

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Impact Wzd mag niet onderschat worden

**D**e nieuwe Wet zorg en dwang, die in 2020 in werking treedt, kent een uniek wetstraject: het jaar vóór de invoering wordt er nog gewerkt aan de wet zelf en tegelijkertijd aan de implementatie ervan.

De Wzd heet voluit de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. De wet is er voor de bescherming van hen die een verklaring hebben van een arts dat ze een dergelijke beperking of aandoening hebben, of al een indicatie hebben gekregen in het kader van de Wet langdurige zorg.

Eén essentieel verschil kenmerkt de nieuwe Wzd ten opzichte van de huidige Wet Bopz: de Wzd is persoonsvolgend daar waar de Wet Bopz een wet is die intramuraal van toepassing is. Dat betekent dat de Wzd onder bepaalde voorwaarden ook ambulante kan worden toegepast en dat is in principe een goed uitgangspunt. Mensen hebben recht op vrijheid, bescherming en goede kwaliteit van zorg ongeacht hun verblijfplaats en dus óók buiten de muren van de instelling. Een ander essentieel verschil is echter het onderscheid dat tussen doelgroepen wordt gemaakt. Was er eerst één wet voor dwangzorg, na dertien jaar worden dit er nu twee. Twee wetten die in principe over hetzelfde gaan, maar voor een andere groep mensen.

Gek genoeg is de rechtsbescherming bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking minder goed geborgd dan bij mensen met een andere psychische stoornis. Zo wordt er alleen binnen de Wzd gesproken over een voorstel om de Wzd-arts te verbreden naar een Wzd-functionaris. Dit kan leiden tot inzet van dwangzorg zonder medisch toezicht en dus

zonder uitsluiting van onderliggend (soma)sch lijden.

Ook zijn de benodigde competenties en kwaliteiten van de 'zorgverantwoordelijke' in de Wzd onduidelijk, terwijl die in de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) goed gespecificeerd zijn. En er is onduidelijkheid over het 'register voor Wzd-accomodaties', wat meer een vrijwillige aanmelding is dan een toetsing. Dit heeft als nadeel dat er dus ook geen kwalitatieve, randvoorwaardelijke toetsing mogelijk is. Hierdoor kunnen problemen in kwaliteit ontstaan zoals we ook al zien bij de toetreding van kleinschalige woonvormen. En last but not least zijn er veel praktische uitwerkingen die verschillen en zijn er vragen hoe in de praktijk de scheiding is te maken tussen de Wvggz en de Wzd, ook omdat deze wetten deels dezelfde problematiek kennen.

Gelukkig trekken we samen met de KNMG op om te pleiten voor het waarborgen van de rechtsbescherming van iedere patiënt, ongeacht het onderliggend lijden. We pleitten zelf al lange tijd voor een, helaas nog steeds niet uitgevoerde, impactanalyse van de invoering van de beide wetten én, als het zover is, voor een gefaseerde invoering. Dat wil zeggen dat het de voorkeur heeft om de Wzd eerst intramuraal in te voeren en pas daarna de ambulante zorg.

Op dit moment is er nog onvoldoende besef dat elke arts met deze nieuwe wetten te maken krijgt en daarmee ook een rol kan of zou moeten hebben in de aanpassingen die nog gedaan kunnen worden. We denken dat het essentieel is dat de KNMG een belangrijke rol pakt op dit dossier, gezien de consequenties voor alle artsen en patiënten. Uiteraard willen we daarbij onze kennis en ervaring rond dwang en drang in de ouderenzorg met u delen.



NIENKE NIEUWENHUIZEN



Elke arts krijgt met deze nieuwe wetten te maken

verenSo

Nienke Nieuwenhuizen  
voorzitter VerenSo



GERT VAN DIJK



Wanhoop  
is een  
dankbare  
bron voor  
misleiding

**Gert van Dijk**  
ethicus bij de KNMG  
en het Erasmus MC

COLUMN ETHIEK IN DE PRAKTIJK

## Medische crowdfunding

**H**elp mij, dit is mijn laatste kans!' Steeds vaker proberen patiënten via medische crowdfunding een behandeling te financieren. In 2016 werd op deze manier in de VS al meer dan 3 miljard dollar opgehaald, en de verwachting is dat dit nog zal stijgen. Ook in Nederland komt het steeds vaker voor. Nederlandse omroepen maken er zelfs series over en maken zo onbedoeld reclame voor het verschijnsel.

