

Koninklijke Visio

Onderzoek naar visueel/deels visueel/non-visueel uitvoeren van activiteiten in de polikliniek en de thuissituatie

Onderzoeksverslag

Naam: Leoni Baak

Studentnummer: 0929210

Opleiding: Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam

Afstudeerplek: Koninklijke Visio

Opdrachtgevers stage:

Cindy Jonkman-Mekes

Ilse Blom

Afstudeerdocent: Selma van Huijzen

Datum: 31-07-2020

Samenvatting

Doel: Het verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg die geleverd wordt bij Visio, door de effectiviteit van de interventie “het (non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit” te onderzoeken in een poliklinische- en ambulante setting, zodat deze geïmplementeerd kan worden in de toekomst en cliënten minder problemen ervaren met hun energiebalans.

Methode: Voor het literatuuronderzoek is in vier databanken gezocht naar informatie over bestaande interventies die een invloed hebben op de energiebalans van slechtzienden.

Voor het praktijkonderzoek zijn zeven interviews afgenomen met ergotherapeuten werkzaam bij Visio Regio Zuid. Dit is gegaan volgens een vast interviewprotocol. Uit de transcripties zijn thema's gehaald, deze worden beschreven in de resultaten.

Resultaten: Uit de literatuur is gebleken dat er geen evidence-based interventie is beschreven die slechtzienden ondersteunt in het onderhouden van een goede energiebalans. Verschillende auteurs adviseren om onderzoek te gaan doen naar non-visuele technieken.

Uit de interviews zijn de volgende thema's naar voren gekomen: disciplines, doelgroep, vermoeidheid, motivatie cliënten, checklist, non-visuele trainingsvorm, trainingseffect, valkuilen en implementeren. Al deze thema's zeggen iets over hoe de interventie ingericht kan worden zodat deze geschikt is voor de poliklinische- en ambulante setting.

Conclusie: De interventie kan met wat aanpassingen geïmplementeerd worden in de poliklinische- en ambulante setting. Vervolgonderzoek waarbij de interventie in de praktijk wordt getest met cliënten wordt geadviseerd. De verwachting is dat de zorgkwaliteit van Koninklijke Visio hiermee omhooggaat, omdat er wordt ondersteund in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten met een juiste energiebalans.

Aanbevelingen:

- De ergotherapeut neemt de voortrekkersrol, in het multidisciplinair overleg kan met alle disciplines de cliënt worden besproken.
- De interventie is geschikt voor alle slechtzienden die problemen ervaren op het gebied van de energiebalans.
- De therapeut heeft een rol in het stimuleren van de motivatie van de cliënt door gebruik te maken van verschillende gesprekstechnieken of het non-visueel laten ervaren.
- Voor het beste resultaat, moet de cliënt langere tijd blijven oefenen.
- Maak een weloverwogen keuze wat betreft de locatie waar de interventie plaats gaat vinden. Een meerwaarde van de interventie op locatie is dat het groepsgewijs kan. Een meerwaarde van de interventie thuis is de vertrouwde omgeving en dat er geen transfer nodig is.
- Gebruik de interventie om richting te geven aan de behandeling en niet als strikt protocol.
- Voor het implementeren moet het management van Visio Zuid op de hoogte zijn en moet de ergotherapeut voldoende ingelezen zijn in de interventie.

Inhoud

Samenvatting.....	1
Inleiding.....	3
Methode.....	6
Literatuuronderzoek	6
Praktijkonderzoek	7
Resultaten	8
Literatuuronderzoek	8
Praktijkonderzoek	10
Discussie.....	15
Conclusie	16
Aanbevelingen	17
Literatuurlijst	19
Bijlagen.....	21
Bijlage 1: Interviewprotocol	21
Bijlage 2: Interviews	23
Bijlage 3: Checklist originele versie.....	24
Bijlage 4: Checklist verbeterde versie	27

Inleiding

Bij Koninklijke Visio, expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen, worden de cliënten ondersteund in het (opnieuw) leren benutten van de mogelijkheden en het aanleren van vaardigheden, zodat men zo zelfstandig mogelijk kan blijven functioneren (Koninklijke Visio, z.d.-c). Een grote rol is weggelegd voor ergotherapeuten om de cliënten hierin te ondersteunen, zodat het handelen mogelijk gemaakt wordt en de participatie wordt vergroot (Hartingsveldt, Logister-Proost & Kinébanian, 2010).

Slechtziendheid wordt in elk land anders gedefinieerd. In Amerika gebruiken ze de volgende definitie: 'slechtziendheid is een visueel probleem dat het moeilijk maakt om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Het kan niet worden opgelost met een bril, lenzen of andere standaardbehandelingen zoals medicijnen of een operatie' (National Eye Institute, 2019). In Nederland wordt de volgende definitie gebruikt: 'wanneer de gezichtsscherpte minder dan 0.30 is of het visueel veld kleiner is dan 30°, in het minst aangedane oog, met beschikbare correcties (bril, lenzen)' (Limburg, 2007). Omdat de definitie van de World Health Organization wereldwijd het meest geaccepteerd is, zal deze in het vervolg worden gebruikt: 'gezichtsscherpte in het beste oog is $<3/18$, maar is $\geq 3/60$ en/of een visueel veld van $<30^\circ$ rond het centrale fixatiepunt (World Health Organization, 2019).

Er bestaan verschillende vormen van slechtziendheid, waarbij er hier drie worden uitgelicht. De meeste bekende vorm van slechtziendheid is maculadegeneratie. Hierbij valt het centrale deel van het gezichtsveld steeds verder weg (centrale uitval). Detailwaarneming gaat verder achteruit, omdat de kegeltjes op het oog minder goed functioneren. Het perifere zien blijft intact. Maculadegeneratie komt veel voor bij ouderen en heeft een progressief beloop. Er is (nog) geen behandeling mogelijk (Het Loo Erf, z.d.).

Een andere veelvoorkomende vorm is glaucoom, hierbij is er sprake van een verhoogde oogdruk. Zenuwvezels kunnen kapotgaan en er ontstaat gezichtsvelduitval. Dit kan uiteindelijk leiden tot blinde vlekken of een kokervisie. Het is belangrijk om de oogdruk laag te houden om verdere achteruitgang tegen te gaan, de ontstane schade is niet meer te repareren (Koninklijke Visio, z.d.-b).

Omdat er veel mensen lijden aan diabetes is diabetische retinopathie zeker een aandoening waar rekening mee gehouden moet worden. De bloedvoorziening van het netvlies kan belemmerd worden. De haarvaten van het netvlies beschadigen, waardoor er kleine bloedingen ontstaan. Dit zorgt voor een (tijdelijke) visusdaling en een verkleind gezichtsveld of vlekken. Regelmatige controle bij de oogarts kan ervoor zorgen dat het zicht niet verder verslechterd (Koninklijke Visio, z.d.-a).

Een veelvoorkomend probleem bij slechtzienden is vermoeidheid. Men wil namelijk zoveel mogelijk kunnen zien met de restvisus. Dit tast de energiebalans aan van de slechtzienden, wat tot gevolg heeft dat ze hun dagelijkse activiteiten niet meer naar behoren kunnen uitvoeren.

Er is nog maar weinig bekend over het verband tussen slechtziendheid en vermoeidheid, en nog minder over wat eraan gedaan kan worden. Daarom stelde Ummels (2016) dat het van belang is dat men een bewuste keus maakt in de mate van inzet van de restvisus. Een manier om een bewuste keus te maken is de '(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten' interventie. Dit is een interventie die ontwikkeld is bij Visio Het Loo Erf (HLE)¹. Op deze locatie van Visio wordt intensieve revalidatie geboden in een klinische setting. Bij het (non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten wordt een

¹ Visio Het Loo Erf zal worden afgekort als Visio HLE

activiteit (opnieuw) aangeleerd, zonder of met weinig gebruik van visus. De mate van gebruik van visus bij de activiteiten hangt af van een aantal factoren die van invloed zijn op het leereffect. Dit wordt van tevoren ingevuld op een checklist. De checklist geeft uitsluitsel over de mate van visus die gebruikt gaat worden bij de activiteit (Ummels, 2018a). Niet visueel werken betekent zonder gebruik van restvisus, bij deels visueel heeft men een ontspannen blik en bij visueel wordt er optimaal gebruik gemaakt van de visuele restcapaciteit, met een zo min mogelijke (visuele) inspanning (Ummels, 2018b). De activiteiten worden aangeleerd door gebruik te maken van alternatieve handelingsstrategieën. Door een visuele beperking ervaart de cliënt knelpunten tijdens het handelen en/of is het resultaat niet naar wens. De cliënt kan door middel van alternatieve handelingsstrategieën het handelen aanpassen. Voorbeelden zijn: het inzetten van andere zintuigen, systematisch werken, gebruik van hulpmiddelen en op een andere manier de taak uitvoeren (Ummels, 2018b).

