Revalidatie van blinde en slechtziende volwassenen

B. WOUTERS

DE REVALIDATIE-INSTELLING

Hulpverlening aan blinde en slechtziende volwassenen bestaat uit maatschappelijk werk, ‘home-teaching’ en revalidatie. Dit laatste is mogelijk in het revalidatiecentrum Het Loo Erf te Apeldoorn, een door de Algemene Wet Bijzondere Ziektiekosten erkende instelling van 45 bedden. De revalidatie vindt feitelijk plaats gedurende werkdagen. De revalidanten beschikken over een eenpersoonszit-slaapkamer met eigen 'natte hoek'. Het centrum heeft een sportzaal, een klein overdekt zwembad, een sportveld, een ruimte voor fysiotherapie en faciliteiten voor handenarbeid (pitriet, klei, hout), textiele werkkamers, technische handvaardigheid (hout, montage, stollen, vlechten), muziek, en andere ruimten voor de diverse revalidatie-activiteiten. Maaltijden worden gemeenschappelijk gebruikt in de eetzaal.

Hoofddoel is de optimalisering van de maatschappelijke zelfstandigheid, tot uiting komend in wonen, communicatie, tijdsbesteding en studie of arbeid. Emotionele verwerkingsprocessen spelen daarin een grote rol, die afhankelijk is van het tijdstip van ontstaan van de visuele beperking en de levensloop van de persoon, van het wel of niet beschikken over een visusrest, van het geleidelijke of acute karakter van het gehandicapte en van de perseon zelf beleefde visusprognose.

Slechtzienden zien en ziet niet. Daarom dragen zij schalen en schepen te vellen. Ten aanzien van mogelijk emotioneel confronterende revalidatie-onderdelen dient daar ook voorzichtig gehandeld te worden. In verband daarmee staat de problematiek van de eventuele keuze voor toepassing van 'blindentechnieken' in de revalidatie van slechtzienden.1

Bij het begin van de revalidatie dient de vraag beantwoord te worden: dienen wij ons te richten op compensatie door non-visuele waarnemingsvormen of is het uiteinden van de visusrest het doel? Deze vraag is eenvoudig te beantwoorden bij blindheid, maar bij slechtziendheid ligt het moeilijker. Niet zelden blijkt bij slechtzienden dat beide benaderingen tegelijkertijd gevolgd moeten worden. Soms heeft dit te maken met een inafhankelijk visusprognose, soms met het feit dat slechtzienden in de ene situatie ‘ziend’ en in de andere ‘blind’ zijn ten gevolge van donkeradaptatieproblemen, verblindingsvermoeidheid, psychische spanning en contrastarmoede in de fysieke omgeving. Overigens impliceert het tevens instrueren van blindentechnieken niet, dat een slechtziende geacht wordt de identiteit van blinde aan te nemen. Slechtzienden worden gestimuleerd in de ontwikkeling van een eigen identiteit als slechtziende. Onze wereld wordt beheerst door visuele informatie; vooral daardoor is slechtziendheid (en blindheid) te beschouwen als een sociale handicap. De zelfstandigheid wordt er sterk door bedreigd. Men wordt gedwongen zich praktisch en emotioneel anders op te stellen jegens de fysieke en sociale omgeving. Voor het verloop van dit verwerkingsproces blijkt het van wezenlijk belang te zijn of de persoon gelooft in zijn eigen vermogen om situaties te beheersen.2

