

Zwolle, 27 november 2021

Betreft: reactie op De Acht Stellingen over Medisch generalistische Zorg van de Expertgroep.
Een stuk vol drogredeneringen en twijfelachtige representativiteit en een standpunt tegenstrijdig met standpunt beroepsgroep

Mc/nhg/lhv/vph/ha-web

Geachte dames/heren,

Ter inleiding

Het **NZa rapport over medisch generalistische zorg (MGZ)** van 9 juli 2020 heeft nogal impact gemaakt.¹ Kort gezegd wordt voorgesteld dat alle medische basiszorg, ook van WLZ-instellingen, onder huisartsenzorg gaan vallen. Inclusief onder de door de huisartsen zelf geregelde ANW zorg, dus de HAP in de avond, nacht en weekenden. Dit potentieel **absurde voorstel zal leiden tot een forse taakverzwaring** van de huisartsen en leidde tot **een brandbrief aan de beroepsverenigingen van verontruste huisarts bestuurders**. De hierop volgende **LHV-ledenraad** van augustus 2020 bevestigde de zorgen en een actieplan met ruim draagvlak werd aangenomen. In januari jl. gepubliceerde de Minister van VWS een **beleidsreactie op het NZa advies rapport om de alle MGZ bij de huisarts onder te brengen**.² Dit was zodanig verontrustend instemmend met het NZa advies dat de noodzaak voor **een tweede brandbrief** van verontruste bestuurders aan de beroepsverenigingen volgde met de oproep tot maximale inzet op de aangekondigde **“stakeholder consultatieronde en inzet expertgroep” vanuit VWS**. Hierop is door de beroepsverenigingen in maart 2021 (**LHV/NHG/InEen**) in niet mis te verstane taal gereageerd richting de minister en de beroepsvereniging die hierbij betrokken zijn.³ Een pleidooi dat overigens werd gesteund door de patiëntenorganisaties die terecht geen versnipperde zorg wensten. Mogelijk nog een partner in de repliek richting minister. **Afgelopen week is een bedroevend vervolg** naar buiten gekomen. Het rapport van de zogenaamde **“expertgroep WLZ en huisartsen”**.⁴ De aanbevelingen hierin zijn volstrekt tegenstrijdig aan het standpunt van de LHV/NHG beroepsgroep terwijl slechts twee van de zeven leden, huisartsen zijn.

Het moment dat de MGZ geheel binnen de Zvw wordt getrokken worden de huisartsen de eerst aanspreekbare in de wijk, over deze patiënten die tot nu nog gewoon door hun eigen specialist werden gezien en valt de zorg automatisch ook onder onze ANW/HAP zorg en is de huisarts dus ook daar de eerst aanspreekbare. De overige “specialisten” als SO, AVG, Psychiater van WLZ-instellingen zouden dan gaan werken als complementaire achterwacht. Actueel is het zo dat huisartsen die ruimte ervaren, individueel kunnen besluiten op verzoek contracten te sluiten met regionale WLZ-instellingen als onderaannemer. In de nieuwe situatie kan een huisarts zich alleen nog moeizaam op de KNMG-richtlijn “Niet-aangaan van de geneeskundige behandelingsovereenkomst” beroepen wegens ruimte voor dit werk in de overvolle praktijk of onvoldoende

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/07/08/kamerbrief-over-aanbieding-nza-rapport-medisch-generalistische-zorg>

² https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?did=2021D01414&id=2021Z00491

³ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuwsberichten/huisartsenreactie-op-advies-medisch-generalistische-zorg-voor-wlz-patienten>

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/210315-lhv-ineen-nhg-beleidsreactie-nza-rapport-medisch-generalistische-zorg-def.pdf

<https://ineen.nl/wp-content/uploads/2020/11/Brief-VGN-convenant.pdf>

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2021/11/09/acht-aanbevelingen-voor-medisch-generalistische-zorg-gepubliceerd>

