

Speciaal waar het moet

Specialistische Begeleiding anno 2014 voor
mensen met een visuele beperking en
bijkomende problematiek

Versie 11 juni 2014



Inhoudsopgave

- 1 Inleiding
- 2 Specialistische Begeleiding: voor wie?
- 3 Wat is nodig om te participeren?
- 4 De organisatie van de (Specialistische) Begeleiding

Bijlagen:

- I Het Revalidatiemodel Visueel*
- II Revalidatie versus Specialistische Begeleiding*

Speciaal waar het moet ... : Specialistische Begeleiding voor mensen met een visuele beperking

De 750 cliënten over wie het gaat ...

Dit document gaat over de specialistische begeleiding van mensen die door VWS in het kader van de transformatie van begeleiding naar de Wmo als specifieke groep zijn aangewezen: mensen die behalve met een visuele beperking, kampen met complexe bijkomende problematiek: psychiatrisch, auditief, cognitief en/ of psychosociaal. Het gaat om een beperkte groep: circa 750 cliënten, gemiddeld nog geen twee mensen per gemeente. Vanaf 2015 is het aan de gemeenten om ook deze groep zo goed mogelijk te laten meedraaien in de maatschappij.

De problematiek waar deze groep mee kampt

Mensen met een visuele beperking en bijkomende problematiek speelt het gebrek aan compensatiemogelijkheden parten. In tegenstelling tot mensen die 'alleen' blind of slechtziend zijn, is deze groep niet of nauwelijks in staat om te compenseren: een route aanleren met een geleidestok bijvoorbeeld wordt lastig als je geheugen je in de steek laat of kampt met angststoornissen. Veel mensen in deze groep zijn sociaal weinig vaardig en/of vertonen afwijkend gedrag; dit kan een direct gevolg zijn van de visuele beperking, maar het kan ook het gevolg zijn van isolement waardoor sociale vaardigheden onvoldoende zijn aangeleerd of weer verloren zijn gegaan; vaak zijn deze mensen wantrouwend ten opzichte van hun omgeving, kwetsbaar en een gemakkelijk doelwit van kwaadwillenden. De hulpvragen van deze specifieke groep cliënten hebben veelal te maken met het kunnen hanteren van de energiebalans: manieren om activiteiten minder inspannend te maken, communiceren over slechtziendheid/blindheid, begrip en onbegrip van mensen om hen heen, grenzen kennen en aangeven, en het gebruik van hulpmiddelen. De bejegening van de begeleiding is cruciaal en kan bijvoorbeeld gedragsproblemen – niet zelden leidend tot overlast voor de samenleving – voorkomen.

Wat is nodig om te participeren?

Instellingen als de Robert Coppes Stichting, Visio en Bartiméus bieden een specifieke en specialistische benadering om niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren en te oefenen. Het feit dat de specialistische begeleiding meestal voortkomt uit een revalidatietraject en wordt geleverd door dezelfde instelling geeft de cliënt het vertrouwen dat nodig is. Overigens zijn er vaak meer mogelijkheden tot revalidatie dan in eerste instantie wordt gedacht. Soms is revalidatie in eerste instantie niet mogelijk, maar kan deze op een later moment worden opgeschaald: op het moment dat de cliënt er aan toe is en wél leerbaar is. Daarom is het ook cruciaal dat bij iedere cliënt met een visuele beperking die zich meldt, door deskundigen wordt beoordeeld in hoeverre visuele revalidatie nog mogelijk is. Revalidatie is ten opzichte van begeleiding in alle opzichten – vooral voor de cliënt zelf natuurlijk, maar ook maatschappelijk en financieel gezien – de beste optie; als de cliënt kan revalideren, is de kans groot dat hij daarna zelfstandig kan functioneren en optimaal kan participeren.

In dit document wordt ingegaan op deze doelgroep, op wat deze groep nodig heeft om te participeren en wat de begeleiding zo specialistisch maakt. Tenslotte is er een pleidooi voor de organisatie van de toegang via de gespecialiseerde instelling: niet alleen om ervoor te zorgen dat cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben, maar ook om ervoor te zorgen dat cliënten geen zwaardere en duurdere zorg krijgen dan noodzakelijk.

1 Inleiding

Met de invoering van de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet krijgen gemeenten er flink wat taken bij. Vanaf 1 januari 2015 krijgen gemeenten ook de verantwoordelijkheid voor onder meer de begeleiding van thuiswonende mensen met een visuele beperking. Dit kunnen (jong)volwassenen zijn of ouderen; soms is ook sprake van bijkomende problematiek, bijvoorbeeld verstandelijk, psychiatrisch, auditief of lichamelijk. Het is aan de gemeenten om ook deze mensen zo goed mogelijk te laten meedraaien in de maatschappij. Dit is geen sinecure, zeker niet voor de groep van ongeveer 750 cliënten die behalve met een visuele beperking tevens kampt met complexe lichamelijke, auditieve, verstandelijke, psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Om meerdere redenen – onder meer de geringe omvang en het specialistisch karakter van de vereiste begeleiding – is deze groep door VWS aangewezen als 'specifieke doelgroep'. Dat betekent dat er voor dit aanbod door de VNG landelijke inkoopvoorwaarden zijn opgesteld aan de hand waarvan gemeenten deze specialistische vorm van ondersteuning kunnen inkopen bij de landelijke aanbieders. Het resultaat van de landelijke inkoopafspraken kent de vorm van een 'raamovereenkomst' tussen gemeenten en aanbieders van specialistische begeleiding voor mensen met een zintuiglijke beperking. De raamovereenkomst gaat over de inhoud van de ondersteuning en de afgesproken werkwijze tussen de gemeenten en aanbieders. Binnen de kaders van deze raamovereenkomst kunnen individuele regionale samenwerkingsverbanden of individuele gemeenten de zorg 'afroepen' overeenkomstig de in de overeenkomst gestelde voorwaarden (voor meer informatie: www.invoeringwmo.nl).

