

Een epidemie van kinkhoest in een redelijk gevaccineerde huisartsenpraktijk

DOOR DR G. J. BOS, HUISARTS TE VLAARDINGEN

Er is nauwelijks een verrichting te bedenken die de huisarts veelvuldiger doet dan de actieve vaccinatie met het D(ifterie)-K(inkhoest)-T(etanus)-vaccin. In het bijzonder geldt dit voor plaatsen met een entgemeenschap, zoals Vlaardingen, waar deze reeds vijf jaar functioneert. Wanneer er twijfel gaat rijzen aan de zin van deze vaccinatie is dit een ernstige zaak. Dit nu was het geval toen in Vlaardingen, ondanks het streven naar een optimale vaccinatiegraad van de jeugdige bevolking, einde 1958 een epidemisch optreden van kinkhoest werd vastgesteld. De twijfel beperkte zich tot de werkzaamheid van de kinkhoestcomponent van het DKT-vaccin. Een kleine epidemie van difterie, enkele jaren geleden, telde in de praktijk slechts slachtoffers onder niet-gevaccineerden. De vraag naar de oorzaken voor deze kinkhoestepidemie voerde tot drie werkhypothesen:

- 1 De bevolking is onvoldoende gevaccineerd; de morbiditeit is beperkt tot niet-gevaccineerden;
- 2 de verwekker van de ziekte heeft geen anti-geenverwantschap met de stammen die gebruikt zijn bij de bereiding van het vaccin;
- 3 het gebruikte vaccin is niet voor 100 procent effectief.

Teneinde deze hypothesen te toetsen * werden de volgende gegevens verzameld van alle gezinnen waarin zich sinds het begin van de epidemie kinkhoestgevallen voordeden:

- 1 Naam, adres en stadswijk;
- 2 rangorde in de epidemie;
- 3 gezinssamenstelling;
- 4 verdeling van de gezinsleden over de slaap-vertrekken;
- 5 van de 0- tot en met 7-jarigen bovendien: geslacht, leeftijd, het voorkomen van kinkhoest in de anamnese, de vaccinatie-status, het voorkomen van kinkhoest gedurende deze epidemie, de ernst van het ziektebeloop, de eerste ziektedag, enkele klinische gegevens en het besmettingspatroon (primair of secundair ziek);
- 6 de herkomst van de besmetting.

Definities. De diagnose kinkhoest werd gesteld op het klinische beeld; hoestbuien tot voorbij de braakdrempel met het typische halen. Indien tijdens het onderzoek geen hoestbuien werden gehoord, werden deze geprovoceerd. Voorts waren mede bepalend:

* Bij de opzet van dit onderzoek is dankbaar gebruik gemaakt van suggesties van Dr M. F. Polak, epidemioloog en Dr H. H. Cohen, bacterioloog.

geringe afwijkingen bij het fysisch onderzoek van de longen, hoge waarden van het leukocytengetal (meer dan 10.000 per mm³) en de lange duur van de ziekte. Als eerste ziektedag werd gekozen de eerste dag waarop het hoesten was begonnen. Drie ziektevormen werden onderscheiden: de abortieve vorm (hoestduur niet langer dan vier weken, hoest met spasmodisch karakter zonder overschrijden van de braakdrempel, weinig frequente aanvallen, geen algemene ziekteverschijnselen), de normale vorm en de ernstige vorm (hoestduur langer dan tien weken, zeer frequente hoestbuien gepaard gaande met ademnood). De abortieve vorm werd gewoonlijk in een epidemiologische samenhang herkend.

Deze indeling heeft een wat arbitrair karakter; bij het verzamelen van de gegevens werd de ziektevorm echter vastgelegd alvorens de vaccinatiestatus werd geregistreerd, teneinde hierdoor niet te worden beïnvloed. De vaccinatiegegevens werden in hoofdzaak overgenomen van de inentingskaart, welke de ouders sinds de oprichting van de entgemeenschap bij de geboorteaangifte krijgen uitgereikt. Achtereenvolgens werd de vaccinatioestand geïndiceerd als:

Goed, wanneer het kind op de eerste ziektedag van het indexgeval drie DKT-injecties had gekregen met tussenruimten van een maand en een termijn van drie jaar nog niet was verstreken, dan wel tijdig een rappèlinjectie had ontvangen;

bijna voldoende, wanneer een tijdige rappèlinjectie was verzuimd;

onvoldoende, wanneer het kind slechts twee van de drie eerste injecties waren toegediend;

zeer onvoldoende, wanneer het kind één injectie had ontvangen;

nihil, wanneer het kind nooit tegen kinkhoest was gevaccineerd.

