

Alcoholabusus; verkenningen van een N.H.G.-studiegroep

DOOR J. NOOTER, HUISARTS TE WOUBRUGGE EN P. K. VAN DER ENT BRAAT, HUISARTS TE AARLANDERVEEN*

Het is nodiger de mensen te bestuderen dan de boeken.

La Rochefoucauld

INLEIDING

Het gebruik van alcohol is zo algemeen geworden, dat bijna iedereen „drinkt”. Ook steeds meer jongeren van tien tot vijftien jaar drinken regelmatig en het aantal mensen, dat constant of periodiek teveel drinkt, neemt toe. Met de gevolgen hiervan zal de huisarts steeds vaker worden geconfronteerd. Helaas zal hij drankmisbruik niet altijd onderkennen; dit probleem manifesteert zich in de huisartspraktijk in zoveel verschillende vormen, dat de huisarts vaker misleid wordt dan hij vermoedt. Is hij toch op het goede spoor, dan is het moeilijk efficiënt hulp te bieden. Hij heeft vaak onvoldoende kennis van zaken, weinig ervaring en ontoereikende verwijsmogelijkheden. Hij zal, ondanks goede wil, vaak vastlopen, hetgeen tot onlustgevoelens en irritatie leidt.

Tijdens een gedachtenwisseling over dit onderwerp in een studiegroep van negen huisartsen bleek de onvrede ten aanzien van het alcoholprobleem algemeen te zijn. Besloten werd te trachten wat meer inzicht te krijgen in de theoretische achtergronden en de praktische hulpverlening. Iedere deelnemer van de groep leverde een bijdrage aan literatuurstudie. De hierdoor verkregen gegevens werden gebundeld en besproken. Deze theoretische kennis werd getoetst aan praktijkgevallen, waarbij de casuïstiek al direct andere facetten bleek te vertonen dan men aanvankelijk dacht.

* Mede namens de overige leden van de studiegroep, de huisartsen (in alfabetische volgorde) Dr. G. J. Bremer, H. J. W. Brinkman te Nieuwkoop, A. M. van Dongen te Nieuwveen, G. C. A. Essens te Noorden, Dr. K. Gill en L. R. Kooy beiden te Zwammerdam en M. Sanders te Nieuwkoop.

Het alcoholprobleem is complex en individueel bepaald. Het vereist vooreerst veel tijd om zich voldoende in het hoe en waarom van een „patiënt” te verdiepen. Het op de juiste wijze hulp bieden, ook op lange termijn, is naar onze ervaring nog moeilijker.

Het is ons duidelijk geworden dat wij in het hulpverleners onze beperkingen moeten leren kennen. Belangrijk is dat wij het probleem weten te signaleren, ook in de vele ondoorzichtige gevallen. Wij zullen, naar onze eigen aanleg en mogelijkheden, moeten leren op het juiste moment de juiste hulpverleners in te schakelen. Ook dit lijkt eenvoudiger dan het is. Wie zijn deze hulpverleners en op welke wijze moet de huisarts met hen samenwerken? De ervaring leert, dat alleen verwijzen inefficiënt is en zowel voor de „patiënt” als voor de arts vaak tot teleurstellingen leidt.

BESCHRIJVING

Elk alcoholgebruik, dat herhaaldelijk – tegen goede voornemens in – geestelijke, lichamelijke of maatschappelijke schade aanricht, is een vorm van alcoholisme.

Alcoholhoudende dranken hebben, zeker in de westerse landen, een „onuitroeibare” betekenis als sociaal smeermiddel. Wij allen aanvaardden dit, al of niet in dank, en vinden dat een normbesef tegenover alcohol bij ieder welkend mens aanwezig behoort te zijn.

Wij zouden willen stellen, dat onder „normaal drinken” momenteel in Nederland wordt verstaan: zeven (of minder) glazen alcoholhoudende drank per week, met als toelaatbare grens twintig glazen per week (2). Een standaardglas van bijna elke alcoholhoudende drank bevat ongeveer 10 gram pure alcohol. Statistieken van het alcoholgebruik per hoofd per jaar geven aan, dat in Nederland rond 1950 nog geen liter

pure alcohol per inwoner werd gebruikt. In 1970 was dit al 5 liter. Sindsdien is het gebruik verder gestegen tot 7,5 liter in 1974.

