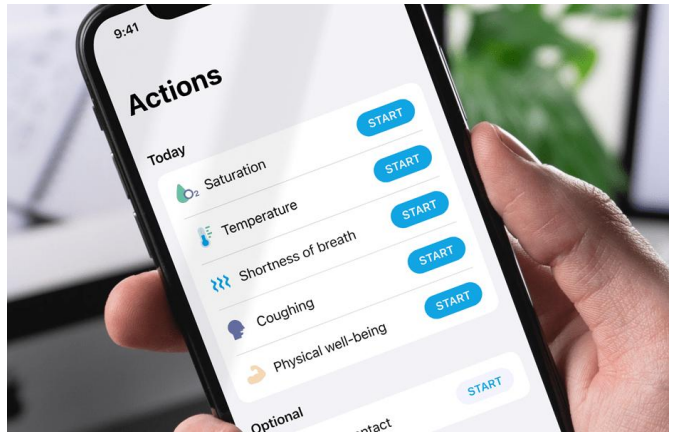
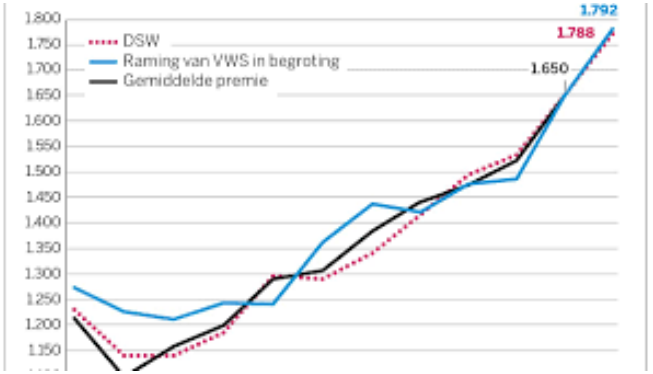
Innovatie in Beweging:

naar een toekomstbestendig Neurovasculaire Zorgnetwerk

Heleen den Hertog,
neuroloog Erasmus MC







Bouw en zorg moeten nú inspelen op grijze golf

Nederland staat voor een dijk van een opgave rond de huisvesting van en zorg voor senioren. De komende vijftien jaar komen er meer dan honderdduizend ouderen bij die verpleeghuiszorg nodig hebben, onderzocht ABF Research.

Martijn Klerks
Delft

Bijna driekwart van de meer dan honderdduizend hulpbehoevende ouderen kan de komende vijftien jaar niet in een verpleeghuis terecht. Buiten die tienduizenden die niet naar het verpleeghuis kunnen, zijn één op de zeven Nederlanders ouder dan 75, en herbergt één op de vijf huishoudens minstens één 75-plusser. Een deel daarvan heeft zware verpleeghuiszorg nodig: de vraag naar plekken gaat de komende vijftien jaar met 106.400 plekken omhoog.

Maar door dat 'thuisblijfbeleid' komen er in dezelfde periode maar 30.500 verpleeghuisplekken bij. Dat blijkt uit onderzoek van ABF Research in opdracht van de Nederlandse Vereniging Thuiszorg Ondernemers (NTO).



▲ Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg en verpleegplekken de komende jaren enorm toe. ANP/HH

Dat hoeft niet te betekenen dat ouderen het slechter krijgen, benadrukt Willems, maar de zorg en de samenleving als geheel moeten zich gaan voorbereiden op die opkomst van ouderen in de 'extramurale zorg'.

Daarmee bedoelt hij de zorg die ouderen thuis krijgen, van de thuiszorg tot de wijkverpleegkundige. Willems: „Het is goed om te zien dat gemeenten nu al meer geld vrijmaken voor deze zorg. Maar ook de woningbouwcorporaties moeten hun verantwoordelijkheid nemen. Ze moeten bij het plannen van een nieuwbouwwijk de voorzieningen als lactoe toegevoegd, maar daar moet je eigenlijk toe beginnen. Samen met bijvoorbeeld logeerplekken voor ouderen om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten, want daar is de meesten kun je in aanmerking komen voor een lening of vergoeding

GEZONDZIJN BETERWORDEN®

Derde jaargang nummer: 1 | Februari 2021

Verschijnt huis-aan-huis in:
Gemeente Westland
Hoek van Holland
Maasland

In deze uitgave o.a.

Sauna is een eerste levensbehoefte voor Desiree en Ron — Pagina 3
De AHOED: een nieuw fenomeen voor Honselersdijk — Pagina 10
Nieuw in GZBW: berichtgeving van het Haga-Ziekenhuis — Pagina 12 en 13
Tamara Dries: 'Diagnose borstkanker was als een mokerslag.' — Pagina 17

Chris Oomen (DSW zorgverzekeringen):

"Op zoek naar goede zorg, dichtbij huis"

Directeur Chris Oomen van DSW Zorgverzekeringen heeft een missie: de zorg beter organiseren. Dit doet hij door met zorginstellingen op te trekken en goede bereikbare gezondheidscentra in de regio te realiseren.



Chris Oomen: "Ziekenhuizen willen meer gaan samenwerken"

Foto: Rob Engelsman

Bestuurder Chris Oomen staat sinds 2980 aan het roer van "zijn" DSW. Met zo'n 450.000 verzekerden geldt DSW als een van de meest vooraanstaande zorgverzekeraars in de regio. Een verklaring voor het succes is simpel: "Onze organisatie is een z.g. onderlinge waarborg maatschappij, waarvan de leden eigenaar zijn. We werken binnen onze capaciteit zo efficiënt mogelijk, waardoor we in de loop der jaren redelijk goede financiële resultaten hebben kunnen opleveren. Hierdoor zijn we niet der afhankelijk van wat andere verzekeraars doen en kunnen we een scherpe premie bieden", aldus Oomen, die wel DSW ook geen collectieve contracten met hoge kortingen afsluit. "Bij DSW weten we al vele jaren het slotje (goedkoop) aan klet, daarom heeft niet elk bedrijf iedereen, individueel of collectief, dezelfde premie. Wij zijn dus ook degene die elk jaar onze premie als eerste bekend maakt en beschouwen dit als een extra service naar onze klanten. We bieden onze inderen dezelfde basisverzekering tegen een hoogte prijs met daarnaast mogelijkheden om bij te verzekeren. Het is gewoon marktstijk binnen bij DSW: of een standaard- of een topverzekering. Melden ze slimpel. Daardat we geen winstzorg merk hebben kunnen we sterk concurreren met onze collega's die met scherpe, niet kostendekkende premies, nieuwe klanten trachten te lokken", aldus Oomen, die wel DSW ook een topverzekering aanbiedt voor zijn collega's in de zorg. Binnen zorg dichtbij huis, en vorm samenwerking met alle betrokkenen (zorgaanbieders, gemeenten, welzijnsorganisaties, etc.) in de gebieden. Dwelling voor bereid aan zorgaanspraken in de regio is de opzet van het betaalde-model, aan het Besluit de Graaf in Naaldwijk. Meer eveel is de hulp van DSW aan het Vlaardingerziekenhuis die door verzekerende financieringsmogelijkheden, schuift de overheid tijdens de bouw in maatschappelijke kosten gestaakt. Samen met een collectieve

Mentaliteitsverandering

Op het gebied van gezondheidszorg gaat in de toekomst veel veranderen. "Eigenlijk zijn we al bezig in een proces wat niet te stoppen is", concludeert Oomen. "Kijk eens naar tweintig jaar geleden. Veel ziekenhuisbedden en efficiënte behandeltrajecten die de maatschappij alleen maar duurder opleggen. Een voorbeeld: er werd toen één staaroperatie per schietstoel uitgevoerd. Nu doet men er vier. Deze veranderingen zijn mede tot stand gebracht door de verfijning van de apparatuur: gemeenschappelijk moet plaats voor technisch die ook toegepast wordt in het toenemend aantal kleine klinieken. We moeten maar af van het idee dat alles onder één ziekenhuisdak te vinden is. In Nederland hebben we meer dan honderd ziekenhuizen, in de toekomst zullen we de helft of minder overhouden. Deze zullen meer gaan specialiseren en gaan samenwerken. Door deze opzet kunnen mensen een ingrijpende operatie uit hun woonomgeving ondergaan, dat zich sterk gespecialiseerd heeft. En daarvoor wil men best een aantal kilometers rijden. De z.g. planbare zorg, de kleinere ingrepen, vindt plaats in kleinere klinieken die dichtbij gevestigd zijn", is de visie uit de mogelijke voorspelling van Oomen. "En door deze verbeteringen worden we steeds ouder. De scheve bolvorg zal dan ook te maken krijgen met herstelopleiding en een verandering in de mentaliteit; mensen met meer vijftig tot zullen zelf ingeschakeld worden in de verzorging van bijvoorbeeld hun oudere familieleden. De partners in de zorg zullen elkaar meer gaan zoeken en vinden. De opleiding van kwaliteit in de gezondheidszorg zal een grote vlucht nemen waarmee een verdieping van het zakelijk contract". Er zal dus veel veranderen in vergelijking met de huidige situatie in Nederland die, volgens Oomen, hier lang zo slecht nog niet is.

