

te nodigen de problematiek te belichten. Ook de organisatoren van de Boerhaave-cursus hebben zich dit eerst laat gerealiseerd, doch zij hebben ervoor zorg gedragen dat in de paneldiscussie de stem van een vrouw zal worden gehoord.

Het voorafgaande betoog heeft vooral ten doel nog eens de aandacht te vestigen op de grote betekenis van al te persoonlijke opvattingen van de adviseur bij de gezinsproblematiek. Het verruimen en het verdiepen van de opvattingen, verbonden met de adviserende functie, vraagt voortdurend bezinning op de wijze waarop en de mate waarin de arts in de relatie tot zijn patiënten kan zijn betrokken. Bewuste overdenking kan worden geleerd en kan worden bevorderd. Dat de groepstraining daartoe mogelijkheden biedt is uiteengezet en uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat veelal die arts een goed adviseur zal zijn die de problematiek van de gezinsplanning als onderdeel van zijn kennis en ervaring inzake menselijke relatiestructuren zo in zich heeft geassimileerd dat hij er boven kan staan zonder zich ervan af te wenden.

Dagelijks worden met de beste bedoelingen adviezen voor gezinsproblematiek gegeven. Dagelijks worden adviezen aanvaard. Dit houdt nog geenszins in dat de beste bedoelingen van de adviseur het eindgedrag van zijn cliënten zal bepalen. Er zijn slechts weinig mensen die zich uitsluitend door bewuste adviezen of door bewuste besluiten laten leiden. De onbewuste wensen, de onbewuste adviezen of besluiten kunnen zeer misleidend zijn. Er zijn patiënten en er zijn gezinnen die regelmatig

hulp bij de gezinsproblematiek vragen zonder ooit de gegeven adviezen op te volgen. In dergelijke situaties gaat het meestal niet om dat ene advies, maar veel meer om een algemeen verlangen naar aandacht, zorg en verzorging. Voor deze mensen moet het „verzorgingspakket” steeds groter worden en juist bij deze mensen moet de medicus in staat zijn zich van adviserende activiteit te onthouden. Dat zal hij echter eerst dan met zekerheid kunnen doen, wanneer hij ook de wegen kent waarlangs de patiënt of de cliënt kan uitstijgen boven het psychische niveau van afhankelijkheid, passiviteit en verwenning. Uiteraard houdt dit in dat een en ander ook kennis en ervaring vraagt van de krachten die kunnen leiden naar het niveau van zelfregulatie, een niveau waaraan de volwassen mens zo veel zekerheid en vertrouwen ontleent.

De psychiater als adviseur heeft krachtens zijn opleiding de mogelijkheden om juist zijn niet-psychiatrische collegae te leren hoe de zelfregulatie kan worden bevorderd. Dit geldt niet alleen de kleine conflicten van alledag, maar juist ook die levensbesluiten die over kwaliteit en kwantiteit van het gezin en zijn toekomst beschikken. Het bijdragen tot de besluitvorming vraagt van de arts redelijkheid en neutraliteit naast kennis van zaken. Het beschreven groepsklimaat vormt hiervoor een leer-schou. De psychiater is daarbij niet zelden in denken en doen een stille leermeester wiens vermogen tot luisteren het groepsproces bevordert en wel zo, dat de groepsleden het later niet meer kunnen laten hun taak van gezinsadviseur met luisteren te be-ginnen.

Structuur en werkwijze van het blindenwezen in Nederland

DOOR J. VERHEULE

Wie een goed inzicht wil krijgen in de structuur van het blindenwezen in Nederland dient daartoe de historie te volgen, daar hij anders voor een doolhof komt te staan, waarvan hij meent het centrum nimmer te kunnen bereiken, laat staan de opzet begrijpen. Het blindenwezen of om de negentiende eeuwse uitdrukking te gebruiken, de blindenzorg, is immers een der oudste vormen van „gehandicaptenbemoeiing” welke ons land kent; dit is overigens ook in de overige westerse landen het geval. Onze oudste instelling op het gebied van het blindenwezen dateert van 1808; daarvoor bestond slechts het Koninklijk Instituut voor Doofstommen te Groningen, dat van 1790 dagtekent. In 1808, toen ons land als „Koningrijk Holland” door Louis Bonaparte werd geregeerd, kwam te Amsterdam het „Instituut tot Onderwijs van Blinden” tot stand. Aanvankelijk bestond de bezetting uit drie leerlingen, van wie één vanwege wat wij nu bijko-

