



GREET DE COCK &
PHILIPPE MEERSSEMAN



**GRENZEN
AAN
GENEZEN**

HOE MENSELIJKE
ZORG EEN ZORGINFARCT
VOORKOMT

Lannoo
Campus

Inhoud

PROLOOG 8

'Onze' gezondheidszorg 9

Een verpleegkundige en een arts 11

Samen bezorgd 14

DEEL 1

Onze gezondheidszorg stuit op grenzen 20

Wat een geluk! 21

Wat een evolutie! 22

Wat nu? 24

1 Onze 'genees'kunde is begrensd 26

De medische molen maalt 26

Grijs maakt wijs 28

Reanimatie geslaagd?! 32

En wetenschappelijke innovaties dan? 37

INTERMEZZO *Jeugdige enthousiasme begrenzen?* 39

2 Onze werkvloer is uitgeput 41

Haast en spoed 41

De vicieuze zorgcirkel 43

Koffiepauze: meer dan koffie 46

Therapeutische grenzen: een noodzaak voor
zorgvragers én zorgverleners 48
INTERMEZZO *'En bedankt aan heel het team, hé!'* 54

3 Onze maatschappij kan het niet meer aan 56

Drie balansen uit evenwicht 56

Zorgen voor elkaar 62

INTERMEZZO *Eenzaam* 67

Onze informele zorg komt in het gedrang 68

Hoeveel zorg kan een samenleving aan? 72

4 Onze portemonnee zegt nee 77

Een economische prijs 77

Een ecologische prijs 80

5 Onze vrijheid maakt onvrij 82

Wat is jouw kijk? 82

Reflecties over vrijheid 87

Zorgverleners en hun moreel dilemma 92

6 Ons leven is eindig 94

Het is goed geweest 94

Ars moriendi 96

INTERMEZZO *Afscheid in stijl* 99

DEEL 2

Onze gezondheidszorg stevent af op een fataal zorginfarct 100

- 7 Zorgvraag en zorgaanbod veranderen 102**
 - De optelsom wordt volkomen onrealistisch 102
 - Egalitaire zorg wordt elitaire zorg 106
 - Familieelid wordt zorgverlener 107

- 8 De relatie tussen zorgvrager en zorgverlener verandert 110**
 - Patiëntenparticipatie wordt klant is koning 110
 - Samenspraak wordt rechtspraak 112
 - Individuele vrijheid wordt contractuele gebondenheid 114
 - Begrip wordt onbegrip 116
 - INTERMEZZO *Medische adviezen ... een wijntje kiezen* 121

- 9 Het zorgsysteem verandert 122**
 - Holisme wordt specialisme op specialisme 122
 - Artsen intelligentie wordt artificiële intelligentie 123
 - Patiëntenzorg wordt documentenzorg 124
 - Cruciale communicatie wordt veelheid aan 'prestatie' 125
 - Minder wordt steeds meer (en meer) 127

