

het beeld en twee weken later, bij bijna 38 weken amenorroe, kwam patiënte spontaan in partu. De ontsluitingsperiode werd bewaakt door middel van intra-uteriene drukmeting en uitwendige registratie van de kinderlijke harttonen; pijnbestrijding vond plaats met behulp van Pethidine, terwijl bij zes cm ontsluiting epiduraal anesthesie werd aangebracht. De baring van het nu in feite voldragen kind geschiedde door vacuümextractie, waarbij vlot een in uitstekende conditie verkerend meisje van 2830 gram werd ontwikkeld. De placenta werd spontaan geboren en het bloedverlies was gering.

Aangezien het risico van decompenseren aanzienlijk verhoogd is in de eerste twaalf uur van het kraambed door het wegvallen van het placentaire vaatbed en het terugkomen in de bloedbaan van veel getineerd extravasculair vocht, kreeg patiënte extra Lasix, vochtbeperking en werd de bedrust gecontinueerd, terwijl

als profylaxe tegen het optreden van een subacute bacteriële endocarditis ampliciline en streptomycine werden gegeven; de heparine werd gecontinueerd.

Het kraambed verliep overigens geheel ongestoord en vanaf de vierde dag werd patiënte voorzichtig gemobiliseerd. Bij ontslag op de elfde dag gebruikte zij 40 mg Lasix om de dag, tweemaal daags $\frac{1}{4}$ mg digoxine en Marcoumar; de anticonceptie werd geregeld door de uitsluitend gestagenen bevattende minipil (Exluton).

Inmiddels is patiënte heropgenomen geweest en bij hartkatheterisatie bleek uitsluitend sprake van een mitralisklepstenose, waarvoor zij binnenkort een commissurotomie zal ondergaan, waarna de prognose quod vitam, alsook voor eventuele volgende zwangerschappen uitstekend mag worden genoemd!

De conclusie van deze ziektegeschiedenis is dat elke hartaandoening in de zwangerschap een optimale begeleiding

vereist (dat wil zeggen regelmatige controles door de cardioloog en de gynaecoloog), terwijl adviezen die voor verschillende interpretaties geschikt zijn („klinische partus gewenst”) moeten worden vermeden.

De schrijver bedankt Prof. Dr. D. Durrer voor zijn adviezen.

Summary. About one percent of pregnant women has a cardiac disease; the most frequent being the post-rheumatic mitral valve stenosis. In the Netherlands complications during pregnancy, due to the existence of a heart disease, are seldom and maternal death is exceptional. The case history is described of a primigravida with a mitral valve stenosis, who was inadequately treated and whose pregnancy was complicated by lungedema and cerebral embolies.

Friedberg, C. K. Diseases of the Heart. 4e druk, Saunders Company, Philadelphia/London, 1968.

Smorenberg-Schoorl, R. Hartziekten. In: Leerboek voor obstetrie en gynaecologie, De voortplanting van de mens. Centen, Amsterdam, 1974.

Gezinsgeneeskundige colloquia VIII: Een patiënte met lage rugpijn

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT*

INLEIDING

Co-assistent 1: De ziektegeschiedenis, welke ik u wil presenteren, betreft een vrouw van 22 jaar, die reeds anderhalf jaar klaagt over pijnen onder in de rug. Zij is hiervoor reeds eenmaal geopereerd. Desondanks is er onlangs een zodanige verergering van haar klachten opgetreden dat zij drie weken in bed moest blijven. Bij het eerste bezoek aan huis bleek zij bovendien ruim drie maanden zwanger te zijn. Het leek mij nuttig nader op haar ziektegeval in te gaan, omdat de rugklachten door de graviditeit nog zouden kunnen verergeren, terwijl zij nu reeds niet weet hoe zij straks na haar bevalling ooit voor haar baby zal kunnen zorgen.

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

ANAMNESE

Patiënte is afkomstig uit het noorden van het land. Vier jaar geleden is zij met haar ouders hier in het zuiden komen wonen. Op de lagere school kon zij moeilijk meekomen en doubleerde éénmaal. Ook op de huishoudschool ging het moeilijk, zodat zij deze na één jaar verliet en cassière werd. Na de verhuizing naar haar huidige woonplaats ging zij als inpakster op een fabriek werken. Hierbij moest zij regelmatig zwaar tillen zonder dat dit aanleiding gaf tot rugpijn. Anderhalf jaar geleden is zij getrouwd met een man uit Noord-Brabant. Zij heeft haar werk buitenshuis daarop gestaakt. Enkele weken na haar huwelijk zijn de rugpijnen begonnen, plotseling bij het optillen van een zware boodschappentas. Sindsdien is zij eigenlijk nooit klachtenvrij geweest.

