

Medicatierouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie

INLEIDING

Ongeveer de helft van de patiënten neemt voorgeschreven medicijnen niet of op de verkeerde manier in.^{1,2} Dat is zonde, want bij een beter medicatiegebruik valt veel winst te halen. Meer therapietrouw, dat wil zeggen gedrag van de patiënt dat overeenkomt met het voorgeschreven advies van de arts, zou niet alleen meer kwaliteit van leven en een hogere levensverwachting opleveren, maar ook een aanzienlijke besparing op de kosten van de gezondheidszorg.^{1,3,4}

Termen als 'therapietrouw', 'compliance' (letterlijk: meegaandheid) en 'adherence' (letterlijk: aanhankelijkheid) drukken onbedoeld een veroordeling uit van de patiënt die het voorschrift van de arts niet trouw opvolgt. In de praktijk zijn de meeste mensen, ook artsen zelf, min of meer 'ontrouw': iedereen vergeet wel eens een dosis, maakt zijn kuur niet helemaal af of neemt juist meer in dan voorgeschreven. Het niet of slechts gedeeltelijk opvolgen van een medicatieadvies is voor patiënten vaak een bewuste keuze, en vanuit hun gezichtspunt volstrekt logisch.⁵ De kernvraag die de arts zich bij het bevorderen van therapietrouw moet stellen, is dan ook: 'Hoe vergroot ik de motivatie van de patiënt voor medicatie?'⁶

THERAPIETROUW EN COMMUNICATIE

Therapietrouw hangt van vele factoren af, die samenhangen met de patiënt, de arts, de sociaal-economische omstandigheden, de ziekte en het geneesmiddel zelf [tabel 1]. De arts heeft niet op al deze factoren invloed, maar heeft wel belangrijke instrumenten in handen: de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie en de wijze waarop hij of zij met de patiënt communiceert.^{4,8-12} Een meta-analyse heeft aangetoond dat het risico op therapieontrouw onder patiënten van goed communicerende

artsen 19% lager ligt dan onder onder patiënten van slecht communicerende artsen.¹²

Dit artikel beschrijft hoe de huisarts met patiëntgerichte communicatie medicatierouw kan bevorderen. Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts het perspectief van de patiënt probeert te achterhalen, aandacht heeft voor diens opvattingen over ziekte en behandeling, en de macht en verantwoordelijkheid met de patiënt deelt als die dat wil.¹³ De kans dat de patiënt het medicatieadvies ter harte neemt, wordt groter als de arts aandacht besteedt aan mogelijke misvattingen, expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt, relevante en begrijpelijke informatie geeft, zich positief opstelt en de patiënt actief bij de besluitvorming betreft.^{8,9,12,14,15}

VOORBEREIDEN

Algemene denkbeelden over medicatie

'Hoe denkt u over het innemen van medicijnen?'

Een goede voorbereiding is het halve werk. Als de arts weet hoe zijn patiënt over het gebruik van medicatie denkt, dan kan hij rekening houden met diens persoonlijke opvattingen en eventuele misvattingen corrigeren.^{6,15} Veel mensen (patiënten én artsen) hebben een persoonlijke visie op medicijnen, die vaak cultureel bepaald is of vanuit het ouderlijk gezin is meegegeven en daarom moeilijk te weerleggen is. De een beschouwt het innemen van pillen als een persoonlijk teken van zwakte, terwijl de ander het gebruik van medicijnen juist heel verstandig vindt. Artsen schrijven soms vanuit hun persoonlijke visie meer of juist minder voor dan medisch noodzakelijk is. Patiënten zijn vaak bang voor bijwerkingen, of ze zijn bang dat ze verslaafd raken of 'voor altijd' medicijnen nodig zullen hebben.¹⁶

Samenvatting

Van Staveren R. *Medicatierouw bevorderen met patiëntgerichte communicatie. Huisarts Wet 2013;56(9):472-5.*

Als patiënten hun medicijnen volgens voorschrift innemen, is dat bevorderlijk voor hun levensverwachting en hun kwaliteit van leven, en ook voor de kosten van de zorg als geheel. Verschillende factoren zijn van invloed op de medicatierouw: de patiënt, de arts, sociaal-economische factoren, de aard van de aandoening en de medicatie zelf. Een belangrijke factor, die de huisarts grotendeels zelf in de hand heeft, is de communicatie met de patiënt. Effectieve, patiëntgerichte communicatie die berust op een goede arts-patiëntrelatie vergroot de medicatierouw. Het helpt ook als de dokter misvattingen en misverstanden uit de weg ruimt en expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt.

