

Symposium: Minder pillen, betere zorg!

Verslag van de voorzitter

Stichting PILL

28-03-2025

Ruim drie jaar geleden is het alweer dat in Utrecht de boekpresentatie van mijn boek 'Wie is er nou eigenlijk gek?' uitkwam. Dit was een bijzondere dag welke ik als mijlpaal en omslagpunt beleefde in mijn beladen historie binnen de psychiatrie.

Op mijn 18^e werd ik met het krijgen van een DSM label en het voorschrijven van een antidepressivum tot patiënt gemaakt. De stoornistaal van de DSM en het biologisch medisch vakjargon pretendeerde mij toen antwoorden te geven waar ik als getroebleerde adolescent naar op zoek was.



Stichting PILL is van mening dat er te snel, te veel en te langdurig psychofarmaca worden voorgeschreven.

Het doel van de stichting is het bevorderen van verantwoord omgaan met psychofarmaca vanuit een breed perspectief.

Stichting PILL is afhankelijk van uw steun!

www.stichting-pill.nl



Zoekend naar mijn identiteit en de reden van mijn bestaan liep mijn pad door de spreekkamer van de medisch georiënteerde hulpverlener. De levensvragen waar ik mee worstelde werden zonder al te veel verdiepende vragen beantwoord vanuit een medisch paradigma. Mijn op drift geslagen zoektocht naar identiteit en zingeving was volgens dit dogmatisch gevormde perspectief op de werkelijkheid een depressie wat met een antigif behandeld diende te worden. Vol met door wetenschap gevoede overtuigende verkoop praatjes werd mij een biologische oplossing voor mijn veronderstelde problemen gepresenteerd, met de bijbehorende belofte dat dit mij zou genezen en ik me geen zorgen hoefde te maken, omdat uit onderzoek was gebleken dat dit middel (Efexor) erg goed werkte tegen de ziekte (depressie) waar ik aan leed.

Dat dit heel anders bleek te zijn kwam ik pas bijna een kwart eeuw later achter, toen ik langzaam uit de mist van de verdovende en geestdodende middelen kroop en het licht van het leven weer begon te zien. Deze bevrijding had me geconfronteerd met een kwart eeuw leven wat verdwenen was, een lichaam wat zwaar vergiftigd was en dromen van weleer die waren vervlogen of in nachtmerries waren getransformeerd.

Wat was mij overkomen en wat zei dit over het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg? Dit waren vragen waar ik in mijn boek antwoorden op probeerde te vinden.

Nu ruim drie jaar later was ik vrijdagochtend om 6:30 samen met mijn levenspartner op weg naar Utrecht voor het eerste symposium van mijn eigen stichting PILL. Een symposium wat zou gaan over betere zorg met minder pillen, over oude gedragspraktijken ten opzichte van nieuwe gedragspraktijken en hoe we die kunnen versterken en verankeren binnen een transitie van een primair medisch neurobiologisch model naar een contextueel-relationeel-temporeel model van psychisch lijden en begeleiden/ behandelen.

Ongeveer een jaar hebben we er als bestuur aan gewerkt, samen met **Harriët Gussinklo** als ondersteuner. Nu was het dan zo ver. Lichtelijk nerveus maar vol goede moed betrad ik de grote zaal van The Colour Kitchen waar de stoelen, de geluidsinstallatie en de koffie al klaar stonden.



Niet lang daarna arriveerde de rest van het bestuur en konden de laatste voorbereidingen afgerond worden. Nog een paar foto's van het voltallige bestuur en toen was het tijd de eerste gasten en sprekers te verwelkomen. In mum van tijd zat de zaal vol en kon de dag echt van start gaan.

Julie-Anne Arendsen Hein (secretaris van stichting PILL) opende de dag met een hartelijk welkom en praktische mededelingen voor de dag. Hierna mocht ik het overnemen en de inleiding van de dag verzorgen. Ik heb verteld over het waarom en hoe van het ontstaan van PILL en hoe PILL aan zijn doel en missie wil werken. Vervolgens was het tijd om de twee elkaar versterkende pijlers te presenteren die bij moeten dragen aan de transitie naar nieuwe gedragspraktijken en het verlaten van oude paradigma's, namelijk: de gedragspraktijken en de gebruikscyclus.



Hoe?