Specifieke doelgroep in het kader van de Wmo

In het kader van de transformatie naar de Wmo zijn door VWS mensen met een zintuiglijke beperking aangewezen als 'specifieke doelgroep'. Bij specifieke groepen gaat het doorgaans om een klein aantal cliënten en zeer specialistisch aanbod. De cliënten die onder deze groepen vallen kunnen vanwege een beperking of psychisch probleem minder goed communiceren en/of voor anderen niet goed invoelbaar gedrag vertonen. Communicatiepartners weten daardoor niet wat ze kunnen verwachten en voelen zich in verlegenheid gebracht. Hierdoor lukt het de specifieke doelgroepen vaak niet hun boodschap over te brengen (VWS, 2012).

Bij 'specifieke groepen' bestaat er een noodzaak voor het maken van algemene voorwaarden voor de inkoop van de ondersteuning. Voor deze groepen geldt dat aanbieders afspraken moeten maken met veel meer opdrachtgevers dan in de huidige situatie en omdat ze grote delen van het land bestrijken bestaat de kans dat de gemeenten dat overal net op een iets andere wijze willen contracteren. Door het kleine aantal aanbieders en de regio waar ze actief zijn, hebben individuele gemeenten weinig inkoopkracht om goede afspraken af te dwingen. Per gemeente gaat het vaak slechts om enkele personen. Daardoor lopen gemeenten het risico dat aanbieders geen afspraken willen maken (uitval van aanbod). Substitutie voor het huidige aanbod is moeilijk te organiseren, omdat de communicatie met personen uit de doelgroep een vaardigheid is die schaars is en naar verwachting niet zomaar over te nemen is door andere aanbieders voor begeleiding.

In dit document 'Speciaal waar het moet' wordt beschreven wat de kenmerken zijn van mensen uit deze specifieke doelgroep en wat deze mensen nodig hebben om te kunnen participeren in de samenleving. De zorg voor deze groep wordt op dit moment met name geleverd door aanbieders, met specifieke expertise, die specifiek werken voor mensen met een visuele beperking. Deze instellingen zijn ook gespecialiseerd in revalidatie.

Bij de begeleiding wordt uitgegaan van een zo normaal mogelijk, menswaardig en volwaardig bestaan: een bestaan waarover cliënten zoveel als mogelijk zelf de regie

houden, het liefst met hulp uit hun eigen netwerk. Deze visie sluit aan bij de uitgangspunten van de Wmo en beleid van gemeenten. Aanbieders als Visio, Bartiméus en de Robert Coppes Stichting werken hierbij ook zoveel als mogelijk samen met andere lokale en regionale zorg, en met welzijnsaanbieders.

Het document is als volgt opgebouwd: In hoofdstuk 2 wordt de specifieke doelgroep geduid. Wat deze groep nodig heeft om te kunnen participeren, wordt in hoofdstuk 3 beschreven. Ook wordt in dit hoofdstuk duidelijk gemaakt wat deze zorg zo specialistisch maakt en welke expertise daarvoor nodig is. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan hoe de specialistische begeleiding – en dan met name de toegang – het beste kan worden georganiseerd. De bijlagen bevatten achtergrondinformatie over het Revalidatiemodel en over specialistische begeleiding versus revalidatie.

2 Specialistische Begeleiding Visueel: voor wie?

300.000 mensen met een visuele beperking

Er zijn in Nederland zo'n 300.000 mensen met een visuele beperking (Vision 2020). Van een visuele beperking is sprake als er ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen en/of de visuele perceptie zijn vastgesteld in combinatie met beperkingen in het dagelijks functioneren (NOG-richtlijnen)¹. Sommige mensen kampen al hun hele leven met een visuele beperking in de vorm van slechtziendheid of blindheid, anderen worden er op latere leeftijd mee geconfronteerd. Bij sommige mensen gaat het om een stabiele oogaandoening, bij een groot deel is echter sprake van achteruitgang, soms leidend tot algehele blindheid. Veel van deze 300.000 mensen hebben een enkelvoudige beperking en redden zich prima met thuiszorg of mantelzorg. Een ander deel – veelal mensen met zeer ernstige verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen – woont in een VG- of V&V-instelling. Bij deze laatste groep staat de visuele beperking veelal niet op de voorgrond.

30.000 cliënten per jaar melden zich met een revalidatievraag

Van de 300.000 mensen met een visuele beperking melden zich 100.000 daarvan op enig moment in hun leven bij een revalidatie-instelling. Op jaarbasis melden zo'n 30.000 mensen met (veelal) bijkomende problematiek zich, vaak op verwijzing van een oogarts. Om te komen tot betere verwijzing van cliënten met een visuele beperking naar revalidatie, heeft het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) een richtlijn opgesteld ("Visusstoornissen, Revalidatie en Verwijzing"). De meeste cliënten kunnen revalideren en leren om met hun gehoor, tast, reuk of licht óf met een hulpmiddel de beperking te compenseren. De veelal bijkomende problematiek maakt compenseren complexer. Iemand met een lichamelijke beperking of iemand die doof is bijvoorbeeld heeft minder mogelijkheden om de visuele beperking te compenseren. In een aantal

¹ De NOG-richtlijnen (NOG: Nederlands Oogheelkundig Genootschap) omvatten samengevat de volgende criteria: Gezichtsscherpte < 0,3, ernstige gezichtsveldproblemen bij een visus tussen 0,3 en 0,5, cerebrale visusstoornissen, onbegrepen visuele klachten met een aangegeven gezichtsscherpte < 0,3 en/of gezichtsveld < 30°.

gevallen heeft de cliënt ná revalidatie blijvende ondersteuning nodig (bijvoorbeeld thuiszorg of een vorm van begeleiding) om zelfstandig te functioneren en participeren in de samenleving.

750 cliënten redden het niet zelfstandig zonder specialistische begeleiding

Voor een zeer beperkt deel van de mensen (zo'n 750 in Nederland) met een visuele beperking geldt dat juist de bijkomende zware en complexe bijkomende problematiek het (visuele) revalidatieproces in de weg staat. Het betreft dan de specifieke groep waar dit document over gaat. Met specialistische begeleiding kan bij deze groep een opname worden voorkomen.