Toelichting behoeft nog de reden, waarom het onderzoek beperkt werd tot de 0- tot en met 7-jarigen. In de eerste plaats kwamen slechts weinig gevallen van kinkhoest voor bij kinderen ouder dan 7 jaar. Voorts bleek het moeilijk voldoende zekerheid te krijgen over het voorkomen van kinkhoest in de anamnese van oudere kinderen, hetgeen het inzicht in de uitbreiding van de kinkhoest in een gezin zou vertroebelen. Tenslotte waren het in de praktijk de 0- tot en met 7-jarigen, die in hoofdzaak door de schrijver zelf zijn gevaccineerd, en van welke leeftijdsgroep betrouwbare vaccinatiegegevens beschikbaar waren. Voor genoemde leeftijdsgroep is al deze jaren uitsluitend gebruik gemaakt van het

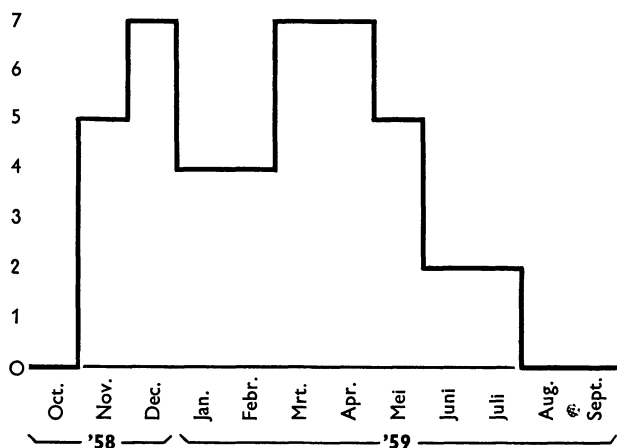
DKT-vaccin zoals dit geleverd werd door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Utrecht, in flesjes met gummisluiting van 30 ml.

Algemene epidemiologische resultaten. De observatieperiode liep van 1 oktober 1958 tot 1 oktober 1959. In dit jaar werden kinkhoestgevallen waargenomen in 43 gezinnen, met totaal 222 gezinsleden, waarvan 90 0- tot en met 7-jarigen. Van deze laatste groep werden er 6 buiten het materiaal gehouden omdat deze kinderen vroeger reeds kinkhoest hadden doorgemaakt. Secundaire ziektegevallen werden alleen dan als zodanig geregistreerd, wanneer de besmetting kon worden beschouwd als een gevolg van expositie binnen het gezin. Een incubatietijd van 7 tot 14 dagen werd als maatstaf aangehouden.

De seizoensverdeling is weergegeven in afbeelding 1. Opmerkelijk is de inzinking na december 1958. Het is mogelijk dat deze is toe te schrijven aan de kerstvakantie van de scholen; hoewel reeds vóór de zomervakanties het aantal gevallen daalde, wijst het ontbreken van nieuwe gevallen na de zomervakantie in dezelfde richting. De seizoensverdeling afzonderlijk voor het nieuwe, oostelijke stadsdeel, waarin het praktijkhuis is gelegen, en de rest van de stad (gescheiden door een dijk als geografische barrière) toont, zoals afbeelding 2 laat zien, dat de epidemie in het laatstgenoemde stadsdeel is begonnen en spoedig een zekere verzadiging heeft bereikt. De praktijk is ongeveer gelijkmatig verdeeld over beide delen van de stad.

De besmettingsformule wijst eveneens op de rol van de school als besmettingsmilieu. In de 43 gezinnen was de besmetting:

- 11 maal niet te achterhalen;
- 13 maal afkomstig uit het schoolmilieu;
- 13 maal afkomstig uit de directe omgeving van de woning (waarbij 6 maal sprake was van een portiekcontact);
- 4 maal afkomstig uit het milieu van in de stad wonende familie;
- 2 maal afkomstig uit een milieu buiten de stad.