DEEL 3

Een grondige samenspraak dringt zich op 130

10 Het belang van goede samenspraak 133

De dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener 137

De dialoog tussen zorgvrager, naasten en zorgverlener 144

(Interculturele) verschillen overbruggen 154

Samenspraak tussen zorgverleners 157

INTERMEZZO *Ik zie ze allemaal graag* 169

11 Samenspraak rond scharniermomenten versterken 171

Houvast voor zorgverleners bij scharniermomenten 172

INTERMEZZO *Urbanus* 190

Houvast voor zorgvragers bij scharniermomenten 191

INTERMEZZO *Veer-kracht* 209

12 Samenspraak met de samenleving 210

Een blik op palliatieve zorg 210

Voorstellen voor de samenleving 211

Een voorstel voor jou 214


EPILOOG 216

‘Onze’ zorg voor elkaar 217

‘Bibliografie’ 220

Referenties 222

PROLOG



‘Onze’ gezondheidszorg

Onze gezondheidszorg staat heel hoog op onze persoonlijke en maatschappelijke waardenlijst. Zeker degenen die met betrekking tot gezondheid en vitaliteit al op de proef werden gesteld, beseffen de waarde van een goede *gezondheid*. Niet voor niets wensen we elkaar dat dan ook zo vaak toe, of kan een pandemie de wereld onverwacht op zijn kop zetten. Ook de waarde van goede *gezondheidszorg* en *welzijn* beseffen we pas als we er een beroep op moeten doen: als we screenings laten monitoren, als we ziek worden of een ongeval hebben, als we een beroep moeten doen op een tandarts of de geestelijke gezondheidszorg, als we onze kinderen toevertrouwen aan de kinderopvang of een kind met beperkingen aan een zorginstelling, als we thuiszorg nodig hebben of samen met onze ouders zoeken naar een woonzorgcentrum. Het volstaat om in de nabije familie- en vriendenkring rond te kijken om vast te stellen hoezeer gezondheid en gezondheidszorg verweven zijn met ons dagelijks leven. Het fundament waarop onze persoonlijke levens gebouwd worden, is een toegankelijke en persoonlijke gezondheidszorg.

Als zorgverleners zijn we dagelijks actor én getuige binnen de gezondheidssector. We zijn dankbaar om daar, zoals elke zorgverlener waar dan ook, op een unieke wijze deel van te mogen uitmaken. Het is dan ook onze diepe overtuiging dat we verder moeten inzetten op onderzoek en innovatie, onafgebroken zoekend naar nog betere zorg, preventie, diagnose, therapie, revalidatie, palliatieve zorg, ...

Toch duiken te midden van alle dynamische ontwikkelingen bij veel zorgverleners grote bezorgdheden op. Door heel wat uitdagingen dreigt kwaliteitsvolle en vooral persoonlijke zorg immers in het gedrang te komen. Het besef dat enkel zorgverleners dat dag na dag

vaststellen, deed een appel op onze meldingsplicht om onze vaststellingen met de samenleving te delen. Te delen met allen die – terecht – van zorgverleners verwachten dat goede zorg verleend wordt. Als zorgverleners daar niet meer consistent borg voor kunnen staan, is het hun opdracht om dat te laten weten en iedereen uit te nodigen om mee te zoeken naar verbeteringen of oplossingen. De complexe vragen rond goede, persoonsgerichte, haalbare zorg zijn te belangrijk om alleen aan zorgverleners, leidinggevendenden van zorginstellingen en politici over te laten. Aangezien gezondheidszorg de hele samenleving raakt, behoren deze denkprocessen dan ook iedereen toe.

Terwijl we dit schrijven, klinken in de media onheilspellende berichten over talrijke geopolitieke brandhaarden en hoe ze aanleiding kunnen worden voor een allesomvattende oorlog. Dergelijke immense wereldwijde problematieken kunnen ons overstelpen met

een gevoel van afwachtend onvermogen omdat

Er zijn grenzen aan genezen maar niet aan zorgzaamheid.

we er toch geen vat op hebben. Maar onze eigen gezondheidszorg? Daar moeten we toch impact op hebben. Die bijsturing moet toch binnen ons bereik liggen. Als we in het verleden samen in staat

waren om de gezondheidszorg met beleidskeuzes en innovaties zulke forse boost te geven, dan moeten we nu toch ook bij machte zijn om ze te herijken en om duurzaamheid voorop te stellen.

Er zijn wel degelijk grenzen aan genezen, maar nooit aan zorgzaamheid. Ons streven moet een warme, toegankelijke, kwaliteitsvolle zorg op mensenmaat zijn. Dat doel kunnen we bereiken als we, als individu en als samenleving, de moed hebben om de grenzen te respecteren. Om keuzes te maken. Zorgzaam. Samen. In samenspraak.

Een verpleegkundige en een arts

Ik ben Greet. Veel rollen die ik aanneem vanuit de kringen waarin ik leef, zijn voor mij vervullend. Zo ook mijn rol als verpleegkundige. Gedurende 35 jaar bracht die mij bij duizenden zorgvragers en hun familie. Hoewel ik de professionele expertise erken van doorgewinterde verpleegkundigen die decennialang binnen dezelfde discipline werken, wisselde ik ongeveer om de acht jaar van werkplek. Het was destijds ook een advies van onze verpleegkundig directeur om geregeld ‘over het muurtje’ te kijken. Ik volgde haar advies graag op, niet zozeer uit volgzzaamheid, maar om de verschillende mogelijkheden van verpleegkunde te exploreren.

