikkeling gelukkig weer uit zicht.

Eind jaren vijftig werd tijdens de Woutschotenconferentie vastgesteld wat kenmerkend is voor huisartsenzorg. De kernwaarden van toen houden tot op de dag van vandaag stand, maar de vorm waarin het vak wordt uitgeoefend ontwikkelen zich mee met de ontwikkelingen van de medische stand en de maatschappij. Dat verklaart dat de beroepsgroep met enige regelmaat stil staat bij het vak en haar context. Voor het laatst in 2002 resulteerde dat in een Toekomstvisie. Het NHG en de LHV hebben geoordeeld dat het tijd is voor een actualisering daarvan. Om die tot stand te brengen, is het project **Toekomstvisie 2022** in de stijgers gezet. Beide verenigingen trekken gedurende 2011 en 2012 op om te komen met een update, waarbij de achterban nadrukkelijk wordt betrokken. In mei werd hiervoor een aparte website geopend.

Zoals eerder door haar aangekondigd, is de **IGZ** de **telefonische bereikbaarheid** van de huisartsen gaan meten. Centraal stond de spoedlijn die binnen dertig seconden opgenomen moet worden. Zoals al een beetje gevreesd, kwam de inspectie in mei met haar resultaten die teleurstellend waren. Hoewel er veel aan de bereikbaarheid was verbeterd ten opzichte van de eerder meting in 2008, bleken nog te veel praktijken niet binnen de gestelde tijd voor spoed bereikbaar.

De LHV was het vanuit patiëntbelang dan ook geheel met de IGZ eens dat hier verbetering in gebracht diende te worden. Zij heeft daarom met steun en hulpmiddelen de huisartsen bijgestaan waarvan bekend was dat zij beneden de norm hadden gepresteerd. Ondertussen voerde de inspectie de druk flink op door

te bepalen dat praktijken die in gebreke zouden blijven, flink zouden worden beboet. De herkansing die geboden is, is niet zonder resultaat gebleven. Een prachtig resultaat zelfs, want de inspectie kwam na alle verbeterlagen tot de conclusie dat de huisartsenpraktijken uiteindelijk allen binnen de norm presteerden. Een ongelooflijk resultaat waar de beroepsgroep trots op mag zijn.

Begin juni werd officieel gemaakt wat de weken daarvoor al in het geruchtencircuit te horen was. De minister kondigde een enorme **bezuiniging** van maar liefst **132 miljoen euro op de huisartsenzorg** aan. De reactie was er een van onbegrip en verbijstering. Want was het niet zo dat de laatste jaren juist was ingezet op de eerstelijns, dat daarin geïnvesteerd moest worden? Hoe verhoudt een dergelijke bezuiniging zich daartoe? Natuurlijk was het gezien de economische omstandigheden niet onlogisch dat ook een beroep op de huisartsen gedaan zou worden om de kosten van de zorg te beheersen, maar dat die zo draconisch zou uitvallen had toch niemand van tevoren ingeschat.

Deze maatregel heeft de gemoederen verder het gehele jaar bezig gehouden. Want behalve dat er structureel minder voor de huisartsenzorg beschikbaar kwam, werd die in de kern getroffen. De reguliere basiszorg heeft de afgelopen jaren nauwelijks een financiële groei doorgemaakt, althans niet sterker dan vanuit demografisch oogpunt te verwachten was. Het succes van de huisarts manifesteerde zich juist op het vlak van substitutie. Door de overheveling van taken vanuit het ziekenhuis, ondermeer door de ontwikkeling van zorggroepen, zijn de omzetten gestegen. Precies zoals de overheid dat van de huisarts had gevraagd. Maar aangezien de tarieven voor ketenzorg, praktijkondersteuning en M&I's vrij onderhandelbaar zijn, heeft de minister daarop geen grip. Dat verklaart dat zij het inschrijftarief en de vergoeding voor consulten naar beneden bijstelde. Zodoende blijkt dat substitutie via het financieringssysteem de basiszorg uitholt.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de beroepsgroep dubbel bezorgd was. Niet alleen de omzet van de onderneming is door de minister onder druk gezet, maar het vak van huisarts werd in zijn kern geraakt door die uitholling. De huisartsenzorg kalfde af!

Na de eerste schrik kwam het verzet tegen de voorgenomen bezuiniging spoedig op gang. Ook in Den Haag, want al spoedig lieten de oppositiepartijen weten het beleid van de minister scherp af te keuren.

Parallel daaraan is de bezorgdheid en boosheid in de eigen achterban aangezwollen. De klap kwam zo hard aan, dat het duidelijk was dat een 'regulier' verzet tegen de korting onvoldoende zou zijn. Er moest méér gebeuren, hetgeen is geresulteerd in de **Landelijke Manifestatie in de RAI** op 6 oktober. Met een ongekende krachtsinspanning – niet in de laatste plaats met initiatief en steun vanuit de Kringen – is een van de meest gedenkwaardige momenten in het bestaan van de LHV gerealiseerd. In de RAI verzamelde zich maar liefst 8.000 huisartsen en praktijkondersteuners om daar getuige te zijn van een indrukwekkend en vooral ook waardig programma dat mede werd gedragen door de VHN, het NHG, de LOVAH, de V&VN, de VPH, de LVG en de NVvPO. Voor onszelf en voor de buitenwereld werd duidelijk dat hier niet sprake was van een protest zoals we dat zo vaak via de media zien, maar van een bijeenkomst van oprecht bezorgde beroepsbeoefenaren die stonden voor hun vak en het belang van de patiënt!

Na de presentaties van vertegenwoordigers van het NHG, de universiteiten, patiënten, huisartsen in opleiding en de achterban, deed onze voorzitter Steven van Eijck nogmaals een dringend appel op de politiek om de bezuiniging af te wenden. Want dat de beroepsgroep de witte vlag zou hijsen, dat was evident niet zo. Er was in aanloop naar de Begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer immers nog een kans om de regering te laten bijsturen.

Na de manifestatie, maar nog voor de begrotingsbehandeling, maakte het CVZ

bekend dat de aanvankelijke raming van de 'overschrijding' van het budgettair kader huisartsenzorg wat lager uitviel dan aanvankelijk gedacht. De oorspronkelijke bezuiniging van 132 miljoen werd daarom begin november door de minister neerwaarts bijgesteld naar 112 miljoen euro.

Ook na oktober heeft de LHV zich onverminderd sterk gemaakt voor de huisartsenzorg en het belang van de patiënt. Niet door te 'scanderen', maar juist door de inbreng van solide argumentatie waar inhoudelijk geen speld tussen te krijgen is. Zo werd er niet alleen ingespeeld op het principe van het in stand houden van een sterke eerstelijns, maar ook op de ratio, met als doel het denken in Den Haag om te krijgen.

Het heeft niet zo mogen zijn. In een situatie van grote economische problemen, bleken de regeringspartijen op een vrijwel dogmatische wijze de gelederen gesloten te houden. De bezuiniging op de huisartsen was eerder dat jaar overeengekomen en vanaf dan was er sprake van onwrikbaar beleid. De oppositiepartijen hebben alles uit de kast getrokken – inclusief de indiening van moties - om de besluitvorming te beïnvloeden, maar het heeft niet mogen baten. In november werd de maatregel bekrachtigd en stuurde de minister een aanwijzing naar de NZa.

Begin december bleek het bedrag van de bezuiniging andermaal te worden bijgesteld, dit keer van 112 miljoen naar 98 miljoen euro. Tijdens de viering van het 65-jarig bestaan van de LHV liet dit voorkomen als een handreiking, maar naar later bleek was de verlaging gebaseerd op een boekhoudkundige verfijning.