mende handicaps zouden noemen, na een half jaar reeds van school werd verwijderd. Thans bezoeken ongeveer 700 visueel gehandicapte kinderen in de schoolleeftijd tien instituten van diverse richtingen en disciplines; één gebouw in een dezer instituten ontving de naam van het destijds niet-gehandhaafde kind, namelijk het Elisabeth Kalis-huis. Wie het bovenstaande op zich laat inwerken krijgt in principe een overzicht van de huidige situatie van het blindenwezen in Nederland. Evenmin als elders heerst hier steeds een ideale toestand; wij zijn echter trots op wat in nauwelijks anderhalve eeuw materieel en mentaal werd bereikt en wij hebben moed en vertrouwen voor de toekomst.

In 1808 bestond er dus één instituut. In de negentiende eeuw ontstond een rijke opbloei van particuliere instellingen die zich met liefdadigheid ten opzichte van de blinde medemens op een voor

die tijd eigen wijze bezighielden. Soms richtte men een werkplaats op om de blinde bedelaars van de straat te houden, soms ook droegen de organisaties meer een direct liefdadig karakter. Het onderwijs breidde zich gestadig uit; in 1859 kwam een tweede instituut op dit gebied tot stand. Zeer belangrijk waren de oprichting van de eerste bibliotheek voor blinden — met brailleboeken — in 1894 en — een jaar later — de oprichting van de eerste bond van blinden in ons land. Ook deze instellingen werden in de loop der jaren gevolgd door zusterorganisaties, binnen en buiten het zuilensysteem. Tot 1940 vertoonde de kaart van het blindenwezen in Nederland vijftig organisaties van diverse kleur en orde, ieder werkend op eigen terrein, zonder bewuste samenwerking met andere organisaties — op enkele uitzonderingen na — en vaak zelfs ten opzichte van elkaar min of meer in een concurrentiepositie verkerend.

Zoals op zovele terreinen, werden ook hier door de tweede wereldoorlog de geesten wakker geschud. Dat begon in de — tijdens de oorlog uiteraad verboden — blindenbonden. Het ondergrondse contact in de jaren tussen 1940 en 1945 had tot resultaat dat men voor de praktische uitvoering van de bondstaken, in een overkoepelende stichting ging samenwerken: in 1946 kwam de Stichting De Nederlandse Blindenraad tot stand. Spoedig bemerkte men al duidelijk de lacune die het ontbreken van organisaties ten bate van blinden opleverde. Dit leidde tot overleg en vervolgens tot oprichting in 1947 van de Stichting — thans Vereniging — Het Nederlandse Blindenwezen. Onder de koepel van deze federatieve vereniging ressorteren nu, twintig jaar later, nagenoeg alle organisaties op blindengebied. De volledige eigen zelfstandigheid welke de samenstellende instellingen behielden, geeft de vereniging een sterk forumkarakter; hiermede voorzag zij in een dringende behoefte.

Behalve de drie blindenbonden en enkele andere organisaties van blinden, zijn vier bibliotheken voor blindenlectuur — in brailleschrift of op de geluidsband — bij bovengenoemde vereniging aangesloten, evenals alle opleidingsinstituten voor visueel gehandicapte kinderen en instellingen zoals bijvoorbeeld de — nu gefuseerde — geleidehondscholen en de arbeidverstrekkende instellingen, die in de loop der jaren hun werkterrein vaak hebben verlegd, zodat er thans nog slechts enkele speciale werkplaatsen voor blinden bestaan. Twee tijdschriften op geluidsband opgenomen, zijn ook van de vereniging. Verder zijn of worden lid van de vereniging de pas sinds ongeveer tien jaar zich ontwikkelende instellingen ter verstreking van technische hulpmiddelen aan visueel gehandicapten. De vereniging organiseert jaarlijks een studieconferentie van enkele dagen.