PILL heeft een aanpak in ontwikkeling die berust op twee elkaar versterkende pijlers:

➤ De gedragspraktijken benadering

Gedragspraktijk bestaat uit **gestructureerde routines** die met anderen gedeeld worden binnen een **structuur** met gedeelde **waarden, opvattingen** en **handelingsroutines**

➤ De gebruikscyclus

Informatie rondom cruciale beslismomenten bij het wel of niet kiezen voor psychofarmaca



Hierna was het tijd de volgende spreker van de dag aan te kondigen. Dit betrof **Gemma Blok** (hoogleraar Geschiedenis van de Psychiatrie aan de Universiteit van Utrecht, leerstoel Geschiedenis van Mentale Gezondheid en Cultuur aan de Open Universiteit). Gemma gaf een indrukwekkende lezing over de historie van de ervaringskennis over psychofarmaca en hoe deze grotendeels ondergeschikt is geweest aan de academische kennis. Het grote contrast was dat de academische kennis altijd heeft betoogd dat de pillen goed werkten, weinig bijwerkingen hadden en niet verslavend waren, terwijl de ervaringskennis al decennia lang leert dat mensen er ziek van worden,

zich geestelijk gecasteerd voelde en er schade van opliepen. Er waren ook ervaringen van mensen die zich gezegend voelde met de pillen en zichzelf er mee konden ontplooiën. Tot de jaren 70 was ervaringskennis dun bezaaid en werd het niet meegenomen in kennis vorming en deling.



Het waren met name de eufemistische beschrijvingen van de wonderbaarlijk positieve effecten van de pillen die het grote publiek bereikten, gestaafd met uitspraken van academici en klinici die de pillen aanprezen.

Hierna kwamen via krantjes van verschillende cliëntenbewegingen steeds meer kritische geluiden van gebruikers van de pillen naar buiten en werd het langzaam enigszins duidelijk dat er ook nogal wat nadelen kleefden aan het slikken van de pillen. Wat opvalt is het gebrek aan informed consent over de ervaringen van vervreemding van het zelf en de interne wereld waar vaak niet voor gewaarschuwd wordt.



Vanaf de jaren 80 komt er steeds meer protest tegen de medisch georiënteerde psychiatrie en eisen hulpvragers meer inspraak en betere voorlichting en wordt de ongebreidelde macht van de farmaceutische bedrijven aan de kaak gesteld.

Vanaf de jaren 90 komt er langzaam dan toch meer openheid en discussie doordat steeds meer mensen zich uitspreken. Dit wordt gesteund door journalisten zoals **Robert Whitaker** en vooraanstaande academici zoals **David Healy** en in Nederland mensen als **Jan Foudraïne** (schreef hier sinds de jaren 70 al over) **Dick Bijl** en **Trudy Dehue**. Daarnaast komen er ook pil- promotende ervaringsverhalen zoals die van **Mike Boddé**, naast ervaringsverhalen die de zorgelijke kant van de pillen benadrukken. Er ontstaan meer systematischer manieren om ervaringskennis te ontsluiten, zoals de verhalenbank psychiatrie van **Floortje Scheepers** en de vertelkamer psychofarmaca van **Harold van Garderen** en **Ewout Kattouw**.

Eind conclusie is dat epistemische rechtvaardigheid vraagt om een meer gelijkwaardige plaats van ervaringskennis binnen de wetenschap.