In het dossier van haar huisarts vond ik de volgende gegevens omtrent haar historia morbi: ongeveer een maand na het begin van de klachten werd patiënte naar een gynaecoloog verwezen in verband met onderbuiksklachten, misselijkheid en ischialgie. Deze nam patiënte op, maar vond op zijn gebied geen afwijkingen, hoewel het vaginaal toucher door sterk spannen niet was te beoordelen. In zijn brieven spreekt de gynaecoloog – die patiënte naar de neuroloog verwees – wèl over mogelijke psychogene momenten in het toen twee maanden jonge huwelijk en karakteriseert hij het gedrag van patiënte als hysteriform.

De neuroloog heeft een hypalgesie van het linker been gevonden en een positief symptoom van Lasègue links bij 70° en rechts bij 80°. De liquor vertoonde geen afwijkingen. Bij contrastmyelografie

werd ter hoogte van L4/L5 een zeer sterke vernauwing van het lumbaalkanaal gevonden, waardoor de diagnose hernia nuclei pulposi zeer waarschijnlijk werd. Tijdens de opname op de afdeling neurologie maakte patiënte een meningitis door, mogelijk veroorzaakt door de lumbaal punctie. Zij herstelde hiervan vrij voorspoedig en na de mobilisatie bleken haar rugklachten sterk te zijn, verbeterd, het symptoom van Lasègue was negatief geworden en de reflexen waren normaal. In de brief van de neuroloog wordt nog vermeld dat patiënte een neerslachtige indruk maakte, mogelijk ten gevolge van een minder geslaagd huwelijk.

Toen de rugklachten enige maanden later weer sterk verergerden heeft de neuroloog patiënte verwezen naar de academische neurochirurgische afdeling. Hier werd de myelografie herhaald, waarbij bleek dat er geen overtuigende afwijkingen waren te vinden. Fysiotherapie gaf geen verbetering van haar klachten, zodat tóch werd besloten tot een exploratieve ingreep. Tevoren werd patiënte echter nog onderzocht op de gynaecologische afdeling in verband met klachten over zeurende buikpijn, pijn bij de coïtus en dysmenorrhoea. Vaginaal en rectaal toucheren bleken extreem pijnlijk te zijn. Daarom werd patiënte in narcose onderzocht, terwijl tevens curettage en laparoscopie werden verricht. Bij dit alles werden geen afwijkingen gevonden. Wél werd bij catheterisatie 800 ml urine verkregen. Vanwege dit grote residu werd patiënte nog door de uroloog onderzocht. Deze kon de urineretentie niet bevestigen maar vond nu wel een hemorragische cystitis.

Nadat deze cystitis was genezen werd patiënte tenslotte door de neurochirurg geopereerd. Er werd een matige prolaps ter hoogte van L5-S1 verwijderd. Ter hoogte van L4-L5 en L3-L4 waren geen duidelijke afwijkingen te constateren. Patiënte werd met oefentherapie nabehandeld. Haar rugklachten waren na de operatie wel wat verminderd maar niet verdwenen; er was ook nog een sokvormige sensibiliteitsuitval tot halverwege de linker kuit. Bij de controle-bezoeken bleef zij steeds over rugpijn klagen. Aanvankelijk werd haar zwangerschap ont-raden, maar later, op haar wens, toege-

staan in de hoop dat de fixatie aan haar rugklachten hierdoor zou afnemen. Zij is daarop prompt zwanger geworden. Voor deze eerste graviditeit is zij onder controle van een verloskundige.

Toen haar rugklachten zo sterk verergerden dat zij haar huishouden niet meer aankon, is zij ingetrokken bij haar moeder en houdt daar vooral bedrust.

