

# Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

## Antibioticaresistentie regionaal aanpakken

**A**ntibioticaresistentie (ABR) bedreigt onze gezondheid. In Europa sterven jaarlijks meer dan 25.000 mensen aan onbehandelbare infecties.<sup>1</sup> De bacteriën die deze infecties veroorzaken zijn namelijk resistent tegen antibiotica. Als we niets doen, zal dit cijfer in 2050 stijgen naar wereldwijd 10 miljoen doden per jaar.<sup>2</sup>

ABR is een complex volksgezondheidsprobleem. De dreiging van resistente bacteriën speelt in de gezondheidszorg, in de veehouderij, in ons voedsel en in het milieu. De dreiging komt ook uit de landen om ons heen. Door ons reisgedrag importeren we resistente bacteriën naar Nederland. Een recente Franse studie meldt dat 78 procent van de reizigers uit Azië terugkomt met een resistente bacterie.<sup>3</sup> Resistente bacteriën zijn nu vooral nog een probleem van ziekenhuizen en verpleeg- en verzorginstellingen. Maar de effecten van ABR zullen in de toekomst breder in de maatschappij gevoeld worden: Meer mensen zullen, mede door de vergrijzing, moeilijk te behandelen infecties ontwikkelen, zoals urineweginfecties, longontstekingen en huidinfecties. De noodzakelijke preventiemaatregelen hebben een grote impact op het persoonlijke leven van burgers.

Op 7 juli stuurde minister Schippers een brief naar de Tweede Kamer over de stand van zaken van ABR. Een belangrijk onderdeel in de nationale aanpak van ABR is het inrichten van tien regionale zorgnetwerken waarin zorgverleners gaan samenwerken om te voorkomen dat resistente bacteriën zich door de zorgketen bewegen en nieuwe resistentie ontstaat. De regionale taken worden uitgevoerd door een

team van professionals. Er wordt in vijf pilotregio's gestart met deze regionale samenwerking.

Daarnaast gaat de minister onderzoeken of de bestrijding van infecties met resistente bacteriën nu voldoende adequaat kan worden opgepakt binnen de Wet Publieke Gezondheid, of dat hiervoor een wetswijziging nodig is. Zij overweegt een meldingsplicht voor bijzonder resistente micro-organismen.

Essentieel in de brief van de minister is de sturing op samenwerking tussen cure, care en public health. ABR is tenslotte niet alleen een probleem voor de curatieve sector!

In de curatieve sector staat het belang van de individuele patiënt voorop. En dus worden infectieproblemen vanuit dit (micro)niveau benaderd. De arts M&G, sociaal geneeskundige, kijkt door een macroscoop naar het probleem van de infectieziekte. Infectieziektebestrijding op het gebied van ABR vraagt mede om een helikoptervisie, waarbij zowel bewegingen van patiënten als micro-organismen in kaart moeten worden gebracht. In de aanpak van ABR is het bij elkaar brengen van deze complementaire visies, partijen en het organiseren van samenwerking – professioneel en bestuurlijk – cruciaal.

Nederland kent van oudsher een goedwerkend systeem voor infectieziektebestrijding. De GGD'en spelen op dit terrein, en wettelijk geborgd, al een verantwoordelijke rol. Ook in de aanpak van ABR moeten de GGD en de arts M&G hun rol pakken. Ik heb het volste vertrouwen dat ze deze uitdaging samen met de andere professionals aankunnen.

“

RENÉ HÉMAN



ABR is niet alleen een probleem voor de curatieve sector!



René Héman  
voorzitter KAMG

De voetnoten vindt u onder deze column op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl)

“  
GERT VAN DIJK



'Prenatale screening verandert de wijze waarop vrouwen hun zwangerschap beleven'

Gert van Dijk  
ethicus bij de KNMG en het  
Erasmus MC  
@gert\_van\_dijk

COLUMN

# Onbevangen zwanger

**B**innenkort krijgen alle zwangere vrouwen er mee te maken: de NIP-test. Deze prenatale test maakt het mogelijk om eerder en veiliger vast te stellen of een foetus een bepaalde afwijking heeft, zoals het syndroom van Down. Dat lijkt vooruitgang, maar sommigen vrezen dat dit leidt tot steeds minder acceptatie van mensen met het downsyndroom. Bekende Nederlanders schreven in een open brief dat met de NIP-test eigenlijk wordt gezegd: 'je hoeft er niet te zijn'.