Specifiek voor deze groep geldt het volgende:

- Behalve de visuele beperking is er sprake van complexe lichamelijke, auditieve, cognitieve, psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Er is sprake van een combinatie van problematiek: comorbiditeit. Dit leidt tot beperkte compensatiemogelijkheden en vervolgens tot een "nieuwe" en nog grotere beperking met nog minder mogelijkheden;
De problematiek beïnvloedt alle aspecten van het leven en heeft grote gevolgen voor het verwerven en verwerken van informatie, het kunnen communiceren met anderen, de zelfstandigheid en/of de mobiliteit; De draagkracht van de cliënt fluctueert sterk en is doorgaans beperkt; Persoonlijke factoren zoals copingstijl, karakter-eigenschappen, sociale achtergrond, beperkte leerbaarheid en herstellingsvermogen dragen niet of in mindere mate bij aan de compensatiemogelijkheden van de cliënt; De cliënt heeft - doorgaans geen sterk sociaal- en maatschappelijk netwerk. De arbeidsparticipatie binnen deze groep is laag;
- Het onderhouden van contacten en het verwerken van informatie kost veel moeite, waardoor de kans op psychosociale problemen groot is; de cliënt wil niet worden opgenomen in een instelling, alhoewel hij hier – gezien de problematiek – soms wel voor in aanmerking komt².

² Visio, Bartiméus en de Robert Coppes Stichting beschikken ook over specifieke categorale verblijfsvoorzieningen voor mensen met een visuele beperking en bijkomende problematiek

Marlies (58): 'Mijn wereld is een stuk complexer geworden, zonder de juiste hulp raak ik hierin letterlijk het overzicht kwijt'

Marlies (58), alleenstaand, loopt moeilijk als gevolg van een ongeval vijf jaar geleden. Toen werd zij tijdens het werk aangereden door een auto. Ze raakte korte tijd in coma, in het ziekenhuis werd hersenletsel vastgesteld. De gevolgen van het ongeval ondervindt zij nog dagelijks. Ze is blind geworden, haar rechterbeen functioneert niet meer zoals het hoort, het geheugen is aangetast en emotioneel kan ze zoals ze zelf zegt "minder in haar kruiwagen meedragen".

Na ontslag uit het ziekenhuis is ze opgenomen in een gespecialiseerd revalidatiecentrum voor mensen met een visuele beperking, het Loo Erf. "Ik heb daar veel geleerd o.a. braille, huishoudelijke vaardigheden, beeldhouwen met speksteen. Een psycholoog heeft me geleerd hoe ik zo weinig mogelijk last heb van de demonen die in mijn hoofd zaten". Na vertrek bij het Loo Erf heeft ze nog een jaar gerevalideerd vanuit thuis waar inmiddels veel is aangepast aan haar handicaps.

"Toch blijf ik beperkingen ondervinden. Braille leren is mij niet gelukt. Dit gebeurt wel vaker, helaas ben ik niet de enige die dit overkomt. Ook functioneert mijn geheugen veel minder goed dan voor het ongeluk. Eveneens kan ik mezelf minder goed concentreren en kan ik geen lange afstanden meer lopen. Sociaal-emotioneel voel ik me een stuk beter dan direct na het ongeval, maar het lukt me niet mijn handicap volledig te verwerken. Ik heb er geregeld veel last van, verval dan in passiviteit en voel me down".

Sinds enige tijd krijgt Marlies extramuraal begeleiding van de Robert Coppes Stichting. Marlies: 'dankzij deze hulp kan ik zelfstandig blijven wonen'. Kees, mijn begeleider, helpt me met mijn aangepaste computer, oefent nieuwe programma's met mij, lost problemen op met de aanpassingssoftware die niet altijd goed werkt, bijv. bij het internetbankieren. Ook houdt hij in de gaten dat zaken betaald worden en brieven verstuurd, want ik vergeet dit zo nu en dan. Daardoor zijn een jaar geleden grote schulden ontstaan, die ik nu gelukkig heb opgelost samen met Kees. Routes naar bijvoorbeeld nieuwe winkels, vrienden en clubs oefent hij met mij, hij wijst me op nieuwe ontwikkelingen op het gebied van mobiliteit en aanpassingen. Ook ondersteunt hij me sociaal-emotioneel. Want ik blijf moeite houden met mijn blindheid ondanks de tips die ik tijdens de revalidatieperiode van de psycholoog heb geleerd'.

De 750 cliënten om wie het bij deze specifieke doelgroep gaat, zijn ófwel 'uitgerevalideerd' (vaak na een jarenlange revalidatie), óf de revalidatie wordt ernstig bemoeilijkt door de bijkomende problematiek. Hoe dan ook: deze cliënten zijn afhankelijk van structurele specialistische begeleiding om zelfstandig te kunnen blijven functioneren. De specifieke doelgroep van 750 cliënten wordt geduid in onderstaand trechtermodel.



3 Wat is nodig om te participeren?

Voorkeur voor niet-specialistische voorzieningen

Ook voor mensen met een visuele beperking gaat de nieuwe Wmo uit van 'eigen kracht' en daarom is het benutten van het eigen sociaal netwerk voorliggend aan de Wmo-verstrekking. Dat geldt zowel voor algemene regelzaken als voor meer structurele vragen zoals regie en essentiële ondersteuning. Ondersteuningsaanbod dat geleverd wordt vanuit algemene niet-specialistische voorzieningen heeft de voorkeur, omdat de cliënt daarvoor zonder indicatie toegelaten kan worden, het aanbod lokaal georganiseerd wordt en omdat het aanbod snel beschikbaar is vanwege het lage profiel van voorbereidingen. Algemeen aanbod kan bestaan uit het leveren van concreet aanbod, zoals huishoudelijke hulp, begeleiden van mobiliteit of helpen bij het invullen van een formulier. Daarbij is de cliënt verantwoordelijk voor de opdracht en voor de communicatie met de begeleider om samen tot resultaat te komen. Door algemeen aanbod laagdrempelig te houden kan het oproepbaar zijn op het moment dat het nodig is. Aanbieders van de algemene voorzieningen moeten daarbij een beroep kunnen doen op de specialistische aanbieders.

