

University of Groningen

Verwijzing naar revalidatie bij blijvende visuele beperkingen

de Boer, M. R.; Langelaan, M.; Jansonius, N. M.; van Rens, G. H. M. B.

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

de Boer, M. R., Langelaan, M., Jansonius, N. M., & van Rens, G. H. M. B. (2005). Verwijzing naar revalidatie bij blijvende visuele beperkingen: richtlijn van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(27), 1502-1504. <https://www.ntvg.nl/artikelen/verwijzing-naar-revalidatie-bij-blijvende-visuele-beperkingen-richtlijn-van-het>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Verwijzing naar revalidatie bij blijvende visuele beperkingen; richtlijn van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

M.R.de Boer, M.Langelaan, N.M.Jansonius en G.H.M.B.van Rens

- Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap heeft een richtlijn voor verwijzing naar revalidatie en ondersteuning bij visuele beperkingen opgesteld.
- Vóór verwijzing naar revalidatie en ondersteuning vinden diagnostiek en therapie plaats. Hierbij hoort een oogheelkundig consult.
- Informatieverstrekking aan de patiënt over de aandoening geschiedt zowel mondeling als schriftelijk.
- De mogelijkheden van revalidatie worden ter sprake gebracht bij een visus < 0,5 en/of een gezichtsveld < 30° van het beste oog en een duidelijke hulpvraag.
- Slechtzienden met een eenvoudige hulpvraag worden, indien mogelijk, verwezen naar een gespecialiseerde optometrist.
- Slechtzienden met een complexe hulpvraag worden verwezen naar een regionaal of landelijk multidisciplinair revalidatiecentrum voor mensen met een visuele beperking.
- Slechtzienden en blinden worden geïnformeerd over het bestaan van belangenverenigingen.
- De verwijzing voor revalidatie vindt gestructureerd plaats met een afschrift van de verwijfsbrief naar de huisarts en overige behandelaren.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:1502-4

Van de westerse bevolking is 1-2% slechtziend of blind. Nederland telt circa 200.000 slechtzienden en blinden, merendeels (85%) ouder dan 65 jaar.¹ De belangrijkste oorzaak van slechtziendheid en blindheid is leeftijdsgebonden maculadegeneratie,^{2,3} waarvoor geen curatieve therapie bestaat. Door de 'vergrijzing' zal de komende jaren het aantal ouderen met een visuele beperking sterk stijgen. Het is evenwel een misvatting dat deze patiënten uitbehandeld zijn. Enerzijds blijft regelmatige oogheelkundige controle geboden in verband met de kans op comorbiditeit en omdat bij ziektebeelden als diabetische retinopathie en glaucoom de progressie valt af te remmen. Anderzijds bestaat bij visuele beperkingen de mogelijkheid tot revalidatie.

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft een evidence-based richtlijn opgesteld voor verwijzing naar revalidatie en ondersteuning bij blijvende visuele beperkingen. De voorbereidingswerkgroep heeft na een systematische zoekactie in *Embase* en *Medline* de daar gevonden artikelen door middel van de abstracts beoordeeld op relevantie. Aldus geselecteerde artikelen en ook artikelen gese-

lecteerd via referentielijsten en reeds bestaande richtlijnen werden vervolgens beoordeeld op kwaliteit en bewijskracht. Deze gegevens vormden de onderbouwing van de uiteindelijke conclusies en aanbevelingen. Daarnaast werden ook overwegingen over de bestaande organisatie van revalidatie bij slechtziendheid in Nederland en over de belangenverenigingen meegenomen. Alvorens het concept van de richtlijn aan de leden van het NOG aan te bieden, overlegde de werkgroep met klankbordwerkgroepleden, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en directies van de revalidatieinstellingen voor slechtzienden en blinden. Nadat de conceptrichtlijn door de leden van het NOG was goedgekeurd, is deze in boekvorm en per internet verspreid.⁴

Doel en doelgroep. De richtlijn is geschreven als een – op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs gebaseerde – hulp voor de indicatie tot verwijzing van patiënten naar vormen van revalidatie en ondersteuning bij blijvende visuele beperkingen waarvan de effectiviteit is bewezen, en als een hulp voor de manier waarop die verwijzing dient te geschieden. Revalidatie bij een visuele beperking is een gerichte, professionele interventie die als doel heeft de patiënt adequaat te leren omgaan met zijn of haar visuele beperkingen. Het einddoel van revalidatie is een optimale integratie in het maatschappelijke verkeer.