Zo belandde ik op uiteenlopende afdelingen, sommige meer acuut, andere meer chronisch of palliatief georiënteerd, met gevarieerde ziektebeelden en gevarieerde leeftijden. Zijdelingse projecten, zoals studentenbegeleiding of ethische denkgroepen, houden me alert. De V van verpleegkunde is ook de V van veelzijdig. Als ik die wisselfrequentie aanhoud, zal ik me voor het einde van mijn loopbaan nog één keer begeven op bekend of minder bekend verpleegkundig terrein. Maar eerst ga ik in op de behoefte die ik voel om te schrijven. Om te getuigen over de zorg van vandaag en om uit te nodigen voor de zorg van morgen.

Mijn grootvader heeft het nooit geweten. Maar zijn ziekte- en overlijdensproces, dat ik als zeventienjarige gefascineerd volgde in het ziekenhuis en ook thuis ondersteunde, heeft zeker mijn nieuwsgierigheid en interesse in de witte wereld aangewakkerd. Ik kan die bijzondere sfeer, de geluiden en de ziekenhuisgeur van toen nog zo oproepen.

In de keuze voor verpleegkunde was ik midden jaren 1980 helemaal geen uitzondering. Uit de wetenschapsklas van zestien laatstejaarsleerlingen kozen vier klasgenoten uit overtuiging voor verpleegkunde. Tegenwoordig ligt die verhouding totaal anders. Maar zelfs met het huidige, enorm verbrede hogeronderwijslandschap zou ik vandaag onmiddellijk opnieuw voor verpleegkunde kiezen. Maar zo groot mijn

overtuiging was waarmee ik destijds voor verpleegkunde koos – en waarmee ik er vandaag elke dag voor blijf kiezen – zo groot is ook mijn bezorgdheid voor de toekomst van de zorg. Dat is niet enkel ingegeven door mijn ervaringen als zorgverlener in het ziekenhuis waar ik werk. Ik observeer en beluister ook veel zorgervaringen van mijn familie, vrienden en collega's in andere zorgorganisaties. Gelukkig ontvouwen zich overal waardevolle zorgverhalen, maar helaas ook steeds terugkerende pijnpunten.

Als moeder van vier volwassen kinderen volg ik vaak met een moederhart de vele jonge mensen die als verpleegkundige enthousiast stage lopen of hun loopbaan starten. Ik wil naar ze luisteren, hen aanmoedigen en telkens wijzen op de veelzijdigheid, schoonheid en verantwoordelijkheid van de job. En tegelijk besef ik dat er ook omstandigheden moeten veranderen opdat die jonge dynamische vleugels niet vroegtijdig gekortwiekt worden. Warme zorg voor patiënten veronderstelt warme zorg voor wie hen verzorgt. Als we die stelling onderschrijven, dan kan het niet anders dan dat we keuzes moeten maken. Die keuzes kunnen we niet alleen aan de zorgsector overlaten, ze behoren de samenleving toe.

Ik ben Philippe. Ik ben zoon, broer, echtgenoot, papa, vriend, peter enzovoort. Ook erg gedreven ben ik als intensivist. Op de afdeling intensieve zorgen behandel ik elke dag ernstig zieke patiënten, elke dag leggen mensen hun lot in onze handen, elke dag gaan we tot het uiterste, elke dag heb ik moeilijke gesprekken met patiënten en familie, elke dag word ik geconfronteerd met grenzen in de geneeskunde.

Zelf ben ik (voorlopig) nooit ernstig ziek geweest. Wel heb ik enkele keren nierstenen gehad (volgens kleinzerige mannen is dat pijnlijker dan een bevalling). Uiteraard word ik, zoals iedereen, geconfronteerd met (ernstige) ziektes en overlijdens om mij heen, maar gelukkig zit ik vooral aan de 'goede' kant van het ziekenhuisbed. En dat besef ik maar al te goed, elke dag opnieuw.

Als iemand me vraagt waarom ik voor geneeskunde heb gekozen, zal ik nooit vertellen dat het een roeping was. Ik denk dat ik als kind

wel altijd bezorgd was om anderen en dat ik mij vaak bekommerde om wie het wat moeilijker had. Maar een echte roeping? Ik betwijfel het.