kwalitatieve zorg kunnen leveren voor deze specifieke patiëntgroepen.⁵ Door huisartsenpraktijken te verzwaren met WLZ zorg zal het aantal patiënten die geen huisarts hebben verder toenemen. Met als gevolg dat procentueel gezien meer mensen zonder MGZ zorg komen te zitten. Immers voor 1 WLZ zorg patiënt kan de huisarts 23 patiënten die buiten de WLZ vallen van zorg voorzien.⁶ Het aantal NONI (niet op naam ingeschreven) patiënten stijgt de afgelopen jaren enorm, nog zonder dat de WLZ-MGZ nu onder de huisartsenzorg valt. Wie gaat deze mensen van huisartsenzorg voorzien, wanneer huisartsen nog meer taken van andere specialisten moeten gaan overnemen? Waarom heeft de SO/AVG niet zijn/haar eigen nurse practitioner die ze van ondersteuning voorziet zoals huisartsen ook hun tekorten proberen aan te pakken? Wat maakt dat SO/AVG/Psychiater deze verantwoordelijkheid niet ook oppakken om hun eigen organisatie te voorzien van kennis en kunde. Wat maakt dat zij een uitzonderingspositie mogen? Als dat zo is, dan moet de LHV/NHG morgen die direct ook opnemen in haar professioneel statuut. Dan heb hebben we het nog niet eens over de bewierookte Juiste Zorg op de Juiste Plaats.

Nadere analyse van het rapport laat zien dat het onderbouwd is met drogredeneringen en een duidelijke agenda. Anton Maes noemt het terecht een fraai voorbeeld van "wegmanagen van onwelgevallige beroepsgroep wensen".⁷ Namelijk: Houd geen rekening met het eigen standpunt van de beroepsgroep, overleg niet met hen, negeer aanbevelingen van de beroepsgroep richting de minister, benoem zelf de "experts" en noem de uitkomst van de gezamenlijke deelnemers van de werkgroep als afkomstig van een door jezelf opgerichte "expertgroep".

Waar komt de expertgroep vandaan?

In de beleidsreactie van januari jl zegt de minister "Ik wil met een expertgroep nadenken over praktische vervolgstappen richting een toekomstbestendige inrichting van 24/7 MGZ. Ik denk daarbij aan een expertgroep met praktiserende artsen uit de betrokken beroepsgroepen die ook (wetenschappelijke) onderzoek over dit onderwerp hebben gedaan." Deze "expertgroep" heeft op 9 november 2021 jl het pamflet "**Acht aanbevelingen voor medisch-generalistische zorg**" laten verschijnen.⁸ Directeur-Generaal Langdurige Zorg Ernst van Koesveld nam het rapport vorige week in ontvangst.

Representativiteit van de expertgroep.

Kartrekker SO Nancy Lennarts is op uitnodiging van het ministerie met een groep bezig geweest over toekomst bestendige inrichting van 24/7 MGZ. Leden waren Mieke Draijer SO, Marloes Heutmekers AVG, Nancy Lenaerts SO, Iris Wallenburg universitair docent beleid en management gezondheidszorg en de huisartsen Bram Homan en Martijn Ruiten. Een kleine Google search laat zien dat de twee huisartsen Bram Homan en Martijn Ruiten tevens medisch directeur van het bedrijf MedTzorg zijn, wat nergens vermeld wordt in het rapport.⁹ Een opmerkelijk omissie in melding belangenverstrengeling, gezien de oproep van de minister. Dit bedrijf richt zich op commerciële zorg in gevangenis en WLZ-instellingen met het motto "Door onze zorg in een instelling komt de eigen instellingsarts meer toe aan zijn specialistische taken." De huisarts ervaring van "de twee" beperkt zicht tot enkele jaren waarnemerschap en is actueel nog minimaal. Dat twee directeuren van een bedrijf met enkel waarnemerservaring, en een secundair bedrijfsbelang (Dure ANW niet meer hoeven te regelen voor hun bedrijf), als representatief voor huisarts Nederland worden gezien is toch bijzonder. In het openbare Jaargesprek met IGJ worden ook de commerciële intenties van de heren verder duidelijk welke ook duidelijk contrasteren tot de wens van de beroepsgroep: "Het idee is om in divers regio's huisartsenpraktijken te gaan beheren, en vanuit daar huisartsenzorg aan te bieden in- of dichtbij WLZ-instellingen. Dezelfde artsen

⁵ <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=f0c85b72-7fde-48d8-a8c2-33056ab04775&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=519>

⁶ <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tuchtrecht/tuchtzaak/zcp-ouderengeneeskundige-krijgt-berisping-in-zwaar-onderbezette-situatie.htm>
<https://www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/feiten-en-cijfers-huisartsenzorg/>

⁷ <https://zorgenstelsel.nl/medisch-generalistische-basiszorg-is-bij-wlz-niet-automatisch-huisartsenzorg/>