In eerste instantie is de richtlijn voor oogartsen bedoeld, maar deze kan ook nuttig zijn voor artsen werkzaam bij een Regionaal Indicatie Orgaan of een Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg, voor huisartsen, verpleeghuisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

VU Medisch Centrum, afd. Oogheelkunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.

Hr.dr.s.M.R.de Boer en mw.dr.s.M.Langelaan, bewegingswetenschappers; hr.prof.dr.G.H.M.B.van Rens, oogarts (allen tevens: VU Medisch Centrum, Instituut voor Extramuraal Gezondheidsonderzoek (EMGO), Amsterdam).

Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Oogheelkunde, Groningen.

Hr.dr.N.M.Jansonius, oogarts.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.G.H.M.B.van Rens (rens@vumc.nl).

Definities. Slechthooftheid werd conform de World Health Organization (WHO) gedefinieerd als een visus < 0,3 van het beste oog of een gezichtsveld < 30°. Blindheid werd conform de WHO gedefinieerd als een visus < 0,05 van het beste oog of een gezichtsveld < 10°. Omdat blijkt dat mensen met een visus < 0,5, maar > 0,3 soms ook onvoldoende kunnen lezen zonder speciale hulpmiddelen of andere problemen ervaren, werd deze categorie van 'matig slechthoofden' eveneens in de richtlijn betrokken. De werkgroep is zich er terdege van bewust dat er vele andere aspecten zijn die eveneens een rol spelen in iemands mate van visuele beperktheid en die niet in de WHO-definities worden benoemd, zoals verminderd contrastzien, nachtblindheid en kleurenblindheid.⁵

HET SLECHTNIUWSGESPREK EN VERWIJZING

Het is vrijwel altijd de oogarts die de diagnose van het ziektebeeld stelt en met de patiënt bespreekt. Vervolgens behoren in dit gesprek de behandelopties (vormen van revalidatie) aan bod te komen. Op basis van deze informatie kan de patiënt de voor hem of haar meest perspectiefbiedende optie kiezen. Pas daarna kan de behandeling of verwijzing plaatsvinden. Er bleek weinig goed gestructureerd onderzoek te bestaan op het gebied van het slechthoofdspraak bij slechthooftheid en blindheid. Daarom werden ook publicaties op andere vakgebieden bij de adviezen op dit gebied betrokken.

De werkgroep adviseert nadat de patiënt oogheelkundig is onderzocht (en indien deze dit wenst) de diagnose volledig mede te delen.⁶ Het is wenselijk deze ook schriftelijk mee te geven. Vele patiënten worden door het nieuws overvallen. Thuis komen er veel vragen op en worden deze ook door derden gesteld. Daarom adviseert de werkgroep in principe alle 'slechthoofspatiënten' een tweede consult aan te bieden waarin, liefst in tegenwoordigheid van een naaste, nogmaals de gestelde diagnose en de mogelijke behandelplannen (vormen van revalidatie en voorzieningen) kunnen worden besproken, alsook het bestaan van belangverenigingen (onder andere Federatie Slechthoofden- en Blindenbelang, de Federatie van Ouders van Visueel Gehandicapten en de Slechthoofden- en Blindenlijn).

De werkgroep adviseert schriftelijk te verwijzen. Een afschrift van de verwijfsbrief dient te worden gezonden aan de huisarts en andere behandelaren.

UITKOMSTEN VAN REVALIDATIE BIJ VOLWASSENEN EN OUDEREN

Oudere patiënten worden veelal verwezen naar een gespecialiseerde optometrist of naar een regionaal revalidatiecentrum ten behoeve van mensen met een visuele beperking. De optometrist meet vergrotende hulpmiddelen aan en

geeft adviezen (monodisciplinair), de regionale revalidatiecentra bieden op indicatie de mogelijkheid tot andere vormen van hulp (bijvoorbeeld ergotherapie of maatschappelijk werk). Een kleine groep patiënten komt in aanmerking voor intramurale revalidatie in het landelijke centrum Visio Het Loo Erf te Apeldoorn.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat zowel via monodisciplinaire als via multidisciplinaire hulpverlening verstrekte hulpmiddelen door circa 80% van de patiënten wordt gebruikt.⁷ Dit komt overeen met de bevindingen in publicaties uit andere westerse landen. Ruim 90% van de patiënten geeft aan tevreden te zijn met het hulpmiddel.⁸ Daarnaast zijn er studies gedaan naar effecten van hulpmiddelenverstrekking op de kwaliteit van leven. Hiertoe is een groot aantal vragenlijsten ontwikkeld.⁹ Zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire verstrekking van hulpmiddelen toonde verbetering van de visusspecifieke kwaliteit van leven, maar de follow-up van de studies was kort (1-6 maanden).¹⁰ Training in gebruik van complexe hulpmiddelen blijkt effectief.¹¹