De kern

- Goede communicatie en een goede arts-patiëntrelatie bevorderen therapietrouw.
- De arts bevordert therapietrouw als hij zich positief opstelt, vragen stelt, heldere en begrijpelijke informatie geeft en de patiënt bij de besluitvorming betreft.
- Therapietrouw neemt toe als de arts aandacht besteedt aan mogelijke misvattingen en expliciet rekening houdt met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt.
- De patiënt is bereid en gemotiveerd om medicatie in te nemen als hij beseft dat hij ziek is en eventueel ook ziekte-inzicht heeft, als hij met medicatie wil proberen de klachten te verhelpen of te voorkomen en als hij gelooft dat de voordelen van medicatie (uiteindelijk) tegen de nadelen gaan opwegen.
- De arts informeert en adviseert, de patiënt beslist.

Tabel 1 Belangrijke voorspellers van therapietrouw^{3, 4, 7, 8}

De patiënt heeft klachten of symptomen.
De patiënt beseft dat hij ziek is en heeft ziekte-inzicht.
De patiënt wil met medicatie proberen de klachten te verhelpen of te voorkomen.
De patiënt gelooft dat de voordelen van medicatie (uiteindelijk) tegen de nadelen zullen opwegen.
De patiënt heeft een algemeen positieve attitude ten opzichte van medicatie.
De patiënt heeft goede cognitieve functies.
De patiënt heeft geen psychische problemen, vooral geen depressie.
De therapie is effectief en heeft weinig of geen bijwerkingen.
De arts-patiëntrelatie is goed.
De follow-up is goed en de patiënt komt afspraken na.
De therapie is eenvoudig, past binnen de dagelijkse routine van de patiënt en heeft een beperkte duur.
De patiënt ervaart sociale steun bij het gebruik van medicatie.

Specifieke verwachtingen over medicatie*'Wat hoopt u of verwacht u van deze medicijnen?'*

Wat is de hulpvraag? Om de patiënt voor de behandeling te kunnen motiveren moet de arts weten wat de patiënt en diens familie hopen of verwachten van de voorgestelde medicatie.^{4,15} Slechts een kleine 10% van de patiënten heeft aan het begin van de behandeling het verminderen van symptomen als enige behandeldoel.¹⁷ Daarbij wordt het overgrote deel van de chronische medicatie preventief voorgeschreven, als er (nog) geen symptomen of klachten bestaan. Juist dan is het van belang dat de arts aansluit bij de specifieke hulpvraag van de patiënt om zo diens motivatie voor medicatie te vergroten.

Samen beslissen en keuze(vrijheid) bieden*'Wilt u meedenken of meebeslissen over het beleid?'*

De meeste patiënten (70%) willen actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke medische beslissingen.¹⁸ Er is (nog?) geen wetenschappelijk bewijs dat gezamenlijke besluitvorming (*shared decision-making*) de therapietrouw rechtstreeks bevordert, maar een indirect effect is er waarschijnlijk wel, want het is aangetoond dat samen beslissen en de patiënt keuze bieden meer tevredenheid en een betere kwaliteit van leven opleveren, en bijdragen tot een betere arts-patiëntrelatie.^{15,19}

Patiënten zijn eerder geneigd advies aan te nemen als ze mogen kiezen. Het is goed te bedenken dat de patiënt *altijd* een keuze heeft, hij kan er namelijk ook voor kiezen geen behandeling aan te gaan. Soms helpt het om die keuzevrijheid te expliciteren: 'Het is aan u...' Kiezen tussen verschillende medicijnen kan vooral als er verschillende, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige middelen zijn. Is er maar één middel evidence-based het beste, dan zou men de patiënt kunnen betrekken bij het opstellen van een haalbaar doseringsschema. Een eenvoudig voorschrift, dat in de dagelijkse routine past, bevordert de therapietrouw.^{4,20}

VOORSCHRIJVEN**Patiëntgericht informeren***'Wat weet u al over het middel? Wat zou u nog meer willen weten?'*

Op maat gesneden informatie bevordert de therapietrouw.^{4,20} Het helpt dus, te vragen naar de specifieke zorgen, wensen en voorkeuren van de patiënt met betrekking tot de medicatie.^{15,19,21} Veel patiënten zoeken tegenwoordig op internet informatie op. Sommigen hebben zelfs al een bepaald middel in gedachten. Het is goed daarnaar te vragen, want daarmee laat u de patiënt impliciet weten dat zijn mening telt.