Over de totale schade, door alcohol aangericht, zijn geen exacte cijfers te geven. Naar voorlopige schatting zijn er in Nederland 96.000 mannen en 24.000 vrouwen, die dermate aan alcohol zijn verslaafd, dat zij zich maatschappelijk niet kunnen handhaven. Daarnaast schat men dat in Nederland 560.000 mannen en 140.000 vrouwen zó drinken, dat hun gezondheid ernstig wordt geschaad en hun omgeving in disharmonie wordt gebracht. Statistieken over verkeersongevallen, bedrijfsongevallen en arbeidsverzuim tengevolge van alcoholgebruik geven steeds hogere cijfers te zien.

Dit betekent per gemiddelde praktijk van 2700 zielen (4800 huisartsen voor 13 miljoen mensen) 170 mensen met ernstige alcoholmoelijkheden.

Het toenemend gebruik van alcohol door welvaart, werkloosheid en andere stressfactoren in onze prestatie maatschappij maakt, dat de huisarts steeds vaker met de gevolgen van alcoholmisbruik zal worden geconfronteerd. In onze studiegroep werd daarom een poging gedaan, de problematiek voor de huisarts duidelijker voor ogen te krijgen. Bij het verzamelen van de casuïstiek vielen vooral twee feiten op:

1 het is zelden of nooit de patiënt zelf, die hulp vraagt voor zijn alcoholverslaving;

2 de huisarts blijkt een belangrijk deel van het alcoholmisbruik in zijn praktijk niet te kennen.

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK I

De heer A., 47 jaar oud, bedrijfsleider in een familiezaak, werd in juni 1974

door de huisarts verwezen naar de neuroloog wegens kortdurende perioden (van een half tot een heel uur) van futloosheid, „black-outs” en gestoorde inprenting; voornamelijk ’s avonds; geen aanwijsbare somatische of psychische oorzaak.

De neuroloog meldde in zijn antwoordbrief in augustus 1974, dat deze energieloosheid, bradyfrenie en bradykinesie gepaard gingen met een slingerende gang en vooral in de weekends optraden. Naar aanleiding van het neurologisch onderzoek, het röntgenologisch onderzoek van de cervicale wervelkolom en het routine bloedonderzoek, overwoog hij de diagnose: insufficiënte cerebrale circulatie. Differentieel diagnostisch kwamen verder in aanmerking: polycytemie en insufficiëntie van de arteria vertebralis basilaris, bij arthrosis cervicalis. Er werd geen behandeling ingesteld.

Op 18 september werd de huisarts bij patiënt thuis ontboden. De toestand was zodanig dat opnieuw verwijzing naar de neuroloog plaatsvond. De verwijsbrief vermeldde het volgende: „Graag opnieuw je onderzoek van patiënt A. in verband met klachten over vermoeidheid, minder goed kunnen denken en soms onduidelijke spraak: symptomen als bij een lichte dronkenschap. Bij een polycytemie zouden ook kunnen passen: de donkerblauwe lippen, de geïnjecteerde conjunctivae en zijn klachten”.

Toen de huisarts patiënt een uur voor vertrek naar de kliniek thuis nog even bezocht, was deze in coma, onrustig en had urine laten lopen. De huisarts meende een alcohollicht te bespeuren, maar alcoholgebruik werd door de echtgenote van patiënt pertinent ontkend.

De ontslagbrief van de neuroloog vermeldde het volgende: „Opname wegens coma e causa ignota. Nadat het coma voorbij was, viel het hypomane, ontremde gedrag van patiënt op. Bij het uitvoerig laboratoriumonderzoek werd onder meer een alcoholpromillage van 2,4 vastgesteld.

Nadat patiënt weer bij kennis was gekomen en werd geconfronteerd met het hoge alcoholgehalte, reageerde hij bijzonder verontwaardigd, evenals zijn familieleden, met de mededeling, dat hij slechts incidenteel kleine hoeveelheden

alcohol gebruikte. Mogelijk is er een intoxicatie in het bedrijf. De gesignaleerde electroëncefalografische afwijkingen zijn mogelijk hierdoor te verklaren, doch nader beraad moet hierover plaatsvinden.”