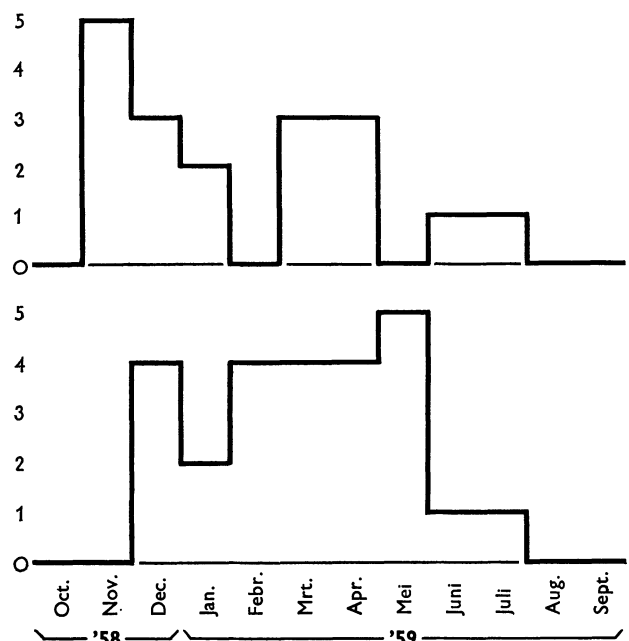
Afbeelding 1. Seizoensverdeling van eerste kinkhoestgevallen in de gezinnen

Onafhankelijk van de vaccinatietoestand bleek er geen bepaalde vulnarabiliteit van één van de geslachten. De leeftijd bleek geen invloed te hebben op de kans ziek te worden. Ook de ernst van het eventuele ziektebeloop was onafhankelijk van de leeftijd, met uitzondering van de zuigelingen. Bij deze categorie werd slechts bij één van de acht een abortief ziektebeloop gevonden. Geen van deze zuigelingen was nog gevaccineerd.

Sterfgevallen kwamen niet voor. Lettende op het aantal kinderen, dat na het doormaken van de ziekte maandenlang blijft hoesten bij geringe aanleidingen, is de totaal aangerichte schade van een kinkhoest-epidemie aan het bronchusepitheel echter zeer omvangrijk.

Toetsing van de eerste hypothese. Van de drie gestelde hypothesen bleek al direct de eerste — de morbiditeit is beperkt tot niet-gevaccineerden — onhoudbaar te zijn. Van de 42 indexgevallen waren 9 gevallen goed, 9 gevallen bijna voldoende, 2 gevallen onvoldoende, 2 gevallen zeer onvoldoende en 20 gevallen niet gevaccineerd.

De eerste twee groepen kunnen samengevat worden als redelijk gevaccineerden, de drie overige als slecht gevaccineerden. Het blijkt dat de indexgevallen meer voorkomen onder de slecht, dan onder de redelijk gevaccineerden, en wel in een verhouding van 24 : 18. Deze verhouding moet worden gezien tegen de achtergrond van de vaccinatietoestand voor de 0- tot en met 7-jarigen van de gehele praktijk. Een indruk hiervan kan worden gegeven dank zij de centrale administratie van de vaccinaties. De verhouding voor de jaarklassen 1955, 1956, 1957 en 1958 van het aantal slecht tot het aantal redelijk gevaccineerden voor de gehele stad be-



Afbeelding 2. Seizoensverdeling van eerste kinkhoestgevallen in de gezinnen voor het oostelijk en westelijk stadsdeel afzonderlijk

draagt 2.162 : 3.765. Voor de hier in het geding zijnde praktijk liggen de cijfers stellig niet ongunstiger. Uit het bovenstaande blijkt reeds dat er sprake moet zijn van enige beschermende invloed van het vaccin. Dit blijkt nog duidelijker wanneer de ernst van het ziektebeloop van de indexgevallen wordt geanalyseerd (zie tabel 1).