De vermoeidheid onder slechtzienden werd ook gezien in de poliklinische revalidatie van Visio. De urgentie voor het vinden van een interventie die rekening houdt met de vermoeidheid van de cliënt was dan ook hoog. Dit is de aanleiding voor dit onderzoek. Bij HLE, de klinische setting van Visio, bestaat al een effectieve interventie. De vraag is of deze ook zou kunnen werken in de poliklinische- en ambulante setting en wat er nodig is om deze te implementeren.

Huidige situatie

Op dit moment wordt het non-visueel uitvoeren van activiteiten wel gebruikt bij Visio Regio Zuid (poliklinische en ambulante revalidatie), maar de cliënt wordt hierin alleen begeleid om een activiteit non-visueel uit te voeren. De ergotherapeuten schatten van een cliënt in of hij/zij het aan kan, dit is dus niet afhankelijk van een checklist. Er wordt een klein onderdeel van de interventie 'het (non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit' gebruikt.

Op elke locatie van Visio werken ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, (neuro)psychologen, optometristen en ICT-specialisten. De begeleiding van het non-visueel uitvoeren van activiteiten ligt op dit moment in handen van de ergotherapeuten en soms van de ICT-specialisten. De ICT-specialisten leren de cliënt bijvoorbeeld blind typen.

Bij voorbaat wordt vastgesteld hoeveel behandelingen de cliënt nodig lijkt te hebben. Dit wordt vastgelegd in het revalidatieplan. Over het algemeen worden alle behandelingen uitgevoerd door Visio vergoed door de zorgverzekeraar.

Het grootste verschil met de bestaande interventie van HLE is, dat minder rekening gehouden wordt met de factoren die van invloed zijn op het leereffect (zoals het functioneren van de andere zintuigen) en minder ervaring is met de alternatieve handelingsstrategieën. Ook is deze begeleiding van kortere duur, omdat bij geen van alle Visio locaties van Regio Zuid klinische revalidatie wordt aangeboden.

Gewenste situatie

In de ideale situatie zou bij de cliënten waarbij op voorhand wordt verwacht dat ze een langdurig revalidatietraject zullen volgen, deze interventie aangeboden kunnen worden. Van tevoren vult de ergotherapeut samen met de cliënt de checklist in. In deze checklist wordt gevraagd naar factoren die bepalend kunnen zijn voor het leereffect van de cliënt. Hoe meer vragen positief beantwoord kunnen worden, hoe groter de kans op een advies om non-visueel te gaan werken. Vervolgens wordt de cliënt begeleid in het uitvoeren van een betekenisvolle activiteit met passend gebruik van visus. Deze begeleiding zou in de ideale situatie worden geleverd door ergotherapeuten en ICT-specialisten, maar de andere disciplines zullen meedenken over de begrippen motivatie en leervermogen en zullen de cliënt aanspreken wanneer een activiteit niet op de juiste manier (visueel, non-visueel, deels visueel)

wordt uitgevoerd. Het uiteindelijke doel van deze interventie is het participeren in een betekenisvolle activiteit met een goede energiebalans.

De bekostiging van het volledig uitvoeren van de interventie zal liggen bij de zorgverzekeraar. Dit zal niet anders zijn dan de huidige situatie. Echter zal het eenduidig uitvoeren van deze interventie op alle locaties ervoor zorgen dat de begeleiding die wordt geboden bij Visio beter bekend gaat staan onder cliënten en zorgverzekeraar. Daarbij is het nodig dat de verschillende definities bij iedereen bekend zijn. Ummels (2016) beschreef dat dit in eerste instantie lastig was bij het implementeren bij HLE. Hier moet dus voor worden gewaakt.

Hoofd- en deelvragen

Meerdere ergotherapeuten van Visio Regio Zuid (poliklinische en ambulante revalidatie) hebben aangegeven dat deze interventie ook wel goed zou kunnen werken bij de poliklinische revalidatie en revalidatie in de thuissituatie. De vraag is alleen hoe deze interventie geïmplementeerd kan worden in deze vorm van revalidatie. Dit is de aanleiding tot het opstellen van de volgende doelstelling.

Doelstelling: *‘Het verbeteren van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg die geleverd wordt bij Visio, door de effectiviteit van de interventie “het (non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit” te onderzoeken in een poliklinische- en ambulante setting, zodat deze geïmplementeerd kan worden in de toekomst en cliënten minder problemen ervaren met hun energiebalans’.*

Vraagstelling: *‘Hoe kan de interventie “het (non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit” toegepast worden door ergotherapeuten werkzaam bij Visio, ten behoeve van de poliklinische revalidatie of revalidatie in de thuissituatie, zodat cliënten minder problemen ervaren met hun energiebalans?’*

Vraagstelling literatuuronderzoek: *Welke trainingsmanieren zijn bekend om slechtzienden te trainen om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren met een goede energiebalans?*

Vraagstelling praktijkonderzoek: *Wat is er volgens ergotherapeuten, die werkzaam zijn met slechtzienden, nodig om de interventie ‘(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten’ toe te passen in de poliklinische revalidatie of revalidatie in de thuissituatie?*

Methode

Literatuuronderzoek

Onderzoeksvraag: Welke trainingsmanieren zijn bekend om slechtzienden te trainen om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren met een goede energiebalans?

Pico element	Trefwoord Nederlands	Engels
<u>Persoon:</u> slechtzienden	- Slechtziend	- Low vision
<u>Interventie:</u> ergotherapeutische trainingsmanieren (die ervoor zorgen dat je minder gebruik maakt van visus)	- Behandeling - Non visueel werken - Deels visueel werken - Visueel werken - Systematisch werken - Gebruik van andere zintuigen - Gebruik van (ergotherapeutische) hulpmiddelen - Ergotherapie - Revalidatie voor slechtzienden	- Treatment - Nonvisual working - Partly visual working - Visual working - Systematical working - Use of other senses - Use of (occupational therapy) aids - Occupational therapy - Low vision rehabilitation
<u>Outcome:</u> dagelijkse activiteiten uitvoeren met een goede energiebalans	- Dagelijkse activiteiten - Kwaliteit van leven - Energiebalans	- Daily activities - Quality of live - Energy balance

Er is gebruik gemaakt van een sensitieve zoekstrategie, waarbij breed is begonnen en vervolgens verder is gespecificeerd. Dit is meerdere keren zo uitgevoerd. Er is gebruik gemaakt van AND en NOT om verder te specificeren. Bij een zoekopdracht met minder dan veertig resultaten werden de titels gescreend, met uitzondering van Google Scholar.

Van potentiële titels is de abstract gelezen en bij eventuele geschiktheid voor het beantwoorden van de PICO-vraag is de full tekst gedownload. Na het doorzoeken van de databases, werden alle gevonden artikelen gescreend. Uiteindelijk was het doel om tussen de tien en vijftien artikelen te selecteren.

Er is gezocht in vier databanken (PubMed, Cochrane, Cinahl en Google Scholar). De verkregen artikelen zijn gescreend en er is een selectie gemaakt door gebruik te maken van de volgende selectiecriteria:

- Relatie met de PICO-vraag
- Nederlands of Engels beschikbaar
- Full tekst beschikbaar
- Streven naar het hoogste niveau van bewijs (RCT's/systematic reviews).
- Recent (maximaal uit 2005)

Uiteindelijk zijn dertien artikelen geïnccludeerd. Deze zijn opgenomen in de literatuurlijst.

Praktijkonderzoek

Het idee was om te focussen op de ergotherapeuten die werkzaam zijn bij Visio Revalidatie & Advies Zuid. Wat vinden zij van de interventie? Wat zijn volgens hun struikelblokken voor het implementeren? Hoe kan de interventie zo aangepast worden dat deze werkzaam is in de poliklinische- en thuisrevalidatie? Allemaal vragen waarop ervaren ergotherapeuten antwoord kunnen geven.

Vraagstelling praktijkonderzoek: *Wat is er volgens ergotherapeuten, die werkzaam zijn met slechthzienden, nodig om de interventie '(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten' toe te passen in de poliklinische revalidatie of revalidatie in de thuissituatie?*

Soort onderzoek

Er is onderzoek gedaan naar de mening van ergotherapeuten (ervaringsdeskundigen) over de interventie '(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten', dat als doel heeft om participatie in dagelijkse activiteiten te verhogen met behoud van de juiste energiebalans. Het onderzoek had dus een kwalitatieve onderzoeksopzet. Door middel van interviews zijn meningen en adviezen verkregen. Voor de implementatie van de interventie is het van belang om uitgebreide meningen en adviezen te verkrijgen. Dit is niet mogelijk met vooral gesloten vragen, zoals bij een kwantitatieve onderzoeksopzet zou zijn (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2019).