Internationaal is ons land aangesloten bij de World Council for the Welfare of the Blind en bij

het Europees Comité van deze Raad. Het bureau van de vereniging levert aan de visueel gehandicapten de goederen welke zij nodig hebben, zoals brailleschrijfmachines, bandrecorders, handschriftgeleiders, gezelschapsspelen en wat dies meer zij. Ook verstrekt het alle inlichtingen ten behoeve van de eigen clientèle en van de buitenwacht. Verschillende commissies verzorgen bepaalde facetten van het werk.

* * *

Toen de noodzaak van maatschappelijk werk voor pas-blinde volwassenen meer en meer acuut bleek te worden, werd in 1954 opgericht de Stichting Algemene en Individuele Blindenbelangen, uitgaande van de Vereniging Het Nederlandse Blindenwezen. Deze stichting heeft nu vijf maatschappelijke werkers, van wie twee zelf blind zijn. Zij adviseren en begeleiden recent-blinden of -slechtzienden al dan niet tot een revalidatie-periode in het revalidatiecentrum. Door deze bemoeienissen kwam namelijk de noodzaak naar voren van een dergelijk centrum. Het werd in 1959 geopend te Loenen op de Veluwe, nadat de revalidatie eerst gedurende een korte periode in de onderwijsinstituten had plaatsgevonden. In het centrum vindt de heraanpassing aan het dagelijkse leven en de basis-herscholing plaats. Men leidt op tot de meest voorkomende beroepen zoals tot metaalbewerker en kantoorbediende in hun diverse verschijningsvormen, tot telefonist, computer-programmeur of operateur van de mechanische administratie. Huisvrouwen leren weer met keukenapparatuur omgaan. Tot onze grote voldoening mocht meer dan eens blijken dat internationaal het centrum kwalitatief hoog staat aangeschreven.

De arbeidsplaatsing der gerevalideerden en van oud-leerlingen van de onderwijsinstituten die tot dezelfde beroepen worden opgeleid als de gerevalideerden, geschiedt met behulp van de bijzondere bemiddeling van de gewestelijke arbeidsbureaus. Wie niet in het gewone arbeidsproces kan worden opgenomen, vindt werk via een der regelingen voor sociale werkvoorziening. Daar vele bejaardentehuizen aan visueel gehandicapten de toegang weigeren, blijkt het in toenemende mate noodzakelijk op te komen voor de bouw van speciale tehuizen voor deze groep. Dit facet is pas in een eerste ontwikkelingsstadium. Voor hen, die niet kunnen werken of voor hen die naast hun werk behoefte hebben aan extra voorzieningen, is bij de Algemene Bijstandswet een Tijdelijke Rijksgroepsregeling Mindervaliden opgenomen, die ook voor blinden en slechtzienden geldt. De Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering zal ook een aantal visueel gehandicapten onder haar hoede nemen.

Daar in ons land geen verplichte registratie bestaat, moeten wij wat betreft de aantallen visueel gehandicapten werken met ervaringscijfers. Dit levert het volgende beeld op:

Geschat totale aantal visueel gehandicapten	7000
Beneden 21 jaar	700
Werkzaam in verschillende beroepen (bedrijven, kantoren, zelfstandig winkelier en dergelijke)	800
Werkzaam in sociale werkplaatsen	1000
In het genot van een uitkering krachtens een der sociale wetten; onder geneeskundige behandeling; wachtend op revalidatie; gepensioneerd (beneden 65 jaar); meervoudig gehandicapt	1000
Boven 65 jaar	3500

Door het grote aantal organisaties, ieder werkend binnen eigen kader, is het onmogelijk hiervan in het bestek van dit artikel een volledige opsomming te geven. Ieder die nadere inlichtingen of een verwijzing wenst, kan deze verkrijgen op het bureau van de Vereniging Het Nederlandse Blindenwezen, Vondelstraat 128, Amsterdam-13, tel. 020-12 42 96 en 16 36 76. Inlichtingen of adviezen op maatschappelijk terrein, ook betreffende het revalidatiecentrum, kan men inwinnen bij het bureau van de Stichting Algemene en Individuele Blindenbelangen (A.I.B.), Vondelstraat 128, Amsterdam-13, tel. 020 - 18 51 78 en 18 70 66.