⁸ https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2021/11/09/acht-aanbevelingen-voor-medisch-generalistische-zorg/Acht+aanbevelingen+voor+medisch-generalistische+zorg_09112021.pdf

⁹ <https://medtzorg.nl/>

kunnen via de reguliere huisartsenzorg (huisartsposten), ANW-diensten draaien”.¹⁰ Hierbij is het laatste deel al volledig tegen het zere been van de huisartsen en het algemene huisartsenstandpunt wat overigens ook iets verder op in het stuk wordt toegegeven “Wat bespreken en delen van de zorgen met LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) moeilijk maakt is dat er ook sprake is van tegengestelde belangen.” Fijn collega’s, uw eigen LHV als tegengesteld belang zien. Het is duidelijk dat dit niet de gewenste representanten van de praktijkhoudend huisarts in Nederland zijn, zoals de minister in haar aanvraag schrijft “Ik denk daarbij aan een expertgroep met praktiserende artsen uit de betrokken beroepsgroepen die ook (wetenschappelijke) onderzoek over dit onderwerp hebben gedaan.” De twee heren, vol belangenvermenging, voldoen duidelijk niet aan alle gevraagde aspecten. Beiden hebben geen enkele ervaring in het vak praktijkhoudend huisarts, de kurk waar ANW Nederland op drijft aangezien alleen zij uiteindelijk contractueel verantwoordelijk voor 24/7 zorg worden gehouden door de zorgverzekeraar. Naast dat deze huisartsen niet representatief zijn voor de gemiddelde praktijkhoudend huisarts, negeren ze ook nog eens het algemene bekende standpunt van de beroepsgroep. Simpelweg te zot voor woorden.

Het stuk inhoudelijk.

Kortweg de belangrijkste conclusies van de punten uit het “expert rapport”

- 1 Alle patiënten met WLZ-indicatie moeten zich bij een huisarts kunnen inschrijven. (Aanbeveling 1)
- 2 Bij alle patiënten met een Wlz-indicatie moet de MGZ geleverd worden door de huisarts (Aanbeveling 2)
- 3 De specialist ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) worden alleen nog complementair ingezet aan het basisaanbod van de huisarts (Aanbeveling 3)
- 4 Specialist ouderengeneeskunde (SO) gaat stoppen met verantwoordelijkheid voor hun groep patiënten 24/7.
- 5 Herinrichting van de ANW-structuur met SO/AVG als complementair (Aanbeveling 5).
- 6 Verlenging aanrijtijd van de SO te verlengen van 30 minuten naar 60 minuten (Aanbeveling 7).

Ad 1

We lezen “Er zijn ook patiënten die op verblijfsplekken zonder behandeling wonen en moeilijkheden ervaren bij het verkrijgen van een inschrijving bij de huisarts. En daarmee bij de toegang tot de huisartsenpost.”

Praktijk houdend huisartsen hebben de keuze om zich wel of niet aan te sluiten bij een regio organisatie voor deze ANW-dienststructuur. Het is geen verplichting, mits maar wordt zorggedragen aan 24/7 uren zorg (volgens afspraak met de verzekeraar) voor hun 2100 (meestal meer) patiënten die zij aannemen in hun dag praktijk. De praktijk houdend huisartsen zijn vaak gezamenlijk eigenaar van deze posten vanuit de het oprichtingsprincipe het behoud van noodzakelijk draagvlak.

Alle Nederlanders hebben verder inderdaad recht op medische basiszorg, ECHTER medische basiszorg is niet per definitie huisartszorg. Het vormt net als bij SO/AVG/Psychiater, maar ook bij ziekenhuis specialisten wel een ONDERDEEL van de zorg van de patiënten die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Terecht wordt in de introductie opgemerkt dat IEDEREEN, dus ook de SO/AVG en Psychiater medisch generalistische zorg (MGZ) kan leveren. Zoals praktijkhoudend huisartsen, waarnemers, huisartsen in loondienst en NP’s kunnen aannemen, kunnen WLZ-instellingen zelf hiervoor artsen en NP’s in loondienst nemen, zonder hierbij de al overbelaste praktijk houdend huisarts op oncollegiale wijze extra te belasten, met een probleem vanuit een ander specialisme. Dit geldt ook voor het beter organiseren van de eigen ANW-dienststructuur, waarbij WLZ-instellingen en dus hun bestuurders als verantwoordelijken voor de zorg in hun instellingen volgens de wkkgz, hun eigen verantwoordelijkheid pakken. Ook hier dus zonder hiervoor de praktijkhoudend huisarts extra te belasten.

