

MEDEDELINGEN VAN DE REDACTIE

JAARBOEK 1965 UITVERKOCHT

Konden wij in het nummer van 22 oktober jl. berichten, dat het *Jaarboek 1965* bijna uitverkocht was, thans delen wij mede, dat de voorraad geheel uitgeput is. Wij hebben opdracht gegeven, van het eerstvolgende *Jaarboek* een groter aantal exemplaren te laten vervaardigen.

Amsterdam, 1 november 1966

REDACTIE

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

BLINDE KINDEREN HEBBEN TOEKOMST, MITS . . .

Het is onze gewoonte om bij het eerste contact met de ouders van een blind kind, te vragen: hoe komt U aan ons adres? Het antwoord is vaak, dat men van de oogarts hoorde omtrent de mogelijkheden, die het blindenonderwijs biedt. Even vaak blijkt echter dat deze informatie niet door de arts was gegeven, doch na lang zoeken was verkregen via een kennis, die „wel eens gehoord had, dat er inrichtingen waren voor blinde kinderen”.

De laatste groep komt dan ook veelal te laat zijn kind aanmelden. Gedurende het schooljaar 1965/1966 werden 12 leerlingen aangemeld ouder dan 12 jaar. De helft van hen had eigenlijk reeds eerder blindenonderwijs moeten volgen. Uit onwetendheid kwam men nu, doch eigenlijk te laat. Een vader meldde telefonisch zijn zesjarig zoonje aan, blind vanaf de geboorte. Hij had niet geweten, dat blindeninstituten hem hulp bij de opvoeding van dit kind hadden kunnen geven.

Toch wordt vanuit de blindeninstituten reeds veel aan voorlichting gedaan. Advertenties staan regelmatig in dit *Tijdschrift*, voorlichtende folders worden, zowel door het Koninklijk Blindeninstituut als door de Nederlandse Vereniging ter Voorkoming van Blindheid aan alle oogartsen gezonden. Lessen omtrent blindheid worden aan veel opleidingen van wijkverpleegsters door schrijver dezes gegeven. Deze voorlichting vanuit de instituten is van groot belang. Ouders van blinde kinderen staan namelijk hulpeloos én in verwarring tegenover hun opvoedende taak. Hulpeloos, omdat zij hier niet kunnen steunen op de „ervaringsnotie” (LANGEVELD), dus de ervaring van het zelf opgevoed zijn. In verwarring, omdat zij van burens en familie, niet gehinderd door kundigheid ter zake, tegenstrijdige adviezen ontvangen. Bovendien loopt het jonge blinde kind alle kans een abnormale opvoeding te krijgen. De opvoedingsrelatie wordt verstoord door afweerreacties der ouders op hun schuldgevoel ten aanzien van het blindzijn van hun kind. Dit schuldgevoel wordt soms versterkt door huisbezoek van theologiserende ouderlingen en door meningen van buurtbewoners omtrent de relatie tussen venerische ziekten en blindheid.

De afweerreacties op het latente of manifeste schuldgevoel variëren van het ontkennen van het bestaan van het kind (extreme verwaarlozing) of het ontkennen van de blindheid (men eist a.h.w. een normaal zien van het kind) tot een extreme verhewning („Jan lust alleen chocola!”). Spanningen in de huwelijksrelatie ontstaan bij partners die de oorzaak van de blindheid openlijk of bedekt bij de ander veronderstellen. In al deze gevallen is het vroegtijdig contact met een blindeninstituut noodzakelijk. Hoe eerder een maatschappelijk werker of hometeacher van het Instituut met

het gezin in aanraking komt, des te groter de kans, dat het blinde kind een normale opvoeding zal krijgen. De maatschappelijk werker van het blindeninstituut zal vanuit zijn ervaring de afweerreacties herkennen en trachten te normaliseren. Hij geeft de ouders hun natuurlijk zelfvertrouwen in hun opvoedende taak terug, en hij is de vraagbaak voor alle andere opvoedingsmoeilijkheden in deze bijzondere situatie.

Hij tracht een gewone kleuterschool te vinden en nodigt de kleuterjuffrouw uit tot hospiteren aan het blindeninstituut, zodat de blinde kleuter die schooltijd vanuit het eigen gezin kan doorbrengen in een gewone kleuterschool. Op den duur worden de ouders vertrouwd gemaakt met het begrip blindeninstituut, zij komen er kijken, en aan het einde van de kleuterschooltijd gaat het kind over naar het Instituut. Eventueel zijn de ouders door onze bemiddeling gaan verhuizen, zodat ook dan het kind vanuit huis blindenonderwijs kan volgen.

Bij een te late verwijzing ontbreekt al deze hulp, met alle kans op een ongunstige ontwikkeling van het blinde kind. Waar een kind ten onrechte nog langer van passend onderwijs verstoken blijft, wordt deze situatie geprolongerd. Komt het kind ten langen leste wel bij een blindeninstituut terecht, dan moet het op een niet meer passende leeftijd vrijwel opnieuw beginnen met de leerstof, nl. het leren van braille-lezen en -schrijven, en het daaraan voorafgaande leren tactiel en auditief adequaat waar te nemen en zich te oriënteren.

