

Aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Uw brief van  
17 november 2011

Uw kenmerk  
DLZ/KZ-U-3091791

Datum  
25 juni 2013

Ons kenmerk  
ZA/2013066607

Behandeld door  
mw. J.M. Latta

Doorkiesnummer  
(020) 797 86 41

Onderwerp  
Overheveling zorg zintuiglijk gehandicaptensector naar Zvw

Geachte heer Van Rijn,

Op 17 november 2011 vroeg de toenmalige staatssecretaris van VWS, mevrouw Veldhuijzen van Zanten, het CVZ om te beoordelen of de zorg aan zintuiglijk beperkten, zoals nu geleverd binnen de AWBZ, op basis van de bestaande regelgeving onder de Zvw zou kunnen vallen. Deze beoordeling hebben wij gedaan en onze bevindingen zijn neergelegd in de bijgaande verkenning. Het CVZ komt tot de slotsom dat een groot deel van deze zorg naar zijn aard onder de Zvw zou kunnen vallen. Binnen de AWBZ valt echter nu ook de zorg voor deze groep die gericht is op de ondersteuning bij maatschappelijk functioneren. Het CVZ meent dat deze zorg niet past binnen het domein van de Zvw.

De bovengenoemde vraag van VWS komt uit het vorige regeerakkoord. Gezien de plannen van het huidige kabinet rond een kern-AWBZ, is een antwoord op de vraag of de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de Zvw past, nog steeds relevant.

Het bijgevoegde rapport behelst een verkenning of deze zorg onder de Zvw zou kunnen vallen. We adviseren hierin niet over alle stappen die gezet zouden moeten worden, om deze zorg in de Zvw onder te brengen, mocht de Minister van VWS hiertoe besluiten. Wij noemen een aantal uitvoeringsaspecten die inherent zijn aan het systeem van de Zvw. In de consultatie van het rapport is een aantal belangrijke uitvoeringspunten naar voren gekomen die wij tijdig onder uw aandacht willen brengen:

- Voorbereiding van de wettelijke verankering van de zorg binnen het Besluit zorgverzekering;
- De beschikbaarheid van voldoende heldere productinformatie als basis voor de bekostiging van de zorg;
- Voor de indicatiestelling binnen de Zvw moeten de betrokken beroepsgroepen tijdig indicatieprotocollen opstellen.
- Een tijdspad waaruit blijkt welke vervolgstappen op welk moment gereed moeten zijn.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp  
Voorzitter Raad van Bestuur

*Rapport*

## **Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?**

### **Een verkenning**

Op 25 juni 2013 uitgebracht aan de Staatssecretaris van VWS

*Publicatienummer*

***Uitgave***

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail info@cvz.nl  
Internet www.cvz.nl

***Volgnummer***

2013054403

***Afdeling***

ZORG-ZA

***Auteur***

mw. J.M. Latta in samenwerking met mw. G. Hendriksen,  
mw. F.M. van der Meer, mw. M. van Eijndhoven.

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 86 41

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website  
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer  
(020) 797 88 88.

## Inhoud:

*pag.*

|    |   |  |
|----|---|--|
|    | Samenvatting  |  |
| 1  | 1. Inleiding  |  |
| 1  | 1.a. Voortraject  |  |
| 2  | 1.b. Verzoek van VWS  |  |
| 2  | 1.b.1. Centrale vraag   |  |
| 3  | 1.c. De toetsing  |  |
| 3  | 1.c.1. De criteria voor toetsing  |  |
| 5  | 1.c.2. Hanteerbare toetsing   |  |
| 6  | 1.c.3. De zorg getoetst   |  |
| 7  | 1.d. Leeswijzer   |  |
| 8  | 2. Auditief en/of communicatief beperkten   |  |
| 8  | 2.a. Context  |  |
| 8  | 2.a.1. Diverse aandoeningen: dezelfde problematiek                                  |  |
| 9  | 2.a.2. Zorgbehoefte   |  |
| 10 | 2.a.3. Zorgaanbod   |  |
| 11 | 2.a.4. Zorgverleners  |  |
| 11 | 2.b. Aanpak toetsing  |  |
| 12 | 2.b.1. Welke aanpak kiest het CVZ?  |  |
| 14 | 2.c. Resultaat toetsing   |  |
| 14 | 2.c.1. Horen, stem en spraak: correctie auditieve en communicatieve functiestoornis |  |
| 14 | 2.c.2. Psychisch leren omgaan met de beperking                                      |  |
| 15 | 2.c.3. Compensatie beperkingen bij uitvoeren van activiteiten                       |  |
| 15 | 2.c.4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren                               |  |
| 17 | 3. Visueel beperkten  |  |
| 17 | 3.a. Context  |  |
| 17 | 3.a.1. Visuele beperking  |  |
| 17 | 3.a.2. Zorgbehoefte   |  |
| 18 | 3.a.3. Zorgaanbod   |  |
| 18 | 3.a.4. Zorgverleners  |  |
| 19 | 3.b. Aanpak toetsing  |  |
| 19 | 3.b.1. Welke aanpak kiest het CVZ?  |  |
| 21 | 3.c. Resultaat toetsing   |  |
| 21 | 3.c.1. Zien   |  |
| 21 | 3.c.2. Psychisch leren omgaan met de beperking                                      |  |
| 22 | 3.c.3. Compensatie beperkingen bij uitvoeren van activiteiten                       |  |
| 22 | 3.c.4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren                               |  |

|    |   |
|----|---|
| 23 | 4. Specifieke groepen   |
| 23 | 4.a. Doofblinden  |
| 23 | 4.a.1. Context  |
| 23 | 4.a.2. Zorgvraag  |
| 23 | 4.a.3. Zorgaanbod   |
| 24 | 4.a.4. Toetsing   |
| 24 | 4.a.5. Conclusie  |
| 25 | 4.b. Prelinguaal doven  |
| 25 | 4.b.1. Context  |
| 25 | 4.b.2. Zorgvraag  |
| 25 | 4.b.3. Zorgaanbod   |
| 26 | 4.b.4. Toetsing   |
| 26 | 4.b.5. Conclusie  |
| 27 | 5. Conclusies zorg aan zintuiglijk gehandicapten                                |
| 27 | 5.a. Impact conclusies  |
| 27 | 5.b. Consequenties overheveling   |
| 27 | 5.b.1. Overige wettelijke voorwaarden   |
| 29 | 6. Overige zorg   |
| 29 | 6.a. Zorg bij cerebrale visuele stoornissen of CVI (cerebral visual impairment) |
| 30 | 6.b. Orthocommunicatieve behandeling bij autisme                                |
| 31 | 6.c. Doventolk  |
| 33 | 7. Uitvoerbaarheid ZG-zorg onder de Zorgverzekeringswet                         |
| 33 | 7.a. Uitvoeringsaspecten  |
| 33 | 7.a.1. Overheveling van AWBZ naar Zvw   |
| 33 | 7.a.2. Zorg uit verschillende domeinen  |
| 33 | 7.a.3. Het systeem van de indicatiestelling                                     |
| 34 | 7.a.4. De polis   |
| 35 | 7.a.5. Nieuwe aanbieders van zorg   |
| 35 | 7.a.6. Landelijke spreiding zorgaanbod  |
| 35 | 7.a.7. Bekostiging  |
| 35 | 7.a.8. Risicoverevening   |
| 35 | 7.a.9. Expertisefunctie   |
| 36 | 7.a.10. Kosten  |
| 37 | 7.a.11. Inzicht in de sector  |
| 38 | 8. Besluit CVZ  |

***Bijlage(n)***

1. De zorg aan zintuiglijk gehandicapten getoetst
2. Beschrijvende achtergrondrapportage
3. Overzicht kosten ZG-sector
4. Brief van de Minister van VWS d.d. 17 november 2011
5. Productenboek VIVIS
6. Cliënten- en Productenboek SIAC
7. Methodieken en interventies auditief en/of communicatief
8. Consultatie

## Samenvatting

De zorg aan zintuiglijk beperkten (auditief en/of communicatief beperkten, visueel beperkten en doofblinden) valt nu voor een deel onder de AWBZ en voor een deel onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een groot deel van deze zorg is momenteel expliciet in de AWBZ geregeld en wordt geleverd door AWBZ-instellingen. Het Ministerie van VWS heeft aan CVZ gevraagd na te gaan of deze zorg ook onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan vallen.

Het antwoord is: Naast de zorgonderdelen die al onder de Zvw vallen, past ook onder de Zvw:

- Het diagnostisch onderzoek
- Zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking,
- Zorg gericht op het opheffen of compenseren van de beperking.

Zorg gericht op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren past niet onder de Zvw en zou onder een ander domein moeten worden gebracht. Ook de complexe, langdurige en intensieve zorg aan specifieke groepen zintuiglijk gehandicapten, past niet onder de Zvw. Bij deze zorg gaat het meer om langdurige, levensbrede ondersteuning en begeleiding dan om 'behandeling' (geneeskundige zorg). (Het feit dat deze zorg niet onder de Zvw past, zegt niets over de noodzaak van de toegankelijkheid van deze zorg).

Om een antwoord op de vraag te geven of de zorg onder de Zvw kan vallen, is het CVZ nagegaan of deze zorg naar zijn inhoud en omvang onder het domein van de Zvw past. Dit antwoord vindt het CVZ door de zorg te toetsen aan de criteria die normaliter worden gebruikt bij een zogenaamde duiding. Omdat nagegaan moet worden of de zorg onder de Zvw past, zijn de criteria ontleend aan het wettelijk kader van de Zvw.

Er bestaat niet één profiel van een zintuiglijk beperkte en ook niet dé zorgvraag van een zintuiglijk beperkte. De zorgvraag is afhankelijk van de mate van de handicap, van het moment waarop de handicap zich manifesteert, van persoonlijkheidskenmerken, van aspecten in de omgeving van de zintuiglijk beperkte, enzovoorts. De zorgvraag kan complex zijn en het zorgaanbod is divers en omvangrijk. Dit maakt een toetsing van de zorg niet eenvoudig. Om deze toetsing praktisch mogelijk te maken, heeft het CVZ het aanbod van de zorg aan auditief en/of communicatief en aan visueel beperkten in vier categorieën ingedeeld en vervolgens per categorie getoetst aan de criteria. De vier categorieën zijn:

1. diagnostiek
2. zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking,
3. zorg gericht op het opheffen of compenseren van de

beperking,

4. zorg gericht op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren.

(Deze zorg is gebaseerd op de ICF-systematiek).

Een nadere beschouwing van de zorg leert dat sommige delen van de zorg al onder de Zvw vallen. Bijvoorbeeld de functiegerichte diagnostiek van het gehoor uit categorie één. Een deel van die zorg vindt plaats in audiologische centra en die vallen onder de Zvw. Ook een deel van de zorg uit categorie drie valt nu al onder de Zvw. Dat zijn de operatieve ingrepen aan het oog of oor en het implanteren van en het leren omgaan met cochleaire implantaten.

De toetsing van de zorg aan de criteria leidt tot de conclusie dat delen van de zorg aan auditief en/of communicatief en visueel beperkten die nu onder de AWBZ vallen, onder de Zvw passen. Bijvoorbeeld het gespecialiseerd diagnostisch oogonderzoek bij zeldzame afwijkingen (categorie één). Deze diagnostiek vindt in de AWBZ-instelling plaats, maar is te scharen onder de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die onder de Zvw valt.

Ook interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de handicap (categorie twee) passen naar hun aard onder de Zvw. De hulp die de zintuiglijk beperkte bij zijn eventuele psychische klachten krijgt, betreft hulp vergelijkbaar met de geneeskundige zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden. Is de psychische problematiek ernstiger, dan kan de zorg beschouwd worden als de zorg vergelijkbaar met de revalidatiezorg, zoals die nu onder de Zvw valt, waarin ook de psychische ondersteuning hoe om te gaan met de beperking aan de orde komt. Is er sprake van een psychische stoornis als gevolg van de zintuiglijke handicap, dan kan de zintuiglijk beperkte aangewezen zijn op eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg past onder de Zvw.