Ad 2

We lezen “Huisartsen voelen zich niet altijd bekwaam om medisch-generalistische zorg te bieden aan patiënten met een complexe zorgvraag.” Onzin natuurlijk. Huisartsen, maar ook alle andere artsen kunnen allemaal prima MGZ bieden. Dat is de basisopleiding. Alleen wat er extra bijkomt boven MGZ hoort bij specifieke artsengroepen, zoals huisartszorg of neurochirurgie, naast het stuk basis wat iedere arts levert. Duidelijk actie van voorsorteren in het opsplitsen van hun eigen vak.

¹⁰<https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/download.aspx?download=Forensisch+Medische+Maatschappij+Utrecht+Utrecht+november+2019.pdf>

“Dit draagt bij aan de ongelijke basispositie bij de toegankelijkheid tot medisch-generalistische zorg.” Wederom een drogredenering. De basispositie is altijd gelijk. Als iemand een instelling wil beginnen met complexe patiënten moet hij eerst een SO/AVG/psychiater geregeld hebben voor dat hij open mag. Overleg met de zorgverzekeraars heeft overigens geleerd dat dit een onderdeel van de toegangskader gaat worden bij de zorgkantoren nu zij het belang hiervan beginnen te zien. Mocht de zorginstelling een deel van de zorg niet door zijn SO/AVG/Psychiater willen laten doen, dan bepalen lokale huisartsen zelf of ze bekwaam zijn in het leveren van deze zorg van deze bijzondere patiëntengroep en kunnen door afsluiting van een vrijwillig contract als onderaannemer bij de betreffende instelling. Het probleem is hier niet de lokale huisarts, die al tot zijn oren in het werk zit, maar de instelling die zonder de juiste professionals in huis te hebben al begint met patiënten te ontvangen.

Ad 3

“Boven op het basisaanbod van de huisarts is specialistische expertise van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) beschikbaar voor alle Nederlanders”

Het klinkt prima maar ze vergeten een deel: bij de zorg van de patiënt hoort de HELE patiënt. Je kan als beroep niet zomaar besluiten een deel (MGZ) ineens niet meer te willen doen. Net zomin als de chirurg in het ziekenhuis dat niet kan bij hem opgenomen patiënten.

“Een deel van de SO's ziet zichzelf als de traditionele ‘arts van het verpleeghuis’ Een steeds groter deel van hen positioneert zich als complementair aan de huisarts; vergelijkbaar met de AVG.” Hier zit het echte probleem. Je kunt als beroepsgroep niet zomaar besluiten een deel van je werk af te stoten. Helemaal als er dan een ander verantwoordelijk wordt voor jouw werk. MGZ behoort tot ieders competentie bij degenen die zich arts noemen en hoort dat dan ook goed voor zijn eigen patiëntenpopulatie te regelen, of met verantwoording nemend uit te besteden. **De aanmatigende houding zich als complementair te zien en zich aan de zorg te onttrekken van patiënten is ernstig te noemen.**

“Huisartsen zijn eveneens verdeeld over hun eigen rol. De ene arts acht zichzelf bekwaam om zorg te verlenen aan patiënten met een Wlz-indicatie, de andere niet.”

Wederom een drogredenering. Het feit dat huisartsen verdeeld zijn over hun eigen rol (welke groep niet), wil niet zeggen dat ze niet bekwaam zijn om zorg te leveren aan patiënten met een WLZ-indicatie. MGZ zorg kan iedereen leveren zoals beschreven. De LHV en NHG, de echte representanten van huisartsen, hebben een heel duidelijk standpunt over de rol van de huisarts. Alleen als de huisarts vrijwillig zich bekwaamt in bijv. ouderenzorg acht, kan hij overwegen complexe ouderenzorg zelf te doen. Dit is echter GEEN basis huisartsenzorg (wat overigens ook niet gelijk te stellen is aan MGZ). Net als sterilisaties, spleetlamp onderzoek etc, facultatief zijn wanneer huisartsen die zich vrijwillig hierin bekwaamd hebben. Dit houdt het huisarts beroep behapbaar net als de internist in het ziekenhuis met een potentiële patiëntengroep omschrijving waar alle Nederlanders in zouden passen. Patiënten met WLZ-indicatie en complexe zorg horen inclusief het MGZ-deel bij de SO/AVG/Psychiater. Dat niet willen, is pas de patiënt in de kou zetten en aantasting van kwaliteit van zorg.