Vraag ook naar eerdere ervaringen. Patiënten met chronische aandoeningen weten wat wel of niet bij hen werkt, welke middelen zij goed verdragen en welke minder goed. Kent de patiënt iemand (een familielid bijvoorbeeld) die de voorgestelde medicatie gebruikt? En? Hoe bevalt dat?²²

De patiënt begrijpt en onthoudt informatie beter als deze aansluit bij zijn belangstelling.¹⁸ Bied de informatie in kleine beetjes aan en vraag telkens naar een reactie of reageer op non-verbale signalen. Vragen als: 'Wat betekent dit voor u?' en: 'Hoe denkt u hierover?' maken de informatie specifiek en persoonlijk.²³

Positief én eerlijk informeren

Er is steeds meer empirisch bewijs dat een groot deel van de werkzaamheid van medicatie afhangt van de wijze waarop de arts met de patiënt communiceert.¹¹ Medicatie werkt beter naarmate de arts er hogere verwachtingen van heeft en dit vertrouwen ook op de patiënt weet over te brengen.^{7,11} Daar staat tegenover dat artsen de wettelijke plicht hebben patiënten te informeren over de werking, maar ook over alle eventuele bijwerkingen van het geneesmiddel. Er is geen pasklaar antwoord op dit dilemma. Het is in elk geval belangrijk eerlijk te blijven. Veel patiënten lezen de bijsluiters of zoeken op internet wat andere patiënten van het middel vinden. Voor het welslagen van de behandeling is uiteindelijk het vertrouwen van de patiënt in de behandelaar van doorslaggevende betekenis.¹¹ Laat in elk geval weten dat u eventuele bijwerkingen samen met de patiënt zult aanpakken.⁷

Abstract

Van Staveren R. Patient-centred communication can improve medication adherence. *Huisarts Wet* 2013;56(9):472-5.

Medication adherence contributes to a longer life expectancy, a better quality of life, and diminished healthcare costs. Many factors contribute to medication adherence: the patient, the doctor, socioeconomic factors, the nature of the disorder or disease, and the medication itself. An important factor, for which doctors are largely responsible, is patient communication – effective patient-centred communication, which is based on a good relationship between the patient and his/her doctor, improves medication adherence. Medication adherence is also facilitated if the doctor addresses any misconceptions about medications and explicitly takes the patient's circumstances and preferences into account.

Vragen naar de 'gevoeligheid' voor medicatie

'Bent u gevoelig voor medicatie?'

Mocht u weinig tijd hebben en toch willen weten hoe de patiënt over de voorgestelde medicatie denkt, vraag dan, bij wijze van spreken met het receptenblok in de hand, of de patiënt gevoelig is voor medicatie.⁷ Is het antwoord: 'Ja, dokter, ik ben zelfs overgevoelig!' of laat de patiënt non-verbaal doorscheren twijfels te hebben, vraag dan even door: 'Wat zijn uw ervaringen met medicijnen in het verleden? Hebt u snel last van bijwerkingen?'

De kans op therapietrouw wordt groter als de arts rekening houdt met de (vermeende) gevoeligheid van de patiënt: 'In verband met uw gevoeligheid voor medicijnen, mijnheer Janssen, stel ik voor dat we bij u de begintdoserings halveren. Gaat dat goed, hebt u weinig bijwerkingen, dan kunnen we altijd nog besluiten de dosering stapje voor stapje op te hogen. Kunt u zich hierin vinden?' Een dokter die geen rekening houdt met deze gevoeligheden, kan er tamelijk zeker van zijn dat veel van zijn patiënten ofwel nooit aan het medicijn beginnen, ofwel forse bijwerkingen krijgen om hem alsnog van hun gelijk te overtuigen.

VERVOLGEN

Vragen naar inname en bijwerkingen

'Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen in te nemen, hoe is dat bij u gegaan?'

Gebruikt de patiënt eenmaal medicatie, dan is het belangrijk om tijdens vervolconsulten aandacht te blijven besteden aan therapietrouw en expliciet te vragen naar inname en bijwerkingen.^{24,25} Dit geldt des te meer voor chronische medicatie. De therapietrouw neemt af naarmate een behandeling langer duurt, na zes maanden is de daling zelfs dramatisch.^{18,26} Daarbij doet zich met het voorschrijven van generieke medicatie een relatief nieuw probleem voor: afhankelijk van de prijs kan de patiënt telkens wisselende verschijningsvormen ontvangen van één en hetzelfde middel. Volgens een recent onderzoek vermindert generiek voorschrijven op deze wijze de therapietrouw.²⁷