De zorg gericht op compensatie van de beperking (categorie 3) kan, analoog aan de revalidatiezorg bij andere, lichamelijke handicaps, beschouwd worden als geneeskundige zorg die past onder de Zvw. Ook bij deze revalidatie gaat het om het compenseren van de beperkingen bij activiteiten, met het doel de zelfredzaamheid te vergroten. Andere interventies uit deze categorie zijn bijvoorbeeld te scharen onder zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. Hulpmiddelen die een specifieke beperking compenseren vallen ook onder de Zvw. Evenals het adviseren omtrent of het leren hanteren van de hulpmiddelen, omdat dit een onlosmakelijk onderdeel is van de verstrekking van hulpmiddelen.

Kortom, de (handelingsgerichte) diagnostiek, de zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking en de zorg



gericht op het compenseren of opheffen van de beperking *passen naar hun aard* onder de Zvw. De zorgvormen kunnen echter niet allemaal direct geschaard worden onder één van de te verzekeren prestaties: de zorgvormen *vallen* niet onder de Zvw. Om de zorgvormen wel onder de Zvw te kunnen laten vallen moet er een aanpassing in het Besluit zorgverzekering (Bzv) plaatsvinden.

Anders is dit voor de zorg die zich richt op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren. Deze zorg grijpt niet direct in op de beperking en hoort, gezien de inhoud, niet tot de geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw.

Ook voor de zorg aan sommige doofblinden en sommige prelinguaal doven ligt het anders. De zorg die deze groepen nodig hebben is intensief, langdurig en complex. Deze zorg past niet onder het domein van de Zvw, omdat de zorg zich voornamelijk richt op ondersteuning en begeleiding.

Als tot overheveling van de zorg aan zintuiglijk beperkten van de AWBZ naar de Zvw wordt overgegaan, moet met verschillende uitvoeringsaspecten rekening worden gehouden. Bijvoorbeeld met het gewenste integrale zorgaanbod, de mogelijkheid van nieuwe zorgaanbieders, de inkoop van zorg door de zorgverzekeraars, de indicatiestelling. Indien daartoe wordt besloten, kan het CVZ in een volgend rapport onderzoeken hoe de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de geneeskundige zorg van de Zorgverzekeringswet kan worden gebracht en welke aanpassingen in het Bzv en in de AWBZ hiervoor nodig zijn.

## 1. Inleiding

### **Zintuiglijk beperkten**

Dit document gaat in op de zorg aan zintuiglijk beperkten die nu onder de AWBZ valt. Onder zintuiglijk beperkten verstaan we mensen met een auditief/communicatieve handicap, een visuele handicap of mensen met beide handicaps. De vraag die in dit document wordt beantwoord is of deze AWBZ gefinancierde zorg ook onder het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) past. Voordat we hier verder op in gaan, volgt nu eerst de achtergrond van de totstandkoming van deze vraag.

### **Huidige situatie**

De zorg aan zintuiglijk beperkten is multidisciplinair van aard en wordt geleverd door AWBZ-instellingen in de zin van gecontracteerde organisaties. De zorg heeft een eindig karakter en bestaat voor een groot deel uit intermitterende, extramurale trajecten. De zorg is verzekerd en gefinancierd op basis van de AWBZ. De wettelijke aanspraak voor deze zorg wordt gevormd door de mate van de visuele en/of auditief communicatieve stoornis. De stoornis vormt de grondslag om voor deze AWBZ-zorg in aanmerking te komen.

### **1.a. Voortraject**

#### **Tangram**

In opdracht van VWS heeft Tangram in 2009 het onderzoek *Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector* opgeleverd. Tangram kwam met de vraag of delen van de kortdurende extramurale zorg voor zintuiglijk beperkten opgevat kunnen worden als een vorm van revalidatie. Tangram stelde hierbij dat deze zorg nu onder de AWBZ valt, terwijl deze meer op het vlak van de Zvw ligt.

#### **Rapport CVZ**

In 2010 heeft CVZ het rapport *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten* uitgebracht over diverse vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten. In dit rapport heeft het CVZ zich beperkt tot een wetshistorische uitleg en aangegeven dat de historisch gegroeide afbakening tussen Ziekenfondswet en AWBZ ook na de invoering van de Zvw in de praktijk is blijven bestaan. Het CVZ gaf aan dat een nadere duiding waartoe de zorg na invoering van de Zvw feitelijk zou moeten behoren anders zou kunnen uitvallen dan de historisch gegroeide afbakening.

#### **Casemix**

In 2010 heeft Casemix in opdracht van VWS een analyse uitgevoerd van de zorg in de zintuiglijk gehandicaptensector. Het rapport *Typeren van zorg in de zintuiglijk gehandicaptensector* is augustus 2010 opgeleverd. Uit deze analyse kwam de aanbeveling om volgens bepaalde standaarden de hulpvragen en de geleverde zorg transparanter te maken en te uniformeren.

#### **Verbindend Vernieuwen**

Vervolgens heeft het ministerie van VWS, samen met de voornaamste stakeholders en cliëntorganisaties uit de sector in

januari 2011 een plan van aanpak opgesteld: *Verbindend Vernieuwen*. Doel van dit plan is verder te bezien waar de historisch via de AWBZ-gefinancierde zorg naar zijn aard het beste past.

### **1.b. Verzoek van VWS**

Met de brief van 17 november 2011 heeft de Staatssecretaris van VWS het CVZ gevraagd aan te geven welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk gehandicapten, op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw kunnen vallen (bijlage 1). In de brief stelt VWS dat 'deze uitkomsten kunnen het uitgangspunt zijn om, in overleg met VWS en de ZG-sector, te bezien of het wenselijk en/of noodzakelijk is om ook andere onderdelen van deze zorg onder te brengen in de Zvw.' VWS wijst het CVZ daarbij op de relatieve oververtegenwoordiging van zorg aan zintuiglijk gehandicapten binnen de extramurale functie behandeling in de AWBZ en vraagt het CVZ daarom verbanden te leggen tussen het rapport over de ZG-zorg en het in het Pakketadvies 2011 aangekondigde advies over overheveling van de functie (extramurale) behandeling van de AWBZ naar de Zvw.

#### *1.b.1. Centrale vraag*

De centrale vraag van dit document is gebaseerd op de vraag van VWS en deze luidt:

Welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk beperkten die nu onder de AWBZ valt, zou(den), op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw passen?

#### **Minister beslist**

Dit document maakt duidelijk of en in hoeverre de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de Zvw past. Als de conclusie is dat de zorg onder de Zvw past, betekent dit nog niet dat de zorg ook onder de Zvw valt<sup>1</sup>. Om dat te realiseren, zal het nodig zijn dat de zorg uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zvw. Het is de Minister van VWS die daar uiteindelijk over beslist. Het voorliggende document gaat dan ook niet over de wenselijkheid van een dergelijke overheveling.

#### **Afbakening centrale vraag**

Hoe bakenen wij het onderwerp van deze vraag, de zorg aan zintuiglijk beperkten, af? Voor de afbakening van de centrale vraag rekenen wij onder de zorg aan zintuiglijk beperkten de extramurale, enkelvoudige zorg. In de uitvoeringspraktijk blijft de zorgvraag wel het uitgangspunt voor de zorgverlening. Dit betekent dat als de zorg voor enkelvoudig zintuiglijk beperkten onder de Zvw blijkt te vallen, die zorg uiteraard ook voor meervoudig beperkten onder de Zvw valt, als zij daar

---

<sup>1</sup> Normaliter leidt een toetsing aan het relevante wettelijk kader tot een standpunt. Een standpunt geeft aan of zorg al of niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoort. Maar de zorg aan zintuiglijk gehandicapten valt al expliciet onder de AWBZ. De zintuiglijke handicap vormt hiervoor de grondslag. De Zvw is voorliggend aan de AWBZ, maar omdat de zorg al expliciet onder de AWBZ valt, kan een standpunt dat de zorg onder de Zvw valt geen directe werking hebben. De zorg zou eerst uit de AWBZ moeten worden overgeheveld naar de Zvw, voordat de zorg daadwerkelijk onder de Zvw valt.

‘redelijkerwijze op zijn aangewezen’<sup>2 3</sup>. De zorg aan doofblinden behoort ook tot de zorg die onderwerp is van deze vraag. Evenals de zorg die kort intramuraal wordt geleverd, bijvoorbeeld in situaties waarin het reizen naar de instelling voor de zintuiglijk beperkte bezwaarlijk is.

### ***1.c. De toetsing***

Om een antwoord op deze vraag te geven, gaan wij na of deze zorg *naar zijn aard* past binnen het domein van de Zvw. Dit antwoord vinden wij door de zorg te toetsen aan het relevante wettelijk kader, in dit geval de Zvw en het Besluit zorgverzekering. De vraag is immers of de zorg aan zintuiglijk beperkten naar zijn inhoud en omvang onder de Zvw past.

#### ***1.c.1. De criteria voor toetsing***

Voor een toetsing gebruiken wij onze toetsingscriteria. Deze criteria zijn algemeen en worden, voor zover relevant, bij iedere duiding toegepast. Deze zijn ontleend aan het wettelijk kader. Hieronder staan de voor deze toetsing relevante criteria, geformuleerd in vragen. Daarbij is aangegeven hoe wij de interventie aan die criteria toetsen.

#### ***Aandoening?***

*Is er sprake van een aandoening?*

Vóórdat overgegaan wordt tot de toetsing moet vastgesteld worden dat sprake is van een aandoening. Hiertoe gaan wij na welke gegevens over ziektelast en/of indicatiegebieden bekend zijn.

#### ***Inhoud zorg?***

*Wat is de inhoud van de zorg/interventie?*

De inhoud van de interventie is het onderwerp van de toetsing. Wat houdt de zorg of de interventie in? Om deze vraag te beantwoorden kijken we bijvoorbeeld naar de vorm van de interventies, hoe ‘werken’ ze en welke plaats heeft de interventie binnen het behandeltraject.

#### ***Effectief?***

*Wat is de stand van de wetenschap en praktijk rond deze zorg, met andere woorden: bij welke indicatie is de zorg effectief?*

Voor alle zorgvormen geldt dat de inhoud en omvang mede worden bepaald door ‘de stand van de wetenschap en praktijk’<sup>4</sup>. Wat verstaat het CVZ onder dit principe? Alleen de zorg die volgens de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als effectief kan worden beschouwd, valt onder de verzekeringsdekking.

---

<sup>2</sup> Hiermee wordt alleen het onderwerp van de centrale vraag afgebakend en geen zorg voor meervoudig gehandicapten uitgesloten..

<sup>3</sup> De zorg aan zintuiglijk gehandicapten die ook ingezet kan worden bij zintuiglijk gehandicapten met een verstandelijke handicap, komt aan de orde in een ander rapport van het CVZ, namelijk over de mogelijke overheveling van extramuraal behandeling van de AWBZ.

<sup>4</sup> Artikel 2.1, lid 2 Besluit zorgverzekering luidt: De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Het CVZ heeft zijn werkwijze om 'de stand van de wetenschap en praktijk', te bepalen, beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*<sup>5</sup>. Het CVZ onderzoekt of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de zorgvorm. Daarbij volgt het de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal'. Verder is het algemene uitgangspunt van het CVZ dat er voor een positieve beslissing over de 'effectiviteit' medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht beschikbaar moeten zijn. Mochten dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn, dan kan het CVZ van dit vereiste beargumenteerd afwijken en eventueel genoeg nemen met gegevens met een lagere bewijskracht.

***Verantwoorde en adequate zorg en diensten***

Bovenstaand criterium is met name voor *gezondheidsgerelateerde* zorg van toepassing. Voor *welzijnsgerelateerde* zorg geldt het criterium 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' en kan worden volstaan met lagere bewijslast. Wetenschappelijke bewijsvoering is daarbij niet aan de orde, maar op enigerlei wijze zal wel nagegaan moeten (kunnen) worden of de zorg/dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen en of de veiligheid en het gebruikersgemak gewaarborgd zijn. Aan de hand van bijvoorbeeld een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek kan hierop een antwoord worden gegeven.

***Te verzekeren prestatie?***

*Valt de zorg onder de omschrijving van de te verzekeren prestaties?*

De inhoud van de zorgverzekering is vormgegeven in (te verzekeren) prestaties. Deze zijn naar inhoud en omvang omschreven in artikel 2.4 tot en met 2.15 Besluit zorgverzekering (Bzv).

