

# Interventie

## ‘Kijk, zo kan het ook!’

Een methodische begeleiding van mensen met een visuele en verstandelijke beperking

### Werkblad beschrijving interventie



Werkblad, versie 2020

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstellingen:



# Colofon

## **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Visio en Bartiméus (Expertisegroep VVB)

E-mail:

**Website** (van de interventie):

[Doorlink Kijk zo kan het ook Webshop van Koninklijke Visio - Koninklijke Visio](#)

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Esther Rietveld (consulent VVB), Maaïke Cornelisse (Gedragswetenschapper), Dana Dinjens (consulent VVB), Wieneke Huls (interventiecoach)

Titel interventie: Kijk zo kan het ook

Databank(en):

Plaats, instituut: Nijmegen, Visio/ Bartimeus

Datum: november 2022

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

# Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Colofon</b> .....                     | <b>2</b>  |
| <b>Inhoud</b> .....                      | <b>3</b>  |
| <b>Samenvatting</b> .....                | <b>4</b>  |
| Doelgroep .....                          | 4         |
| Doel .....                               | 4         |
| Aanpak .....                             | 4         |
| Materiaal.....                           | 4         |
| Onderbouwing.....                        | 4         |
| Onderzoek.....                           | 4         |
| <b>1. Uitgebreide beschrijving</b> ..... | <b>5</b>  |
| Beschrijving interventie .....           | 5         |
| 1.1 Doelgroep.....                       | 5         |
| 1.2 Doel .....                           | 6         |
| <b>2. Uitvoering</b> .....               | <b>12</b> |
| <b>3. Onderbouwing</b> .....             | <b>16</b> |
| <b>5. Werkzame elementen</b> .....       | <b>19</b> |
| <b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....   | <b>20</b> |

# Samenvatting

## Doelgroep

Mensen met een visuele én verstandelijke beperking (nader te noemen VVB). Dit betreft kinderen en volwassenen die zowel thuiswonend kunnen zijn of woonachtig binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Het betreft cliënten die niet woonachtig zijn binnen Visio of Bartiméus zelf en die dus aangewezen zijn op ambulante begeleiding vanuit deze instellingen.

## Doel

Het vergroten van kwaliteit van leven van mensen met een VVB middels het optimaliseren van de benaderingswijze van het cliëntensysteem (alle betrokkenen rondom de cliënt), het creëren van een veilige woon- en werkomgeving voor de cliënt en het aanleren van vaardigheden aan de cliënt zelf om, om te kunnen gaan met de visuele beperking. Dit gebeurt door middel van een begeleidingstraject op maat van gemiddeld 6 tot 9 maanden.

## Aanpak

Deskundigheidsbevordering van het cliëntensysteem m.b.t. tot benadering en omgeving m.b.t. de VVB en waar mogelijk aanleren van vaardigheden aan de cliënt met VVB. Dit gebeurt middels het stapsgewijs doorlopen van een begeleidingstraject die de volgende stappen kent: Intake, beeldvorming, analyse en opstellen van multidisciplinair plan, interactieve scholing, formuleren en uitvoeren hoofd en werkdoelen en evaluatie.

## Materiaal

De opleiding 'Kijk zo kan het ook' en bijbehorende handleiding over de methodiek. Formulieren die onderdeel zijn van de methodiek. Folders over de methodiek. Een videocamera en programma om beelden te bewerken. Ervaringsbrillen.

## Onderbouwing

Wanneer er sprake is van een VVB leidt dit tot extra beperkingen in het functioneren en heeft dit een grote impact op de kwaliteit van leven. De visuele en verstandelijke beperking versterken elkaar negatief. Mensen met een visuele beperking compenseren hun beperking vaak door een beroep te doen op hun cognitie en voorstellingsvermogen. Het cognitieve vermogen, het taalbegrip en het verstandelijk vermogen van iemand met een verstandelijke beperking is vaak juist gering. Daarom verwerken zij vaak veel informatie door te kijken en doet iemand met een verstandelijke beperking een extra beroep op zijn gezichtsvermogen. Dit is juist niet of minder goed mogelijk door de slechtziendheid. Dit maakt dat de compensatiemogelijkheden beperkt zijn. Hierdoor hebben mensen met een VVB meer ondersteuning nodig in het dagelijks leven in vergelijking met personen met een verstandelijke beperking zónder visuele beperking. Een interventie moet daarom gericht zijn op deskundigheidsbevordering van het cliëntensysteem zodat zij inzicht krijgen in de impact van deze beperking op het dagelijks leven van de cliënt én hoe hiermee om te gaan.

In de periode 2001 -2006 bleek uit onderzoek naar de effectiviteit van begeleiding door expertiseorganisaties dat de gegeven adviezen aan het cliëntensysteem m.b.t. de VVB niet beklifden. Naar aanleiding van dit onderzoek is de methodiek 'Kijk zo kan het ook' ontwikkeld.

## Onderzoek

In 2009 is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie onder 40 cliënten met een VVB. Dit onderzoek liet zien dat van 90 opgestelde hoofddoelen 69% was gerealiseerd. De meeste geformuleerde hoofd- en werkdoelen hadden betrekking op het handelen van begeleiders, waarvan 79% was gerealiseerd. Van de hoofd- en werkdoelen rond omgevingsaanpassingen was respectievelijk 67% en 71% gerealiseerd. Een belangrijke voorwaarde voor deze interventie is dat er vooraf is afgestemd met leidinggevendenden van een instelling welke randvoorwaarden er gevraagd worden. Daarbij gaat het om de bereidheid tot samenwerking, tijd en inzet van begeleiders voor het opstellen en uitvoeren van doelen en een budget voor het realiseren van aanpassingen in de fysieke omgeving van de cliënt (Bokken & Wiersema, 2009).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

### 1.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

Mensen met een visuele én verstandelijke beperking (nader te noemen VVB). Dit betreft kinderen en volwassenen die zowel thuiswonend kunnen zijn of woonachtig binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Het betreft cliënten die niet woonachtig zijn binnen Visio of Bartiméus zelf en die dus aangewezen zijn op ambulante begeleiding vanuit deze instellingen. Het cliëntensysteem heeft vragen over de impact van de visuele beperking op het dagelijks functioneren van de cliënt en de wijze waarop zij omgeving en benadering af kunnen stemmen m.b.t. de visuele beperking.

#### **Intermediaire doelgroep**

Het cliëntensysteem van de cliënten met een visuele en verstandelijke beperking. Dit betreft ouders, verwanten, begeleiders, gedragswetenschappers, artsen, paramedici en vrijwilligers die betrokken zijn rondom de cliënt (nader te noemen: cliëntensysteem). In deze methodiek is het cliëntensysteem van essentieel belang.