Normaal gesproken is daarmee in de Tweede Kamer na de begrotingsbehandeling de kous af. Maar in dit geval bleek dat de oppositiepartijen zich nog niet gewonnen gaven. De bijzondere situatie heeft zich voorgedaan dat op 22 december een extra Algemeen Overleg plaatsvond over de huisartsenzorg, waarin andermaal het felle verzet tegen het beleid van de minister werd verwoord. De LHV onderhoudt gedurende het jaar doorlopend intensief contact met de politiek en het heeft daarom goed gedaan dat onze boodschap wel degelijk in vruchtbare bodem is gevallen, behalve bij de regeringspartijen die zich krampachtig vast bleven houden. De winst die van het debat in december genoteerd mag worden, is dat de minister zich in 2012 wel twee keer moet bedenken om opnieuw een fout te maken zoals het jaar daarvoor. Hoewel ook na het Algemeen overleg bleek dat de bezuiniging toch echt definitief was – afgezien van een gang naar de rechter die de LHV later maakte – is de winst van de Manifestatie in de RAI en alle lobby-activiteiten dat de minister op de krachtigst mogelijke wijze is gewaarschuwd, ook door de Kamer!

Via de bezuinigingen zijn we hierboven aangeland in de laatste week van december, maar laten we twee maanden in de tijd teruggaan naar eind oktober. Tussen de bedrijven door kon toen een heuglijk moment genoteerd worden, namelijk dat van de introductie van **HAweb**, het digitale discussieplatform van het NHG en de LHV.

Door de komst van internet ontstaan er voor de verenigingen geheel nieuwe perspectieven. Was het vroeger zo dat de vereniging centraal kennis accumuleerde en vervolgens beschikbaar stelde aan de leden, met de moderne techniek kan de kennis en intelligentie van alle huisartsen worden ingezet ten behoeve van de vooruitgang. Niet langer is de vereniging en centrum in Utrecht die stervormig contacten onderhoudt met de individuele leden, maar is er sprake van een spinnenweb waarin de onderlinge dynamiek van de leden wordt geactiveerd met de vereniging als degene die faciliteert. En daarvoor is HAweb ontwikkeld, de website waarin huisartsen met elkaar kunnen discussiëren, er bestanden kunnen worden uitgewisseld, enzovoort. Daar bovenop kan de huisarts beschikken over een eigen *dash board*, waarop alle sites die hij voor de uitoefening van zijn vak nodig heeft te vinden zijn.

De start van HAweb was er een waar we amper van hadden durven dromen. De huisartsen bleken massaal de toegevoegde waarde van digitale gemeenschappen te herkennen. Binnen enkele weken waren er al duizenden collega's aangesloten. Met NHG- en LHV-ondersteuning vanuit Utrecht – de LHV-Academie gaat door het land om cursussen te geven voor het gebruik – is de verwachting dat we de dynamiek van de achterban duurzaam een nieuwe impuls hebben gegeven. Omdat de maximumtarieven die de NZa vaststelt door haar onderbouwd moeten worden, verricht zij periodiek kostenonderzoeken in de verschillende beroepsgroepen. Op de kalender van 2012 staat die ook genoteerd. Maar vanwege de bezuiniging op de huisartsenzorg, heeft dit **kostenonderzoek** een extra betekenis. De minister namelijk, legitimeerde de korting door te stellen dat de huisartsen zeer veel meer verdienen dan het norminkomen. Zij maakte van een financieringsvraagstuk dus een inkomensvraagstuk, al moet gezegd worden dat zij waarschijnlijk ook zelf wel aanvoelde dat dit niet handig was, want het thema verdween in de loop van de maanden wat meer op de achtergrond. Mogelijk om daar te blijven, mogelijk om opnieuw op te doemen als het onderzoek feitelijk heeft plaatsgevonden, waarvoor de minister in het najaar opdracht aan de NZa gaf. Daarnaast verzocht zij de NZa om een zogenaamde **uitvoeringstoets** te doen. Daarbij wordt het reilen en zeilen van de huisartsenzorg gezien, door de bril van de marktmeester. De minister beging de vergissing door in de brief waarin zij vraagt om een uitvoeringstoets te zeer haar ongenoegen te ventileren over de huidige gang van zaken. Hiervoor kwam ook al aan de orde dat de glazen in haar ogen half leeg zijn en dat zij die eens door flinke, krachtige Haagse maatregelen zal bijvullen. Dat is jammer, want daarmee is een verkeerde toon gezet, waardoor de gemeenschappelijkheid van de ambitie uit beeld raakt. Ook wij willen samenwerking, service, innovatie, substitutie enzovoort bevorderen. Maar dan wel vanuit een positie waarin wij het respect en de waardering voor onze inspanningen ervaren en niet een bestraffende blik in de nek voelen. In de eerste helft van 2012 zal de NZa haar bevindingen en aanbevelingen aan de minister rapporteren. In 2011 bestond de **LHV 65 jaar**. Dit werd op 2 december gevierd met een indrukwekkend congres in de Ridderzaal in Den Haag onder het gesternte van de spanningen rondom de bezuiniging. Desondanks was het congres een van de hoogtepunten van het jaar.]

Genodigden vanuit de organisaties in de zorg waarmee de LHV samenwerkt, konden luisteren naar de speech van de minister van VWS. Vanuit de Verenigde Staten was Richard Roberts, president van de Wonca, overgekomen om een gloedvol betoog te houden over de waarde van huisartsenzorg in het bestel. Vanuit diverse andere hoeken werd de inhoud van het programma gecompleteerd door de inbreng van vooraanstaande economen en hoogleraren.

Tijdens het congres overhandigde voorzitter Steven van Eijck aan HKH Prinses Laurentien een speciale toolkit voor de huisartsenpraktijk, gericht op de omgang met **laaggeletterden**. Er zijn maar liefst anderhalf miljoen mensen in Nederland die niet afdoende kunnen lezen en schrijven. In de spreekkamer kan dat ten koste gaan van het medisch proces, hetgeen aanleiding is dat probleem met de handleiding te verkleinen.

Voor **oud-bestuursleden** van de LHV was een buitengewoon geslaagd programma gemaakt, bestaande uit een korte bijeenkomst met presentaties, met aansluitend een diner. Alle leden van de LHV ontvingen het **boek 'Onderhuids'** waarin een terugblik op de vereniging werd geworpen en portretten zijn opgenomen van huisartsen. Ook vond de première plaats van de **korte documentaire** film over de huisartsenzorg, waarin dat werd geïllustreerd met de getuigenissen van enkele huisartsen en hun patiënten.

Het jaar 2011 was er een dat we niet snel zullen vergeten. De bovenstaande gebeurtenissen zijn slechts een greep uit de vele die zijn gepasseerd. Na jaren van opbouw van het vak, zijn er flinke bewolking komen bovendrijven die druk zet op de praktijk. Dat heeft ook mentaal veel van de beroepsgroep gevegd. Maar de tegenslag wil niet betekenen dat we het hoofd hoeven laten hangen. Integendeel, het vak van huisarts is daarvoor veel te mooi, de rol van de huisarts te belangrijk en het vertrouwen dat de patiënten in ons hebben veel te groot. De uitdaging is om 2012 in te gaan met vertrouwen in onszelf en een uiteindelijk goede afloop. Daarvoor hebben we elkaar nodig, zoals het afgelopen jaar is gebleken. En een heel sterke vereniging waarin wij onze krachten bundelen en waarmee we ons strategisch goed blijven positioneren. De LHV is die vereniging die pal voor haar leden staat en zal blijven staan!