De wetgever heeft de te verzekeren prestaties binnen de Zvw deels gedetailleerd (specifiek) omschreven en deels generiek. Voor, bijvoorbeeld, de prestatie geneeskundige zorg heeft de wetgever gekozen voor een generieke omschrijving via het begrip *plegen te bieden*: geneeskundige zorg omvat zorg zoals onder meer huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden*<sup>6</sup>.

Het CVZ heeft in zijn rapport 'Betekenis en beoordeling criterium *plegen te bieden*' uiteengezet hoe bepaald kan worden of aan dit criterium is voldaan. In het kort komt het erop neer dat zorg die 'pleegt te worden geboden' zorg betreft die aan de volgende twee voorwaarden voldoet:

- zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal

---

<sup>5</sup> CVZ, Rapport 254, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, 5 november 2007

<sup>6</sup> Artikel 2.4, lid 1 Besluit zorgverzekering luidt: Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinische psychologen en verloskundigen die *plegen te bieden* ....

van zorg.

- zorg die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Hoe kan worden vastgesteld of een bepaalde beroepsgroep 'iets pleegt te bieden'? Of anders gezegd: hoe kan worden vastgesteld wat de beroepsgroep tot het eigen zorgarsenaal rekent? Hiervoor kunnen we te rade gaan bij de richtlijnen en de standaarden van de betreffende beroepsgroep. Het zorgaanbod van een bepaalde beroepsgroep kan veelal daaraan worden ontleend. Ook aan opleidings- en beroepseisen van een beroepsgroep kan in voorkomend geval informatie worden ontleend over het werkgebied en daarbij horende zorgaanbod (zorgarsenaal) van de betreffende beroepsgroep.

#### *1.c.2. Hanteerbare toetsing*

Voor een toetsing van zorg is dus een omschrijving van de te leveren zorg nodig. Bij de sector zintuiglijk gehandicapten is echter (nog) niet alle zorg uniform beschreven. De sector heeft de zorg beschreven vanuit de zorgbehoefte van de cliënt, weergegeven in cliëntprofielen. De Vereniging van Instellingen voor mensen met een visuele beperking (VIVIS) legde ten tijde van de totstandkoming van dit document voor de subsector visueel gehandicapten de laatste hand aan het Productenboek VIVIS (bijlage 6). In het Productenboek zijn de diverse zorgproducten geordend naar de domeinen van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF)<sup>7</sup>. Het Productenboek geeft vervolgens per zorgvorm een beschrijving van het product, de daarbij behorende doelgroep en doelstelling, de inhoud van het product en de betrokken disciplines. De Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector (SIAC) beschikt over een productenboek met een beschrijving van doelgroep en de hulpvraag van de doelgroep, doelstelling en resultaat van de behandeling en zorg die wordt geboden, globale aanpak, betrokken disciplines en een koppeling naar de methodieken en interventies.<sup>8</sup>

#### **Vier categorieën**

De zorg aan visueel beperkten, de zorg aan auditief en/of communicatief beperkten en de zorg aan doofblinden worden afzonderlijk getoetst. Toepassing van de toetsingscriteria op de zorg aan deze verschillende groepen zintuiglijk beperkten, is echter geen eenvoudige zaak. Dit komt omdat zowel de zorgvraag als het zorgaanbod complex, divers en omvangrijk

---

<sup>7</sup> Met behulp van de ICF is iemands gezondheid te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, in activiteiten en in participatie.

<sup>8</sup> Het cliëntprofielen- en productenboek van de auditief/communicatieve sector is na de totstandkoming van dit rapport gereed gekomen en is dan ook niet in die vorm voor dit rapport geraadpleegd. Bij de totstandkoming van dit rapport is gebruik gemaakt van de lijst Methodieken en Interventies (bijlage 7). Deze lijst is opgesteld vanuit het perspectief van de cliënt en bevatte geen omschrijving van de inhoud van de diverse zorgonderdelen. Voor de volledigheid is het later verschenen cliëntprofielen- en productenboek ook als bijlage bij dit rapport opgenomen (bijlage 6).

zijn. Het is om die reden onmogelijk alle interventies afzonderlijk te duiden; dat zou tot een kleine honderd toetsingen leiden. Om de toetsing tot een handzaam proces terug te brengen, is ervoor gekozen om zowel voor de visueel beperkten als voor de auditief en/of communicatief beperkten soortgelijke interventies in categorieën samen te voegen. Met behulp van de classificaties en domeinen uit het Productenboek VIVIS hebben wij vier categorieën onderscheiden. Bij de indeling in categorieën is dus aangesloten bij de terminologie van de (ICF). Deze indeling én het resultaat van de toetsing op basis van deze indeling, zijn met VIVIS besproken. VIVIS kan zich vinden in de indeling en in het resultaat van de toetsing.

Vervolgens is op analoge wijze op basis van de lijst Methodieken en Interventies van de SIAC eenzelfde indeling in vier categorieën van de zorg opgesteld. Ook deze indeling en het resultaat van de toetsing is met SIAC besproken, De SIAC kan zich vinden in de indeling in vier categorieën en in het resultaat van de toetsing.

***Uitvoerings-  
aspecten***

In de gesprekken met de beide subsectoren over de indeling en over de resultaten van de toetsing kwamen aspecten naar voren die aan de orde kunnen zijn als de zorg wordt overgeheveld. Deze aspecten horen, strikt genomen, niet thuis bij de vraagstelling van dit document. Zonder ze uit te werken vermelden wij ze echter wel in hoofdstuk 7, Uitvoerbaarheid.

*1.c.3. De zorg getoetst*

***Toetsing van de  
zorg aan zintuiglijk  
beperkten***

De daadwerkelijk toetsing aan deze criteria vindt plaats in de bijlagen 1 en 2. De toetsing wordt daar uitgewerkt in dezelfde volgorde als de criteria hierboven vermeld staan, maar de criteria worden in de bijlagen niet opnieuw herhaald.

***Impact toetsing***

Voor de duidelijkheid twee opmerkingen betreffende de impact van deze toetsing.

- In dit document wordt de vraag beantwoord of de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de Zvw *past*. Niet meer en niet minder. Dat betekent dat dit document niet ingaat op wenselijkheid, voorwaarden, belang en/of noodzaak van onderdelen van deze zorg, noch op de vraag wanneer en in hoeverre een zintuiglijk beperkte is aangewezen op de zorg. Een beoordeling van de zorg op die aspecten hoort niet bij de gestelde vraag thuis en vindt in dit document dan ook niet plaats.
- Wij beperken ons tot een toetsing van de zorg op hoofdlijnen. Dat betekent dat wij in dit document niet ingaan op hoe de zorgverlening er uit zal zien als de zorg daadwerkelijk onder de Zvw valt. Dit zou ook pas aan de orde zijn als de Minister heeft besloten tot overheveling

van de zorg naar de Zw. In het hoofdstuk 7 Uitvoering worden uitvoeringsaspecten genoemd, waar in een eventueel later uit te brengen advies aandacht aan moet worden besteed.

### ***Overige zorg***

Tenslotte komen in dit document ook enkele zorgvormen aan de orde die (ook) bij een andere dan een zintuiglijke handicap, worden ingezet. Instellingen voor auditief-communicatief beperkten leveren bijvoorbeeld ook orthocommunicatieve behandelingen op het gebied van communicatie bij cliënten met autisme en instellingen voor visueel beperkten leveren bijvoorbeeld ook hulp bij visuele stoornissen die geen zintuiglijke, maar een cerebrale oorzaak hebben. Voor de volledigheid besteden wij in dit document ook aandacht aan deze zorgvormen die door deze AWBZ-instellingen worden geleverd. Vanwege de verwevenheid met de zorg voor auditief beperkten gaan wij ook in op de zorg die plaats vindt in het kader van de AWBZ-aanspraak doventolkzorg.

### ***1.d. Leeswijzer***

De hoofdstukken 2 en 3 zijn hetzelfde opgebouwd: In deze hoofdstukken is eerst de context van de betreffende handicap geschetst in 2.a en 3.a. Vervolgens is de wijze waarop de toetsing is aangepakt beschreven in 2.b en 3.b. De resultaten van de toetsing staan in 2.c en 3.c. De daadwerkelijk toetsing is in de bijlagen 1 en 2 opgenomen. In hoofdstuk 4 komen specifieke groepen aan de orde: de doofblinden in 4.a. en prelinguaal doven in 4.b. De conclusies van de toetsingen van de zorg aan zintuiglijk beperkten staan in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 vindt de toetsing plaats van de 'overige zorg'.

De uitvoeringsaspecten, waar aandacht aan moet worden besteed als de overheveling daadwerkelijk aan de orde is, staan beschreven in hoofdstuk 7.



## 2. Auditief en/of communicatief beperkten

In dit onderdeel is aangegeven wat een auditief/communicatieve beperking inhoudt, tot welke zorgbehoefte deze beperking leidt, welke cliënten zijn te onderscheiden en welke zorg aan auditief en/of communicatief beperkten wordt geboden en door wie. Vervolgens geven wij aan op welke wijze wij deze zorg toetsen.

### 2.a. Context

#### 2.a.1. Diverse aandoeningen: dezelfde problematiek

Binnen de auditief/communicatieve sector komen we verschillende aandoeningen met verschillende oorzaken tegen. De problematiek of de beperking die de persoon door de aandoening ervaart, is voor de verschillende aandoeningen, volgens vertegenwoordigers van de sector hetzelfde, namelijk problemen met communicatie<sup>9</sup>. Dit betekent dat ook de bijbehorende behandeling hetzelfde kan zijn.

We spreken van een *auditieve beperking* als er stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De auditieve beperking kan vóórkomen met ermee samenhangende communicatieve beperkingen, ernstige sociaal emotionele problematiek, ernstige spraak/taal stoornis en/of een leerachterstand. Van een *communicatieve beperking* is sprake als iemand als gevolg van een medische oorzaak zodanige problemen in de communicatie ondervindt, dat hij in het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen. Bij een *spraak-/taalprobleem* (of -stoornis) zijn er problemen bij het begrijpen en/of spreken van de taal. Zowel neurobiologische als neuropsychologische factoren kunnen hieraan ten grondslag liggen. Omgevingsfactoren zoals opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal vallen dus buiten de definitie van deze stoornis<sup>10</sup>.

Voor alle groepen geldt dat naast de auditieve en/of communicatieve beperking vaak sprake is van ernstige sociaal emotionele problematiek en/of een leerachterstand.

Onder de categorie auditief en/of communicatief vallen dus verschillende handicaps<sup>11</sup>. De problematiek en de interventies van auditief en/of communicatief beperkten en die van ernstige spraak-/taalstoornissen (ESM) komen overeen.

---

<sup>9</sup> Om deze reden wordt er geen onderscheid gemaakt tussen auditief beperkten en communicatief beperkten, maar wordt de groep aangeduid met auditief en/of communicatief beperkten.

<sup>10</sup> CVZ Medische achtergrondrapportage

<sup>11</sup> Hierna spreken we steeds van auditief en/of communicatief gehandicapten en auditief en/of communicatieve problematiek.

**Auditief/  
communicatief  
beperkten**

*2.a.2. Zorgbehoefte*

Een auditief/communicatieve handicap kan zich op elke leeftijd manifesteren: bij de geboorte, bij opgroeiende kinderen, en bij (jong)volwassenen. Bij een auditieve handicap is er geen of een gestoorde taal- en spraakontwikkeling. Dit heeft negatieve gevolgen voor de algemene en emotionele ontwikkeling en voor de ontwikkeling van de weerbaarheid. Omdat auditief beperkten niet of verminderd kunnen horen, missen zij veel informatie daar waar in de horende wereld mensen bijna continue informatie opnemen. Via radio en televisie, maar ook via gesprekken in hun omgeving wordt in de horende wereld de mondeling doorgegeven informatie - al dan niet bewust - opgepikt. Mensen met een auditieve handicap missen dat. Omdat prelinguaal doven en slechthorenden van jongs af aan veel informatie ontgaat, kunnen velen van hen als gevolg hiervan moeilijk omgaan met de complexiteit van de horende wereld.