#### **Selectie van doelgroepen**

##### **Selectie van uiteindelijke doelgroep:**

Deze interventie kan toegepast worden op individuele cliënten die voldoen aan de volgende criteria:

- De cliënt heeft een lichte, matige of (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Dit is bekend o.b.v. een verricht intelligentieonderzoek.
- Daarnaast heeft de cliënt een visuele beperking (volgens richtlijn Nederlands Oogheelkundig Genootschap); een gezichtsscherpte < 0,3 en/of een gezichtsveld minder dan 30° en/of is er sprake van visuele verwerkingsproblemen (CVI).
- Client en/of cliëntensysteem hebben hulpvragen over hoe de cliënt het visueel functioneren in de praktijk in zet en op welke wijze hij/ zij de visuele beperking compenseert. Ook heeft men vragen over benadering en omgeving m.b.t. de visuele beperking. Daarnaast kunnen er meer specifieke vragen zijn bijvoorbeeld m.b.t. mobiliteit, activiteiten, brilgewenning en visuele stimulatie. Ook bij vragen m.b.t. gedragsproblemen kan de methodiek worden ingezet. Het is van belang zorgvuldig in kaart te brengen of de gedragsproblemen die zich voordoen voortkomen uit de visuele beperking.

##### **Contra-indicaties:**

- Onvoldoende draagkracht of motivatie bij het cliëntensysteem om te werken aan problemen/uitdagingen die te maken hebben met de visuele beperking.
- Het cliëntensysteem heeft niet de tijd die nodig is om het begeleidingstraject uit te voeren
- Ingrijpende veranderingen in het leven van de cliënt, bijvoorbeeld aankomende operaties, verhuizing of wisseling van dagbesteding van cliënt.
- De interventie 'Kijk zo kan het ook' heeft al twee keer plaatsgevonden in een bepaald team van dezelfde samenstelling en het resultaat was beide keren onvoldoende.

De contra-indicaties betekenen niet dat de interventie helemaal niet kan plaatsvinden, maar mogelijk op een later moment als aan de voorwaarden voldaan kan worden.

## Selectie van de intermediaire doelgroep:

- Actieve betrokkenheid van het cliëntsysteem is een vereiste voor het slagen van deze interventie. Het cliëntsysteem moet in de gelegenheid zijn om tijd vrij te maken voor het begeleidingstraject (intakegesprek, teamscholing, formuleren en uitvoeren van doelen).

## Betrokkenheid doelgroep

De interventie 'Kijk zo kan het ook' is in 2009 uitgebracht door drs. I. Wiersema (destijds werkzaam als adviseur en onderzoeker bij Delphi Marketing & Kwaliteit Managementgroep Amstelveel) en drs. J. Bokken (destijds werkzaam als Gedragswetenschapper bij Sensis). In 2016 is deze methodiek door Koninklijke Visio en Bartiméus kritisch geëvalueerd. Aan de hand van de ervaringen van de professionals van Visio en Bartiméus met de methodiek in de dagelijks praktijk zijn knel- en verbeterpunten geïnventariseerd. Naar aanleiding van deze geleerde lessen uit de praktijk is de methodiek geoptimaliseerd. Het is helaas onduidelijk door wie en wat er exact in 2016 geëvalueerd is. In een volgende evaluatie is het van belang de doelgroep (cliënt en/of cliëntsysteem) te betrekken. Dit kan gedaan worden door bij afronding van de methodiek KZKHO standaard gebruik te maken van een evaluatieformulier dat door het cliëntsysteem wordt ingevuld. Wanneer de methodiek doorontwikkeld wordt kan de input uit deze formulieren worden meegenomen.

## 1.2 Doel

### Hoofddoelen

Het doel van de interventie is het vergroten van kwaliteit van leven van mensen met een VVB middels het optimaliseren van de benaderingswijze (door het cliëntsysteem), het creëren van een veilige woon- en werkomgeving voor de cliënt en het aanleren van vaardigheden aan de cliënt zelf om, om te kunnen gaan met de visuele beperking. Dit gebeurt door middel van een begeleidingstraject op maat van gemiddeld 6 tot 9 maanden.

De kracht van de interventie ligt in het multidisciplinair kijken en doelgericht formuleren en handelen. Uitgangspunt is het streven naar het zo lang mogelijk in stand houden of vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. Dit gebeurt door de cliënt en het cliëntsysteem te stimuleren, trainen en ondersteunen. Hierbij maken de professionals van Visio/ Bartiméus zich zo snel mogelijk overbodig, door activiteiten mét de cliënt en het cliëntsysteem te doen en niet vóór hen. Bij het uitvoeren van de methodiek speelt het cliëntsysteem dan ook een essentiële rol. Doordat zij meer kennis krijgen over de visuele beperking en hoe benadering en omgeving af te stemmen hierop wordt de kwaliteit van leven van de cliënt vergroot.

Het hoofddoel is behaald wanneer de interventie volledig doorlopen is en er antwoord is gegeven op de gestelde hulpvragen. De duur hiervan verschilt per cliënt en cliëntsysteem en zal soms met een individueel cliënt-traject worden vervolgd.

### Subdoelen

Subdoelen cliëntsysteem:

- Het cliëntsysteem heeft kennis en inzicht in de visuele beperking van de cliënt
- Het cliëntsysteem heeft zicht op hoe de cliënt met de VVB zijn visuele beperking compenseert
- Het cliëntsysteem weet welke benaderingsaspecten van belang zijn in de omgang met de cliënt met de visuele en verstandelijke beperking
- Het cliëntsysteem weet welke omgevingsaanpassingen (o.a. verlichting, contrast, kleurgebruik, inrichting) van belang zijn voor de cliënt met VVB
- Het cliëntsysteem weet welke activiteiten ze kunnen aanbieden passend bij de visuele en verstandelijke beperking
- Het cliëntsysteem weet hoe ze de cliënt kunnen stimuleren en ondersteunen bij de aangeleerde vaardigheden

Subdoelen gericht op de cliënt, mits de verstandelijke vermogens dit toelaten, kunnen zijn:

- De cliënt heeft inzicht in zijn visuele beperking.

- De cliënt weet wat helpend is in zijn woon en/of werksituatie m.b.t. zijn visuele beperking
- De cliënt kan zich oriënteren en verplaatsen passend bij zijn mogelijkheden
- De cliënt kan zijn restvisus en andere zintuigen zo optimaal mogelijk inzetten om zijn visuele beperking te compenseren.
- De cliënt heeft een uitgebreider activiteiten aanbod passend bij zijn visuele en verstandelijke mogelijkheden

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

De duur van het traject is afhankelijk van het cliëntensysteem en de hulpvragen die er liggen. Er is geen vaste tijd vastgelegd over de duur van de interventie, het is maatwerk. Het gehele traject duurt gemiddeld 6 tot 9 maanden.

#### Diagnostiek.

Deze fase bestaat uit gemiddeld drie sessies. Er is echter sprake van maatwerk, dit maakt uitloop mogelijk mits noodzakelijk.