FRONTtaal



Beste lezer,
Voor u ligt de eerste uitgave van 'Gezond Zijn / Beter Worden' in 2021. En zoals altijd is er aan het begin van het nieuwe jaar weer veel te melden op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn. Deshne Samara en Ron Koeren vertellen u alles over hun passie: het beoefenen van de sauna. Op de Gemeentegronden's breed o.a. de colonne van wethouder Wonga de Kony. Ook kunt u enkele artikelen lezen die het onderwerp gebruik van alcohol in Westland moeten tegengaan. Op de pagina's van de Westlandse apotheken leest u o.a. over het attachéé van bestuurder Koos Duijkstraat en de nieuwe AHOED die te Honselersdijk binnenkort haar deuren zal openen. Nieuw in deze uitgave is de donkeuze van het Haga Ziekenhuis waar we ontzettig erg trots op zijn. In deze maar ook te de volgende uitgaven zal het ziekenhuis u inkomen over tal van zaken op het gebied van gezondheid en behandelingen. Deze keer heeft o.a. over de nieuwbouw die in volle gang is en maakt u kennis met de vrachtwater dyslexiebehandeling van Nederland. Bent u bang voor de tandarts? Bij lezen op de tandartspagina een aantal tips om de angst te verminderen. Ook spreken we met Tamara Dries-Stolk over de strijd die zij als kersverse moeder moest aangaan met borstkanker. Kortom, de eerste uitgave is weer het lezen en bewaren waard. En u weet het, na de verspreiding liggen losse afleveexemplaren bij de apotheken en Slijk-kiosken. Nieuwsgierige lezers weten ik u snel toezenden."

Peter Keijzer
Uitgever

Een uitgave van gezond'n'fit

GEMEENTE WESTLAND

DÉ KRANT VOOR EEN GEZONDER WESTLAND!

DE TELEGRAAF
DONDERDAG 28 OKTOBER 2021

DE KWESTIE

OPINIE Koos Dirkse, oud-ziekenhuisdirecteur

De zorg is niet overbelast maar zwaar onderbezet

Het piept en kraakt in de zorg. Hoge werkdruk, waardering in de vorm van karige salarissen, vertrekkend personeel, groeiende druk op betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Koos Dirkse ziet het met lede ogen aan. „Kijk eens naar de uitgaven in plaats van naar de kosten."

Sinds minister Hoogervorst (VVD) de zorgwet met 'marktwerking' in 2006 heeft ingevoerd, zijn de jaarlijkse kosten gestegen van €65,4 miljard naar €106,2 miljard in 2019 (bron CBS). Er wordt ruim 30% aan bureaucratie uitgegeven en vele onnuttige organisaties hangen aan het infuus van de zorggelden.

Zo'n dertig jaar geleden bestond een ziekenhuis voornamelijk uit medisch personeel, dat op eigen initiatief werkte. Maximaal drie directeuren hadden de leiding. Geen eigen risico, geen eigen bijdragen; zonder beperkingen kon je bijvoorbeeld naar de fysiotherapeut en medicijnen werden volledig vergoed. En dit, terwijl men een zeer lage zorgpremie betaalde.

In die tijd waren er (nog) geen pc's of laptops; ziekenhuizen werkten met een centraal computersysteem, waarop monochrome terminals waren aangesloten. Een administratieve dienst van een academisch ziekenhuis bestond uit circa 25 medewerkers, die nog te maken hadden met drie soorten zorgverzekeringen: ziekenfonds, particulier en privépatiënten. Facturen werden op papier uitgedraaid en naar de zorgverzekeraar en/of de patiënt gestuurd. Een enorme papieren administratie. Zij konden het werk ruimschoots aan.

Toen kwam de grote ommekeer, van academisch ziekenhuis naar Universitair Medisch Centrum. De directie werd omgevormd tot een Raad van Bestuur. Daaronder kwam een brede laag aan directeuren (in het ziekenhuis waar ik werkte: 24). De administratieve dienst werd de Financieel-Economische Dienst, zo'n 160 medewerkers. Externe bureaus werden ingehuurd en men strutkeide over de (externe) consultants à minimaal €2000 per dag (waarvoor je circa zes verpleegkundigen kon betalen).

Behandeling

Zorgverzekeraars gaan uitmaken of een verzekerde een bepaalde behandeling mag ondergaan, wie het zal uitvoeren en waar dit dan zal plaatsvinden. Ook of een ziekenhuis bestaansrecht heeft; voor sluiting draaien zij de hand niet om.

De zorgverzekeraars hebben een blanco cheque van de regering gekregen. Komt men met de kosten niet uit, dan gaat het jaar daarop de premie omhoog of het pakket wordt verminderd.

Sinds 2002 zijn er al honderden miljoenen uitgegeven aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) en nog werkt dit niet goed. Op de manier waarop dit is opgezet zal het ook nooit gaan werken. Als je bij een andere zorgverlener komt, een ziekenhuis, huisartsenpost of apotheek, kunnen ze mogelijk alleen je naam in hun systeem terugvinden.



Koos Dirkse: „De zorgverzekeraars hebben een blanco cheque van de regering gekregen."

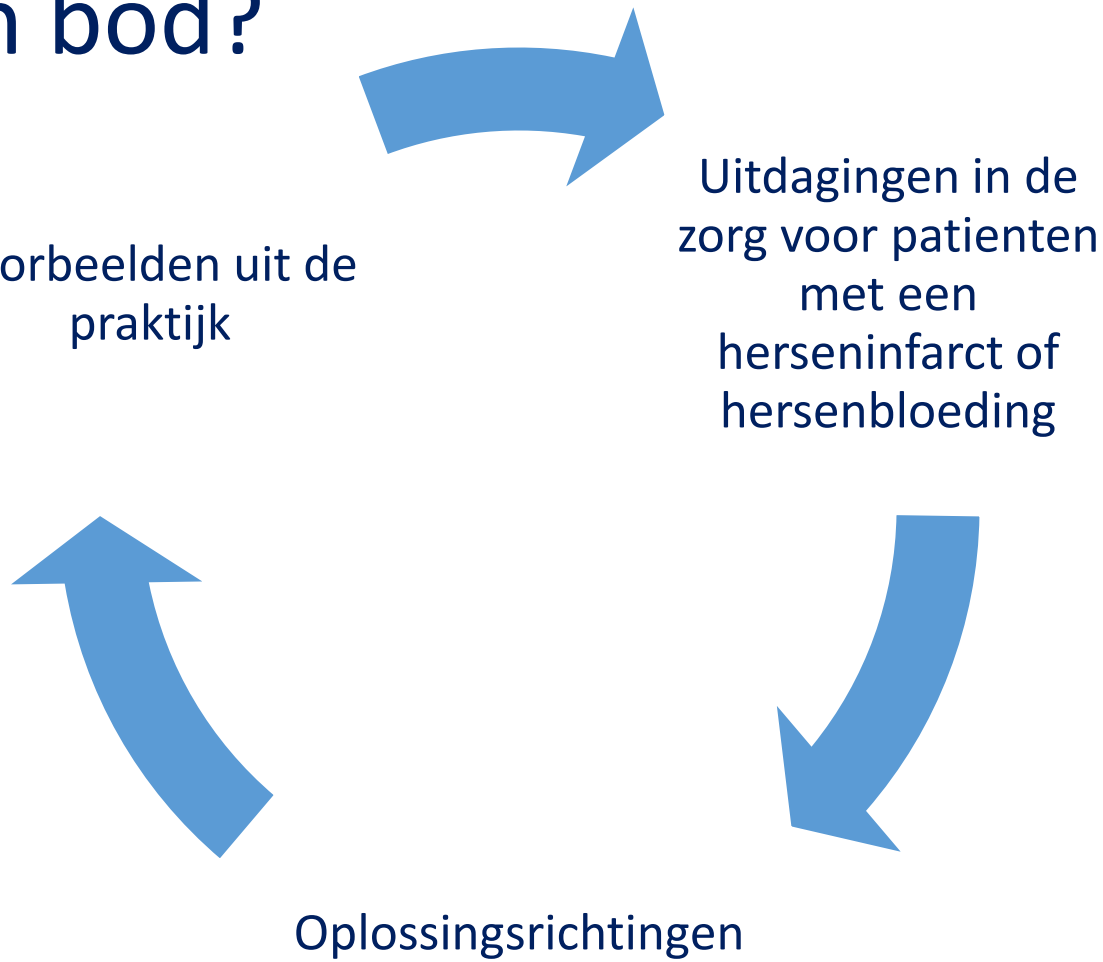
En zo worden er momenteel bezuinigingen doorgevoerd. Zorgpersoneel, dat zich dag en nacht een slag in de rondte heeft gewerkt om COVID-patiënten te redden, vaak met gevaar voor eigen leven, krijgt geen enkele waardering en vertrekt.

Kosten of uitgaven

Het management bezuinigt op de verkeerde manier. Er wordt gekeken naar de totale jaarlijkse kosten van de zorg, terwijl het hoog tijd wordt om eens naar de uitgaven te kijken. Oplossingen kunnen zijn: een beter declaratiesysteem, inning premie via belastingen (geen zorgtoeslag meer) en uitvoering wederom via de overheid, centrale inkoop ziekenhuizen, zeer grote bezuinigingen op administratie, meer waardering voor zorgpersoneel en de bezem door organisaties die nutteloos aan het zorgkostenninfuus hangen.

Koos Dirkse is voormalig ziekenhuisdirecteur en voorzitter van de Healthy Community Foundation

Wat komt aan bod?