Wie in een wanhopige situatie zit of een naaste heeft met een slechte prognose, gaat soms op zoek naar strohalmgeneeskunde. Dat is heel begrijpelijk. En soms zeggen mensen ook daadwerkelijk baat te hebben bij een dergelijke behandeling. Maar medische crowdfunding roept ook een groot aantal ethische vragen op.

Bij crowdfunding gaat het geregeld om niet-bewezen behandelingen in buitenlandse klinieken. Studies in *The Lancet* en *JAMA* laten zien dat veel van deze behandelingen bewezen ineffectief en vaak zelfs gevaarlijk zijn. De valse hoop die deze aanbieders soms wekken kan tot zinloze, belastende medische interventies leiden, de acceptatie van de vaak naderende dood bemoeilijken en mensen in grote financiële problemen brengen. Het is goed te begrijpen dat je, als je wanhopig bent, soms op zoek gaat naar een laatste strohalm. Maar helaas zijn er mensen die daar misbruik van maken.

Crowdfunding kan ook nog andere gevolgen hebben. Bij SOLK-klachten worden soms niet lege artis diagnoses gesteld, met vaak een bijpassende dure therapie. Patiënten beginnen daarop soms een crowdfundingactie om deze therapie te bekostigen. Maar succesvol crowdfundingen kan alleen als potentiële donoren overtuigd zijn dat alleen die voorgestelde behandeling hen kan redden. Zo kan crowdfunding iemand onbedoeld belemmeren om nog open te staan voor verlichting van de klachten door reguliere behandelmethodes.

Medische crowdfunding kan het vertrouwen in het systeem van verzekerde zorg ondermijnen. Niet zelden gaan oproepen voor crowdfunding gepaard met kritiek op zorgverzekeraars, die

niet bereid zouden zijn om buitenlandse behandelingen te vergoeden. Dat daarvoor goede redenen zijn, blijft vaak onbelicht. Bekend is de zaak van Charlie Gard, een pasgeborene met een ernstige aandoening. De ouders begonnen een crowdfundingactie voor een omstreden behandeling in Amerika. Er ontstonden ernstige conflicten, tot aan demonstraties en bedreigingen toe, omdat het betreffende ziekenhuis niet bereid was om Charlie bloot te stellen aan de in hun ogen zinloze medische behandeling.

Ook voor artsen roepen crowdfundingacties nieuwe vragen op. Wat doe je als een patiënt zo'n actie begint, terwijl je zeker weet dat de buitenlandse diagnose niet klopt, of de kliniek of behandeling niet bona fide is? Wat doe je als een patiënt afziet van reguliere behandeling en gaat crowdfundingen voor een alternatieve behandeling? Wat weegt zwaarder: de autonomie van de patiënt, of de verantwoordelijkheid van de arts om iemand tegen zinloze behandelingen te beschermen?

Met de verdere opkomst van dure geneesmiddelen en behandelingen, die lang niet altijd vergoed zullen worden, valt te verwachten dat patiënten zich vaker zullen wenden tot medische crowdfunding. Dat is goed te begrijpen en sommigen zullen daar mogelijk ook baat bij hebben. Maar laten we ook oog houden voor de morele vragen die dit oproept. Want wanhoop is een dankbare bron voor misleiding. *knmg*

**Ethische dilemma's:** ze spelen dagelijks in de zorg. Vaak kijkt u er weer anders tegenaan dan uw collega. Ethische kaders en gedragsregels geven ruimte voor de toepassing in specifieke situaties. KNMG-ethicus Gert van Dijk verkent actuele dilemma's in zijn columns over ethiek in de praktijk.

Deze column is geschreven op persoonlijke titel. De bronnen bij deze column vindt u op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns). Reageren kan ook op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns).