Het traject start met een intakegesprek met het cliëntensysteem. In sommige gevallen (wanneer niveau van functioneren dit toelaat) kan de cliënt hierbij (deels) aanwezig zijn. Er vindt uitleg plaats van de interventie, de hulpvragen worden geïnventariseerd en er wordt een eerste indruk verkregen van de cliënt en zijn leefomgeving. Hierna wordt aan de hand van aanvullend (dossier)onderzoek en (video)observatie de situatie van de cliënt verder in kaart gebracht. In de diagnostiekfase wordt onderzocht:

- Het visueel functioneren van de cliënt in het dagelijks leven
- De relatie tussen visueel functioneren, cognitief functioneren en gedrag
- De woon- en werksituatie van de cliënt

Dit alles wordt beschreven in het multidisciplinair plan. (zie stap 3, inhoud van de interventie)

#### Bewustwording en opstellen van een plan

Het is van essentieel belang dat het cliëntensysteem een actieve rol heeft in het komen tot een beeldvorming van de cliënt en het opstellen van doelen. Daarom volgt er na de diagnostiekfase een interactieve scholing voor het cliëntensysteem waarvan het multidisciplinair plan de basis is. Doel van deze interactieve scholing is om te komen tot een gedeelde beeldvorming van de cliënt en het formuleren van prioriteiten m.b.t. de VVB. In deze scholing wordt uitleg gegeven over het visueel functioneren van de cliënt en worden er ervaringsoefeningen gedaan. Tevens worden samen met het cliëntensysteem videobeelden geanalyseerd. Het cliëntensysteem wordt hierbij actief bevraagd en krijgt op deze wijze inzicht in de visuele beperking, de compensatiestrategieën die de cliënt gebruikt en wat er helpend is voor de cliënt m.b.t. de visuele beperking. Op basis van de verschillende onderdelen van de scholing wordt een beeld gevormd over:

- De gevolgen van de visuele beperking in het dagelijks leven
- De mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
- De begeleiding van de cliënt
- De inrichting van de leefomgeving

Hierna formuleert het cliëntensysteem in samenspraak met Koninklijke Visio of Bartiméus de belangrijkste aandachtspunten om aan te werken. Dit wordt ook vastgelegd in het multidisciplinaire plan.

#### Doelgericht werken.

Deze fase bestaat uit gemiddeld drie sessies. Er is echter sprake van maatwerk, dit maakt uitloop mogelijk mits noodzakelijk.

Op basis van de aandachtspunten uit de scholing wordt samen met het cliëntensysteem (persoonlijk begeleider en/of gedragswetenschapper en bij voorkeur familielid) concrete en haalbare hoofdoelen geformuleerd. Deze doelen worden SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) geformuleerd en worden opgedeeld in kleine stapjes: de werkdoelen. Het cliëntensysteem voert deze werkdoelen uit onder begeleiding van Visio of Bartiméus.

Vervolgens vindt er evaluatie plaats met het cliëntensysteem. De methodische begeleiding wordt afgesloten als alle hoofdoelen behaald zijn en de hulpvragen beantwoord zijn. Er worden dan ook afspraken gemaakt

over borging; de belangrijkste informatie over het visueel functioneren van de cliënt en hoe hem hierin te ondersteunen wordt opgenomen in het zorgplan van de instelling. Op deze wijze komt dit jaarlijks terug bij de evaluatie van het zorgplan.

Tevens kan het zo zijn dat deze overgaat in een vervolg behandeltraject waarbij andere interventies worden ingezet, bijvoorbeeld oriëntatie en mobiliteit, visuele stimulatie met de iPad of brilgewenning. Het is afhankelijk van de uitkomsten van de diagnostiek en gezamenlijke beeldvorming en van de hulpvragen of hier behoefte aan is.

## Inhoud van de interventie

### Stap 1: Intake

Indien er hulpvragen zijn m.b.t. de geconstateerde visuele beperking wordt door de consulent/therapeut VVB van Visio of ambulant begeleider van Bartiméus (nader te noemen: Therapeut) besproken dat het mogelijk is de 'Kijk zo kan het ook' interventie te starten. In principe zijn alle hulpvragen gericht op de visuele beperking die vanuit de cliënt of cliëntstelsel komen, voldoende om een traject te starten. Het traject kan ook gestart worden als er nog geen VFO heeft plaatsgevonden, maar wel bekend is uit eerder onderzoek dat de cliënt slechtziend is. Het VFO vindt dan plaats bij de beeldvormingsfase (stap 2).

Als het cliëntstelsel een 'Kijk zo kan het ook' (nader te noemen KZKHO) traject wil starten, vindt er een (telefonisch) intakegesprek (specifiek gericht op KZKHO) plaats met een persoon uit het cliëntstelsel. Het intakeformulier, waarin de domeinen van ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) uitgewerkt zijn naar gesprekspunten, dient als leidraad voor dit gesprek.

Doel van het gesprek is:

- Kennismaking
- Informatie verstrekken over KZKHO-methodiek
- De hulpvragen worden verduidelijkt
- Aanzet tot beeldvorming, o.a. de relatie tussen visueel functioneren, cognitief functioneren en gedrag en de woon- en werksituatie van de cliënt
- Relevante gegevens (bijv. psychologisch- of audiologisch onderzoek) worden opgevraagd
- Concrete afspraken maken t.b.v. observatie- en diagnostiekfase en interactieve scholing
- Toestemmingsformulier videobeelden overhandigen en akkoord vragen

### Stap 2: Beeldvorming

Start van onderzoeks- en observatiefase aan de hand van (video)-observatie door het ambulante team. Doel is een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de cliënt, zijn leefsituatie en de mogelijkheden van het cliëntstelsel om af te stemmen op de visuele beperking. Leidraad voor de ordening van alle informatie is de ICF.

De volgende deskundigen maken deel uit van het ambulante team:

- Orthoptist:  
Doet onderzoek naar het visueel functioneren
- Beschrijft de belangrijkste informatie uit het visueel functie onderzoek in het multidisciplinair verslag
- Eventueel observeren van het visueel functioneren van de cliënt aan de hand van videobeelden
  
- Therapeut:  
Filmt en observeert de cliënt in het dagelijks leven:
- Het functioneren van de cliënt tijdens zijn dagelijkse bezigheden
- De interactie tussen cliënt en cliëntstelsel
- De invloed van omgevingsfactoren op het gedrag
  
- Gedragsdeskundige:  
Beschrijft relatie tussen niveau van functioneren, visus en gedrag. Dit doet hij/zij door:



- Bestuderen gedragskundige informatie (dossier)
- Bekijken van videobeelden
- Het uitvoeren van observaties/ onderzoek op locatie, indien wenselijk/ noodzakelijk
  
- Het team kan met elk gewenste deskundige aangevuld worden, bijvoorbeeld met een maatschappelijk werker. Dit is afhankelijk van de hulpvragen die bij de intake naar voren komen.

### **Stap 3: Analyse en opstellen Multidisciplinair plan**

Alle betrokken onderzoekers leggen hun bevindingen vast in het multidisciplinair plan. Dit is een werkdocument; een concept multidisciplinair plan (MD-plan).

#### *Analyse van de verkregen informatie*

De multidisciplinaire beeldvorming ontstaat door analyse van de verkregen informatie uit stap 1 en 2. In dit verslag worden de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt beschreven in:

- De eventuele visuele restfuncties,
- Het gedrag van de cliënt in het dagelijks leven
- De compensatiemogelijkheden
- Het persoonsbeeld (mate van verstandelijke beperking, persoonlijkheid, aanleg, bijkomende gezondheidsaspecten/gewoonten/gedragsaspecten)

Om te komen tot een goed onderbouwd MD-plan zijn er vragen opgesteld over de ICF-domeinen:

- Ziekte, aandoening en functies: Wat betekent inzicht in de resterende visuele functies voor het functioneren van de cliënt?
- Functies: Kan de cliënt nog gebruik maken van zijn andere zintuigen en zijn geheugen (= compenseren)?
- Activiteiten en participatie: Hoe functioneert de cliënt bij activiteiten in het dagelijks leven? Op welke wijze vindt interacties tussen cliënt en cliëntstelsel plaats?
- Persoonlijke factoren: Wat betekent het kennen van het cliëntstelsel van de cliënt?
- Externe factoren: Welke aanpassingen zijn nodig in de fysieke omgeving?

