

De eerste visite

Het onderzoek van de pasgeborene

MARJOLIJN HUGENHOLTZ

Hugenoltz M. De eerste visite. Het onderzoek van de pasgeborene. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 541-4.

Samenvatting Door middel van een retrospectief dossieronderzoek in één huisartspraktijk werd onderzocht welke afwijkingen de huisarts had gevonden bij het routine post-partum onderzoek van pasgeborenen. Tevens werd de algehele perinatale morbiditeit onderzocht. De onderzoeksgroep bestond uit 333 pasgeborenen. Ongeveer de helft van de kinderen was door de huisarts onderzocht. Bij 16 zuigelingen vond de huisarts een afwijking. Van de 158 kinderen die door de kinderarts waren onderzocht, had de helft geen afwijkingen. De huisarts bleek bij het post-partum onderzoek vrijwel geen belangrijke afwijkingen te hebben gevonden; alle kinderen met ernstige aandoeningen waren via verloskundige of gynaecoloog, of – in een later stadium – via de huisarts bij de kinderarts terechtgekomen. Het nut van het routine post-partum onderzoek van de pasgeborene door de huisarts kon door dit onderzoek niet worden aangetoond.

Marjolijn Hugenoltz, huisarts,
Wijkgezondheidscentrum Bovenmaat,
Wadden 34, 1274 GK Huizen.

Inleiding

Parallel aan het afnemen van de verloskundige taak van de huisarts, lijkt ook zijn rol bij de zorg voor de pasgeborene steeds kleiner te worden. Huisartsen die geen bevallingen doen, worden zelden met acute neonatale problematiek geconfronteerd. Wel bezoeken veel huisartsen de kraamvrouw voor een felicitatie, waarbij dan ook vaak de nieuwe zuigeling wordt nagekeken.

In het ‘Takenpakket voor de huisarts’ wordt een routine-onderzoek van iedere zuigeling op de tweede tot vijfde dag post partum als taak genoemd.¹ In de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed wordt onderzoek van iedere pasgeborene volgens het Bunnik-III-protocol aanbevolen.² Publikaties over dit protocol maken echter niet duidelijk wat voor afwijkingen men met dit onderzoek denkt te vinden.^{3,4} Dit lijkt in tegenspraak met het beleid in veel standaarden om alleen onderzoek te doen als dit een duidelijk doel dient; het gaat hier immers om een uitvoerig lichaamelijk onderzoek, dat wordt toegevoegd aan de gewone controles door de verloskundige of verloskunde bedrijvende huisarts. In de wetenschappelijke verantwoording van de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed wordt het nut van dit onderzoek overigens betwifeld.⁵

Voor mijzelf, een huisarts in een kinderlijke praktijk zonder verloskunde, zijn post-partum visites meestal leuk om te doen. Conform de afspraken tussen de plaatselijke huisartsen en verloskundigen leg ik bij iedere kraamvrouw rond de vijfde dag post partum een visite af en onderzoek ik de pasgeborene, voor zover dit niet reeds door de kinderarts is gedaan. Ik heb in de loop der jaren echter de indruk gekregen dat dit onderzoek zelden of nooit relevante afwijkingen oplevert die niet al eerder door ouders of verloskundige waren gesignalerd. Daarnaast merkte ik dat relatief veel kinderen rechtstreeks bij de kinderarts terechtkwamen voor een post-partum onderzoek.

Dat waren beweegredenen om de dossiers van alle kinderen die in mijn praktijk geboren waren, te lichten om na te gaan

wat het nut is van het routinematisch onderzoeken van iedere pasgeborene door de huisarts. Daarnaast wilde ik inzicht krijgen in de neonatale morbiditeit die zich kan voordoen in de huisartspraktijk, en de mate waarin de huisarts daarbij wordt betrokken. Hieruit vloeiden de volgende vraagstellingen voort:

- Welke afwijkingen worden door de huisarts bij pasgeborenen gevonden bij het routine post-partum onderzoek?
- Hoeveel zuigelingen worden na de bevalling meteen door de kinderarts onderzocht? Wat zijn de indicaties voor dit onderzoek en wat zijn de uitkomsten?
- Welke aangeboren afwijkingen worden bij het post-partum onderzoek niet gevonden, maar komen later aan het licht?