# Minister Bruno Bruins krijgt inkijkje in gang van zaken rond medische implantaten

**M**inister Bruno Bruins voor Medische Zorg en Sport heeft op 14 januari jongstleden op uitnodiging van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging in het bijzonder, een werkbezoek afgelegd aan het Reinier de Graaf ziekenhuis. Tijdens het bezoek kreeg de minister een inkijkje in de informatievoorziening van medische implantaten en het belang van kwaliteitsregistraties. De FMS pleit voor een koppeling tussen de bestaande kwaliteitsregistraties van medische implantaten en het Landelijke Implantatenregister (LIR) dat per 1 januari is ingegaan.

Tijdens het werkbezoek was de minister bij intakegesprekken van twee patiënten die binnenkort een knieprothese krijgen. Daarnaast heeft de minister inzicht gekregen in de informatievoorziening

Rolf Bloem (links), orthopeed in het Reinier de Graaf ziekenhuis, geeft uitleg aan minister Bruno Bruins voor Medische Zorg en Sport.

van medische implantaten van fabrikant naar arts en vervolgens naar patiënt. Ter afsluiting van het bezoek heeft hij kunnen zien hoe de registratie van het behandelingsproces in zijn werk gaat en op welke manier slecht functionerende protheses gesignaleerd kunnen worden via kwaliteitsregistraties. Minister Bruno Bruins over het werkbezoek: 'Het was een heel prettig gesprek. Ik ben meegenomen in de patiëntreis. Van het begin van de kwaal, naar het gesprek met de arts, het gezamenlijk besluit om een implantaat te plaatsen tot de nazorg. Het belang dat wordt gehecht aan kwalitatief goede zorg, trots op het resultaat als de patiënt goed geholpen is en verantwoordelijkheid voor goede registratie tekenen de professional.'

## Koppeling essentieel voor patiëntveiligheid

Kwaliteitsregistraties van wetenschappelijke verenigingen bieden aanvullende informatie over medische implantaten, die van groot belang zijn voor de patiëntveiligheid. Het kwaliteitsregister van bijvoorbeeld de beroepsgroep orthopedie bevat patiëntgegevens, implantaatgege-

vens, operatiegegevens en uitkomstgegevens (over hoe het implantaat presteert). Met deze gegevens kan een slecht functionerende prothese gesignaleerd worden. Informatie die het LIR niet genereert. Het belang van kwaliteitsregistraties van medische hulpmiddelen is voor de FMS afgelopen jaren daarom reden geweest om bij de invoering van het LIR

'Ik ben meegenomen in de patiëntreis'

per januari 2019 te pleiten voor een koppeling met de bestaande kwaliteitsregistraties van wetenschappelijke verenigingen. Een pleidooi dat tot nu toe door het ministerie niet is omgezet in beleid. Daarnaast staat de FMS op het standpunt dat kwaliteitsregistraties georganiseerd dienen te zijn als regulier onderdeel van het zorgproces en dus ook regulier onderdeel dienen te zijn van de bekostiging van de zorg. Het zijn deze kwaliteitsregistraties waardoor problemen met implantaten vroegtijdig aan het licht kunnen komen, en die mede daarmee de zorg telkens kunnen verbeteren.

Eind december presenteerde minister Bruins in een brief aan de Tweede Kamer een aantal maatregelen met betrekking tot medische implantaten, gericht op het vergroten van de patiëntveiligheid. Dit naar aanleiding van de publicatie van de #implantfiles door dagblad Trouw en televisieprogramma Radar. Binnenkort volgt er een plenair debat in de Tweede Kamer over het toezicht op medische implantaten. 



FRANK VAN DER BURG

## Hoe zou het zijn om je patiënt een level te geven in plaats van een leeftijd?

In de medische wereld kennen we vooral de indeling op basis van orgaansystemen; neurologie, cardiologie, orthopedie, dermatologie. Minder vaak wordt er gekeken vanuit een perspectief waarbij de context van de patiënt het uitgangspunt is. Een mogelijkheid daarvoor is een verdeling naar leeftijd, zoals dit nu het geval is bij kinder- en ouderengeneeskunde. Ook in andere specialismen is leeftijd een zwaarwegende parameter voor diagnostiek en therapie. Maar wat gebeurt er als we een andere invalshoek kiezen?