Is dat zo? Veroordeelt een vrouw die haar aangedane zwangerschap afbreekt het leven van mensen met downsyndroom? Ik denk het niet. Een vrouw breekt haar zwangerschap af, omdat zij zelf niet in staat of bereid is om een kind met downsyndroom groot te brengen. Daarmee zegt zij niets over de waarde van het leven van mensen met het syndroom van Down. Net zo min als vrouwen die geen kinderen willen daarmee iets zeggen over de kinderen van andere mensen.

De samenleving moet plek bieden aan alle mensen met een beperking. Maar daaruit volgt niet dat individuele vrouwen een kind met een beperking gedwongen moeten accepteren. De individuele keuzevrijheid van vrouwen kan niet opgeofferd worden aan een ideaal dat zij mogelijk zelf niet delen.

In het debat over de NIPT worden veel 'zachte' argumenten gebruikt. Dat zijn argumenten die bijvoorbeeld gaan over de vraag waar grenzen van maakbaarheid liggen en hoe ver je mag ingrijpen in de natuur. Discussies over nieuwe technologieën gaan vaak over deze 'zachte' gevolgen. Technologie is niet moreel neutraal en verandert onze ideeën. Anticonceptie veranderde de opvattingen over moederschap, de wasmachine die over hygiëne en prenatale screening verandert onvermijdelijk de wijze waarop vrouwen hun zwangerschap beleven.

In een samenleving, zo divers als de onze, bestaat echter geen overeenstemming over een 'goede zwangerschap'. Daarom is het niet goed mogelijk om met 'zachte' argumenten technologie tegen te houden. Die argumenten zijn name-

lijk gebaseerd op een opvatting die niet door iedereen gedeeld wordt. De NIPT niet aan vrouwen aanbieden omdat hen daarmee een 'onbevangen' zwangerschap wordt onthouden, is een onaanvaardbare vorm van paternalisme. De een wil graag een onbevangen zwangerschap, een ander kiest juist voor controle en zekerheid. Voor beide opvattingen moet ruimte zijn.

De discussie over de NIPT zou wat mij betreft dan ook niet moeten gaan over het tegengaan ervan. Belangrijker is de vraag hoe we deze test zo kunnen introduceren dat er ruimte blijft voor verschillende opvattingen over een goede zwangerschap.

Wat mij tot slot opvalt aan de discussie is dat zowel de vrouwen die kozen voor het uitdragen van een aangedane zwangerschap, als de vrouwen die ervoor kozen dat niet te doen, daar door anderen op werden aangesproken. Soms op een hele respectloze manier. Ook dat is een uitdaging waar de NIPT ons voor stelt. Een kind met downsyndroom zal steeds meer een 'keuze' worden, in plaats van dat het je 'overkomt'. Dat legt een verantwoordelijkheid bij zwangere vrouwen. Bij zorgverleners legt het de verantwoordelijkheid om vrouwen zorgvuldig te begeleiden bij hun afweging. Van ons allemaal vraagt het respect voor de keuzes die vrouwen maken. Ook als dat een keus is die we zelf niet zouden maken. *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.

Reageren kan op [knmg.nl/columns](http://knmg.nl/columns).

**Wat vindt u?**

Discussieer mee in de KNMG LinkedIn groep Artsen en ethische dilemma's, kijk op [knmg.nl/ethischdilemma](http://knmg.nl/ethischdilemma).

# Pincet en Penseel expositie Domus Medica

In het restaurant van Domus Medica exposeert Enrike van der Linden-van der Zwaag, orthopedisch chirurg in het LUMC in Leiden en lid van het KNMG-gezelschap Pincet en

Penseel. Zij toont acrylverfschilderijen, elk met een daarbij door haar broer Max van der Zwaag gemaakt gedicht. De titel van haar tot en met oktober 2016 durende expositie is: Schilderschrift. *knmg*



'Hare Waarheid'



Save  
the date!