Data-verzameling

De data zijn verzameld via interviews. Deze hebben plaatsgevonden volgens een vaste structuur, met een interviewprotocol (bijlage 1). De interviews zijn afgenomen bij ergotherapeuten die poliklinische- of ambulante zorg verlenen bij mensen met een visuele beperking. Er is gekozen voor een convenience sample/praktisch bruikbare steekproef omdat het niet mogelijk was iedereen te bereiken en omdat niet iedereen beschikbaar was (Verhoef et al., 2019).

In- en exclusiecriteria

Interviews zijn afgenomen bij ergotherapeuten van Visio Regio Zuid. Er is gekozen voor Regio Zuid omdat zij in hun laatste vakgroepoverleg deze interventie hebben besproken en weten waar het over gaat. Het doel was om minimaal zes ergotherapeuten te interviewen over dit onderwerp. De interviews zijn anoniem verwerkt.

Inclusiecriteria:

- Minimaal een jaar ervaring als ergotherapeut bij Visio.
- Werkzaam als ergotherapeut bij Visio Regio Zuid.
- Bereidheid om mee te werken aan het interview.

Exclusiecriteria:

- Niet open staan voor een interview via Skype.

Data-analyse

Voor de data-analyse is er gebruik gemaakt van deductief analyseren (Verhoef et al., 2019). Omdat er van tevoren een topiclijst is gemaakt, is naar bepaalde categorieën gevraagd. De interviews zijn verbatim uitgetypt, vervolgens zijn ze thematisch gecodeerd. Zo zijn er verschillende categorieën gevormd. Op deze manier kon per categorie afgelezen worden wat erover gezegd is en wat de mening is.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Verband tussen vermoeidheid en slechthoofdpijn

Een oorzaak van vermoeidheid bij slechthoofdpijners kan de verhoogde focus zijn die nodig is bij een kijktaak. Dit kost erg veel energie (Bakker, Steultjens, & Price, 2019). Het gevolg hiervan kan zijn dat concentreren en informatieprocessen zwaarder zijn (mentaal) en dat het moeilijk is om de ogen open te houden en men zich misselijk kan voelen of hoofdpijn kan ervaren (fysiek). Ook in de werksituatie ontstaan voor slechthoofdpijners problemen op het gebied van vermoeidheid. Die worden veroorzaakt door het werkritme, visuele inspanning, gebruik van aanpassingen en de toegankelijkheid (Overbeek & Luttik, 2016). De vermoeidheid die ontstaat tijdens het werken is afhankelijk van externe omstandigheden en in veel mindere mate persoonlijkheidseigenschappen. Dit laat zien dat de vermoeidheid die slechthoofdpijners op de werkvloer ervaren, van een andere orde is dan de 'gewone' vermoeidheid van een werknemer.

Een aantal dingen die helpen om de vermoeidheid te voorkomen zijn voldoende slaap, een rustige omgeving en zelf een planning voor de dag maken. Veel mensen hebben zelf al compensatiestrategieën toegepast, zoals het aanpassen van activiteiten of het afwisselen van vermoeiende activiteiten met activiteiten die energie geven (Bakker et al., 2019). Schakel et al. (2017) formuleerde de volgende strategieën om om te gaan met vermoeidheid: ontspanning zoeken, zoeken van externe hulp, juist wel het opzoeken van sociaal contact, fysieke activiteiten uitvoeren en acceptatie van vermoeidheid.

Om als ergotherapeut aan te sluiten bij een cliënt is het van belang dat er een behandeling aangeboden wordt die past bij de strategie die de persoon heeft gekozen en bij de ervaren vermoeidheid op dat moment (Bakker et al., 2019).

Effectieve ergotherapeutische interventies

De uitwerking van een interventie betreft vaak het behouden van een bepaald niveau van activiteit. Zeker bij maculadegeneratie gaat de visus alleen maar verder achteruit, het maximale dat bereikt kan worden is het behouden van het niveau (Eklund, Sjöstrand, & Dahlin-Ivanoff, 2008). Het health-promotion programma, zoals ontwikkeld is door Eklund et al. (2008) kan ervoor zorgen dat het ADL-niveau behouden blijft. Dit programma bestaat uit een acht weken durende interventie, twee uur per week, waarbij elke week een andere ADL-taak aan de orde komt. Nieuwe strategieën worden aangeleerd via een problem-solving model. Eén van de strategieën hierbij is het simplificeren van de activiteiten, zodat er energie gespaard wordt voor betekenisvolle activiteiten. Dit kan ervoor zorgen dat de vermoeidheid na deze interventie verlaagd is.

Low vision revalidatie is een andere interventie voor slechthoofdpijners die veelvuldig naar voren komt om ADL-taken uit te blijven voeren (Kaldenberg & Smallfield, 2020; Liu, Brost, Horton, Kenyon, & Mears, 2013; Liu & Chang, 2020). Elke studie beschrijft deze vorm van revalidatie net anders, maar over het algemeen bestaat het uit voorlichting over slechthoofdpijn, het aanbieden en gebruiken van hulpmiddelen specifiek gericht op slechthoofdpijn en compensatiestrategieën (zoals verlichting, huisaanpassingen, gebruik van andere zintuigen en contrastverhoging in een taak). Om de effectiviteit te behouden op langere termijn is het van belang dat de interventie uit meerdere sessies bestaat (Liu et al., 2013).

Naast daadwerkelijke interventies is er ook veel onderzoek gedaan naar de invloed van hulpmiddelen op de uitvoering van dagelijkse activiteiten (Fok, Polgar, Shaw, & Jutai, 2011; Smallfield, Berger,

Hillman, Saltzgeber, Giger, & Kaldenberg, 2017). Een van de conclusies is dat er meer waarde gegeven moet worden aan de reguliere hulpmiddelen, zoals grotere televisies.

Alhoewel alle bovenstaande onderzoeken allemaal een effect hebben gemeten die door de interventie (revalidatieprogramma of hulpmiddel) wordt veroorzaakt, blijkt dat ze geen tot weinig invloed hebben op de kwaliteit van leven. Echter was het niveau van de artikelen die geïnccludeerd zijn voor de review erg laag tot laag. Een aanbeveling is daarom om hier verder verdiepend onderzoek naar te doen (van Nispen et al., 2020).

Slechtziende ouderen gebruiken verschillende strategieën om te compenseren voor de verminderde visus. Hierbij kan gedacht worden aan visuele, auditieve en tactiele strategieën, maar ook het ontwikkelen van een routine. Het is daarom van belang dat het interventieprogramma dat de cliënt ontvangt gepersonaliseerd is en dat de hulpmiddelen, strategieën die worden aangeleerd en trainingen op de cliënt zijn aangepast (Smallfield et al., 2017; Sonkin, 2013).

Effectieve ergotherapeutische interventies voor energiebalans

Uit het onderzoek van Bakker et al. (2019) bleek dat vermoeidheid een grote invloed heeft op de uitvoering van ADL-taken. De kwaliteit van de uitvoering gaat omlaag en de hoeveelheid en duur van de activiteiten verminderd. Soms heeft dit ten gevolg dat er gestopt moet worden met de activiteit. Dit benadrukt nogmaals het belang van een ergotherapeutische interventie die ook rekening houdt met vermoeidheid bij slechtzienden. Zij stellen dat er naar non-visuele technieken gekeken moet worden met als doel minder moe te worden van visuele input, echter is hier meer onderzoek naar nodig. Schakel et al. (2017) suggereerden dat er evidence-based onderzoek gedaan moet worden naar interventies die mensen met een visuele beperking leert omgaan met vermoeidheid. Zij stellen dat de coping strategieën die tot nu toe gebruikt worden door slechtzienden nog onvoldoende toereikend zijn om goed om te gaan met de vermoeidheid.

Bevindingen literatuuronderzoek

Er is veel onderzoek gedaan naar ergotherapeutische interventies om mensen met een visuele beperking te ondersteunen. Van een aantal is de effectiviteit bewezen, echter geven veel auteurs aan dat aanvullend onderzoek nodig is om met meer zekerheid te kunnen zeggen dat een interventie effectief is en het een positief effect op de kwaliteit van leven heeft.

Wat duidelijk naar voren komt is dat vermoeidheid gelinkt kan worden aan slechtziendheid. Vermoeidheid kan ontstaan door slechtziendheid en speelt onder andere een rol in de werksituatie. Om te revalideren en een juiste energiebalans te houden is het van belang dat er tijdens een interventie rekening gehouden wordt met vermoeidheid, of dat de interventie juist gericht is op het uitvoeren van een activiteit zonder vermoeidheid te ervaren. Op dit moment bestaat er nog geen interventie die hier specifiek op gericht is. Wel wordt in het artikel van Bakker et al. (2019) de suggestie gedaan om meer onderzoek te doen naar non-visuele technieken. Deze aanbeveling sluit aan op het praktijkonderzoek, waarbij de interventie '(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten' onderzocht wordt. De hoop is dat deze interventie in alle situaties geïmplementeerd kan worden en dat deze zo toegepast kan worden dat deze voor iedere persoon makkelijk gepersonaliseerd kan worden (Smallfield et al., 2017).

