



Harteraad
voor mensen
met hart- en
vaataandoeningen



Hartstichting

Ervaringen met de zorg bij hartfalen, april 2019

Verslag groepsgesprek

Op 9 april 2019 vond er een groepsgesprek plaats met mensen die hartfalen hebben. Het gesprek werd georganiseerd door Harteraad vanuit het samenwerkingsprogramma van Harteraad/Hartstichting '[Therapietrouw Hartfalen](#)'.

Met het groepsgesprek wil Harteraad in beeld krijgen hoe de zorg georganiseerd is en hoe het beter kan. Doel is de hartfalenzorg duidelijker te maken zodat de betrokken zorgverleners weten wat te doen en patiënten beter weten wat zij, in grote lijnen, van de zorg kunnen verwachten én wat ze zelf kunnen doen. De inbreng zal o.a. gebruikt worden voor de ontwikkeling van een patiëntenzorgpad. Daarnaast dient het gesprek ook als inbreng voor de NHG-standaard hartfalen¹ en NVVC Connect² hartfalen.

Onderwerp van gesprek is de ervaringen met hartfalenzorg. Het gaat om ervaringen met de volgende onderdelen: het stellen van de diagnose, ziekenhuisopname(s), hartrevalidatie, controle polikliniek(hartfalenpoli), controle huisarts en controle thuiszorg (verpleegkundige).

Na een welkom en kennismaking werden achtereenvolgens de positieve en negatieve ervaringen over zorg bij hartfalen uitgewisseld.

De werving vond plaats via werkgroepen van NVVC Connect en het NHG, maar de meeste deelnemers kwamen binnen via de kanalen van Harteraad zelf (Nieuwsbrief, website, Facebook).

Kenmerken groep

11 mensen namen deel aan het groepsgesprek

Aantal mannen	9
Aantal vrouwen	2
Jongste deelnemer	55
Oudste deelnemer	83
Gemiddelde leeftijd	73
HFrEF	6
HFpEF	0
Combinatie beide vormen	1
Soort hartfalen onbekend	4
Diagnose bekend	Korter dan 1 jaar: 1 Tussen 1 en 5 jaar: 5 Tussen 5 en 10 jaar: 3 Meer dan 10 jaar: 2
Comorbiditeit	8

¹ NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap

² NVVC = Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Connect hartfalen is een programma van de NVVC.

Bijna alle deelnemers hebben een lange en indrukwekkende ziektegeschiedenis. Al langer hebben zij een hartaandoening. Soms diende deze zich acuut aan: een hartstilstand, een hartinfarct. Soms was de zoektocht naar een hartaandoening langer en werden klachten niet (h)erkend. Het hartfalen manifesteerde zich direct met de hartaandoening maar soms ook jaren daarna.