#### *Integrale conclusie*

Aan het einde van de onderzoeks- en observatiefase formuleert het ambulante team de verbinding tussen de onderzoeks- en observatiegegevens in de integrale conclusie. Dit is een korte beschrijving van de samenhang tussen de visuele functies, verstandelijke beperking, het huidige gedrag (compensatiemogelijkheden), de invloed van de externe factoren en de huidige activiteiten. Hierin wordt ook beschreven op welke wijze het cliëntstelsel reeds goed aansluit m.b.t. de visuele beperking en waar nog mogelijkheden zijn tot optimalisering en verbetering om de cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen.

#### *Zicht op verbeteringen*

Na het formuleren van de integrale conclusie gaat het team op zoek naar uitgangspunten voor verbetering. Daarbij komen vragen aan bod als:

- Hoe beïnvloedt het samengaan van visus, ontwikkelingsniveau en gedrag het dagelijks functioneren?
- Welke gevolgen heeft dit voor de omgang van verwanten/ begeleiders met de cliënt?
- Welke invloed heeft dit op het inrichten van de leefomgeving?

Het kennen van compensatiestrategieën van de cliënt is een belangrijk uitgangspunt voor verdere verbetervoorstellen en geven richting aan het MD-plan.

#### *Kernproblemen, remmende- en positieve factoren*

Een belangrijk onderdeel in het MD-plan is het komen tot het kernprobleem: het grootste probleem waar de cliënt en het cliëntstelsel tegenaan lopen. Dit gebeurt door het scheiden van hoofd- en bijzaken. Meestal kun je uit het kernprobleem het hoofddoel voor de cliënt en het cliëntstelsel afleiden. Soms is dit echter lastig, omdat er sprake is van remmende factoren. Dit zijn factoren die de haalbaarheid van het hoofddoel negatief beïnvloeden en waar het cliëntstelsel (op dat moment) geen invloed op heeft,

bijvoorbeeld een onstabiel team of geen budget. Ook zijn er positieve factoren, die het hoofddoel positief beïnvloeden. Deze factoren beïnvloeden het cliëntsysteem in positieve zin en maken meer mogelijk, bijvoorbeeld stabiel team van begeleiders of een zeer betrokken familielid.

#### **Stap 4: Interactieve scholing**

In de KZKHO-interventie is het van belang dat het cliëntsysteem actief meedenkt over en inzicht krijgt in het functioneren van de cliënt en dat zij een grote rol hebben bij het formuleren en uitvoeren van hoofddoelen. Daarom vindt er een interactieve scholing plaats. Deze wordt gegeven door een therapeut en gedragskundige. De insteek van deze bijeenkomst is het creëren van bewustwording bij het cliëntsysteem en hen uitdagen prioriteiten te stellen. Het MD-plan is de basis voor de scholing.

De teamscholing heeft als doel:

- Inzicht geven in de specifieke gevolgen van de combinatie van visuele en verstandelijke beperking en welke compensatie-strategieën de cliënt hanteert
- Inzicht geven in de gevolgen van de visuele beperking in het dagelijks leven
- Slechthoortheid ervaren m.b.v. ervaringsbrillen en ervaringsoefeningen
- Inzicht geven in het belang van een juiste benaderingswijze, contrast- en kleurgebruik en verlichting
- Prioriteiten formuleren voor verbetering

Afhankelijk van de gekozen kernproblemen en prioriteiten wordt er besproken of ondersteuning van Visio of Bartiméus wenselijk is. Zo ja dan wordt er een vervolgspraak gemaakt waarin hoofd- en werkdoelen uitgewerkt worden.

#### **Stap 5: Hoofd- en werkdoelen**

De therapeut formuleert in overleg met de persoonlijk begeleider en/of verwant(en) hoofd- en werkdoelen. Hiertoe wordt het formulier 'Hoofd- en werkdoelen' gebruikt.

##### *Hoofddoelen*

Een hoofddoel beschrijft de wenselijke situatie of verandering, die de cliënt en het cliëntsysteem willen bereiken op langere termijn (3-6 maanden). De cliënt is hierbij het uitgangspunt en de doelen worden SMART geformuleerd. Bij voorkeur wordt een doel voor de cliënt zelf geformuleerd. Indien er sprake is van een zeer ernstige verstandelijke beperking is dit niet altijd mogelijk en richt het hoofddoel zich alleen op het cliëntsysteem en de fysieke omgeving. Er kunnen meerdere hoofddoelen geformuleerd worden. Te denken valt aan: de benaderingswijze van begeleiding is afgestemd op de visuele en verstandelijke beperking of de verlichting is afgestemd op de visuele beperking.

##### *Werkdoelen*

Werkdoelen zijn de tussenstappen die nodig zijn om het hoofddoel te bereiken en waarvan verwacht wordt dat dit binnen 1 tot 4 weken gerealiseerd kan worden. Bij het formuleren van een werkdoel is het van belang onderscheid te maken tussen een actie (een middel om het werkdoel te bereiken) en het doel (het resultaat wat men wil bereiken). Werkdoelen worden bij voorkeur geformuleerd op de cliënt zelf, is dat niet mogelijk dan richt het zich op het cliëntsysteem en de fysieke omgeving. Te denken valt aan: cliënt van dichtbij en op ooghoogte benaderen, taakverlichting op de werkplek, contrastrijke eetsituatie.

##### *Uitvoering*

De uitvoering van de hoofd- en werkdoelen gebeurt door het cliëntsysteem. (De duur van dit onderdeel is ongeveer 2,5 tot 5 uur. Aangezien er sprake is van maatwerk, kan dit variëren). De therapeut heeft soms nog (observatie)taken in het begeleidingstraject, maar bewaakt vooral het inhoudelijke verloop en voegt waar nodig expertise toe. Insteek hiervan is het vergroten van de zelfstandigheid en kundigheid van het cliëntsysteem zodat zij leren de cliënt zo optimaal mogelijk te ondersteunen met betrekking tot de visuele beperking.

**Stap 6: Evaluatie en handelingsafspraken**

Na afloop van de geformuleerde termijnen vindt er een evaluatie plaats van de hoofd- en werkdoelen. De therapeut plant hiertoe een overleg met de persoonlijk begeleider en/of verwant. Er wordt besproken welke doelen behaald zijn en of er aanvullingen of aanpassingen nodig zijn. Ook wordt er besproken of er nieuwe vragen zijn.

Behaalde doelen worden geborgd in handelingsafspraken; afspraken die vanaf dat moment gelden voor iedereen die bij de cliënt betrokken is. De handelingsafspraken worden vastgelegd in het zorgplan van de instelling waar de cliënt verblijft. Op deze wijze blijven de handelingsafspraken onder de aandacht en worden ze jaarlijks geëvalueerd.