11. Landelijke vereniging Artsen in Dienstverband

De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband is de werknemersorganisatie binnen de federatie KNMG. De LAD behartigt de sociaal-economische belangen van (a.s.) artsen in dienstverband en is representatief voor deze beroepsgroep.

Wisseling van de wacht

Op 1 februari 2011 treedt drs. Caroline van den Brekel aan als nieuwe directeur van de LAD. Zij volgt mr. A.W.J.M. (Alex) van Bolderen op die, na een dienstverband van bijna 30 jaar en sinds 1989 als directeur, vervroegd uittreedt. Met het symposium 'Op het snijvlak van arbeidsvoorwaarden en gezondheidszorg' op 20 april neemt de vertrekkende functionaris afscheid van en maakt de nieuwe directeur kennis met de relaties van de LAD. Ook in de bundel "De Kunst van het Onderhandelen" geven beiden aan waar zij voor stonden, en staan.

Een bijzondere eer valt Alex van Bolderen ten deel als LAD-voorzitter dr. Gert van Enk hem vraagt, op de plaats van de voorzitterscolumn in Medisch Contact, een persoonlijke afscheidscolumn te schrijven. Op 6 mei verschijnt: 'Terugblikken, maar verwonderd?' Later in het jaar, in oktober, bekrachtigt de Ledenvergadering bij acclamatie de voordracht van het centraal bestuur - de oud-directeur is vanaf dat moment erelid der LAD.

Arbeidsvoorwaarden(beleid)

Goede arbeidsvoorwaarden zorgen voor tevreden medewerkers en een positieve werksfeer in de organisatie. Dat is waar de LAD zich sinds jaar en dag sterk voor maakt. De vertaling in het Arbeidsvoorwaardenbeleid LAD 2011 sluit aan bij het besef dat de algemene kostenbeheersing en bezuinigingen niet aan de zorgsector voorbij zullen gaan. Heel duidelijk komt dat naar voren in de geestelijke gezondheidszorg, waar werkgevers met plannen komen om een totaalpakket van 600 miljoen euro aan bezuinigingen af te wentelen op werknemers. LAD en collega-werknemersorganisaties verzetten zich uiteraard fel en, weliswaar na ruim een halfjaar, komt er toch een cao tot stand (in andere sectoren ligt het overlegtempo eveneens aanzienlijker lager dan gewoonlijk).

Ook voor de meeste andere cao's waarover de LAD met werkgevers onderhandelt, is het in 2011 dus tijd voor nieuwe onderhandelingen. Ondanks de financieel-economische situatie wordt de cao-inzet, twee procent salarisverhoging, nog dikwijls gerealiseerd. Steeds meer legt de LAD nadruk op het belang van scholing en opleiding voor de individuele ontwikkeling van de beroepsbeoefenaar - en daarmee ook voor continue verbetering van de kwaliteit van zorgverlening. Op deze budgetten mag dan ook niet worden beknipt.

Het belang van levensfasebewust-personeelsbeleid wordt alleen maar groter nu steeds waarschijnlijker wordt dat de pensioengerechtigde leeftijd zal worden verhoogd naar 66, en mogelijk naar 67 jaar.

Werktijden aios

Op 1 augustus 2011 treedt het gewijzigde Arbeidstijdenbesluit voor de artsen in opleiding tot medisch specialist in werking. Als belangenbehartiger voor aios legt de LAD accent op informatie en advies over en toezicht op naleving van de wet- en regelgeving. Op cao-niveau wordt overlegd over de correcte toepassing; helaas blijken werkgevers nogal eens de hand te lichten met de juiste roostering voor deze artsen. Dit blijkt ook uit de contacten tijdens het Extra Aios-Spreekuur dat de LAD in de zomer van 2011 lanceert.

Dat ook het nieuwe Arbeidstijdenbesluit niet geldt voor de medisch specialisten, blijft de LAD overigens een doorn in het oog.

'De AMS' (Vernieuwingsagenda)

Een relatief groot deel van de LAD-achterban bestaat uit medisch specialisten. Voor de collega's in de algemene ziekenhuizen wordt in 2011 'de AMS' weer actueel, de Arbeidsvoorwaardenregeling voor Medisch Specialisten in dienstverband.

Aanvankelijk ziet dat er niet goed uit. De werkgevers willen de salarisstijging volgens de Cao Ziekenhuizen niet op de sinds jaar en dag gebruikelijke manier toepassen. De LAD verzet zich hiertegen, tekent formeel bezwaar aan - en uiteindelijk vindt uitbetaling plaats.

Samen met de Orde van Medisch Specialisten kunnen vervolgens de voorbereidingen worden gestart voor de zogeheten AMS-Vernieuwingsagenda. Om dat te kunnen realiseren, worden de contacten met de achterban in deze sector geïntensiveerd. Onderdeel is een rondgang langs de algemene ziekenhuizen om de medisch specialisten te raadplegen over de pro's en contra's van de huidige regeling, en om input te vragen voor een toekomst-bestendige nieuwe AMS. Deze zullen in het eerste kwartaal van 2012 plaatsvinden, waarna het overleg met de NVZ vereniging van ziekenhuizen kan beginnen. De gezamenlijke website *amsvernieuwing.nl* wordt in december 2011 gelanceerd.

ArboUnie: een dieptepunt

Ultimo 2011 voltrekt zich het onvermijdelijke. Het Sociaal Plan Arbo Unie 2012 komt tot stand. Gevolg: afslanking van het personeelsbestand. Ook de artsen worden getroffen - en dat komt hard aan. Een bewijs van de preciaire situatie van de (bedrijfs-)gezondheidszorg en somber zicht op de komende jaren?

De juristen van LAD's Team Individuele Rechtshulp staan de leden-bedrijfsartsen bij die ontslag krijgen aangezegd. Veelal kunnen gronden worden aangevoerd om daartegen formeel bezwaar aan te tekenen.

Strategische agenda LAD

Voor het eerst in haar bestaan brengt de artsen-werknemersorganisatie een strategische agenda tot stand.

Deze spitst zich toe op vier hoofdthema's: Arbeidsomstandigheden, Arbeidsmarkt, Arbeidsvoorwaarden en 'LAD in beeld.' De strategische agenda van de LAD is een dynamische richtlijn voor de langere termijn, die nader ingevuld en waar nodig bijgesteld kan worden. Hieraan voorafgaand wordt aan het begin van het verslagjaar het Beleidsplan LAD 2011-2015 gepubliceerd.

Dit wordt ook benut voor het federatieve public-affairs-overleg dat op initiatief van

de KNMG in het leven wordt geroepen. Doel hiervan is de lobby richting politiek Den Haag en stakeholders beter in te richten.

Samenwerking

Een professionele organisatie kan z'n doelen niet bereiken zonder relatienetwerken en samenwerkingsverbanden. Ook in 2011 is de LAD dan ook (pro-)actief op dit vlak. Binnen de federatie KNMG, in wisselwerking met de collega-beroepsverenigingen. Zoals met de OMS, waar het gaat om concrete belangenbehartiging, maar ook om eventuele toekomstige samenwerking. Met de LHV bestaat onder meer ook op cao-niveau veel wisselwerking, waarbij zij namens de huisarts-praktijkhouders optreden. Ten behoeve van verbetering van de positie en het profiel van bedrijfsartsen wordt contact gezocht met de NVAB om na te gaan in hoeverre daarvoor gezamenlijk kan worden opgetrokken.