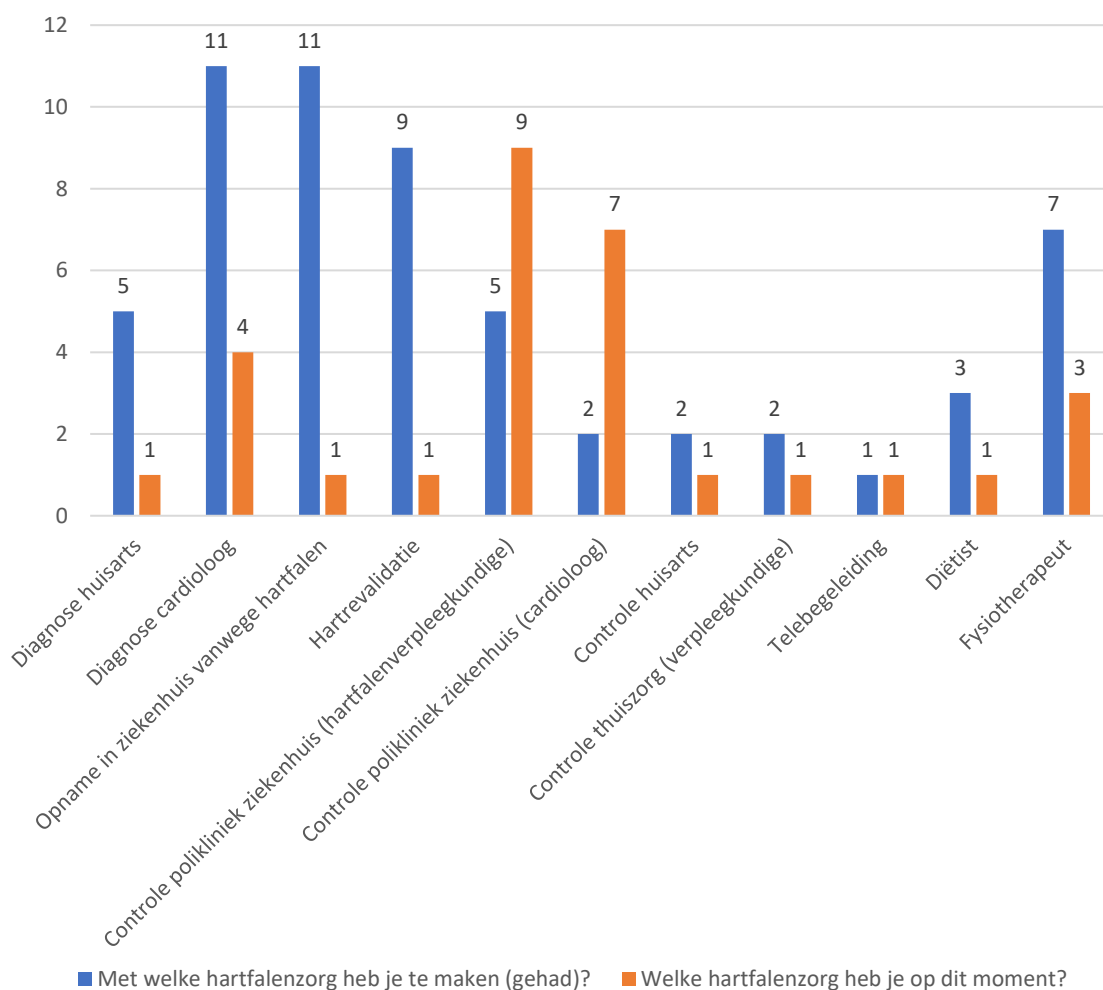
Ook het zoeken naar de oorzaak van hartfalen en vervolgens naar de optimale behandeling kan lang duren. De optimale behandeling varieert natuurlijk in de tijd afhankelijk van hoe het de patiënt vergaat.

Alle deelnemers zijn onder behandeling geweest in meerdere ziekenhuizen, vaak eerst in algemene ziekenhuizen en vervolgens (tijdelijk) naar een universitair medisch centrum of topklinisch ziekenhuis. Zeven deelnemers dragen een ICD. Daarnaast hebben ze vele andere behandelingen gehad: dotterinterventie/stents (3x), ablatie (4x waarvan 2 een HIS-ablatie), cardioversie (6 x, 1 deelnemer meerdere keren), mini-maze operatie (1x), bypassoperatie (3x), open hart operatie (1x).

Acht van de deelnemers noemen naast hartfalen een andere (hart/vaat)aandoening: verminderde nierfunctie, astma, COPD, slechtziend (glaucoom), jicht, artrose, slaap apnoesyndroom (OSAS), boezemfibrilleren, hoge bloeddruk, tachycardie, hoog cholesterol, leverstuwings.

Met welke hartfalenzorg te maken (gehad)?

De figuur op pagina 2 laat met blauwe staven zien met welke zorg de deelnemers te maken hebben gehad. De oranje staven geven aan welke zorg mensen op dit moment hebben.



Twee deelnemers hebben geen hartrevalidatie gehad. Een deelnemer kreeg 2 keer hartrevalidatie. Wat opvalt is dat de eerste lijn (huisarts, verpleegkundige van de thuiszorg) nog nauwelijks een rol speelt in de zorg. Begeleiding door een diëtist komt ook weinig voor. Telebegeleiding wordt 1 x genoemd maar uit het gesprek blijkt dat 3 mensen telebegeleiding hebben via hun ICD.