Praktijkonderzoek

Er zijn zeven ergotherapeuten geïnterviewd. In tabel 1 zijn de gegevens van de respondenten te vinden.

Tabel 1 Demografische gegevens van de respondenten (n=7)

	n	%	Range
Geslacht			
• Vrouw	7	100	
• Man	0	0	
Leeftijd (gemiddelde)	45,6		28-58
• 20-30	1	14	
• 30-40	2	29	
• 40-50	1	14	
• 50-60	3	43	
Werkervaring in jaren bij Koninklijke Visio (gemiddelde)	16		3-26
Werkzaam op locatie			
• Goes	1	14	
• Den Bosch	1	14	
• Breda	2	29	
• Nijmegen	1	14	
• Eindhoven	1	14	
• Sittard	1	14	
Ervaring met non-visueel werken			
• Ja	7	100	
• Nee	0	0	

Over het algemeen geven alle respondenten aan dat het een goede interventie lijkt. Op alle locaties (R&A²) wordt er al een vorm van non-visueel werken gebruikt, maar ze noemen als grootste voordeel dat er een eenduidige handelswijze op dit gebied ontstaat. Ook wordt het gezien als iets dat goed uitgedragen kan worden naar de buitenwereld. Hierbij kan gedacht worden aan cliënten, andere zorgmedewerkers zoals huisarts en fysiotherapeut, ergotherapeuten die werken met andere doelgroepen en zorgverzekeraars. Andere zorgmedewerkers weten dan waarvoor ze mensen doorverwijzen naar Visio. Uiteindelijk kan de interventie evidence based werken bevorderen.

“Nou hebben we ook iets wat echt uitgedragen kan worden naar cliënten of naar buiten of naar collega’s in het land buiten Visio” – Respondent 2

Vermoeidheid

Het verband tussen slechthoofdpijn en vermoeidheid wordt door alle therapeuten onderkend. Als ze bij cliënten navraag zouden doen over vermoeidheid, dan zou bijna iedereen aangeven dat ze

² R&A: Revalidatie en Advies, dit zijn locaties van Visio waar poliklinische zorg wordt geleverd.

vermoeid zijn doordat hun visus is aangedaan. Dit valt te verklaren doordat slechtzienden hun ogen overbelasten omdat ze logischerwijs willen blijven kijken met hun restvisus.

“Kijken is natuurlijk een van de eerste dingen van wat wij doen als mens zijnde, hè we doen eigenlijk alles visueel, de hele wereld is visueel ingesteld dus de meeste cliënten willen daar ook zo lang mogelijk aan vast houden en zien niet in dat het ook anders kan” – respondent 7

Alle therapeuten verwachten een vermindering van de vermoeidheid door het uitvoeren van de interventie. Op dit moment wordt op een versimpelde manier gebruik gemaakt van het non-visueel werken. Als de cliënten volhouden om het non-visueel werken te gebruiken, dan worden duidelijk verbeteringen gezien. Dit varieert in het overhouden van energie aan het eind van de dag, tot de mogelijkheden om meer activiteiten uit te voeren op een dag en meer eigen regie.

“Ik heb nooit gevraagd bent u nu minder moe, maar mensen doen wel weer meer activiteiten dan daarvoor en kunnen er ook meer op een dag volhouden. Dus als ze meer activiteiten kunnen uitvoeren dan voorheen met dezelfde energie” – respondent 3

Disciplines

Bij het R&A wordt de ergotherapeut betrokken bij alle soorten handelingen, van mobiliteit tot koken en vrije tijd. Bij HLE hebben ze hiervoor verschillende disciplines. Hierdoor zal bij het implementeren van de interventie op het R&A de verantwoordelijkheid voornamelijk liggen bij de ergotherapeut of bij de ICT-specialist, als er vragen op het gebied van ICT zijn.

“In eerste instantie de ergotherapeut. Omdat wij echt praktisch bezig zijn en bezig zijn met handelingen. Maar de ICT is echt een doel activiteit. Dus als discipline een doel activiteit is, vind ik wel dat die ook non-visueel werk kunnen leveren” – respondent 6

Bij het R&A werken daarnaast ook maatschappelijk werkers en psychologen. Zij kunnen betrokken worden wanneer er een psychologisch probleem aan ten grondslag ligt die verklaart waarom iemand niet goed meewerkt aan deze interventie, zoals de emotionele gesteldheid van de cliënt.

In ieder multidisciplinair overleg zouden de cliënten die meedoen aan deze interventie kunnen worden besproken, zodat alle disciplines ervan op de hoogte zijn en mee kunnen denken wat het beste is voor de cliënt.

Doelgroep

De meningen zijn verdeeld over het feit voor wie deze interventie werkzaam en nuttig kan zijn. De meesten zijn het er wel over eens dat het niet zozeer ligt aan de soort visuele beperking. Met elke visuele beperking zou in principe deze interventie gestart kunnen worden of de mogelijkheid worden geboden. Alleen moet je er als therapeut rekening mee houden dat je het anders moet opstarten. Dit zou kunnen betekenen dat voor de NAH-doelgroep een appendix wordt toegevoegd aan de interventie, want iedereen was het erover eens dat het veel kan opleveren voor NAH-clienten.

“Ook al lijkt de cliënt niet geschikt, dan probeer ik het alsnog” – respondent 2

“NAH visueel beperkten gaan over hun eigen grenzen heen, waardoor die accu eigenlijk tot op de bodem wordt leeggezogen. Hoe leger een accu is, hoe moeilijker je ‘m weer oplaadt, dus vooral het leren kennen van je eigen grenzen” – respondent 1

Verschillende aspecten die genoemd werden waarom de interventie eventueel niet geschikt zou zijn voor de betreffende cliënt, zijn: geen zelfinzicht, een te kleine hulpvraag, moeilijke communicatie tussen cliënt en therapeut, ongeschikt karakter van cliënt, emotioneel onstabiel en de verwerking van de visuele beperking is niet voldoende.

“Als je helemaal niet leerbaar bent, ja dan is het sowieso een ingewikkeld proces om bij ons te komen” – respondent 3

Motivatie

Een van de belangrijkste aspecten bij het implementeren van deze interventie is de motivatie van de cliënt. Zonder motivatie is het moeilijk om een gedragsverandering te ondergaan. Deze motivatie moet bovenal van de cliënt komen, maar de ergotherapeut kan daarin ook ondersteunen. Sommigen geven aan dat het gesprek aangaan en het benoemen van de voor- en nadelen goed kan werken.

“Ik zeg wel eens het voordeel van een herkenningstok, men kan zien dat je slechtziend bent. Het nadeel van een herkenningstok, men kan zien dat je slechtziend bent. De nuancé daarin ja dat kan alleen de cliënt zelf bepalen” – respondent 1

Ook door het benoemen van iets betekenisvol wat makkelijker zal gaan na afloop van de interventie, zoals bijvoorbeeld het bekijken van familiefoto's, kan de motivatie bevorderen. Daarbij is het goed om te benoemen wat nu al goed gaat, 'de successen'.

Verder gaven de respondenten aan dat een cliënt het soms gewoon moet ervaren. Je geeft hierbij begeleiding en zorgt ervoor dat cliënten op dat moment niet falen, omdat dit een averechts effect zou geven.

“Misschien dat het wel structureel ingepland kan gaan worden bij cliënten of groepen. Maar ik denk dat het wel leuk om het bij een groep dan echt te implementeren als een vaste les. Dus dat iedereen, mits die emotioneel in goede gesteldheid is, het een keer ervaart en een keer doet” – respondent 7

De verwachting is dat het pas kan beklijven als de cliënt over een soort drempel komt. Wanneer de energie die het kost om het op de oude manier te blijven doen, niet meer opweegt tegen de last die je dan ervaart.

Als laatste moet er rekening gehouden worden met feit dat niet iedere cliënt hier open voor staat. De omslag van visueel naar non-visueel werken kan behoorlijk lastig zijn.

Checklist

De analyse die volgt door het invullen van de checklist wordt door de respondenten gewaardeerd, ook al zijn er nog een aantal kleine aanpassingen nodig. Zeker omdat het bewustwording creëert over wanneer het beste non-visueel of deels visueel een activiteit uitgevoerd kan worden.

In de checklist komen delen van motivational interviewing naar voren, zoals het inzicht, de bereidheid tot verandering en weerstand. Daarnaast zijn het vragen die ergotherapeuten zichzelf ook stellen voordat ze aan de slag gaan met non-visueel werken, zoals hoe het gehoor is en hoe het met de energiebalans is. De vraag is wel of er in deze setting genoeg tijd is om deze lijst helemaal uit te vragen.