KNMG en federatiepartners, maar ook de LVAG (Landelijke vereniging voor medisch specialisten in opleiding) worden uitgenodigd om de 'Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist werkzaam in ziekenhuizen', een initiatief van de LAD uit 1998, aan te passen aan de veranderde wet- en regelgeving.

De FBZ, Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg en daaraan gerelateerd onderwijs en onderzoek, blijkt ook in 2011 een uitstekend platform te zijn om met andere professionals beroepsinhoud en rechtspositie met elkaar te verbinden.

En, last but not least - met samenwerkingspartner VvAA worden de bestaande contacten voortgezet en blijken steeds meer LAD-leden te kiezen voor de extra lidmaatschapsvoordelen die hieraan zijn verbonden. Een aansprekend voorbeeld is de LAD/VvAA-PakketPolis. In oktober 2011 wordt voor het eerst een gezamenlijke infodag voor de aios huisartsgeneeskunde georganiseerd.

Ledenontwikkeling

Tegen het einde van 2011 stabiliseert het ledental van de LAD zich in vergelijking met een jaar eerder. Na decennialange, gestage groei is dit een danig nieuwe ervaring. Afgesproken wordt om in 2012 de werving en vooral ook de binding van leden stevig aan te pakken. 'Onderweg naar 13.000 & steeds meer leden' is immers meer dan een slogan?!

<p>Wilt u meer weten over de doelen, activiteiten en resultaten van de LAD in 2011, en verder? Dat wordt 24/7 uit de doeken gedaan op artsennet.nl/lad en gedurende het jaar ook wekelijks in FederatieNieuws in Medisch Contact.</p>

12. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Het volledig jaarverslag van de NVAB is vanaf medio april 2012 beschikbaar via www.nvab-online.nl. In deze beknopte versie zullen een viertal belangrijke ontwikkelingen worden beschreven.

Astri-onderzoek naar positie bedrijfsarts

De belangrijkste beleidsmatige ontwikkeling in 2011 was de publicatie van het Astri rapport, in opdracht van de ministeries van SZW en VWS, naar de positie van de bedrijfsarts in Nederland. De NVAB heeft in de klankbordgroep geparticipeerd en onmiddellijk na het verschijnen van het onderzoek een uitgebreide beleidsreactie aan Staatssecretaris de Krom gestuurd. Deze heeft laten weten de evaluatie van de Arboret, (medio 2012) af te willen wachten voordat vanuit de overheid een definitief standpunt komt over de toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg. Wel gaf de staatssecretaris aan dat hij van stakeholders in het veld, waaronder de NVAB, initiatieven verwacht die leiden tot verbetering van gesignaleerde knelpunten. Uit het onderzoek kwamen een groot aantal knelpunten naar voren ten aanzien van de positionering en toegankelijkheid van bedrijfsartsen.

De NVAB ziet de uitkomsten van het Astri onderzoek als een kans om de sector weer op de agenda te krijgen van de politiek. Er is daarom veel tijd geïnvesteerd in beleidsreacties, contacten met stakeholders en ministeries en participatie aan bijeenkomsten waarin de resultaten werden besproken. De NVAB heeft de volgende boodschappen aan de politiek gestuurd naar aanleiding van het Astri rapport en de brief van Staatssecretaris De Krom:

- *De inzet van bedrijfsartsen voor werknemers in het MKB kan gestalte krijgen via branchefondsen. Voor de voeding van de fondsen zijn primair de werkgevers verantwoordelijk, maar naar de mening van de NVAB zijn zowel zorgverzekeraars als inkomensverzekeraars partijen met een aanmerkelijk belang. Werknemers hebben maar één gezondheid, die van belang is voor hun werk maar niet minder voor hun maatschappelijke participatie als burger, opvoeder, vrijwilliger, mantelzorger etc.*
- *De NVAB onderschrijft de mening van de staatssecretaris dat de bedrijfsarts een sleutelrol kan spelen met betrekking tot preventie. Vaak worden echter minimale contracten afgesloten waarin de focus ligt op de rol van de bedrijfsarts bij verzuimbegeleiding. De preventieve mogelijkheden worden daarmee zeer beperkt. Grote bedrijven zien gelukkig wel al het belang daarvan, maar hoe kleiner de werkgever hoe minder daarin geïnvesteerd wordt. Deze verschraving moet worden tegengegaan, bijvoorbeeld door het stellen van minimumeisen ten aanzien van de ruimte die in contracten moet worden opgenomen voor het uitvoeren van preventieve activiteiten.*
- *De staatssecretaris noemt in zijn brief de problematiek van de achterblijvende instroom van bedrijfsartsen-in-opleiding als aandachtspunt. De NVAB is al geruime tijd bezig hier aandacht voor te vragen bij de Ministeries van VWS en SZW. Het opleidingsfonds voor medische beroepsopleidingen is niet toegankelijk voor o.a. bedrijfsartsen. Afgesproken is dat het initiatief voor een*

vervolggesprek ligt bij het ministerie van VWS. Wij zullen dit overleg graag voortzetten en pleiten voor een oplossing in lijn met de opleiding tot andere specialismen.

- *De NVAB is van mening dat arbeidsgeneeskundige zorg voor alle werkenden van groot belang is voor de duurzame inzetbaarheid van de BV Nederland. Echter, een dergelijk goed functionerend systeem van arbeids- en bedrijfsgeneeskundige zorg kan niet alleen gerealiseerd worden middels profilering door de beroepsgroep. Daartoe zijn ook politieke en beleidsmaatregelen nodig.*

E-learning

In juni 2011 heeft in opdracht van het NVAB-bestuur via het NVAB-Ledenpanel een ledenraadpleging plaatsgevonden. Het bestuur wilde de mening peilen over het gebruik van E-learning t.b.v. de implementatie van richtlijnen. Aan 100 leden van het vaste ledenpanel werd een korte digitale enquête over e-learning voorgelegd. De enquête is ingevuld door 47 leden; hiermee is een respons van 47% gerealiseerd. De volgende conclusies op basis van deze ledenraadpleging werden getrokken:

- Bijna 100% van de respondenten vindt e-learning een goede manier om de richtlijnen onder de aandacht te brengen en zou van dit aanbod gebruik willen maken.
- Een meerderheid is ook bereid om voor een dergelijke vorm van online bijscholing te betalen. De prijs die men bereid is betalen (tot € 50,=) ligt iets lager dan de prijs voor een face-to-face nascholing; een eerdere inventarisatie heeft aangetoond dat voor één uur nascholing c.q. één accreditatiepunt een prijs rond de € 60,= wordt gevraagd.
- Een kleine meerderheid van de respondenten heeft ook al ervaring met het volgen van e-learning modules van andere aanbieders.
- De voordelen van het volgen van online bij- en nascholing zitten vooral in de efficiency van het middel (je kunt zelf het tijdstip bepalen en bespaart reistijd); als nadelen zien de respondenten vooral het gebrek aan interactie met andere deelnemers en docenten.

Het bestuur van NVAB heeft de implementatie van richtlijnen op basis hiervan een impuls willen geven door hiervoor ook E-learning in te zetten. Samenwerking tussen het Kwaliteitsbureau NVAB, vertegenwoordigers van het bestuur en Quadia web-tv heeft geleid tot het ontwikkelen van de eerste E-learning module: 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Ischemische Hartziekten'. Vanaf begin 2012 is deze module via NVAB-TV voor alle bedrijfsartsen toegankelijk.