## 2. Uitvoering

### Materialen

#### T.b.v. professionals die met de interventie werken:

- (Interne) cursus 'Kijk zo kan het ook'
- Boek 'Kijk zo kan het ook' (originele versie 2009, nieuwe editie 2016)

#### T.b.v. de uitvoering van de interventie:

Formulieren (te vinden in het boek: 'Kijk zo kan het ook' of in de herziene versie in pdf format, online te vinden: [Kijk, zo kan het ook! \(visio.org\)](http://visio.org)):

- Intake
- Toestemming beeldopnamen
- Opvragen gegevens
- Multidisciplinair-plan
- Hoofd- en werkdoelen
- Turflijst interactie
- Turflijst verlichting en inrichting

Voor de interactieve scholing:

- Ervaringsbrillen
- Ervaringsoefeningen

Informatie t.b.v. cliëntstelsel:

- Folder over de werkwijze KZKHO (Zo werkt Visio voor mensen met een VVB)
- Folders met basisinformatie VVB op verschillende gebieden.

#### Algemene benodigdheden:

- Videocamera
- Software om videobeelden te bewerken
- Beamer
- Geluidboxjes
- Flip-over en stiften

### Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd op alle plekken waar kinderen en volwassenen met een visuele en verstandelijke beperking wonen, dagbesteding hebben of onderwijs volgen. De interventie kan alleen worden uitgevoerd door de expertiseorganisaties voor mensen met een visuele beperking.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

Deze interventie wordt uitgevoerd door de VVB-teams. Dit zijn teams met specifieke expertise over de doelgroep mensen met een visuele en verstandelijke beperking. Deze professionals dienen te beschikken over kennis over visueel functioneren. Daarnaast moeten zij de cursus 'Kijk zo kan het ook' gevolgd hebben. De cursus 'visueel functioneren' is een voorwaarde om de opleiding 'Kijk zo kan het ook' te mogen volgen.

De volgende deskundigen maken deel uit van dit team en hebben de volgende diploma's:

- Orthoptist (HBO-opleiding orthoptie, voert het visueel functie onderzoek uit)
- Therapeut (HBO-opleiding, bijvoorbeeld SPH, Pedagogiek, Ergotherapie)
- Gedragskundige (Universitair geschoold, in de richting Psychologie of (Ortho)pedagogiek)
- Optioneel maatschappelijk werker (HBO-opleiding Maatschappelijk werk)

De therapeut en gedragskundige hebben veelal het rechtstreekse contact met het cliëntstelsel.

Competenties die de therapeut dient te beheersen zijn:

- Observeren en interpreteren en op deze wijze komen tot beantwoording van de hulpvragen

- Heldere en bondige verslaglegging
- Informatie & adviezen overbrengen aan een grote groep mensen
- Creëren van veiligheid en draagvlak binnen de interactieve scholing
- Bewustwording cliëntsysteem vergroten d.m.v. gezamenlijk bespreken van videobeelden
- Kennis over verlichting, inrichting en contrastgebruik
- Kennis over visueel functioneren en de relatie tot visus en gedrag
- Kennis over verstandelijke en bijkomende beperkingen, evenals kennis over gedragsproblematiek.
- Onderhouden van contacten met de cliënt en het cliëntsysteem ten behoeve van de hulpvragen

Competenties die de gedragskundige dient te beheersen zijn:

- Observeren en diagnosticeren en op deze wijze komen tot beantwoording van de hulpvragen
- Heldere en bondige verslaglegging
- Informatie & adviezen overbrengen aan een grote groep mensen
- Creëren van veiligheid en draagvlak binnen de interactieve scholing
- Bewustwording cliëntsysteem vergroten d.m.v. gezamenlijk bespreken van videobeelden
- Kennis over visueel functioneren en de relatie tot visus en gedrag
- Kennis over verstandelijke en bijkomende beperkingen, evenals kennis over gedragsproblematiek.

### Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit wordt geborgd doordat professionals die de interventie gaan gebruiken eerst de opleiding 'Kijk zo kan het ook' moeten volgen. Deze opleiding is onderdeel van het corporate curriculum. Nieuwe medewerkers hebben een mentor waarbij ze terecht kunnen voor intervisie. De cursus 'visueel functioneren' is een voorwaarde om de opleiding 'Kijk zo kan het ook' te mogen volgen. Daarmee wordt geborgd dat de professionals basiskennis over visueel functioneren bezitten. Elke behandelaar van de interventie werkt volgens het handboek 'Kijk zo kan het ook', een methodische begeleiding van mensen met een visuele en verstandelijke beperking' (Bartiméus/Visio Reeks d.d. 2016). Hierin staan alle stappen van de methodiek uitgelegd. Door de multidisciplinaire werkwijze binnen het VVB-team houden de professionals elkaar scherp in het toepassen van de interventie.

Tijdens het traject vindt er per fase van de interventie afstemming plaats tussen de cliënt, het cliëntsysteem en de therapeut. Zo blijft er ook tijdens de interventie zicht op de hulpvragen en kan er indien nodig bijgestuurd worden. Aan het einde van de interventie vindt er zowel mondeling als schriftelijk evaluatie plaats. Hierbij wordt aan het cliëntsysteem gevraagd hoe zij de interventie 'Kijk zo kan het ook' hebben ervaren. Hiervoor zijn vragenlijsten beschikbaar, zodat de gegeven feedback zowel mondeling als schriftelijk terug komt. Op basis van de feedback kunnen dan verbeterpunten worden gedefinieerd die meegenomen worden bij volgende behandelingen. Daarnaast vindt er intervisie plaats, zowel binnen het team van de therapeuten als in het team van gedragsdeskundigen. De frequentie is per team verschillend.

Visio en Bartiméus werken volgens de kenniscirkel. Aan de hand daarvan heeft in 2016 een kritische evaluatie van deze interventie plaatsgevonden. Er zijn toen diverse knel- en verbeterpunten geïnventariseerd en de interventie is waar nodig aangepast. Er zijn geen duidelijke afspraken in welke frequentie deze evaluatie plaats vindt. Het eigenaarschap van de interventie is niet goed geborgd binnen Visio en Bartiméus. In de dagelijkse praktijk blijken er verschillen te zijn in hoe de interventie wordt uitgevoerd door verschillende professionals. Een aanbeveling is om hier concrete afspraken over te maken tussen de beide expertise-organisaties.

### Randvoorwaarden

Voor het laten slagen van de interventie is een actieve betrokkenheid van het cliëntsysteem van doorslaggevend belang. Voor aanvang van de interventie is het daarom belangrijk om goed met het cliëntsysteem en/of management van een instelling af te stemmen welke inzet het van hen vraagt en of ze deze investering kunnen waarborgen.

Voor de inzet van de interventie is vanuit het cliëntsysteem nodig:

- Bereidheid tot samenwerking, draagvlak in het cliëntsysteem m.b.t. de inzet van de interventie

- De bereidheid van het cliëntsysteem om gefilmd te worden tijdens hun werkzaamheden met de cliënt
- Een tijdsinvestering in het intakegesprek (circa 1,5 uur), de teamscholing (1,5 a 2 uur), het formuleren (circa 1,5 uur) en uitvoeren van hoofd- en werkdoelen en het evaluatiegesprek (circa 1,5uur)
- Budget voor eventuele aanpassingen in de omgeving (de hoogte van het budget hangt af van de aanpassingen)
- Om de interventie te kunnen starten is het van belang dat de cliënt een recent visueel functie onderzoek (niet ouder dan 1 jaar) heeft gehad.