Vijfdejaars geneeskundestudent Sanne Kox koos een zeer verrassende benadering, namelijk die van 'levels' zoals daarover in de game-wereld wordt gesproken. Daarmee won ze de Domus Dag Essay Prijs over het thema 'de dokter en de levenstrap'. 'We moeten ons afvragen waar iemand zich bevindt op de levenstrap, in plaats van ons blind te staren op hoe lang deze persoon al op deze trap staat.'

Lees hiernaast het verrassende essay waarmee Sanne illustreert dat aannames en vooronderstellingen over mensen van een bepaalde leeftijd – juist jong of oud – kunnen leiden tot verkeerde diagnostiek, overdiagnostiek en onderdiagnostiek.

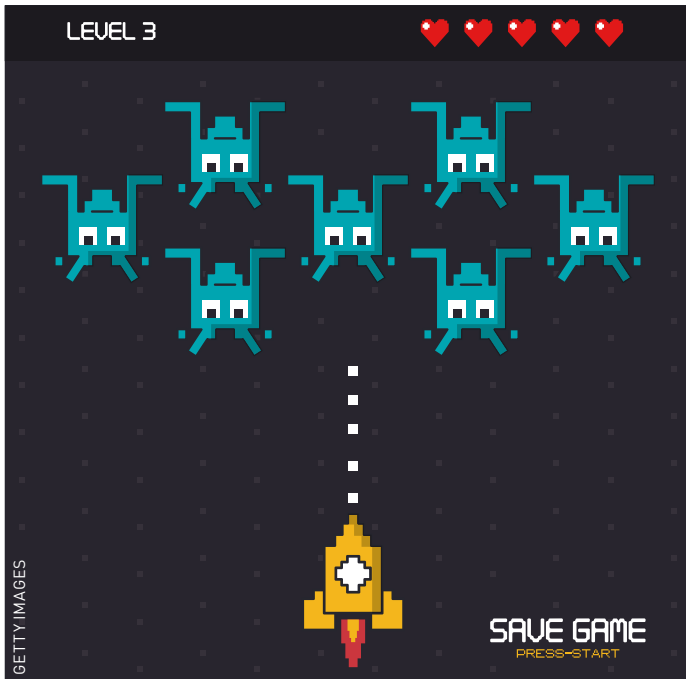
KNMG-voorzitter René Héman overhandigt de Domus Dag Essay Prijs aan Sanne Kox.



### Levels

**M**et een vader die betrokken is geweest bij het opzetten van de gamedesign-opleiding ontquam ik er als klein meisje niet aan om met een pistool en hakbijl op virtuele zombies te jagen. Je kunt bijna geen game noemen die ik niet heb gespeeld – iets waar ik tijdens mijn coschappen chirurgie bij het bedienen van de laparoscopus nog veel profijt van heb. In games bestaat geen leeftijd. Aan het begin van het spel kies je je karakter dat gedurende de rest van het spel er hetzelfde uit blijft zien, hetzelfde blijft presteren. Er bestaan geen ouderdomsziektes, er bestaat geen virtuele held met atherosclerose. De bestuurder achter het scherm wordt ouder, krijgt rimpels en grijze haren, maar het digitale figuurtje lijkt ongevoelig voor de onontkoombare gevolgen van de tijd. Door het jagen op deze virtuele monsters wordt het poppetje op het scherm sterker, sneller, beter. De ervaring die jouw karakter opdoet, wordt uitgedrukt in een van de belangrijkste getallen van de game-industrie: het level. Het grappige is dat – net als in het 'echte' leven – de grenzen van deze levels steeds verder verlegd worden. Om het interessant te houden, prikkelend, uitdagend. Waar je eerst nog maar level 70 kon worden, worden de grenzen nu steeds verlegd, naar level 75, naar level 80.