Methode

Het onderzoek vond plaats in de praktijk van de auteur. Deze praktijk bestaat uit ongeveer 1500 patiënten en is gevestigd in een gezondheidscentrum in een nieuwbouwwijk in Huizen. Er is een samenwerkingsovereenkomst tussen het wijkgezondheidscentrum en de plaatselijke verloskundigen. De verloskundigen hebben op hun beurt afspraken met de gynaecologen en kinderartsen van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Voor het onderzoek werden de dossiers geraadpleegd van alle kinderen die waren geboren in de eerste tien jaar van mijn praktijkuitoefening (01-02-1983 t/m 31-01-1993) en op 1 februari 1994 nog als patiënt waren ingeschreven. Tevens werd in het archief van overleden patiënten gezocht naar kinderen die in de onderzoeksperiode waren geboren en inmiddels waren overleden. De kaartenbak van verhuisde patiënten werd geraadpleegd voor een telling van het aantal vertrokken kinderen.

Alleen de kinderen van wie de ouders ten tijde van de bevalling al in de praktijk van de onderzoeker waren ingeschreven, werden in het onderzoek betrokken. Van deze kinderen werden, naast hun persoonsgegevens, de volgende gegevens verzameld:

- plaats van de partus en soort partus;

- arts die het post-partum onderzoek had verricht (huisarts of kinderarts);
- rangorde van het kind in het gezin;
- uitkomst van het post-partum onderzoek;
- congenitale aandoeningen die na het post-partum onderzoek tijdens het eerste levensjaar aan het licht waren gekomen of na een jaar nog aanwezig waren;
- indicaties voor het inschakelen van de kinderarts voor het post-partum onderzoek.

Deze gegevens werden ontleend uit de patiëntkaarten, de partusverslagen van de verloskundigen en brieven van kinderartsen en gynaecologen. In enkele gevallen werd ook het geheugen van de auteur geraadpleegd.

Resultaten

De praktijk telde 326 kinderen die tijdens de onderzoeksperiode waren geboren. Daarnaast waren er zeven kinderen overleden. Ongeveer 100 kinderen waren in de praktijk geboren, maar waren inmiddels vertrokken.

De onderzoeks groep bestond voor 52 procent uit jongetjes. Van de totale groep was 41 procent eerste kind, 41 procent tweede kind en 18 procent derde tot en met tiende kind van het gezin. Van de pasgeborenen was 31 procent thuis geboren en 44 procent poliklinisch met een medische indicatie (*tabel 1*). De huisarts had 46 procent van de pasgeborenen onderzocht, de kinderarts 47 procent; bij 7 procent was de onderzoeker onbekend.

Van de 153 zuigelingen die door de huisarts waren onderzocht, hadden er 16 een afwijking (*tabel 2*); voor het merendeel ging het om weinig urgente problematiek en na een jaar follow-up bleek nog maar bij één van deze kinderen een afwijking te bestaan, een klein ventrikel-septum defect.

De kinderarts onderzocht 158 zuigelingen. Hiervan had ongeveer de helft geen afwijkingen (*tabel 3*). Ruim de helft van de gevonden afwijkingen bestond uit perinatale morbiditeit, zoals prematuriteit en asfyxie. De indicaties voor een rechtsreeks verwijzing van de pasgeborene

Doodsoorzaak overleden kinderen

- Prematuur en dysmatuur meisje, waarbij microcefalie en een bloeding in de achterste schedelgroeve werden geconstateerd. Ze bleek later ook spastisch en achter in ontwikkeling. In de zesde levensmaand dood in wiegie gevonden.
- Meisje met transpositie van de grote vaten. Twaalf dagen post-partum tijdens operatie overleden.
- Meisje met trisomie 18 en een congenitale hartafwijking. Abstinerend beleid. Twee maanden na geboorte in ziekenhuis overleden.
- Meisje met transpositie van de grote vaten en ventrikel-septum defect. Tien dagen post partum tijdens operatie overleden.
- Prematuur jongetje van 34 weken met goede start. Veertien uur post partum overleden aan een foudroyant verlopende streptokokkensepsis.
- Prematuur (30 weken) en dysmatuur jongetje met *respiratory distress-syndroom*. Drie dagen post partum overleden aan een longbloeding.
- Diep asfyctisch geboren jongetje na normale partus. Twee uur later overleden. PA: beeld van een intra-uteriene infectie.