Ben ik vandaag blij met mijn keuze? Zou ik het opnieuw doen? Geen idee. Misschien wel. Misschien ook niet. Wat mij vooral zorgen baart, zijn de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Ik ben niet verbitterd en ook geen doemdenker, maar toekijken langs de zijlijn is niet aan mij besteed. Zo herinner ik me een verhit gesprek tijdens een etentje met mijn beste vrienden meer dan vijftien jaar geleden. Met een glas te veel op hadden we het over de toekomst van mijn beroep. Ik maakte me toen al zorgen – onterecht volgens mijn vrienden – over de aan de gang zijnde ontwikkelingen. Ik vreesde dat de balans zou overhellen van een patriarchaal en paternalistisch ‘meneer de dokter’-systeem – wat natuurlijk niet oké was – naar een volledig dienend, ‘klant is koning’-systeem. Bovendien zou dat in mijn ogen leiden tot een gezondheidszorg waar alles vanzelfsprekend is en alle zorg onmiddellijk gegeven moet worden, ongeacht de urgentie. Samen met een combinatie van toenemende werkdruk, administratieve belasting en onderwaardering was ik bezorgd dat dit zou leiden tot demotivatie van veel zorgverleners. Een boemerang die in het gezicht van de maatschappij zou terugvliegen. Waarom kan een balans niet doen waarvoor ze dient: in evenwicht zijn? Maar ik overdreef toen ... of toch niet?

Het moeilijke aan de geneeskunde is dat ons ‘product’ een mens is en geen object. Dat maakt het uiteraard boeiend, maar ook heel complex. Honderd mensen met dezelfde ziekte zullen allemaal anders reageren, zowel fysiek als mentaal, zowel op de ziekte als op de behandeling. Zelfs als we ooit aan de hand van het uitlezen van een interne chip een diagnose- en behandelvoorstel krijgen, dan nog zullen we het mentale en psychische aspect nooit kunnen veranderen of erop kunnen anticiperen. Ieder mens is uniek. En dat geldt ook voor zorgverleners. Ook wij zijn mensen. Allemaal met ons eigen karakter, met onze eigen levenservaringen en problemen thuis en op het werk. Ons vervangen door robots en Dr. Google is een oplossing, maar het is juist de menselijke interactie die onze zorg naar een hoger niveau

tilt en patiëntgericht maakt. Helaas is het soms net die fundamentele interactie die tot wantrouwen of conflict kan leiden.

Arts zijn is voor mij samenwerken. Samenwerken met collega's en met patiënten en hun naasten om hen op een menselijke manier te genezen, of hen te helpen om een goede levenskwaliteit te behouden indien genezing onmogelijk is, maar er ook zijn om hen op het einde van de weg waardig te laten sterven. En die weg mag geen lijdensweg zijn, fysiek noch mentaal. Daarom is samenspraak en vertrouwen cruciaal, want we kunnen dit alleen maar samen realiseren, zorgverleners, patiënten en familie. Als één team! Ieder met zijn rechten én plichten.

Samen bezorgd

Een ziekenhuisverpleegkundige en een intensivist die samen een boek schrijven over noodzakelijke grenzen in de zorg ... Wellicht was dat een tiental jaren geleden ondenkbaar. Hebben we beiden dan niet als primaire missie zoveel mogelijk levens te redden en alles in te zetten wat daarvoor nodig is: diagnosemiddelen, (intensieve) therapie, technologie, observatie, wetenschappelijk onderzoek?

Op een intern symposium waar teruggeblikt werd op de intense coronatijd, ontmoetten we elkaar voor het eerst. Het was duidelijk dat we beiden dezelfde visie deelden over zorgkwaliteit. Een zorgkwaliteit die tegenwoordig niet meer altijd binnen bereik is omdat we op allerlei grenzen stuiten. In een volgend gesprek keken we bezorgd naar de toekomst. We zullen ons steeds vaker moeten afvragen hoever we nog kunnen gaan, hoeveel zorg we nog kunnen bieden, concludeerden we. Er zijn immers menselijke, organisatorische en uiteindelijk ook financiële limieten. Daarom zullen we vooral de focus moeten leggen op kwaliteitsvolle, menswaardige zorg. Wat soms betekent: minder behandelen. En dat hebben we misschien door de enorme mogelijkheden en ontwikkelingen binnen de geneeskunde uit het oog verloren. Hoe kunnen we die gevoelige boodschap brengen in een samenleving die erop gericht is grenzen te verleggen? En hoe kunnen we dan als

