

HART VOOR VROUWEN



Angela Maas

# Hart voor vrouwen

De cardioloog over het vrouwenhart

Met illustraties van Gijs Klunder



Uitgeverij De Arbeiderspers  
Amsterdam • Antwerpen



[www.hartvoorvrouwen.nl](http://www.hartvoorvrouwen.nl)



Eerste druk mei 2019  
Negende druk december 2020

Copyright © 2019 Angela Maas  
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt,  
door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook, zonder  
voorafgaande schriftelijke toestemming van BV Uitgeverij De Arbeiderspers,  
Weteringschans 259, 1017 XJ Amsterdam.

Omslagontwerp: Bloemendaal & Dekkers  
Omslagillustratie: iStock/Bloemendaal & Dekkers  
Portret auteur: Jacqueline de Haas  
Typografie: Zetwerk Mat-Zet bv, Huizen  
Illustraties figuren 2.1, 2.2, 4.1, 6.1, 6.4, 7.1, 7.2 Gijs Klunder

ISBN 978 90 295 3969 2 / NUR 860

[www.hartvoorvrouwen.nl](http://www.hartvoorvrouwen.nl)  
[www.arbeiderspers.nl](http://www.arbeiderspers.nl)

Een vrouwenhart is dikwijls in verhouding  
iets kleiner dan een mannenhart.

– Aletta H. Jacobs

(uit: *De vrouw. Haar bouw en haar inwendige organen*, 1899)



# Inhoud

Inleiding 9

- 1 Sekse en gender: het historisch perspectief van de vrouwelijke hartpatiënt 11
- 2 Het vrouwenhart klopt anders 23
- 3 Preventie door gezonde leefstijl: alle kleine beetjes helpen 39
- 4 Traditionele risicofactoren: vrouwen maken het verschil 57
- 5 Menopauze en andere vrouwspecifieke risicovariabelen 79
- 6 Angina pectoris: pijn op de borst door zuurstoftekort in de hartspier 101
- 7 Hartinfarcten bij vrouwen 123
- 8 Falende hartspier en versleten hartkleppen 143
- 9 Hartschade bij borstkanker 159
- 10 Hartritmestoornissen: eerder vervelend dan gevaarlijk 171

Nawoord 181

Meer lezen 185

Noten 187





# Inleiding

Tijdens mijn opleiding cardiologie leerde ik midden jaren tachtig van de vorige eeuw dat vrouwelijke hartpatiënten lastig waren. Ze hadden rare klachten, dubieuze uitslagen van fietstesten en bij een hartkatheterisatie was er vaak niets te zien. Een hoop gekrijs en gezeur om niks dus. Ik ging wat beter op hen letten, zeker toen de buurvrouw van mijn ouders met 59 jaar een hartinfarct kreeg. Die rookte veel en moest gedotterd worden. Al gaandeweg zag ik steeds vaker verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke hartpatiënten, maar we parkeerden het vooral tussen de oren. Als vrouwen niet langs onze mannelijke meetlat pasten, dan moesten ze het zelf maar uitzoeken en naar de psychiater gaan.

Gelukkig is er veel veranderd. De afgelopen dertig jaar hebben ons een schat aan kennis opgeleverd over de vrouwelijke hartpatiënt. Er zijn belangrijke man-vrouwverschillen in het patroon van aderverkalking en veroudering van de hartspier. Hoe beter je kijkt, hoe meer verschillen je ziet. Dat vraagt om een andere aanpak in diagnose en behandeling. Ook vrouwen onderling zijn verschillend, de ene vrouw heeft een hoger risico dan de andere. We kunnen dat onderscheid steeds beter en

nauwkeuriger maken. Zo weten we nu dat een hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap een risicofactor is om later hart- en vaatziekten te krijgen. Veel klachten die we ooit als atypisch bestempeld hebben blijken juist karakteristiek te zijn voor het achterliggende hartprobleem. We hebben reuzenstappen vooruit gemaakt, maar we zijn er nog niet.

In de dagelijkse praktijk wordt onze verworven kennis nog onvoldoende toegepast. Dat levert veel frustratie op bij de vrouwen om wie het gaat en het kan leiden tot verkeerde zorg en geldverspilling. Gelukkig is de vrouwelijke patiënt nu veel mondiger dan vroeger. Zij wil duidelijke antwoorden op haar vragen en laat zich niet meer met een kluitje in het riet sturen. Vrouwelijke hartpatiënten zijn goedgeïnformeerde gesprekspartners geworden.