naar de kinderarts door verloskundige of gynaecoloog bleken zeer divers (*tabel 4*). Het ging voornamelijk om drie categorieën indicaties: de aard van de partus, de toestand van de pasgeborene en de voorgeschiedenis van de moeder of andere familieleden. Alle ernstige afwijkingen werden gevonden bij zuigelingen die vanwege hun klinische beeld waren verwezen. Van de kinderen die wegens een forceps-, vacuum- of stuitbevalling of meconiumhoudend vruchtwater waren verwezen, had 80 procent geen afwijkingen. De afwijkingen die wel in deze groep werden gevonden, waren: icterus neonatorum, vacuumcup-hematoom, facialisparesis, grote schedel, niet ingedaalde testikel en dysmorse kenmerken.

Zeven zuigelingen waren voor hun eerste levensjaar overleden (*kader*). Bij 19 kinderen waren er op de eerste verjaardag nog aangeboren afwijkingen (*tabel 5*).

Er waren zeven zuigelingen bij wie post partum geen afwijkingen waren geconstateerd, maar later toch een congenitale aandoening bleken te hebben (*tabel 6*). Van de 30 kinderen bij wie de uitkomst van het post-partum onderzoek niet bekend was, had er één uiteindelijk een aangeboren afwijking (anusstenose).

Beschouwing

Zoals was verwacht, bleek de huisarts bij het post-partum onderzoek van de zuige-

lingen maar een klein aantal afwijkingen te hebben gevonden. De meest frequent gevonden aandoening was een niet-ingedaalde testikel. Op deze aandoening werden alle jongetjes echter ook routinemati g gecontroleerd door de verloskundige. Er werd één klein ventrikel-septum defect gevonden, zonder hemodynamische consequenties. Deze vondst was op zichzelf wel relevant, maar had zonder problemen een maand later kunnen plaatsvinden. De gevonden heupafwijking en de cyanose om de mond waren bij een volgende controle weer verdwenen. Alle overige afwijkingen waren ook al door ouders of verloskundige gesigneerd.

Opvallend was het grote aantal zuigelingen (27 procent van de gehele onderzoeks groep), dat door de kinderarts was onderzocht, maar geen afwijkingen had. Deze kinderen bleken voor het merendeel te zijn verwezen, omdat indicaties als meconiumhoudend vruchtwater, stuitbevalling en kunstverlossing in een verwijsp roto col van de kinderartsen van het plaatse lijk ziekenhuis waren opgenomen. Ook *Van den Bosch* vond in zijn onderzoek naar verwijscijfers van kinderen, dat een relatief grote groep gezonde pasgeborenen (18 procent van de diagnosecode geboorte) naar de kinderarts was verwezen.⁶

Van de zuigelingen die uitsluitend wegens forceps-, vacuum- of stuitbevalling of wegens meconiumhoudend vruchtwater waren verwezen, had 80 procent geen

Tabel 1 Locatie bevalling. Percentages (n=333)

Thuis	31
Policlinisch zonder indicatie	7
Policlinisch met indicatie	44
Klinisch, sectio	9
Klinisch, overig	7
Onbekend	2

Tabel 2 Uitkomsten onderzoek huisarts. Aantallen

Icterus neonatorum	1
Cefaal hematoom	1
Spruw	2
Souffle hart	1
Cyanose rond mond	1
Abductiebeperking heupen beiderzijds	1
Afwijkende stand voeten	3
Plexus-brachialis-laesie	1
Niet ingedaalde testikel(s)	5
Onbekend	4
Geen afwijkingen	133
Totaal	153

Tabel 3 Uitkomst onderzoek kinderarts. Aantallen*

Prematuur	17
Dysmatuur	5
Asfyxie	13
Icterus neonatorum	5
Diverse infecties	4
Congenitale afwijkingen†	14
Overige	13
Onbekend	4
Geen afwijkingen	83
Totaal	158

* Bij twee of meer diagnoses is alleen de belangrijkste van de in eerste aanvang gestelde diagnoses vermeld.