Voor een specifieke groep geldt: 'speciaal waar het moet ...'

Voor de specifieke groep waar dit stuk over gaat, is wél specialistische begeleiding nodig. Voor deze groep geldt dat participatie in de samenleving kan worden vergeleken met topsport: het kost veel inspanning en energie. De hulpvragen van deze specifieke groep cliënten hebben vaak te maken met het kunnen hanteren van de energiebalans: manieren om activiteiten minder inspannend te maken, communiceren over slechtziendheid/blindheid, begrip en onbegrip van mensen om hen heen, grenzen kennen en aangeven, en het gebruik van hulpmiddelen. Er is behoefte aan hulp bij het aanbrengen van structuur en regie, en het omgaan met stress. Er wordt dan bijvoorbeeld hulp geboden bij het helpen plannen van activiteiten, het regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag; waar mogelijk wordt ondersteuning geboden bij het opbouwen, onderhouden en uitbreiden van het sociaal netwerk. Ook het samen voorbereiden van gesprekken met instanties en het coördineren van de hulp- en dienstverlening, zoals contact houden met huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, fysiotherapeut en huisarts en proberen alles goed op elkaar aan te laten sluiten (case management), zijn vaak een belangrijke rol van de begeleider.

Wat maakt de begeleiding specialistisch?

- De combinatie van beperkingen maakt de zorg complex en vereist speciale expertise als het gaat om begeleiding: een eenzijdige begeleiding op de visuele problematiek werkt niet vanwege de (bijvoorbeeld) psychiatrische of auditieve problematiek. Andersom zijn bestaande ondersteuningsmodellen voor mensen met psychiatrische of auditieve problematiek niet afdoende indien er ook een visuele beperking speelt. De complexiteit van de problematiek vraagt om een specifieke en specialistische benadering om niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren en vervolgens te oefenen;
- De bejegening van deze groep cliënten is cruciaal omdat er veelal onvoldoende oog is voor de problemen van deze mensen. Veel mensen zijn sociaal weinig vaardig en/of vertonen afwijkend gedrag; dit kan een direct gevolg zijn van de visuele beperking (bijvoorbeeld bij visuele hallucinaties als gevolg van het Syndroom van Charles Bonnet), maar het kan ook het gevolg zijn van isolement waardoor sociale vaardigheden onvoldoende zijn aangeleerd of weer verloren

zijn gegaan; vaak zijn deze mensen wantrouwend ten opzichte van hun omgeving, kwetsbaar en een gemakkelijk doelwit van kwaadwillenden. Velen zijn niet in staat effectief te communiceren, hebben negatieve ervaringen op het gebied van bejegening, worden buitengesloten en ontmoeten ongeduld en kilheid, waardoor de motivatie om te communiceren afneemt; degenen met een beperkt of geen sociaal netwerk zijn afhankelijk van hun begeleider als het gaat om bijvoorbeeld financiën. De bejegening door de begeleider is cruciaal en kan bijvoorbeeld gedragsproblemen – niet zelden leidend tot overlast voor de samenleving – voorkomen;

Joop (39): 'Af en toe zie ik het leven even niet meer zitten, letterlijk niet! Dan bel ik Koos. Hij krijgt me altijd weer enigszins op de rails, zodat ik tenminste niet ontspoor of ruzie ga zoeken.'

Joop (39), kent een uitgebreid verleden in de psychiatrie. Het verlies van zijn ouders op 14-jarige leeftijd leidt tot een depressie. Als hij 18 is, probeert hij een einde aan zijn leven te maken. Dat mislukt, maar hij houdt er wel een lichte hersenbeschadiging aan over. Die leidt tot problemen met zijn geheugen en concentratie. Jarenlang wordt Joop behandeld door een psychiater. Het lukt Joop niet om zijn school af te maken en uiteindelijk belandt hij op straat, waar hij – zoals hij het zelf zegt – 'soms losse handjes had en niet altijd vrienden heeft gemaakt'. Opname in een instelling is zijn grootste angst. Na een zwervend bestaan van enkele jaren, lukt het hem met hulp van het RIAGG om de draad weer enigszins op te pakken. Joop vindt een baan bij een postorderbedrijf en werkt daar jarenlang met veel plezier. Op zijn 35^e komt een nieuwe tegenslag: Joop wordt geconfronteerd met een oogziekte als gevolg waarvan hij in hoog tempo blind wordt. Opnieuw krijgt Joop last van depressieve klachten. Daarvoor krijgt Joop medicijnen, de combinatie met de gevolgen van zijn hersenbeschadiging zorgen ervoor dat Joop af en toe dingen vergeet en sneller moe is. Van hulpverlening moet Joop niet veel meer hebben.

Joop krijgt nu Specialistische Begeleiding van Koos van Bartiméus. Joop: 'zonder deze hulp zou ik niet zelfstandig kunnen wonen. Ik blijf grote moeite houden met mijn blindheid en mijn verleden, het verlies van mijn ouders. Een tijdje geleden voelde ik me af en toe zó depressief, dat zou ik er het liefst een einde aan zou maken. Maar doordat ik hierover nu wekelijks kan praten, blijf ik licht zien en hou ik mezelf in de hand. Koos doet ook zijn best om mij weer aan het werk te krijgen bij mijn oude baan. Met wat aanpassingen kan ik daar binnenkort weer een paar uurtjes per week aan de slag. Gelukkig doe ik veel samen met Koos. Anders zou ik in zo'n instelling moeten gaan wonen en dat is niks voor mij'.