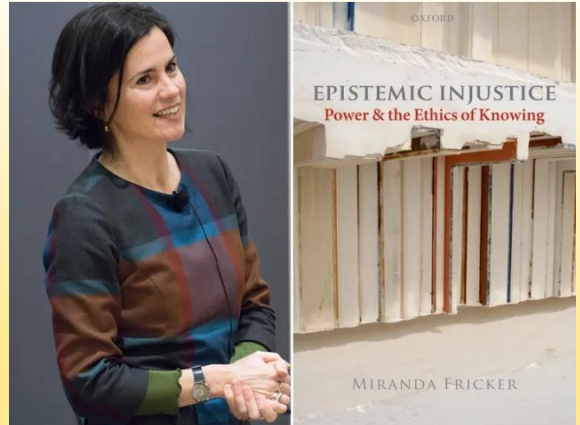
Tot slot

Meer ervaringsverhalen na 1960, maar onderzoek nodig

Verhalen wisselend: negatief, positief, vaak ambivalent

Gemene deler: ervaringskennis serieus nemen; gelijkwaardigheid

'Epistemische rechtvaardigheid

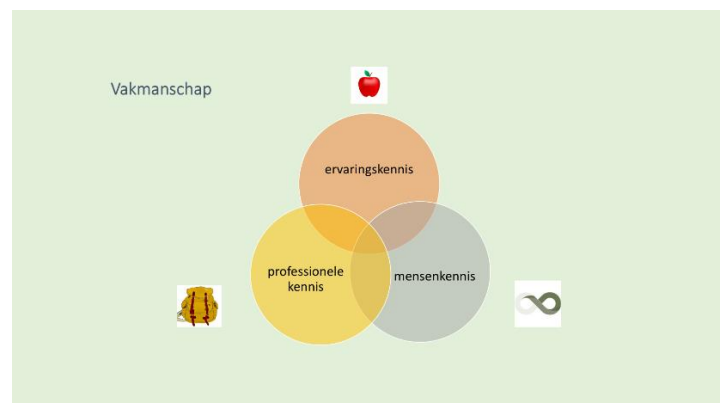


30-3-2025 52

Na dit prachtige betoog van Gemma is het de beurt aan **Floortje Scheepers** (afdelingshoofd afdeling psychiatrie van het UMC Utrecht, hoogleraar innovatie in de psychiatrie) om de zaal toe te spreken over de effecten van de huidige gedragspraktijken in de dagelijkse praktijk. Anders gezegd: wat betekent de manier hoe we de blik op psychisch lijden hebben gevormd vanuit een primair neurobiologisch paradigma, en het gebruik van psychofarmaca binnen de bredere context van mensenlevens?

Floortje legt uit dat het lineaire denken van oorzaak en gevolg veel te hoge verwachtingen heeft gecreëerd van de GGZ, als maakfabriek om psychische problemen die altijd in de interactie met de omgeving ontstaan, te fixen met magic bullets (pillen).

Ze legt uit dat de dominantie van de rugzak met professionele kennis (gevuld met theoretische kennis, protocollen en methodieken) het echte vakmanschap in de weg kan zitten, doordat de gelijkwaardigheid van ervaringskennis en mensenkennis hierdoor niet voldoende ingebed is. Oog hebben voor de emergentie (een situatie wat verschijnt door onderlinge wisselwerking van componenten onder bepaalde omstandigheden) binnen de complexiteit van psychische ontregelingen met terughoudendheid van veronderstelde kennis en wetenschap is het devies.



Na deze inleiding vraagt Floortje mij om met haar in gesprek te gaan over de effecten van de huidige gedragspraktijk in mijn leven. Wat ontstaat is een zeer gelijkwaardig gesprek tussen twee mensen die allebei met de huidige gedragspraktijk worstelen. Ik, als ervaringsdeskundige met een kwart eeuw ervaring als hulpvrager en Floortje, als hulpverlener, onderzoeker en hoogleraar.

We staan stil bij het gebrek aan 'informed consent' en het gebrek aan ruimte voor het eigen verhaal binnen het dominante narratief van de lineair georiënteerde neurobiologische gedragspraktijk. Ik kon uitleggen dat ik als 18 jarige vrij snel werd meegezogen in de dogma's van de psychiatrie, waarbij mijn recht van zelf betekenis geven aan mijn ervaringen teniet werd gedaan. Het meest choquerende wat ik heb ervaren is dat ik nooit gewaarschuwd ben voor de iatrogene effecten die deze indoctrinatie en de voorgeschreven pillen kunnen hebben en dat het ook nu nog steeds een sterk onderbelicht aspect is binnen het publieke debat over psychofarmaca.

Vanuit de zaal wordt dit beaamd door **Irene van der Giessen** die aangeeft een bedrijf te hebben waar zo'n 30 mensen werken die allemaal langdurig pillen hebben geslikt en allemaal gemeen hebben dat ze met forse lichamelijke klachten kampen, lang nadat ze de pillen hebben afgebouwd.

IATROGENE SCHADE PSYCHOFARMACA

- Autonome dysregulatie
- Extreme vermoeidheid
- Maag darm klachten
- Neuropathie
- Overgevoeligheid voor voedingsstoffen en medicatie
- Chronische brainfog (Mild Cognitive Impairment)
- Hartproblemen (cardiomyopathie)



Ook de reductionistische manier van kijken naar een veronderstelde dichotomie van ontwenning en terugval komt ter sprake en blijkt een stuk complexer en meer diffuus, als je de psychosociale componenten meeweegt die komen kijken bij het afbouwen van psychofarmaca na langdurig gebruik. Hoe kun je immers een duidelijk onderscheid maken tussen deze twee, zonder de synthese van de biologische, psychologische en sociaalmaatschappelijke componenten mee te wegen?