De NVAB-leerstoel

De NVAB acht het in het belang van werkend Nederland dat wordt geïnvesteerd in een betere wetenschappelijke onderbouwing van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Duidelijk is dat de onderbouwing van het handelen van de bedrijfsarts en de effectiviteit ervan nog maar op weinig universiteiten onderzocht wordt. Het aantal van vier hoogleraren arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de beperkte onderzoekscapaciteit bij de Nederlandse universiteiten staan in schril contrast met de omvang van de beroepsgroep - ruim 2000 bedrijfsartsen- en het maatschappelijk belang van een gezonde beroepsbevolking. Om het vakgebied te brengen en te houden binnen de kwaliteitsnormen die gelden in het veld van 'evidence-based medicine' moet er worden geïnvesteerd in onderzoek, ontwikkeling, opleiding en in verspreiding van kennis en vaardigheden. Daarom heeft de NVAB deze bijzondere leerstoel ingesteld.

De Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap (CROW) ondersteunde het bestuur bij de benoeming van een bedrijfsarts tot de eerste 'NVAB hoogleraar',

wat per 1 mei 2011 ook gerealiseerd is met de benoeming van dr. Carel Hulshof tot bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Tijdens de BG-dagen werd de benoeming van Carel Hulshof als eerste NVAB-hoogleraar bekend gemaakt.

Carel Hulshof is sinds 1983 parttime werkzaam bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, sinds 2005 als universitair hoofddocent. Als bijzonder hoogleraar is Carel Hulshof begonnen met de versterking van de wetenschappelijke basis van de beroepsuitoefening van bedrijfsartsen en met het verkleinen van de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk van de bedrijfsarts. Uitgangspunt hiervoor is onderzoek naar de effectiviteit van het handelen van de bedrijfsarts en mogelijke belemmeringen in het toepassen van richtlijnen door bedrijfsartsen. In de geneeskundeopleiding zal Hulshof de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde nadrukkelijk positioneren en arbeid en arbeidsomstandigheden accentueren als belangrijke determinanten van gezondheid. Ook aan de maatschappelijke profilering van de bedrijfsgeneeskunde zal Hulshof bijdragen.

4. ICT

De NVAB richt zich op de totstandkoming van een betere informatievoorziening rondom en voor de patiënt/cliënt/werknemer met behulp van ICT. Het uiteindelijke doel is het bereiken van een hogere doelmatigheid en kwaliteit van ICT in de bedrijfsgeneeskundige zorg.

De NVAB heeft in 2009 besloten een kwalificatie voor een BIS (verzamelnaam voor Arbo en Bedrijfsgeneeskundige informatie systemen) te ontwikkelen.

Dit is vergelijkbaar met de HIS-typekwalificatie voor huisartsen informatiesystemen en de ZIS-typekwalificatie voor informatiesystemen gebruikt in ziekenhuizen en zorginstellingen. Een BIS vormt een deel van een GBAZ en dient ontwikkeld te worden in samenhang met de nog te ontwikkelen eisen voor een GBAZ. In 2010 is een concept van de BIS-typekwalificatie aan stakeholders verstuurd ter becommentariëring en in 2011 is de BIS-typekwalificatie in concept afgerond. Het doel van BIS-typekwalificatie is om de applicatie-eisen die de NVAB stelt aan aangesloten systemen te borgen op een wijze die aansluit bij de commerciële uitnutting van software die ontwikkeld wordt door BIS-leveranciers. Bij het opstellen van de technische en functionele eisen voor een BIS-typekwalificatie is o.a. gebruik gemaakt van reeds bestaande KNMG-rapporten waaronder "Advies voor inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundige dossier", "Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en Re-integratie" en "Bedrijfsarts kan wettelijke taak niet vervullen".

13. Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)

Gezamenlijk werken aan kwaliteit.

- In samenwerking met UWV heeft de NVVG in 2011 haar doelstelling tenminste 100 casus verzamelen gehaald. Deze werden becommentarieerd en beschikbaar gemaakt voor de medische praktijk.
In 2010 is het project Mediprudentie gestart en de MENU commissie opgericht.
- Het bestuur is in contact gekomen met de beroepsverenigingen die veel raakvlakken vertonen met de verzekeringsgeneeskunde. Hierdoor zijn de contacten versterkt.
- Er is samen met o.a. de NVVA gewerkt aan het project Mensen met Mogelijkheden, op 30-03-2012 is er een congres over dit project.

De NVVG komt naar u toe!

In 2011 is er op 16 mei een regiobijeenkomst geweest. Deze werd georganiseerd in samenwerking met ministerie van SZW.

Er werd een start gemaakt met een position paper over taakdelegatie. In dit kader werden er vier regiobijeenkomsten voor begin 2012 ingeregeld. De locaties zijn Nijmegen (24-02), Utrecht (01-03), Rotterdam (05-03) en Zwolle (08-03).

Wetenschappelijke ontwikkeling

De NVVG werkt mee in externe multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, klankbordgroepen en commentaargroepen.

De Talmaprijs is dit jaar uitgereikt aan mevr. Jansen Bots voor haar onderzoek in het kader van haar opleiding tot verzekeringsarts.

Onderwijs.

De NVVG heeft een opleidingsdag voor nieuwe artsen in onze sector medemogelijk gemaakt samen met UWV. Deze dag vond op 27-10-2011 plaats. Het bestuur van de NVVG heeft deze dag ook bezocht om in contact te treden met de A(N)IOS.

Congressen.

VG dagen (in samenwerking met de GAV) op 9, 10 en 11 november in Almere.

Media

De nieuwe website is in november 2011 de lucht ingegaan.

Ledenvergaderingen 2010:

Op 6 april en 23 november 2011 hield de NVVG haar tweejaarlijkse ledenvergaderingen.

Public Relations.

De PR commissie heeft de website gerealiseerd. Getracht werd de beroepsgroep in zoveel mogelijk bijeenkomsten te presenteren. Er zijn een aantal nieuwe leden geworven. Het mobiliseren van de leden lukt zij het mondjesmaat.

Samenstelling bestuur.

In april hebben we afscheid genomen van Richard Blanker (penningmeester).

Linda ten Hove heeft daarna het penningmeesterschap a.i. op zich genomen.

De functie van secretaris is zo goed mogelijk ingevuld geworden door diverse leden van het bestuur en Tineke Woldhuis, directeur.

In november hebben we afscheid genomen van Peter van Amelsvoort, Marga van Liere, Arthur Sterk en Henk van Schie.

In november mochten we Gert van Ekeren als secretaris en Jeroen van Roessel, penningmeester, verwelkomen.

Dit betekent dat de samenstelling van het bestuur op 31-12-2011 als volgt was:

Han Hullen, voorzitter.

Gert van Ekeren, secretaris

Jeroen van Roessel, penningmeester

Annette de Wind, algemeen lid.

Linda ten Hove, algemeen lid



14. Orde van Medisch Specialisten

ALGEMEEN

Het jaar 2011 is voor De Orde van Medisch Specialisten (OMS) een productief jaar geweest. Er is veel bereikt op het gebied van belangenbehartiging, kwaliteit en opleiding. Vanuit de wetenschappelijke verenigingen is structureel vraag naar ondersteuning bij richtlijnontwikkeling, visitaties en andere kwaliteitsactiviteiten. De afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit (OPK) voorziet de wetenschappelijke verenigingen in deze behoefte. Het bureau van de OMS heeft zich in dit jaar ontwikkeld tot een bureau dat in dienst staat van ledenservice met als pijlers: beroepsbelangen, kwaliteit en opleiding. Op de vernieuwde website zijn deze pijlers terug te vinden. Dit alles heeft in het jaar 2011 geleid tot een positieve ontwikkeling van het ledenaantal van de OMS.