Verwijzing naar ons centrum door professionele hulpverleners vindt plaats in ongeveer 80% van geval len (50% door medewerkers van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening aan Blinde en Slechtziende Volwassenen; 30% door anderen); de overige 20% van de cliënten meldt zichzelf aan. Het toelatingsgesprek vindt in de regel plaats als een kandidaat-revalidant het centrum op uittreding bezoekt. Een intake-team, bestaande uit oogarts, arts, de begeleidende en rondereiende revalidatiemedewerker en de psycholoog, beslist naar aanleiding van voorinformatie en de gesprekken die gevoerd zijn over de indicatie tot opname. In ongeveer 70% van de gevallen wordt wederzijds tot opname besloten, waarbij in overleg met de cliënt een globaal revalidatieplan wordt opgesteld en de doelstelling wordt geformuleerd. Mensen die verzorging behoeven en (of) bedreigend zijn, kunnen niet worden opgenomen. Er dient een minimale leergeschiktheid te bestaan om het revalidatie-leerproces te kunnen realiseren (zwakzinnigheid en dementie gelden dus als contra-indicaties). De minimumleeftijd voor opname is 17 jaar; er is geen maximumleeftijd. De gemiddelde revalidatieduur is de laatste paar jaar gedaald tot 7 maanden. Tussen de 15 en de 25% van de revalidanten is congenitaal blind of slechtziend. De overigen hebben de visuele handicap in de loop van hun leven verworven.

REVALIDATIEPROGRAMMA

Iedere revalidatie vangt aan met een observatieperiode van enkele weken. Aan de hand van de observatie en in overleg met de revalidant wordt daarna een plan opgesteld, dat vervolgens om de 7 weken wordt geëvalueerd en bijgesteld in overleg tussen revalidant en revalidatiecoördinator. Iedere revalidant wordt individueel begeleid door een medewerker van de woonafdeling.

Van primair belang is de optimalisering van de waarneming, hetzij door het gebruik van de visusrest te verbeteren, hetzij door compensatie te ontwikkelen in de nonvisuele waarnemingsvormen, hetzij door beide. De zgn. 'zie-en-training bij slechtzienden betreft vooral lezen en ruimtelijke oriëntatie. Begonnen wordt met uitgebreid
onderzoek, waarna zien en kijken gericht geofend worden. Daarbij kan worden gewerkt met hulpmiddelen als televisieloop, handloopen, prismaloopbril, aangepaste verlichting, leestafel, e.d.

Het verdient aanbeveling, dat ook slechtzienden zich richten op het mede inschakelen van non-visuele waarnemingsvormen. Het betreft voornamelijk het gehoor in verband met verbale communicatie, obstakelpeiling, echolokalisatie en het horen van de richting van gemotoriseerd verkeer op straat. Verder gaat het om tactiele waarneming in verband met voorwerpsherkenning, het snel iets kunnen terugvinden op de tast en de waarneming vanuit de voeten in combinatie met kinesthesie bij mobiliteit. Daarbij gaat het om het voelen en herkennen van de grondsoort waarop men loopt, het waar nemen van afstandjes, helling, e.d. Het oefenen van vestibulaire waarneming vindt plaats bij de mobiliteitstraining en bij bewegingstherapie, in welk kader speciale situaties gecreëerd worden die een bijzonder beroep doen op de integratie van vestibulaire en proprioceptieve stimuli (figuur 1). Dit is vooral van belang voor mensen die de horizon noch de verticale en horizontale begrenzingen van gebouwde ruimtes visueel kunnen waarnemen. (Hierbij moet worden opgemerkt dat velen spontane compensatie ontwikkelen met betrekking hiertoe.)

Het werken met gehoor en tastzin vergt aanmerkelijk meer aandachtscconcentratie dan bij normaal visueel waarnemen vereist is. Dank zij de snelle verplaatsbaarheid van de blik kan een goed-zien zich veroorloven in een bekende omgeving wat minder op te letten zonder ongelukken te veroorzaken. Het zien van een ruimte vergt eveneens de verificatie van de verificator, van wat andere zintuigen hebben doorgemaakt. Voor een ernstig slechtziende is het zien echter onbetrouwbaar; daarmee vult het de functie van verificatie. Zowel de slechtziende als de blinde is daardoor geheel of gedeeltelijk afhankelijk van successieve waarnemingswijzen: gehoor, tastzin en proprioceptie.