Non-visuele trainingsmanieren

“Ik heb gemerkt dat heel veel mensen angstig kunnen reageren als je het maar hebt over het opzetten van een donkere bril. Omdat veel mensen toch ook bang zijn dat hun voorland het blind worden is en dat dit dan letterlijk een ervaring is van blind zijn” – respondent 1

In de beschreven interventie wordt een aantal keer de donkere bril of een blinddoek genoemd als non-visuele trainingsmanier. Eigenlijk reageren alle ergotherapeuten hierop terughoudend. Allereerst omdat het confronterend is, maar ook omdat de cliënt de autonomie verliest. Het weggijken van de taak of de ogen dicht is iets wat je altijd voorhanden hebt en gemakkelijk gebruikt kan worden.

Trainingseffect

Een belangrijke vraag is hoe ervoor gezorgd kan worden dat wat de cliënt leert tijdens de interventie over enige tijd nog steeds zo wordt uitgevoerd. Veel respondenten zeggen hierover dat het te maken heeft met of de cliënten resultaat zien. Het is geen trucje die je even oefent, maar het is een gedragsverandering.

“De ervaring is als mensen profijt van iets hebben, als ze echt merken dat ze profijt van iets hebben, dan blijft het langer, dan zullen ze het langer gebruiken. Wat ik wel altijd tegen ze zeg, om zichzelf wel altijd de tijd te gunnen. Want het is niet zo dat het nu heel snel gaat hè gelijk” – respondent 6

Daarnaast wordt aangegeven dat het, wil het beter beklijven, van belang is om dit over langere tijd te blijven oefenen. Ook al zou dat betekenen dat er wat langere tussenpozen tussen zitten.

Ook is besproken hoe het effect van de interventie meetbaar gemaakt kan worden en op welke manier de evaluatie het beste plaats kan vinden. Verschillende bestaande instrumenten zijn genoemd, zoals de COPM en de activiteitenweger. Bij voorkeur wordt een aantal weken na afloop gebeld met de cliënt. Bij de ene locatie doet de ergotherapeut dit zelf, bij de andere locatie wordt dit opgepakt door de maatschappelijk werker. De meesten geven aan dat dit er vaak bij in schiet en dat ze hier geen tijd voor hebben.

Valkuilen

Een valkuil die vaak werd genoemd is dat de interventie niet te veel als protocol gebruikt moet worden. Daarnaast wordt bij het R&A naar aanleiding van het gesprek met de low vision specialist een aanvraag gedaan voor een hulpmiddel. Dit gesprek vindt als een van de eerste dingen plaats en er wordt dan niet altijd rekening gehouden met het feit dat er non-visueel gewerkt gaat worden. De hulpmiddelen die nodig zijn voor deze interventie kunnen niet altijd aanwezig zijn bij de cliënt, gewoonweg omdat het even duurt voordat iets aangevraagd is, maar ook omdat in eerste instantie misschien gekozen is voor het verkeerde hulpmiddel.

“Het kan heel goed zijn dat iemand tijdens het low vision onderzoek zielsgelukkig is met een loep, waarmee ‘ie toch met ontzettend veel pijn en moeite de post kan lezen. En dat is logisch, want we zijn ontzettend visueel ingesteld. Dat iemand dan die loep verkiest, is niet meer dan logisch. Maar als je wel een traject in gaat waarbij dat extra aandacht krijgt, zoals in zo’n protocol waar we het nu over hebben, dan kan het natuurlijk best zijn dat in afzienbare tijd iemand tot een andere conclusie komt over het inzetten van zijn restvisus” – respondent 5

Implementeren

Om als ergotherapeut hiermee aan de slag te gaan en de interventie te implementeren is er volgens de respondenten behoefte aan genoeg ruimte en tijd om de interventie onder de knie te krijgen. Dit kan individueel of door middel van scholing. Om het breed te kunnen implementeren is het noodzakelijk dat het management van Visio Zuid erbij betrokken wordt. Daarbij is er een ergotherapeut nodig die het voortouw neemt, zodat het uiteindelijk uitgevoerd wordt.

De interventie moet in de bestaande structuur van Visio worden geïmplementeerd. De checklist zou gemakkelijk ingevuld kunnen worden tijdens de exploratie. Verder is het idee dat de interventie in het doel van de cliënt geïntegreerd wordt, dus niet als middel op zich. De kookgroep zou een middel kunnen zijn om het doel te behalen. Een ander idee is om twee verschillende doelen te hebben, een activiteitendoel en een vaardigheidsdoel. Deze interventie zou dan onder het vaardigheidsdoel kunnen vallen. Ook wordt de optie genoemd om het te combineren met de activiteitenweger, deze interventie zou een middel kunnen zijn om de belasting belastbaarheid beter op orde te krijgen.

De meningen van de respondenten verschillen wat betreft het aanbieden van deze interventie op de R&A locatie. Sommigen vinden dat het goed ingezet kan worden in groepstrainingen op een locatie van Visio, anderen vinden dat het vooral individueel in de thuissituatie ingezet kan worden. Hier bestaat de meeste veiligheid voor de cliënt.

Wanneer het toch op de locatie van Visio wordt geoefend, is het van belang dat de vertaalslag naar de thuissituatie ook kan worden gemaakt, 'de transfer'. Om de situatie gelijk te maken met die van de Visio locatie, is een concreet beeld nodig. Dus welke materialen gebruik je en hoe zou de omgeving in de thuissituatie aangepast moeten worden. Daarnaast wordt er huiswerk opgegeven en daar wordt de volgende keer op terug gekomen.

Als laatste moet er rekening gehouden met het feit dat de gedragsverandering tijd vergt. Je kunt wel progressie zien, dit is ook wel relevant om door te gaan met interventie, maar men moet niet verwachten dat het binnen een aantal weken bereikt is.

"Je moet er eigenlijk eerst energie insteken voordat het energie oplevert" – respondent 7

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om erachter te komen wat ervoor nodig is om de interventie ‘(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten’ te implementeren in de poliklinische- of ambulante revalidatie. Dit is bepaald aan de hand van interviews met zeven ergotherapeuten van Visio. De verwachting is dat wanneer deze interventie op een juiste manier geïmplementeerd wordt, het ervoor kan zorgen dat de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt door Koninklijke Visio omhooggaat. De respondenten zijn enthousiast over het feit dat er nu een eenduidige handelswijze ontstaat, die ook uitgedragen kan worden naar de buitenwereld. Ze staan ervoor open om deze interventie te gaan toepassen op hun locatie. Hierbij worden de aanbevelingen, zoals vermeld bij aanbevelingen, meegenomen bij de toepassing.

Bakker et al. (2019) concludeerden dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar non-visuele technieken, omdat dat wellicht veelbelovend kan zijn om de vermoeidheid onder slechtzienden te verminderen. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat het verband tussen slechtziendheid en vermoeidheid door alle respondenten wordt onderkend. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Overbeek & Luttik (2016). De respondenten zien resultaten wanneer non-visueel werken (de versimpelde versie van de beschreven interventie) wordt volgehouden, dit uit zich bijvoorbeeld in de mogelijkheid om meer activiteiten uit te voeren op een dag. Het resultaat is nog niet meetbaar gemaakt, maar dit zou kunnen door gebruik te maken van de activiteitenweger of de COPM. Vooral de activiteitenweger omvat de strategieën die cliënten kunnen gebruiken om beter om te gaan met vermoeidheid (Schakel et al., 2017). Hiermee kan zowel voor- als achteraf worden gekeken naar de activiteiten die iemand doet en de mate van energie die het kost.

De checklist wordt door de respondenten gewaardeerd. In de checklist zijn de vragen verwerkt die ergotherapeuten zichzelf ook stellen voordat ze aan de slag gaan met non-visueel werken. Daarbij staat het nu ook op papier. Voor iedere cliënt wordt de checklist ingevuld. Hieruit volgt een advies over de trainingsmanier waarmee aan het werk wordt gegaan. Deze trainingsmanier wordt verwerkt in de persoonlijke doelen van de cliënt. Er ontstaat een gewenst gepersonaliseerd programma (Smallfield et al., 2017). Omdat de checklist (zie bijlage 6) specifiek geschreven is voor de klinische revalidatie van HLE, zullen er kleine aanpassingen gemaakt worden. De checklist geschikt voor poliklinische- en ambulante zorg is te vinden in bijlage 7.