De ontslagbrief van de geconsulteerde internist vermeldde: „Het betreft hier dus een 47-jarige man, bij wie de diagnose alcoholintoxicatie werd gesteld. Uit de sociale anamnese bleek dat patiënt het op de zaak nogal moeilijk kon verwerken dat een zoon van zijn broer, die directeur is van het bedrijf, hem had gepasseerd. Hij gaf slechts toe de voorafgaande avond enkele glaasjes sherry te hebben gedronken”.

Deze casus illustreert de noodzaak om alert te blijven op klachten en verschijnselen, die het gevolg kunnen zijn van drankmisbruik, ook al wordt dit door de patiënt verzwegen en – in het vorenvermelde geval – zelfs ten sterkste ontkend. Vage klachten, die op een chronische vorm van alcoholintoxicatie zouden kunnen duiden zijn: ochtendmisselijkheid en braakneigingen, moeheid, krampen ’s nachts of paresthesiën in kuiten of voetzolen, dan wel duizeligheid, dubbel zien, verminderde gehoorscherpthe, geheugenverlies („black-outs”) en impotentie. Bij onderzoek kan men vinden: tremores, zweten, ataxie, drukpijn op de kuitspieren, sensibiliteitsstoornissen, positieve Romberg, negatieve achillespeesreflex, vergrote lever, gastritis, bronchitis en geïnjecteerde conjunctivae. Bij laboratorium-onderzoek kunnen een positieve urobilinogeenreactie, verhoogde bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes en gestoorde leverfuncties worden vastgesteld. Wat de mogelijkheid van een acute intoxicatie betreft bij een in coma aangetroffen patiënt moet worden gedifferentieerd van het trauma capitis, de CO-vergiftiging, cerebro vasculair accident en andere vormen van coma.

In het gedragspatroon van de patiënt met chronische alcoholintoxicatie vallen verschijnselen op, die duiden op groothedsideeën, verminderde zelfkritiek, agressiviteit, mijden van gezelschap en vrienden, vermindering van arbeidsprestaties, neiging tot zwerven, verwaarlozing van het uiterlijk en jaloezheid.

Om de diagnose niet te missen, blijft

de taak van de huisarts, ook bij het alcoholisme:

- 1 het nauwkeurig opnemen van anamnese en hetero-anamnese;
- 2 het verrichten van een algemeen lichamenlijk onderzoek;
- 3 gericht laboratoriumonderzoek (bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes, hemoglobinegehalte, urine, leverfunctieproeven).

Het vroegtijdig stellen van de diagnose alcoholisme wordt vaak bemoeilijkt doordat de patiënt er niet over durft te spreken. Het lijkt daarom noodzakelijk bij het opnemen van de algemene anamnese als routine ook vragen naar de drinkgewoonten in te voegen. Deze vragen dienen zeer gericht te worden gesteld:

- 1 hoeveel alcoholhoudende drank gebruikt u per dag?;
- 2 welke drank bij voorkeur en op welke tijd van de dag?;
- 3 sinds wanneer is dit uw gewoonte?

Naast een nauwkeurige anamnese en een lichamenlijk onderzoek kunnen ook andere facetten ons op het spoor brengen van alcoholmisbruik. Juist de huisarts kan hierbij een belangrijke bijdrage leveren, omdat hij kennis heeft van leef- en werkgewoonten van zijn patiënten. Wij denken hierbij aan groepen met verhoogd risico (bepaalde beroepen, alleenstaanden) of aan verdachte omstandigheden (verkeersongevallen, geslachtsziekten, huwelijksmoeilijkheden).

In een opmerkelijke klinische les, (afgedrukt in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1963) richt Speyer zich op de problemen van de vroege diagnostiek van het alcoholisme. Hij beschrijft in zijn studie de alcoholverslaving, zoals wij die steeds weer aantreffen:

- 1 iemand merkt, dat sociaal drinken een apart gevoel van bevrijding geeft en gaat dit sociaal gebruik steeds weer zoeken;
- 2 de alcohol is bedwelmingsmiddel geworden; in dit stadium vertoont zich, na enkele borrels reeds, de „black-out”, waarbij de patiënt – zonder zichtbare roes – zijn normale werkzaamheden kan doen en zelfs ingewikkelde gesprekken kan voeren, waarvan hij zich de volgende dag niets meer kan herinneren (zoals dit ook kan voorkomen, bij eenmalig excessief drinken bij gelegenhedsdrinkers);

3 het controleverlies is dusdanig, dat het eerste glaasje betekent dat er dóórgedronken wordt;

4 er volgt een sociale zelfmoord met langdurige dronkenschap of opneming in een psychiatrische inrichting.