† Congenitale afwijkingen in de ICPC-hoofdstukken A, D, K, L, N, R, S, X en Y.

Tabel 4 De indicaties voor de 158 verwijzingen naar de kinderarts en het percentage gevonden afwijkingen per indicatie*

Indicaties	N	Percentages afwijkingen
Sectio	30	40
Forceps	20	25
Vacuum	12	33
Stuit	9	0
Meconiumhoudend vruchtwater	9	11
Familie-anamnese; op verzoek	12	17
Asfyxie; slechte start	17	82
Prematuur; dysmatuur	23	91
Uitwendige afwijkingen	12	83
Overige	10	30
Onbekend	4	

* Per kind is alleen de meest zwaarwegende indicatie opgenomen.

Tabel 5 Congenitale afwijkingen aanwezig na één jaar. Aantallen (n=19)

Oesofagus-atresie (geopereerd), urethra-atresie	1
Hernia diafragmatica	1
Atrium-septumdefect	1
Ventrikel-septumdefect	2
Transpositie van de grote vaten (geopereerd)	1
Syn/polydactylie	1
Dysmorphe kenmerken	2
Plexus-brachialis-laesie	2
Spina bifida	1
Spastische tetraparese	1
Ontwikkelingsachterstand	2
Congenitaal lymfoedeem	1
Afwijkende vrouwelijke genitalia	1
Glandulaire hypospadie	1
Niet-ingedaalde testikel	1

Tabel 6 Congenitale aandoeningen, in het eerste levensjaar ontdekt bij zuigelingen die post partum geen afwijkingen hadden. Aantallen

Diagnose	Post-partum onderzoek door	
	kinderarts	huisarts
Pylorus-hypertrofie	1	1
Glandulaire hypospadie	—	1
Heupdysplasie	1	2
Transpositie van de grote vaten	—	1

afwijkingen. De afwijkingen die wel werden gevonden bij deze groep, waren geen van alle van dien aard dat daarvoor direct na de geboorte kindergeneeskundige hulp noodzakelijk was. Het ging hier om aandoeningen die of spontaan genezen of tijdens routinecontroles in het kraambed of op het consultatiebureau aandacht krijgen. Er lijkt dus reden voor twijfel aan het nut van het routinematig nakijken door de kinderarts van bepaalde categorieën pasgeborenen bij wie door de verloskundige geen bijzonderheden zijn gevonden. Nader onderzoek bij grotere aantallen pasgeborenen lijkt hier op zijn plaats.

Bij zeven zuigelingen die in eerste instantie gezond waren verklaard, werd later alsnog een congenitale aandoening gevonden: tweemaal een pylorus-hypertrofie – een aandoening die nooit direct post partum wordt ontdekt –, driemaal een heupdysplasie en één maal een lichte hypospadië. Eén ernstige congenitale hartafwijking (transpositie van de grote vaten) had ik bij het post-partum-onderzoek niet ontdekt; deze afwijking kwam pas enige dagen later aan het licht, toen de zuigeling toenemend cyanotisch werd en slechter begon te drinken. Alle andere ernstige aandoeningen kwamen rechtstreeks bij de kinderarts terecht. Kennelijk waren de verloskundigen, die het merendeel der bevallingen hadden geleid, zeer goed in staat om de toestand van de pasgeborene zelf in te schatten.

Een interessante nevenbevinding is de grote diversiteit aan ernstige pathologie bij zuigelingen waarmee een huisarts te maken kan krijgen. In werkelijkheid is het aantal congenitale aandoeningen bij kinderen in mijn praktijk nog groter; de onderzoeks groep bestond immers alleen uit de kinderen die in mijn praktijk geboren waren. Het gaat om heel zeldzame aandoeningen, waarbij de huisarts dikwijls een begeleidende functie zal gaan vervullen. En zo kan de post-partum visite soms ook een minder opgewekt karakter hebben, als de zuigeling is overleden, of nog in het ziekenhuis ligt.