Hoe informeer je naar de therapietrouw zonder de patiënt voor het hoofd te stoten? Slechts 12% van de patiënten vertelt spontaan of ze daadwerkelijk de medicatie innemen.²⁴ Veel patiënten stoppen vroegtijdig met hun medicijnen en van de patiënten die dat niet doen, vergeet nagenoeg iedereen wel eens een tablet in te nemen.⁷ Dat is volstrekt normaal. Door daar expliciet van uit te gaan, voorkomt u gezichtsverlies bij de patiënt: 'Iedereen vergeet wel eens zijn medicijnen in te nemen. Dat is ook lastig. Hoe vaak bent u in de afgelopen maand uw medicijnen vergeten in te nemen, denkt u?' Of: 'Heel veel mensen overwegen te stoppen met hun medicijnen. Dat is logisch, vooral in het beginstadium als de pillen nog geen effect hebben, maar al wel bijwerkingen geven. Hoe is dat bij u? Overweegt u wel eens te stoppen? Bent u al gestopt?'

Respecteren dat de patiënt geen medicatie wil innemen

'U hebt vast een goede reden dat u met de medicatie gestopt bent. Mag ik vragen welke?'

Als de patiënt ondanks alle inspanningen van de dokter geen medicatie (meer) wil innemen, dan doet de huisarts er goed aan die beslissing te respecteren. Aandringen werkt zelden en gaat meestal ten koste van de arts-patiëntrelatie. Bovendien wil je als huisarts in gesprek blijven met de patiënt, zeker als diens besluit belangrijke implicaties voor zijn gezondheid kan hebben. Informeer liever naar de reden: 'U hebt vast een goede reden om met de medicatie gestopt te zijn. Mag ik vragen welke?'

Soms wegen de voordelen gewoon niet tegen de nadelen op.

BESCHOUWING

Het is de taak van de arts om therapietrouw te helpen bevorderen, zowel door gunstige voorwaarden te scheppen (zoals een eenvoudig doseerschema) als door de patiënt te motiveren tot goed geneesmiddelgebruik. Goed communiceren en een goede arts-patiëntrelatie bevorderen de therapietrouw en zijn ook noodzakelijke voorwaarden, maar het zijn helaas niet de enige voorwaarden.⁶ Therapietrouw wordt eveneens bepaald door veel andere factoren, die de arts niet altijd kan beïnvloeden. Er is dan ook geen standaardinterventie om therapietrouw te bevorderen.^{2,26}

Uiteindelijk beslist de patiënt of en in hoeverre hij medicatie gebruikt. Ook als de therapietrouw tekortschiet, is het belangrijk om met de patiënt in gesprek te blijven over goed geneesmiddelgebruik. De verantwoordelijkheid en het initiatief daartoe liggen weliswaar in eerste instantie bij de arts-voorschrijver, maar kunnen ook gedeeld worden met de apotheker, verpleegkundige of praktijkondersteuner, en natuurlijk met de patiënt zelf.⁸

Ten slotte: de beschreven gespreksvaardigheden en suggesties dienen vooral ter inspiratie. Iedere patiënt en elke situatie vragen om hun eigen benadering, en bovendien ontwikkelt iedere huisarts al doende zijn eigen strategie in het 'voorschrijven' en in het bespreken en bevorderen van goed geneesmiddelgebruik. ■

LITERATUUR

- 1 Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 2 Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montagne P. Interventions for helping patients follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000011.
- 3 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
- 4 Sluijs E, Van Dulmen S, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: A meta review. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 5 Klok T, Sulkers EJ, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PLP. Therapietrouw bij chronisch zieken. Patiëntgerichte benadering noodzakelijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A420.
- 6 Kaptein AA. Slikken of vertikken: De psychologie van therapietrouw. *Pharmaceutisch Weekblad* 2004;23:806-9.
- 7 Shea SC. Improving medication adherence. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2006.
- 8 Van Bijnen E, Van Dulmen S. Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik; determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver. Utrecht: NIVEL, 2010.
- 9 Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment.