De werkgroep acht het zinvol volwassenen en oudere patiënten te verwijzen voor verstrekking van hulpmiddelen. Patiënten met complexe problematiek of hulpvragen dienen naar een regionaal centrum te worden verwezen. Daarnaast is, met name voor de meer complexe hulpmiddelen, training van de (oudere) gebruiker aangewezen.

SUBGROEPEN VAN PATIËNTEN

Verpleeghuispatiënten. Slechthooftheid komt veel voor bij verpleeghuispatiënten.¹ Veel bewoners voor wie lezen cognitief nog tot de mogelijkheid behoort, lijken baat te hebben bij gebruik van een eenvoudig vergrotend hulpmiddel.¹² Het is belangrijk dat men zich realiseert dat, alvorens revalidatie of hulpmiddelen te overwegen, ook bij (psycho)geriatrische patiënten een oogheelkundig consult zinvol is.

De werkgroep adviseert bij verpleeghuispatiënten individueel kritisch te bezien wat haalbaar is op het gebied van zowel oogheelkundige diagnostiek en interventies als op het gebied van revalidatie. Naast gebruik van relatief eenvoudige vergrotende hulpmiddelen kunnen ook eenvoudige aanpassingen van de leefomgeving en goede instructies van het verzorgend personeel, ook bij de patiënt met duidelijk cognitief verval, zinvol zijn.

Slechthooftheid ontstaan door niet-aangeboren hersenletsel. Het aantal studies van acceptabele kwaliteit naar resultaten van effecten van revalidatie bij slechthooftheid bij niet-aangeboren hersenschade is klein.¹³ Visueel 'neglect' (er zich niet bewust van zijn dat een deel van het gezichtsveld ontbreekt) lijkt een negatief effect op het succes van revalidatie te hebben. Uitkomsten van training, gericht op compensatie van gezichtsvelduitval, zijn mager.

De werkgroep adviseert om, alvorens te starten met revalidatie bij slechthooftheid, oogheelkundig en neuropsychologisch

logisch onderzoek te verrichten. Een deel van dit onderzoek kan eventueel ook in een revalidatie-instelling voor mensen met een visuele beperking plaatsvinden. Het is van belang factoren die van invloed zijn op de uitkomst van revalidatie ('neglect', depressie, geheugenstoornissen en gedragsveranderingen) in de overwegingen mee te nemen en ook in de verwijsbrief te vermelden.

Slechtziende en blinde kinderen. Een visuele beperking komt bij 0,1-0,4‰ van alle kinderen voor. Naast de mate van beperking speelt ook de leeftijd waarop deze is ontstaan een belangrijke rol. Er is immers nog geen visueel geheugen indien de beperking is aangeboren of op zeer jonge leeftijd is ontstaan. In Nederland is het gebruikelijk om het slechtziende kind en de ouders zo vroeg mogelijk te begeleiden om zo, voorzover mogelijk, een visueel geheugen op te bouwen en zowel de motoriek als de compenserende zintuigfuncties te trainen. Ruim de helft van alle visueel gehandicapte kinderen heeft een genetische aandoening.¹⁴ Een toenemend aantal kinderen heeft een meervoudige handicap. Het is mogelijk om ook bij zeer kleine kinderen de visus te meten, maar deze kan met het toenemen van de leeftijd nog veranderen. Gebruik van (soms complexe) hulpmiddelen bij kleine kinderen is mogelijk.¹⁵

De werkgroep adviseert om bij vermoeden van slechtziendheid naast uitgebreid lichamelijk en oogheelkundig onderzoek ook erfelijkheidsonderzoek te doen bij een vermoeden van een genetische afwijking of een onbekende oorzaak. Verwijzing voor revalidatie en vroegbegeleiding van slechtziende kinderen lijkt zinvol, mede omdat zo ouders ook kunnen worden voorgelicht over de verschillende mogelijkheden rond het onderwijs. De werkgroep adviseert geen absolute uitspraken te doen over de visus bij kleine kinderen. Gebruik van (soms geavanceerde) hulpmiddelen door (zeer) kleine kinderen kan worden aanbevolen. De werkgroep acht het van belang dat de ouders wordt gewezen op het bestaan van belangen- en ouderverenigingen.