In het 'echte' leven zegt het getal van jouw 'poppetje' ook iets over de ervaring die je hebt opgedaan in het leven. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer je doorgaans hebt meegemaakt. Maar is het niet wat te beperkt? We kennen allemaal de uitspraak 'Ik ben niet mijn leeftijd' – iets waar ik me overigens sterk in herken, omdat ik al op mijn 16de ben begonnen aan geneeskunde. Hoewel leeftijd een bepalende factor is om tot een gedegen werkdiagnose te komen, ben ik ervan overtuigd dat veel artsen uitzonderingen kunnen noemen op deze regel. Denk aan de oudere patiënt met een congenitale afwijking, of kinderen met kanker, of prematuren. Deze patiënten lijken de dans der leeftijd te ontspringen. Natuurlijk zijn dit de extreme gevallen, de witte raven. In de praktijk gaat het meer over veertigers met COPD, TIA's en angina pectoris. De patiënten die je eigenlijk net te jong acht voor de diagnose die het beste lijkt te passen. Juist bij deze patiënten loop je als arts het risico extra diagnostiek aan te vragen, om het zekere voor het onzekere te nemen. Tóch nog een scan van het plekje op de



X-thorax waarvan je op basis van het beeld vrijwel zeker weet dat het niet meer is dan littekenweefsel. Toch nog een echo cor om andere myopathieën uit te sluiten.

Uiteindelijk kom je als arts tot de juiste diagnose door het plaatje van de gehele patiënt mee te nemen, door te kijken naar wie voor je zit, door te vragen naar risicogedrag en familiale voorgeschiedenis. Omgekeerd hoop ik dat u van mij als coassistent aanneemt dat er in de praktijk regelmatig noodzakelijke diagnostiek niet wordt verricht, omdat de patiënt 'nu eenmaal te jong (of te oud) is voor een bepaalde diagnose'. Denk bijvoorbeeld aan het achterwege blijven van een SOA-test bij de oudere, seksueel actieve patiënt. Of het niet verrichten van een algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek bij jongvolwassenen bij de preoperatieve screening [...].

Ik wil graag een gedachte delen waar ik mee speel. Zou het niet interessant zijn om patiënten een level te geven in plaats van een leeftijd? We wegen leeftijd natuurlijk wel mee, maar betrekken ook life events, risicogedrag, familiale voorgeschiedenis. We zouden patiënten een 'overall' level kunnen geven dat op te splitsen valt per vakgebied. Hoe hoger het level, hoe meer ervaring. Risicogedrag zou dan door meer blootstelling leiden tot hogere levels op bijvoorbeeld cardiovasculair en pulmonaal gebied. Meer life events leiden tot meer mentale ervaring, wat iets zegt over iemands psychische bagage. Het zou daarmee geen vervanging worden voor diagnostiek, maar

een hulpmiddel om tot de juiste diagnose te kunnen komen. Het grappige is dat we dit al een beetje lijken te doen, bijvoorbeeld op het gebied van cardiovasculair risicomanagement. We delen patiënten in per categorie op basis van een risicoprofiel en passen hier ons beleid op aan.

Waarom dit ogenschijnlijk omslachtige systeem? Hoewel leeftijd iets zegt over de fase waarin we ons bevinden, vertelt het ons eigenlijk niet op welke trede we staan op de levenstrap. Het is een omgekeerde houdbaarheidsdatum zonder verdere informatie over het product. En toch baseren we er een groot deel van ons beleid op; er zijn zelfs volledige vakgebieden ingericht naar leeftijd. Begrijp me niet verkeerd: het is goed dat we onze behandelingen inrichten per levensfase. Maar was ik op mijn plek geweest als 17-jarige, zelfstandig wonende, tweedejaars geneeskundestudent op de afdeling Kindergeneeskunde?

Natuurlijk valt een mens niet uitsluitend uit te drukken in getallen. Niemand zou zich een nummer moeten voelen. Toch kan een getal als leeftijd grote invloed uitoefenen op het verdere beleid dat artsen inzetten. Of we mensen daadwerkelijk moeten gaan uitdrukken in levels – hoewel het mij wat scheve blikken zou besparen als ik op mijn 22ste afstudeer als arts – laat ik in het midden. Het is gedachtevoer. Ik denk namelijk dat we ons als artsen ongeacht de leeftijd van onze patiënt moeten afvragen waar iemand zich bevindt op de levenstrap, in plaats van ons blind te staren op hoe lang deze persoon al op deze trap staat. Niet alleen om te voorkómen dat de patiënt met de

## Niemand zou zich een nummer moeten voelen

verkeerde diagnose de deur uitloopt, maar ook om op een juiste manier met deze patiënt te kunnen communiceren – of liever gezegd, om als dokter met deze patiënt te kunnen levelen.