Dit betekent een grotere afhankelijkheid van de geheugenfunctie, in het bijzonder het inprenten, dan bij goed-zien het geval is. Aandachtscconcentratie is een voorwaarde voor inprenten. Zo zijn aandachtscconcentratie en geheugenfunctie de beschouwen als kritieke basisfuncties voor iedere slechtziende en blinde. Vooral indien er tevens een hersenschade bestaat, kunnen problemen met de aandachtscconcentratie aangetroffen worden. De geheugenfunctie en de ‘input’-selectie blijken als zodanig nauwelijks stornissen op te leveren. Een bijzondere vorm van slechtziendheid, veroorzaakt door hersenschade, is de visueel-ruimtelijke agnosie, gepaard gaande met gezichtsveilbeperkingen. De revalidatie hiervan vraagt een specifieke aanpak, die vooral gericht is op de compensatie door inschakeling van de functies van de intacte (linker) cerebrale hemisfeer.34

Veel revalidanten blijken niet goed te begrijpen welke visuele stroom zij hebben. Hetzelfde geldt voor slechtzienden die tevens slechthorend zijn met betrekking tot de auditieve aspecten. Aan begripsvorming bij de revalidant wordt uitgebreid aandacht besteed indien dat nodig blijkt. Het spreekt welhaast vanzelf, dat aan hoor- en luistertraining van tevens slechthorende revalidanten (gemiddeld 5 à 8% van alle revalidanten) intensief gewerkt wordt. Daarbij staat de optimalisering van spraak-verstaan centraal, omdat liplezen grote problemen oplevert. Daarnaast is gehoortraining van belang in verband met ruimtelijke oriëntatie. Hierbij doet zich vaak het probleem voor van het ontbreken van het vermogen om stereofonisch te horen, waardoor richtingen bijzonder moeilijk kunnen worden waargenomen.

**Figur 1. Integratie van vestibulaire en proprioceptieve stimuli; een normaal ziende geplaatst in de situatie van een blinde.**

**De Eerste stap naar de maatschappij**

reden richt de oriëntatietraining zich vooral op het zich bewust worden van de wijzen waarop een omgeving zich blijkt te kunnen manifesteren. Het selectief richten van de aandacht op een relevante stimulussoort is de volgende stap, gevolgd door integratie (idealiter).

De instructie van algemene dagelijkse levensverrichtingen begint gewoonlijk na de observatieperiode, zodat uitgegaan kan worden van geconstateerde lacunes bij de revalidant. Vooral mensen die vanaf de geboorte of sedert de vroege jeugd blind zijn, plegen grote problemen te ondervinden bij taken waarin ruimtelijke kennis en inzicht een rol spelen. Het ontbreken van enige visueel-ruimtelijke ervaring vormt een zeer ernstige belemmering voor de op volwassen leeftijd alsnog te realiseren ontwikkeling van huishoudelijke en aanversane vaardigheden.

Communicatie is voor blinden en slechtzienden voor- namelijk problematisch waar het lezen en schrijven betreft. Als leestraining niet leidt tot adequaat gebruik van de visusrest is het leren van braille geïndiceerd. Dit impliceert, dat niet alleen blinden braille leren! In een klein aantal gevallen blijkt de brailletraining niet tot het beoogde resultaat te leiden. Dit is gewoonlijk te wijten aan verminderde gevoeligheid in de vingertoppen als gevolg van diabetische neuropathie of aan een relatief gebrekkige (schriftelijke) taalvaardigheid. Voor vrijwel alle revalidanten geldt de noodzaak van het gebruik respectievelijk het leren van machineschrijven. Daarnaast wordt in het begin van de revalidatie als regel aandacht besteed aan ‘handschrijven’. Dit is van belang in verband met het invullen van betaalkaarten, het noteren van korte mededelingen voor huisgenoten en het plaatsen van de handtekening (figuur 2). Het leren van machineschrijven kan worden gevolgd door het leren van tekstverwerkingsapparaten of het volgen van een opleiding kantoorpraktijk (figuur 3).