Op de school van het Koninklijk Blindeninstituut is het leerprogramma gelijk aan dat van een gewone school, met dit verschil, dat geschreven en gelezen wordt via het braille-systeem. Na 6 à 7 jaar is de lagere-schoolopleiding voltooid, en kan men kiezen tussen de eigen Mulo-opleiding (Mulo-A met wiskunde of Mulo-A met handelsvakken), de eigen lagere technische school (opleiding tot metaalbewerker) of de telefoonklas. Aan het eind van de cursus doen de leerlingen de normale examens en zij ontvangen dan de officiële diploma's. Enkele leerlingen met voldoende intelligentie gaan na de Mulo naar de hoogste klassen van h.b.s. of gymnasium en kunnen daarna universitair onderwijs volgen. Reeds meer dan tien jaar volgden onze leerlingen hoger onderwijs. Tijdens het verblijf op het instituut leren zij behalve schoolvakken ook „stokwandelen”, waardoor zij zich zelfstandig kunnen verplaatsen; zij doen aan judo (zelfvertrouwen!), muziek, dansen en andere vormen van vrijetijdsbesteding. Het instituut tenslotte verzorgt hun eerste betrekking en, zo nodig, een kosthuis.

Hoe later echter een kind op ons instituut komt, des te geringer zijn zijn kansen om zo goed mogelijk geschoold en ontwikkeld te worden. Er hapert nog wat aan de tijdige verwijzing van blinde kinderen. Kinderen met een visus kleiner dan $\frac{1}{10}$ zijn op blindenonderwijs aangewezen. Mijns inziens is het verwijzen de taak van de behandelend arts. Moge dit ingezonden stuk hiertoe bijdragen.

Een blind kind heeft toekomst, mits het tijdig naar een blindeninstituut wordt verwezen.

Huizen (post Bussum)
Amersfoortsestraatweg 180

E. C. VAN DER KLEIJ,
adjunct-directeur
Koninklijk Blindeninstituut

HET LIJDEN DAT MEN VREEST

Met bijzondere belangstelling heb ik de bijdrage in dit *Tijdschrift* gelezen van de collegae GIEL en VAN DER LUGT (1966). Het zij mij vergund enkele kritische opmerkingen te maken.

Om te beginnen, verwondert het mij, dat de auteurs veronderstellen dat zij op hun vragen betrouwbare antwoorden kregen. Reeds op de eerste vraag („Wie nam het initiatief tot de verwijzing naar de polikliniek?”) moet men het antwoord wantrouwen. Dezelfde vraag, gesteld aan de verwijzer, zal in een groot aantal gevallen een ander antwoord opleveren. De patiënt reageert soms allerlei agressies tegen zijn huisarts af door het initiatief voor de verwijzing voor zich op te eisen. Omgekeerd zal de huisarts gaarne dit initiatief claimen als er iets ernstigs bij de patiënt gevonden wordt. Iets dergelijks vond HOLTHUIS (1961) bij zijn vragen aan verzekerden, wie het initiatief genomen had tot werkhervatting.

Ook op vraag 5 („Bent U ergens bang voor, en gaat het er voornamelijk om dat wij dat uitzoeken?”) zal niet altijd de waarheid volgen. De tegenwoordige mens is „en publique” nergens bang voor, „de dokters zijn tegenwoordig zo knap . . .”. De mogelijkheid moet overwogen worden of de hoofdpijn niet ontstaat omdat de angst verdrongen wordt.

Het belangrijkste lijkt mij echter dat het voor de auteurs „volledig in het duister” blijft waarom deze patiënten verwezen zijn. Dit lijkt mij niet zo moeilijk te raden. De huisarts heeft de patiënt al herhaalde malen gezien en niets gevonden. De klachten blijven bestaan. Wat moet hij doen? Ik wil uitsluiten dat de huisarts de patiënt verwijst om van het „gezeur” af te zijn, het verwijzen wordt dus geen afwijzen of om met WEIJEL (1961) te spreken: er bestaat geen afweer met de specialist.

De auteurs kunnen van mij aannemen dat in deze gevallen de specialist gebruikt wordt als „sedativum”. Het vervelende is, dat de specialist dit kennelijk niet begrijpt, waardoor het sedativum niet altijd goed werkt, en soms zelfs toxische bijwerkingen kan gaan vertonen. De specialist dient in deze gevallen een organische basis van het lijden uit te sluiten, zijn negatieve bevindingen aan de patiënt mee te delen en de patiënt zonder medicatie naar de huisarts terug te verwijzen. Ik zou het volgende willen poneren:

Het verwijzen van een patiënt met functionele klachten naar een orgaanspecialist heeft alleen zin als inleiding tot een verdere psychotherapie. De specialist dient in deze gevallen de patiënt na het onderzoek zo snel mogelijk naar de huisarts terug te verwijzen, waarbij hij geen therapeutische adviezen dient te geven.