Aangezien het hier om een onderzoek in één praktijk gaat en de resultaten voor een

deel door allerlei plaatselijke factoren zijn beïnvloed, kunnen de gevonden aantallen niet gegeneraliseerd worden. Dit geldt met name voor de verwijspartages en verwijssindicaties. Vergelijken we de twee meest frequent gestelde diagnosen uit dit onderzoek met cijfers uit de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie,⁷ dan lijkt er een zekere mate van overeenstemming te zijn. In dit onderzoek werden 66 pre- of dysmaturen per 1000 geboorten gevonden versus 70 in de CMR. De diagnose asfyxie werd in dit onderzoek bij 39 van de 1000 geboorten gesteld en in de CMR bij 17 van de 1000 geboorten.

Bij 7 procent van de zuigelingen was niet bekend wie het kind had onderzocht. In alle gevallen was echter geen verwijssindicatie op het verloskundig formulier vermeld; het merendeel zal dus door de huisarts zijn onderzocht, zonder dat de onderzoeksresultaten genoteerd zijn. Bij de follow-up van deze groep bleek één kind later een congenitale afwijking te hebben.

Doordat ongeveer een kwart van alle in mijn praktijk geboren zuigelingen ten tijde van het onderzoek alweer was vertrokken, wordt hier geen volledig beeld geschetsd van alle post-partum uitkomsten. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen dat het hier om een geselecteerde groep gaat.

De onderzoeksresultaten onderschrijven de hypothese, dat bij het post-partum onderzoek door de huisarts geen afwijkingen worden gevonden die op een andere wijze niet ook bijtijds aan het licht zouden komen. Het lijkt gerechtvaardigd dat huisartsen die zelf geen bevallingen doen, het routine post-partum onderzoek van de pasgeborene achterwege laten. Zoals *Meijman* in 1988 al veronderstelde,⁸ zal in praktijken waarin het afleggen van visites een zeer tijdrovende bezigheid is, de opbrengst aan afwijkingen niet opwegen tegen de inspanningen.

De waarde die het kraambezoek door de huisarts om andere, vooral psychosociale redenen kan hebben, valt buiten het bestek van dit onderzoek. De post-partum visite wordt door ouders ook geregeld gebruikt voor het stellen van vragen over de baby

of om kleine bijzonderheden te laten zien. Hoe vaak dat in deze onderzoeks groep is voorgekomen, valt niet te achterhalen. Al met al zijn er voldoende redenen om het kraambezoek te blijven afleggen. Het post-partum onderzoek van de zuigeling moet echter niet gehandhaafd worden alleen omdat de ouders het op prijs stellen. Er kleven risico's aan het doen van routine-onderzoeken in de wetenschap dat er zelden of nooit afwijkingen worden gevonden. Dit kan gevolgen hebben voor de zorgvuldigheid van het onderzoek en leiden tot schijnzekerheid in de omgeving van de pasgeborene. Beter lijkt het om alleen bij klachten of problemen over te gaan tot een gericht onderzoek van de zuigeling.

Dankbetuiging

Met dank aan Dick van Putten voor zijn hulp bij de verwerking van de gegevens.

Literatuur

- 1 Commissie Takenpakket LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- 2 Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed. Huisarts Wet 1993; 36: 182-91.
- 3 Gill K, De Boer-Fleischer A. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? Huisarts Wet 1983; 26: 386-7.
- 4 De Boer-Fleischer A, Schellekens JWG. Hoe kijkt de huisarts naar de pasgeborene? II. Huisarts Wet 1984; 27: 91-3.
- 5 Oldenziel JH, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. Wetenschappelijke verantwoording NHG-standaard 'Zwangerschap en kraambed'. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 6 Van den Bosch WJHM, Bor H, Van Weel C. Verwijzen van kinderen in vier huisartspraktijken. Huisarts Wet 1992; 35: 267-71.
- 7 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 8 Meijman FJ. Huisarts en zwangeren. Huisarts Wet 1988; 31: 95-9.

De zoon, de moeder en de zetpil

Wekenlang had Chris aangehikt tegen de uitvoering van zijn laatste besluit. Hij was op, uitgeteerd door Aids. Doorleven hoefted van hem niet meer. De wilsverklaring lag klaar en hij voelde, hij wist, dat het moment gekomen was.