## Symposium Zorgevaluatie

Vrijdag 28 oktober 2016  
van 13.00 – 17.00 uur



Federatie  
Medisch  
Specialisten

Dit symposium en het Rapport  
Zorgevaluatie worden mede  
mogelijk gemaakt door:



ZonMw

### VOOR WIE?

Het symposium is relevant voor medisch specialisten, onderzoekers, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars, en andere partijen die betrokken zijn bij het onderwerp zorgevaluatie.

**Graag verwelkomen wij u op dit symposium!**

### Wilt u meer weten over:

- best practices en leerpunten voor zorgevaluatie?
- de manier waarop wetenschappelijke verenigingen kennisagenda's opstellen?
- de toepassing van onderzoeksresultaten in de praktijk en de rol van wetenschappelijke verenigingen daarin?

### Wilt u meediscussiëren over:

- een duurzame onderzoeksinfrastructuur en "shared savings" (herinvestering van opbrengsten van doelmatigheidsonderzoek in nieuw onderzoek en in infrastructuur binnen ziekenhuizen)
- de rol van patiëntenverenigingen bij onderzoek en het prioriteren van onderzoeksvragen?

Meer informatie over programma en de locatie volgt binnenkort.  
Hou ook [www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl) in de gaten!

## Is mijn patiënt een terrorist?

### Beroepsgeheim in tijden van aanslagen

Terroristische aanslagen maken mensen angstig en extra alert. Dat geldt ook voor artsen. Artsen voelen de maatschappelijke plicht om de politie te attenderen op het risico van aanslagen dat uitgaat van hun patiënten. Maar mag dat wel, gelet op hun beroepsgeheim? Moeten we, net als Duitsland, overwegen een wettelijke meldplicht in te voeren?

**Aart Hendriks en Sjaak Nouwt**

In een paar maanden tijd ziet huisarts Bokic de 25-jarige Kevin geleidelijk aan veranderen. Kevin, een teruggetrokken patiënt met meervoudige gezondheidsproblemen, uit veel kritiek op de maatschappij. Hij is ervan overtuigd dat hij in actie moet komen als niemand anders dit doet, zo vertelt hij een keer tijdens het spreekuur. Als Kevin een keer niet op het spreekuur kan komen, bezoekt Bokic Kevin thuis. Aan de spullen en boeken die Bokic daar aantreft, groeit het vermoeden dat Kevin wel eens echt tot actie zou kunnen overgaan. Bokic heeft een slecht gevoel over de situatie en twijfelt of zij de politie moet inschakelen.

Met regelmaat leggen artsen de KNMG-Artseninflijn dit soort casussen voor. Door de reeks aanslagen en andere geweldsincidenten in buurlanden neemt het aantal vragen fors toe. Artsen voelen de maatschappelijke plicht om de politie te attenderen op ernstige geweldsrisico's die uitgaan van hun patiënten en worstelen nogal eens met de vraag wat te doen bij een patiënt die zich vreemd gedraagt. Wat mag wel en niet, gelet op hun beroepsgeheim? En moeten we eventueel zoals Duitsland overwegen een wettelijke meldplicht in te voeren bij terreurplannen?

#### Beroepsgeheim ter voorkoming van aanslagen

Het medisch beroepsgeheim is van groot maatschappelijk belang, ook ter voorkoming van aanslagen en ander gevaar. De wetenschap dat artsen vertrouwelijk omgaan met de patiëntinformatie is de ultieme waarborg dat mensen, bijvoorbeeld met psychische problemen, zich vrij voelen zich tot een arts te wenden. Alleen dan kunnen zij ook het beste worden geholpen. Patiënten moeten met een arts alles kunnen bespreken, waaronder angsten, woedes, frustraties en intimiteiten. Ook mogen zij spreken over strafbare feiten die zij hebben gepleegd, zonder te hoeven vrezen voor openbaarmaking of een aangifte. Om goede

zorg te kunnen verlenen, is het tegelijkertijd van groot belang dat een patiënt alle noodzakelijke informatie verstrekt aan een arts. Het beroepsgeheim dient daarom zowel het algemeen maatschappelijke belang als het individuele gezondheidsbelang van de patiënt.<sup>1</sup>