In dit boek heb ik geprobeerd in een voor iedereen te begrijpen taal uitleg te geven over onze huidige kennis van het vrouwenhart, met veel voorbeelden uit de dagelijkse praktijk. Ik hoop hiermee een zinvolle bijdrage te leveren aan de passie van mijn loopbaan, een betere cardiologische zorg voor vrouwen.

## I

# Sekse en gender: het historisch perspectief van de vrouwelijke hartpatiënt

Bijna 250 jaar geleden beschreef een Engelse internist, William Heberden, voor het eerst klachten van pijn op de borst, die hij benoemde als ‘angina pectoris’.<sup>1</sup> Hij stelde vast dat klachten van pijn op de borst vooral voorkwamen bij mannen boven de vijftig jaar. Dat klopte ook, want in de achttiende eeuw werden vrouwen meestal niet ouder dan veertig jaar. Zij stierven vaak jong in het kraambed, lang voordat ziekten aan de kransvaten zich konden voordoen.

De cardiologie heeft zich in de tweede helft van de twintigste eeuw als zelfstandig specialisme ontwikkeld met name voor en door mannen. In veel studies werd deelname van vrouwen als niet relevant gezien en aan dit standpunt werd tot aan het begin van deze eeuw vastgehouden.<sup>2</sup> De gezondheidszorg voor vrouwen is lang benaderd via de zogenaamde *bikini approach*, met primair aandacht voor ziekten van de borsten en de voortplantingsorganen.

Toch was er binnen de cardiologie wel degelijk aandacht voor vrouwen, namelijk als levensgezel en verzorgster van de mannelijke patiënt. In 1960 werd er in Portland, Amerika, een conferentie georganiseerd waarin vrouwen konden leren hoe

ze het beste met het infarct van hun man konden omgaan. Ze konden er emotioneel door van slag raken, terwijl hun psychische steun juist belangrijk was voor het herstel van hun echtgenoot. De gedachte dat vrouwen medeschuldig waren aan het hartinfarct van hun man duurde voort tot ver in de jaren zeventig. Vrouwen konden in die tijd cursussen volgen om zo gezond mogelijk te koken en hun man niet te veel te belasten met huishoudelijke taken. Mannen hadden immers al veel stress en verantwoordelijkheden op hun werk. In verschillende tijdschriften, zoals in het vooraanstaande *British Medical Journal*, vroeg men zich af of vrouwen te veel geëist hadden van hun man, zodat het tot een hartinfarct had kunnen komen.<sup>3</sup>

Ook de Nederlandse Hartstichting stelde in een campagne in 1975 de vrouw centraal: niet als patiënte, maar als verzorgster van haar man en verantwoordelijke thuis voor het doen van gezonde boodschappen en verantwoord koken. Dat vrouwen zelf een hartinfarct konden krijgen was nog helemaal geen thema. De brede perceptie was dat vrouwen door hun oestrogene hormonen beschermd waren tegen hart- en vaatziekten. Hiermee bedoelen we de combinatie van ziekten aan de kransvaten, beroertes en hartfalen. Men veronderstelde dat oestrogenen wellicht ook mannen met een doorgemaakt hartinfarct zouden kunnen beschermen tegen nieuwe hartproblemen. Zo werd het Coronary Drug Project gestart: een onderzoek waarin aan meer dan achtduizend mannen na een hartinfarct oestrogenen of een neppil (placebo) werden voorgeschreven.<sup>4</sup> Dit onderzoek werd echter na anderhalf jaar voortijdig gestaakt, omdat de sterfte in de groep mannen die de oestrogenen kregen juist hoger was dan in de placebogroep. Oestrogenen bleken dus geen oplossing te zijn voor

mannen met hartkwalen en dit was ook een eerste signaal dat het met vrouwen en oestrogenen complexer zou kunnen zijn dan aanvankelijk werd gedacht.