- Het cliëntensysteem wordt – voor zover aanwezig - nadrukkelijk betrokken bij de begeleiding. Het cliëntensysteem is zeker bij mensen met een visuele beperking enorm belangrijk;
- Verbinding met revalidatie. Indien de cliënt op enig moment weer in staat is om te revalideren, worden trainingen aangeboden om de cliënt naar een hoger niveau van zelfredzaamheid te tillen. Aangezien instellingen voor mensen met een visuele beperking zowel revalidatie als specialistische begeleiding aanbieden, is de stap naar revalidatie snel gemaakt. Onder meer om deze verbinding snel te kunnen maken, wordt alle zorg gecoördineerd door een gedragskundige. Deze ziet er ook op toe dat de specialistische begeleiding in zorginhoudelijke samenhang met eventuele revalidatie wordt aangeboden. Het onderscheid tussen revalidatie en specialistische begeleiding is uitgewerkt in bijlage 2.

In de praktijk komt het er op neer dat de begeleider de cliënt eens per week bezoekt in de thuissituatie. Deze bezoeken duren zo'n twee uur. Daarnaast is er contact met de omgeving en andere betrokkenen bij de cliënt, zoals de lokale en regionale zorg, en welzijnsaanbieders. De begeleiding vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een gedragskundige.

Revalidatie en Specialistische Begeleiding

Revalidatie en specialistische begeleiding vinden doorgaans achtereenvolgend plaats, maar kunnen ook tegelijkertijd plaatsvinden. Mede vanwege de verschillende bekostigingsdomeinen vanaf 2015 is het verschil belangrijk.

Bij revalidatie leert de cliënt hoe hij op een bepaald domein, bijvoorbeeld mobiliteit, compensatoir kan handelen door andere zintuigen in te zetten (gehoor, tast) en systematisch te opereren. Ook het leren gebruiken van kleuren en contrasten, licht en verlichting, het aanleren van technieken en het zich leren oriënteren in een ruimte, is typisch revalidatie: de zelfredzaamheid wordt vergroot. Bij Specialistische Begeleiding gaat het om het toepassen van hetgeen reeds is aangeleerd. Met name het aanbrengen van structuur, ondersteuning bij planning en het maken van keuzes in relatie tot iemands draagkracht, is Specialistische Begeleiding. Verder gaat het bij Specialistische Begeleiding altijd om meerdere domeinen tegelijkertijd, terwijl bij revalidatie dat niet persé zo hoeft te zijn.

Kortom: Specialistische Begeleiding en revalidatie 'raken' elkaar en in die gevallen zal er sprake (moeten) zijn van een zorginhoudelijke samenhang, ook al wordt de zorg straks uit twee verschillende bekostigingsdomeinen betrokken. Voor de cliënt is het van belang dat hij de zorg krijgt die hij nodig heeft en dat de aangeboden producten zo veel mogelijk op elkaar worden afgestemd en – in geval van intermitterende behandeling - in samenhang worden aangeboden, ongeacht de wijze waarop de zorg wordt bekostigd. Zorg uit de Zvw moet kunnen worden gestapeld op zorg uit de Wmo, en andersom.

De rol van een gespecialiseerde instelling

Instellingen als de Robert Coppes Stichting, Visio en Bartiméus, waarmee nu de landelijke inkoopafspraken mee worden gemaakt, bieden een specifieke en specialistische benadering om niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren en te oefenen. Het feit dat de specialistische begeleiding meestal voortkomt uit een revalidatietraject en wordt geleverd door dezelfde instelling geeft de cliënt het vertrouwen dat nodig is. Genoemde instellingen hebben ruime ervaring als het gaat om expertise over leven met een visuele beperking en werken in ketenverband samen met instellingen voor verstandelijk gehandicapten, psychiatrische instellingen, verpleeghuizen, andere zorg- en welzijnsorganisaties en professionals. Het doel en de inzet is niet om alle benodigde zorg zelf aan te bieden, maar wel om ervoor te zorgen dat de cliënt de benodigde zorg krijgt.

Deskundigheid van medewerkers die Specialistische Begeleiding leveren

Medewerkers die Specialistische Begeleiding leveren, beschikken in ieder geval over de volgende deskundigheid:

- Kennis van diverse visuele beperkingen, oogaandoeningen en functiebeperkingen;
- Kennis van de wisselwerking van een visuele beperking met andere beperkingen (verstandelijk, lichamelijk);
- Kennis van de impact van de visuele beperking met betrekking tot licht, contrast, kleur e.d.
- Kennis van de impact van de visuele beperking op het gebied van activiteiten en participatie (mobiliteit, zelfverzorging, huishouden);
- Kennis van de sociaal-emotionele problematiek die het gevolg is van de visuele beperking (bijvoorbeeld het verhoogde risico op een depressie bij ouderen die slechtziend zijn geworden);
- Kennis van de sociale kaart;
- Kennis van hulpmiddelen voor mensen met een visuele beperking;
- Kennis van vergoedingen, voorzieningen en regelgeving voor mensen met een visuele beperking.

Wat levert Specialistische Begeleiding op?

- De cliënt kan (langer) zelfstandig blijven wonen.
- Cliënten kunnen de regie over hun eigen leven behouden, beschikken over de benodigde voorzieningen en krijgen grip op hun leven. Zonder deze specialistische begeleiding zouden cliënten gedragsproblemen krijgen, in een instelling moeten verblijven of verwaarlozen;
- Problemen met de samenleving in buurt of dorp kunnen worden voorkomen. Met specialistische begeleiding worden deze cliënten 'op de rails' gehouden, en de samenlevingsproblemen tot een minimum wordt beperkt.

4 De organisatie van de (specialistische) begeleiding

Zoals in hoofdstuk 2 al aangegeven, hebben de meeste mensen met een visuele beperking geen revalidatie of specialistische begeleiding nodig. Die mensen die wel specialistische begeleiding nodig hebben, zullen zich in de toekomst waarschijnlijk niet makkelijk bij het loket van de gemeente melden, of in beeld komen bij een sociaal wijkteam. Onder hen bevinden zich vele 'zorgmijders'. Juist omdat er steeds meer in de wijken en buurten, met sociale wijkteams gewerkt gaat worden is het van belang te weten hoe en wanneer iemand adequaat door te geleiden naar de juiste ondersteuning, behandeling, revalidatie. Het blijft altijd de gemeente zelf (eventueel gemandateerd) die de beschikking afgeeft voor het inzetten van ook specialistische begeleiding ZG.