Vraag 1

- Speelt zorgtechnolologie momenteel een rol binnen uw organisatie bij het ondersteunen van de nazorg van patiënten met een herseninfarct of hersenbloeding

a) Helemaal niet
b) Soms
c) Wordt regelmatig ingezet

Vraag 2

- Bent u bekend met interprofessioneel samenwerken?

a) Ja
b) Nee
c) Wel van gehoord, maar weet niet meer precies wat het inhoudt

Vraag 3

- Maakt positieve gezondheid onderdeel uit van de dagelijkse zorg voor de CVA-patiënten

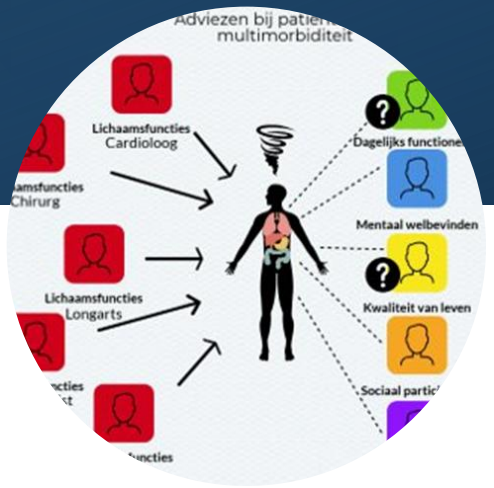
a) Nee
b) Ja
c) Ik ken dit concept niet

Achtergrond





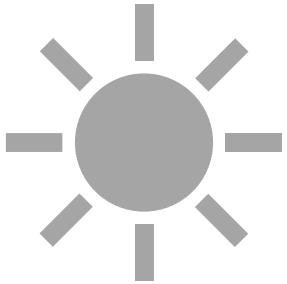




Achtergrond



60% direct naar huis



Binnen 5 jaar overlijdt de helft en 25% recidief

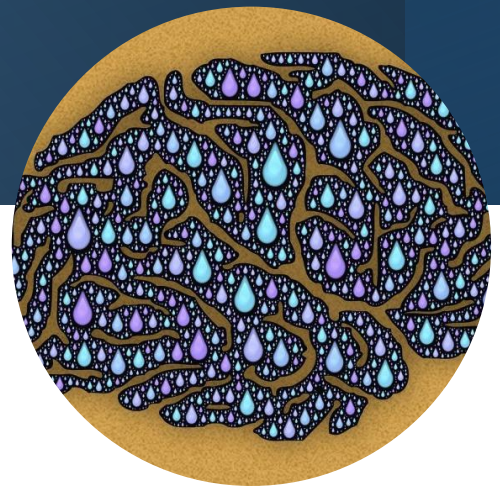


40% achteruitgang dagelijks functioneren

Achtergrond

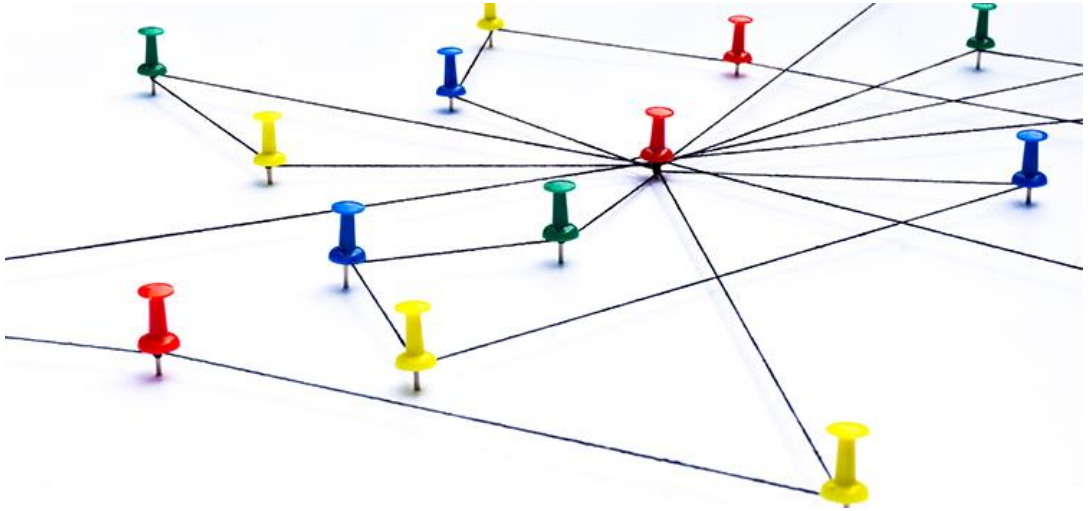


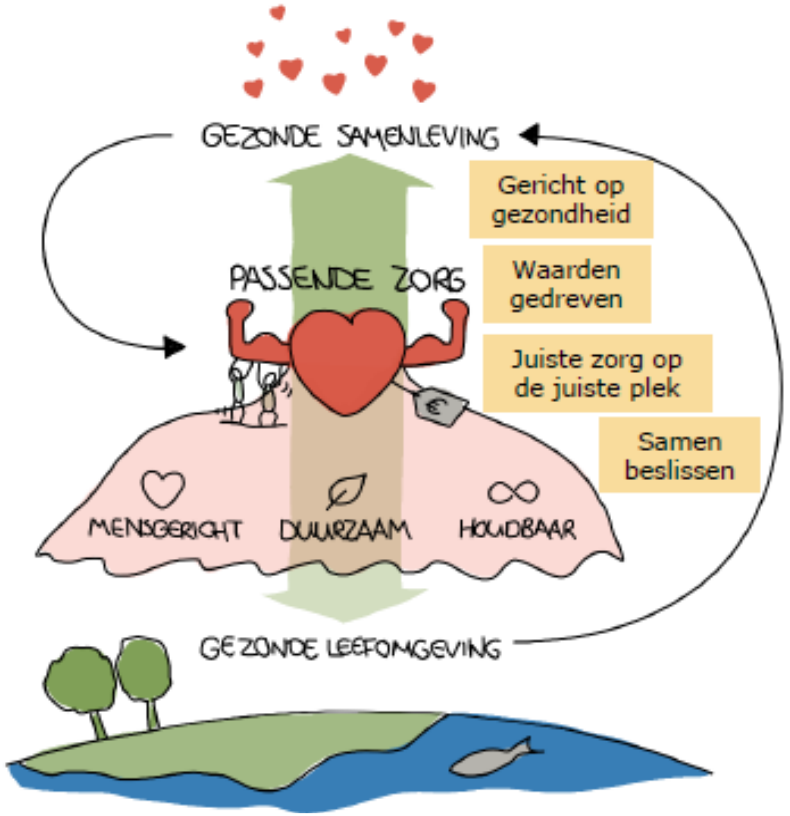






Achtergrond

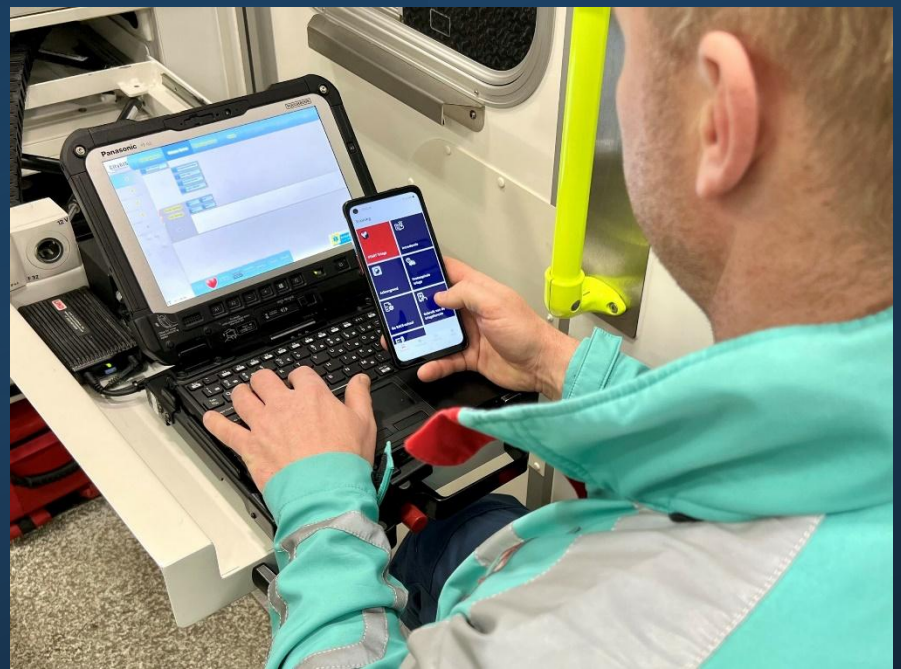





EASY
HARD
Adobe Stock | #211521551

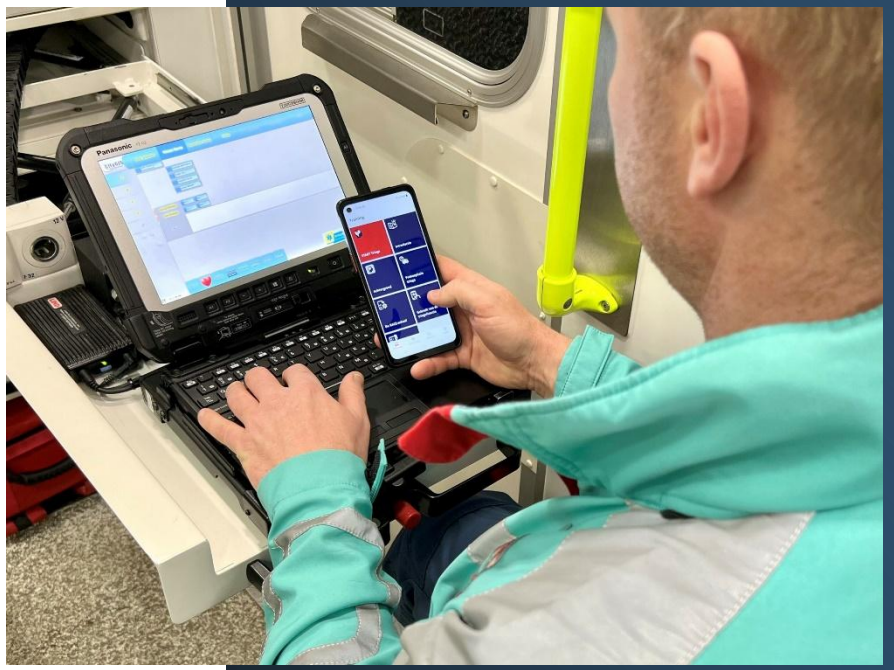
Zorg dichtbij de patiënt

Stroke triage app

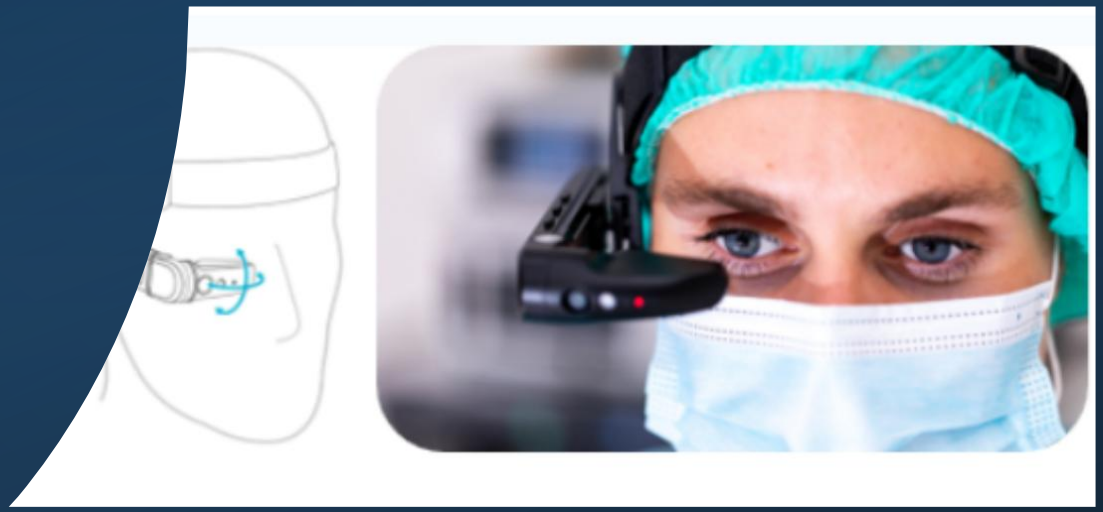


Stroke triage app:
Juiste patient op de juiste plek

- In de regio Rotterdam 5.000 opnames CVA patiënten per jaar
- In het Erasmus MC ondergaan ruim 350 patiënten/jaar een endovasculaire behandeling
- Ongeveer 70 % werd eerst opgevangen in een ander ziekenhuis. Overplaatsing leidt tot tijdverlies



Telestroke

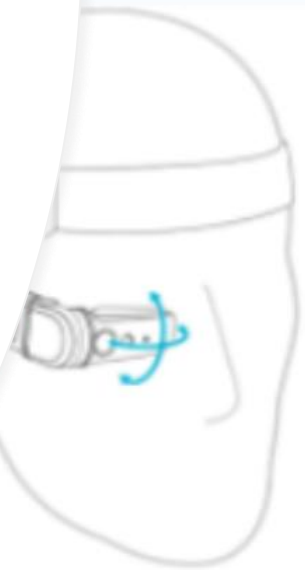