Leert praktijkvoorbeeld I, dat wij diagnostisch tekort kunnen schieten, zeker zo moeilijk is het om therapeutisch enig resultaat te bereiken.

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK II

De heer B., gehuwd, twee kinderen, is nog niet zo lang in zijn nieuwe woonplaats gevestigd. De vorige huisarts meldde bij de verhuizing, dat hij overmatig rookt en drinkt, soms psychofarmaca gebruikt en homofiele neigingen heeft.

De echtgenote van patiënt kwam als eerste de problemen bespreken: „In zijn vorige werkkring waren ook al alcoholproblemen; hij wilde hier een nieuw leven beginnen, maar drinkt toch regelmatig teveel zodat deze poging lijkt te mislukken. In zijn familie wordt graag gedronken. Zijn ouders weten van het alcoholmisbruik van hun zoon, maar nemen bij bezoek toch drank mee”. Patiënt werd de laatste tijd door de politie nogal eens dronken thuisgebracht. Op zijn werk is het drankmisbruik bekend.

Algemene indruk van patiënt: joviaal, aanhankelijk, onzelfstandig, neemt cadeautjes mee voor de dokter, gebruikt overmatig after shave om de alcohollicht te maskeren.

Beloop: bezocht op eigen initiatief een consultatiebureau voor alcoholisme; kreeg Refusal. Staakte na enige tijd zelf de medicatie en het contact met het consultatiebureau. Kwam in september 1974 weer bij de huisarts, omdat het zo toch niet ging. Het lichamenlijk- en laboratoriumonderzoek zijn zonder afwijkingen.

Er wordt een aantal wekelijkse gesprekken gevoerd, 's avonds gedurende een half tot een heel uur; tweemaal samen met zijn vrouw. De Refusal wordt onregelmatig ingenomen. Hij krijgt vervolgens Librium en Mogadon. Na ongeveer zes gesprekken wil patiënt liever niet meer komen: „het gaat nu weer goed”. Hij wordt nu geheel losgelaten, zal alleen op eigen initiatief terugkomen.

In januari 1975 is de toestand weer zoals vroeger. Hierop wordt hij naar de Anonieme Alcoholisten (A.A.) verwezen.

Deze casuïstische mededeling illustreert duidelijk op welke wijze de huisarts vaak vastloopt. Wat is hiervan de oorzaak?

Collega Dr. R. Horst, psychiater, die veel ervaring heeft met de behandeling van alcoholisme, wordt in onze groep uitgenodigd als gastspreker. Hij meent dat in het laatste praktijkvoorbeeld voldoende inzicht van de kant van de huisarts ontbreekt. En wel inzicht in de achtergronden: „waarom drinkt patiënt”? Er is volgens hem zeker verband tussen de homofilie en het drankmisbruik. Het alcoholisme van deze patiënt ziet hij als een symptoom van een relatiestoornis (huwelijksrelatie).

Ook bij de evaluatie van andere praktijkgevallen was collega Horst in staat ons duidelijk te maken, dat het alcoholprobleem veelal moet worden gezien als een symptoom van een relatiestoornis. Tegen deze achtergrond ziet hij de taak van de huisarts als een opvang- en schakelfunctie. Na voldoende anamnestiche gegevens te hebben verzameld en zich voldoende te hebben georiënteerd over het lichamenlijk welzijn van de patiënt, dient de huisarts deze over te dragen aan een relatietherapeut. Ook verschillende maatschappelijk werkers zijn bezig zich te bekwamen in relatietherapie zodat ook hier verwijsmogelijkheden voor de huisarts komen te liggen. Collega Horst is van oordeel, dat de huisarts deze therapie zelf meestal niet kan doen, omdat hij teveel wordt geïnvolveerd in het probleem (ook al zou de huisarts enige scholing in deze therapie hebben).