Om deze interventie te kunnen toepassen is multidisciplinair overleg van belang. Het VVB-team moet bestaan uit een orthoptist, revalidatietherapeut en gedragskundige. Zij dienen de gelegenheid te hebben om met elkaar af te stemmen over de specifieke cliënt.

### Implementatie

Om te zorgen voor een goede implementatie van deze interventie is scholing van nieuwe medewerkers van het VVB-team van belang. Er is een cursus 'Kijk zo kan het ook' en nieuwe medewerkers dienen deze te volgen. De opleiding is opgenomen in het opleidingsstelsel Edumanager en onderdeel van het corporate curriculum. De nieuwe editie van het boek 'Kijk zo kan het ook' is online beschikbaar via Edumanager.

Nieuwe medewerkers krijgen een mentor. Dit is een collega van het VVB-team waarbij ze terecht kunnen met alle vragen die zij hebben m.b.t. hun werk, zo ook m.b.t. 'Kijk zo kan het ook'.

Het uitvoeren van de interventie is voorbehouden aan professionals van expertise-organisaties voor visueel beperkte mensen. De specifieke expertise over de visuele (in combinatie met de verstandelijke) beperking is nodig om de impact van de visuele beperking op het dagelijks leven van de cliënt in kaart te brengen.

### Kosten

Professionals die deze interventie gebruiken dienen eerst de opleiding 'Kijk zo kan het ook' te volgen. De tijdsinvestering van deze opleiding is circa 40 uur.

Het uitvoeren van de interventie vraagt de volgende tijdsinvestering van de professionals:

- Orthoptist:
  - Aansluiten bij multidisciplinair overleg circa 1 uur
  - Bevindingen uit VFO beschrijven in MD-plan circa 30 minuten
- Therapeut:
  - Voorbereiding intakegesprek circa 30 minuten
  - Intakegesprek circa 1,5 uur
  - Observatie 3 x 1,5 uur
  - Selectie/ analyse beelden: 1,5 uur
  - Multidisciplinair overleg: MD-verslag en voorbereiding teamscholing: 3 uur
  - Teamscholing 2 uur
  - Conclusie MD-verslag : 1 uur
  - Bespreking hoofd- en werkdoelen 1,5 uur
  - Uitwerken hoofd- en werkdoelen, circa 1 uur
  - Beschikbaar voor vragen vanuit cliëntsysteem, circa 1,5 uur
  - Evaluatie 1,5 uur
- Gedragskundige
  - Dossieranalyse (evt. aangevuld met een gesprek met de betrokken gedragsdeskundige/persoonlijk begeleider): 1 uur
  - Eventueel aanvullende observatie als beelden geen volledig beeld geven: 1,5 uur
  - Analyse beelden: 2 uur

- Schrijven MD-verslag: 2 uur.
- Multidisciplinair overleg: MD-verslag en voorbereiding teamscholing: 2 uur.
- Teamscholing: 2 uur.
- Beschikbaar voor vragen vanuit therapeut en de betrokken gedragsdeskundige van de instelling.

Tijdsinvestering cliëntensysteem:

- Intakegesprek circa 1,5 uur.
- Teamscholing circa 1,5 a 2 uur.
- Formuleren en uitvoeren van hoofd- en werkdoelen (circa 2,5 a 5 uur).
- Evaluatiegesprek circa 1,5 uur.

Dit is een indicatie voor een gemiddeld traject. Afhankelijk van de vragen zullen er in enkele gevallen meer uren nodig zijn.

De interventie wordt vergoed door de zorgverzekeraar vanuit basisverzekering. Bij volwassen cliënten wordt eerst het eigen risico aangesproken.

### 3. Onderbouwing

#### *Aard van het probleem*

Mensen met een VVB noemen we ook wel mensen met een meervoudige beperking. Een meervoudige beperking is geen enkelvoudige optelsom van afzonderlijke beperkingen. De wisselwerking tussen stoornissen en beperkingen maakt mensen met een VVB tot een complexe doelgroep. Wanneer er sprake is van een VVB leidt dit tot extra beperkingen in het functioneren, bijvoorbeeld ten aanzien van de gebieden zelfstandigheid, communicatie en bewegen (Evenhuis, Sjoukes, Koot & Kooijman 2009), gevoel van veiligheid en mogelijk problemen in gedrag en psychisch welzijn (Vlaskamp, 2006). Een visuele beperking heeft daarmee een grote impact op de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. Hoe iemand met een VVB functioneert hangt af van zijn compensatiemogelijkheden. Compensatie kan worden gezocht op het niveau van de cliënt, het cliëntstelsel of in de fysieke omgeving.

De visuele en verstandelijke beperking versterken elkaar negatief, daardoor zijn hulpmiddelen die voor één van de afzonderlijke beperkingen geschikt zijn meestal ongeschikt. Mensen met een visuele beperking compenseren hun beperking vaak door een beroep te doen op hun cognitie en voorstellingsvermogen. Het cognitieve vermogen, het taalbegrip en het verstandelijk vermogen van iemand met een verstandelijke beperking is vaak juist gering. Daarom verwerken zij vaak veel informatie door te kijken. Een vaardigheid zoals imiteren is voor hen een belangrijk leermiddel en ook in de communicatie wordt veel gebruik gemaakt van visuele informatie, zoals picto's en foto's. De visuele informatie moet daarom zo concreet mogelijk en zo goed mogelijk zichtbaar zijn. Kortom; iemand met een verstandelijke beperking doet een extra beroep op zijn gezichtsvermogen. Een persoon met een VVB is dus door de verstandelijke beperking minder in staat om zijn visuele beperking te compenseren én kan door de visuele beperking minder gemakkelijk de verstandelijke beperking compenseren.

Doordat de beide beperkingen elkaar negatief versterken hebben mensen met een VVB meer ondersteuning nodig in het dagelijks leven in vergelijking met personen met een verstandelijke beperking zónder visuele beperking (Dijkhuizen, Hilgenkamp, Krijnen, Van der Schans & Waninge, 2015). Om deze ondersteuning te kunnen bieden heeft het cliëntstelsel specifieke kennis nodig over hoe het algehele functioneren wordt beïnvloed door de mogelijkheden en beperkingen (Axelsson, Imms, & Wilder, 2014; Bigby en Fyffe, 2009) en over hoe de persoon waarneemt ondanks de (visuele) beperkingen (Gier, Hoenders, & Vlaskamp, 2007; Vlaskamp 2006; Vlaskamp, Hiemstra & Wiersma, 2007). Een interventie moet daarom gericht zijn op het toerusten van zorgverleners en familieleden om participatiewensen van personen met een VVB te herkennen en concretiseren. (Hanzen et al, 2016).