ISALA


isala

Telestroke







Niet iedereen meer opnemen





Positief effect op	Kans op overlijden
	Opname verpleeghuis
	Duur opname
	Minder complicaties zoals infecties
Effecten door	Goed geprotocolleerde zorg
	Betere en snellere diagnostiek
	voorkomen/sneller ingrijpen bij complicaties (verslikken, decubitus en incontinentie)
	intensievere revalidatie

Stroke Unit Trialists Collaboration; 2013; Govan et al; Stroke 2007

Acute (lichte) herseninfarct

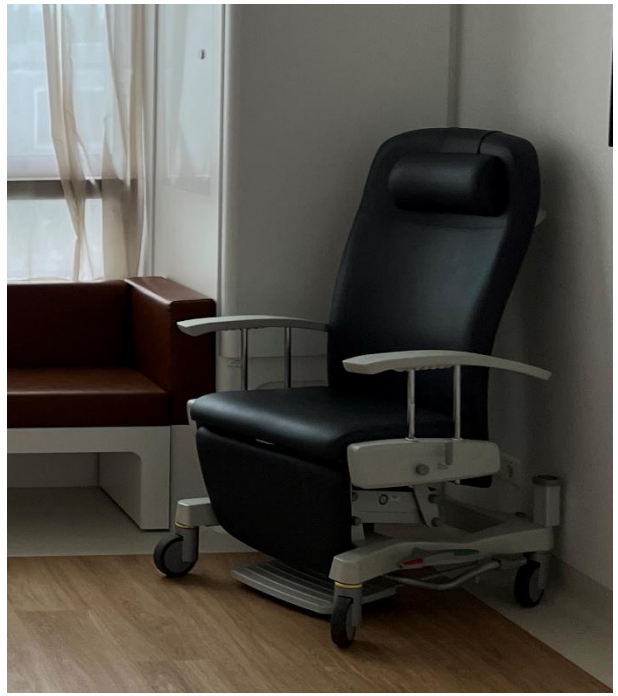




Kunnen deze patiënten niet vanaf de SEH naar huis met poliklinisch vervolg?

- Diagnostiek is klaar op SEH: behalve 72h ECG monitoring
- Acute behandeling (trombolyse of endovasculair) is klaar
- Preventie behandeling is gestart
- Revalidatie kan in 1^{e} lijn
- Stroke Unit voor verplegen, voorkomen van complicaties en opstarten revalidatie: bij ernstig herseninfarct







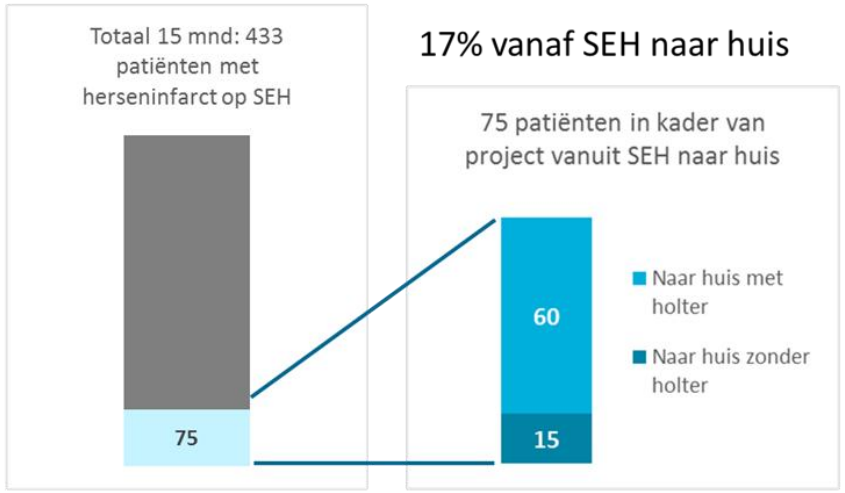


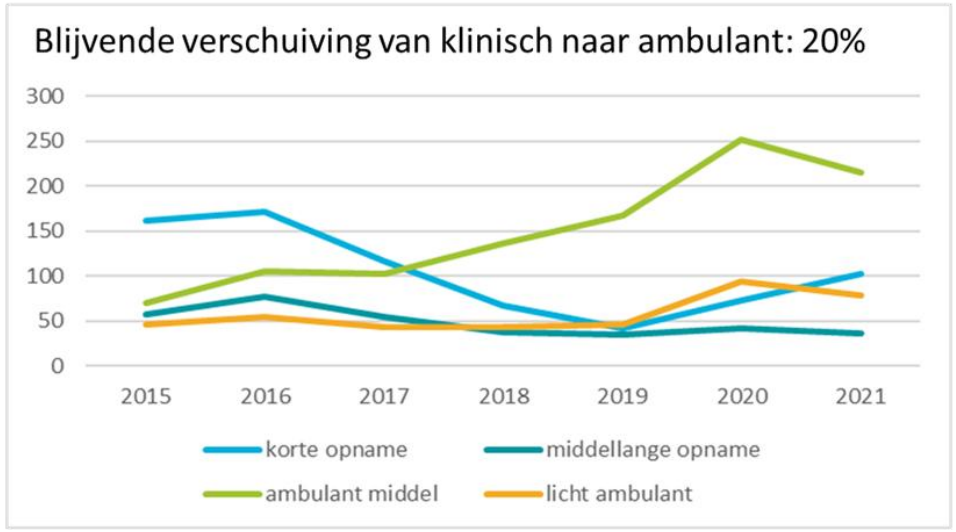
Achtergrond: resultaten Isala 2022-2024

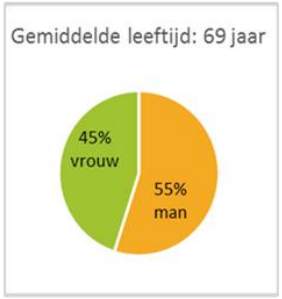
Totaal 166 patiënten	**Bij 48 uur**
Toename symptomen	4 (2,4%)
behandelconsequentie	0 (0%)
Overlijden	0 (0%)

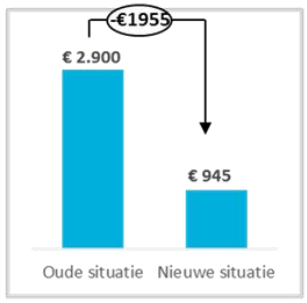
Achtergrond: resultaten Radboudumc

Resultaten









- Alle patiënten waren tevreden met verstrekte informatie en bereikbaarheid.
- Geen patiënten alsnog opgenomen.
- Prettig in volgende dagen CVA- verpleegkundige op poli te kunnen spreken.