Om ervoor te zorgen dat cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, kan de toegang het beste als volgt worden georganiseerd:

- Net als nu, zullen ook in de komende jaren mensen op verwijzing van oogartsen of huisartsen binnen komen bij de gespecialiseerde instellingen;
- Mensen die in beeld komen bij een sociale wijkteam, andere hulpverleners, gemeenten, kunnen vandaaruit, met verwijzing, doorgeleid worden naar de gespecialiseerde instellingen;
- Belangrijk is dat bij iedereen met een visuele beperking die zich meldt, wordt beoordeeld in hoeverre visuele revalidatie nog mogelijk is. Revalidatie is ten opzichte van begeleiding in alle opzichten – vooral voor de cliënt zelf natuurlijk, maar ook maatschappelijk gezien – de beste optie; de gespecialiseerde revalidatie-instellingen beschikken over een expertise om ook bij cliënten waar dat in eerste instantie wellicht onmogelijk blijkt, tóch 'het onderste uit de kan te halen'; als de cliënt kan revalideren, is de kans groot dat hij daarna zelfstandig kan functioneren en optimaal kan participeren;
- De beoordeling of revalidatie mogelijk is, danwel welke vorm van begeleiding het meest geschikt is, moet plaatsvinden door mensen die beschikken over de benodigde expertise daartoe; zij hebben kennis van de in- en exclusiecriteria;
- Mocht tijdens de duur van de specialistische begeleiding blijken dat revalidatie op enige wijze, op enig moment, toch nog mogelijk is, dan is de stap naar revalidatie snel gemaakt. Immers, alle gespecialiseerde instellingen bieden zowel specialistische begeleiding als revalidatie aan; in dit laatste geval wordt revalidatie gecombineerd met specialistische begeleiding. Als het goed gaat met de cliënt, wordt trainingen aangeboden en wordt de revalidatie 'opgeschaald'. In mindere periodes wordt specialistische begeleiding geboden om ernstigere problematiek, verwaarlozing en/of opname, maar ook overlast voor de samenleving te voorkomen;
- Veel van de mensen met een visuele beperking zullen uiteindelijk de gespecialiseerde instelling niet nodig hebben. Zij kunnen volstaan met de ondersteuning vanuit de mantel- of vormen van zorg en ondersteuning thuis.

Of revalidatie nog mogelijk is, of dat specialistische begeleiding de beste optie is, óf dat de cliënt op een andere vorm van zorg is aangewezen, wordt onder meer beoordeeld met behulp van een gevalideerd meetinstrument: de PAI (de Participation Activity Inventory, ontwikkeld in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam). De PAI maakt onderdeel uit van het Revalidatiemodel Visueel (zie bijlage 1) en wordt ingezet tijdens de aanmelding, intake en legitimatie van zorg.

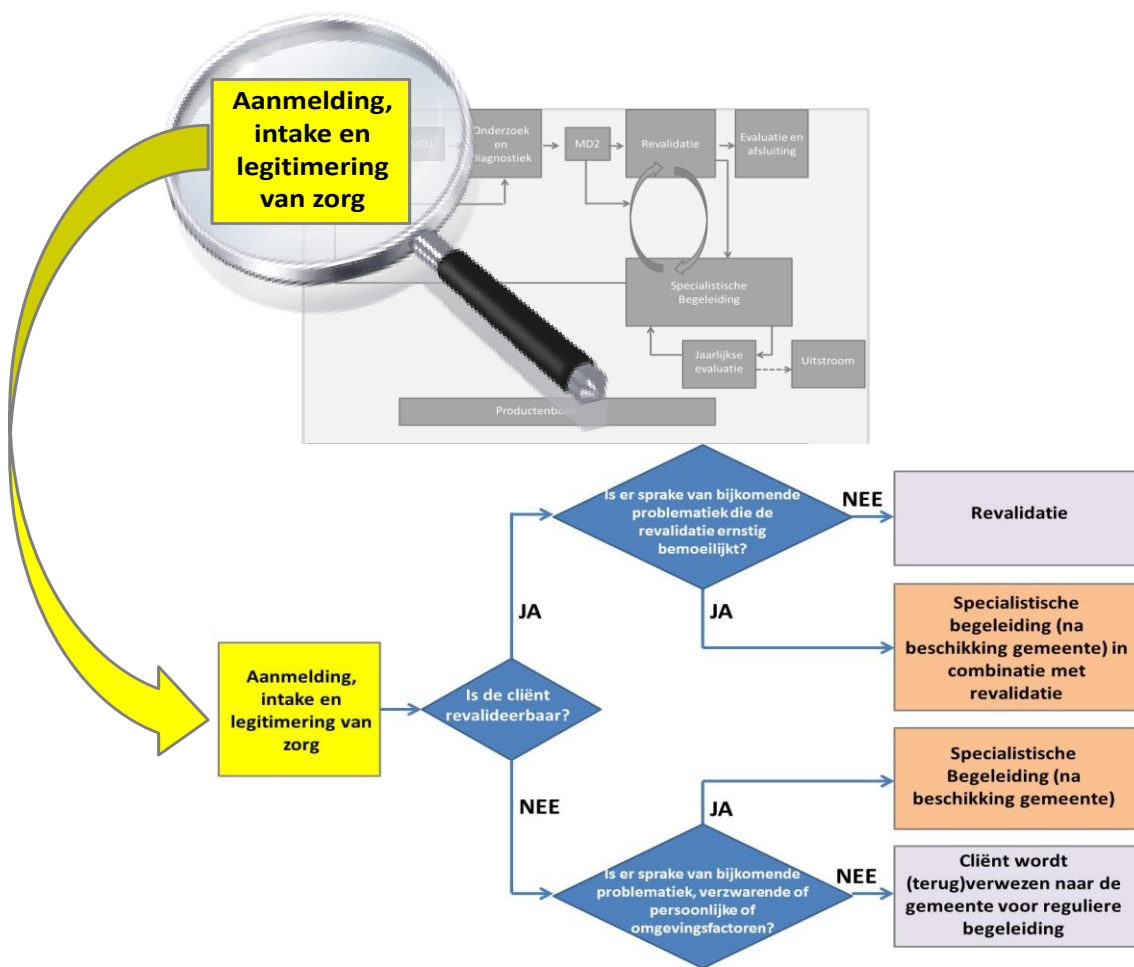
Het Revalidatiemodel Visueel

Het Revalidatiemodel Visueel is ontstaan vanuit de behoefte om de snelheid en accuratesse van het beantwoorden van de hulpvraag van cliënten te vergroten. Daarnaast zijn uniformiteit en transparantie van het aanbod van belang. Bij het Revalidatiemodel worden de volgende stappen doorlopen:

