



Paul van Trigt, ***Blind in een gidsland. Over de bejegening van mensen met een visuele beperking in de Nederlandse verzorgingsmaatschappij, 1920-1990*** (Hilversum: Verloren, 2013, 203 pp., ISBN 978 90 8704 408 4).

Onze kennis over de ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg in de twintigste eeuw is behoorlijk beperkt. Weliswaar kan een aantal deelgebieden, zoals de geestelijke gezondheidszorg, zich al decennialang (terecht) op veel historische aandacht verheugen, maar over andere sectoren, zoals de zorg voor mensen met een fysieke beperking, weten we betrekkelijk weinig.

Het is dus niet overdreven om te stellen dat Paul van Trigt met zijn studie *Blind in een gidsland* pionierswerk heeft verricht. Dit pionierswerk beperkt zich overigens niet tot het blootleggen van een in Nederland nog betrekkelijk onontgonnen onderzoeksterrein: de zorg voor lichamelijk gehandicapten. Hij hanteert ook een (voor Nederland) relatief nieuw begrippenkader voor zijn analyse, namelijk dat van de (*new*) *disability history*. Hierbij wordt de beperking niet alleen als een fysiek gebrek gedefinieerd, maar ook als een sociale constructie die door de tijd heen van betekenis kan veranderen. ‘De betekenis van het begrip handicap [wordt bepaald door] wat een samenleving als (ab)normaal ziet en waar en hoe een samenleving al dan niet verschil maakt ten aanzien van mensen met een beperking’ (16-17).

De manier waarop er met blinden en slechtzienden wordt omgegaan, wordt dus niet zozeer bepaald door hun visuele beperking, maar vooral door hoe er over die beperking wordt gedacht. ‘Verschil maken’, noemt Van Trigt dit fenomeen. De vraag hoe er in Nederland tussen 1920 en 1990 verschil werd gemaakt ten aanzien van mensen met een visuele functiebeperking staat in zijn studie centraal. Om hier grip op te krijgen, hanteert Van Trigt het begrippenpaar *zorglogica* en *normaliteitslogica*. Beide logica’s zijn samenhangende clusters van denken en doen. Binnen de kaders van de *zorglogica* wordt de beperking gezien als ziekte of gebrek. Hierdoor wordt de blinde of slechtziende vooral aangesproken als afhankelijk en zorgbehoevend. Binnen de kaders van de *normaliteitslogica* wordt de beperking daarentegen gezien als een functiebeperking die met enige hulp gecompenseerd kan worden. Het staat een normaal leven voor de desbetreffende persoon dus niet per definitie in de weg. Als de blinde of slechtziende binnen dit denkkader al ‘iets’ is, is het gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

Van Trigt stelt dat in de zorg voor mensen met een visuele beperking in Nederland de dominantie van de zorglogica pas vanaf het midden van de jaren tachtig plaatsmaakte voor de normaliteitslogica. Hiermee week de Nederlandse blinden- en slechtziendenzorg sterk af van die in de ons omringende landen, zoals België, Duitsland en Groot-Brittannië, waar eigenlijk al vanaf het begin van de twintigste eeuw binnen de kaders van de normaliteitslogica werd gedacht. Eén belangrijke verklarende factor hiervoor is de deelname van deze landen aan de Eerste Wereldoorlog. Deze oorlog zorgde voor de instroom van een groot aantal oorlogsgehandicapten die zo snel mogelijk wege op de arbeidsmarkt moesten worden gebracht. In Nederland bleef de zorg voor blinden en slechtzienden daarentegen een relatief kleine niche.

Daarnaast speelde de manier waarop de gezondheidszorg in Nederland gedurende een groot deel van de twintigste eeuw was georganiseerd ook een belangrijke rol: veel ruimte voor het particulier initiatief en een terughoudende overheid. '[D]e zorglogica lag voor het particulier initiatief voor de hand, omdat dit initiatief altijd genomen werd door burgers die meenden dat medeburgers zorg nodig hadden' (153). Deze houding werd bovendien versterkt door de gestage uitbouw van de verzorgingsstaat in de jaren vijftig en zestig. Met de invoering van de AWBZ in 1968 werd de zorg voor blinden en slechtzienden stevig verankerd in de kaders van de gezondheidszorg. Blinden en slechtzienden kregen recht op sociale ondersteuning en zorg, maar geen recht op werk. Re-integratie van deze groep in het arbeidsproces had geen prioriteit.