Doelstelling less is more programma

Stoppen met zorg waarvan uit wordt gegaan dat dit niet of nauwelijks toegevoegde waarde heeft

Niet meer opnemen van patiënten met een licht herseninfarct:

Nieuwe zorgpad

SEH

Anamnese & Neurologisch onderzoek

Laboratoriumonderzoek

ECG

CT/CTA/CTP

Start secundaire preventie

Patiënten die in aanmerking komen

- NIHSS score < 4
- Thuissituatie laat het toe

Niet als:

- Indicatie reperfusietherapie (thrombolyse/EVT)
- Symptomatische intracraniele LVO
- Comorbiditeit dat opname vraagt

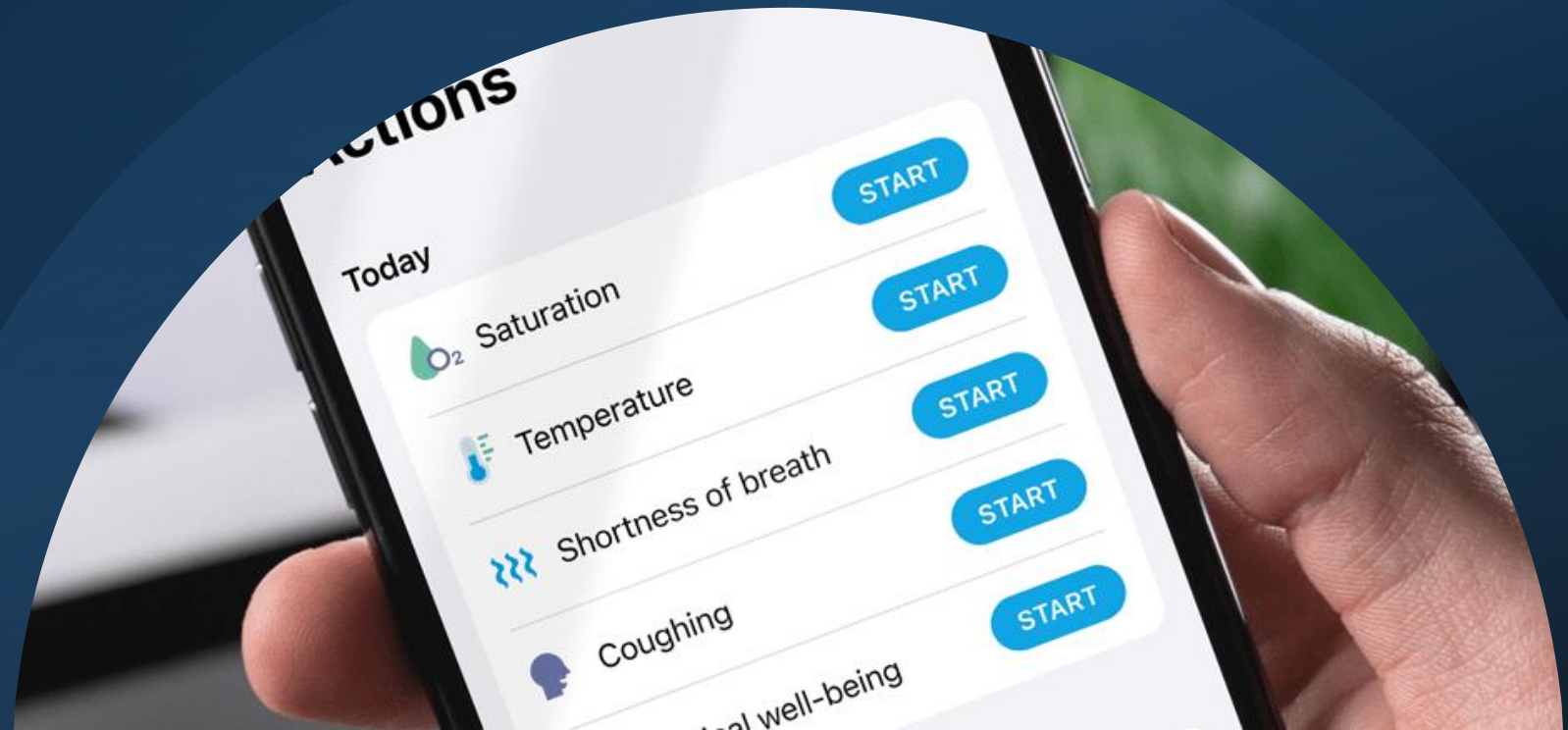
Samen beslissen

Thuis

Noodnummer 24 uur beschikbaar: verpleegkundige strokeunit met duidelijke instructies
Ambulante cardiale monitoring

Afspraak polikliniek VS-er/CVA verpleegkundige voor aanvullende informatie/nazorg

CVA eCoach


Today
Saturation
START
Temperature
START
Shortness of breath
START
Coughing
START
well-being

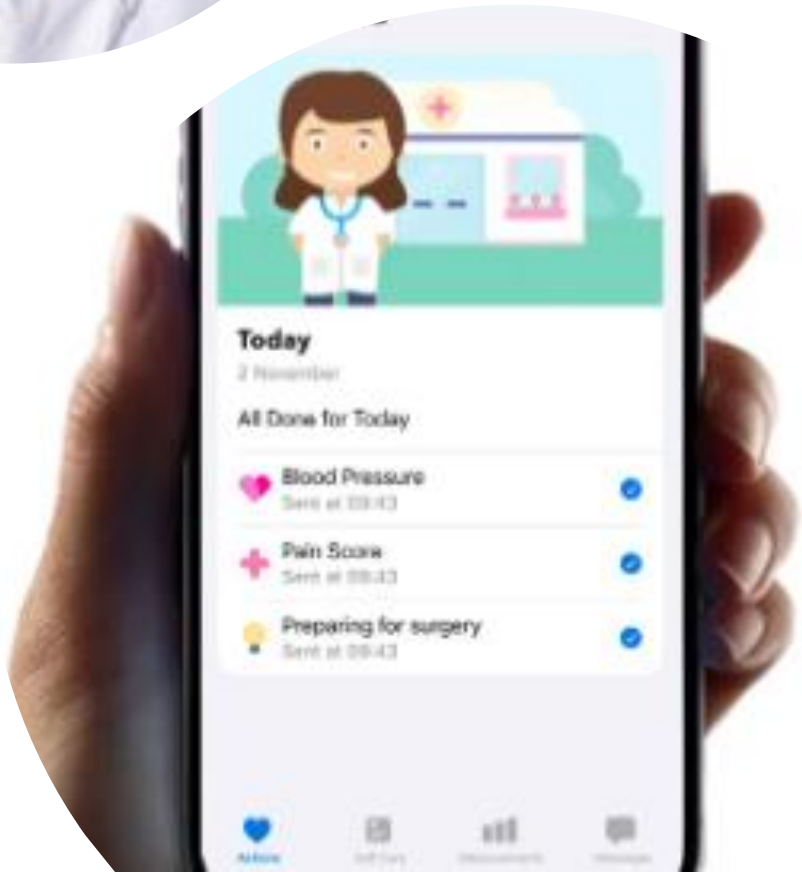
Doel: bieden van passende nazorg



- <u>Juist zorg op het juiste moment op de juiste plek</u>
- Vrijspelen capaciteit/afname zorgkosten:
- Duurzaamheid (CO2)

- <u>Stimuleren eigen regie, focus meer op gezondheid</u>
- Patiënteducatie
- Zelfmanagment
- Patiënt is in regie

- <u>Verhogen werkplezier</u>



Welke patiënten?