Dit verklaart ook waarom een arts het beroepsgeheim alleen bij wijze van hoge uitzondering mag doorbreken. Want zonder beroepsgeheim stellen patiënten een bezoek aan de arts misschien uit en vertellen ze de arts waarschijnlijk niet meer alles wat hen dwars zit. Dat is onwenselijk en gevaarlijk, voor de patiënt en voor de samenleving als geheel.

#### Privacy patiënt versus gevaar

Er bestaan in Nederland een aantal meldplichten. Bijvoorbeeld voor infectieziekten, euthanasie, overlijden of gedwongen opnemingen. Er bestaat geen meldplicht in geval van terreurplannen. Een dergelijk wetsvoorstel gaat de KNMG ook te ver, omdat het zijn doel voorbij schiet. De arts wordt zo een soort verlengstuk van justitie. Bovendien bestaan in Nederland afdoende mogelijkheden voor artsen om indien nodig in actie te komen. De literatuur en rechtspraak voorzien namelijk in de mogelijkheid voor artsen om het beroepsgeheim te doorbreken in een situatie waarin sprake is van een zogeheten 'conflict van plichten'. Dat is aan de orde indien de arts in gewetensnood raakt als hij zijn geheimhoudingsplicht blijft toepassen in de wetenschap dat er daardoor een schijnbaar onafwendbaar gevaar voor de betrokkene of anderen ontstaat. Zo'n situatie kan zich ook voordoen bij het inschatten van een risico op een terroristische aanslag of andere vorm van geweld.<sup>2</sup>

Het doorbreken van het beroepsgeheim op grond van een conflict van plichten is volgens het Nederlandse recht een laatste redmiddel (*ultimum remedium*). Een arts mag bij een conflict van

plichten zijn beroepsgeheim pas doorbreken als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het niet doorbreken van de zwijgplicht levert voor de patiënt of voor een ander ernstige schade op;
- Om onafwendbare schade te voorkomen is er geen andere uitweg dan doorbreking van het geheim;
- Het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking die schade kan worden voorkomen;
- De arts verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht;
- De arts heeft alles in het werk gesteld om eerst toestemming van de patiënt te verkrijgen voor doorbreking van het beroepsgeheim.

### Opstelling van de tuchtrechter

De Nederlandse (tucht)rechter toetst zeer strikt of aan al deze voorwaarden is voldaan. Een arts moet dus wel zeer overtuigd zijn van zijn vermoedens alvorens bijvoorbeeld een aangifte of een melding te doen bij de politie, sociaal wijkteam, veiligheids-huis of in andere overlegsituaties.<sup>3</sup> Ook vanwege de zwaarte van een beschuldiging van terrorisme dienen artsen zeer zorgvuldig te handelen. Bij voorkeur zal een arts met een patiënt in gesprek gaan, maar dit is natuurlijk niet altijd mogelijk. Bij een conflict van plichten gaat het altijd om toekomstige reële gevaren. Een arts mag het beroepsgeheim niet doorbreken om voorvallen te melden bij de politie die zich in het verleden hebben voorgedaan, zoals een moord of mishandeling. Hoe moreel verwerpelijk een arts dit persoonlijk ook vindt en ongeacht of hij zou willen meehelpen om de dader te straffen. Wel is het voorstelbaar dat een persoon die in het verleden een ernstig strafbaar feit heeft gepleegd, ook in de nabije toekomst een gevaar voor anderen kan betekenen. In een dergelijke situatie kan mogelijk wel een beroep worden gedaan op een conflict van plichten om hier melding van te maken.