PSYCHOLOGISCHE GEVOLGEN

- Wantrouwen hulpverlening en wetenschap
- Trauma door psychiatrisch verleden
- Weer in contact komen met eigen binnenwereld (opnieuw leren voelen)
- In gevoel terug gaan naar laatste ijkpunt
- Angst voor het controle verlies wat pillen hebben gegeven
- Besef verwoestende effect medicatie en de wetenschap dat dit niet nodig was
- Herontdekken van eigen identiteit
- Rouwverwerking van gemiste kansen (eigen gezin, carrière, pensioen opbouw en persoonlijke ontwikkeling)
- Grote onzekerheid

Hierna is het de beurt aan **Jim van Os** (hoogleraar Psychiatrie, voorzitter Divisie Hersenen aan het UMC Utrecht) om het podium te betreden. Na een introductie van Julie-Anne begint hij aan zijn betoog voor een transitie naar een contextueel-relatieel-temporeel model van psychisch lijden, behandeling en zorg.

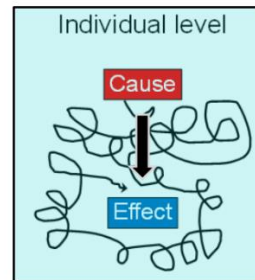


Jim heeft het over de 'definiërmacht'; van het heersende model van psychisch lijden en welk verhaal hier dominant in is in de huidige tijd. Wat wetenschappelijkheid van de huidige gedragspraktijken betreft blijkt het eerder een pre-wetenschap dan echte kritische wetenschap die steeds weer evolueert en bijstelt. Er is een voorschot genomen op een illusie, nl dat men zou gaan ontdekken welke biologische oorzaken er ten grondslag zouden liggen aan psychisch lijden en welke genen hierbij betrokken zouden zijn.

Jim geeft, net als Floortje, aan dat het bestuderen van psychisch lijden geen lineaire wetenschap is maar een complex wetenschappelijk model waarin de onvoorspelbaarheid van een scala aan factoren voorop staat. Het is blijkbaar meer chaos dan een duidelijk oorzaak gevolg beeld.

Het gaat dus niet om bepaalde behandelprotocollen, methodieken en interventies die werkend zijn, maar veel meer om het relationeel werken, waarin een gezamenlijke taal en verklaringsmodellen, samen met werkvormen en

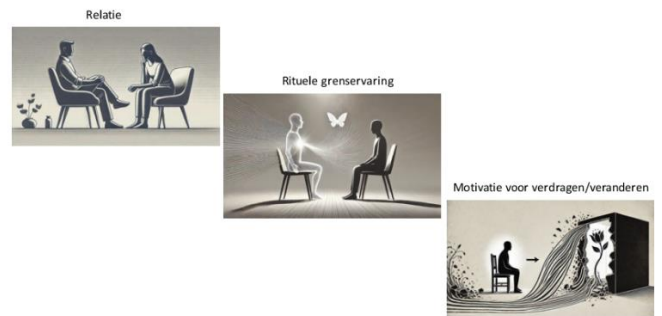
Diagnose/behandelen/prognosticeren: geen individuele lineaire oorzaak-gevolg relatie



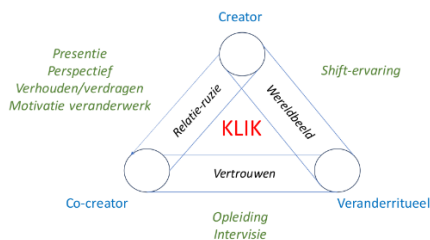
"duwtjes"



De Surprising Elementen van 'EBP'



Relationeel kader voor 'veranderen/verdragen'



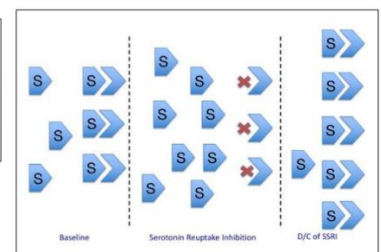
rituelen voor verandering en/ of leren verdragen zorgen.