De problematiek van een auditief en/of communicatief beperkte ligt niet alleen op het vlak van het niet of slecht horen, maar ook op andere gebieden. Veel dove en slechthorende kinderen hebben bijvoorbeeld, ondanks een normale leeraanleg in vergelijking met horende leeftijdgenoten, afwijkende cognitieve profielen. Dat leidt tot een specifieke zorgvraag.

Iedere levensfase van een auditief en/of communicatief beperkte, brengt weer de behoefte aan aanpassingen met zich mee. In hoeverre de cliënt moeite met deze aanpassingen heeft, is afhankelijk van persoonlijke en externe factoren, bijvoorbeeld de mate van de beperking en het moment in het leven van de dove of slechthorende waarop de beperking zich manifesteert.

De hulpvraag van de vroegdove en vroegslechthorende (jong)volwassene heeft betrekking op zijn achterstand in de maatschappij en de problemen die dit met zich meebrengt. Om deze achterstanden te compenseren kan voortdurende bijstand en begeleiding nodig zijn. De begeleiding betreft (soms levenslange) ondersteuning en richt zich op het verminderen van de kwetsbaarheid en behoud van zelfredzaamheid. Gespecialiseerde maatschappelijke dienstverlening kan helpen, bijvoorbeeld bij contacten met instanties.

Mensen die op latere leeftijd doof zijn geworden hebben een andere problematiek dan mensen die altijd doof zijn geweest. Hun zorgbehoefte is derhalve ook anders. Een belangrijk aspect van zorg voor slechthorenden is de hulp bij de verliesverwerking en het acceptatieproces. Behandeling is gericht op het leren omgaan met wat nog wél kan en het verwerven van nieuwe mogelijkheden.

***Ernstige spraak-/  
taalstoornis (ESM)***

Een andere categorie zijn kinderen met een ernstige spraak-/taal stoornis (ESM) zonder auditieve stoornis. Bij hen verloopt de taalontwikkeling anders of langzamer dan bij de meeste kinderen. Bij kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden (ESM) zijn er problemen bij het begrijpen en/of het spreken van de taal. Anderen praten in enkele woordjes of onverstaaanbaar. Kinderen met ESM kunnen andere kinderen of volwassenen niet duidelijk maken wat ze willen. Dit heeft negatieve gevolgen voor de algemene en emotionele ontwikkeling en voor de ontwikkeling van de weerbaarheid. Dit kan tot frustraties leiden. Zoals hiervoor al is aangegeven is de aandoening ESM een andere dan een auditieve aandoening. Maar de problematiek van ESM is vergelijkbaar met de problematiek waar mensen met een andere auditief/communicatieve handicap mee te maken kunnen krijgen. Bij ESM kunnen derhalve dezelfde interventies worden ingezet. Om die reden is de ESM bij deze toetsing inbegrepen.

Ook bij personen in de omgeving van de auditief en/of communicatief beperkte kan een zorgvraag ontstaan, met name bij horende ouders van een doof of slechthorend kind of een kind met ESM.

***2.a.3. Zorgaanbod***

Zorg aan mensen met een auditief/communicatieve beperking kenmerkt zich door specialistische diagnostiek, behandeling en begeleiding op verschillende ontwikkelingsdomeinen. De inhoud van de zorg die aan de auditief en/of communicatief beperkte wordt geboden is afhankelijk van de (mate van de) handicap en van het moment waarop de auditieve handicap zich openbaart of heeft geopenbaard. Bij iedere cliënt moet een passend ontwikkelingsperspectief worden geformuleerd waarop de behandeling wordt afgestemd.

***Individueel  
zorgaanbod***

Bij kinderen die niet goed horen, kunnen activiteiten worden aangeboden om de communicatie te stimuleren. Interventies zijn gericht op communicatie, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal: gebruik maken van gebaren, omgaan met de impact van de beperking en zelfredzaamheid. Als het kind wat ouder is komen ook interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen en werken aan de orde. Kernelementen van de behandeling van de vroegdove volwassene zijn gericht op versterking van de zelfredzaamheid, aanvullen van kennisachterstanden, empowering, assertief maken, en zo nodig duurzame ondersteuning van de zelfredzaamheid. Ook hulp bij mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditief/communicatieve handicap hoort tot het zorgaanbod.

Kinderen met ESM en hun ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert. Deze kinderen worden op jonge

leeftijd zeer intensief gestimuleerd en begeleid bij de ontwikkeling van taal. De behandeling is zowel op het kind als op de ouders gericht.

***Complex, omvangrijk en divers***

Kortom, de zorg voor de auditief en/of communicatief beperkte is maatwerk. Deze wordt bepaald door persoonlijke eigenschappen van de auditief en/of communicatief beperkte zoals leeftijd en omgeving en het moment waarop de handicap zich voordoet of heeft voorgedaan. De zorg aan auditief en/of communicatief beperkten betreft derhalve niet één interventie, maar is complex, omvangrijk en divers.

***2.a.4. Zorgverleners***

***AWBZ-instellingen***

De zorg aan auditief en/of communicatief beperkten wordt geleverd door KNO-artsen, audiologische centra en de zintuiglijk gehandicaptensector (ZG-sector). De zorg door KNO-artsen en audiologische centra valt onder de Zvw en daarmee buiten de scope van dit document. In de huidige situatie zijn AWBZ-gefinancierde instellingen de 'leveranciers' van de ZG-zorg.

***Multidisciplinair***

De zorg aan auditief beperkten is multidisciplinair van aard. Disciplines die binnen de AWBZ-instelling betrokken zijn bij de zorgverlening zijn: de orthopedagoog of (GZ-) psycholoog, pedagogisch medewerker, logopedist, linguïst, maatschappelijk werker, psycho-diagnosticus, gebarendocent, vaktherapeut. Afhankelijk van de zorg maakt een audioloog, een kinderoefentherapeut, een woonbegeleider, opvoedtrainer of een activiteitenbegeleider deel uit van het team.

***Specifieke deskundigheid***

Deze zorgverleners hebben specifieke kennis en deskundigheid op het gebied van gehoor-, communicatie en taalstoornissen en de invloed daarvan op de ontwikkelingsgebieden. Zorgverleners moeten ook alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse gebarentaal (NGT) of Nederlands met gebaren (NmG) beheersen. Bovendien geven auditief beperkten soms de voorkeur aan hulpverleners die ook auditief beperkt zijn, omdat het inlevingsvermogen van de dove hulpverlener groter zou zijn, hetgeen het vertrouwen van de dove in de hulpverlener groter maakt. De instellingen hebben ook behoefte aan auditief beperkte hulpverleners, omdat zij op die manier kunnen profiteren van de ervaringsdeskundigheid van de auditief beperkte hulpverlener.

***2.b. Aanpak toetsing***

Zowel de zorgvraag als het zorgaanbod aan auditief en/of communicatief beperkten is complex, divers en omvangrijk. Deze diversiteit in het aanbod maakt het een ondoenlijke opgave alle individuele diagnostiek, interventies en overige zorgactiviteiten afzonderlijk te duiden. Aan de andere kant kunnen wij de uitspraak of de zorg voor auditief/communicatief beperkten, op basis van de bestaande

regelgeving, onder de Zvw past, niet baseren op algemene omschrijvingen als 'behandeling', 'begeleiding' of 'revalidatie'. Daarvoor zijn deze betitelingen te algemeen en kan de inhoud te divers zijn. Wij kiezen dan ook voor een aanpak die het midden houdt tussen deze twee benaderingen. De diversiteit geldt ook voor de zorgvraag. Om dezelfde reden als bij het zorgaanbod maken wij bij de zorgvraag ook geen onderscheid naar specifieke groepen, bijvoorbeeld kinderen en volwassenen.

### 2.b.1. Welke aanpak kiest het CVZ?

Voor de toetsing typeren wij de afzonderlijke interventies en brengen soortgelijke interventies onder in één categorie. Wij relateren deze indeling in categorieën aan de ICF<sup>12</sup> perspectieven<sup>13</sup>. De ICF beschrijft het functioneren van een persoon vanuit drie perspectieven<sup>14</sup>:

#### ICF

- Het perspectief van de mens als organisme met *het functioneren van de verschillende organen*. Hier worden, naast de anatomische eigenschappen, functies beschreven van bijvoorbeeld het sensorische systeem (bijvoorbeeld horen, zien, voelen) of het bewegingssysteem (bijv. spierkracht, mobiliteit). Is functie niet zoals het hoort dan spreekt men van een *functiestoornis* (bijv. gehoorsverlies of spierkrachtverlies).
- Het perspectief van het menselijk handelen. Welke *activiteiten* kan iemand nog uitvoeren of zou dat in de toekomst nog kunnen? Voorbeelden zijn: zitten, lopen, schrijven of het nemen van een beslissing. Wanneer hier problemen mee ontstaan, spreekt men van een *beperking*.
- Het perspectief van participatie. Kan iemand volledig deelnemen aan het maatschappelijke leven en doet hij of zij dit ook? Hier betreft het de interactie van de persoon met zijn of haar omgeving (het onderhouden van sociale contacten, betaalde arbeid, verkeersdeelname). Wanneer dit in meer of mindere mate niet mogelijk is, bestaat er een *participatieprobleem*.

Uitgaande van deze perspectieven en domeinen die daartoe gerekend kunnen worden én van het zorgaanbod<sup>15</sup>, komen wij tot de volgende indeling van de zorg aan auditief en/of communicatief beperkten. In het onderstaande overzicht is de

---

<sup>12</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

<sup>13</sup> Het CVZ maakt weliswaar gebruik van de ICF terminologie, maar de indeling beoogt geenszins een ICF-classificatie van de zorg te zijn. De indeling met gebruik van de ICF terminologie dient geen ander doel dan een handzame indeling van de zorg te bieden voor deze toetsing.

<sup>14</sup> RIVM, brochure *De ICF een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn*.

<sup>15</sup> De terminologie van de domeinen is ontleend aan het productenboek VIVIS 2012. De Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector (SIAC) hanteert deze termen weliswaar niet op productniveau, maar gebruikt deze domeinen wel in de cliëntprofielen bij het aangeven van de beperkingen. Ten behoeve van de consistentie van de toetsing van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten, hanteert het CVZ bij beide onderdelen (visueel en auditief en/of communicatief) van de toetsing deze domeinen.

relatie tussen de ICF- perspectieven, de domeinen en de categorieën van het CVZ aangegeven<sup>16,17</sup>.

| ICF                |  | GEKOZEN CATEGORIEËN  |  |
|--------------------|--|--|--|
| <i>Perspectief</i> | <i>Domein</i>  | <i>Auditief en/ of<br/>Communicatief<br/>beperkten</i>                               | <i>ESM</i>   |
| Mens als organisme | Functies en anatomische eigenschappen,<br>Ziekte en aandoening<br><br>Sensorische functies   | 1. Horen en stem en spraak:<br>Correctie auditieve en communicatieve functiestoornis | 1. Stem en spraak:<br>Correctie communicatieve functiestoornis.              |
|                    | Functies en anatomische eigenschappen,<br>Mentale functies   | 2. Psychisch leren omgaan met de beperking.<br>Interactie met gezin/omgeving         | 2. Psychisch leren omgaan met de beperking.<br>Interactie met gezin/omgeving |
| Menselijk handelen | Leren en toepassen van kennis<br>Communicatie<br>Zelfverzorging<br>Huishouden<br>Mobiliteit  | 3. Compensatie beperkingen bij uitvoering van activiteiten.                          | 3. Compenseren beperking   |
| Participatie       | Tussenmenselijke interacties en relaties<br><br>Belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven)<br><br>Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven<br><br>Fysieke omgeving<br>Sociale omgeving | 4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren                                    |  |

1. De zorg in de eerste categorie 'horen en stem en spraak' is gericht op de functiestoornis en heeft tot doel het in kaart brengen van de auditieve functiestoornis en de correctiemogelijkheden van de stoornis.
2. De zorg in de tweede categorie 'leren omgaan met de beperking' richt zich op het psychisch leren omgaan met

<sup>16</sup> De ICF-classificatie onderscheidt drie perspectieven en het CVZ komt op basis van deze perspectieven tot vier categorieën. Dat komt omdat onder het ICF-perspectief 'mens als organisme' zowel de eerste als de tweede categorie die het CVZ onderscheidt, valt.