1. Stellen van de diagnose en instellen behandeling

Twee deelnemers hebben niet duidelijk de diagnose hartfalen gekregen. Weten niet 100% zeker of ze nu hartfalen hebben. "Hartfalen? Dat woord hoor ik eigenlijk pas de laatste tijd."

Vier mensen, waaronder de twee hierboven, weten niet welke vorm van hartfalen zij hebben.

Positief

Genoemd werden adequaat handelen van 112 en de huisartsenpost, de behandeling en verzorging in het ziekenhuis, prettige contacten, duidelijke uitleg en toelichting en geruststelling.

"Als je onderzoeken gehad hebt en je krijgt een diagnose. Dat kan geruststelling opleveren".

Negatief

Op basis van negatieve ervaringen kunnen onderstaande vragen gesteld worden:

- Vindt diagnostiek systematisch plaats?
- Vinden alle onderzoeken plaats in de goede volgorde? De lange weg van goedkoop naar duur onderzoek.
- Wordt er echt geluisterd naar de klachten en gekeken naar de symptomen?

Vooraf de verhalen van de twee vrouwen vallen op. Omdat ze jong met klachten kwamen werd niet gedacht aan hartklachten. Daardoor geen goed cardiovasculair risicomangement terwijl sprake was van een verhoogd cholesterol en hartziekten voorkwamen in de familie. Ook kreeg één patiënte, waarschijnlijk onnodig, een hartinfarct door uitstel: "weekendarts gebeld vanwege druk op de borst. Adviseerde maandag contact op te nemen met de huisarts. Indien wel was gehandeld, was een hartinfarct voorkomen".

Een deelnemer vertelde dat hij drie dagen in het ziekenhuis moest wachten op een cardioversie. "Er was geen anesthesist in huis"

Eén deelnemer kwam in een ongelukkige situatie terecht. De cardiologen van twee ziekenhuizen waren het niet met elkaar eens. Over hoe de dotterinterventie had plaatsgevonden in ziekenhuis A: alleen de keuze voor links dotteren terwijl rechts ook was aangedaan. Ziekenhuis B dat hartrevalidatie zou aanbieden vond dat de rechterkant veel slechter was dan de linkerkant waar hij aan geholpen was.

"Ze(ziekenhuis B) zeiden: we gaan helemaal niks doen, je moet terug. Kwam ik terug in andere ziekenhuis(ziekenhuis A) en die zeiden: 'valt wel mee'. Is een hele strijd geweest. Verschil van inzicht"

Bij een deelnemer(met hartritmestoornis) is er geen goede gezamenlijke afweging geweest over de kans op succes van een behandeling en de voor- en nadelen.

Uiteindelijk heb ik in ziekenhuis A twee ablaties en een mini-maze gehad. Vooraf zei ziekenhuis A dat er 95% kans was op succes. Na de ingreep zei het ziekenhuis dat het succespercentage 57% was. Bij mij heeft het gewoon niet gewerkt. De cardioloog in ziekenhuis B zegt tegen mij: "we hadden het met medicijnen ook best kunnen behandelen."

2. Opname in het ziekenhuis

Positief

Zonder drempels naar de hartfalenpoli kunnen, is positief en direct daar aan de monitor geeft geruststelling.

Verder noemden de deelnemers 9 keer positieve ervaringen met zorg en vermeldden woorden als 'zorgvuldige benadering m.b.t. erfelijkheid', mentale ondersteuning(psycholoog), aandacht(verpleegkundigen), motivatie(fysiotherapeut), goede begeleiding(verpleegkundigen).

Eén deelnemer noemde shared decision making: hij kon dit door zijn achtergrond in de zorgverlening goed oppakken.

Een deelnemer: na plaatsen ICD krijg je nog een middag of avond in het ziekenhuis dat je alles kunt vragen. Dat is een goede ervaring. Je krijgt ook een nummer mee dat je kunt bellen.

Negatief

Genoemd wordt de wijze (de toon) waarop gevraagd wordt of iemand gereanimeerd wil worden. " Kwam cardioloog binnen. Stelde zich niet voor. Stelde de vraag 'Als uw hart stil blijft staan. Wat moeten we dan doen?'

Een deelnemer had geen eindgesprek gehad na opname terwijl zij de hele dag had moeten wachten op dit eindgesprek. Gevolg was ook dat zij niet goed geïnformeerd was over wat zij wel en niet kon.