Het is van belang om gezamenlijk en georganiseerd als medisch specialisten op te trekken. Alleen dan kunnen de belangen van alle medisch specialisten op de juiste manier worden behartigd. Dit klemmt te meer omdat de schaarste van de zorgeuro, en daarmee de strijd om die zorgeuro, de komende jaren alleen maar zal toenemen. In 2012 zullen daarom in nauwe samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen knopen moeten worden doorgemaakt over hoe de belangen van medisch specialisten het best georganiseerd kunnen worden rekening houdend met een optimaal toegankelijke en kwalitatieve zorg en de kosten hiervan. Vanzelfsprekend zullen ook de leden van de OMS hier intensief bij worden betrokken. De OMS vindt het van groot belang om de maatschappelijke discussie rondom de medisch-specialistische zorg schouder aan schouder te voeren.

BEROEPSBELANGEN

Convenant beheersmodel 2012-2015 en het Witte Boek

In de lente van 2011 tekende de OMS het convenant met de minister van VWS en de NVZ vereniging van ziekenhuizen over de bekostiging 2012-2015. Hiermee heeft de OMS de professionele autonomie en het fiscaal ondernemerschap geborgd. Daarnaast ondersteunde de OMS de leden bij de implementatie van het convenant met de publicatie van het Witte Boek. In de meeste ziekenhuizen zijn collectieven opgericht door medisch specialisten en zijn afspraken gemaakt over de interne verdeling van het beschikbare budget. Voor de vorming van een collectief heeft de OMS een Model Stafmaatschapsovereenkomst ter beschikking gesteld.

Model Toelatingsovereenkomst

Vorig jaar werd na uitgebreide onderhandelingen tussen de OMS en de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) overeengekomen. Deze vormt het uitgangspunt voor de individuele samenwerkingsrelatie tussen medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis. De MTO is door het ministerie van Financiën goedgekeurd. Alleen de MTO waarborgt het fiscaal ondernemerschap.

Nieuwe Cao UMC

Ook was er in 2011 aandacht voor de rechtspositie van medisch specialisten werkzaam in universitair medische centra en werd na forse onderhandelingen een

nieuwe cao voor universitair medisch specialisten vastgesteld. De nieuwe Cao UMC loopt van 1 maart 2011 tot 1 april 2013.

Cao Z en doorvertaling AMS

Ondanks discussie tussen OMS, LAD en NVZ werd afgesproken dat ook voor de medisch specialisten de salarisaanpassingen uit de Cao zouden worden toegepast. Voor de nieuwe Cao Z vanaf 2014 zullen hierover opnieuw afspraken moeten worden gemaakt.

Als voorbereiding op de vernieuwing van de AMS heeft de OMS in de zomer reeds een eerste aanzet gemaakt. Daarbij gaat het enerzijds om meer flexibiliteit en keuzemogelijkheden voor medisch specialisten, anderzijds om afspraken over productie, kwaliteit en veiligheid, waarbij betrokkenheid van medisch specialisten in dienstverband in ziekenhuizen voorop staat.

Voor de OMS-leden in dienstverband is als voorbereiding op de vernieuwing van de AMS met de LAD de website www.amsvernieuwing.nl ontwikkeld. Deze website levert een bijdrage aan de voorbereiding van de discussie met de achterban over een toekomstbestendige vorm en inhoud van de AMS.

Organiseren van medisch specialisten in dienstverband

Belangrijk is verder dat de medisch specialisten in dienstverband goed georganiseerd zijn. Hiervoor biedt de OMS ondersteuning bij het oprichten van een organisatie voor medisch specialisten in dienstverband (OMSD) in ziekenhuizen en medische staven in de ggz-instellingen.

KWALITEIT

Toetsbare en transparante zorg

De OMS werkt samen met de wetenschappelijke verenigingen (verenigd in de Raad Kwaliteit) aan steeds beter toetsbare en transparante zorg. Een groot aantal wetenschappelijke verenigingen stelden normen en richtlijnen op. Maar daarnaast werd ook in een breder kader gewerkt aan kwaliteit. Zo werden bijvoorbeeld aanvullende kaders voor richtlijnen en kwaliteitsvisitaties opgesteld.

Omdat kwaliteit van zorg ook betekent dat je zorgvuldig omgaat met de zorgeuro, werd een 'Leidraad doelmatig voorschrijven' ontwikkeld. Ook werden commissies gestart op belangrijke thema's als 'Concentratie en spreiding van zorg' en 'Praktijkvariatie'. Daarnaast is ingezet op de ontwikkeling van werkelijk betekenisvolle kwaliteitsinformatie, ontleend uit kwaliteitsregistraties van wetenschappelijke verenigingen.

Website Kwaliteitskoepel.nl

Alle medisch-specialistische richtlijnen, normen en leidraden zijn in 2011 ontsloten via de website Kwaliteitskoepel.nl. Met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is een intentieverklaring getekend om patiëntensamenvattingen op te stellen en richtlijnen zo beschikbaar te stellen aan een breder publiek.

2^e Nationaal Kwaliteitscongres Medisch Specialisten

Tijdens het druk bezochte 2^e Nationaal Kwaliteitscongres Medisch Specialisten konden de aanwezigen kennis nemen van de kwaliteitsactiviteiten van de wetenschappelijke verenigingen en de OMS.

OPLEIDING

De arts-assistent in opleiding is de medisch specialist van morgen. Om die reden vormt opleiding een ander belangrijk speerpunt voor de OMS. In de Raad Opleiding wordt door de OMS en de wetenschappelijke verenigingen gewerkt aan visieontwikkeling en standpuntbepaling op tal van onderwerpen. Zo verscheen in 2011 de notitie 'Vergoeding van opleidingsactiviteiten'. De OMS is partner in Stichting BOLS (www.stichtingbols.nl). Deze stichting heeft als doel voorstellen te maken voor de verdeling van opleidingsplaatsen. Het BOLS-bestuur vormt ook de stuurgroep van het Etalageproject. In februari 2011 ging de website www.opleidingsetalage.nl live en inmiddels staan er ruim 660 differentiatiestages op.

DE MEDISCH SPECIALIST 2015

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) wil een actieve rol spelen in discussies over de toekomstige inrichting van de zorg. Daarom is de OMS samen met de wetenschappelijke verenigingen het project 'De Medisch Specialist 2015' gestart dat in de zomer van 2012 moet uitmonden in een visiedocument. Dit document bevat onderbouwde standpunten van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen over de wenselijke (markt)ordering van de medisch-specialistische zorg.

Er zijn grote veranderingen gaande in de organisatie van de gezondheidszorg. Marktwerking, integrale prijzen, regierol van zorgverzekeraars, ZBC's, spreiding en concentratie van zorg, kwaliteits- en opleidingsbeleid en steeds mondiger patiënten spelen een rol. Tegelijkertijd is er een toenemende strijd over de schaarse zorggeuro's en zijn er hevige (politieke) debatten over de zorg. Te vaak wordt over en niet met de medisch specialist gesproken over wat de toekomstige positie van deze professional zou moeten zijn.

Het project Medisch Specialist 2015 zal een antwoord proberen te geven op de vraag hoe de positie van de medisch specialist in het veranderende zorglandschap kan zijn. Dit doet zij aan de hand van thema's zoals toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg.