<sup>17</sup> Voor de duidelijkheid merken wij nog op dat het vanuit zorginhoudelijk oogpunt wenselijk of zelfs noodzakelijk kan zijn de verschillende interventies uit de onderscheiden categorieën in samenhang aan te bieden. Dit staat los van de praktische noodzaak voor deze toetsing de zorg in categorieën te onderscheiden.

- de auditieve beperking.
3. De zorg in de derde categorie richt zich op het opheffen of compenseren van de beperkingen bij activiteiten.
  4. De zorg in vierde categorie behelst ondersteuning bij maatschappelijk functioneren.

Hierna gaan wij nader in op de inhoud van de interventies van deze categorieën.

## **2.c. Resultaat toetsing**

Hieronder volgen de resultaten van de toetsing van de zorg aan auditief en/of communicatief beperkten. De resultaten van de toetsing geven het antwoord op de vraag welke (onderdelen van de) zorg aan auditief en/of communicatief beperkten, op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw passen. De uitwerking van deze toetsing vindt u in bijlage 1.

Sommige delen van de zorg vallen niet onder de AWBZ en vallen al onder de Zvw. De toetsing van de zorg aan het wettelijk kader geeft aan of andere delen van de zorg aan auditief en/of communicatief die nu onder de AWBZ vallen, naar hun aard onder de Zvw passen. Hieronder staan de conclusies voor iedere categorie.

### *2.c.1. Horen, stem en spraak: correctie auditieve en communicatieve functiestoornis*

Sommige delen van de zorg vallen al onder de Zvw. Bijvoorbeeld de functiegerichte diagnostiek van het gehoor, stem en spraak. Een deel van die zorg vindt plaats in audiologische centra en die vallen onder de Zvw en daarmee buiten de scope van dit document. De handelingsgerichte diagnostiek past in het domein van de Zvw.

### *2.c.2. Psychisch leren omgaan met de beperking*

Ook interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de handicap passen naar hun aard onder de Zvw. De hulp die de zintuiglijk beperkte bij zijn eventuele psychische klachten krijgt, betreft hulp analoog aan de "geneeskundige zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden"<sup>18</sup>. Is de psychische problematiek ernstiger, dan kan de zorg beschouwd worden

---

<sup>18</sup> Refererend aan de toetsingscriteria in de Inleiding, geeft deze conclusie aan dat de zorg *past* onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv. Met deze zorg die 'pleegt te worden geboden' door huisartsen of medisch specialisten, bedoelen wij aan te geven dat deze zorg

1. gerekend kan worden tot het aanvaarde arsenaal van zorg van deze beroepsgroepen
2. geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Op basis hiervan concluderen wij dat de zorg *naar zijn aard* geneeskundige zorg is die huisartsen plegen te bieden.

Door de gekozen formulering wordt bovendien niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van te verzekeren zorg. Dat kunnen ook andere hulpverleners zijn, mits zij bevoegd en bekwaam zijn. Bovendien is nog niet gezegd dat deze zorg ook daadwerkelijk onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden *valt*. Zie ook hoofdstuk 5.a. over de impact van de conclusies.

als de zorg vergelijkbaar met de revalidatiezorg voor andere, lichamelijke handicaps, die nu al onder de Zvw valt, waarin ook de psychische ondersteuning hoe om te gaan met de beperking aan de orde komt. Is er sprake van een psychische stoornis als gevolg van de zintuiglijke handicap, dan kan de auditief en/of communicatief beperkte aangewezen zijn op gespecialiseerde eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg past onder de Zvw.

#### *2.c.3. Compensatie beperkingen bij uitvoeren van activiteiten*

Ook een deel van de zorg uit categorie drie valt nu al onder de Zvw. Dat zijn de gehoorapparaten, operatieve ingrepen aan het oor en het implanteren van en het leren omgaan met cochleaire implantaten.

Deze zorg heeft een direct verband met de beperking en grijpt daar op in. De handelingsgerichte diagnostiek en de hulp die verleend wordt met het doel de beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten op te heffen of te compenseren om zodoende de zelfredzaamheid te vergroten, passen naar hun aard ook onder de Zvw. Deze zorg gericht op compensatie van de beperking kan, analoog aan de aard en het doel van de revalidatiezorg voor mensen met een andere lichamelijke handicap (die onder de Zvw valt), beschouwd worden als geneeskundige zorg en past onder de Zvw.

Andere interventies uit deze categorie zijn bijvoorbeeld te scharen onder zorg zoals logopedisten die plegen te bieden die ook tot de geneeskundige zorg van de Zvw behoort. Hulpmiddelen die een specifieke beperking compenseren vallen ook onder de Zvw. Evenals het adviseren omtrent of het leren hanteren van de hulpmiddelen, omdat dit een onlosmakelijk onderdeel is van de verstrekking van hulpmiddelen (voor zover die zelf ook onder de Zvw vallen).

#### *2.c.4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren*

Anders is het voor de hulp die ondersteuning bij maatschappelijk functioneren betreft. De zorg is niet direct gerelateerd aan de (functie-)stoornis. De interventies betreffen weliswaar het aanleren van kennis en vaardigheden om de zelfredzaamheid verder te vergroten, maar de interventies grijpen niet in op zintuiglijke beperking zelf. Gezien de inhoud van deze interventies moeten wij concluderen dat zij niet behoren tot de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Niet omdat er twijfels zouden zijn over de effectiviteit, de wenselijkheid of de noodzaak van deze interventies, maar omdat deze zorg gezien de inhoud geen geneeskundige zorg is in de zin van de Zvw is en dus niet tot het domein van de Zvw behoort.

### **Conclusie**

Sommige zorgvormen uit de categorieën één, twee en drie vallen al onder de Zvw; de overige zorgvormen uit deze



categorieën *passen* naar hun aard onder de Zvw, maar *vallen* niet onder de Zvw<sup>19</sup>. Wat dit betekent, werken we uit in hoofdstuk 5.

De hulp die ondersteuning bij maatschappelijk functioneren betreft, past **niet** in het domein van de Zvw.

---

<sup>19</sup> De zorg valt momenteel expliciet onder de AWBZ.

### 3. Visueel beperkten

In dit onderdeel is aangegeven wat een visuele beperking inhoudt, tot welke zorgbehoefte deze beperking leidt en welke zorg aan visueel beperkten wordt aangeboden. Vervolgens geven wij aan op welke wijze wij deze zorg hebben geduid.

#### **3.a. Context**

##### *3.a.1. Visuele beperking*

Mensen met een visuele beperking of handicap zijn blind of slechtziend. Slechtziendheid kent vele soorten en gradaties. Mensen kunnen slechtziend, zeer slechtziend, 'maatschappelijk blind' of blind zijn. Sommige blinden kunnen wel licht en donker onderscheiden of hebben nog een kleine gezichtsrest. Mensen kunnen vanaf hun geboorte blind of slechtziend zijn of op latere leeftijd blind of slechtziend zijn geworden. Sommige oogaandoeningen zijn progressief van aard.

##### *3.a.2. Zorgbehoefte*

Een visuele handicap leidt onmiskenbaar tot een zorgvraag. Maar niet per se tot één duidelijk afgebakende zorgvraag. Verschillende aspecten bepalen de inhoud van een zorgvraag, zoals de mate van de handicap, persoonlijkheidskenmerken, problemen die de visuele beperkte in het dagelijkse leven ervaart, enzovoort. Bovendien brengt iedere levensfase van iemand met een visuele beperking specifieke behoeften met zich mee, die tot nieuwe zorgvragen kunnen leiden: de zorgbehoefte van een opgroeiend kind met een visuele beperking is anders dan de zorgbehoefte van een volwassene met een visuele beperking. Kortom, de zorg voor iemand met een visuele beperking is maatwerk.

Daarnaast heeft niet alleen de visueel beperkte zelf, maar ook het gezin of zijn directe omgeving vaak hulp nodig bij het leren omgaan met de (handicap van de) slechtziende of blinde.

De zorgbehoefte van iemand een visuele beperking kan betrekking hebben op zijn behoefte aan psychosociale begeleiding bij het verwerken van de handicap. Zijn zorgbehoefte heeft ook betrekking op het leren gebruik maken van de visuele (rest)mogelijkheden en van andere zintuigen, het leren gebruik maken van hulpmiddelen op het gebied van communicatie, het leren van braille. Vervolgens het leren lopen met een taststok, blindenstok en/of blindengeleidehond, het leren van looproutes en bijvoorbeeld gebruik maken van openbaar vervoer. Tenslotte kan hij behoefte hebben aan het leren van vaardigheden met betrekking tot het zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren, zoals vaardigheden op het gebied van zelfverzorging en het leren van het zelfstandig voeren van een huishouden.

### *3.a.3. Zorgaanbod*

#### ***Complex, divers en omvangrijk***

Uitgaande van deze behoefte is het zorgaanbod erop gericht de visuele beperking daar waar mogelijk te compenseren, het uitvoeren van de dagelijkse handelingen te vergemakkelijken, bij te dragen aan de algehele ontwikkeling en het zelfstandig functioneren te optimaliseren.

De zorg aan visueel beperkten betreft derhalve niet één interventie. Het zorgaanbod moet inspelen op de complexiteit van de hulpvraag. Dat maakt de zorg divers, afhankelijk van de leeftijd van de persoon met een visuele beperking, van persoonlijkheidskenmerken en van de individuele problematiek.

#### ***Productenboek***

De Vereniging van Instellingen voor mensen met een Visuele beperking (VIVIS) heeft een Productenboek samengesteld dat de zorg voor visueel beperkten omschrijft. In het Productenboek zijn de diverse zorgproducten geordend naar de domeinen van de ICF classificatie. Het Productenboek geeft vervolgens per zorgvorm een beschrijving van het product, de daarbij behorende doelgroep en doelstelling, de inhoud van het product en de betrokken disciplines.

De beschreven producten vormen bouwstenen die afzonderlijk, maar meestal gecombineerd worden ingezet bij de zorgverlening aan een visueel beperkte. Inzetten van de ene bouwsteen kan voorwaardelijk zijn voor het slagen van de inzet van een andere bouwsteen. Welke bouwstenen worden ingezet is afhankelijk van het specifieke behandeldoel dat in samenspraak met de cliënt is geformuleerd in het behandelplan. In de praktijk gaat het altijd om verschillende of combinaties van 'subdoelen' of combinaties van domeinen volgens de ICF classificatie. Het Productenboek beschrijft 64 afzonderlijke zorgproducten.

### *3.a.4. Zorgverleners*

#### ***AWBZ-instellingen***

#### ***Multidisciplinair***

In de huidige situatie zijn AWBZ-instellingen de 'leveranciers' van de zorg aan visueel beperkten in de zin van gecontracteerde organisaties. De zorg aan visueel beperkten bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale trajecten en is multidisciplinair van aard. De sector onderscheidt de volgende betrokken disciplines naar hun deskundigheid in drie categorieën:

- Zien: klinisch fysicus visueel systeem, oogarts, optometrist, orthoptist, technisch oogheelkundig assistent (toa), low vision specialist.
- Gedrag: GZ-psycholoog, neuropsycholoog, psycholoog, orthopedagoog, psychologische assistent, maatschappelijk werker.
- Vaardigheid: ergotherapeut, bewegingstherapeut, logopedist, creatief therapeut, braille/taaldocent, ontwikkelingsbegeleider.
- Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren:

ambulant begeleider.

### **3.b. Aanpak toetsing**

*De aanpak van de toetsing van de zorg aan visueel gehandicapten is dezelfde als de aanpak van de toetsing van de zorg aan auditief en/of communicatief beperkten. Wij hebben er naar gestreefd dat de hoofdstukken 2 en 3 afzonderlijk te lezen zijn. Gevolg is dat de tekst van deze paragraaf 3.b. tot 3.c. nagenoeg dezelfde is als de tekst van paragraaf 2.b. Deze paragraaf kan daarom desgewenst hier worden overgeslagen.*

Hiervóór is aangegeven dat zowel de zorgvraag als het zorgaanbod complex, divers en omvangrijk is. Deze diversiteit maakt het een ondoenlijke opgave alle individuele diagnostiek, interventies en overige zorgactiviteiten afzonderlijk te toetsen. Aan de andere kant kunnen wij de uitspraak of de zorg voor visueel beperkten, op basis van de bestaande regelgeving, onder de Zwv past, niet baseren op algemene omschrijvingen als 'behandeling', 'begeleiding' of 'revalidatie'. Daarvoor zijn deze betitelingen te algemeen en kan de inhoud te divers zijn. Wij kiezen dan ook voor een aanpak die het midden houdt tussen deze twee benaderingen. Om dezelfde reden maken wij ook geen onderscheid naar specifieke groepen, bijvoorbeeld kinderen en volwassenen.