Het gaat binnen dit proces meer om korte 'duwtjes' die een shift/ verandering kunnen geven, dan om langdurige (biologische) interventies die iets zouden corrigeren wat structureel uit balans is.

Vanuit deze inzichten bekeken ligt het niet voor de hand om mensen langdurig pillen voor te schrijven met alle gevolgen van dien, waaronder: het afnemen van het effect, paradoxale reacties, bijwerkingen die pas later verergeren, ontwenning, rebound en andere problemen die kunnen ontstaan na het afbouwen hiervan.

Chemische duwtjes ZONDER Oppositional tolerance

"Chronisch gebruik van medicijn creëert een 'sleeping tiger', die wakker wordt als de behandeling stopt"



Tijdens behandeling: verlies effect medicijn, paradoxale reacties, terugkeer symptomen, late bijwerkingen
Na behandeling: onttrekking, rebound, terugval, chronische onttrekking, 'behandelresistentie'

Faus & Cheni 2019

Wat dat betreft lijken de psychedelische middelen zoals psilocybine en ayahuasca misschien wel beter geschikt voor het bereiken van deze 'shift' ervaringen. Vanuit de zaal klinkt daarop de kritische opmerking van **Marijke Foudraine** (vrouw van wijlen **Jan Foudraine**) dat deze trip middelen niet als quick fix gezien moeten worden, zonder het inbedden in een langdurig bewustzijns-proces(wat

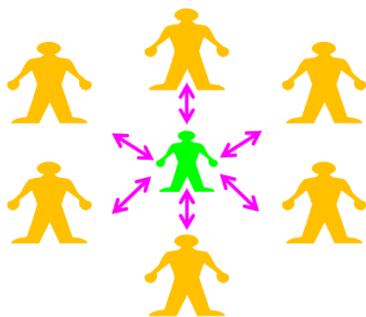
inspanning vereist). Jim beaamt dat het slechts een vertrekpunt van een proces kan zijn en niet geprotocolleerd door de huisarts voorgeschreven dient te worden.

Het is juist vanwege het eerder genoemde relationeel werken, waarin een gezamenlijke taal en verklaringsmodellen samen met werkvormen en rituelen voor verandering en/ of leren verdragen zorgen, dat Jim pleit voor een 'eco systeem van mentaal welzijn', waarin een ieder zelf kan kiezen waar, met wie en op welke manier men met het eigen verander- en herstelproces aan de slag wil. Hiervoor is het wel nodig dat er een andere manier van gezondheidszorgorganisatie mogelijk wordt. Niet meer vanuit concurrentie binnen een markteconomie, maar vanuit het gelijkwaardig samenwerken binnen dit ecosysteem.



Meerwaarde Ecosysteem: Public Health Social Holding

- Resource groepen
- Herstelacademies (jongeren)
- 'Housing first'
- 'Retreats'
- Peer-supported Open Dialogue
- Proactieve crisisplanning
- Network building (J.I.M.)
- Kwartiermaken
- Intensieve thuisbegeleiding
- Crisis centrum
- Inlooplekken



Dit betekent dat de burger die hulp nodig heeft bij een herstelproces vanuit ,bijvoorbeeld een herstel- en zelfregie centrum, met peers en ervaringsdeskundigen op zoek kan gaan naar taal, verklaringsmodellen en werkvormen die passend zijn en aansluiten. In dit systeem is er nog steeds plaats voor specialistische GGZ, maar ook voor mensen die vanuit ervaring hun kennis en kunde inzetten

om de ander te helpen met verandering van- , of leren verhouden tot-, de situatie waar zij zich in bevinden.

Met deze voordracht kwam er een einde aan het plenaire ochtendprogramma en was het tijd voor een heerlijke lunch. Onder het genot van verse versnaperingen ontstonden er overal verbindende gesprekken binnen het gemêleerde gezelschap van gasten, sprekers en organisatie. Mijn hart werd verwarmd door deze mooie vermenging van mensen met verschillende achtergronden, functies en rollen. Even deed mij dit beseffen dat dit is waar het in een ecosysteem om gaat: gelijkwaardig samenzijn en van elkaars ervaringen en inzichten leren en samen ontwikkelen.