Hulpmiddelen zijn voor slechtzienden erg belangrijk om zelfstandigheid te behouden. Het is een wezenlijk onderdeel van de low vision revalidatie (Kaldenberg & Smallfield, 2020; Liu et al., 2013; Liu & Chang, 2020). In veel gevallen kan een hulpmiddel ervoor zorgen dat een activiteit deels of non-visueel uitgevoerd kan worden. De aanvraag van een hulpmiddel kan echter wel wat tijd in beslag nemen. Waar nog niet eerder over geschreven is, is dat de juiste hulpmiddelen, die passen bij de trainingsmanier, aanwezig moeten zijn om aan de slag te gaan met de interventie. In eerste instantie wordt gedacht om zo snel mogelijk de hulpmiddelen aan te vragen, zodat ze aanwezig zijn tijdens het uitvoeren van activiteiten. Echter is het ook van belang dat het inventarisatieproces is afgerond om daadwerkelijk het juiste hulpmiddel, passend bij de trainingsmanier, aan te vragen. Iedere locatie kan hierin zijn eigen afweging maken. Er moet wel rekening gehouden worden met de consequenties van beide mogelijkheden, namelijk een niet-passend hulpmiddel of vertraging in het uitvoeren van de interventie doordat het hulpmiddel nog niet geleverd is.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de eenduidige werkwijze, wat een groot voordeel is, ook een valkuil kan zijn van de interventie. Het protocol kan te strikt worden gevolgd. Dit hoeft op zich geen tegenstelling te zijn als er niet te veel van het protocol wordt afgeweken, maar het levert wel een potentieel gevaar op voor de eenduidige werkwijze. Het zou beter zijn geweest als hier aandacht aan was besteed tijdens de interviews, echter was dit nog niet opgevallen op dat moment. Bij het daadwerkelijke implementeren moet hiervoor wel gewaakt worden.

Helaas is door de Corona-crisis de onderzoeksopzet zodanig omgegooid dat er geen echte cliëntervaringen met de interventie meegenomen konden worden. Alleen de expertise van de ergotherapeuten kon meegenomen worden in het onderzoek. De verwachting is dat de cliëntervaringen weer nieuwe aanbevelingen met zich mee zouden brengen voor het implementeren van de interventie. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is daarom om deze interventie kleinschalig te implementeren en de ervaringen van cliënten te observeren en noteren.

Daarentegen zijn er veel resultaten verkregen uit de interviews. Omdat het ergotherapeuten zijn van zes verschillende locaties, kon er een breder beeld worden verkregen over de meningen. Dit heeft in positieve zin bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek. Ook konden er door de verkregen antwoorden uit de interviews concrete aanbevelingen worden gedaan, die zullen bijdragen aan het juist implementeren van de interventie.

Zoals eerder al geformuleerd is, is vervolgonderzoek nodig voordat het volledig geïmplementeerd kan worden op alle Visio locaties. Een van de respondenten gaf terecht aan 'we kunnen het met zijn allen gaan uitproberen te implementeren, maar het is beter als goed gekeken wordt wat er direct overgenomen kan worden van de originele interventie en waar aanpassingen nodig zijn'. Het advies is om een pilotonderzoek uit te voeren bij cliënten met enkelvoudige visuele aandoeningen, zodat er echt gericht naar de werking van de interventie gekeken kan worden. Dit pilotonderzoek kan plaatsvinden op een aantal locaties van Visio Zuid, zodat het vervolgens in het vakgroepoverleg geëvalueerd kan worden. Voor de praktijk betekent dit dat er nog niet meteen op een grote schaal begonnen kan worden met het implementeren. Maar door middel van een pilot onderzoek, waarbij de aanbevelingen van dit onderzoek meegenomen worden, kan er een definitieve richtlijn voor de poliklinische- en ambulante setting beschreven worden.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de interventie '(non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit' ook geïmplementeerd kan worden in de poliklinische- en ambulante setting. Echter behoeft de interventie wel wat aanpassingen, welke zijn benoemd in de aanbevelingen. Vervolgonderzoek waarbij de interventie in de praktijk met cliënten wordt getest, wordt aanbevolen. Dit is noodzakelijk voordat de interventie regionaal of landelijk geïmplementeerd kan worden, omdat de ervaringen van cliënten dan ook meegenomen kunnen worden.

De kwaliteit van de geleverde zorg door Koninklijke Visio zal hierdoor hopelijk omhooggaan doordat cliënten worden ondersteund in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten met een juiste energiebalans. Dit draagt bij aan het welbevinden van de populatie slechtzienden.

Aanbevelingen

- Ergotherapeuten moeten voldoende tijd krijgen om de interventie onder de knie te krijgen. Dit kan individueel of door middel van scholing. Daarnaast is het van belang dat voordat er begonnen wordt met implementeren, het management van Visio Zuid op de hoogte is en goedkeuring geeft.
- De interventie zou zowel poliklinisch als ambulant plaats kunnen vinden. Echter moet er wanneer de interventie op locatie plaatsvindt, goed gekeken worden hoe de transfer naar de thuissituatie gemaakt kan worden. Dit kan bijvoorbeeld door huiswerk op te geven en samen te bespreken hoe de omgeving thuis is. Een meerwaarde van de interventie op locatie is dat het groepsgevoel kan. Een meerwaarde van de interventie in de thuissituatie is dat het vertrouwd en veilig is.
- De rol voor de ergotherapeut is om de interventie te coördineren en de cliënt te begeleiden bij het deels of non-visueel uitvoeren van activiteiten. De ICT-specialist begeleidt de cliënt, wanneer er ICT-doelen zijn, met het deels of non-visueel uitvoeren van ICT-activiteiten. Maatschappelijk werkers of psychologen kunnen betrokken worden wanneer er psychologische- of verwerkingsproblemen zijn. Daarnaast kan de maatschappelijk werker na afloop van de interventie de evaluatie uitvoeren. Het wordt aanbevolen om tijdens het multidisciplinair overleg de checklist met de verschillende disciplines kort door te spreken. Het is nog wel noodzakelijk om andere disciplines over deze interventie in te lichten.
- Deze interventie kan gebruikt worden bij alle slechtzienden die problemen ervaren op het gebied van de energiebalans. Een aparte appendix zou toegevoegd kunnen worden aan het programma, waarin wordt beschreven hoe deze interventie gebruikt kan worden bij NAH-cliënten. Wanneer na de start van de interventie blijkt dat de cliënt geen zelfinzicht heeft, niet leerbaar is of emotioneel nog niet klaar is om mee te werken, dan wordt geadviseerd om te stoppen met de interventie.
- Om de motivatie van de cliënt te verhogen wordt geadviseerd om van tevoren in gesprek te gaan met de cliënt en de voor- en nadelen van de interventie te benoemen. Ook kan de motivatie verhoogd worden door te benoemen dat ze uiteindelijk meer energie overhouden voor betekenisvolle activiteiten. Het ervaren van non-visueel werken heeft ook een positieve invloed op de motivatie. Belangrijk is om te benadrukken dat er eerst energie in gestoken moet worden voordat het energie oplevert.
- De checklist voldoet, met wat kleine aanpassingen, over het algemeen om te gebruiken in de poliklinische- en ambulante setting. Deze kan worden ingevuld tijdens de exploratie.
- Voor cliënten die starten met deze interventie kan het beste een aanvraag voor hulpmiddelen gedaan worden nadat alle disciplines hun onderzoeken hebben afgerond. Op deze manier wordt er een weloverwogen keuze gemaakt voor een hulpmiddel die past bij de trainingsmanier van de interventie. Ook kan ervoor gekozen worden om zo snel mogelijk hulpmiddelen aan te vragen, echter bestaat de kans dat er een niet-passend hulpmiddel wordt geleverd.
- Wanneer een cliënt activiteiten non-visueel gaat uitvoeren, probeer dan als non-visuele trainingsmanier eerst het wegstijgen van een taak of het ogen dichthouden. Andere trainingsmanieren kunnen als confronterend worden ervaren.

- Het effect van de interventie kan meetbaar gemaakt worden met de COPM of de activiteitenweger. Het is hierbij wel van belang dat de cliënt bekwaam genoeg is om hieraan mee te werken.
- Omdat het een gedragsverandering betreft, is het goed om het langere tijd te blijven oefenen. Op deze manier zal de interventie beter beklijven. Dit kan ook betekenen dat er langere tussenpozen tussen zitten.
- Deze interventie geeft een richting aan van hoe gewerkt kan worden, het is belangrijk dat het niet als een strikt protocol wordt gebruikt.