In het geven van informatie wordt niet standaard rekening gehouden met het feit dat de informatie niet altijd binnen komt. "In zo'n stressvolle informatie hoor je geen moer. Je beseft niet dat er dingen tegen je gezegd zijn."

Aangeraden wordt naar zorgverleners: herhaal de informatie.

Zorg voor algemene informatie(digitaal, papier, groep) maar ook voor een persoonlijk gesprek met je cardioloog. Dát is een voorwaarde voor gedeelde besluitvorming.

En advies naar patiënten: neem een naaste mee.

Een deelnemer is lid geworden van STIN³. Zij geven een kwartaalblad uit. Geven goede informatie. Technische en praktische informatie.

3. Hartrevalidatie

Twee deelnemers hebben geen hartrevalidatie gehad. Eén deelnemer kreeg 2 keer hartrevalidatie: na de diagnose hartfalen en na plaatsing ICD.

Positief

Het hartrevalidatieprogramma in overleg samenstellen is een pluspunt.

Eén deelnemer vond het fijn dat je een kookcursus zonder zout kon volgen.

Met hartrevalidatie leer je "om niet alles te willen doen in één keer" en wordt "de angst om te sporten weggenomen."

³ Stichting ICD dragers Nederland

Negatief

Hartfalenpatiënten worden nauwelijks verwezen naar hartrevalidatie. 3 à 4 % van de mensen met hartfalen volgt hartrevalidatie. Voor bewegen en hartfalen is veel te weinig aandacht.

“Maar 6% van de hartfalenpatiënten doet iets aan sport. Is te weinig aandacht voor. Als ik kijk naar mijn revalidatie: in mijn groep zat niemand met hartfalen. Ik heb 1,5 jaar vanuit Harteraad voorlichting gegeven bij revalidatie. Zaten ook geen mensen met hartfalen bij. Het wordt niet aangeboden”.

Als minpunten van hartrevalidatie-aanbod zelf werden genoemd: weinig begeleiding (“ze lieten mij aan mijn lot over”) en te weinig afwisseling.

Een belangrijk punt wat meerdere deelnemers noemen is **het gat na hartrevalidatie**.

“Je krijgt zes of acht weken aandacht. Je gaat oefenen. Daarna is het exit. Dan moet je zelf maar zien wat je doet. Is erg lastig omdat je je ziekte aan het verwerken bent. Je weet niet waar je mee bezig bent. En dan mag je het allemaal zelf uitzoeken. Ik denk dat dat de reden is waarom mensen zo weinig doen.”

De Hartstichting/Harteraad kan hier iets aan doen. “Ben zelf gaan bellen naar de Harteraad of er mogelijkheid was om te gaan bewegen. Kreeg ik adressen. Ben terecht gekomen bij beweegclub in de buurt. Dit moeten Harteraad en Hartstichting meer kenbaar maken.”

Een deelnemer noemt dat voor chronisch hartfalen de medische therapie niet wordt vergoed. Wel voor COPD.

Bij de afsluiting van de hartrevalidatie wordt vaak gezegd dat je altijd kunt bellen als je vragen hebt of hulp nodig hebt bijvoorbeeld van psycholoog, maatschappelijk werk, diëtist of fysiotherapeut. Meerdere deelnemers geven aan dat die drempel te hoog is.

“Dat is wel een drempel. Zeggen ze ook bij psychologie. Ze bieden het aan, maar je moet zelf contact opnemen. Je kan iedereen bellen. Maar jij moet die grens over. Dat werkt niet voor mij.”

Twee deelnemers sporten bij een Harteraad beweegpartner en zijn actief verenigingslid.

Hen bevalt het sporten uitstekend: “ik vind het heel prettig. Ze voldoen aan de eisen en er is geen dwang. Als je niet mee kunt doen, dan doe je niet mee. Er is een ontspannen sfeer”.

Ondanks het vaak genoemde gat na hartrevalidatie wordt het beweegaanbod van Harteraad te weinig opgepakt: niet door ziekenhuizen en niet door patiënten.