### Concreet dreigend gevaar

Betekent het uiten van bepaalde gewelddadige ideeën dat er een reële dreiging bestaat dat deze patiënt ernstige schade zal toebrengen aan een ander of aan zichzelf? Wij denken dat dit op zichzelf onvoldoende argumenten zijn om een aangifte of melding te doen op grond van een conflict van plichten. Dit kan veranderen als een arts over aanvullende informatie of concrete aanwijzingen beschikt. Ook de aankondiging van een patiënt dat hij zal afreizen naar het buitenland om zich aan te sluiten bij een gewelddadige organisatie is onvoldoende reden om het beroepsgeheim te doorbreken. Daarvoor is het dreigend gevaar onvoldoende concreet. Dat is hooguit anders als de betrokkene dreigt kinderen of anderen tegen hun zin daarnaartoe te ontvoeren.

### De juiste afweging

Hulpverleners moeten uiteindelijk zelf de beslissing nemen, maar hoeven de afweging niet in hun eentje te maken. Artsen kunnen bij twijfel de situatie (anoniem) bespreken in een colle-

giaal overleg, een jurist of de Artseninfolijn van de KNMG. De KNMG adviseert artsen om in ieder geval in het patiëntendossier vast te leggen welke afweging is gemaakt en waarom uiteindelijk wel of niet is gekozen voor doorbreking van het beroepsgeheim.

### Mag een arts bellen naar Meld Misdad Anoniem?

Het anoniem melden van een mogelijke, toekomstige misdaad betekent ook een doorbreking van het beroepsgeheim. De arts is immers degene die anoniem blijft, niet de patiënt. Voor anoniem melden gelden daarom dezelfde eisen als voor het op naam melden. Indien niet is voldaan aan de eisen van een conflict van plichten, is er evenmin een rechtvaardiging om anoniem te melden.

### Conclusie

Het is goed dat artsen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen en bereid zijn bij onafwendbaar gevaar eventueel hun beroepsgeheim te doorbreken. De KNMG vindt dat de Nederlandse wetgeving hiervoor ook voldoende mogelijkheden biedt, zonder de privacy van de patiënt en toegankelijkheid van zorg te schaden. Een wetsvoorstel zoals nu in Duitsland voorgesteld, vindt de KNMG, net als de Duitse artsenorganisatie, geen goed idee.

In Nederland is bij wet geregeld dat doorbreking van het beroepsgeheim in uitzonderlijke gevallen mag, maar wel nadat aan strenge voorwaarden is voldaan. Doorbreken van het beroepsgeheim om een reeds gepleegd strafbaar feit op te lossen mag nooit. Doorbreken zonder toestemming van de patiënt mag bij toekomstige gevaren alleen onder voorwaarden. Dat geldt ook bij angst voor een mogelijke aanslag door een patiënt. Het Nederlandse recht verschilt hiermee van het wetsvoorstel dat in Duitsland wordt besproken, waar is geopperd dat artsen patiënten met eventuele terroristische plannen verplicht zouden moeten aangeven. *knmg*

De voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl)

#### KNMG Artseninfolijn

Artsen kunnen tijdens kantooruren terecht met vragen bij de Artseninfolijn van de KNMG.

#### Verdere informatie:

- Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie
- Factsheet beroepsgeheim
- Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden

## Voorproefje cursussen LHV Academie 2016-2017

Het nascholingsjaar 2016-2017 van de LHV Academie gaat in september van start. Ook in het nieuwe jaar biedt de LHV Academie startende en ervaren huisartsen praktische, geaccrediteerde nascholingen. We geven u vast een voorproefje van het cursusaanbod.

**D**e LHV Academie behandelt onderwerpen die vallen onder praktijkvoering en ondernemerschap, altijd volgens de laatste inzichten en passend bij de verschillende momenten in een huisartsenloopbaan. De nascholingen vinden door heel Nederland plaats, zodat deelnemers niet ver hoeven te reizen. Een greep uit de mogelijkheden:

### **PRAKTIJKMANAGEMENT voor huisartsen in opleiding**

Denkt u erover een praktijk te beginnen als u straks huisarts bent? Laat u dan tijdens deze vierdaagse cursus volledig bijpraten over de belangrijkste zaken die een rol spelen bij de start van een eigen praktijk en krijg een handig netwerk aangereikt.