### De doorbraak

Pas in 1991 werden hart- en vaatziekten bij vrouwen voor het eerst op de wetenschappelijke agenda gezet. In het vooraanstaande tijdschrift de *New England Journal of Medicine* verschenen een aantal artikelen, waarin gesteld werd dat vrouwen met hartklachten minder goed worden onderzocht en behandeld dan mannen.<sup>5, 6</sup> De toenmalige directeur van de National Institutes of Health in Amerika, Bernadine Healy, suggereerde dat vrouwen zich beter als een man kunnen gedragen om serieus genomen te worden. Zij noemde dat het Yentl Syndrome, naar analogie van het boek van Isaac Bashevis Singer.<sup>7</sup> Zij nam het voortouw om de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte bij vrouwen in de levensfase na de overgang te onderzoeken in de Women's Health Initiative-studies. Hierin werd grootschalig onderzoek bij vrouwen gestart naar osteoporose (botontkalking), hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker, zoals borstkanker.

In 1996 begon de Women's Ischemic Syndrome Evaluation studie, een onderzoek dat ons veel geleerd heeft over de mechanismen van hartklachten bij vrouwen op middelbare leeftijd.<sup>8</sup> Deze acties, die begin jaren negentig werden genomen, leidden tot een toename van vrouwen in cardiovasculaire studies, hoewel de aandacht na enige tijd weer verslaptte.<sup>2</sup> Het is blijkbaar nodig om hart- en vaatziekten bij vrouwen steeds opnieuw onder de aandacht te brengen.

In 1991 kwam ook het eerste boek uit over hartziekten bij vrouwen, geschreven door de internist en cardioloog Marianne Legato, de Amerikaanse grondlegger van de genderspecifieke geneeskunde.<sup>9</sup> Met dit boek wilde zij een einde maken aan de misperceptie dat hart- en vaatziekten alleen mannen treffen en dat vrouwen met klachten ‘hysterisch’ zijn. Ook toen al was duidelijk dat vrouwen ten opzichte van mannen op een gemiddeld latere leeftijd een hartinfarct krijgen, maar dat de sterfte bij hen hoger is. Met haar kennis over het onderwerp was Marianne Legato haar tijd ver vooruit.

Enkele andere grote Amerikaanse pioniers die veel betekend hebben voor de vrouwencardiologie zijn professor Nanette Wenger (Emory University, Atlanta) en professor C. Noel Bai-rey Merz (directeur van het Barbra Streisand Women’s Heart Center, Los Angeles). Beiden hebben een grote impact gehad op de uitvoering van belangrijke onderzoeksprojecten en richtlijnontwikkeling in de cardiologische zorg voor vrouwen. Terwijl hart- en vaatziekten eerst als een ‘mannenprobleem’ werden gezien, staan ze bij vrouwen sinds het begin van deze eeuw op nummer één in de wereldwijde ranglijst van doodsoorzaken.

### **Vrouwen zijn geen kleine mannen**

In 1991, toen het vrouwenhart op de kaart kwam, was ik drie jaar cardioloog en had ik het steeds moeilijker met vrouwelijke patiënten, die wilden weten wat hun man-keerde en waarom ik geen antwoord had op de vragen die ze stelden. Ik wist het gewoon niet. In mijn opleiding had ik geleerd dat vrouwen rare klachten hebben en dat

de uitslagen van hun hartfilmpjes (ECG's), fietsproeven en hartkatheterisaties niet klopten. In die tijd was dat nog te begrijpen, maar het is niet te verdedigen dat dit nog steeds gebeurt: we leggen vrouwen standaard langs de mannelijke meetlat, maar vrouwen zijn geen kleine mannen. De afgelopen decennia hebben ons geleerd dat het patroon van aderverkalking en veroudering van de hartspier verschillend is tussen mannen en vrouwen. Daarom moeten we andere aanvielig routes kiezen in het stellen van de juiste diagnoses en ook in de behandeling andere keuzes maken. Ik ben in 1991 op de rijdende trein gestapt naar een betere cardiologische zorg voor vrouwen en sindsdien heeft dit thema mij nooit meer losgelaten.