samenleving zorgzaam bijsturen? Dat waren de vragen die ons beiden bezighielden. Vragen die opborrelden vanuit een diepe bezorgdheid voor onze sector en voor onze patiënten, die ons nauw aan het hart liggen. Vragen die veel zorgverleners bezighouden. Want vanuit het werk van elke dag, vanuit het hart van de zorg, klinken er hoe langer hoe meer stemmen om niet alleen na te denken *hoe* we de zorg organiseren, maar ook om de *zorgkwantiteit* onder de loep te nemen. Moeten we alles blijven doen wat we momenteel doen? Zeker in individuele preciaire situaties waarbij een sterk verzwakte patiënt weinig therapeutische perspectieven heeft, dringt die gedachte zich op. Moet alles wat kan? Of moeten we (in samenspraak) selecteren in wat we doen en bij wie we het doen?

En daarmee kwamen en komen we uit bij de kernvraag, namelijk tot hoever het verantwoord is om diagnostische en therapeutische interventies te doen. Tot welke prijs, met betrekking tot levenskwaliteit én kostprijs, blijven we therapeutisch ingrijpen en schuiven we natuurlijke stervensprocessen op? Het zijn vragen die essentieel en existentieel zijn, maar waar nog te weinig maatschappelijke aandacht voor is. Als verpleegkundige en arts kunnen we echter stellen dat deze zorgvragen steeds meer klinken in onze dagelijkse praktijk. Doen we met bepaalde ingrepen (onderzoek, therapie) niet meer kwaad dan goed?

**Doen we soms
niet meer kwaad
dan goed?**

De afgelopen tijd werkten we als zorgverlener aan dit boek, maar morgen zijn we misschien zelf zorgvrager. In de zorg zijn we allemaal verbonden, net omdat ze ons allemaal aanbelangt. We richten ons met dit boek dan ook op het grote team dat ‘samenleving’ heet. Daarbij hopen we dat de verschillende invalshoeken van waaruit we vertellen, ons allen zullen verrijken: zorgvragers én zorgverleners. We realiseren ons dat experts en ethici over verschillende onderwerpen van dit boek heel wat interessante visies publiceerden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Zorgnet-Icuro, Itinera en verschillende denktanks aan onze universiteiten reiken ook tal van onderzoeksresultaten aan. We noemen onszelf geen theoretische experts, maar

we verwierven wel expertise op de werkvloer en voerden gesprekken met heel veel mensen.

We beseffen dat we ons met de thematiek ‘grenzen aan genezen’ op herkenbaar doch erg gevoelig terrein begeven. Wellicht zijn onze verhalen herkenbaar, en mogelijk raken ze de lezers. En die gedachte raakt ons. Toch leggen we met overtuiging ook de uitnodiging tot reflectie op de maatschappelijke tafel. Vanuit een betrokkenheid op die samenleving. Uit passie voor zorg. Uit respect voor patiënten. Uit liefde voor de meest kwetsbaren.

‘Kwetsbaarheid’ in een samenleving kan breed gedefinieerd worden. Mensen kunnen kwetsbaar zijn op veel gebieden: veiligheid, economische situatie, sociale integratie, onderwijsniveau, gezins-situatie ... In de context waar wij ons op richten, bedoelen we in de eerste plaats kwetsbaarheid op het vlak van gezondheid. Acute ziekten, chronische gezondheidsproblemen, fysieke beperkingen en mentale problematieken vormen uitdagingen voor persoonlijke levens en vragen meestal om ondersteuning en herhaaldelijke therapeutische bijsturingen. Minder robuuste fysieke of mentale omstandigheden zijn niet leeftijdsgebonden; van jong tot oud kan iedereen fysiek of mentaal ‘kwetsbaar’ zijn.