Na de lunch werd het tijd voor de workshops. Zoals zo vaak met dit soort evenementen is het aanbod groter dan er tijd is. Dit maakt dat de bezoekers in twee rondes twee van de vier workshops konden bijwonen. Voor mijzelf was het dilemma van de keuze voor welke workshops ik zou volgen niet anders. Omdat ik al meerdere keren bij het zorginitiatief van **Bram van der Leden** (ggz-agoog, oprichter bijBram) ben geweest en al regelmatig met Bram van gedachten heb gewisseld over hoe goede zorg er uit zou moeten zien, besloot ik dat zijn workshop *'Een nieuwe ggz vanuit een andere kijk op psychische ontregeling: visie, model, ervaringen en dilemma's'*, nu voor mij niet veel nieuwe componenten zou bevatten. Dit zelfde geldt voor de workshop van **Remke van Staveren** (psychiater) en **Irene van de Giessen** (directeur Stichting HerstelTalent, bestuurder bij Kenniscentrum Phrenos) *'Afbouwen van psychofarmaca, samen beslissen'*, omdat ik me al jaren verdiep in de kennis rond het veilig afbouwen van psychofarmaca, en zelf samen met Remke een aantal keren een workshop hierover heb mogen geven.

Ik besloot daarom om als eerste naar de workshop van **Heleen Wadman** (ervaringsdeskundige, oprichter van InBegrepen) en **Dirk Corstens** (sociaal psychiater, psychotherapeut) *'Peer-supported Open Dialogue: it's simple but not easy'* te gaan.

Na een korte introductie van de sprekers en uitleg van het concept Peer-supported Open Dialogue vertelde Heleen hoe zij was hersteld van een lastige jeugd, wat geleid heeft tot forse psychische ontregelingen en een belastend zorgtraject binnen de psychiatrie. Ze gaf aan na haar behandelingen en het afbouwen van de medicatie nog jaren nodig te hebben gehad om van het idee van 'ernstig psychiatrisch ziek' te zijn geweest te moeten herstellen. Voor haar voelde dit besef van ziekte als een groot zwaar blok wat veel ruimte opslokte.

In verloop van tijd heeft ze dit op kunnen delen in kleine gefragmenteerde deeltjes die langzaam maar zeker verwerkt konden worden, zodat er meer begrip en nieuwe inzichten kwamen in haar eigen geschiedenis en alle pijn die hierin verscholen lag. Toen zij in aanraking kwam met Peer-supported Open Dialogue bleek dit het concept te zijn waar ze naar opzoek was en kreeg zij inzicht in hoe ze zelf al die tijd met haar eigen proces aan de gang was geweest.

Na dit invoelbare inkijkje in Heleen haar eigen proces en haar voorliefde voor Peer-supported Open Dialogue was het tijd om zelf te gaan ervaren hoe dit in de praktijk werkt. In een kring werd een situatie na gespeeld van een jonge dame met meerdere psychotische ontregelingen die een afbouw wens heeft m.b.t. haar medicatie, de betrokken psychiater en de beide bezorgde ouders. Heleen en één van de gasten van het symposium begeleidde de sessie. Wij als workshopdeelnemers mochten elk een rol op ons nemen en de overige deelnemers gingen in een kring achter één van ons zitten. Aan mij de eer om de rol van de psychiater te spelen, wat een aangename rolsverwisseling was ten opzichte van mijn eigen geschiedenis als (ex) hulpvrager. Al snel zaten we allemaal goed in onze rol en waren de geveinsde emoties die bij deze sessie naar boven kwamen niet van de werkelijkheid te onderscheiden wat puurheid betreft. Na het uitspelen van het eerste deel volgde er een open reflectie van de begeleiders over de verschillende deelnemers van de open dialoog. Hierin was ruimte en aandacht voor iedereen die in de kring aanwezig was en participeerde in het gesprek.



Ondanks dat het een rollenspel was, werd wel duidelijk welke meerwaarde deze manier van werken heeft. Het legt emoties, zorgen, wensen en behoeften bloot die er potentieel aan bij kunnen dragen dat er meer begrip voor elkaar en de eigen binnenwereld komt, waardoor ontregelende complexe relationele situaties over de tijd opgelost, of minder beladen kunnen worden.