- Kunnen omgaan met een tablet, smartphone
- Voldoende beheersing Nederlandse taal

- Protocol herseninfarct
- Protocol hersenbloeding
- Protocol young stroke
- Sinustrombose
- ***Ontwikkeling***
  - SAB
  - Traumatisch hersenletsel

Inhoud CVA eCoach







pharos.nl







CVA eCoach: eerste resultaten

Digital Health Compliance
Powered by Deloitte

82% 12 weken de app gebruikt



50% afname polikliniekcontroles



Gemiddelde score 3.5

CVA eCoach: eerste resultaten in Isala





75% gebruikt chat functie
Mediane n contact 1 (IQR 1-2)

Sterke punten:

- Makkelijk/Laagdrempelig wanneer behoefte contact
- Betrouwbare informatie

Verbeterpunten

- Mantelzorger betrekken
- Meer op de patient persoonlijk gerichte adviezen

Verschuiving ondersteuningsbronnen

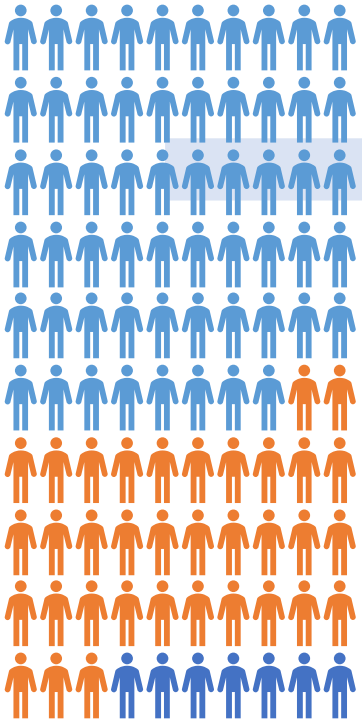
Patiënt afhankelijk van professional

Combinatie

Patiënt redt zich door zelfmanagement

- zelfhulpinstrumenten
- patiëntinformatie
- lotgenotencontact, etc.

Nu



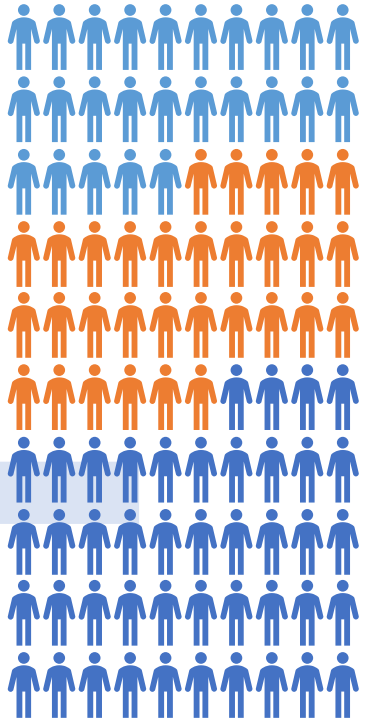
Doorontwikkeling van **patiëntinformatie** en **e-healthtechnologie**

Patiënten/naasten krijgen:
- **inzicht**
- **(h)erkenning**
- **handelingsperspectieven**

Meer patiënten werken (deels) **zelfstandig** aan herstel en 'leven met'

Professionals krijgen meer tijd voor patiënten met:
- **complexe problematiek**
- **lage gezondheidsvaardigheden**
- **lage digitale vaardigheden**

Toekomst



Samen beslissen

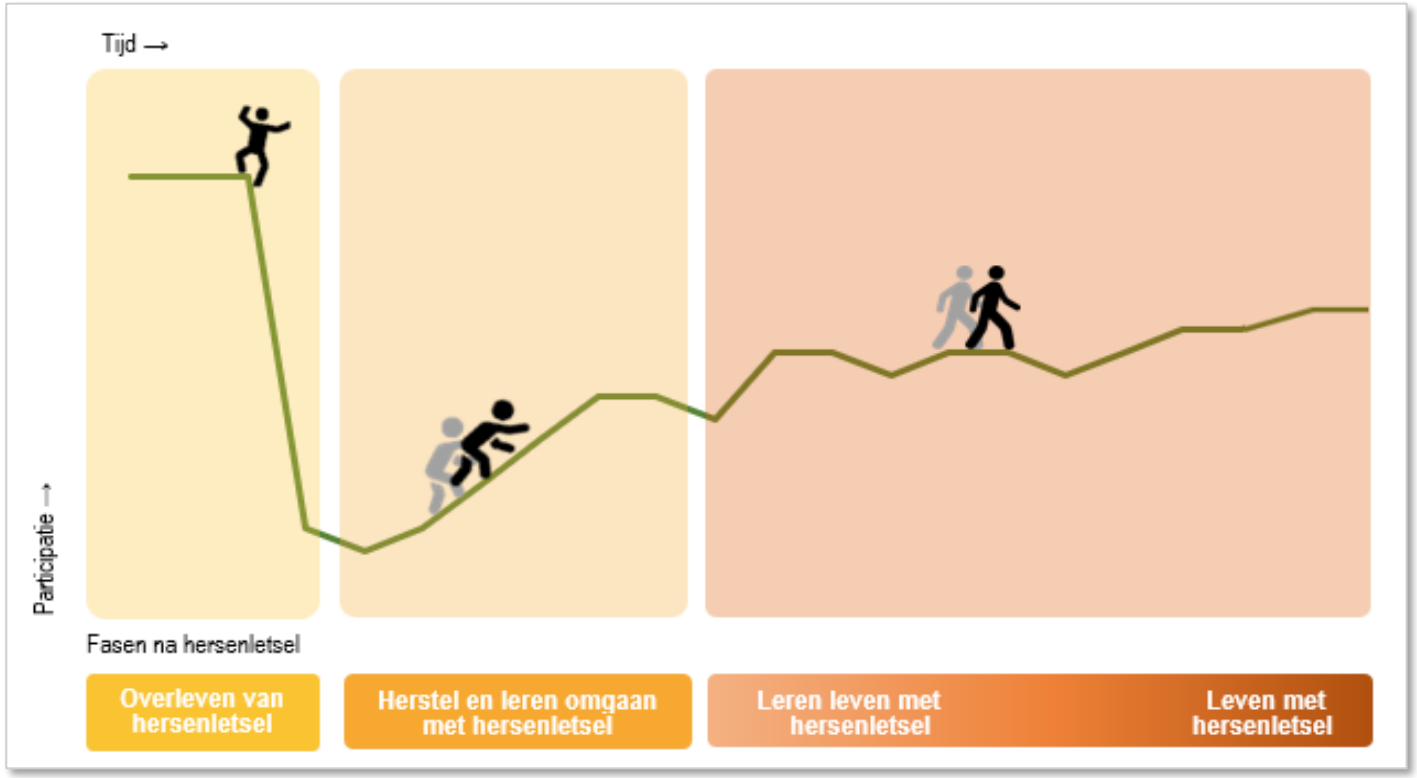
Patiëntinformatie



Gestructureerde,

consistente en

tijdige informatie voor herstel en zelfredzaamheid van patienten met een CVA



Bron: Zorgstandaard hersenletsel (concept jan '23)