Het is merkwaardig dat de auteurs in hun artikel WEIJEL niet noemen, die in Nederland op dit punt toch baanbrekend werk heeft gedaan. Weinigen hebben zo helder over de betekenis van de klacht en het klagen geschreven. De klacht moet worden opgevat als een teken dat de patiënt gedecompenseerd raakt. WEIJEL noemt de klacht de „communicatieve expressie van negatieve prikkeling” en zegt dan: „De werkelijke vraag in de medische situatie is niet „wat heeft de patiënt?” maar „waarom klaagt de patiënt?””.

Deze vraagstelling is voor de huisarts zeer vruchtbaar.

Ik heb het gevoel dat de betekenis van „de klacht” en „het klagen” als een toch wel belangrijke medische aanlegenschap te weinig ter sprake komt. In het alfabetische tienjarenregister 1951-1960 van dit *Tijdschrift* komen deze woorden niet voor.

Literatuur: GIEL, R. en P. J. M. VAN DER LUGT (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1488. — HOLTHUIS, R. (1961) Proefschrift Amsterdam. — WEIJEL, J. A. (1960) *Huisarts en Wetenschap* **3**, 228; (1961) *Medische psychologie*. Erven J. Bijleveld, Utrecht; (1962) *Huisarts en Wetenschap* **5**, 215.

Nieuwkoop, 14 oktober 1966

G. J. BREMER

Moet men zijn patiënten geloven? Daarmee stelt collega BREMER een moeilijke en belangwekkende vraag met vele kanten, waarvan die van het denkraam van de onderzoeker niet de minst belangrijke is. Zo blijkt wel uit de toelichting van collega BREMER, dat ook antwoorden die men moet wantrouwen toch betekenis voor hem hebben.

Wij hebben telkens aan het eind van een gesprek getracht de betrouwbaarheid van de verkregen informatie te schatten. Daarbij bleken de onduidelijkheid en de onbetrouwbaarheid van de antwoorden elkaar te overlappen. Deze bevindingen werden niet vermeld, omdat wij niet wisten of de schatting van de betrouwbaarheid wel zo betrouwbaar was.

De bestudering van de achtergronden van klachten en angsten vereist o.i. een andere opzet, waarbij bijvoorbeeld de op onze wijze geïdentificeerde patiënten aan een nader psychiatrisch onderzoek worden onderworpen.

De opmerking van collega BREMER over het mogelijke motief van een verwijzing onderstreept nog eens de strekking van ons artikel. De door hem genoemde reden voor een verwijzing heeft alleen effect, wanneer deze aan de specialist wordt meegedeeld. En dat gebeurt niet zo erg vaak.

Wij erkennen gaarne het baanbrekend werk van WEIJEL. Het is overigens BALINT, die eerder en op zeer kernachtige wijze op het belang van het waarom van het klagen heeft gewezen. Terwijl ook collega BREMER zelf een bijdrage heeft geleverd aan de inzichten over het verwijzen door de huisarts.

Rotterdam, 21 oktober 1966

R. GIEL

P. J. M. VAN DER LUGT

ASCITES EN ZIJN BEHANDELING

Het caput selectum van K. BORST (1966) brengt het volgende in mijn herinnering terug.

In 1922 werd ik chirurg aan de Centrale Burgerlijke Ziekeninrichting te Semarang, toen nog gehuisvest in zeer oude gebouwen. Zo kon het, dat daar een jongetje rondliep met een dik buikje, dat zijn slaapmatje wel ergens had en ook zijn rijst wel kreeg, maar dat niet als patiënt was ingeschreven. Hij had geen ouders, en was daar opgeborgen, omdat hij geregeld buikpuncties moest ondergaan voor een ascites, waarvan de oorzaak niet bekend was. Ik zette de behandeling voort. Ik vond deze hele toestand ellendig voor zo'n jong kind van 8 à 9 jaar — dat vrolijk en vief was en als hoofdman fungeerde van andere kinderen in het ziekenhuis, waar zij met stokken e.d. paradeerden — en besloot tot operatie. Ik kliefde de vena saphena, klapte die om naar boven en hechtte haar in het buikperitoneum. Kleppen verhinderen het terugstromen van bloed in de buikholte. De operatie was een volkomen succes. Puncties waren nadien niet meer nodig. Op een dag was hij verdwenen. Waarschijnlijk had hij in het ziekenhuis contacten gemaakt en was hij door een kinderloze vrouw geadopteerd.

Het lijkt mij, dat in een tijd, nu 44 jaar later, waarin vaat-operaties aan de orde van de dag zijn en antistollingsmiddelen ter beschikking staan, deze operatie weer kansen krijgt.

Literatuur: BORST, K. (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1912.

Baarn, 23 oktober 1966

M. N. ROEGHOLT