Tabel 1

Verdeling van indexgevallen naar de ernst van het ziektebeloop en de vaccinatioestand (zie definities in de tekst)

Vaccinatioestand	Vorm 1	Vorm 2	Vorm 3
goed	2	7	0
bijna voldoende	4	3	2
<i>redelijk</i> (totaal)	6	10	2
onvoldoende	0	1	1
zeer voldoende	1	1	0
nihil	3	14	3
<i>slecht</i> (totaal)	4	16	4

Uit tabel 1 blijkt dat 6 van de 18 redelijk gevaccineerden een abortief ziekteverloop hadden, dit is een derde van het totaal. Het ziektebeloop van de slecht gevaccineerden was gemiddeld ernstiger: 4 van de 24, dit is een zesde van het totaal, had een abortief ziektebeloop. Ook het aantal ernstige ziektebeloopsvormen is relatief groter in de categorie slecht gevaccineerden.

Een derde indicatie voor de beschermende invloed van het gebruikte vaccin tegen kinkhoest vormt de jaarmorbiditeit. Het feit reeds, dat dit onderzoek tot stand kwam, wijst erop dat in het observatiejaar een verontrustend aantal kinkhoestgevallen voorkwam. De jaarmorbiditeit is echter gering. Wanneer (teneinde een vergelijking mogelijk te maken met andere cijfers), de abortieve gevallen buiten beschouwing blijven, werden totaal 47 kinkhoestgevallen waargenomen, gedurende het observatiejaar, bij de 0- tot 7-jarigen. De praktijk wijkt niet belangrijk af van een aselecte steekproef uit de Vlaardingse bevolking. Door een vergelijking met de bekende bevolkingsopbouw van de stad kan het aantal 0- tot en met 7-jarigen in de praktijk worden benaderd op ongeveer 1.150 kinderen. De morbiditeit voor kinkhoest gedurende het observatiejaar bedroeg 4,1 procent voor de 0- tot en met 7-jarigen. Uit de gegevens van *Hondelink*, die gedurende een reeks van jaren gegevens over kinkhoest verzamelde in de gemeenten Krabbedijke en Waarde, kunnen de volgende morbiditeitscijfers worden afgeleid voor de 0- tot en met 7-jarigen:

1922:	12%	1925:	1%
1923:	3%	1926:	1%
1924:	1%	1927:	46%

Gemiddeld over 1922-1927: 11 procent. Deze cijfers uit een periode waarin de actieve immunisatie geen betekenis had, geven wel een indrukwekkend beeld

van de waarde van de huidige actieve immunisatie, in het bijzonder als tegenover elkaar worden geplaatst de cijfers van de topjaren: in dit onderzoek 4,1 procent, in het onderzoek van *Hondelink* in de epidemiejaren 1922: 12 procent en 1927: 46 procent.

Toetsing van de tweede hypothese. Intussen is ook de tweede hypothese — verwekker van deze epidemie heeft geen antigeenverwantschap met de stammen, die gebruikt zijn bij de bereiding van het vaccin — weerlegd. Immers, ware dat wel het geval, de beschermende invloed hiervan zou nihil zijn geweest. Hierboven bleek reeds dat dit niet het geval was. Een epidemisch optreden van een parapertussis-stam, welke ons land tot dusver, voorzover bekend (M. F. Polak, persoonlijke mededeling) (nog) niet bezocht, lijkt ook onwaarschijnlijk gezien de beperking van de morbiditeit tot de zeer jeugdigen. Van de 132 gezinsleden ouder dan 7 jaar uit de gezinnen met de indexgevallen, kregen slechts 3 jongens en 1 meisje gedurende de observatieperiode kinkhoest (leeftijd respectievelijk 8, 9, 15 en 10 jaar).

In dit opzicht onderscheidde de epidemie zich dus niet van de te verwachten leeftijdsverdeling bij een epidemie, verwekt door *Haemophilus pertussis*. Ten overvloede werden ook enkele kweken uitgezet van uitstrijken uit de nasofarynx van patiëntjes, wier ziekteduur ten hoogste veertien dagen bedroeg. Een van de kweken leverde een dichte groei van *Haemophilus pertussis*, drie andere waren negatief. Dit laatste betekende niet, dat deze patiëntjes geen kinkhoest hadden; onder overeenkomstige omstandigheden werden bij de grootscheepse proeven in Groot-Brittannië (*Whooping Cough Immunisation Committee*) *pertussis* stammen geïsoleerd in 21 van de 96 *pertussis* gevallen.