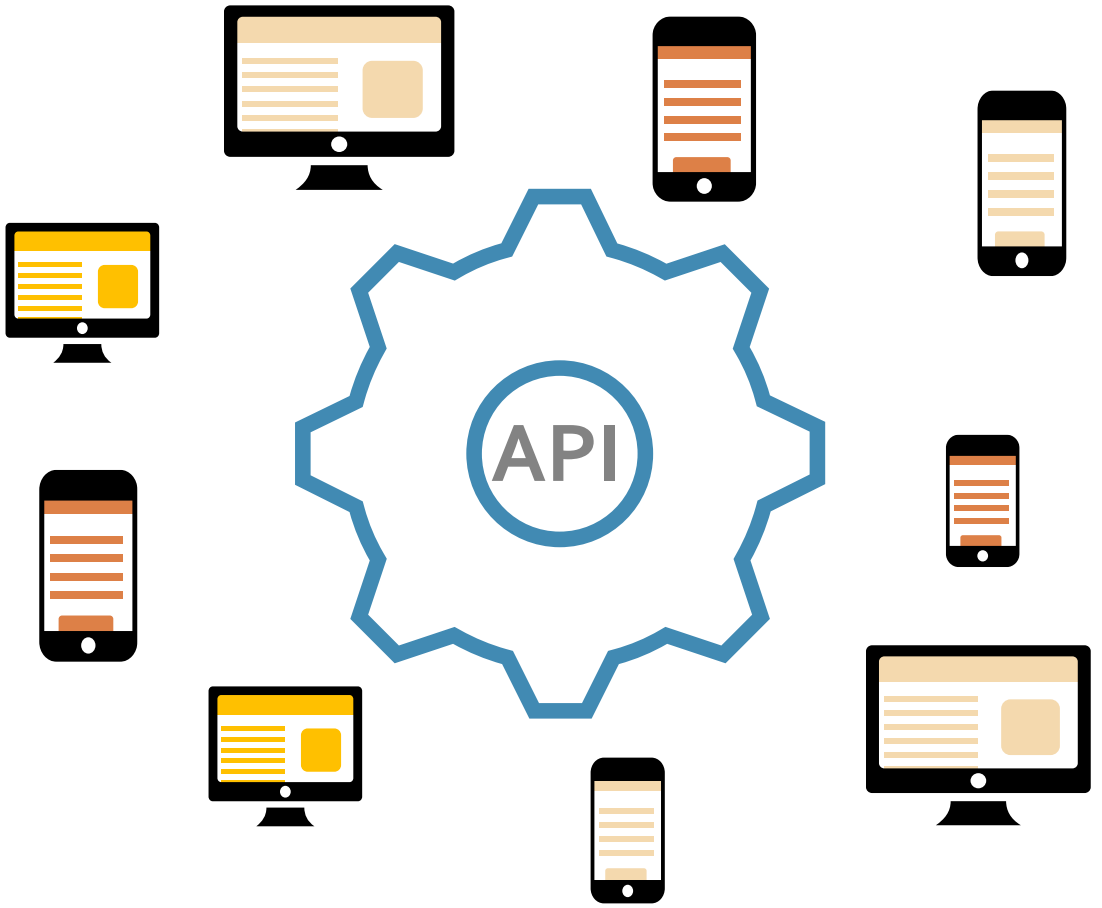
Veel informatiebronnen

mensen zien door de bomen het bos niet

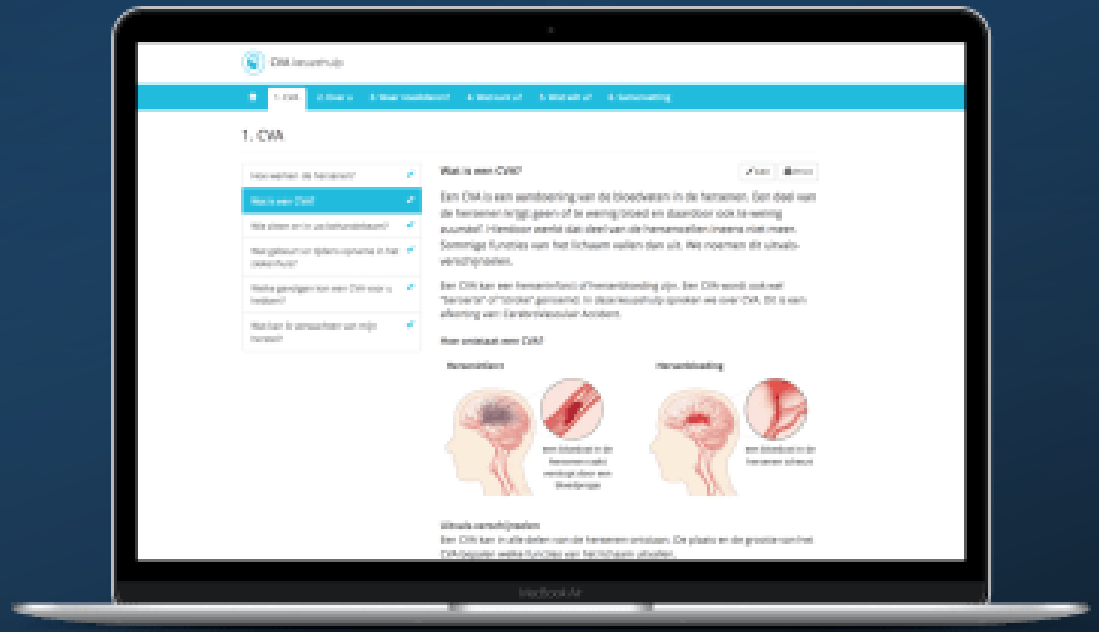


kanker.nl

THUISARTS.NL
THUIS IN GEZONDHEID



CVA keuzehulp



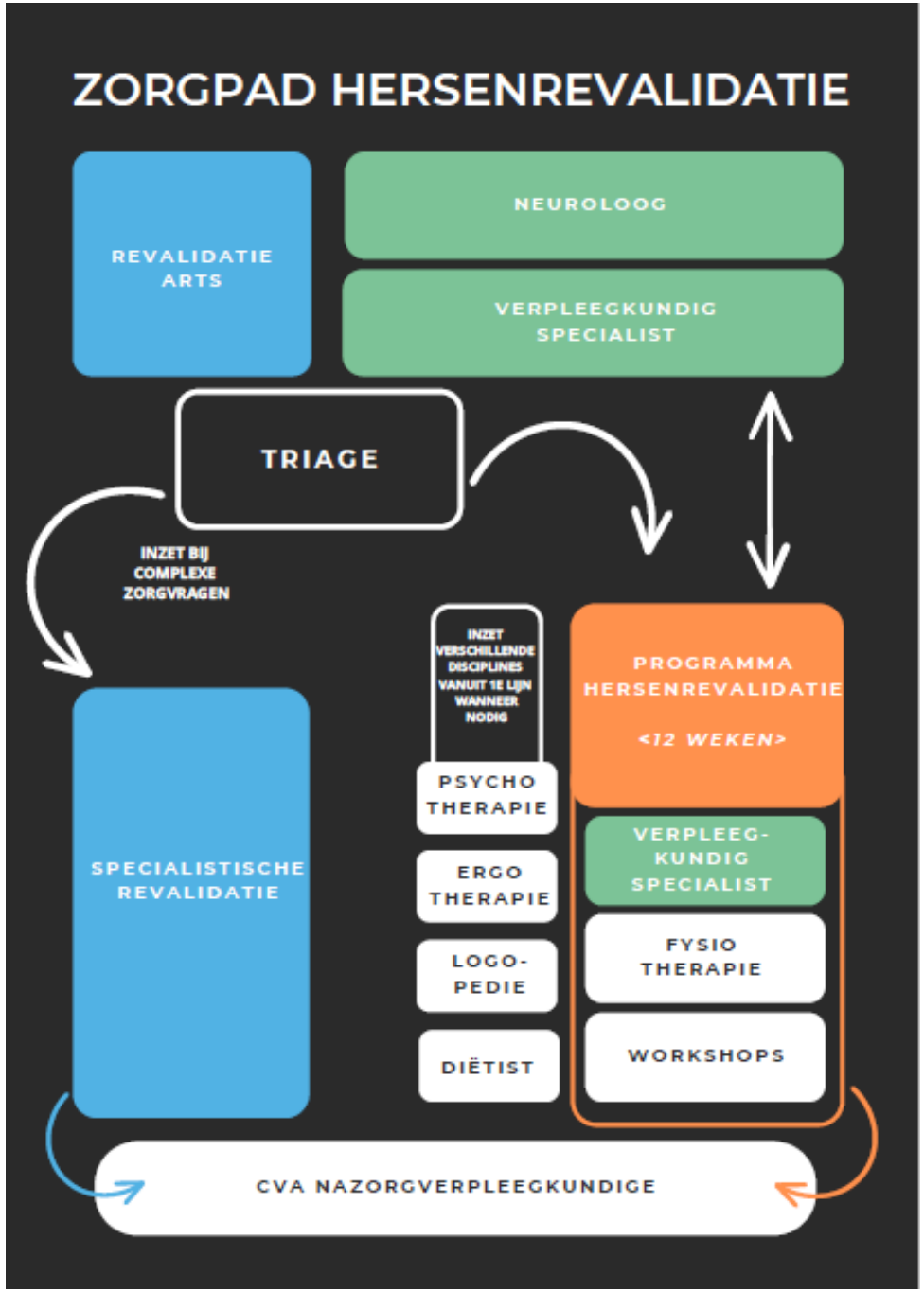

CVA keuzehulp
Samen beslissen over
uw ontslagbestemming na een CVA
Uw mening is belangrijk om samen te kiezen waar u het beste naartoe kan gaan na ontslag uit het ziekenhuis.
Met de CVA keuzehulp zet u samen met uw naasten op een rij wat u kan en wat u wilt. Zo kunt u samen met uw behandelteam beslissen wat voor u de beste ontslagbestemming is.
Vraag uw verpleegkundige naar de CVA keuzehulp
santeon
ZorgkeuzeLab


CVA keuzehulp
santeon
Samen beslissen over uw ontslagbestemming na een CVA
Uw mening is belangrijk
Met de CVA keuzehulp zet u met uw naasten op een rij wat u kan en wat u wilt. Zo kunt u samen met uw behandelteam beslissen wat voor u de beste ontslagbestemming is.
Vraag uw verpleegkundige naar de CVA keuzehulp

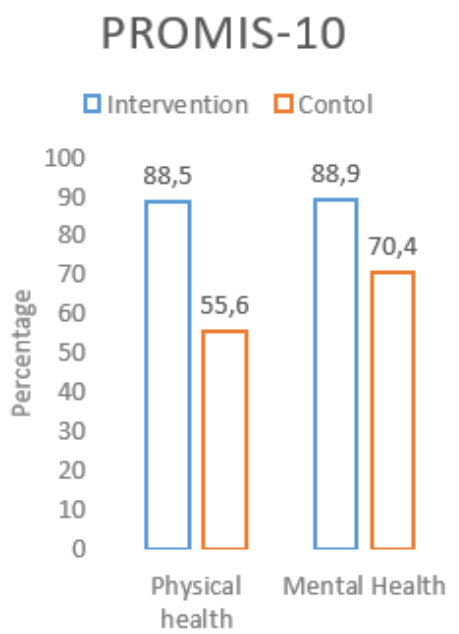
Focus op gezondheid

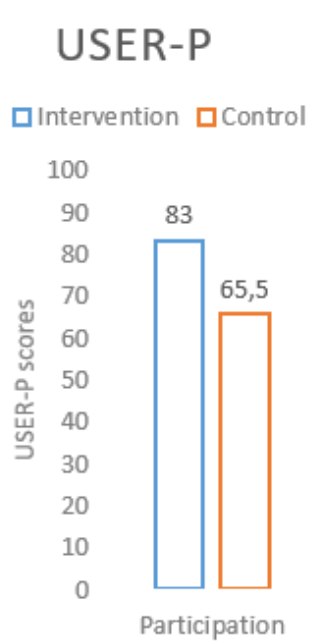
Hersenrevalidatie
Revalidatie op maat




ZORGPAD HERSENREVALIDATIE
REVALIDATIE ARTS
NEUROLOOG
VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST
TRIAGE
INZET BIJ COMPLEXE ZORGVRAGEN
INZET VERSCHILLENDE DISCIPLINES VANUIT 1E LIJN WANNEER NODIG
PROGRAMMA HERSENREVALIDATIE
<12 WEKEN>
SPECIALISTISCHE REVALIDATIE
PSYCHO THERAPIE
ERGO THERAPIE
LOGO-PEDIE
DIËTIST
VERPLEEG-KUNDIG SPECIALIST
FYSIO THERAPIE
WORKSHOPS
CVA NAZORGVERPLEEGKUNDIGE