#### **3.b.1. Welke aanpak kiest het CVZ?**

Voor de toetsing typeren wij de afzonderlijke interventies en brengt soortgelijke interventies onder in één categorie. Wij relateren deze indeling in categorieën aan de ICF perspectieven<sup>20</sup>. De ICF beschrijft het functioneren van een persoon vanuit drie perspectieven<sup>21</sup>:

#### **ICF**

- Het perspectief van de mens als organisme met *het functioneren van de verschillende organen*. Hier worden, naast de anatomische eigenschappen, functies beschreven van bijvoorbeeld het sensorische systeem (bijvoorbeeld horen, zien, voelen) of het bewegingssysteem (bijv. spierkracht, mobiliteit). Is de anatomie of functie niet zoals het hoort dan spreekt men van een *functiestoornis* (bijv. gehoorsverlies of spierkrachtverlies).
- Het perspectief van het menselijk handelen. Welke *activiteiten* kan iemand nog uitvoeren of zou dat in de toekomst nog kunnen? Voorbeelden zijn: zitten, lopen, schrijven of het nemen van een beslissing. Wanneer hier problemen mee ontstaan, spreekt men van een *beperking*.
- Het perspectief van participatie. Kan iemand volledig

---

<sup>20</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Het CVZ maakt weliswaar gebruik van de ICF terminologie, maar de indeling beoogt geenszins een ICF-classificatie van de zorg te zijn. De indeling met gebruik van de ICF terminologie dient geen ander doel dan een handzame indeling van de zorg te bieden voor deze toetsing.

<sup>21</sup> RIVM, brochure *De ICF een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn*.

deelnemen aan het maatschappelijke leven en doet hij of zij dit ook? Hier betreft het de interactie van de persoon met zijn of haar omgeving (het onderhouden van sociale contacten, betaalde arbeid, verkeersdeelname). Wanneer dit in meer of mindere mate niet mogelijk is, bestaat er een *participatieprobleem*.

Uitgaande van deze perspectieven en domeinen die daartoe gerekend kunnen worden<sup>22</sup>, komen wij tot de volgende indeling van de zorg aan visueel beperkten. In het onderstaande overzicht is de relatie tussen de ICF- perspectieven, de domeinen en de categorieën van het CVZ aangegeven<sup>23 24</sup>.

| ICF                |   | CATEGORIEËN CVZ   |
|--------------------|---|---|
| Perspectief        | Domein  | Visueel beperkten   |
| Mens als organisme | Functies en anatomische eigenschappen,<br>Ziekte en aandoening<br>Sensorische functies      | 1.<br>Zien  |
|                    | Functies en anatomische eigenschappen,<br>Mentale functies                                  | 2. Psychisch<br>leren omgaan met de<br>beperking                |
| Menselijk handelen | Leren en toepassen van kennis<br>Communicatie<br>Zelfverzorging<br>Huishouden<br>Mobiliteit | 3.<br>Compensatie<br>beperkingen bij<br>uitvoering activiteiten |
| Participatie       | Tussenmenselijke interacties en relaties  | 4.<br>Ondersteuning bij<br>maatschappelijk<br>functioneren      |
|                    | Belangrijke levensgebieden  |   |
|                    | Maatschappelijk, Sociaal en burgerlijk leven  |   |
|                    | Fysieke omgeving<br>Sociale omgeving  |   |

1. De zorg in de eerste categorie 'zien' is gericht op de functiestoornis en heeft tot doel heeft het in kaart brengen van de visuele functie en het mogelijk gebruik van andere zintuigen.
2. De zorg in de tweede categorie 'leren omgaan met de beperking' richt zich op het psychisch leren omgaan met

<sup>22</sup> De terminologie van de domeinen is ontleend aan het productenboek VIVIS 2012.

<sup>23</sup> De ICF-classificatie onderscheidt drie perspectieven en het CVZ komt op basis van deze perspectieven tot vier categorieën. Dat komt omdat onder het ICF-perspectief 'mens als organisme' zowel de eerste als de tweede categorie die het CZV onderscheidt, valt.

<sup>24</sup> Voor de duidelijkheid merken wij nog op dat het vanuit zorginhoudelijk oogpunt wenselijk of zelfs noodzakelijk kan zijn de verschillende interventies uit de onderscheiden categorieën in samenhang aan te bieden. Dit staat los van de praktische noodzaak voor deze toetsing de zorg in categorieën te onderscheiden

- de visuele beperking. Het gaat dan om het sociaal welbevinden van de cliënt.
3. De zorg in de derde categorie richt zich op het opheffen of compenseren van de beperkingen bij activiteiten. Doel is de cliënt vaardigheden aan te leren die hem zo zelfstandig mogelijk kunnen laten functioneren ondanks zijn visuele beperking.
  4. De zorg in vierde categorie richt zich op maatschappelijke ondersteuning bij maatschappelijk functioneren.

Hierna gaan wij nader in op de inhoud van de interventies bij deze categorieën. Wij baseren ons hierbij op beschrijvingen van producten in het hiervoor genoemde *Productenboek VIVIS 2012*. (Dit Productenboek is bijgevoegd als bijlage 5).

### **3.c. Resultaat toetsing**

Hieronder volgen de conclusies van de toetsing van de zorg aan visueel beperkten. De resultaten van de toetsing geven het antwoord op de vraag welke (onderdelen van de) zorg aan visueel beperkten, op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw passen. De uitwerking van deze toetsing vindt u in bijlage 2.

Sommige delen van de zorg vallen al onder de Zvw. De toetsing van de zorg aan het wettelijk kader geeft aan dat andere delen van de zorg aan visueel beperkten die nu onder de AWBZ vallen, naar hun aard onder de Zvw passen. Hieronder staan de conclusies voor iedere categorie.

#### *3.c.1. Zien*

Het gespecialiseerd diagnostisch oogonderzoek bij zeldzame afwijkingen is te scharen onder de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die onder de Zvw valt.

#### *3.c.2. Psychisch leren omgaan met de beperking*

Ook interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de handicap passen naar hun aard onder de Zvw. De hulp die de zintuiglijk beperkte bij zijn eventuele psychische klachten krijgt, betreft hulp analoog aan de geneeskundige zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden<sup>25</sup>. Is de psychische

---

<sup>25</sup> Refererend aan de toetsingscriteria in de Inleiding, lichten wij toe dat deze conclusie aangeeft aan dat de zorg *past* onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv. Met deze zorg die 'pleegt te worden geboden' door huisartsen of medisch specialisten, bedoelen wij aan te geven dat deze zorg

3. gerekend kan worden tot het aanvaarde arsenaal van zorg van deze beroepsgroepen
4. geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Op basis hiervan concluderen wij dat de zorg *naar zijn aard* geneeskundige zorg is die huisartsen plegen te bieden.

Door de gekozen formulering wordt bovendien niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van te verzekeren zorg. kunnen ook andere hulpverleners zijn, mits zij bevoegd en bekwaam zijn. Bovendien is nog niet gezegd dat deze zorg ook daadwerkelijk onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden valt. Zie ook hoofdstuk x over de impact van de conclusies.

problematiek ernstiger, dan kan de zorg beschouwd worden als de zorg vergelijkbaar met de revalidatiezorg voor andere lichamelijke handicaps, die nu al onder de Zvw valt, waarin ook de psychische ondersteuning hoe om te gaan met de beperking aan de orde komt. Is er sprake van een psychische stoornis als gevolg van de zintuiglijke handicap, dan kan de zintuiglijk beperkte aangewezen zijn op eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg past onder de Zvw.

### *3.c.3. Compensatie beperkingen bij uitvoeren van activiteiten*

Deze zorg heeft een direct verband met de beperking en grijpt daar op in. De hulp die verleend wordt met het doel de beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten op te heffen of te compenseren om zodoende de zelfredzaamheid te vergroten, passen naar hun aard ook onder de Zvw. Deze zorg gericht op compensatie van de beperking kan, analoog aan de aard en het doel van revalidatiezorg, beschouwd worden als geneeskundige zorg en past onder de Zvw.

Hulpmiddelen die een specifieke beperking compenseren, vallen ook onder de Zvw. Evenals het adviseren omtrent of het leren hanteren van de hulpmiddelen, omdat dit een onlosmakelijk onderdeel is van de verstrekking van hulpmiddelen.

### *3.c.4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren*

Anders is het voor de hulp die ondersteuning bij maatschappelijk functioneren betreft. De zorg is niet direct gerelateerd aan de (functie-)stoornis. De interventies betreffen weliswaar het aanleren van kennis en vaardigheden om de zelfredzaamheid verder te vergroten, maar de interventies grijpen niet in op de zintuiglijke beperking zelf. Gezien de inhoud van deze interventies moeten wij concluderen dat zij niet behoren tot de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Niet omdat er twijfels zouden zijn over de effectiviteit, de wenselijkheid of de noodzaak van deze interventies, maar omdat deze zorg gezien de inhoud geen geneeskundige zorg is in de zin van de Zvw is en dus niet tot het domein van de Zvw behoort.

## **Conclusie**

Sommige zorgvormen uit de categorieën één, twee en drie vallen al onder de Zvw; de overige zorgvormen uit deze categorieën *passen* naar hun aard onder de Zvw, maar *vallen* niet onder de Zvw<sup>26</sup>. Wat dit betekent, werken we uit in hoofdstuk 5.

De hulp die ondersteuning bij maatschappelijk functioneren behelst, past **niet** in het domein van de Zvw.

---

<sup>26</sup> De zorg valt momenteel expliciet onder de AWBZ.

## 4. Specifieke groepen

### 4.a. Doofblinden

#### 4.a.1. Context

In Nederland is een (kleine) groep mensen die zowel visueel als auditief beperkt zijn en, met ambulante hulpverlening, zelfstandig wonen. De zorg aan deze groep is onderwerp van dit onderdeel van de toetsing.

De handicap van doofblinden is essentieel anders dan de handicap van enkelvoudig zintuiglijk beperkten. Een doofblinde is immers dubbel zintuiglijk beperkt, hetgeen zijn problematiek ernstig vergroot, want doofblindheid is meer dan een optelsom van de beperkingen. De hulp aan doofblinden is derhalve ook anders en de doelen zijn niet vergelijkbaar met de doelen van de hulp aan enkelvoudig zintuiglijk beperkten. Bij een visueel of auditief beperkte kan braille, een taststok of gebarentaal de beperking in meer of mindere mate compenseren. Bij de behandeling bij doofblinden kan vaak niet van een behandel succes worden gesproken.

#### 4.a.2. Zorgvraag

Doofblinden hebben allemaal ondersteuning nodig, veelal levenslang en levensbreed, maar de mate waarin varieert. De zorgvraag is niet voor alle doofblinden gelijk. Dit is afhankelijk van de individuele eigenschappen van de cliënt: Het maakt verschil of iemand van jongs af aan doof en blind is of dat deze handicaps zich op latere leeftijd, gelijktijdig of achtereenvolgens, meer of minder geleidelijk hebben gemanifesteerd. Ook de sociale omgeving (aanwezigheid van mantelzorg) van de cliënt is een belangrijke factor voor zijn zorgbehoefte.

Het ziektebeeld van de meeste doofblinden is chronisch en vaak progressief van aard. Er is dan ook lang niet altijd sprake van kortdurende zorg zoals die bij de visueel of auditief en/of communicatief beperkten wordt ingezet. De hulpvraag kan (wellicht op een ander vlak) terugkomen. Sommige doofblinden krijgen bijvoorbeeld ook te maken met psychische klachten, zoals depressie of een paranoïde stoornis.