Toetsing van de derde hypothese. Rest nog de derde hypothe: het gebruikte DKT-vaccin heeft geen 100 procentige immunogene potentie. De gevonden feiten zijn hiermee in overeenstemming. Een benadering van de graad van het beschermende vermogen is mogelijk door bestudering van het aantal ziektegevallen bij gezinscontacten van de indexgevallen. Tabel 2 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 2

Verdeling van potentieel-secundair zieken (gezinscontacten) naar vaccinatioestand en ernst van het ziektebeloop

Vaccinatioestand	niet ziek	Vorm 1	Vorm 2	Vorm 3
goed	4	8	2	1
bijna voldoende	2	1	0	0
<i>redelijk</i> (totaal)	6	9	2	1
onvoldoende	0	0	0	0
zeer onvoldoende	1	0	1	0
nihil	4	7	8	3
<i>slecht</i> (totaal)	5	7	9	3

Wat blijkt uit de cijfers van deze tabel? Van de 18 redelijk gevaccineerde kandidaten (kinderen met kinkhoest in de anamnese werden uitgesloten) kregen slecht 3 kinkhoest, de overigen geen of abortieve ziekteverschijnselen. Daarentegen kregen van de 24 slecht gevaccineerden 12 kinkhoest, terwijl de overigen geen of abortieve ziekteverschijnselen vertoonden. Genoemde getallen zijn te klein om de graad van beschermende werking exact te bepalen. Wanneer het beschreven onderzoek als groepsonderzoek in bijvoorbeeld tien huisartsenpraktijken was uitgevoerd, ware dit wel mogelijk geweest. Nu kan slechts de tendentie van deze waarneming worden opgespoord. Het blijkt dan, dat bij een slechte vaccinatioestand de helft van de jeugdige gezinscontacten kinkhoest kreeg. Van de 18 redelijk gevaccineerden kregen slechts 3 kinkhoest. De immunogene potentie zou dan als tendentie het getal 6/9 opleveren, indien althans de mate van expositie bij beide groepen vergelijkbaar is. Teneinde deze enigszins kwantitatief te kunnen vergelijken werd nagegaan, of bij beide groepen het slaapkamercontact van de secundair zieken met de indexgevallen overeenkwam. Het bleek dat de secundaire infectiekans (abortieve gevallen buiten beschouwing gelaten) bedroeg voor:

redelijk gevaccineerden zonder slaapkamercontact 2/10;

redelijk gevaccineerden met slaapkamercontact 1/8; slecht gevaccineerden zonder slaapkamercontact 5/10;

slecht gevaccineerden met slaapkamercontact 7/14.

Hieruit blijkt dat het al dan niet delen van de slaapkamer met het indexgeval geen belangrijke invloed had.

Beschouwingen. Belangwekkend is, dat het gevonden getal achteraf in overeenstemming blijkt te zijn met de op grond van de muisbeschermingsproef (*Cohen* en *Brans*) te verwachten immunogene potentie van de kinkhoestcomponent van het DKT-vaccin, zoals dit door het R.I.V. van 1953 tot einde 1958 werd geleverd. Het beschreven epidemiologisch onderzoek heeft dan ook geen voedsel gegeven aan het gerezen wantrouwen in het gebruikte DKT-vaccin. Integendeel. De uitkomsten bevestigden de te verwachten graad van bescherming, welke reeds redelijk goed was. Voor de toekomst mag worden gerekend op een zeer hoge graad van bescherming, aangezien sinds einde 1958 een, met betrekking tot de immunisatorische werking tegen kinkhoest, verbeterd DKT-vaccin door het R.I.V. wordt geleverd (H. H. Cohen, persoonlijke mededeling).

Daar de resultaten van de muisbeschermingsproef van een kinkhoestvaccin, zoals afdoende is bewezen, in hoge mate correleert met de graad van beschermende werking bij de mens, en deze op grond van deze proef voor dit nieuwe vaccin op 80 à 90 procent wordt geschat, mag worden verwacht, dat in de toekomst bij voortgaande intensieve vaccina-

tie met dit vaccin kinkhoest als ernstige kinderziekte in ons morbiditeitspatroon een aanzienlijk bescheidener plaats zal gaan innemen.