Hoewel de virtuele realiteit ver van de onze af staat, kunnen wij als artsen hier dus wel degelijk wat van leren. Misschien dat als we ons openstellen voor deze digitale wereld, we ooit het geheim mogen ontdekken waardoor het bundeltje pixels op het scherm na al die jaren nog steeds een gladgestreken huid heeft. Mijn level kun je tot aan deze ontdekking in ieder geval uitdrukken in het groeiende aantal grijze haren op mijn hoofd.

*knms*

## Artsenorganisaties kritisch over dwangzorg zonder medisch toezicht

**A**ls gedrag van patiënten zó problematisch is dat zorg onder dwang noodzakelijk lijkt, kan dat medische oorzaken hebben. Daarom is het essentieel dat een onafhankelijk arts toezicht blijft houden op alle beslissingen tot dwang en ook verantwoordelijk blijft voor dit beleid binnen een instelling. Met deze boodschap spreken artsorganisaties LHV, NVAVG, NVvP en Verenso zich onder de vlag van de KNMG uit richting de Tweede Kamer, die de Aanpassingswet zorg en dwang nu in behandeling heeft.

### Dwang

De kern van de aanpassing op de Wet zorg en dwang is dat ook een tweetal niet-medisch geschoolde beroepsgroepen het toezicht op zorg onder dwang onder de hoede kunnen krijgen. In deze Aanpassingswet komt die verantwoordelijkheid in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg dan bij een zogeheten Wzd-functionaris te liggen. Niet alleen een arts, maar ook een orthopedagoog-generalist of een gezondheidszorgpsycholoog kan deze rol dan vervullen. De artsorganisaties zijn hier kritisch over. Onder de huidige wet is deze taak wel bij een arts belegd. De vraag is welke impact de aanpassing heeft op de rechtspositie van de client. Het is immers essentieel om eerst een medische oorzaak van probleemgedrag uit te sluiten om daarmee onnodige inzet van dwang te voorkomen. Denk aan agressiviteit door pijn, die met pijnbestrijding effectiever en minder ingrijpend kan worden verholpen dan met een vrijheidsbeperking. Ook het afbouwen en voorkómen van dwang door het formuleren van instellingsbeleid – ook taken van de Wzd-functionaris – vergen medische expertise.

### Toezicht

Bovendien ontstaat er een onterecht rechtsverschil tussen verschillende patiënten-

groepen als dit wetsvoorstel wordt aangenomen. In de Wet verplichte ggz is namelijk niet gekozen voor een uitbreiding van beroepsbeoefenaren. Het toezicht blijft daar voorbehouden aan een arts. Dit leidt tot een onwenselijk verschil in rechtsbescherming tussen mensen met een verstandelijke beperking of dementie en psychiatrische patiënten. De Raad van State heeft in eerdere adviezen gewezen op de onwenselijkheid van verschil in rechtspositie.



GETTY IMAGES

### Mandaat

Reden voor de verbreding van Wzd-arts naar Wzd-functionaris is volgens de minister het capaciteitsprobleem onder artsen. De artsorganisaties vragen zich af of dit een reden mag zijn voor het inboeten op de kwaliteit van onvrijwillige zorg. Ook is de vraag of het niet mogelijk is het probleem op te lossen via een zogeheten mandaatsconstructie, waarbij het toezicht feitelijk door een andere beroepsbeoefenaar wordt uitgevoerd, maar de arts wel eindverantwoordelijk blijft. *knmg*

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



### FEDERATIEPARTNERS

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



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



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij  
en Gezondheid  
E. Buiting, voorzitter  
R. Duzijn, directeur  
tel. 030 303 3662  
bureau@kamg.nl, kamg.nl



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



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



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



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



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