ARGO

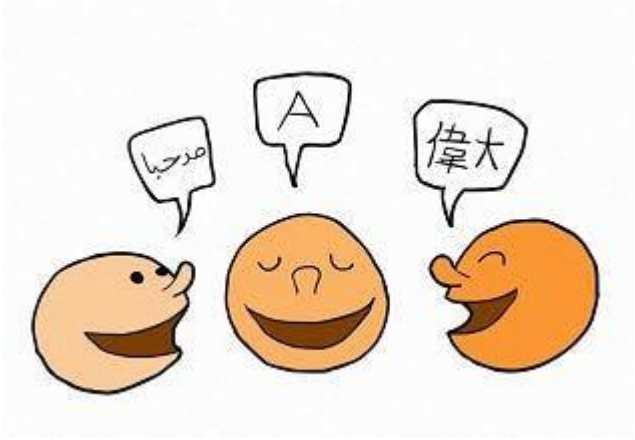

PROMIS-10
Intervention
Contol
Percentage
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
88,5
55,6
88,9
70,4
Physical health
Mental Health


USER-P
Intervention
Control
USER-P scores
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
83
65,5
Participation

Samen gezond in het CVA-netwerk



Ontwikkelpunten positieve gezondheid









Thema’s binnen het project

HeLiUS
Healthy Living in Utrecht after minor Stroke



1 **Gemeenschappelijke taal**

2 **Transmuraal zorgdossier**

3 **Interprofessioneel samenwerken (2de, 1ste en nulde lijn)**

Samen gezond binnen het CVA-netwerk



Opname (BCU 48 uur)

Voorlichting Neuroloog/verpleegkundig specialist

- Stoppen met roken, verwijzen stoppen met roken poli/
- Matigen alcohol
- Adviezen over voeding
- Adviezen over bewegen/ hersenrevalidatie

TIA-poli
- Inzet leefstijlcheck en Leefstijlroer

Voorlichtingsverpleegkundige

- Leefstijlcheck
- Relatie leefstijl en doorgemaakt CVA
- Voedingsadviezen; gezonde voeding bij hart en vaatziekten
- Eetwissels
- Beweeg adviezen/ Hersenrevalidatie
- Aanmelden CVA eCoach

Aanbieden Gezonde voeding

Wat kan Ik zelf?





CVA eCoach
(de eerste 12 weken na het CVA)
Zelfzorgmodules over leefstijl

eMaat app hulp bij gezonde leefstijl



1e 12 weken

Verpleegkundig specialist
- Leefstijlgesprek met behulp van het leefstijlroer
- Verwijzing 1ste lijn (fysio, dietiste, ergo)
- Overdracht naar de huisarts/POH

Waar kan ik hulp vragen?



CVA-wijkverpleegkundige
- Casemanager gezonde leefstijl & nazorg
- Workshops hersenrevalidatie

HUISARTS



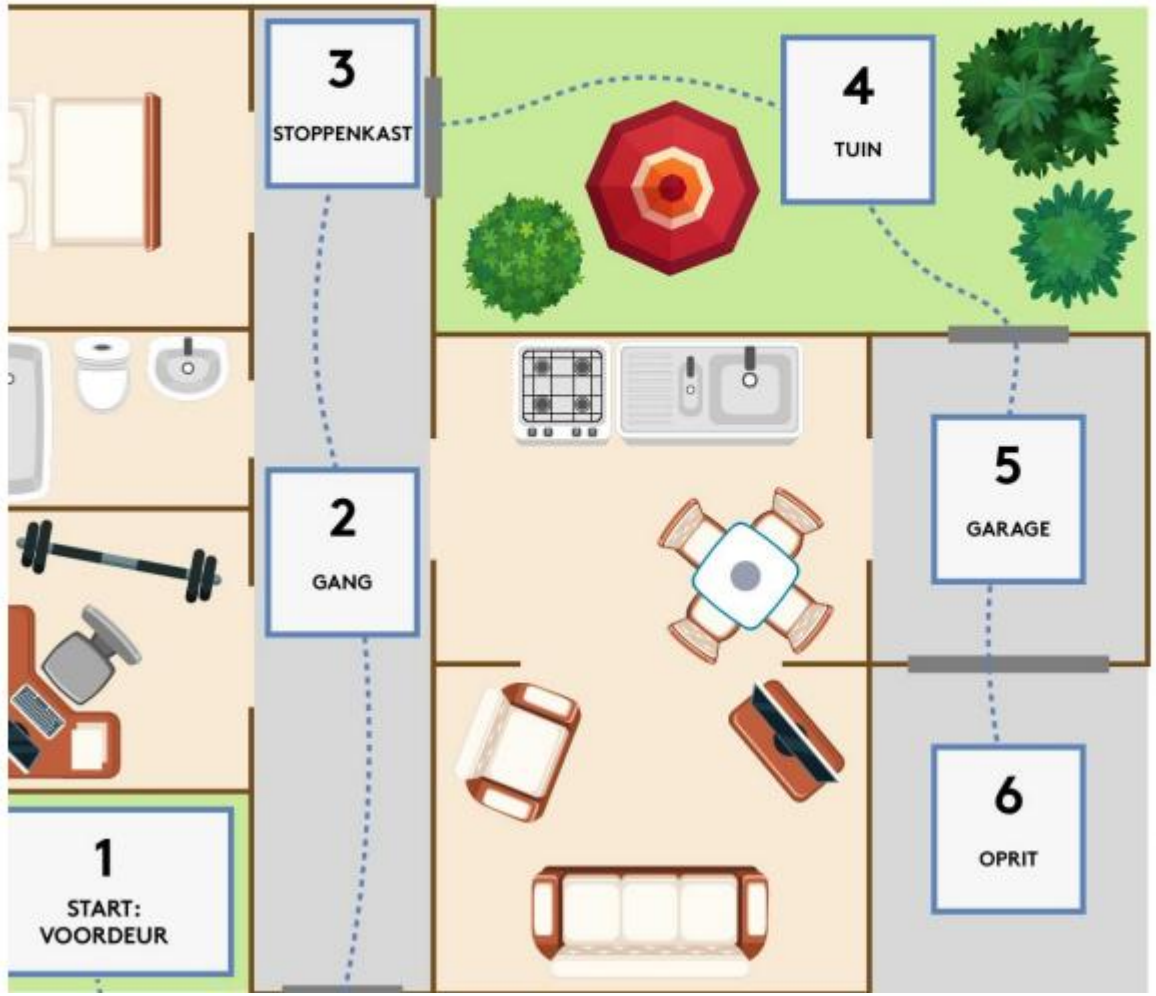
Wat kan Ik zelf?







Verbinding	Ontspanning	Slaap	Voeding	Beweging	Middelen
inding met mensen? met dierbaren? r word je gelukkig van? by's of sport? villigerswerk?	-Geldproblemen? -Relatie? -Mantelzorgtaken? -Hobby's of sport? -Schermtijd? -Eropuit?	-Regelmatig slaappatroon? -Koele geventileerde ruimte? -Moeite met inslapen of doorslapen?	-Voldoende drinken? (1,5-2 liter per dag) -3 volwaardige maaltijden? -Minimaal 250 gr. Groente en 2 stuks fruit? -Over/ondergewicht?	-Veel zitten? (> 8 uur per dag) -Per dag 30-60 minuten actief?	-Alcoholgebruik? -Roken? -Drugs? -Medicijngebruik?



STAPPEN

1 START: VOORDEUR
Wie is de regievoerder?
Patiënt, naaste of een professional?

2 GANG
Inventariseren
Wat gebeurt er in elke ruimte?

3 STOPPENKAST
Wat is nu het meest belangrijk
Waar zetten we het licht aan en uit?

4 TUIN
Gezamenlijke doelstelling
Welk doel kunnen we opstellen? Wat hebben we over 3/6/9 maanden bereikt?

5 GARAGE
Welke professionals zijn nodig?
Wie moeten we uitnodigen of consulteren?

6 OPRIT
Wie is het aanspreekpunt?
Indien de professional regievoerder is; wie gaat dit doen?

Nieuwe initiatieven



Digitale patiëntreis





Stappen naar herstel: uit bed is beter

To take back to work

Zorg staat voor grote uitdagingen

Voor toekomstbestendige zorg anders denken cruciaal

Inzetten op passende zorg in het CVA-netwerk, innovatie/technologie daar waar zinvol, inzetten op zelfregie en zelfredzaamheid

CVA actieplan Nederland ondersteunend in zijn


shutterstock.com · 381278869