#### 4.a.3. Zorgaanbod

Bij doofblindheid is sprake van ernstige beperkingen (levenslang en levensbreed). Ten behoeve van het zelfstandig wonen, hebben met name doofblinden die alleen zelfstandig wonen voor veel activiteiten continue ondersteuning en begeleiding nodig. De hulp aan doofblinden is er op gericht die ondersteuning in het dagelijks leven te bieden door het aanleren van vaardigheden en te proberen die vaardigheden te behouden. De hulp is divers en kan bestaan uit maatschappelijk werk, logopedie, ergotherapie,



psychotherapie, communicatietraining enzovoorts. De hulp wordt afgestemd op de individuele behoefte en problematiek van de doofblinde.

### **Expertise**

Er zijn slechts een zeer beperkt aantal organisaties die over de expertise beschikken om de intensieve, langdurige en complexe zorg aan doofblinden die dat nodig hebben, te bieden. Zorgverleners moeten over specifieke vaardigheden (bijvoorbeeld 'handschrijven') en over specifieke deskundigheid over deze cliënten beschikken.

#### *4.a.4. Toetsing*

Sommige doofblinden hebben voortdurend een hulpvraag en hebben voortdurend zorg nodig. De zorg aan deze doofblinden is anders dan bij enkelvoudig zintuiglijk beperkten en richt zich voornamelijk op ondersteuning en begeleiding. Van interventies die de beperking compenseren is vaak geen sprake. Maar binnen de groep doofblinden bestaat een variatie in zelfstandigheid en zorgbehoefte. Sommige doofblinden hebben een zorgbehoefte gelijk aan cliënten die óf auditief óf visueel beperkt zijn. Andere doofblinden hebben dus zorg nodig die intensief, langdurig en complex van aard is. Een indeling in categorieën zoals bij de toetsing van de zorg aan visueel of auditief en/of communicatief beperkten is voor deze laatste groep dan ook niet zinvol. Omdat de zorg intensief, langdurig en complex van aard is, en er meer sprake is van (levensbrede) begeleiding en ondersteuning dan 'behandeling' (geneeskundige zorg), meent het CVZ dat de zorg voor deze groep doofblinden niet onder het domein van de Zvw past.

#### *4.a.5. Conclusie*

De zorg voor doofblinden die intensief, langdurig en complex van aard is, past niet onder het domein van de Zvw<sup>27</sup>.

Bij dit aanbod is het van belang dat alle onderdelen van de zorg in samenhang worden aangeboden en is het niet verantwoord of doelmatig de benodigde zorg te betrekken uit verschillende domeinen (Zvw, AWBZ, Wmo). Het is in deze gevallen noodzakelijk alle zorg vanuit één hand, onder één verantwoordelijkheid en regie te bieden<sup>28</sup>. Momenteel is dit binnen de AWBZ. We gaan hier niet in op de ontwikkelingen rond de kern-AWBZ, maar beperken ons tot de wenselijkheid van een integraal aanbod van zorg.

---

<sup>27</sup> Het feit dat de intensieve, langdurige en complexe zorg voor sommige doofblinde cliënten niet onder het domein van de Zvw valt, laat onverlet dat een doofblinde cliënt die is aangewezen op (onderdelen van de) zintuiglijk gehandicapten zorg, die onder de Zvw vallen, daar aanspraak op kan maken. Met andere woorden: zorg die voor zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw blijkt te vallen, valt ook voor doofblinde cliënten, die daar redelijkerwijze op zijn aangewezen, onder de Zvw.

<sup>28</sup> Deze visie over het in samenhang aanbieden van zorg is ook verwoord in het rapport van het CVZ d.d. 4 april 2012, Signalement Zorg en wonen.

## **4.b. Prelinguaal doven**

### *4.b.1. Context*

Hiervoor is onder hoofdstuk 2.a.2 al aangegeven dat de zorgbehoefte binnen de groep auditief en/of communicatief beperkten verschilt. De zorgbehoefte is afhankelijk van persoonlijke en externe factoren, van de mate van de beperking en het moment in het leven van de auditief beperkte waarop de beperking zich voordoet of heeft voorgedaan. Volwassen prelinguaal of vroegdoven, vroegslechthorenden en (vroeg-) doofblinden hebben als gevolg van hun levenslange doofheid een grote taalachterstand en communicatieproblemen. Een groot deel van de volwassen vroegdoven is opgegroeid in internaten. Op de internaten mocht geen gebarentaal worden aangeleerd of gebruikt. Naast communicatieproblemen hebben deze mensen een grote kennis- en ontwikkelingsachterstand. Zij beschikken niet over voldoende zelfredzaamheid-competenties en communicatieve vaardigheden om zich in de meest voorkomende levenssituaties te kunnen redden. Naast de auditieve beperking kampen deze cliënten vaak ook met cognitieve, psychosociale en/of psychiatrische problematiek.

### *4.b.2. Zorgvraag*

Deze volwassen vroegdove heeft langdurige behandeling en ondersteuning nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

### *4.b.3. Zorgaanbod*

De cliënt krijgt ondersteuning bij het behoud van de zelfredzaamheid. De hulp is divers en bestaat uit verschillende behandelprogramma's, waarmee de sociale competenties en communicatieve vaardigheden kunnen worden versterkt. Voorbeelden zijn een training 'vergroten zelfredzaamheid', een 'communicatietraining', 'opvoedtraining' of een training 'financieel begrip'. De zorg ondersteunt de cliënt en heeft tot doel het ontstaan van ernstiger problemen te voorkomen. Uiteindelijk doel is dat de cliënt zelfstandig kan blijven wonen en opname in een instelling wordt voorkomen. De zorg is toegesneden op de individuele behoefte van de cliënt en houdt rekening met de complexe problematiek en de daarmee vaak voorkomende instabiliteit van de cliënt.

### **Hulpverleners**

De hulp wordt veelal verleend door een ervaren maatschappelijk werker met specifieke kennis van de dovencultuur. Een ambulante begeleider onderhoudt het contact met de cliënt. Afhankelijk van de actuele noodzaak en ontvankelijkheid van de cliënt worden andere behandeldisciplines ingezet. Een gedragskundige coördineert de zorgverlening.

### **Omvang**

Er zijn ongeveer 1.150 auditief beperkten die een beroep doen op deze zorg. Hiervan is 75% volwassen en vroegdoof.

Verwacht mag worden dat de huidige ontwikkelingen zoals gehoorscreening bij zuigelingen, het aangepast onderwijs aan auditief beperkten en het beschikbaar komen van cochleaire implantaten, invloed zullen hebben op de omvang en de zorgvraag van deze groep. De ontwikkelingen nog echter nog pril en de verwachting is dat zij stukje bij beetje hun effect op deze groep sorteren.

#### *4.b.4. Toetsing*

De zorgbehoefte van veel volwassen vroegdoven is vaak anders dan bij andere auditief beperkten (inclusief vroegdove kinderen en jongvolwassenen) en richt zich voornamelijk op ondersteuning en begeleiding. Sommige volwassen vroegdoven hebben langdurige, regelmatig terugkerende begeleiding nodig bij hun maatschappelijk functioneren. Met deze ondersteuning kunnen zij zelfstandig blijven wonen en kan opname in een intramurale instelling worden voorkomen. De zorg is intensief, langdurig en complex van aard en er is meer sprake van (levensbrede) begeleiding en ondersteuning dan 'behandeling' (geneeskundige zorg). Om deze reden, meent het CVZ dat de zorg voor deze groep volwassen vroegdoven niet onder het domein van de Zvw past.

#### *4.b.5. Conclusie*

De zorg voor sommige volwassen vroegdoven, die intensief, langdurig en complex van aard is, past niet onder het domein van de Zvw<sup>29</sup>.

Het is echter wel van belang dat deskundigen met specifieke kennis van de problematiek van deze cliënten, deze zorg kunnen blijven aanbieden. Zonder deze zorg kunnen deze cliënten niet zelfstandig blijven wonen en is opname in een instelling het alternatief.

---

<sup>29</sup> Het feit dat de intensieve, langdurige en complexe zorg voor sommige volwassen vroegdoven cliënten niet onder het domein van de Zvw valt, laat onverlet dat een volwassen vroegdove cliënt die is aangewezen op zintuiglijk gehandicapten zorg(onderdelen) die onder de Zvw vallen, daar aanspraak op kan maken. Met andere woorden: zorg die voor zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw blijkt te vallen, valt ook voor volwassen vroegdoven cliënten, die daar redelijkerwijze op zijn aangewezen, onder de Zvw.

## 5. Conclusies zorg aan zintuiglijk gehandicapten

De volgende onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten passen op basis van de huidige regelgeving onder de Zorgverzekeringswet:

- interventies die betrekking hebben op (handelingsgerichte) diagnostiek,
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap en
- interventies die de beperking compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

De volgende onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten passen op basis van de huidige regelgeving **niet** onder de Zorgverzekeringswet:

- Onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- De complexe, langdurige en intensieve zorg aan doofblinden en aan prelinguaal doven<sup>30</sup>.

### 5.a. Impact conclusies

#### Aanpassing Bzv

De zorgvormen uit de categorieën één, twee en drie<sup>31</sup> *passen naar hun aard* onder de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). De zorgvormen kunnen echter niet direct geschaard worden onder één van de te verzekeren prestaties: de zorgvormen *vallen* niet onder de Zvw. Om de overheveling van de AWBZ naar de Zvw mogelijk te kunnen maken, vergt een aanpassing van het Bzv.

### 5.b. Consequenties overheveling

Als de zorg aan ZG-gehandicapten uit de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld, zou de zorg die ondersteuning bij maatschappelijk functioneren betreft uit een ander domein betrokken moeten worden, die zorg past immers niet onder de Zvw.

#### 5.b.1. Overige wettelijke voorwaarden

Voor sommige onderdelen van de zorg gelden in de Zvw nadere wettelijke voorwaarden, bijvoorbeeld een gemaximeerd aantal zittingen ergotherapie. Omdat voor een overheveling van de zorg van de AWBZ naar de Zvw aanpassing van het Bzv nodig is, zodat de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de geneeskundige zorg valt (dus inclusief bijvoorbeeld de ergotherapie), gaan wij op de overige wettelijke voorwaarden hier niet in.

---

<sup>30</sup> Als cliënten die doofblind of prelinguaal doof zijn een beroep doen op zorg die voor enkelvoudig zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw blijkt te vallen, valt die zorg uiteraard ook voor hen onder de Zvw, als zij daar 'redelijkerwijze op zijn aangewezen'.

<sup>31</sup> Afgezien van de onderdelen die al onder de Zvw vallen, bijvoorbeeld gespecialiseerde oogheeskundige diagnostiek, logopedische hulp en hulpmiddelen.

***Uitvoerings-  
aspecten***

In hoofdstuk 7 komen nog andere aspecten van de overheveling van de zorg van de AWBZ naar de Zvw aan de orde. In paragraaf 7.a.1 en 7.a.2. wordt ingegaan op het noodzakelijkerwijs beschikbaar blijven van de zorg die niet onder de Zvw past.

## 6. Overige zorg

De AWBZ-instellingen leveren niet alleen zorg aan zintuiglijk gehandicapten. De instellingen voor auditief-communicatief gehandicapten leveren bijvoorbeeld ook behandeling van communicatieproblemen bij autisme. De instellingen voor visueel gehandicapten leveren ook hulp bij visuele stoornissen die geen zintuiglijke, maar een cerebrale oorzaak hebben. Het is in deze gevallen dus wel zorg geleverd door de sector voor zintuiglijk gehandicapten, maar niet aan zintuiglijk gehandicapten. Voor de volledigheid besteden wij in dit document ook aandacht aan deze zorgvormen.

Ook op de zorg die plaats vindt in het kader van de AWBZ-aanspraak doventolkzorg gaan wij in dit hoofdstuk nader in.