Adressen van gespecialiseerde optiekbedrijven zijn te vinden op www.nuvo.nl, doorklikken op 'low vision' en vervolgens 'adressen Low Vision bedrijven'.

De richtlijn 'Verwijzing van slechtzienden en blinden' is te vinden op <http://orde.artsennet.nl>, doorklikken op 'kwaliteitszorg' en 'richtlijnen', en zal te vinden zijn op www.richtlijnonline.nl. Een gedrukte versie is te bestellen bij uitgeverij Van Zuiden Communications, Alphen aan den Rijn (zuiden@zuidencomm.nl).

Belangenconflicten: geen gemeld. Financiële ondersteuning: Orde van Medisch Specialisten.

Aanvaard op 26 januari 2005

Literatuur

1 Melief WBAM, Gorter KA. Slechtzienden en blinden in Nederland. I. Aantallen en kenmerken. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 1998.

- 2 Rens GHMB van, Chmielowski RJ, Lemmens WA. Results obtained with low vision aids. A retrospective study. *Doc Ophthalmol* 1991; 78:205-10.
- 3 Klaver CC, Wolfs RC, Vingerling JR, Hofman A, Jong PT de. Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population: the Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol* 1998; 116:653-8.
- 4 Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Richtlijn 'verwijzing van slechtzienden en blinden'. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2004.
- 5 Rens GHMB van. Meten met twee maten [inaugurele rede]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2002.
- 6 Hopper SV, Fischbach RL. Patient-physician communication when blindness threatens. *Patient Educ Couns* 1989;14:69-79.
- 7 Neve JJ, Korten WE, Jorritsma FF, Kinds GF, Legein CP. The Visual Advice Centre, Eindhoven, the Netherlands. An interventional evaluation. *Doc Ophthalmol* 1992;82:15-23.
- 8 Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ. Quality of life of low-vision patients and the impact of low-vision services. *Am J Ophthalmol* 1999;128:54-62.
- 9 Boer MR de, Moll AC, Vet HC de, Terwee CB, Völker-Dieben HJM, Rens GHMB van. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic Physiol Opt* 2004;24:257-73.
- 10 Hinds A, Sinclair A, Park J, Suttie A, Paterson H, Macdonald M. Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. *Br J Ophthalmol* 2003;87:1391-6.
- 11 Nilsson UL. Visual rehabilitation with and without educational training in the use of optical aids and residual vision. A prospective study of patients with advanced age-related macular degeneration. *Clin Vis Sci* 1990;6:3-10.
- 12 Sadowski B, Grub A, Trauzettel-Klosinski S. Lesefähigkeit und Hilfsmittelbedarf, Unterversorgung in einer Altenheimpopulation. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2000;217:278-83.
- 13 Katz N, Hartman-Maeir A, Ring H, Soroker N. Functional disability and rehabilitation outcome in right hemisphere damaged patients with and without unilateral spatial neglect. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:379-84.
- 14 Meire F. Genetics in ophthalmology. *Bull Soc Belge Ophthalmol* 1998; 269:3-4.
- 15 Hofstetter HW. Efficacy of low vision services for visually impaired children. *J Vis Impairm Blindn* 1991;85:20-2.

Abstract

Referral for rehabilitation in case of permanent visual handicap; guideline of the Dutch Society of Ophthalmology

- The Dutch Society of Ophthalmology (NOG) has developed an evidence-based guideline for the referral of visually impaired people for rehabilitation and support.
 - Referral for rehabilitation and support must be preceded by diagnosis and treatment. Consultation of an ophthalmologist is essential.
 - Information about the disease should be given to the patient orally as well as in writing.
 - The ophthalmologist brings up the possibility of rehabilitation in the presence of a visual acuity < 0.5 and/or visual field of < 30 degrees in the better eye and a well-defined request for help.
 - Visually impaired patients with a relatively simple request for help are referred to a specialised optometrist whenever possible.
 - Visually impaired patients with more complex requests for help are referred to a multidisciplinary (regional or national) rehabilitation centre for people with a visual handicap.
 - Visually impaired and blind patients are informed about the existence of patient organisations.
 - Referral for rehabilitation is done by means of a structured letter with all relevant information. A copy of this letter should be sent to the family physician and all other attending physicians.
- Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1502-4