“Ik denk ook dat er een soort van drempelvrees is. Die mindset dat je moet gaan bewegen. Wij als vereniging doen ons best om leden te werven. Toch moeilijk mensen te krijgen. Als ik voor controle kom in mijn ziekenhuis, geef ik de brochure af. Maar er is toch weinig interesse”.

4. Controle polikliniek ziekenhuis

Iedereen is onder controle bij de polikliniek van het ziekenhuis (cardioloog en namens cardioloog vaak een verpleegkundige).

Positief

Men is tevreden tot zeer tevreden over de begeleiding van de poli.

Drie deelnemers hebben telebegeleiding, via hun ICD. Alle drie zijn ze daar heel tevreden over.

“ 'naam systeem' geeft rust. Controle op afstand”.

“Dat hebben wij beiden ook. Hebben zo'n ding op de slaapkamer. Hoef je niks te doen. Je hoeft niks in te voeren. Gaat automatisch. Ik had een draadbreek en werd opgebeld door het ziekenhuis”. En vervolgt: “dat je in de gaten wordt gehouden thuis... als er iets is dat je dan een belletje krijgt. Dat heeft mij heel veel vertrouwen gegeven. Ik vind dat wel bijzonder hoor”.

“Als je telebegeleiding kunt combineren met zelf prikken, geeft dat geweldige rust en aandacht die je dingen moet geven”.

Negatief

Hoe deelnemers onder controle staan, varieert.

Bij sommigen is goed geregeld waar ze op moeten letten en waar ze terecht kunnen bij vragen en nood.

“Ik heb een 06-nummer van de verpleegkundige”.

“De hartfalenpoli kun je altijd bellen. Zit ook een arts bij. Als er iets is... altijd die arts bellen, die gaat dan naar de cardioloog”.

“Ik heb heel veel last met vocht. Als ik meer weeg, twee kilo meer weeg, dan kan ik ze kan ze bellen. Dan wordt de behandeling aangepast”

Maar bij sommigen is het niet goed geregeld. Zij weten niet bij wie ze met welke (acute) vragen terecht kunnen.

“Je moet op eigen initiatief aan de bel trekken”. Gespreksleider: weet je dan waar je op moet letten?

“Nee maar het zal niet zo erg zijn. Ik denk dat ze het wel goed vinden. Beweeg je een beetje? Hoe gaat het met je?”

“Op vrijdagavond en in het weekend... loopt het niet zo lekker. Dan weet ik me geen raad. Word ik paniekeriger. Dan kun je geen vragen stellen”.

“De secretaresse bepaalt de urgentie. De cardioloog staat daar buiten”.

“In het begin was de zorg heel slecht. Ik sprak alleen maar met assistenten. Nu heb ik een nieuwe cardioloog en gaat het allemaal goed.”

5. Controle huisarts

Controle door de huisarts vindt niet tot nauwelijks plaats.

Het contact is goed zegt een deelnemer maar “ik moet wel zelf bellen”.

Een andere deelnemer vertelt dat huisarts en cardioloog andere uitgangspunten hanteerden over de hartfrequentie. De huisarts vond dat als de hartslag onder de 40 slagen per minuut zou komen, contact opgenomen moest worden met de cardioloog. De cardioloog dacht meer: ‘hoe voelt de patiënt zich? Goed? Dan niet handelen.’

6. Controle thuiszorg (verpleegkundige)

Sinds kort hebben 2 deelnemers (een echtpaar) naast de controle vanuit het ziekenhuis, thuiszorg.

Ze krijgen veel zorg. Er is een ergotherapeut geweest, er is begeleiding bij de medicijnen.

De cardioloog had naar hun huisarts aangegeven dat ze beter in de gaten gehouden moesten worden. En zo kwam de thuiszorg. Ze zijn content met deze zorg.

7. Afsluitend

Over de ervaringen in het algemeen

Niemand van de deelnemers heeft de zorg in zijn geheel als 'slecht' ervaren. Zij hebben allemaal goede ervaringen op onderdelen. Een aantal is duidelijk ontevreden over een bepaald onderdeel.