De benadering van het alcoholprobleem volgens deze zienswijze is door de leden van onze groep positief ontvangen. Kennelijk is het voor ons moeilijk geweest te werken met vroeger gedoctrineerde opvattingen over oorzaken en behandeling van alcoholproblemen (3,4). Aldus lijkt het alcoholvraagstuk voor de huisarts als hulpverlener beter te hanteren, althans voor de nieuwe gevallen die zich bij hem melden en die nog geen lange voorgeschiedenis hebben. Iedere huisarts kent namelijk in zijn praktijk ook de hopeloze situaties van de chronische al-

coholist, die reeds alle instanties en inrichtingen heeft bezocht en bij wie alle betrokkenen slechts lijken te wachten op het tragische einde.

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK III

Man van 54 jaar, chauffeur van beroep, is sinds 1945 bekend als alcoholist (kwartaaldrinker). De laatste vier jaar is hij arbeidsongeschikt na een hartinfarct. Hij heeft een gezin met zeven kinderen, van wie de jongste thans zeventien jaar is.

Vanaf 1956 is patiënt enkele malen opgenomen geweest in een psychiatrische inrichting voor een ontwenningsskuur. Begeleiding werd verzorgd door het consultatiebureau voor alcoholbestrijding, de sociaal psychiatrische dienst, kerkelijke instanties, de Anonieme Alcoholisten en de huisarts.

Niemand is in staat om voldoende greep op de situatie te houden. Er zijn steeds terugkerende crisissituaties in het gezin over de drankzucht, het geld, de slechte huwelijksverhouding, de opvoeding van de kinderen en dergelijke; conflicten, die met vernielzucht en woede-aanvallen gepaard gaan.

In totaal vinden er acht opnemingen plaats in een psychiatrische inrichting, in tijdsduur variërend van één tot dertien maanden. Na de laatste opneming in augustus 1974 werd besloten de „mactiging” daarvoor niet meer te verlengen.

Patiënt woont sinds een half jaar niet meer thuis; zwerft van het ene adres naar het andere. Hij klopt aan bij alle instanties die zijn problemen willen aanhoren (en dat zijn er nogal wat tegenwoordig), maar er is geen oplossing.

Dit is een duidelijk geval, waarbij alle hulpverlenende instanties tekort zijn geschoten. Mogelijk is hier de patiënt teveel los van zijn omgeving behandeld en is de ware oorzaak van het drankmisbruik hierdoor niet achterhaald, ergo niet behandeld.

In het volgende praktijkvoorbeeld krijgt de huisarts een gevoel van onmacht, door gebrek aan medewerking van de kant van de patiënt en zijn werkgever, maar ook van de kant van de overheid; een typisch geval uit de huisartspraktijk.

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK IV

Een 22-jarige chauffeur-buitenland gebruikt sinds zes jaar veel alcohol in de vorm van 10-20 flesjes bier per dag. Medio 1974 meldt hij zich bij de huisarts met oververmoeidheidsklachten en depressiviteit. Uiteraard komt het alcoholgebruik ter sprake.

Na een aantal gesprekken, dat voornamelijk een moraliserend karakter heeft, lijkt patiënt gemotiveerd het drinken te normaliseren. De houding van de werkgever is ambivalent: laat het drinken oogluikend toe uit economische overwegingen. Ondanks alle goede voornemens van patiënt blijkt hij het drinken niet te kunnen laten. Intensieve begeleiding wordt door hem afgewezen, zodat de huisarts hem verder weinig hulp kan bieden. Ook de wetgever met zijn „novemberwet” en rijtijdenbesluit, blijkt niet in staat te verhinderen dat deze beroepschauffeur blijft drinken.

Voor de huisarts zijn deze gevallen zeer deprimerend. Hij voelt zich onmachtig, terwijl hij terdege beseft dat de gevaren van volledige ontsporing zeer groot en daarmee door deze patiënt veroorzaakte verkeersongevallen tengevolge van rijden onder invloed allerminst denkbeeldig zijn.