- Aanmelding en intake
- Hulpvraagverduidelijking
- Onderzoek en diagnostiek
- Revalidatie en/of Specialistische Begeleiding
- Evaluatie

Tijdens de eerste stap – aanmelding, intake en legitimatie van zorg – wordt beoordeeld of iemand kan revalideren. Als hij/zij in aanmerking komt voor specialistische begeleiding, blijkt dat doorgaans al direct na aanmelding. Bij meer complexe doelgroepen wordt specialistische begeleiding soms in combinatie met revalidatietrajecten geleverd (intermitterend). Intermitterend betekent dat wanneer de cliënt er aan toe is, revalidatie wordt ingezet (opschalen). Deze revalidatie is afgestemd op de specifieke situatie van de cliënt. In een periode waarin de cliënt over minder draagkracht beschikt, wordt een 'revalidatiepauze' ingebouwd en de revalidatie 'afgeschaald'.

In onderstaand schema wordt de eerste stap van het Revalidatiemodel (uitgebreider beschreven in bijlage 1) eruit gelicht. Het stroomschema laat zien wanneer iemand revalidatie, specialistische begeleiding (alleen wanneer een beschikking door de gemeente is afgegeven) of een combinatie van beide krijgt, óf wanneer iemand wordt terugverwezen voor 'reguliere begeleiding'.



Bijlagen

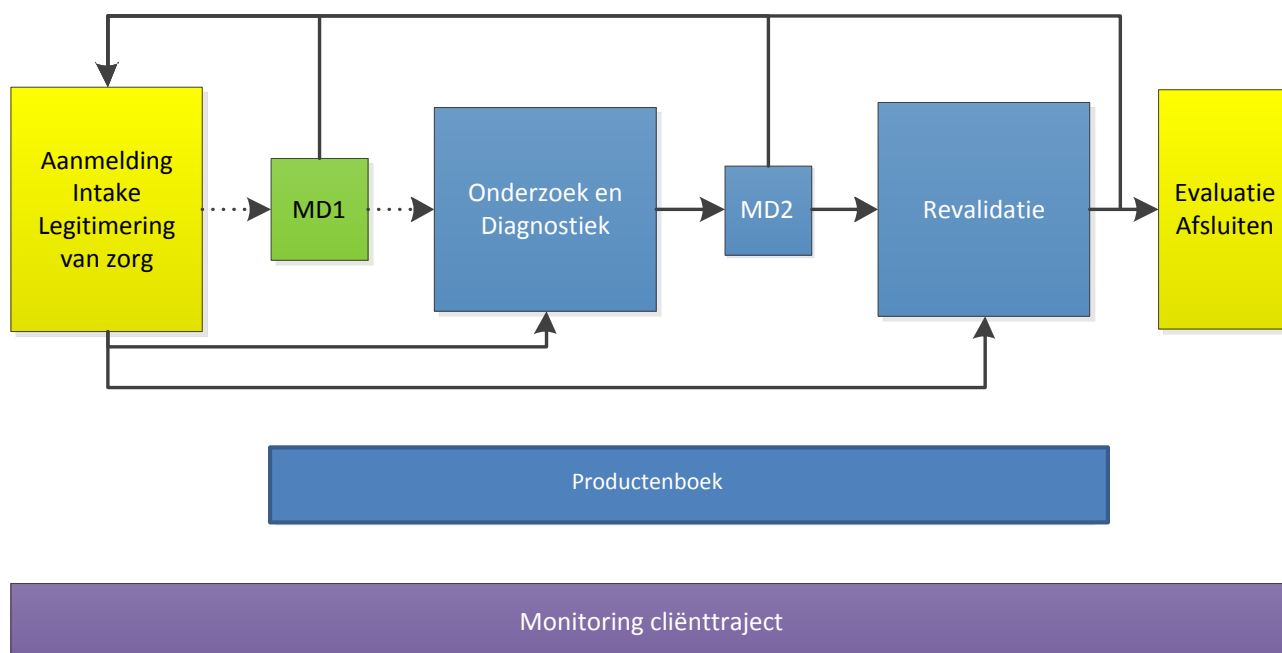
BIJLAGE I: Het Revalidatiemodel Visueel

Voor cliënten die zich melden met een revalidatievraag, is reeds een model ontwikkeld. Dit model is uitgebreid beschreven in het 'Revalidatiemodel Visueel'. Daarbij worden de volgende stappen doorlopen:

1. Aanmelding
2. Hulpvraagverduidelijking
3. Onderzoek en diagnostiek
4. Revalidatie
5. Evaluatie

Tussen de verschillende stappen door kan multidisciplinair overleg (MD) nodig zijn.