In het geheel van de basisrevalidatie geldt als rode draad, dat de revalidant cognitieve strategieën ter oplossing van probleemomstandigheden ontwikkelt. Hoezeer cognitieve strategieën ook individueel bepaald zijn, toch vergt slechtziend of blind zijn, dat men systematisch situaties moet exploreren om de oplossing te vinden. Het toepassen van ‘trial and error’ werkt niet of nauwelijks. Gebeuren is, dat de factoren leeftijd, intelligentie, flexibiliteit en het ondervinden van sociale steun in hoge mate bepalend zijn voor genoemde strategie-ontwikkeling.

Naast de basisrevalidatie is er de noodzaak om recreatieve aspecten en activiteiten een plaats te geven in de revalidatie, te meer waar ze uitstekende mogelijkheden bieden om de basisvaardigheden in praktijk te brengen. Het gaat hierbij om handenarbeid, textiele werkzaken, technische handvaardigheid, muziek, tuinieren en sport.

Sommige revalidanten behoeven therapeutische aandacht, die gegeven kan worden in de vorm van medische consultatie bij de oogarts en (of) de huisarts, gerichte psychosociale begeleiding door de individuele begeleider en (of) de psycholoog, fysiotherapie, psychomotorische therapie en bewegingstherapie (bijv. om angst te overwinnen, dwangmatigheid te reduceren of geremdheid te doorbreken).

FIGUUR 2. Handschrijven.

DE LAATSTE FASE
Na de basisrevalidatie volgt de toepassingstraining. Het weekprogramma wordt dan toegespitst op de noodzakelijke activiteiten. In de regel wordt de aaneengesloten tijd die besteed moet worden aan een bepaalde taak langer, soms uitlopend op een hele ochtend of middag voor één ‘onderwerp’. De ontspannende, meer recreatieve activiteiten maken dan in toenemende mate plaats voor zaken die voor de cliënt de grootste prioriteit moeten hebben. Zo kan het voorkomen, dat een revalidant in deze fase als ochtend bezig is met huishouding voeren en alle middagen met tekstverwerking. Slechts zeer sporadisch wordt dan iets tussendoor gedaan aan bijv. zwemmen of muziek. Het accent komt in deze fase te liggen op het toewerken naar de toekomstige maatschappelijke situatie. Hiertoe behoren vooral huishoudelijke vorming en op studie of beroep gerichte revalidatie.

Voor een aantal revalidanten is op voorhand nog niet duidelijk op welke wijze en waar zij na de revalidatie zullen wonen. In het kader van de exploratie van de daarmee samenhangende vragen past een gerichte zelf-


Ned Tijdschr Geneeskd 1987; 131, nr 49 2271
standigheidstraining. Het aanleren van concreet toepasbare vaardigheden kan leiden tot asynchrone ontwikkelingen. Om een en ander te synchroniseren en te doen integreren kan gebruik gemaakt worden van simulatiesituaties binnen het centrum.

De revalidatie was vroeger meer op studie en beroep gericht dan tegenwoordig. Ondanks de economische regressie hoopt een toenemend aantal cliënten via revalidatie tot inpassing in het arbeidsproces te komen. Het Loo Erf richt zich thans vooral op het doen verwerven van de noodzakelijke basisvaardigheden om arbeids- of studiesituaties te kunnen hanteren. Tevens zijn er opleidingen in de kantoortractie, tekstverwerking, technische handvaardigheid en telefoon (figuur 4). Wat dit laatste betreft is Het Loo Erf het enige instituut voor een dergelijke opleiding van blinde en slechziende volwaassenen.

LITERATUUR


Aanvaard op 28 september 1987

---

Adreslijst van voorzieningen voor blinden en slechzienden

M. DE LANGE


In verscheidene academische ziekenhuizen kunnen de artsen verwijzen naar de speciaal voor de afdeling Oogheelkunde aangestelde maatschappelijk werkers. Ook in de huisartsen- en de perifere oogartsenpraktijk is het van belang, dat mensen zo goed mogelijk hulp krijgen, van de arts zelf en via diens verwijzing naar de juiste instanties.

Om een overzicht te geven van de verschillende voorzieningen en wanneer deze wenselijk of noodzakelijk zijn, volgt een indeling in verschillende groepen van visueel gehandicapten naar levensperiodes met de daarbij op de voorgrond tredende problematiek.