### **Wat betekenen sekse en gender en waarom is dit belangrijk?**

Onder sekseverschillen in de gezondheidszorg verstaan we de puur biologische verschillen tussen mannen en vrouwen, die het gevolg zijn van een verschillende genetische expressie van de geslachtshormonen en die leiden tot man-vrouwverschillen in velerlei ziekten. Op het terrein van hart- en vaatziekten is dit onder andere zichtbaar in de verschillende patronen van veroudering van de hartspier en de (krans)vaten bij mannen en vrouwen.<sup>10, 11</sup> Gender gaat over het gedrag van het individu in zijn of haar omgeving en heeft een meer persoonlijk en sociaal-cultureel bepaald karakter, waarin de omgeving sterk bepalend is.<sup>12</sup> Kort gezegd gaat sekse vooral over biologische verschillen, en gender vooral over verschillen in gedrag. Daarnaast

is er toenemende aandacht voor het begrip *gender roles*, waarin nadruk wordt gelegd op de dominantie van vrouwelijke of mannelijke karaktereigenschappen van een persoon. Zo weten we dat patiënten (m/v) die op jonge leeftijd (<55) een hartinfarct hebben gehad een groter risico hebben op een tweede infarct, als ze eigenschappen hebben die meer bij vrouwen voorkomen, zoals angst en ongerustheid.<sup>13</sup>

De begrippen sekse en gender zijn soms moeilijk van elkaar te onderscheiden, worden vaak ten onrechte door elkaar heen gebruikt en veranderen in de loop van de tijd in relatie tot levensfasen, opleiding, persoonlijke relaties en omgeving. Zo zien we dat de wereldwijde verstedelijking in de afgelopen decennia haar weerslag heeft op ons genetisch materiaal en op de wijze waarop wij ons gedragen. Meer drukte, meer lawaai, meer luchtvervuiling, stressvoller leven en multitasken, enzovoort, leiden tot een hoger risico op hart- en vaatziekten in de bevolking door de jaren heen. De explosieve groei van de sociale media heeft dit verder versterkt. We zien de gevolgen terug in een verslechtering van onze leefstijl en in een toename van risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals overgewicht, weinig bewegen en een te hoge bloeddruk. De groter wordende rol van stress leidt bij vrouwen steeds vaker tot een ander type hartinfarct dan we van oudsher gewend zijn (zie hoofdstuk 7). Armoede en sociaal-economische status zijn ook zeer bepalend voor gezondheid en ziekten.<sup>14</sup> Daarom is economische zelfstandigheid voor iedereen en juist ook voor vrouwen een belangrijke voorwaarde om zo gezond mogelijk oud te worden.

In de jaren negentig van de twintigste eeuw waren infectieziekten de belangrijkste doodsoorzaak wereldwijd, nu staan hoge bloeddruk, hartinfarcten en beroertes bovenaan. Door



meer rekening te houden met sekse- en genderverschillen in de gezondheidszorg kunnen wij gericht focussen op het individu met zijn of haar gezondheidsproblemen. Het gevaar van de huidige richtlijn geneeskunde is dat wij patiënten te veel als een eenheidsworst beschouwen en verzanden in een overdosis aan protocollaire geneeskunde, die vaak geldverspillend, niet passend en overbodig is. De patiënt (m/v) herkent zichzelf daarin ook niet terug. Gendersensitieve zorg kan de cardiologie bij uitstek veel doelgerichter en goedkoper maken.

### ***Gendered innovations: aanzet voor verandering***

In 2009 lanceerde professor Londa Schiebinger, hoogle-  
raar wetenschapsgeschiedenis aan de Stanford University, Amerika, het platform Gendered Innovations.<sup>15</sup> Daarmee beoogde zij een wereldwijde beweging op gang te brengen om het thema ‘sekse en gender’ te integreren in alle sectoren van wetenschap en techniek, om daarmee voor zowel mannen als vrouwen de kwaliteit van leven te bevorderen. Een nieuwe manier van denken om kennis en innovatie zo passend mogelijk te ontwikkelen en te integreren in de wetenschap en samenleving. Binnen de sector gezondheidszorg markeerde zij het vakgebied van de cardiologie als het aansprekendste voorbeeld waarin sekse- en genderverschillen er wezenlijk toe doen.<sup>16</sup>

Het thema *gendered innovations* is in 2013 omarmd door de Europese Commissie in een rapport waarin een leidraad wordt gegeven voor het implementeren van sekse- en genderspecten op alle terreinen van wetenschappelijk onderzoek, zoals dat wordt gefinancierd door de EU.