Eigen regie/gedeelde besluitvorming

De indruk van de gespreksleiders is dat vrijwel alle deelnemers niet de touwtjes in handen hadden met betrekking tot regie over de behandeling van de ziekte. Daar werden ze ook niet voor toegerust door zorgverleners. Gedeelde besluitvorming was niet aan de orde. Er was meer sprake van 'overgeleverd zijn aan'.

Door hun ervaringen, de bekendheid met de diagnose en vertrouwdheid met behandeling en zorg, zijn zij assertiever geworden en beter in staat aan te geven wat voor hen het beste is.

Na de gesprekken over de ervaringen met de zorg komen er nog een aantal onderwerpen aan de orde.

Moeheid

De deelnemers wisselen uit hoe zij omgaan met de beperkte energie

"Hoe ben je als je 's ochtends op staat?"

Als ik douche ben ik al moe. 's Ochtends douchen is voor mij een ramp.

Het liefst zou ik bed blijven liggen.

Ik vind het wel jammer dat je zo weinig energie hebt. Twee, drie uur later begin je pas op te leven..

Het betekent dat je je activiteiten op een bepaalde manier moet inplannen. Als je je een dag hebt moeten in spannen, moet je een dag later niet te veel doen. Dat maakt dat je steeds met de ziekte bezig moet zijn. Daar moet je je eigen ervaring in verwerken. Als ik in de tuin ga werken, is het een crime.

Bijwerkingen medicijnen

Ook gaan de deelnemers in op de bijwerkingen van medicijnen.

"Ik heb bijverschijnselen van medicijnen. Last van prikkelende voeten. Koude onderbenen".

"Mijn tenen waren zelfs zwart".

"Komt dat door medicijnen?"

"Het vocht, nieren slecht. Allemaal door medicatie".

Het goed omgaan met medicijnen

"Ik krijg hoekige medicijnen die moeilijk in te slikken zijn. De fabriek reageert met dat je ze ook moet kunnen breken.

Een andere deelnemer: "ik kreeg zeven medicijnen mee. Ieder medicijn een eigen innameschema. Ik ben naar de apotheek gestapt: 'als het zo door gaat vergeet ik het'. Wat is een makkelijke manier om het in te nemen? Het is belangrijk om een optimaal innameproces in te stellen. Daar is iedereen bij gebaat."

Voeding in het ziekenhuis

"Het eten is heel goed in ziekenhuis X. Kan hele dag voedsel bestellen. Wordt niks weggegooid.

Werkt heel positief op mensen".

De vooruitzichten van hartfalen

“Als je hartfalen intypt op internet, daar word je niet goed van. Gemiddelde levensduur na diagnose: vijf jaar. Palliatieve zorg”. ... etc.

“Ik heb mijn ICD al elf jaar, heb een engeltje op mijn schouder”.

Verbetering soms zeker mogelijk!

Een deelnemer (man): “ik kreeg in 2012 een fors hartinfarct. Werd niet goed onderkend omdat ik ‘vage vrouwenklachten’ had. Ik kreeg vijf omleidingen. Bij het infarct bleek dat de pompfunctie 15 tot 17 procent was. Rondlopen ging net. Een half jaar later werd er een ICD geplaatst. Hartfalen is de hoofdklacht: de vaten zijn verder goed. Pompfunctie zit onder de 35%.

De pompfunctie is verbeterd doordat ik altijd mijn medicijnen inneem. Ik ben enorm therapietrouw. Ben twee keer in de week gaan sporten. Ik ben beter op voeding gaan letten. Ik denk dat leefstijl heeft bijgedragen. Daarbij heb ik wel geluk. Bij andere mensen die het ook doen, levert het niet altijd wat op.”

Een deelnemer: “ik werd eind 2018 benauwd en heb in het ziekenhuis heel veel onderzoeken gehad. De oorzaak van mijn hartfalen is een erfelijke aandoening die alleen behandeld kan worden met medicijnen. De pompkracht was ongeveer 15% en zit nu boven de 40%. Dat is gekomen door medicatie, twee keer per week sportschool en bij het begin ben ik met een fysiotherapeut aan de slag gegaan”.

Aanbevelingen

Hieronder een aantal aanbevelingen die afgeleid zijn uit het groepsgesprek. Sommige aanbevelingen zijn misschien ‘open deuren’ en gaan gewoon om goed medisch handelen. Toch staan ze erbij omdat ze in de praktijk minder vanzelfsprekend bleken.