HET SYNERGIETRAJECT

Begin 2011 is gestart met het zogenaamde 'synergietraject'. Dit traject is bedoeld om de samenwerking tussen de wetenschappelijke verenigingen en de OMS te verbeteren en te intensiveren. Hiervoor is het Bestuurlijk Overleg Orgaan (BOO) in het leven geroepen, dat onder leiding staat van een onafhankelijke voorzitter. Alle wetenschappelijke verenigingen en de OMS maken deel uit van het BOO. Bovendien wordt gekeken of er wellicht een aanpassing van de structuur van de OMS zou moeten komen, zodat samenwerken en besluitvorming vereenvoudigd worden.

DE JONGE ORDE

De stem van de toekomstig medisch specialist is essentieel. Daarom werkt de

OMS intensief samen met De Jonge Orde, de beroepsbelangenvereniging voor en door aios. Aios die lid worden van De Jonge Orde zijn automatisch juniorlid van de OMS.

De contacten met de Jonge Orde zijn in 2011 geïntensiveerd. Mede op grond hiervan is een bestuurslid van De Jonge Orde als toehoorder aanwezig bij de bestuursvergaderingen van de OMS.

Op 24 juni 2011 heeft De Jonge Orde met steun van hun achterban ingestemd met de nieuwe Cao UMC.

Per 1 augustus 2011 is het gewijzigde arbeidstijdenbesluit ingegaan. Doel van de wijziging is het terugdringen van structurele overschrijding van arbeidstijden. Dit betekent dat voor aios de gemiddelde werkweek is teruggebracht naar 48 uur.

Tijdens de landelijke AIOSdag in november 2011 is voor de derde keer de Opleidingsprijs uitgereikt, een prijs voor de beste aios-opleiding van Nederland. De Jonge Orde, de LVAG en de OMS willen met deze prijs opleiders stimuleren om de kwaliteit van de opleidingen te vergroten.

15. Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters

De centrale doelstelling van Verenso is de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een hoger plan te brengen. Verenso richt zich op positionering, kwaliteitsbeleid, belangenbehartiging voor de beroepsuitoefening, deskundigheidsbevordering en ondersteuning van de aangesloten leden. Verenso ontwikkelt richtlijnen voor het medisch handelen en handreikingen.

Hieronder worden een aantal activiteiten uitgelicht, die in 2011 hebben bijgedragen aan het realiseren van de doelstelling van Verenso. Daarnaast is Verenso in 2011 al druk bezig geweest met de voorbereidingen van het 40-jarige jubileum.

- *Politiek en pers:* In 2011 wist Verenso haar standpunten en toekomstvisie goed onder de aandacht te brengen bij pers, kamerleden en de staatssecretaris. Twee voorbeelden:
 1. Lobby van Verenso heeft ervoor gezorgd dat het ministerie van VWS met veldpartijen in gesprek is om de (zij)instroom in de opleiding te bevorderen.
 2. In de uitzending van Zembla 'Niet-reanimeren a.u.b.', bracht Verenso de (on)mogelijkheden van reanimatie bij kwetsbare ouderen naar voren. Op de uitzending volgden vele positieve reacties van collega-verenigingen, mensen uit het veld en ouderen. Verenso werkt momenteel samen met het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) aan een nieuwe richtlijn over reanimatie bij kwetsbare ouderen.
- *Samenwerking en overleg:* Het is nodig om namens de specialist ouderengeneeskunde inbreng te hebben in de ontwikkeling van de zorg voor ouderen. Om die reden werd door Verenso ook in 2011 deelgenomen aan een aantal overlegvormen waar de toekomstige ouderenzorg aan de orde is en waar onderwerpen aan de orde zijn, die de praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde raken. Bijvoorbeeld: KNMG, LHV, NVKG, ActiZ, LAD, Zorg voor Beter, Zorg voor Vrijheid, Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, het EBRO-platform.
- *Richtlijnontwikkeling:* Verenso ontwikkelt nieuwe richtlijnen voor het medisch handelen op het gebied van complexe ouderenzorg. De kennis en ervaring van Verenso wordt ook ingezet bij richtlijnontwikkeling voor tal van externe partijen. In 2011 publiceerde Verenso o.a. de volgende producten:
 - Multidisciplinaire richtlijn blaaskatheters
 - Multidisciplinaire richtlijn herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen
 - Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen
 - Multidisciplinaire handreiking parkinsonzorg in het verpleeghuis

In navolging van de Verbetertrajecten Probleemgedrag, gebaseerd op de Verenso-richtlijn Probleemgedrag, is een uitgebreid lespakket ontwikkeld in samenwerking met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en Vilans.

- *Professioneel statuut:* Verenso heeft in 2011 een professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde ontwikkeld. Het professioneel statuut dient als hulpmiddel bij het eenduidig beschrijven van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Raden van Bestuur van zorgorganisaties enerzijds en de vakgroep van specialisten ouderengeneeskunde anderzijds. Veel leden en vakgroepen hadden Verenso benaderd en aangegeven de behoefte te hebben aan handvatten of een

model om de onderlinge verantwoordelijkheden te verhelderen. Het professioneel statuut wil hierin voorzien.

- *Taakdelegatie en beroepsprofiel:* De specialist ouderengeneeskunde moet zijn werk anders organiseren om meer aan zijn eigenlijke taken toe te komen. Dit betekent bijvoorbeeld het delegeren van taken. In 2011 is Verenso gestart met het ontwikkelen van een handreiking Taakdelegatie en een beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde. Taakdelegatie is het verantwoord overhevelen van specifieke arts-taken naar een lager echelon, zoals de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde wordt omgevormd tot een beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde. In dit beroepsprofiel wordt duidelijk gemaakt wat de specialist ouderengeneeskunde kan, waar hij op aangesproken mag worden en hoe de verantwoordelijkheden liggen.
- *Overheveling Geriatrische revalidatiezorg:* Verenso participeert onder verantwoordelijkheid van VWS in de overheveling van de Geriatrische Revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De geriatrische revalidatiezorg zoals die in verpleeghuizen plaatsvindt, zal conform het beleid van VWS vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld worden. Reden van de overheveling is, dat de geriatrische revalidatiezorg meer in een keten kan worden georganiseerd, onder regie van de zorgverzekeraar en dat daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verbetert. In 2011 heeft Verenso een bijdrage geleverd aan de verandering van de naamgeving (van somatische revalidatiezorg naar geriatrische revalidatiezorg), de definitie van geriatrische revalidatiezorg, de aanzet tot transitietarieven, de proeftuinen geriatrische revalidatiezorg en de ontwikkeling van een structuur voor Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).
- *Recht en Ethiek:* Gezondheidsrecht raakt de dagelijkse beroepsuitoefening van specialisten ouderengeneeskunde en de kwaliteit van zorg. Daarom geeft Verenso voorlichting aan haar leden over relevante wetgeving en zet zij zich in om invloed uit te oefenen op wetsvoorstellen. Dit laatste gebeurt vaak in samenwerking met de KNMG. Zo heeft Verenso samen met de KNMG en LHV een brief gezonden aan de Tweede kamer over het wetsvoorstel Zorg en dwang. Verenso ondersteunt haar leden bij ethische aspecten van de beroepsuitoefening. Leden benaderen Verenso bijvoorbeeld regelmatig met vragen of dilemma's rond wilsonbekwaamheid.
- *Communicatie:* In 2011 bracht Verenso voor het eerst een publiek jaarbericht en een externe nieuwsbrief uit. De wekelijkse digitale ledennieuwsbrief en de website www.verenso.nl werden vernieuwd. De nieuwe website bestaat uit twee delen: een openbare website voor algemeen publiek en een besloten ledenwebsite ter ondersteuning van het werk van de specialist ouderengeneeskunde en de communicatie tussen het bureau en de leden. Verenso bracht zes nummers uit van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, inclusief een themanummer rondom het jaarlijkse congres. Ook met het tijdschrift is een verbeterslag gemaakt.
- *Congressen:* Verenso organiseerde voor haar leden en andere geïnteresseerden in juni 2011 een symposium (Medicatieveiligheid) en in november 2011 het drukbezochte Verenso Jaarcongres (Geriatrische revalidatie). Verenso heeft geparticipeerd in de organisatie van de LTC (Long Term Care) pre conference van de het IPA (International Psychogeriatric Association) dat op 6 september 2011 in Den Haag plaatsvond.