Naast deze hooggestemde lof van de actieve kinkhoestvaccinatie dient de keerzijde echter onder ogen te worden gezien. *Berg* gaf een overzicht uit de literatuur van 107 gevallen van neurologische complicaties na kinkhoestvaccinatie. Het korte tijdsverloop tussen de vaccinaties en de neurologische afwijkingen (convulsies, bewustzijnsstoornissen, paresen of paralyse) bleek karakteristiek. Acht kinderen stierven binnen 48 uur na de inenting. Na onderzoek toonde aan dat ongeveer 50 procent herstelde, ongeveer 30 procent blijvende lichamelijke en/of psychische afwijkingen behield en ongeveer 15 procent stierf. De etiologie is niet opgehelderd. Deze complicaties overwegen bij het mannelijk geslacht, komen in alle leeftijdsgroepen voor, blijken onafhankelijk van de gebruikte dosis en eveneens onafhankelijk van het al of niet voorafgaan van vroegere kinkhoestvaccinaties. Een grote variëteit van vaccins, al dan niet gecombineerd, was gebruikt. Duidelijk is dat de kinkhoestcomponent verantwoordelijk is. De schrijver heeft zelf eenmaal op de naar schatting 800 door hem tegen kinkhoest gevaccineerde kinderen een encefalopathie waargenomen. Het betrof een jongen van zeven maanden die 8 uur na de tweede DKT-vaccinatie een langdurige convulsie kreeg. Dit patiëntje, dat tevoren nooit stuipen had, vertoont sindsdien het beeld van een encefalopathie met epilepsie en oligofrenie.

Stronk stelt in haar proefschrift, dat de immunisatie tegen kinkhoest door het vóórkomen van deze encefalopathie niet achterwege behoort te worden gelaten, omdat de frequentie van encefalopathie na inenting niet zo groot is in verhouding tot die na het doormaken van kinkhoest. Stellig verdient dit vraagstuk verdere bestudering, temeer omdat *Ratulangie* aantoonde dat encefalitis na kinkhoest tegenwoordig veel minder voorkomt dan vroeger.

Tot besluit volgt hier, hoewel vallende buiten het kader van deze studie, ter wille van de betekenis voor de dagelijkse praktijk, een opsomming van veel genoemde contraïndicaties voor kinkhoestvaccinatie:

- 1 Allergische verschijnselen, zoals constitutioneel eczeem en astma van het kind en zijn naaste familie;
- 2 dysrafische symptomen, cerebrale afwijkingen en duidelijk degeneratieve stigmata van het kind en zijn naaste familie;
- 3 ernstige reactie op een voorafgaande kinkhoestvaccinatie (belangrijkste contraïndicatie);
- 4 een acute infectieziekte ten tijde van de vaccinatie; ook in het gezin mogen geen acute infecties voorkomen;
- 5 een epidemie van poliomyelitis in de naaste omgeving;
- 6 een stuip in de anamnese; ook de voorgeschiedenis van de familie dient in dit opzicht schoon te zijn.

Om misverstanden te voorkomen wordt uitdrukkelijk vermeld, dat encefalopathie nooit is beschreven na immunisatie met difterie-tetanus vaccin. In de gevallen, waarin men dus meent te moeten afzien van kinkhoestvaccinatie, kan men het kind wel inenten met het DT-vaccin.

Het ezelsbruggetje *advies* (allergisch, degeneratief, voorafgaande reactie, infectieziekte, epidemisch voorkomen van poliomyelitis, stuip) kan mogelijk diensten bewijzen bij de noodzakelijk in te winnen informatie, voorafgaande aan de kinkhoestvaccinatie. Het is duidelijk, dat de gezinsarts een zeer be-

voorrechte positie inneemt voor het verkrijgen van deze inlichtingen.

Berg, J. M. (1958) Brit. med. J. II, 24.

Cohen, H. H. en L. M. Brans (1958) Ned. T. Geneesk. 102, 1254.

Hondelink, H. (1929) Academisch proefschrift. Oosterbaan & Le Cointre. Goes.

Ratulangie, C. J. A. (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 1801.

Stronk, M. G. (1951) Actieve immunisatie tegen kinkhoest. Van Soest. Amsterdam.

Whooping Cough Immunisation Committee (1959) Brit. med. J. I, 994.