Wij zijn geneigd naar aanleiding van deze casuïstiek een groot deel van de problemen van het alcoholmisbruik eer-

der te wijten aan de samenleving dan aan het individu. De maatschappelijke onzekerheden en stress-factoren, de intermenselijke spanningen, verscherpt door welvaart-zonder-welzijn, scheppen nieuwe problemen.

Onlangs verscheen een wachtkamerfolder van de Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs, teneinde „mensen te motiveren met alcoholproblemen naar consultatiebureaus te gaan”. Ook de hulpverleners, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, buurthuiswerkers, geestelijken, raadslieden van welzijnswinkels en telefonische hulpdiensten kunnen voor advies en informatie bij deze adressen terecht.

Deze Federatie ontplooit voortzettingen op het gebied van voorlichting en preventie, zoals uit het rondschrijven van juni 1975 blijkt. De Nederlandse huisartsen kunnen hierbij een belangrijke schakel zijn.

De rol van de consultatiebureaus voor alcoholisme in hun verhouding tot, en hun samenspel met het thuisfront is niet altijd duidelijk. Er is vaak te weinig contact; er bestaat geen eensluidende mening over de juiste verwijsgewoonten en terugrapportage (schriftelijk of mondeling) en de plaats van de huisarts bij deze hulpverleningsmogelijkheden.

CONCLUSIES

- 1 Het probleem van alcoholmisbruik in de praktijk is zeer waarschijnlijk veel groter dan de huisarts vermoedt.
- 2 Nadelige gevolgen van alcoholmisbruik worden aan de huisarts vaak gepresenteerd in een indirecte vorm.
- 3 Bij de algemene anamnese dient informatie naar de drinkgewoonten routine te worden.
- 4 Aan de stelling, dat alcoholmisbruik een symptoom van een relatiestoornis is, zal de huisarts grote aandacht moeten besteden.
- 5 De taak van de huisarts bij de behandeling van de alcoholist zal in de meeste gevallen slechts in samenwerking met specialisten in de behandeling van verslaafden kunnen geschieden.
- 6 Voor een adequate aanpak van alcoholproblemen zal de huisarts inzicht moeten hebben in de werkwijze en de mogelijkheden van de bestaande hulpverlenende instellingen.

- 1 Alcohol, cannabis en schooljeugd. Publicatie Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1974.
- 2 Erp, Th. van. Alcohol vandaag. Reeks Actuele Onderwerpen nr. 1349.
- 3 Popham, R. E. Alcohol and alcoholism. University Press of Toronto, 1970.
- 4 Esser, P. H. Alcoholisme. Kok, Kampen, 1960.

Behandeling van verslaving is een specialisme

Een gesprek met de directeur van de Jellinek-kliniek

Een gesprek met Dees (Doederus Boëtius Witsius) Postma, de in 1973 benoemde directeur van de Jellinek-kliniek te Amsterdam, is een leerzame ervaring omdat hier aan het hoofd van een inrichting een man staat, die zelf zijn gevecht met de alcohol heeft moeten strijden. Hij weet hoeveel moeite het kost de fles te laten staan, welke inspanning het heeft gekost – de psychiater, de Jellinek-kliniek, de Valerius-kliniek en de Organisatie Anonieme Alcoholisten kwamen er aan te pas – voor-

dat hij erin is geslaagd de drank volkomen af te zweren. Nu hij geen druppel meer drinkt, wekt zijn uitspraak „Als ik aan drank denk, denk ik niet aan een glaasje maar meteen aan een hele emmer vol” de indruk, dat de angst voor verslaving bij hem nog niet is geweken, ware het niet dat Postma bij die uitspraak in staat is om, volkomen ontspannen lachend, zichzelf te relativieren. Terugziende op zijn gevecht met de alcohol releveert hij:

„Ze brachten mij naar de Valerius om-

dat ik in de ziekenzaal van de Jellinek-kliniek in de war raakte. Dat waren ontweningsverschijnselen, maar zo erg dat ik in die omgeving het functioneren in de kliniek belemmerde. Ik was goed en wel op de gesloten afdeling of ik ontspande. Weken later kreeg ik onbedwingbare neiging alles schoon te maken. Ja, letterlijk, ik heb een paar dagen op mijn knieën liggen boenen en schrobben, tot alles blonk. Symbolischer kan het bijna niet”.

„Bij mij is het allemaal los gekomen na