Bijlage 1. Samenstelling Bestuur en management

per 31 december 2011

A.C. (Arie) Nieuwenhuijzen Kruseman
Voorzitter KNMG

P.J. (Joep) Dörr
Lid bestuur OMS

G.M. (Mieke) Draijer
Voorzitter Verenso

S.R.A. (Steven) van Eijck
Voorzitter LHV

J.G. (Gert) van Enk
Voorzitter LAD

F.H.G. (Frank) de Grave
Algemeen voorzitter OMS

P.C.M. Habets
Vice-voorzitter LHV

F. (Fleur) van den Heijkant
Voorzitter Studentenplatform

H.J. (Han) Hullen
Voorzitter NVVG

F.P. (Cisca) Koning- v.d.Berg v. Saparoea
Voorzitter KAMG

M.H. (Marjolijn) van de Merwe
Lid bestuur LAD

P.E. (Pieter) Rodenburg
Voorzitter NVAB

G.W. (Gerrit) Salemink
Penningmeester KNMG

Adviseur Federatiebestuur

W.P. (Paul) Rijkssen (algemeen directeur KNMG)

Managementteam

R.P.N. (René) Bekker, informatiemanager

E.J. (Evert) Pronk, hoofdredacteur Medisch Contact a.i.

T.N. (Tjerk) van Nieuwenborg, hoofd Personeel en Organisatie

J.B. (Johanna) Geerlink, hoofd Communicatie en Marketing

F.C. (Fred) Raasveldt, directeur Opleiding en Registratie

W.P. (Paul) Rijkssen, algemeen directeur

L.G. (Lucas) Verheul, controller

L. (Lode) Wigersma, directeur Beleid en Advies

Bijlage 2. Lijst van afkortingen

ABC1	Accreditatie Bureau Cluster 1
ABFE	Accreditatie Bureau Format E-learning
ABMS	Accreditatie Bureau Medisch Specialisten
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
ABS	Abstinentie
ABMS	Accreditatie Bureau Medisch Specialisten
ABSG	Accreditatie Bureau Sociale Geneeskunde
AHG	Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra
AIOS	Arts in opleiding tot specialist
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AKC	Arbeidsdeskundig Kennis Centrum
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMS	Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
ANW	Avond, nacht en weekend
AO	Algemeen Overleg (Tweede Kamer)
AOW	Algemene Ouderdomswet
APK	AutomatiseringsPlatform KNMG
ASIM	Academy of Swiss Insurance Medicine
AV	Algemene Vergadering KNMG
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAD	Beleid en Advies (KNMG)
BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
BG-dagen	BedrijfsGeneeskundigendagen
BOLS	Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur
BOO	Bestuurlijk Overleg Orgaan
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
CGR	Stichting Code Geneesmiddelenreclame
CGS	College Geneeskundig Specialismen
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
CHVG	College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg verstandelijk gehandicapten
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
COPD	Chronic Obstructive Palmonary Disease
CPME	Comité Permanent des Medecins Européens
CROW	Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
CvAH	College voor Accreditering Huisartsen
CVS	Chronisch Vermoeidheidssyndroom
CVZ	College voor zorgverzekeringen

DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DOT	DBC's op weg naar transparantie
EBRO	Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EUMASS	European Union of Medicine in Assurance and Social Security
EVC	Erkennen van Verworven Competenties
FB	Federatiebestuur KNMG
FBZ	Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg
FMG	Forensisch Medisch Genootschap
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GAIA	Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie
GAV	Nederlandse vereniging Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GGZ-N	Branchevereniging voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
GMH	Gedragscode Medische Hulpmiddelen
H1N1	Nieuwe Influenza A
Hagro	HuisArtsenGROep
HAMS	Honoreringregeling Academisch Medisch Specialisten
HAweb	Huisartsenwebsite (LHV, NHG)
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HR	Human Resources
HVRC	Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie
IBV	Informatie Beheer en –Voorziening
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPA	International Psychogeriatric Association
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
KAS	Kamer Academisch Specialisten
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie voor Wetenschappen
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LCT	Long Term Care
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOF	Lucas Ooms Fonds
LOGGIO	Landelijk Overleg van SociaalGeneeskundigen in Opleiding
LOVAH	Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen

LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerste Lijn
LSP	Landelijk Schakel Punt
LVAG	Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
M&I	Modernisering & Innovatie
MC	Medisch Contact
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
M&G	Maatschappij & Gezondheid
MRSA	Meticilline-resistente Staphylococcus aureus
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
MTO	Model ToelatingsOvereenkomst
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NCVGZ	Nederlands Congres Volksgezondheid
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NODO	Nader Onderzoek Doods Oorzaak minderjarigen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVAG	Nederlandse Vereniging Artsen beleid, management en onderzoek
NVDG	Nederlandse Vereniging voor Donorgeneeskunde
NVEH	Nederlandse Vereniging voor eHealth
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde
NVVA	Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (nu: Verenso, vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal geriaters)
NVvA	Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen
NVVE	Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
NVVH	Nederlandse Vereniging Voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OPK	Ondersteuning Professionele Kwaliteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OMSD	Organisatie voor Medisch Specialisten in Dienstverband
OPK	Ondersteuning Professionele Kwaliteit
OR	Ondernemingsraad
Orde	Orde van Medisch Specialisten
OVV	Onderzoeksraad Voor Veiligheid
P&O	Personeel & Organisatie
PFZW	Pensioenfonds Zorg en Welzijn
PMO	Preventief Medisch Onderzoek
POH-S	Praktijkondersteuner Huisarts Somatiek
PR	Public Relation

PVV	Partij Voor de Vrijheid
QR	Tweedimensionale streepjescode
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen
RIE	Risico Inventarisatie en –Evaluatie
Rte	Regionale toetsingscommissies euthanasie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCEN	Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland
SER	Sociaal Economische Raad
SEPA	Single Euro Payments Area
SGRC	Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie
SIG	Stichting Instituut GAK
SOMT	Stichting Overleg Medische Technologie
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UMC	Universitair Medisch Centrum
UWV	Uitvoeringsinstituut WerknemersVerzekeringen
VAR	Verklaring arbeidsrelatie
VAGZ	Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars
VASON	Vereniging voor Aios Specialisme Ouderengeneeskunde
Nederland	
Verenso	Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal
geriaters	
VGdagen	Verzekeringsgeneeskundige dagen
VGI	Verzekeringsgeneeskundig Instituut
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VIA	Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen
VMW	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VVAH	Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen
VvAA	Zakelijke dienstverlener in de gezondheidszorg
VvAwt	Vereniging van artsen werkzaam in de tuberculosebestrijding
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VVH	Vereniging Van Huurders
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wagro	WAarnemingsGROep
WAJONG	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WCZ	Wet Cliëntenrechten Zorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVV	Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
(België)	
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

ZZP Zelfstandige zonder personeel
ZZP Zorgzwaartepakket