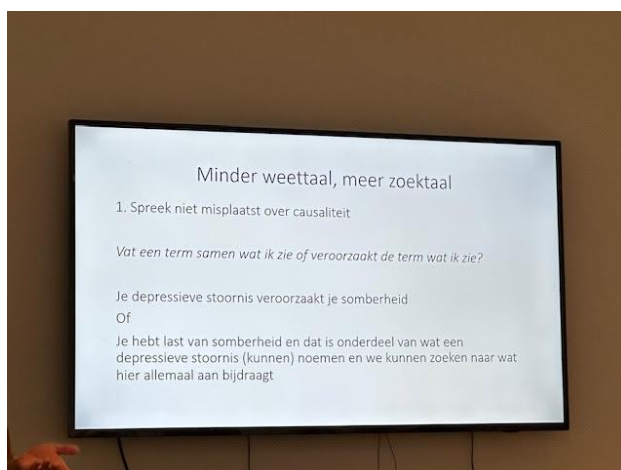
Hierna was de tweede ronde workshops aan de beurt en kon ik me aansluiten bij de wondere wereld van taal rond psychische ervaringen. In de workshop *'Hoe kunnen we binnen de psychiatrie een meer 'zoekende taal' ontwikkelen?'* van **Branko van Hulst** (kinder- en jeugdpsychiater, senior onderzoeker bij LUMC), **Bram de Ridder** (psychiater, socioloog en schrijver) en **Maria Groen-Blokhuis** (psychiater, eerste geneeskundige bij Mentaal Beter & HSK) werd de dominerende 'stoornistaal' ter discussie gesteld en konden we samen op

zoek naar een meer passende '*zoektaal*' in plaats van veronderstelde '*weettaal*'.

'Stoornisme' noemen Branko, Bram en Maria het categorisch denken over psychisch lijden in termen van stoornissen, waarin te weinig aandacht is voor de context van dit lijden. Bovendien wordt de complexiteit van het ontstaan van psychische ontregelingen hiermee teruggebracht tot een individueel niveau, terwijl al bekend is dat de meeste psychische ontregelingen ontstaan binnen de interactie met de omgeving.

Het suggereert daarnaast dat men weet wat de oorzaak, de oplossing en de prognose is, wat vanwege de complexiteit en onvoorspelbaarheid zelden het geval is.

In de workshop konden de deelnemers samen opzoek gaan naar zoektaal in plaats van weettaal.



Conclusies waren dat het helpender kan zijn te benoemen wat je ziet en dit niet direct een naam (label) te geven, aangezien reïficatie (misplaatste concreetheid van een abstractie) daarmee op de loer ligt.

Beter is het om aan te sluiten als hulpverlener bij de betekenis en taal die een hulpvrager zelf aan de eigen mentale ervaringen geeft, en samen opzoek te gaan naar taal en oplossingen die passend zijn en recht doen aan de context.

Na deze laatste workshopronde volgde er nog een paneldiscussie, waarin er met verschillende panelleden en de gasten in de zaal gesproken werd over hoe nieuwe gedragspraktijken, en daarmee ook een nieuw paradigma, van onderop kunnen groeien en verankerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk.



Conclusies:

Doorgaan met verbinding maken tussen nieuwe gedragspraktijken. Volhouden, omdat een transitieproces doorgaans 25 jaar duurt en we nog maar ongeveer 15 jaar bezig zijn. Iedereen binnen de organisaties meenemen in de transitie (dus niet alleen de werkvloer, maar ook beleid en bijvoorbeeld ict) In herstelcentra wordt al met

veel passie en bevologenheid op de nieuwe manier gewerkt. Deze beweging ontstaat buiten de reguliere GGZ om binnen de WMO en is niet meer te stoppen.

Na de borrel, waarbij er druk werd na gepraat over alle informatie die deze dag tot ons kwam, restte mij niks anders meer dan opruimen en met een zeer voldaan en dankbaar gevoel in de auto te stappen en naar het mooie en rustige Friesland te rijden, waar ik rond 23:00 mijn hoofd sereen op het kussen kon leggen om deze prachtige en betekenisvolle dag waardig achter me te laten, in afwachting van de evaluatieformulieren die ons van feedback gaan voorzien.

Met grote dank aan mijn mede bestuursleden: David Con, Julie-Anne Arendsen Hein en René Verhoeven, Harriët Gussinklo als ondersteuner en alle sprekers, workshopgevers, bezoekers en personeel van The Colour Kitchen voor deze bijzondere dag.



MINDER PILLEN, BETERE ZORG!