De vraag hoever we therapeutisch ingrijpen, kan zich reeds voordoen aan het begin van het leven en is daardoor ook verweven met kindergeneeskunde, op de afdelingen neonatologie en pediatrie. Toch willen we de focus houden op onze eigen expertisedomeinen, waar we vooral adolescenten en volwassenen volgen. Therapiebeperking bij kinderen is nog complexer omdat het leven nog voor hen ligt, ze vaak geen of minder inspraak hebben en het bovendien heel zwaar is voor de ouders om hun kinderen iets te ontzeggen. Aan de andere kant van de levenslijn bevinden zich de oudere zorgvragers. Hoewel de ethische vraagstukken niet enkel gereserveerd zijn voor die leeftijdscategorie, komen ze hier vaker voor omdat ook een hoge leeftijd een kwetsbaarheidsindicator is door toenemende gezondheidsproblemen, eenzaamheid, verminderde mobiliteit enzovoort. Anders dan bij kinderen kunnen ouderen terugblikken op vele levensjaren. Vanuit

die vaststellingen schreven we verschillende getuigenissen over de oudere zorgvrager. Hoe dan ook blijft het stellen van diagnostische en therapeutische grenzen altijd een moeilijke opdracht voor zorgvragers en zorgverleners. Zeker als de leeftijd of de beleving weergeeft dat het leven in volle bloei wordt afgebroken. Maar zelfs op hoge leeftijd of als het leven als voltooid wordt ervaren, kan het aanvaarden van de levenseindegrens lastig zijn, zowel voor de zorgvrager en zijn naasten als voor de artsen. Net daardoor overschrijden we ze te vaak.

We beseffen dat het formuleren van onze beschouwingen over de noodzakelijke begrenzings met betrekking tot interventies bij extreem kwetsbaren, een gewaagde onderneming is. Net zoals veel zorgorganisaties, ethici en politieke partijen zijn we er als de dood voor om bestempeld te worden als mensen die andere mensen afschrijven. Nee, wij willen hen niet opgeven, maar het voor hen opnemen. Met menselijke waardigheid als kerngedachte. Om de publieke opinie ervan te overtuigen dat kwetsbare levens beschermen ook waardig afronden kan betekenen, zal echter meer

nodig zijn dan dit boek. Daarvoor moeten verschillende actoren bereid zijn om mee na te denken en ernaar te handelen, zowel vanuit het beleid als vanuit de basis waarvan we allemaal deel uitmaken. Hopelijk kan dit boek lezers aanzetten om te reflecteren over ‘grenzen aan genezen’ en hen motiveren om erover te spreken met naasten én met artsen. Zo dragen zij zelf bij aan hun persoonlijke zorg op maat.

Menselijke waardigheid als universele kerngedachte.

Als dan ook nog beleidsmakers overtuigd en bereid zijn om organisatorische en structurele bijstellingen te organiseren, schieten we een heel eind op in de richting van een collectieve menswaardige zorg.

In deel 1 schetsen we de grenzen waar we momenteel in de zorg tegenaan lopen. In deel 2 beschrijven we op welke mogelijke doemscenario's we afstevenen als we niet bereid zijn om de levenseindegrens respectvol te behandelen of om onze visie op de gezondheidszorg te herzien. Afsluiten doen we hoopvol in deel 3, waarin we tonen dat intensieve samenspraak onze belangrijkste troef is.

We presenteren onze beschouwingen aan de hand van geanonimiseerde waargebeurde verhalen. Het zijn verhalen van binnen en buiten het ziekenhuis waar we werken. Die sprokkeling geeft aan dat het niet gaat over ‘een ziekenhuis’, of ‘een zorgorganisatie’, maar over een samenleving waar we allemaal deel van uitmaken. Her en der staan intermezzo’s. Het zijn anekdotes of reflecties die ons zijn bijgebleven. Soms met een humoristisch trekje. Dat weerspiegelt hoe we dagelijks te werk gaan en geeft aan dat degelijke zorg alleen maar standhoudt met welkome tussentijdse kwinkslagen. Want humor kan ook motiverend en helend werken voor patiënten, naasten en zorgverleners.

Nog één aandachtspunt geven we graag mee voor we starten met deel 1. We realiseren ons dat woorden ertoe doen. Maar voor het leesgemak kozen we vaak voor de algemene termen ‘patiënt’ en ‘zorgvrager’ terwijl er in sommige zorgorganisaties andere voorkeuren klinken zoals resident, bewoner, cliënt, zorgontvanger. We zijn ons ook bewust van het belang van genderneutrale taal. Toch kozen we voor het leesgemak de hij-vorm als we het over een zorgvrager of een zorgverlener hebben.



DEEL 1

Onze gezondheidszorg stuit op grenzen