Literatuurlijst

Artikelen/boeken

- Baarda, B., Van der Hulst, M., & De Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Bakker, K., Steultjens, E., & Price, L. (2019). The lived experiences of adults with a visual impairment who experience fatigue when performing daily activities. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(8), 485-492.
- Berger, S., McAteer, J., Schreier, K., & Kaldenberg, J. (2013). Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 303-311.
- Eklund, K., Sjöstrand, J., & Dahlin-Ivanoff, S. (2008). A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(2), 68-74.
- Fok, D., Polgar, J. M., Shaw, L., & Jutai, J. W. (2011). Low vision assistive technology device usage and importance in daily occupations. *Work*, 39(1), 37-48.
- Hartingsveldt, M. J., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Het Loo Erf. (z.d.). *Zien Informatie*. Apeldoorn, Nederland: Koninklijke Visio Het Loo Erf.
- Kaldenberg, J., & Smallfield, S. (2020). Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 7402397010p1-7402397010p23.
- Limburg, H. (2007). Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning. *Health Information Services (on Behalf of Stichting InZicht), Grootebroek*.
- Liu, C. J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B., & Mears, K. E. (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 279-287.
- Liu, C. J., & Chang, M. C. (2020). Interventions within the scope of occupational therapy practice to improve performance of daily activities for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 7401185010p1-7401185010p18.
- Packer, T. L., Girdler, S., Boldy, D. P., Dhaliwal, S. S., & Crowley, M. (2009). Vision self-management for older adults: a pilot study. *Disability and rehabilitation*, 31(16), 1353-1361.
- Schakel, W., Bode, C., Van Der Aa, H. P., Hulshof, C. T., Bosmans, J. E., Van Rens, G. H., & Van Nispen, R. M. (2017). Exploring the patient perspective of fatigue in adults with visual impairment: a qualitative study. *BMJ open*, 7(8), e015023.
- Smallfield, S., Berger, S., Hillman, B., Saltzgaber, P., Giger, J., & Kaldenberg, J. (2017). Living with low vision: strategies supporting daily activity. *Occupational therapy in health care*, 31(4), 312-328.
- Sonkin, M. (2013). Seeing Clearly. *Communique*, 2013(2), 5
- Ummels, I. (2016). *Ergotherapeutische behandelmethode: 'deels visueel uitvoeren van een activiteit'*. Een onderbouwing van de behandelmethode 'het deels visueel uitvoeren van een activiteit' welke door ergotherapeuten wordt toegepast bij slechtziende cliënten binnen het intensieve revalidatietraject van Koninklijke Visio. Visio Het Loo Erf, Apeldoorn.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek* (Tweede druk). Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers.

van Nispen, R. M., Virgili, G., Hoeben, M., Langelaan, M., Klevering, J., Keunen, J. E., & van Rens, G. H. (2020). Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Internetbronnen

Koninklijke Visio. (z.d.-a). *Diabetische Retinopathie*. Geraadpleegd van <https://www.visio.org/nl-nl/slechtziend-of-blind/oogziekten/diabetische-retinopathie>

Koninklijke Visio. (z.d.-b). *Glaucoom*. Geraadpleegd van <https://www.visio.org/nl-nl/slechtziend-of-blind/oogziekten/glaucoom>

Koninklijke Visio. (z.d.-c). *Revalideren bij Visio: begeleiding en training*. Geraadpleegd van <https://www.visio.org/nl-nl/revalidatie-en-advies/begeleiding-en-training>

National Eye Institute. (2019). *Low Vision | National Eye Institute*. Geraadpleegd van <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/low-vision>

Overbeek, M., & Luttik, E. (2016). *Energie managen in je werk Vermoeidheid en het effect van een training voor werkenden met een visusbeperking*. Geraadpleegd van https://www.bartimeus.nl/sites/default/files/downloads/compleet_onderzoeksverslag_energie_managen_in_je_werk_0.pdf

Ummels, I. (2018a). *Checklijst voor bepalen trainingsvorm "(non/deels) visueel werken"*. Geraadpleegd van <https://intranet.visio.org>

Ummels, I. (2018b). *Definities voor trainingsmethode "(non/deels) visueel werken"*. Geraadpleegd van <https://intranet.visio.org>

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geraadpleegd van <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewprotocol

Baarda, B., Van der Hulst, M., & De Goede, M. (2012). *Basisboek Interviewen Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Benodigdheden:

Pen, papier, protocol, voicerecorder

Hoofdvraag: Hoe kan de interventie “het (non/deels) visueel uitvoeren van een activiteit” toegepast worden door ergotherapeuten werkzaam bij Visio, ten behoeve van de poliklinische revalidatie of revalidatie in de thuissituatie, zodat cliënten minder problemen ervaren met hun energiebalans?

Introductie:

- Fijn dat u mee wilt werken aan dit interview en dat ik vandaag met u mag praten!
- Voor mijn afstudeerscriptie onderzoek ik de mogelijkheid om de interventie ‘(non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten’ te implementeren bij Visio locaties die alleen poliklinische en ambulante zorg leveren. Tijdens het laatste vakgroepoverleg is hier al het een en ander over verteld. Ik zal het toch nog even kort toelichten, om het geheugen weer even op te frissen. De interventie bestaat uit het aanleren van (betekenisvolle) activiteiten waarbij niet, deels of wel gebruik gemaakt wordt van visus. De mate van gebruik van visus hangt af van factoren die effect hebben op het leereffect. Voorbeelden zijn of er sprake is van vermoeidheidsklachten en hoe goed iemand kan horen. Deze interventie wordt tot nu toe alleen gebruikt bij Visio HLE, maar misschien is het ook wel van toegevoegde waarde bij de overige Visio locaties. Dat wil ik graag onderzoeken.
- Het is de bedoeling dat ik dit interview ga uitwerken om het te analyseren. Ik wil het geluid daarom met mijn telefoon opnemen. Is dit goed?
- Bij de uitwerking van de interviews, resulterend uiteindelijk in de afstudeeropdracht, zullen jullie namen worden geanonimiseerd.
- Het interview zal ongeveer een half uur duren.
- Zijn er nog vragen voordat we het interview starten?

Algemene vragen:

Wat is je leeftijd?

Hoe lang werk je al bij Visio?

Op welke locatie van Visio ben je werkzaam?

Heb je ervaring met het aanleren van activiteiten door gebruik te maken van non-visueel werken?

Beginvraag:

Wat is jouw mening over de interventie (non/deels) visueel uitvoeren van activiteiten?

Topiclijst:

Interventie op jouw locatie toepassen

- Hoe denk je erover om deze interventie te gaan gebruiken op jouw locatie?
- Hoe denk je dat het eruit moet komen te zien/hoe het vorm gegeven moet worden?

Cliënten

- Voor welke doelgroep lijkt je dit geschikt?
- Voor welke doelgroep lijkt je dit totaal niet geschikt?

Positieve punten

- Wat zou het volgens jou kunnen opleveren als deze interventie geïmplementeerd wordt?

- Denk je dat het een positief effect kan hebben op de ervaren vermoeidheid van cliënten?

Valkuilen

- Wat zouden eventuele valkuilen kunnen zijn van deze interventie?
- Als er valkuilen bestaan, heb je een idee hoe deze opgelost kunnen worden?

Implementeren

- Wat is er uiteindelijk voor nodig om het te implementeren?
- Welke disciplines moeten betrokken worden?
- Heb je een idee hoe het trainingseffect over langere tijd behouden kan blijven?

Doorvragen:

- Kunt je daar een voorbeeld van geven?
- Wat bedoel je daarmee?
- Waarom vind je dat/denk je dat?
- Hoe ervaar je dit?

Afsluiting:

- Controleren of alle thema's aan bod zijn gekomen. Vragen of er nog dingen zijn die nog niet aan bod zijn gekomen en waar ze nog wel wat over kwijt willen.
- Dankjewel voor de medewerking en de tijd!
- Opname stoppen.
- Vragen of ze op de hoogte gehouden willen worden van de ontwikkelingen rondom dit onderwerp.

Bijlage 2: Interviews

vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd

Bijlage 3: Checklist originele versie

Naam cliënt:

Naam ergotherapeut:

Datum van afname:

Doel: richting geven bij het kiezen van cliëntgerichte trainingsmanieren in de beginfase van het revalidatietraject. Het is géén strikt protocol dat gevolgd moet worden. Trainingsmanieren zijn nog steeds afhankelijk van bekendheid van de cliënt met de taak en complexiteit van de taak. Trainingsmanieren kunnen dus verschillen per discipline. Een overzicht van de trainingsmanieren is te vinden in het methodenboek. De factoren in de checklijst kunnen wijzigen tijdens het traject, en daarmee kan ook de trainingsvorm wijzigen. Veranderbare factoren worden in de checklijst aangegeven met *

ICF	Factoren die bepalend zijn voor een leereffect bij het (non/deels) visueel uitvoeren van detailtaken of taken in nabije omgeving.	JUIST/JA Positieve factor voor "non visueel"	ONJUIST/NEE Negatieve factor voor "non visueel"	Opmerking van behandelaar of score meetinstrument
Aandoening	1. De cliënt ervaart houdingsklachten <u>én</u> de cliënt relateert deze zelf aan de visuele inspanning.* <i>Bron: gesprek met cliënt en observatie van een activiteit:</i>	☐	☐ Geen klachten of wel klachten maar géén relatie volgens cliënt	
	2. De cliënt ervaart vermoeidheidsklachten <u>én</u> de cliënt relateert deze zelf aan de visuele inspanning.* <i>Bron: gesprek met cliënt en ev. aanvullende testen</i>	☐	☐ Geen klachten of wel klachten maar géén relatie volgens cliënt	
Functie	3. uitvoer detailtaken <i>Bron: advies in visueel profiel</i>	☐ Non visueel	☐ Deels visueel/visueel	
	4. uitvoer zoektaken in nabije omgeving <i>Bron: advies in visueel profiel</i>	☐ Non visueel	☐ Deels visueel/visueel	
	5. De cliënt ervaart géén functionele beperkingen in de tastzin die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training.* <i>Bron: observatie van activiteit en ev. sensorische testen (ergotherapie)</i>	☐	☐ Beperkingen	
	6. De cliënt ervaart géén functionele beperkingen in het gehoor die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training.* <i>Bron: observatie van een activiteit en het auditief profiel (spinnenweb en conclusie)</i>	☐	☐ Beperkingen	Verminderde functies:
	7. De cliënt ervaart géén beperkingen in motorische functies die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training. <i>Bron: observatie van een activiteit en ev. krachttest hand/vingers (ergotherapie)</i>	☐	☐ Beperkingen	