Ad 4:

“SO's, AVG's en huisartsen zijn niet gebonden aan één plek voor het verlenen van (medisch generalistische) Zorg” Hier wordt het pleidooi voor de groepsverantwoordelijkheid voor patiënten door SO/AVG/psychiaters helemaal zonder camouflage ter discussie gesteld. Helemaal terugtrekken in een complementaire positie en de populatie verantwoordelijkheid loslaten. Over recht op kwalitatieve goede zorg voor de patiënt gesproken. En wie hadden ze bedacht dat de continuïteit moet overnemen: Juist de huisartsen.

Ad 5:

“Stimuleer regionale verantwoordelijkheid voor het organiseren van de beschikbaarheid van de huisarts, SO en AVG” Hier wordt het eigen “Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg” ter discussie gesteld, waarin SO “gedwongen” worden op instellingsniveau zorg te organiseren. *“Daardoor blijven huisartsen, SO's en AVG's vaak binnen hun eigen organisatie werkzaam”*. Dat klopt en dat is maar goed ook. De huisarts met gemiddeld 2300 patiënten accepteert ook zijn 24/7 verantwoordelijkheid voor de groep die zich bij hem inschrijft. Ook huisartsen en ziekenhuis maatschappijen hebben te maken dat een deel van de collega's onder de ANW-verplichting uitkomt

door geen praktijkhouder te worden. Niets nieuws voor alle beroepsgroepen. Wat maakt deze groepen speciaal, dat zij dat zouden kunnen loslaten?

Ad 7.

Weer een paragraaf die alleen gaat over, en redeneert vanuit SO-problematiek. Ten eerste klopt het niet. De aanrijtijden bij huisartsen zijn prima onderbouwd vanuit het triagesysteem dat ze hanteren. De huisarts moet in geval van spoed binnen 30 seconden telefonisch contact met de praktijk kunnen bieden en in zorggebied (het praktijkgebied) binnen 15 minuten voor spoedhulp ter plaatse kunnen zijn. Verder heeft de HAP nog andere tijd categorieën n.a.v. de urgentie getriageerd.

Wat deze paragraaf laat zien, dat wederom het specialisme van de SO's blijkbaar de zaken zelf niet op orde heeft voor de patiëntengroep waarvoor zij de zorg hebben toegezegd en geen professionele onderbouwingen hanteren in triage en urgentieclassificaties systemen intern. Dat deze beroepsgroepen blijkbaar nog een professionaliseringslag moeten maken wil niet zeggen dat de huisartsen het maar moeten opvangen. In plaats van dit serieus aan te pakken stellen ze zelfs voor de maximale aanrijtijd voor de SO in alle gevallen van 30 tot 60 minuten. En wie zou dan die tijd moeten wachten op de "complementaire specialist in een crisissituatie" U raadt het al. Ze hebben de huisarts in gedachte, want die heeft niets te doen.

Samenvattend:

In de huidige situatie nemen huisartsen al dan niet terecht al veel gehandicapten- en dementerenden zorg op zich van de Wlz op vrijwillige basis, maar zullen niet in staat zijn het gat op te vullen wat ontstaat door tekorten en slechte organisatie vanuit de verantwoordelijke bestuurders bij SO's, AVG's en psychiaters eenvoudig weg, omdat er net zoveel tekorten zijn aan praktijk houdend huisartsen.

Naast ernstige kwalitatieve diskwalificeringen betreffende de kwaliteit, onderbouwing en eindrapport van de "expertgroep" is duidelijk, dat de huisartsen daar ook absoluut niet representatief, laat staan gemandateerd, vertegenwoordigd zijn geweest. Evident vertegenwoordigen zij niet het standpunt van de huisartsen beroepsgroep.

Hierbij is de conclusie; SO/AVG/Psychiaters moeten zich terugtrekken in een ivoren toren, in de positie van complementair arts en daarmee een heel stuk van de onder hun normale beroeps uitoefende zorg vallende MGZ, zowel in dagzorg als ANW, af te schuiven op de huisartsen. Dit is aanmatigend en zeer oncollegiaal. **Het zou hun beroepsorganisatie sieren ook ver afstand van dit stuk te nemen ervan uitgaande dat dit geen gedeelde visie is.** Voor de huisartsen zou het een ontoelaatbare taakverzwaring betekenen, een slechtere onderhandelingspositie wat betreft de contractinvulling met WLZ-instellingen en een forse verzwaring van de spoedzorg in ANW-tijd met het bekende effect van nog verdere leegloop van de huisartsenzorg.