ONDERZOEK

Patiënte is veel te dik. Bij een lengte van 173 cm weegt zij meer dan 100 kg. Zij schrijft het begin van deze adipositas toe aan de pil, welke zij drie jaar geleden is gaan gebruiken. Daarom is zij na een half jaar hiermee gestopt. Desondanks is haar gewicht sindsdien nog sterk toegenomen, hoewel patiënte zegt weinig te eten. In het ziekenhuis is door de internist zonder succes uitvoerig gezocht naar een biochemische verklaring van haar adipositas. Alle bepalingen, ook die van diverse hormonen, waren echter geheel normaal.

Ik heb haar meermalen bezocht en ik geloof niet dat zij zich aan een dieet houdt, daar ik bij deze bezoeken merkte dat zij koffie met suiker en veel koffieroom drinkt, oliebolletjes en pakketjes eet. Bij het neurologisch onderzoek bleek er pijn en drukpijn op het os coccygis; aanvankelijk was er geen uitstraling van de pijn, later wel naar beide benen. Het symptoom van Lasègue was aanvankelijk beiderzijds positief bij 45°, later links bij 30° en rechts bij 20°. De bevindingen bij het sensibiliteitsonderzoek waren zeer wisselend en de aangegeven uitval klopte niet met het verloop van de zenuwstammen. De gevonden uitval kan zeker niet alleen op organische basis worden verklaard.

Ik voerde ook enige gesprekken samen met haar, haar echtgenoot en haar moeder. Daarbij bleek dat er vrij grote verschillen bestonden in levensgewoonten tussen de beide ouderlijke gezinnen. Zij stamde uit een gezin waarin men huishoudelijk, vredig en gezellig was, hij uit een gezin waarin altijd veel ruzie voorkwam en waarin de mannen gewend waren de avonden en weekends in een café door te brengen. Er zijn nogal eens conflicten tussen de echtgenoten geweest. Patiënte krijgt dan driftbuien die zich tegen haar man richten. Na een dergelijke ruzie

heeft patiënte zich onlangs uit kwaadheid met een scheermesje in de handrug gesneden. Zij zegt toch veel van haar man te houden. Deze schijnt zich niet erg veel aan te trekken van haar rugklachten.

Bij het voorzichtig doorvragen naar problemen, die mogelijk verband zouden kunnen houden met haar klachten, vertelde patiënte aarzelend dat zij nooit veel om de samenleving heeft gegeven en dat deze altijd erg pijnlijk was. De laatste maanden heeft geen coïtus meer plaatsgevonden. In het begin is hierover veel ruzie geweest, de laatste tijd heeft haar man deze situatie aanvaard. Deze maakte een wat onverschillige indruk en hield zich erg op de vlakte tijdens de gesprekken welke ik met hen had. Hij hoopte dat alles vanzelf weer zou overgaan. Ik heb niet goed hoogte kunnen krijgen van zijn rol in het geheel.

De moeder van patiënte maakt de indruk zeer overbezorgd te zijn voor haar dochter. Zij verzorgt haar zó goed dat patiënte geen enkele behoefte heeft naar haar flat terug te gaan. De moeder ziet het huwelijk van haar dochter bepaald niet zo ideaal als deze en haar man dat aan mij probeerden voor te stellen.

BELOOP

Nadat patiënte bij haar moeder was ingetrokken voelde zij zich echter al spoedig wat beter. Geleidelijk kwam zij meer uit bed en begon zij weer te denken over terugkeer naar haar eigen woning. Toen ik afscheid nam werd afgesproken dat zij de volgende week naar haar eigen flat zou vertrekken. Patiënte bleef wel angstig over haar rug en over de toekomst.

PROBLEEMSTELLING

Wij hebben hier te doen met een zeer adipeuze jonge vrouw met rugpijn na een operatie wegens een hernia nuclei pulposi. Haar klachten doen hysteriform aan. De mate, waarin organische oorzaken een rol spelen, is niet goed te bepalen nu zij zwanger is, laat staan dat deze nu te verhelpen zijn. Haar is wel aangeraden de fysiotherapie te hervatten. Verder wordt zij over enkele weken nog gecontroleerd door de afdeling neurochirurgie. Haar is ook voorgesteld gezinshulp

aan te vragen. Medicamenteus krijgt zij diazepam, gravitamon, vitamine B complex en ijzer. Het is wel waarschijnlijk dat patiënte tijdens het verdere beloop van de zwangerschap af en toe een hart onder de riem moet worden gestoken.