CASUISTIEK

Enuresis nocturna

Toen ik haar op zekere dag een mijner geregelde bezoeken bracht, vond ik mijn patiënte „in dikke tranen”; verslagen gezichten van haar beide pleegkinderen, Mien en Hanny, bevestigden de ernst van de tragische toestand. Op mijn vraag, wat er wel aan de hand was, antwoordde zij: „Hanny moet naar een gesticht”.

Patiënte is een nerveuze, asthenische vrouw. Zij heeft eigenlijk altijd veel lichamelijke klachten, zonder dat hiervoor een somatische oorzaak kan worden gevonden; waarschijnlijk is patiënte door haar eenvoudige psychische structuur niet in staat haar problemen zelfstandig en adequaat te verwerken, zodat die steeds weer in het lichamelijke worden geprojecteerd. Een vrij geregeld huisbezoek mijnerzijds, afgewisseld door een af en toe ingesteld specialistisch onderzoek (om ons beider leven tijdelijk wat te verlichten), waren hiervan de gevolgen.

Het huwelijk van patiënte bleef kinderloos. Ongeveer twaalf jaar geleden besloot het echtpaar, Hanny, die toen ongeveer vier jaar oud was, als pleegkind te adopteren; zes jaar later werd Mien, één jaar ouder dan Hanny, geadopteerd. Hoewel mijn advies over de adoptie niet was gevraagd, noch door het echtpaar, noch door de voogdijvereniging, en ik mij er dus oorspronkelijk wel over had verbaasd, dat deze kinderen aan dit toch stellig psychisch niet krachtige echtpaar werden toevertrouwd, heb ik toch in de loop der jaren kunnen zien, dat er een redelijk harmonische eenheid in dit kunstmatig gevormde gezin tot stand was gekomen.

Op mijn vraag van wie Hanny naar een gesticht moest, was het antwoord: „van de zuster van de voogdijvereniging”. Dit nu was ook voor mij op dat ogenblik, zoals ik het hoorde, moeilijk te aanvaarden. Zonder mijn advies had deze voogdijvereniging Hanny in het gezin geplaatst; ik had geconstateerd dat Hanny er gedurende tien jaar rustig was opgegroeid, en nu moest Hanny plotseling „naar een gesticht”, en weer zonder dat mijn advies was ingewonnen.

Ik heb dus deze voogdijvereniging opgebeld en een afspraak gemaakt voor een gesprek. In het onderhoud met de voogdijinspecteur bleek mij aldra, welk een gedegen kennis er bij deze vereniging over deze pupil aanwezig was; de vereniging was van mening, dat de zwakke persoonlijkheidsstructuur der beide pleegouders de zelfstandigwording van Hanny in de weg stond; voorts, dat in de enuresis nocturna, waaraan Hanny, toen veertien jaar oud, nog steeds leed, geen verbetering kwam. De vereniging was daarom van oordeel, dat een tijdelijke opname elders gewenst was. Hierbij werd gedacht aan een tehuis, waar ongeveer twintig normale kinderen worden verpleegd tussen 1 en 14 jaar, die om pedagogische redenen gedurende langere of kortere tijd in een ander dan het ouderlijk huis moeten worden opgevoed; er wordt getracht, de sfeer van een gezinsleven te benaderen. Dit was dus wel heel iets anders dan „een gesticht”.

Afgezien van de enuresis van Hanny, waarvan het bestaan mij onbekend was, deed zich thans direct de vraag voor, of overplaatsing van dit meisje, dat toch stellig wel geborgenheid gevonden had in haar pleeggezin, wel de meest geschikte therapie voor de enuresis zou zijn en of er geen andere middelen waren, om tot wat meer zelfstandigheid te geraken, met intact laten van het gezin.

De voogdijvereniging heeft mij toen toegezegd nog eens advies te vragen aan haar psycholoog, en daarna hadden we opnieuw een bespreking, de psycholoog, de inspecteur en ik. Besloten werd Hanny in het gezin te laten, maar de pleegouders zouden dan mede moeten werken, om Hanny wat meer mogelijkheden buiten het gezin te geven. Ik zou trachten de enuresis te behandelen.

Daarna hebben wij de pleegouders, in een gesprek met ons vijven dus, van dit besluit op de hoogte gebracht. In dit gesprek liet de pleegmoeder misschien toch wel merken, dat ze er iets meer van begreep, toen ze verklaarde: „ja, ik heb Hanny te veel beschermd en te veel bij me gehouden”.