Revalidatiemodel

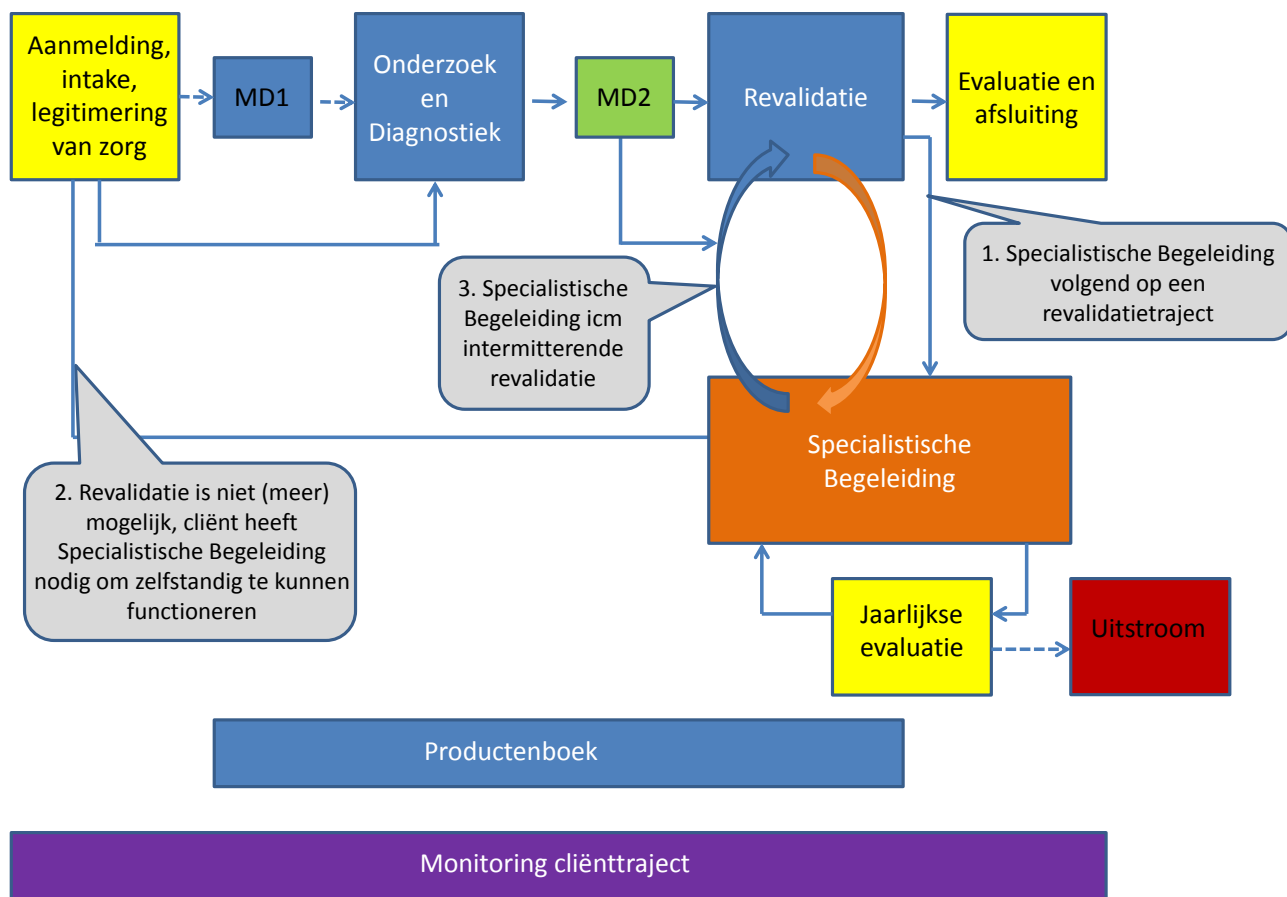


Figuur 1: Revalidatiemodel Visueel

In het Revalidatiemodel gaat het bij revalidatie om de (hulp)vragen van de client (in perspectief van gezondheidssituatie en functies) op activiteitsniveau, bij specialistische begeleiding gaat om het ondersteunen bij het (kunnen) participeren. Vragen worden beantwoord rekening houdend met externe en persoonlijke factoren. De doelstelling cq te bereiken resultaten hebben altijd betrekking op het zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Specialistische begeleiding volgt vaak op een behandeltraject, waarin de interventies lineair worden aangeboden (zie tekstballon 1 in figuur 2). Soms blijkt al direct bij de aanmelding dat er geen revalidatiemogelijkheden zijn en dat de cliënt in aanmerking komt voor specialistische begeleiding (tekstballon 2 in figuur 2). Ook na de diagnostiek- en onderzoeksfase, kan blijken dat de cliënt het beste is geholpen met

specialistische begeleiding. Bij meer complexe doelgroepen wordt specialistische begeleiding soms in combinatie met revalidatietrajecten geleverd (intermitterend) (tekstballon 3 in figuur 2). Wanneer specialistische begeleiding in het Revalidatiemodel wordt gevoegd, ziet dit er schematisch als volgt uit:



Figuur 2: het Revalidatiemodel met specialistische begeleiding

BIJLAGE II: Revalidatie versus Specialistische Begeleiding

De verschillen tussen revalidatie en specialistische begeleiding zijn in onderstaande tabel uiteen gezet.

Verschillen Revalidatie en Specialistische Begeleiding	
<i>revalidatie → Zvw</i>	<i>Specialistische Begeleiding → Wmo</i>
Gaat over het vergroten van de zelfredzaamheid	Gaat over het bevorderen, behouden en compenseren van de zelfredzaamheid
Interventie grijpt in op de stoornis/ beperking zelf	Is gericht op de gevolgen van de stoornis/ beperking
Is gericht op het opheffen of compenseren van de beperking	Is gericht op (het reduceren van) de gevolgen voor het maatschappelijk functioneren
Is gericht op het aanleren van technieken en strategieën	Is gericht op het oefenen en inslijpen van de aangeleerde vaardigheden en gedrag door het (herhaald) toepassen in de praktijk.
Er is een 'begin' en een 'einde' (eventueel met tussenpozen: intermitterend)	Kan meerdere jaren duren, er is niet persé een einde.
Beslaat één of enkele ICF*-domeinen Activiteiten en Participatie	Beslaat doorgaans (bijna) alle ICF*-domeinen Activiteiten en Participatie

* De ICF International Classification of Health, Functioning and Disability is een ordeningsmodel en begrippenstelsel waarmee het functioneren van cliënten inzichtelijk kan worden gemaakt. Het is een model dat het vraaggericht werken bevordert.