Aangezien patiënte en haar echtgenoot de problemen, die er in hun huwelijksleven zijn, niet kunnen of willen zien als mogelijke oorzaak van de rugklachten en ook niet bereid lijken hierop dieper in te gaan, lijkt de hulp van een maatschappelijk werker of een psycholoog nog niet op zijn plaats. De prognose blijft dus voorlopig somber. Mogelijk is een verder organisch onderzoek post partum noodzakelijk; pijnstilling is dan in elk geval beter uit te voeren.

BESPREKING

Huisarts-discussieleider: U hebt een duidelijk beeld geschetst van de ziektegeschiedenis van deze vrouw. Ik zou nog één ding graag willen weten: wat vindt u nu zelf van deze hele gang van zaken?

Co-assistent 1: Deze vrouw is door de rugpijn gehandicapt in haar zwangerschap en tegelijk is deze zwangerschap een handicap bij het verdere onderzoek. Er zijn waarschijnlijk psychogene componenten, maar ik kon daar niet bijkomen.

Co-assistent 2: Kan de rugpijn niet zijn begonnen door de enorme gewichtsvermeerdering door de pil?

Co-assistent 3: Is er geen sterke fixatie aan de rugklachten opgetreden door al die onderzoeken?

Co-assistent 4: Het viel mij op dat er door de behandeling mogelijk iatrogene afwijkingen ontstaan zijn zoals de meningitis, de cystitis en de beschadiging van de wervelkolom.

Huisarts-discussieleider: Ik heb het in de status, die hier niet volledig werd voorgedragen, eens nageteld: er zijn ten minste dertien therapeuten aan deze vrouw met rugpijn te pas gekomen. Ik zou willen zeggen dat dit een mooi voorbeeld is van hoe het niet moet. Deze vrouw had geen rugklachten toen zij zwaar buk- en tilwerk deed. Haar klachten zijn kort na haar huwelijk begonnen. Er was blijkbaar sprake van vaginisme en er waren duidelijk problemen in haar

huwelijksrelatie. Man en vrouw stamden uit sterk verschillende nesten. Haar adipositas lijkt mij eerder te moeten worden verklaard door een behoefte aan voedsel en snoepen ten gevolge van een onbevredigdheid dan door de (mini)pil, welke zij slechts kort gebruikte.

Het verdere uitvoerige en ook wel riskante onderzoek naar de oorzaak van haar klachten is begonnen met een verwijzing naar de gynaecoloog. Rugklachten hebben echter slechts zelden een gynaecologische oorzaak. Het ligt veel meer voor de hand aan te nemen dat deze in dit geval een uitdrukking vormden van haar huwelijks- en seksuele problemen. Nu is zij in het medisch-somatische kanaal terechtgekomen en van de een naar de ander gestuurd met rampzalige gevolgen. Als er al geen organische component in het begin was, dan is deze nu wel iatrogeen aangebracht.

Co-assistent 1: Misschien heeft deze patiënte zelf wel steeds op verdere verwijzing aangedrongen. Zij maakte op mij toch wel een hysteriforme indruk.

Huisarts-discussieleider: Het eerste wat u stelt is een suppositie. Men kan daar de veronderstelling tegenover stellen dat de artsen geneigd waren deze patiënte telkens naar een ander door te schuiven, omdat zij niet goed raad met haar wisten. Wat uw tweede veronderstelling betreft: het is heel goed mogelijk dat hier sprake is van een hysterische reactie op de intermenselijke problemen die er in elk geval waren. Patiënte heeft ook duidelijke signalen uitgezonden van deze moeilijkheden, getuige bijvoorbeeld haar vaginisme en de uitingen in de brieven van de specialisten. Het is jammer dat deze signalen van onmacht niet beter zijn verstaan en niet adequater zijn opgevangen.

Co-assistent 5: Ja, dat kunt u nu wel zeggen, maar wij hebben toch ook in onze opleiding niet geleerd hoe wij dat moeten doen? Hoe moet je zoiets dan aanpakken?

Co-assistent 6: Had deze patiënte ook niet een te gering intellect om het verband tussen haar huwelijksmoeilijkheden en haar rugklachten te kunnen begrijpen?