In meerdere internationale projecten heb ik de afgelopen jaren meegewerkt om de kennis over het vrouwenhart te verbreden. Op landelijk niveau heeft de vrouwenorganisatie WomenInc samen met een multidisciplinaire werkgroep Alliantie Gender & Gezondheid in 2015 een Kennisagenda opgesteld waarin wij de lacunes in goede zorg voor vrouwen naar voren hebben gebracht. Dit heeft geresulteerd in een extra toekenning van onderzoeksgelden vanuit het ministerie van Volksgezondheid, met grote nadruk op hart- en vaatziekten bij vrouwen. Dit is geen positieve discriminatie, maar een inhaalslag wat betreft achterstallige kennis over de vrouwelijke hartpatiënt.<sup>17</sup>

### **Gender en diversiteit in de spreekkamer: dé patiënt bestaat niet**

Mannen en vrouwen zijn niet alleen biologisch anders, zij verschillen ook in gezondheidsbeleving en wat betreft het risico op het krijgen van ziekten. Het wordt in onze samenleving ook steeds belangrijker om rekening te houden met raciale en culturele verschillen. Zo krijgen mensen met een donkere huidskleur vaker en al op jongere leeftijd een hoge bloeddruk en reageren zij anders op verschillende soorten hoge bloeddrukmedicatie. Ook de sekse van de arts telt mee in de wijze waarop patiënten behandeld worden.<sup>18</sup> Uit onderzoek bij patiënten met hartfalen is gebleken dat vrouwelijke artsen zich beter aan de richtlijnen houden dan mannelijke artsen.<sup>19</sup> Recent onderzoek uit Florida laat zien dat vrouwen met een hartinfarct minder complicaties

hebben en minder kans hebben om te sterven wanneer ze behandeld worden door een vrouwelijke arts in plaats van door een mannelijke arts.<sup>20</sup>

Empathie en daadkracht zijn belangrijk, maar deze zijn ook bij vrouwelijke artsen niet altijd als vanzelfsprekend aanwezig. Het kan afhangen van de persoon, het humeur, de werkbelasting en het kan wisselen van dag tot dag. In medische vakgebieden die nog sterk door mannen worden gedomineerd, zoals de cardiologie, is er aan de poort al een selectie van artsen die zich tot deze beroeps cultuur aangetrokken voelen. Vrouwelijke cardiologen hebben niet een vanzelfsprekende affiniteit met de problematiek van vrouwelijke patiënten. Op congressen en symposia waarin de vrouwelijke patiënt centraal staat, zijn vrouwelijke artsen, cardiologen en verpleegkundigen wel sterk in de meerderheid. Goede kennis over cardiologie voor vrouwen is echter geen vrouwendingetje, maar zou belangrijk moeten zijn voor alle gekwalificeerde cardiologen, verpleegkundigen en huisartsen (m/v).<sup>21</sup>

### **Verworven inzichten in de cardiologie: discrimineren móét!**

De discussie over sekse- en genderverschillen binnen de cardiologie is in de afgelopen decennia geleidelijk aan van toon veranderd. Nieuwe beeldvormende technieken en mogelijkheden bij hartkatheterisaties en CT-scans hebben hierin een grote rol gespeeld. Aanvankelijk was de grondtoon dat vrouwen ten onrechte werden achtergesteld, nu weten we dat discrimineren juist móét omdat er nu eenmaal belangrijke onderliggende sekse- en gen-

ders verschillen zijn.<sup>8, 22</sup> Eerst was de mannelijke patiënt altijd de meetlat waarlangs de vrouw werd gelegd, thans wordt er een duidelijk vrouwelijk patroon van aderverkalking gezien waarin andere beslissingen in diagnostiek en behandeling genomen moeten worden dan artsen standaard leren. Met de makkelijke toegankelijkheid van nieuwe inzichten op het internet is actuele kennis voor iedereen bereikbaar en lijkt de emancipatie van de vrouwelijke patiënt sneller gegaan te zijn dan die van de cardioloog.