De meervoudige beperking vraagt dus om een specifieke en bijzondere begeleidingsstijl. Een complicerende factor hierin is dat, voor een passende begeleidingswijze, de persoon afhankelijk is van het cliëntstelsel. Visuele beperkingen worden echter regelmatig niet onderkend door het cliëntstelsel. De signalen van slechthoortheid wijzen meestal niet eenduidig in de richting van niet goed zien. Ze worden vaak toegeschreven aan andere problemen, zoals de verstandelijke beperking, motorische beperkingen, autisme, dwangmatig of onzeker zijn. Daarnaast kunnen mensen met een verstandelijke beperking zelf vaak niet aangeven dat ze slecht zien. Daarom is het van groot belang dat het cliëntstelsel zich bewust wordt van de visuele beperking en inzicht krijgt in de impact van deze beperking op het dagelijks leven van de cliënt én hoe hiermee om te gaan. Ook moeten zij in staat zijn om ontwikkelingskansen te zien en helpen benutten, zodat de cliënt zich (passend bij zijn niveau) zoveel mogelijk kan ontwikkelen/ ontplooiën. Dit alles maakt dat bij deze doelgroep goede diagnostiek en behandelingsadviezen op maat van groot belang zijn.

In de periode 2001-2006 deed Liesbeth Sjoukes, vanuit de leerstoel Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, promotieonderzoek naar de effecten van interventies bij volwassenen met een VVB. Sjoukes toonde aan dat slechts 33 procent van de interventieadviezen gegeven door specialistische organisaties (zoals Visio en Bartiméus) na 12 maanden nog werden uitgevoerd, dan wel bekend waren bij het betrokken cliëntstelsel. Niet alleen oogheelkundige behandeling, maar ook de uitvoering van overige adviezen liet te wensen over, zoals adviezen over verlichting. Bij vertrek van begeleiders verdween ook de opgedane kennis op het gebied van de specifieke ondersteuning die de persoon met VVB nodig heeft. Sensus, toenmalig expertiseorganisatie voor mensen met een visuele beperking en tegenwoordig gefuseerd in Visio, is naar aanleiding van dit onderzoek een



project gestart om dit tegenvallende percentage te verbeteren. Op deze wijze is de methodiek 'Kijk zo kan het ook' ontstaan.

### Ernst/ omvang

Nederland telt ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking. Het totaal aantal mensen met een indicatie voor zorg voor verstandelijk beperkten groeit al jaren sneller dan de bevolking, wat het aannemelijk maakt dat de prevalentie op een hoger niveau ligt (bron: [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info)). Deze groei wordt vooral veroorzaakt door maatschappelijke ontwikkelingen (Woittiez et al., 2014). Dit heeft waarschijnlijk te maken met zaken als minder eenvoudig werk en hogere eisen in onderwijs. Ook praktische bezigheden als reizen met het openbaar vervoer en het regelen van bankzaken zijn ingewikkelder geworden. Om hierin mee te kunnen komen moeten meer mensen met een verstandelijke beperking een beroep doen op speciale zorgvoorzieningen.

Kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking hebben een sterk verhoogd risico op visuele stoornissen. Hoe ernstiger de aard van de verstandelijke beperking is, hoe groter de kans op een visuele stoornis. Percentages variëren van 25% bij mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking tot 66,7% (Van Splunder, Stilma, Bernsen & Evenhuis, 2006) oplopend tot 92% (Van den Broek, Janssen, van Ramhorst & Deen, 2006) bij de mensen met (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Dit laatste lijkt voornamelijk te komen doordat beschadigingen in de hersenen bij mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking zo veelomvattend zijn, dat ook de visuele delen beschadigd zijn. Doordat hersenen en ogen zich ontwikkelen vanuit een embryonale aanleg, gaan verstandelijke en visuele beperkingen vaak samen. Daarnaast treedt verslechtering van de ogen, zoals deze zich in de algemene populatie op oudere leeftijd voordoet, bij mensen met een verstandelijke beperking vaak al op relatief jonge leeftijd in. Van Splunder trekt uit zijn onderzoek de conclusie dat personen met een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperking moeten worden beschouwd als slechtziend, tot het tegendeel bewezen is (Met het oog op meedoen, van Duivenboden, Pietersen, Straus)

### Gevolgen

Een visuele beperking is een ernstig risico voor de gehele ontwikkeling (Warren & Hatton, 2003). De ontwikkeling loopt veel minder vanzelfsprekend dan bij ziende kinderen. Wanneer een kind visueel beperkt is wordt hij minder uitgedaagd doordat de visuele input (deels) ontbreekt. Hij zal daarom andere zintuigen (tast, gehoor, reuk en smaak) beter moeten gaan gebruiken om de visuele beperking zoveel mogelijk te compenseren.

Een verstandelijke beperking is een ernstig risico voor de hele ontwikkeling. Het proces van leren via de zintuigen verloopt, afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking, vertraagd. Een persoon met een verstandelijke beperking verwerkt informatie het makkelijkst door 'de kunst van het afkijken'. Visuele informatie is concreet. Informatie via het gehoor en tast is abstracter en vraagt meer van de cognitieve vermogens. (Uit 'met het oog op meedoen, H5)

Zoals eerder beschreven versterken een visuele en verstandelijke beperking elkaar negatief: de ondersteuning passend bij de ene beperking kan niet of slechts deels worden geboden, omdat de andere beperking dit geheel of gedeeltelijk in de weg staat. De combinatie van een visuele en verstandelijke beperking is daarmee een zeer ernstig risico voor de hele ontwikkeling. Dit maakt de ondersteuning voor mensen met een VVB specifiek en niet vanzelfsprekend.

Als de visuele beperking niet onderkend en behandeld wordt kan dit resulteren in verschillende soorten problemen, zoals automutilatie, angstigheid, passiviteit, depressiviteit, vermoeidheid en agressief gedrag. Het kan daarmee een grote impact hebben op de kwaliteit van leven van de persoon met een VVB.

De interventie 'Kijk zo kan het ook' is ontwikkeld om deze kwetsbare groep mensen zo optimaal mogelijk te begeleiden met behulp van deskundigheidsbevordering van het cliëntsysteem. Het kennen van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon met een VVB zijn uitgangspunt van de werkwijze. Evenals het streven van professionals om de zelfwerkzaamheid van cliënt en cliëntsysteem te stimuleren bij het bereiken van gezamenlijke doelstellingen. Deze doelstellingen hebben te maken met het functioneren in het dagelijks leven.

## 4. Onderzoek

### Effectmeting

In 2009 is er onderzoek gedaan om de effectiviteit van de interventie 'Kijk zo kan het ook' in kaart te brengen. Dit onderzoek onder 40 cliënten met ernstige verstandelijke beperkingen (Bokken, Wiersema, Scheerder, & Evenhuis) , laat zien dat van 90 opgestelde hoofddoelen 69% was gerealiseerd. De meeste geformuleerde hoofd- en werkdoelen hadden betrekking op het handelen van begeleiders, waarvan 79% was gerealiseerd. Van de hoofd- en werkdoelen rond omgevingsaanpassingen was respectievelijk 67% en 71% gerealiseerd. Het bleek ondanks de training voor begeleiders lastig om concrete doelen te beschrijven uit het perspectief van de persoon met de VVB.