Huisarts-discussieleider: Ik verbaas mij er elke keer weer over dat u denkt dat

voor een psychotherapeutische benadering een zekere mate van intelligentie van de patiënt nodig is. Dat geldt wel voor een psycho-analyse, maar dat is een vorm van behandeling die zoveel tijd en geld kost dat hij in de praktijk slechts voor de „happy few” bereikbaar is. Telkens stuiten wij op het misverstand dat u denkt dat inzicht een *conditio sine qua non* is voor het bereiken van succes van psychotherapie. U schijnt dat in uw opleiding te leren. Laat ik u daarom duidelijk zeggen dat deze gedachte allerm minst juist is. Sterker nog, ik zou willen beweren dat inzicht op zichzelf therapeutisch niet werkzaam is. Het is ten hoogste een gevolg en is niet noodzakelijk voor succes van de therapie. Het gaat hier namelijk niet om rationele, maar om relationele problemen en wat deze tot problemen maakt zijn juist de emotionele facetten. Waar het in de therapie op aan komt is juist in te gaan op deze emotionele belevingen. Daarbij is de mate van intelligentie van de patiënt slechts van zeer ondergeschikt belang.

De aanpak en behandeling van relatiestoornissen, tot uiting komend in vaginisme – dat bij deze patiënte bij de pilcontrole in het begin reeds moet zijn opgevallen – is in principe zeer simpel. Wij hebben nu geen tijd hierop uitgebreid in te gaan. Ik kan u wat dit betreft het boekje van *Moors en anderen* zeer aanbevelen; de inhoud bevat veel meer dan de titel suggereert.

Het probleem van de patiënte, over wie wij vandaag spreken, is echter inmiddels lelijk gefixeerd geraakt. De behandeling daarvan zal nu zeker niet eenvoudig zijn. Wat zegt onze psycholoog hiervan?

Psycholoog: Het leggen van een verband tussen hun rugpijn en relatiestoornissen is voor de meeste patiënten (ook intelligente) uiterst moeilijk tot onmogelijk. Als zij daartoe wel in staat waren zouden zij de pijnlijke weg van lichamelijke klachten niet nodig hebben.

Het lijkt aan te bevelen hier een LM-bureau in te schakelen. Dat zal inderdaad niet gemakkelijk zijn omdat het echtpaar hiervoor niet gemotiveerd lijkt. Ik weet toevallig dat aan het LM-bureau in de woonplaats van patiënte een goed getrainde gezinstherapeut is verbonden. Deze zou niet expliciet behoeven uit te

gaan van de relaties, maar zou de rugpijn kunnen aangrijpen als porte d'entree. Uitgaande van deze rugpijn zou hij een paradoxale therapie kunnen toepassen zoals beschreven door *Van de Ven*.

Huisarts-discussieleider: Laten wij hopen dat dit mogelijk zal zijn. Het is jammer dat de huisarts-gastheer door vakantie verhinderd is hier vanmiddag aanwezig te zijn. Wij zullen deze mogelijkheid aan hem voorstellen. Overigens

hebben wij vanmiddag in elk geval van deze casus kunnen leren hoe gevaarlijk het kan zijn patiënten met psychosociale problemen naar somatische specialisten te verwijzen. Men weet dan wel waaraan men begint, maar niet hoe het zal eindigen. Er is dan voortdurende waakzaamheid nodig dat goed bedoelde maatregelen niet over hun doel heenschieten. Eenzijdige aandacht voor de somatische aspecten kan tot grote schade leiden. Dit

legt een grote en soms moeilijk te effectueren verantwoordelijkheid tot intensieve begeleiding op aan de huisarts, die een dergelijke verwijzing initieert.

Moors, J. A. en anderen. Geboortenregeling in de praktijk. Excerpta Medica, Agon Elsevier, Amsterdam, 1974.

Ven, P. van de. Vriend als vijand; naar een paradoxale therapie. H. Nelissen, Bloemendaal, 1975.