### **Communicatie: luisteren naar patiënten is het halve werk**

Mannen rapporteren, vrouwen interpreteren: communicatiestijlen verschillen tussen de seksen en zijn sterk bepalend voor de manier waarop artsen klachten van patiënten beoordelen. Dat is vooral nadelig voor vrouwen, want zij nemen meer tijd voor het uitleggen van hun klachten. Daarbij weiden ze eerder uit over allerlei gebeurtenissen en leggen ze meer emoties in hun verhaal. Hiermee lopen ze het risico dat de aandacht van de arts afdwaalt, omdat die geleerd heeft te zoeken naar harde feiten voor het stellen van een juiste diagnose. Als de klachten vervolgens niet goed passen in het patroon van wat de arts geleerd heeft, is een misverstand snel ontstaan en kunnen serieuze klachten als gezeur of aanstelleritis bestempeld worden. In het boek *Hartschade* van Hella de Jonge wordt dit op meesterlijke wijze beschreven.<sup>23</sup>

Vrouwen kunnen artsen ook op het verkeerde been zetten

door zelf klachten te interpreteren en verbanden te leggen die er helemaal niet zijn. Thema's zoals stress en drukte worden vaak benoemd en zijn te makkelijke verklaringen voor lastig te interpreteren hartklachten. Anderzijds is het wel zo dat stressgerelateerde klachten in onze samenleving een steeds groter risico vormen om hart- en vaatziekten te krijgen. Deze mogelijke valkuilen in de diagnostiek zijn door iedere arts te leren via goede en verplichte opleidingsmodules in de vrouwencardiologie. Vrouwen doen er goed aan om hun klachten zo zakelijk mogelijk over te brengen in de spreekkamer, dan wordt er beter naar hen geluisterd. Vrouwen met niet goed geïnterpreteerde hartklachten voelen zich vaak gekleineerd in de spreekkamer. Dit zegt echter meer over de houding van de dokter dan over de patiënt. Sinds ik mij vanaf 2003 uitsluitend gefocust heb op de vrouwelijke hartpatiënt heb ik veel schrijnende voorbeelden gezien van vrouwen die jarenlang van het kastje naar de muur werden gestuurd, soms zelfs uitgelachen, omdat de cardioloog hun klachten niet begreep. Dit is slechte zorg en is nooit acceptabel.

### **Hoge bloeddruk is geen burn-out**

Marieke is 51 jaar en loopt al zes jaar rond met klachten zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, slecht slapen, duizeligheid, hoofdpijn, snel transpireren, pijn op de borst met uitstraling naar de kaken en tussen de schouderbladen, en luttel kort bij ook maar een beetje inspanning. Ze heeft moeite met stofzuigen en kan op een fiets zonder ondersteuning niet meer vooruitkomen. Als jong meisje had ze vaak migraine, dat is nu minder. Haar zwangerschappen waren niet makkelijk, ze heeft tweemaal een zwangerschapsvergiftiging gehad en tussendoor driemaal een spontane miskraam. Ze heeft een Mirena-spiraal en menstrueert niet meer. Wat betreft de

familie: de vader is gedotterd toen hij 56 was, moeder en een zus hebben een heel hoge bloeddruk.

Marieke is inmiddels bij twee cardiologen geweest en bij de longarts. Ze heeft meerdere fietstesten gedaan, een hartkatheterisatie gehad en allerlei testen bij de longarts. Daar kwam niets uit, al was haar hartfilmpje afwijkend. Omdat ze haar werk niet meer kon doen zit ze thuis met een burn-out en denkt de huisarts dat het vooral de overgang is en dat het tussen de oren zit.

Als ik Marieke voor het eerst zie op het spreekuur schrik ik van de bloeddruk, die is 165/100 mmHg, bij meerdere metingen. Veel hoger dan een normale bloeddruk van 125/80. Ze denkt zelf dat het stress is, van al het gedoe van de afgelopen jaren. Ik denk er anders over en in overleg gaan we haar bloeddruk behandelen met twee soorten pillen: een lage dosering bètablokkers, een medicijn om de bloeddruk te verlagen en de pols wat rustiger te maken, en een angiotensine-II-remmer die bloeddrukverlagend werkt via de nieren. Het duurt een paar maanden, maar dan zien we dat met het dalen van de bloeddruk de klachten langzaam verdwijnen en de energie in haar leven weer terugkomt. Hoe makkelijk kan het zijn!