Een belangrijke voorwaarde voor deze interventie is dat er vooraf is afgestemd met leidinggevenden van een instelling welke randvoorwaarden er gevraagd worden. Daarbij gaat het om de bereidheid tot samenwerking, tijd en inzet van begeleiders voor het opstellen en uitvoeren van doelen en een budget voor het realiseren van aanpassingen in de fysieke omgeving van de cliënt (Bokken & Wiersema, 2009).

### Procesevaluaties

In 2016 hebben een kritische evaluatie van de interventie gedaan. Er zijn diverse knel- en verbeterpunten geïnventariseerd en vervolgens is de interventie waar nodig aangepast wat geresulteerd heeft in een nieuwe editie van het boek rondom de methode Kijk zo kan het ook.

In februari 2020 heeft binnen Bartiméus een evaluatie plaatsgevonden van het gebruik van KZKHO. Deze evaluatie laat zien dat er behoefte is aan continue verbetering van de methodiek; de praktijk ontwikkelt zich en de methodiek zou daarom ook bijgesteld moeten worden. Daarnaast zijn er verschillen in toepassing van KZKHO per team of professional. Uit deze evaluatie bleek ook de behoefte om de implementatie van de methode KZKHO blijvend te verbeteren en om de kwaliteit te waarborgen. Hierin wordt eigenaarschap gemist. Tevens is er behoefte aan uniformiteit qua werkwijze. Er is continuïteit nodig in scholing voor nieuwe medewerkers en bijscholing van huidige medewerkers.

Tijdens het beschrijven van deze interventie t.b.v. het VIVIS interventieboek werd wederom de noodzaak duidelijk van het goed regelen van eigenaarschap over de methodiek KZKHO. In dit eigenaarschap zou evaluatie en bijstelling van de methodiek en borging van de kwaliteit geregeld moeten worden. Het advies is om een evaluatie te doen om de 5 jaar. Waarbij de cliënt en het cliëntstelsel ook worden betrokken. Dit kan zowel schriftelijk als mondeling zijn. Waarbij schriftelijk de voorkeur heeft omdat dit objectiever is. Door het betrekken van de cliënt en het cliëntstelsel wordt de methode ook geëvalueerd vanuit de dagelijkse praktijk. Daarna kan er indien nodig bijstelling plaatsvinden. Dit is van essentieel belang omdat het werkveld waarin de methodiek gebruikt wordt aan verandering onderhevig is (veranderingen in beleid van zorg van mensen met een verstandelijke beperking kunnen bijvoorbeeld consequenties hebben voor de wijze waarop de methodiek kan worden toegepast).

## 5. Werkzame elementen

De werkzame elementen van deze interventie zijn:

- Het actief betrekken van het cliëntsysteem bij de gehele interventie. Zij zijn de personen die de cliënt het beste kennen en zij dienen ook veranderingen in benadering en omgeving te bewerkstelligen om de kwaliteit van leven van de persoon met een visuele en verstandelijke beperking te vergroten. Het actief betrekken van het cliëntsysteem gebeurt gedurende het gehele begeleidingstraject.
- Deskundigheidsbevordering van het cliëntsysteem. Middels teamscholing krijgt het cliëntsysteem inzicht in de visuele beperking en hoe hiermee om te gaan. De teamscholing is een interactieve bijeenkomst waarin het cliëntsysteem zelf een actieve rol heeft.
- Het in eenvoudige taal uitleggen wat de uitkomsten van het visueel functie onderzoek betekenen m.b.t. het dagelijks functioneren van de cliënt.
- Het gebruik maken van videobeelden tijdens multidisciplinair overleg intern. Door gebruik te maken van beelden kan er heel gedetailleerd gekeken worden naar het functioneren van de cliënt en de impact van de visuele beperking op zijn/haar dagelijks leven.
- Het gebruik maken van videobeelden om te komen tot inzichten bij het cliëntsysteem. Door het gezamenlijk bespreken van de beelden ontdekt het cliëntsysteem zelf wat de impact is van de visuele beperking op de cliënt en hoe de cliënt deze beperking compenseert. Daarnaast biedt het bekijken van beelden het cliëntsysteem de gelegenheid om 'vanaf een afstandje' en in alle rust naar het gedrag van de cliënt te kijken en merken ze meer/ andere aspecten op dan wanneer ze direct met de zorg bezig zijn. Dit op deze wijze ontdekken is vele malen krachtiger dan wanneer ze kant en klare adviezen vanuit professionals van de expertiseorganisaties aangereikt krijgen. Het vergroot de bewustwording over de visuele beperking en het belang van een afgestemde benadering en omgeving.
- Het gebruik maken van ervaringsoefeningen tijdens de interactieve teamscholing. Doordat het cliëntsysteem zelf ervaart wat de impact is van een visuele beperking kunnen zij zich beter verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt. Het vergroot de bewustwording over de visuele beperking en het belang van een afgestemde benadering en omgeving.
- Het gezamenlijk komen tot prioriteiten voor de cliënt n.a.v. de inzichten in de teamscholing. Vervolgens gezamenlijk hoofd- en werkdoelen formuleren het in kaart brengen van de impact van de visuele beperking op het dagelijks leven en hoe hier mee om te gaan waarbij het cliëntsysteem een actieve rol heeft in de uitvoering van de doelen.
- Het gezamenlijk evalueren van de opgestelde doelen. Hier wordt afgestemd of de interventie kan worden beëindigd of dat er andere interventies nodig zijn.
- Het borgen van de essentiële punten m.b.t. de VVB in het ondersteuningsplan van de instelling waar de persoon verblijft.

## 6. Aangehaalde literatuur

Dijk, Y., van, & Putten, A.A.J., van der, & Waning, A., (2018). *Visuele beperking in het vizier. Kenmerken van expertise in de ondersteuning van personen met een visuele en (zeer) ernstige verstandelijke beperking*. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen.

Dijkhuizen, A., Hilgenkamp, T., Krijnen, W.P., Van der Schans, C., & Waning, A., (2015). The impact of visual impairment on the ability to perform activities of daily living for persons with severe/profound intellectual disability

Duijvenboden, T., Pietersen, M., & Straus, M. (2018). *Met het oog op meedoen*. Bartimeus reeks.

Evenhuis, H.M., Sjoukes, L., Koot, H.M., & Kooijman, A.C., (2009). Does visual impairment lead to additional disability in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 19 –28.

Kijk zo kan het ook vernieuwde uitgave (2016). Koninklijke Visio & Bartiméus.

Sjoukes, L., (2008). *The impact of visual impairment on adults with an intellectual disability*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van Splunder, J. A. N. G., Stilma, J. S., Bernsen, R. M. D., & Evenhuis, H. M. (2006). *Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study*.

Volksgezondheidszorg.info (2020, 16 december). *Prevalentie van verstandelijke beperking*. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-van-verstandelijke-beperking>

Warren, D.H., & Hatton, D.D. (2003). Cognitive development in children with visual impairments. In *Handbook of neuropsychologie*, 8 (Part II) (pp. 439-58)

Wiersema, I., & Bokken, J., (2009). *Kijk zo kan het ook*. Sensis.

De Wit et al. (2019) *Multidisciplinaire Richtlijn Visuele beperkingen bij mensen met een verstandelijke beperking*. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapt.

Woittiez I.B., Eggink E., Ras M. Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); 2019.

Woittiez I, Putman L, Eggink E, Ras M. Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); 2014.