De achterban als discipline buiten de muren (II)

DOOR EMMY CREBOLDER - VAN DER VELDE

In dit tijdschrift – (1974) huisarts en wetenschap 17, 344 – heb ik de ervaring besproken van de vrouwen van huisartsen, die hun in hun particuliere woning uitgeoefende drukke solopraktijken bijeenbrachten in het gezondheidscentrum Withuis. Deze vrouwen van de huisartsen waren, bij de ontwikkeling van die overgang nauw betrokken. Zij steunden het experiment en hun actieve belangstelling voor het proces van de groepsvorming werd in daarop gerichte samenkomsten met een agoog als essentieel ervaren. De actieve belangstelling van de vrouwen was er mede op gericht te voorkomen dat zij, zouden de solopraktijken eenmaal in het Withuis zijn samengebracht, niet in een vacuüm zouden belanden; dit zou kunnen worden afgewend indien er voor haar „ruimte” zou zijn in het Withuis en zij op enigerlei wijze bij de gezamenlijke praktijkvoering betrokken zouden blijven. Die mogelijkheid werd na de feitelijke totstandkoming van het gezondheidscentrum gevonden in de deelneming van de huisarts-vrouwen aan de maandelijks gesprekken met de agoog en de wekelijkse bijeenkomsten van het gehele team, waarop het reilen en zeilen in het Withuis werd besproken.

Toch zijn na enkele maanden bij de huisarts-vrouwen gevoelens opgekomen en wel dat er iets of iemand van hen was afgenomen. Deze gevoelens werden vooral gesterkt toen pas later tot het Withuis toegetreten teamleden kanttekeningen plaatsten bij de aanwezigheid

van deze huisarts-vrouwen in het gezondheidscentrum. Dit enerzijds. Anderzijds werd de vraag opgeworpen waarom alleen de huisarts-vrouwen op bepaalde punten in het groepsgebeuren participeerden en niet ook geïnteresseerde partners van sommige teamleden; met andere woorden of de uitzonderingspositie van de huisarts-vrouwen niet zou moeten worden doorbroken.

Een voor de hand liggende conventionele oplossing van deze perikelen zou kunnen zijn de achterban van de individuele functionarissen, die de feitelijke vorming van het Withuis hadden bewerkstelligd, te elimineren. Die oplossing zou echter zijn ingedruist tegen het belang, dat de huisarts-vrouwen aan hun aanwezigheid in het Withuis meenden te mogen toekennen, welk belang onder meer inhield voorkoming van vervreemding tussen de sfeer van het werkkterrein van de huisartsen en die van hun privéleven. Daarom zagen de huisarts-vrouwen het als een uitdaging zelf wegen te vinden om uit de impasse te geraken.

Bij een der gesprekken dienaangaande verbaasde een socioloog, die in deze samenkomst de agoog verving, zich over de aanwezigheid van de huisarts-vrouw. Hij kende dit fenomeen niet en verwonderde zich er over dat niet ook de achterban van andere disciplines bij het Withuis-gebeuren werd betrokken. Maar bovendien was hij van mening dat de huisarts-vrouwen als verdedigsters en versterksters van de toch al dominante

positie van de huisartsen in het gezondheidscentrum optraden.

In daarop weer met de agoog volgende gesprekken hebben deze opmerkingen van de socioloog verder richting gegeven aan de discussie. Wilden de huisarts-vrouwen hun uitzonderingspositie prijsgeven en een gelijke plaats toekennen aan de achterban van andere disciplines? Beantwoording van deze zeer direct gestelde vraag heeft weer tot moeizaam en breed overleg – ook met de huisartsen – geleid, want emotionele benadering van een daarop te geven antwoord deed zich daarbij soms gelden. Heel tenslotte werd besloten dat „alle geïnteresseerde achterban” welkom zou zijn, hetgeen tevens inhield dat de huisarts zijn plaats als belangrijkste functionaris-zonder-meer in het team ter discussie stelde; dit laatste nam de scherpe kanten weg tussen de ongelijkheid van de teamleden.

Volgend probleem was hoe nu tot multidisciplinaire samenwerking te komen. Als praktische oplossing werd het volgende model genomen: tijdens de bijeenkomsten met de agoog zouden de teamleden in een gesloten kring bijeen zitten – in een „viskom” – en de achterban groepeerde zich daar omheen. De achterban observeerde de wijze, waarop de teamleden communiceerden zonder zich in hun discussie te mengen. Wel werd de achterban in de gelegenheid gesteld naar voren te brengen wat haar in deze discussie tussen de teamleden was opgevallen, bijvoorbeeld hoe de sfeer