### **UW PRAKTIJK FINANCIËEL BEKEKEN voor praktijkhouders**


De financiële kant van uw praktijk beter beheersen en een goede gesprekspartner zijn voor uw financieel adviseur. Dat bereikt u door deze cursus waarin u theorie en praktijk combineert als het gaat om de financiële (ken)getallen van uw huisartsenpraktijk.

### **WAARNEMERSDAG voor waarnemers**

Kom naar de nascholingsdag voor waarnemers, die we vier keer per jaar organiseren op

verschillende locaties. Op het programma staan medisch-inhoudelijke onderwerpen die u tegenkomt in het dagelijkse werk. Denk bijvoorbeeld aan spoedeisende geneeskunde, orthopedie en kindergeneeskunde.

### **VAARDIGHEDENDAG voor huisartsen in dienstverband**

De LHV Academie organiseert meerdere Vaardighedendagen per jaar. Deze medisch-inhoudelijke nascholingsdag geeft u de kans uw skills als huisarts in dienstverband te oefenen. We bieden u twee skills van elk 1,5 uur. 



## LHV Academie

### **Meer informatie en aanmelden**

Voor het volledige programma, data, locaties en aanmelding gaat u naar [lhv.nl/lhv-academie](http://lhv.nl/lhv-academie).

In de eerste week van september ontvangen alle LHV-leden een digitale mailing met het nieuwe nascholingsaanbod van de LHV Academie.

**Artsenfederatie KNMG**  
Koninklijke Nederlandsche  
Maatschappij tot bevordering der  
Geneeskunst  
R.A.C.L. Héman, voorzitter a.i.  
J.W. Hingst, algemeen directeur  
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht  
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht  
tel. 030 2823 800, [info@fed.knmg.nl](mailto:info@fed.knmg.nl)  
[knmg.nl](http://knmg.nl)



### **FEDERATIEPARTNERS**

**Federatie Medisch Specialisten**  
F.H.G. de Grave, algemeen voorzitter  
B.J. Heesen, directeur  
tel. 030 2823 650  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)  
[demedischspecialist.nl](http://demedischspecialist.nl)



**De Geneeskundestudent**  
C. van Woerkom, voorzitter  
tel. 030 28 23 827  
[info@degeneeskundestudent.nl](mailto:info@degeneeskundestudent.nl)  
[degeneeskundestudent.nl](http://degeneeskundestudent.nl)



**KAMG**  
Koepel Artsen Maatschappij  
en Gezondheid  
R.A.C.L. Héman, voorzitter  
R. Duzijn, directeur  
tel. 030 3033 662  
[bureau@kamg.nl](mailto:bureau@kamg.nl), [kamg.nl](http://kamg.nl)



**LAD**  
Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband  
C. Keijzer, voorzitter  
C. van den Brekel, directeur  
tel. 030 6702 702  
[bureau@lad.nl](mailto:bureau@lad.nl), [lad.nl](http://lad.nl)



**LHV**  
Landelijke Huisartsen Vereniging  
N.A. Kalsbeek, voorzitter  
L. Hennink, algemeen directeur  
tel. 030 2823 723  
[lhv@lhv.nl](mailto:lhv@lhv.nl), [lhv.nl](http://lhv.nl)



**NVAB**  
Nederlandse Vereniging voor  
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde  
G.B.S. Penders, voorzitter  
C. van Vliet, directeur  
tel. 030 2040 620  
[kwaliteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwaliteitsbureau@nvab-online.nl)  
[nvab-online.nl](http://nvab-online.nl)



**NVVG**  
Nederlandse Vereniging voor  
Verzekeringsgeneeskunde  
R. Kok, voorzitter  
S. van der Burg-Vermeulen, directeur  
tel. 030 6868 764  
[secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl), [nvvg.nl](http://nvvg.nl)



**Verenso**  
Specialisten in  
ouderengeneeskunde  
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter  
F.J. Roos, directeur  
tel. 030 2823 481  
[info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl), [verenso.nl](http://verenso.nl)