Nabeschuiving van de bespreking ener sociaal-geneeskundige status te Nijmegen*

DOOR H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS TE DOESBURG

De bespreking van de sociaal-geneeskundige status, door de co-assistent gedurende zijn stage in de huisartspraktijk gemaakt, biedt de arts-gastheer, die hierbij wordt uitgenodigd, de gelegenheid een speciale casus uit zijn praktijk aan een meer kritische beschouwing te onderwerpen. Naast het feit dat het meelopen van een aankomend collega de arts onwillekeurig kritischer maakt ten opzichte van eigen gewoonte-methodieken (*Van Westreenen en Vlamings*), vormt de bespreking van de status ook voor de arts-gastheer een werkelijke bijdrage tot het verwerven van een beter inzicht in de randproblematiek, die het kernprobleem omgeeft en veelal medebepaalt. Juist aan de hand van deze werkwijze, namelijk het methodisch statussen van het gezin van de patiënt, kan men onvermoede, doch alleszins oorzakelijke factoren, die hebben geleid tot het ontstaan van het in de regel pluriform geconditioneerde „ziektegeval”, ontdekken. De stelregel, aangeleerd ten aanzien van de benadering van somatische ziekten, „systematisch onderzoeken” geldt ook hier (*Bos*). Vooral bij, wat men pleegt te noemen, probleemgezinnen, blijkt deze „family-centered” aanpak tot goede resultaten te leiden.

Het belang van een gezinsgerichte diagnostiek en therapie is voor het eerst onderkend door het maatschappelijke werk (zoals het „case-work”). Later werd men zich ook van medische zijde bewust van het belang de „patient-centered” benadering te verruimen tot een „coordinated attack on the problems of family adjustment in relation to the

Samenvatting: Het belang van een systematische gezinsdiagnostiek wordt geïllustreerd aan de hand van het „ziektegeval” van een elfjarig jongetje met ernstige gedragsstoornissen. Het voorkomen van interactieverschijnselen tussen de gezinsleden, een nog onvoldoende onderzocht fenomenologisch aspect van ziekte en gezondheid, is van betekenis voor een juiste diagnostiek en doeltreffende therapie. Verondersteld wordt dat een tijdige, adequate gezinsdiagnostische benadering tot een minder ver voortschrijden van het ziektebeeld zou hebben kunnen leiden. Begeleiding van het gezin tenslotte, is een wezenlijk deel van de in te stellen therapie bij patiëntje.

maintenance of health and the treatment of illness” (*Richardson*). Het wordt ons langzamerhand duidelijk, dat adequate hulp een adequate benadering vóóronderstelt. De vele publikaties die de laatste jaren verschijnen, niet alleen van de kant van de maatschappelijke werkers en sociologen, doch evenzeer van de zijde van de huisartsen, doen ons de ogen openen voor deze belangrijke ontwikkeling en de daaraan inherente consequenties. *Hare* en *Shaw* vonden in een van hun gezinsonderzoekingen dat de slechte gezondheid van een ouder tendeert tot een hogere „score” voor slechte gezondheid bij de andere ouder en bij de kinderen. *Van Es* constateerde een „zekere interdependentie tussen morbiditeit en de mate van integratie in een gezin”. *Mertens* merkte in 1951 op, dat actuele conflicten in de gezinssituatie van belang zijn voor het optreden van neurosen en somatische ziekten bij de gezinsleden.

Het is enerzijds noodzakelijk alle aandacht aan de gezinssituatie te besteden, wil men de voorwaarden voor een effectieve benadering scheppen, an-

* Bespreking van een sociaal-geneeskundige status in het Instituut voor Sociale Geneeskunde (Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens) onder leiding van Dr. F. J. A. Huygen; Katholieke Universiteit, Nijmegen.