Kinderen. De ontdekking dat een kind bij de geboorte of later een visueel handicap heeft, roept vele praktische vragen van de ouders op:
- hoe moet ik mijn kind zo goed mogelijk opvoeden?
- welke van de andere zintuigen moet ik stimuleren en hoe?
- hoe moet ik met hem/haar spelen, met welk speelgoed?
- hoe voorkom ik achterstand in de ontwikkeling?

Als de kinderen wat ouder zijn, komen de vragen of zij/hij op een gewone school kan, dan wel naar een school voor slechzienden of naar een instituut moet gaan. Ouders hebben – zo vroeg mogelijk – deskundige begeleiding nodig bij het verwerken en accepteren. Dit gebeurt door inzicht te geven in de handicap van het kind en door ondersteuning, voorlichting en advies. Ouders zelf en (of) hulpverleners kunnen contact opnemen met de instellingen.

Volwassenen. Worden mensen op latere leeftijd slechtziend of blind, dan geeft dat een enorme verschuiving in hun bestaan en hun verdere levensloop. Zij worden geconfronteerd met de vraag hoe zij deze handicaps in hun leven moeten inpassen en hoe zij zich, zonder volledig afhankelijk van anderen te worden, kunnen verplaatsen.

Voor al deze problemen bestaan voorzieningen en hulpmiddelen.

VOORZIENINGEN VOOR KINDEREN

Algemeen

Regionale Centra voor blinden en slechzienden houden zich bezig met:
- vroegtijdige onderkenning van visueel stoornissen;
- advies, consultatie en verwijzing;

Adreslijst van voorzieningen voor blinden en slechzienden

M. DE LANGE


In verscheidene academische ziekenhuizen kunnen de artsen verwijzen naar de speciaal voor de afdeling Oogheelkunde aangestelde maatschappelijk werkers. Ook in de huisartsen- en de perifere oogartsenpraktijk is het van belang, dat mensen zo goed mogelijk hulp krijgen, van de arts zelf en via diens verwijzing naar de juiste instanties.

Om een overzicht te geven van de verschillende voorzieningen en wanneer deze wenselijk of noodzakelijk zijn, volgt een indeling in verschillende groepen van visueel gehandicapten naar levensperiodes met de daarbij op de voorgrond tredende problematiek.

Kinderen. De ontdekking dat een kind bij de geboorte of later een visueel handicap heeft, roept vele praktische vragen van de ouders op:
- hoe moet ik mijn kind zo goed mogelijk opvoeden?
- welke van de andere zintuigen moet ik stimuleren en hoe?
- hoe moet ik met hem/haar spelen, met welk speelgoed?
- hoe voorkom ik achterstand in de ontwikkeling?

Als de kinderen wat ouder zijn, komen de vragen of zij/hij op een gewone school kan, dan wel naar een school voor slechzienden of naar een instituut moet gaan. Ouders hebben – zo vroeg mogelijk – deskundige begeleiding nodig bij het verwerken en accepteren. Dit gebeurt door inzicht te geven in de handicap van het kind en door ondersteuning, voorlichting en advies. Ouders zelf en (of) hulpverleners kunnen contact opnemen met de instellingen.

Volwassenen. Worden mensen op latere leeftijd slechtziend of blind, dan geeft dat een enorme verschuiving in hun bestaan en hun verdere levensloop. Zij worden geconfronteerd met de vraag hoe zij deze handicaps in hun leven moeten inpassen en hoe zij zich, zonder volledig afhankelijk van anderen te worden, kunnen verplaatsen.

Voor al deze problemen bestaan voorzieningen en hulpmiddelen.

VOORZIENINGEN VOOR KINDEREN

Algemeen

Regionale Centra voor blinden en slechzienden houden zich bezig met:
- vroegtijdige onderkenning van visueel stoornissen;
- advies, consultatie en verwijzing;

M. de Lange, maatschappelijk werkster.