Activiteiten	8. De cliënt zet uit zichzelf tijdens het uitvoeren van activiteiten regelmatig andere zintuigen in ter vervanging van/in aanvulling op de restvisus.* <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Veelal gericht op visueel uitvoeren	
	9. De cliënt staat ervoor open om nieuwe strategieën te onderzoeken en herhaaldelijk uit te proberen.* <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Houdt vast aan eigen routines	
	10. De cliënt heeft een laag - normaal werktempo of heeft een hoog werktempo maar kan dit gemakkelijk aanpassen.* <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Hoog werktempo én willen vasthouden	
Participatie	11. De cliënt kan geleerde strategieën in de thuissituatie oefenen; ervaart geen beperkingen vanuit de sociale omgeving.* <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Beperkingen	
Persoon	12. Het verwerkingsproces aangaande de visuele beperking staat het revalidatieproces niet in de weg.* <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Belemmerend	
	13. De cliënt kan zelf concrete beweegredenen noemen om zijn handelen te willen veranderen; er is een duidelijke wens of noodzaak.* <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Géén concrete beweegredenen	
	14. De cliënt heeft géén persoonlijkheidskenmerken of karaktereigenschappen die het veranderen in handelen bemoeilijken (voorbeelden zijn: perfectionisme, faalangst, starheid, weinig vertrouwen in anderen, vermijdende coping stijl). <i>Bron: gesprek met de cliënt, observatie van een activiteit, gegevens psycholoog in revalidatieplan</i>	☐	☐ Belemmerende kenmerken	
	15. De cliënt ervaart geen problemen in het auditief verwerken van informatie (begrijpen en beklijven). <i>Bron: gesprek met de cliënt, observatie van een activiteit:</i>	☐	☐ Problemen	
Extern	16. De cliënt is niet ambivalent in het gebruik van hulpmiddelen die gericht zijn op de visuele beperking.* <i>Bron: visueel profiel en gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Ambivalentie	
Total score				
		Focus op “non visuele” trainingsmanieren (met uitloop naar “deels visueel”)	Focus op “visuele” trainingsmanieren (met uitloop naar “deels visueel”)	

Conclusie: Focus op trainingsvorm: ☐ Non visueel (12-16 antwoorden in linker kolom) ☐ Non visueel met uitloop naar deels visueel (9-12 antwoorden in linker kolom) ☐ Deels visueel (8 antwoorden in beide kolommen) ☐ Visueel met uitloop naar deels visueel (9-12 antwoorden in rechter kolom) ☐ Visueel (12 – 16 antwoorden in rechter kolom) Belemmerende factoren voor aangekruiste trainingsvorm: (benoem hier kort de factor of het nummer):				

Bijlage 4: Checklist verbeterde versie

Naam cliënt:

Naam ergotherapeut:

Datum van afname:

Doel: richting geven bij het kiezen van cliëntgerichte trainingsmanieren in de beginfase van het revalidatietraject. Het is géén strikt protocol dat gevolgd moet worden. Trainingsmanieren zijn nog steeds afhankelijk van bekendheid van de cliënt met de taak en complexiteit van de taak. Trainingsmanieren kunnen dus verschillen per discipline. Een overzicht van de trainingsmanieren is te vinden in het methodenboek. De factoren in de checklist kunnen wijzigen tijdens het traject, en daarmee kan ook de trainingsvorm wijzigen. Veranderbare factoren worden in de checklist aangegeven met *

ICF	Factoren die bepalend zijn voor een leereffect bij het (non/deels) visueel uitvoeren van detailtaken of taken in nabije omgeving.	JUIST/JA Positieve factor voor "non visueel"	ONJUIST/NEE Negatieve factor voor "non visueel"	Opmerking van behandelaar of score meetinstrument
Aandoening	1. De cliënt ervaart houdingsklachten <u>én</u> de cliënt relateert deze zelf aan de visuele inspanning. * <i>Bron: gesprek met cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Geen klachten of wel klachten maar géén relatie volgens cliënt	
	2. De cliënt ervaart vermoeidheidsklachten <u>én</u> de cliënt relateert deze zelf aan de visuele inspanning. * <i>Bron: gesprek met cliënt en evt. aanvullende testen</i>	☐	☐ Geen klachten of wel klachten maar géén relatie volgens cliënt	
Functie	3. Uitvoer detailtaken <i>Bron: advies in low vision verslag</i>	☐ Non visueel	☐ Deels visueel/visueel	
	4. Uitvoer zoektaken in nabije omgeving <i>Bron: advies in low vision verslag</i>	☐ Non visueel	☐ Deels visueel/visueel	
	5. De cliënt ervaart géén functionele beperkingen in de tastzin die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training. * <i>Bron: observatie van activiteit en gesprek met cliënt</i>	☐	☐ Beperkingen	
	6. De cliënt ervaart géén functionele beperkingen in het gehoor die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training. * <i>Bron: observatie van een activiteit en gesprek met cliënt</i>	☐	☐ Beperkingen	Verminderde functies:
	7. De cliënt ervaart géén beperkingen in motorische functies die belemmerend zijn voor het oefenen van activiteiten tijdens de training. <i>Bron: observatie van een activiteit en gesprek met cliënt</i>	☐	☐ Beperkingen	

Activiteiten	8. De cliënt zet uit zichzelf tijdens het uitvoeren van activiteiten regelmatig andere zintuigen in ter vervanging van/in aanvulling op de restvisus. * <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Veelal gericht op visueel uitvoeren	
	9. De cliënt staat ervoor open om nieuwe strategieën te onderzoeken en herhaaldelijk uit te proberen. * <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Houdt vast aan eigen routines	
	10. De cliënt heeft een laag - normaal werktempo of heeft een hoog werktempo maar kan dit gemakkelijk aanpassen. * <i>Bron: gesprek met de cliënt en observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Hoog werktempo én willen vasthouden	
Participatie	11. De cliënt kan geleerde strategieën in de thuissituatie oefenen; ervaart geen beperkingen vanuit de sociale omgeving. * <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Beperkingen	
Persoon	12. Het verwerkingsproces aangaande de visuele beperking staat het revalidatieproces niet in de weg. * <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Belemmerend	
	13. De cliënt kan zelf concrete beweegredenen noemen om zijn handelen te willen veranderen; er is een duidelijke wens of noodzaak. * <i>Bron: gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Géén concrete beweegredenen	
	14. De cliënt heeft géén persoonlijkheidskenmerken of karaktereigenschappen die het veranderen in handelen bemoeilijken (voorbeelden zijn: perfectionisme, faalangst, starheid, weinig vertrouwen in anderen, vermijdende coping stijl). <i>Bron: gesprek met de cliënt, observatie van een activiteit, gegevens psycholoog in revalidatieplan</i>	☐	☐ Belemmerende kenmerken	
	15. De cliënt ervaart geen problemen in het auditief verwerken van informatie (begrijpen en beklijven). <i>Bron: gesprek met de cliënt, observatie van een activiteit</i>	☐	☐ Problemen	
Extern	16. De cliënt is niet ambivalent in het gebruik van hulpmiddelen die gericht zijn op de visuele beperking. * <i>Bron: low vision verslag en gesprek met de cliënt</i>	☐	☐ Ambivalentie	
Total score				
		Focus op “non visuele” trainingsmanieren (met uitloop naar “deels visueel”)	Focus op “visuele” trainingsmanieren (met uitloop naar “deels visueel”)	

Conclusie: Focus op trainingsvorm: ☐ Non visueel (12-16 antwoorden in linker kolom) ☐ Non visueel met uitloop naar deels visueel (9-12 antwoorden in linker kolom) ☐ Deels visueel (8 antwoorden in beide kolommen) ☐ Visueel met uitloop naar deels visueel (9-12 antwoorden in rechter kolom) ☐ Visueel (12 – 16 antwoorden in rechter kolom) Belemmerende factoren voor aangekruiste trainingsvorm: (benoem hier kort de factor of het nummer):				