Het is belangrijk dat

- patiënten weten wat er met hen aan de hand is: dat zij hartfalen hebben en om welke vorm het gaat.
- patiënten weten wat de oorzaak is van hun hartfalen, of deze oorzaak te behandelen is.
- patiënten weten wat de mogelijkheden zijn om vooruitzichten te verbeteren en wat zij hier zelf aan kunnen doen.
- patiënten weten wat de mogelijkheden zijn als vooruitzichten slechter worden en hoe zij zich hierop kunnen voorbereiden.
- bekend is welke ziekenhuizen gespecialiseerd zijn in (vormen van) hartfalen zodat je bij (vermoeden van) hartfalen eerder op de juiste plek bent.
- bekend is waar wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt over hartfalen, zodat je op de hoogte kunt zijn van ontwikkelingen met betrekking tot je aandoening en aan kunt geven als je interesse hebt om deel te nemen aan onderzoek.

- patiënten waarvan de klachten en/of de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en/of de (hart/vaat)aandoening niet serieus genomen worden, gemakkelijker naar een andere medisch specialist of naar een ander ziekenhuis/centrum kunnen.
 - o Denk aan mensen met vage klachten, waaronder vaak vrouwen.
- met patiënten goed de succespercentages, en voor- en nadelen van behandelmogelijkheden worden besproken. Zodat patiënten de gunstige effecten en de risico's van behandelmogelijkheden realistisch inschatten.
- je naast het krijgen van algemene informatie ook een fatsoenlijk persoonlijk gesprek hebt met je cardioloog.
 - o Is de basis voor gedeelde besluitvorming
- herhalen van informatie belangrijk is (door stress komt veel niet binnen).
- patiënten een naaste meenemen die meeluistert, meedenkt, en meepraat.
- er een eindgesprek is bij ontslag uit het ziekenhuis.
- hartrevalidatie en bewegen bij hartfalen veel meer aandacht moeten krijgen.

iedereen die in aanmerking komt voor een hartrevalidatie verwezen wordt en een afspraak voor een intakegesprek krijgt.

- het programma voor hartrevalidatie in overleg met de patiënt samengesteld wordt.
- iedereen ná hartrevalidatie begeleiding krijgt bij een gezonde leefstijl en de weg vindt naar passende beweegactiviteiten.
- na hartrevalidatie de drempel om nog hulp te zoeken of vragen te stellen, verlaagd wordt.
- Harteraad haar aanbod kenbaar maakt/kan maken, zoals m.b.t. bewegen (de Hart&Vaatawijzer), idem voor de praktische en technische informatie die STIN biedt bij een ICD.
- Dat er helderheid gegeven wordt over vergoedingen van hartrevalidatie, beweegprogramma bij een fysiotherapeut etc.
- er goede (dus ook regelmatige) controle is van het hartfalen (en eventueel andere aandoeningen), dat je weet wat te doen bij bepaalde klachten en waar je terecht kunt (**aanspreekpunt**), ook in acute situaties en buiten kantooruren.
- de hartfalenpoli direct toegankelijk is, dus dat er geen verwijzing van de huisarts nodig is.
- patiënten worden begeleid bij hun medicijngebruik zoals aandacht voor eventuele bijwerkingen (soms ook symptomen van het hartfalen) en een tijdschema voor inname medicijnen.

- patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben en die bij hen past: zo is het aan te raden of meer zorg dichtbij huis (huisarts) vaker een mogelijkheid kan zijn. Dat geldt ook voor telebegeleiding. Voor hartrevalidatie (al genoemd) en ondersteuning bij een gezonde leefstijl (bijv. diëtetiek), begeleiding bij werkhervatting en bekend zijn met het aanbod van patiëntenorganisaties.
- in gedeelde besluitvorming met de patiënt afspraken worden gemaakt over de behandeling van/begeleiding bij hartfalen. Beschrijf de afspraken in een zogeheten individueel zorgplan.

Met dank aan de deelnemers van het groepsgesprek die hun ervaringen met ons wilden delen!

Anne-Margreet Strijbis en Anne Kors-Walraven, Harteraad