Maar sinds zijn moeder uit Indonesië was overgekomen, was de twijfel teruggekeerd. Met zijn moeder naast zich kon hij niet anders dan zich laten wiegen in haar toewijding en hun beider herinneringen. En toen hij haar na lang aarzelen durfde vertellen dat hij het heft in eigen hand wilde nemen, stuitte hij op een liefdevol veto. Chris' toch al smal geworden schouders bogen onder het schuldbesef. Hij mocht zijn moeder niet nog meer verdriet doen.

Moeder week bijna niet van zijn zijde, maar als zij even naar de WC moest, bespraken wij als samenzweerders de mogelijkheden om stiekem te sterren. De echte strategie beraamden wij – de dokter, de vriend, de broer, de anderen – achter de keukendeur. Er werd veel gepraat, eerst met haar alleen, later ook met Chris. Geleidelijk gingen beiden inzien dat schuldgevoel en afhankelijkheid het onvermijdelijke afscheid zouden blijven bemoeilijken, totaal zijn dood en zelfs erna. Hun gesprekken veranderden: ze gingen niet langer over herinneringen maar over wat zij nu van elkaar nodig hadden. Ze begreep dat Chris zijn besluit alleen kon nemen als zij hem steunde, en hij kreeg haar steun door duidelijk te maken dat schuldgevoel en niet liefde hem verhinderde zijn besluit te nemen. Zij werden het eens.

Daarna spraken wij over de manier waarop hij zijn leven zou voltooien. Zijn moeder zou erbij zijn, en daarom wilde hij geen drankje; zij zou het leegdrinken van de gifbeker immers beschouwen als zelfmoord, en dat was niet verenigbaar met haar religie, dacht hij. Maar hij wou het ook niet helemaal aan mij overlaten, dus een injectie kon evenmin. We werden het eens

over een zetpil met barbituraten en opoïden, die hij zichzelf kon toedienen. Het was hem en zijn vriend duidelijk dat een injectie alsnog nodig zou kunnen zijn, ook al vonden ze dat een onaangename boodschap.

Twee dagen later was het zo ver. Het was een sombere, stormachtige avond. Terwijl ik naar zijn huis fietste, bedacht ik dat het onder deze omstandigheden misschien iets minder moeilijk was om afscheid te nemen. Er heerde een serene, intieme sfeer in de kleine woning. Chris lag op bed, met naast zich zijn moeder en zijn vriend, en om zich heen familie en vrienden. Zonder aarzelend zei hij dat hij van iedereen afscheid had genomen, en dat hij hoopte dat het middel direct zou werken. Toen ik hem opnieuw moest zeggen dat de zetpil mogelijk niet afdoende zou zijn, voelde ik mij schromelijk te kort schieten.

Terwijl zijn moeder zich even afwendde, bracht Chris de zetpil in. Hij nam afscheid en zakte langzaam weg. In de kamer heerde stilte, waardoor je de storm buiten goed kon horen. Zijn ademhaling werd zwak, maar bleef ook na anderhalf uur duidelijk en regelmatig. Ik voelde de blikken van zijn moeder en zijn vriend en het zweert brak me uit. Dit was niet de eerste keer dat een drankje of zetpil niet afdoende bleek, maar het was zelden zo ongelukkig uitgekomen.

Toen Chris' vriend vroeg hoe lang het nog kon duren, besloot ik in te grijpen. Maar toen ik zei dat ik Chris een sputje zou geven, zag ik hoe zijn vriend aarzelde: hij kon noch het wachten, noch het idee van een injectie verdragen. Chris' moeder gaf de doorslag. Op rustige toon zei ze dat het toch niet Chris' bedoeling was geweest om zo lang over het doodgaan te doen, en dat ik hem dan maar een handje moest helpen. Zijn vriend knikte en ging even de kamer uit. Chris stierf kort daarna.

Toen ik enkele uren later afscheid nam, zei zijn moeder dat ze vrede had met hoe het was gegaan. Chris' vriend was opgelucht en

dankbaar dat zijn lijden voorbij was, maar bij de deur moest hij toch even kwijt dat hij het heel erg had gevonden dat die injectie nodig was geweest.

Ik kon niet anders dan hem hartgrondig gelijk geven.

Lode Wigersma