- Patient Educ Couns 2000;40:173-85.
- 10 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
 - 11 Verheul W, Bensing JM. Het placebo-effect in de huisartspraktijk: Communicatie als medicijn. *Bijblijven* 2008;24:38-44.
 - 12 Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826-34.
 - 13 Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
 - 14 De Regt HB, De Haan RJ, De Haes JCMJ. Uitvoering van de informed consent vereiste, een kwestie van communicatie. Utrecht: KNMG; 1997. Project Informed Consent, nr. IC-4.
 - 15 Elwyn G, Edwards A, Britten N. 'Doing prescribing': How doctors can be more effective. *BMJ* 2003;327:864-7.
 - 16 Geertjens LJM. 'Wat een merkwaardig gevoel': Psychotherapie en psychofarmacagebruik; consequentie voor de behandelrelatie. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 1991;4:214-31.
 - 17 Grosse M, Grawe, K. Bern inventory of treatment goals: Part I, Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychother Res* 2002;12:79-99.
 - 18 Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma, 2006.
 - 19 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
 - 20 Roberts KJ, Volberding P. Adherence communication: A qualitative analysis of physician-patient dialogue. *Aids* 1999;13:1771-8.
 - 21 Van Staveren R. *Patiëntgericht communiceren: Gids voor de medische praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom, 2010.
 - 22 Van Staveren R. *Patiëntgericht communiceren in de GGZ*. Utrecht: de Tijdstroom, 2013.
 - 23 Van Staveren R. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3777.
 - 24 Steele DJ, Jackson TC, Gutmann, MC. Have you been taking your pills? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. *J Fam Pract* 1990;30:294-9.
 - 25 Van Dulmen S, Van Dijk L. In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning* 2010;5:70-5.
 - 26 Van Dulmen S, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007;7:55.
 - 27 Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, Greene JA, Doherty M, Avorn J, et al. Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of non-adherence. *JAMA Intern Med* 2013;173:202-8.

zeer matig ●●
 matig ●●●
 redelijk ●●●●
 goed ●●●●●
 uitstekend ●●●●●●



NA TIEN JAAR EEN FRAAI KOMPAS VOOR DIAGNOSTIEK EN TESTEN

Hooijkaas H, Mohrmann K, Smeets LC, Souverijn JHM, Tax GHM. *Handboek medische laboratoriumdiagnostiek*. Houten: Prelum Uitgevers, 2013. 905 pagina's, € 89. ISBN 978 90 8562 118 8. Digitale versie: www.klinischediagnostiek.nl, € 69,50.

Doelgroep Ziekenhuis-specialisten, huisartsen, verloskundigen.

Inhoud Elke week komt er wel eens een patiënt of een labuitslag binnen en ga ik zoeken naar de juiste test of de juiste interpretatie van die test. Via mijn favorieten op internet vind ik meestal wel een antwoord op mijn vraag. Toch blijven er vragen over waarop ik geen evidence-based en beargumenteerd antwoord vind. In 2003 was er het Diagnostisch Kompas, we leven nu tien jaar later. Dit handboek kwam als opvolger in 2009 en beleeft nu een tweede, volledig herziene druk met meer illustraties en schema's, in kleur, op stevig papier. De geselecteerde tests (microbiologie, immunologie en klinische chemie) staan in alfabetische volgorde. Het uitgebreide register is nodig om te zoeken, op aandoening of op test. Zo staat de ziekte van Lyme niet in de inhoudsopgave, maar wel in het register. Onder coeliakie vind ik een verwijzing naar vier tests. T3 kon ik niet vinden in de inhoud, noch in het register en ook



niet onder 'schildklier'. Had ik maar moeten weten dat het om tri-joodthyrone gaat. Op de betreffende pagina wordt T3 dan weer wel genoemd. Groep-B-streptokokken zijn niet te vinden onder 'streptokokken' of 'zwangerschap', wel onder hemolytische streptokokken. De voor huisartsen relevante laboratoriumtests staan vermeld, daarnaast ook tests op het randje van de specialist, zoals de anti-CCP bij reumatoïde artritis. De beschrijving per test is eenduidig: methode, belasting voor de patiënt, storende factoren, mogelijke toepassingen, en de meeste tekst gaat over de interpretatie. Voor microbiologie zijn er paragrafen over de aard van elk pathogeen (van Actinomyces tot Yersinia), voorkomen en symptomen.

Oordeel Een fraai vormgegeven naslagwerk, een zwaargewicht voor de huisarts. Per test is de tekst meestal beknopt genoeg. Soms is de tekst van de interpretatieparagraaf te lang en lijkt dan op die van een leerboek. Toegang tot de digitale versie www.klinischediagnostiek.nl kun je separaat kopen. Die vind ik veel handiger: bovenstaande voorbeelden van mijn problemen met zoeken gingen direct goed bij de digitale versie. Aan die website is ook de inhoud van de in 2012 uitgekomen tweede druk van het boek 'Klinische probleemstellingen' gekoppeld, met 236 klachten en ziektebeelden, van acromegalie tot zwangerschapshypertensie, inclusief differentiaaldiagnostiek. Bovendien wordt de website geregeld geüpdatet door onafhankelijk werkende vakgenoten. De waardering van 4 sterren is dan ook voor de digitale versie. ■

Sjoerd Zwart

Waardering: ●●●●/●●●●