Er was weliswaar wel aandacht voor werken en wonen binnen de blindenzorg, maar dit werd voornamelijk benaderd met de bril van de zorgverlener – ook door blinden en slechtzienden zelf. Ook zij leken het liefst te werken en te wonen in een beschermde omgeving. Pas in de jaren tachtig, toen het zorgende karakter van de Nederlandse welvaartstaat onder vuur kwam te liggen, kwam er ook meer aandacht voor het 'meedoen' van blinden en slechtzienden. De zorg moest 'gedeïstitutionaliseerd' worden. Er kwam meer aandacht voor het verzorgen van vakopleidingen voor blinden en slechtzienden, arbeidsbemiddeling en woonvoorzieningen 'in de wijk'. Dat de opmars van het vertoog waarbij normaliteit en handicap samengebracht werden toch vooral zijn wortels lijkt te hebben in pragmatische overwegingen (kostenbeheersing) in plaats van programmatische of ethische overwegingen, mag gerust ironisch worden genoemd. Daarmee zet Van Trigt bovendien ook nog de nodige kritische kanttekeningen bij het betoog van Evelien Tonkens en anderen, namelijk dat zelfontplooiing vanaf de jaren zeventig in de gezondheidszorg een gestage opmars zou hebben gemaakt.

Aan de andere kant dringt zich soms ook de vraag op of Van Trigt zich niet schuldig maakt aan wat hij Evelien Tonkens aanwrijft, namelijk het extrapoleren van het specifieke naar het algemene. De belangrijkste bron van zijn studie is de protestant-christelijke blindenzorginstelling Sonneheerdt te Ermelo. Zijn de ervaringen in Sonneheerdt wel zo exemplarisch voor de ontwikkeling van de blinden en slechtziendenzorg als Van Trigt stelt? Waarschijnlijk wel, want de inbedding van het

betoog in de voorhanden zijnde (inter)nationale literatuur is overtuigend. Toch had een kijkje in de keuken van andere blindenzorginstellingen Van Trigts betoog nog sterker gemaakt.

Daarnaast wekt het eerste hoofdstuk – over de rol van religie – vooral de indruk dat de auteur hier eerst een paar obstakels uit de weg heeft willen ruimen. Religie speelde volgens de auteur geen onderscheidende rol in de zorg voor blinden en slechtzienden. ‘De manier waarop religieuze zorg blinden bejegende verschilt [...] niet wezenlijk van niet-religieuze zorg. In beide gevallen ging het om filantropie waarbij mensen als hulpbehoevend werden beschouwd’ (60). Het is echter de vraag of het onderscheid tussen religieuze en niet-religieuze zorg wel zo relevant is. Is de zorglogica – met haar focus op zieke en afhankelijke mensen – niet een mooi woord voor een traditie van ziekenzorg die voortkomt uit christelijke barmhartigheid en naastenliefde? Wordt het zoeken naar de onderscheidende rol van religie niet een ietwat nutteloze exercitie, als de zorglogica op zichzelf al diep doordrongen is van (impliciete) religieuze motieven?

Deze punten van kritiek nemen overigens niet weg dat *Blind in een gidsland* helder geschreven en overtuigend boek is; een verrijking voor de historiografie van de moderne gezondheidszorg, maar ook stof voor het denken over actuele problemen in het gezondheidszorgbeleid. Waar draait het om in de zorg: het ondersteunen van afhankelijke mensen, of het zo goed mogelijk laten meedoen van mensen in de ‘normale’ samenleving? Kunnen mensen dit zelfstandig realiseren of hebben overheid en zorgprofessionals daar ook een rol in – en hoe wordt het uiteindelijk betaald? In het kader van de decentralisatie van de zorg stelt Van Trigt in zijn slotopmerkingen terecht de vraag of voorzieningen op het gebied van werk en wonen voor een relatief kleine groep als blinden en slechtzienden op lokaal niveau wel in stand kunnen worden gehouden. En misschien is het maken van verschil – zo stelt hij – niet altijd verkeerd. Het ideaalbeeld van autonoom, onafhankelijk burgerschap dreigt sommige kwetsbare groepen juist te overvragen. Dat *Blind in een gidsland* aanzet geeft tot het stellen van dergelijke vragen, bewijst maar weer hoe actueel ons eigen verleden eigenlijk is; ook voor de toekomst.

Robert Vonk, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)