De fundamentele problemen zijn vergelijkbaar. Niet alle SO/AVG/Psychiaters willen meer en drukkere ANW-dienst doen, net als bij de huisartsen. De beroepsgroep, helaas ook de huisartsen beroepsgroep vertegenwoordigers, hebben deze mogelijkheid zelf toegestaan in het verleden en daarmee een haast onoplosbaar probleem van communicerende vaten op zichzelf afgeroepen. Een steeds kleinere groep zal de alleen maar groter wordende, bij hun contractueel, verplichte zorg moeten gaan leveren. Contracthouder (bestuurder van instelling en vrijgevestigd praktijk houdend huisartsen) met de verzekeraar wordt hierdoor steeds onaantrekkelijker, omdat het ZZP'ers, waarnemers, anio(s), hidha's en dergelijken zich aan deze verplichting kunnen onttrekken. Dit is echter een probleem dat de groepen zelf intern moeten oplossen. Simpelweg de verantwoordelijkheid voor een grote brok zorg bij de huisartsen collega's neer leggen is geen oplossing.

Het is duidelijk dat de minister, ZN en bijzondere artsenverenigingen het verplicht plaatsen van alle algemene MGZ zorg via onderbrengen van de WLZ bij de ZVW steunen. We weten uit het verleden hoe dit kan uitpakken en verzoeken de LHV/NHG/VPH wederom met klem dit onderwerp de hoogste prioriteit te geven en alle mogelijke middelen in te zetten om de al overbelaste huisartsen in Nederland te beschermen, voordat het te laat is. Wij vragen ons af, gezien de teneur, of dit niet nog meer kracht bijgezet moet gaan worden met inzet van de samenwerking met patiëntenverenigingen. Ook zij wensen een volledig pakket zorg vanuit een zorgspecialist: of dat nu huisarts, SO, AVG of psychiater is. Dat blijkt duidelijk uit de consultatieronde

aanhangsel 4B van het rapport Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten.¹¹ Ook het actiemiddel moet niet meer geschuwd gaan worden als deze koersende mammoet tanker niet duidelijk de route bijstelt. Nogmaals herhalen wij dat het de beroepsorganisaties van SO/AVG/Psychiaters zou sieren ook ver afstand van dit stuk te nemen ervan uit gaande dat dit geen gedeelde visie en verzoeken onze beroepsorganisaties hen hierom te verzoeken. Dit zou helpen het gezamenlijk ervaren probleem van drukte in de zorg aan te pakken

In afwachting van uw reactie,

Han Mulder, namens de
Huisartsenvereniging Regio Zwolle

Mede ondertekend door:

Erik Hulscher, Voorzitter Coöperatieve HuisArtsenvereniging voor Regie, Initiatief en Samenwerking U. A. Hardenberg

Cindy Netten, Voorzitter Huisartsen Coöperatie Flevoland en Omstreken U.A.

?, Voorzitter LHV kring Gelderse Rivieren

Henk Hoogervorst, Voorzitter LHV kring Rotterdam en Coöperatie Huisartsen Rotterdam, Huisartsenposten Rijnmond (CHPR)

Marten Broekens, Voorzitter LHV kring Gelre-IJssel

Dick Groot, Voorzitter Vereniging Praktijkhoudend Huisartsen

Mark Pul, Voorzitter LHV Kring Zwolle-Flevo-Vechtdal



Trots op onze collega's Bram M. Homan en Martijn Ruiten die zich inzetten voor een betere zorg!

Gemarkeerd als interessant door Martijn Ruiten



Gisteren mocht ik in Den Haag bij de Directeur Generaal van de langdurige zorg werken aan onze missie; Alle ouderen en mensen met een verstandelijke...

Gemarkeerd als interessant door Martijn Ruiten



Wat een mooi initiatief van onze specialist ouderengeneeskunde Nancy Lenaerts! Als lid van de expertgroep medisch-generalistische zorg (MGZ) ging zij...

Gemarkeerd als interessant door Martijn Ruiten

..

Bron LinkedIn site Directeur MedTzorg Martijn Ruiten.