### **6.a. Zorg bij cerebrale visuele stoornissen of CVI (cerebral visual impairment)**

#### ***Oorzaak aandoening***

Normaliter komen visuele prikkels in de hersenschors aan en worden vervolgens naar verschillende gebieden gestuurd die elk hun eigen functie hebben. Zo zijn er gebieden voor het herkennen van voorwerpen, het herkennen van gezichten, signaleren van diepte, signaleren van beweging, opmerken waar in de ruimte iets zich bevindt, richten van de ogen (oogbewegingen), langere tijd naar een voorwerp kijken (fixeren) en voor de ruimtelijke oriëntatie. Stoornissen die niet gelegen zijn in het oog of de oogzenuw, maar in de hersenen worden geschaard onder de titel CVI. Bij een CVI gaat het niet om een visuele beperking die voortkomt uit een zintuiglijke stoornis, maar die het gevolg is van een cerebrale stoornis: delen van de hersenen functioneren onvoldoende. Beperkingen die het gevolg zijn van CVI zijn uiteenlopend. Voorbeelden zijn:

- Het last hebben van een teveel aan visuele informatie. Een te groot visueel aanbod kan niet goed worden verwerkt (crowding).
- Een teveel aan prikkels, zoals geluid en beelden, kan een storende werking hebben op het zien. Het wordt hierdoor erg inspannend om informatie op te nemen.
- Het niet goed kunnen selecteren van de belangrijkste visuele informatie uit een geheel. Het is hierdoor moeilijk de belangrijke informatie uit een veelheid aan informatie te halen, maar ook gaan details verloren. Systematisch scannen van visuele informatie is niet goed mogelijk.
- Het overzicht in een ruimte is gestoord.

#### ***Dezelfde aandoening en problematiek***

De oorzaak van de visuele beperking is dus een andere, maar de problematiek is dezelfde. De behandeling van CVI is gericht op het leren omgaan met de visuele stoornis. De zorg wordt geleverd door de sector voor zintuiglijk gehandicapten, hoewel de cliënt in dit geval feitelijk dus niet zintuiglijk gehandicapt is.

## **Conclusie**

Omdat de problematiek en de interventies dezelfde zijn, constateert het CVZ dat een toetsing van deze indicatie-interventie combinatie tot dezelfde conclusie leidt als de toetsing van de andere interventies voor visueel gehandicapten. Bij een eventuele overheveling van de zorg naar de Zvw, moet deze zorg daarbij ook een plaats krijgen.

### **6.b. Orthocommunicatieve behandeling bij autisme**

De zorg zoals die wordt ingezet bij communicatieproblemen bij auditief en/of communicatief beperkten, blijkt ook voor mensen met autisme toepasbaar te zijn, voor wat betreft hun problemen op het gebied van communicatie.<sup>32</sup> Cliënten met autisme worden binnen de Geestelijk gezondheidszorg behandeld. Voor de behandeling van communicatiestoornissen, waarbij het accent ligt op orthopedagogische behandeling op het gebied van communicatie, verwijst de GGZ deze cliënten naar de zintuiglijk gehandicaptensector<sup>33</sup>. Mensen met autisme geven namelijk op een andere manier betekenis aan de wereld om hen heen. Dit leidt tot hulpvragen op het gebied van waarneming, informatieverwerking, betekenisverlening, taal en communicatie (WIBTC). Deze hulpvraag vraagt een andere benadering dan de GGZ kan bieden. Het aanbod van de zintuiglijk gehandicaptensector blijkt beter bij de hulpvraag aan te sluiten.

Het CVZ heeft in maart 2010 een standpunt uitgebracht over interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis (ASS)<sup>34</sup>. In dit standpunt geeft het CVZ aan 'dat we in de praktijk zien dat behandelaars veel verschillende interventies voor kinderen met een ASS en/of een verstandelijke handicap gebruiken. Over de effectiviteit is vaak weinig bekend.' 'Daarom heeft het CVZ aan het ITS de opdracht gegeven onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies die in Nederland worden ingezet bij kinderen met een ASS en/of een verstandelijke beperking.'

Het CVZ beoordeelt de effectiviteit van interventies gebruikelijk aan de normen van de Evidence Based Medicine (EBM). Het CVZ is zich er van bewust dat om verschillende redenen weinig evidence van hoog niveau aanwezig is<sup>35</sup>. Voor veel interventies is geen enkel gepubliceerde evidence beschikbaar. Daarom zijn in het onderzoek onafhankelijke experts betrokken bij de

---

<sup>32</sup> Bij cliënten met autisme wordt als dominante grondslag psychiatrie vastgesteld. Ondanks dat er geen grondslag zintuiglijke handicap is, wordt er wel zorg uit de ZG-sector verleend aan cliënten met autisme.

<sup>33</sup> Op verzoek van het Ministerie van VWS is dit zorgaanbod door Kentalis in Eindhoven ontwikkeld. Niet de hele ZG-sector levert deze zorg, omdat deze zorg niet overal wordt vergoed. Zorgkantoor Zuidoost-Brabant heeft hierover productieafspraken met Kentalis gemaakt.

<sup>34</sup> CVZ, *Verzekerde interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke beperking*. 9 maart 2010

<sup>35</sup> Aan onderzoek bij kinderen kleven ethische bezwaren, er is in deze sector geen ontwikkelde onderzoekscultuur.

beoordeling. Het onderzoek heeft geresulteerd in een overzicht van interventies. Per interventie en doelgroep is aangegeven of de interventie voldoende effectief is. De mate van effectiviteit is dus voornamelijk ingegeven door Nederlandse experts. Het overzicht is opgenomen in het standpunt van maart 2010.

### ***Ontwikkelingen***

Recent wetenschappelijk onderzoek heeft geleerd dat autisme een neuropsychologische stoornis is op het gebied van waarneming en informatieverwerking. Er is sprake van een beperking in het gebruik van contextuele informatie die leidt tot een atypische betekenisverlening, waardoor taal- en communicatieproblemen ontstaan.

In de behandeling komt de focus steeds meer te liggen op de sensorische waarneming en alle daarmee samenhangende mentale functies, zowel van lagere als hogere orde.

### ***Effectiviteit***

Zoals ook in het aangehaalde rapport van het CVZ al is aangegeven, is het begrijpelijk dat er weinig evidence van hoog niveau aanwezig is. Desalniettemin is het wenselijk ook voor deze zorg de effectiviteit op de waarneming, informatieverwerking, betekenisverlening, taal en communicatie aan te geven. Het zal echter wel enige tijd vergen voordat hardere effectiviteitsgegevens bekend zijn.

### ***Conclusie***

Door meerdere wetenschappelijke studies is aangetoond dat autisme wordt gekenmerkt door problemen met contextblindheid, die weer voortkomt uit en manifest wordt in problemen met waarneming, informatieverwerking, betekenisverlening, taal en communicatie. De zorg door de ZG-sector grijpt in op de communicatie-problemen waar cliënten met autisme mee te maken kunnen krijgen. De interventies die de ZG-sector inzet op de communicatie-component beantwoorden volgens de ervaringsdeskundigen aan hun doel. Op dit moment zijn nog geen (hardere) effectiviteitsgegevens beschikbaar. Om de zorg een kans te geven zich te ontwikkelen en te bewijzen, zou een tijdelijke financiering een oplossing kunnen zijn, welke periode gebruikt kan worden om gegevens over de effectiviteit te verkrijgen<sup>36</sup>.

## ***6.c. Doventolk***

### ***'leefuren'***

Auditief beperkten kunnen een beroep doen op de doventolk. De doventolk valt onder de AWBZ. Zorgverzekeraar Menzis<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Wellicht kan deze zorg in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zvw. De minister van VWS kan besluiten om zorg die niet voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' toch, voor een periode van maximaal vier jaar, toe te laten tot het verzekerde pakket. Daaraan wordt de voorwaarde verbonden dat in dat tijdsbestek gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Aan de hand van deze gegevens kan na afloop van de periode van voorwaardelijke toelating worden vastgesteld of de zorg definitief onderdeel kan zijn van het verzekerde pakket. Vóórdat een onderwerp hiervoor in aanmerking komt, moet wel aan verschillende voorwaarden zijn voldaan. CVZ heeft die beschreven in het rapport 'Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg' en in de procedurebrief aan de partijen in de zorg.

<sup>37</sup> Feitelijk regelt Zorgkantoor Arnhem/Twente, ressorterend onder Zorgverzekeraar Menzis, deze uitvoering.



regelt momenteel de uitvoering hiervan voor het hele land. Dit betekent dat Menzis namens alle verzekeraars de doventolken contracteert, de machtigingen afgeeft en de declaraties verwerkt. Menzis handelt zo de doventolkaanspraken af voor 'leefuren'.

***Werk en onderwijs*** We onderscheiden de doventolk voor 'leefuren' van de doventolkregeling voor werk en onderwijs, welke regeling wordt uitgevoerd door het UWV.

Past de doventolkzorg voor 'leefuren' onder het domein van de Zvw? De doventolk compenseert de beperking van de auditief en/of communicatief beperkte. In die zin vervult de doventolk een functie analoog aan de functie die een hulpmiddel vervult bij het compenseren van een specifieke beperking, bijvoorbeeld horen, zien of spreken.

In juli 2009 heeft het CVZ aangegeven dat hulpmiddelen die worden ingezet bij één aandoening vanuit één wettelijke regeling verstrekt moeten worden. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren zijn opgenomen in de Rzv art. 2.10<sup>38</sup>.

***Conclusie*** Het CVZ concludeert dat, gezien de analogie in de functie, ook een doventolk voor 'leefuren' onder het domein van de Zvw past, voor zover het de beperking compenseert en in die zin de zelfredzaamheid vergroot.

---

<sup>38</sup> CVZ, Heroriëntatie hulpmiddelen, 16 juli 2009 (rapport nr. 279)

## 7. Uitvoerbaarheid ZG-zorg onder de Zorgverzekeringswet

In hoofdstuk 2 en 3 is de zorg aan auditief en/of communicatief respectievelijk visueel beperkten getoetst teneinde aan te geven welke zorgonderdelen onder het domein van de Zorgverzekeringswet passen.

Na de conclusie in hoofdstuk 5 dat bepaalde zorgonderdelen onder de Zvw passen, gaan we in dit hoofdstuk nader in op de mogelijke gevolgen van deze conclusies. We werken ze niet uit, maar noemen uitvoeringsaspecten, waar bij een eventuele overheveling aandacht aan moet worden besteed.

### **7.a. Uitvoeringsaspecten**

#### *7.a.1. Overheveling van AWBZ naar Zvw*

Voor een overheveling van de zorg van de AWBZ naar de Zvw is een aanpassing van het Besluit zorgverzekering (Bzv) nodig.

Hierbij moet in acht worden genomen dat niet alle delen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw passen en dus ook niet onder de nieuwe bepaling kunnen vallen.

Bijvoorbeeld de complexe, intensieve en langdurige zorg aan doofblinden en volwassen vroegdoven en de zorg gericht op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren; die passen niet onder het domein van de Zvw. Deze onderdelen moeten dus bij een overheveling van de zorg naar de Zvw worden onderscheiden. Voor de zorg aan doofblinden en volwassen vroegdoven moet er een mogelijkheid blijven om samenhangende zorg voor deze groepen te leveren, hetzij binnen de AWBZ, hetzij, afhankelijk van de toekomstige ontwikkelingen, op een andere wijze

#### *7.a.2. Zorg uit verschillende domeinen*

Zowel bij de toetsing van de zorg aan visueel als aan auditief/communicatief beperkten hebben we gezien dat de zorgonderdelen uit de categorieën één tot en met drie naar hun inhoud tot het domein van de Zvw kunnen behoren. De zorg uit categorie vier behoort niet tot het domein van de Zvw. Wat betekent dit in de praktijk?

Het feit dat deze zorg naar zijn aard niet onder de Zvw past, wil niet zeggen dat deze zorg niet voorhanden moet zijn. Deze ZG-zorg moet, net als nu onder de AWBZ het geval is, beschikbaar blijven. Voor de cliënt is het van belang dat hij de zorg krijgt die hij nodig heeft en, indien relevant, dat de aangeboden onderdelen zo veel mogelijk op elkaar afgestemd en in samenhang worden aangeboden. De integraliteit van de zorg dient voorop te staan.

#### *7.a.3. Het systeem van de indicatiestelling*

Iedereen die een beroep wil doen op zorg heeft een indicatie

nodig. Voor de AWBZ is de indicatiestelling uitgewerkt in de AWBZ-beleidsregels. Tot 2011 werd de indicatiestelling voor de ZG-zorg voor de functie begeleiding uitgevoerd door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Tegenwoordig wordt de indicatiestelling en zorgtoewijzing meestal door de (regionale) ZG-instellingen zelf uitgevoerd.

Ook de Zvw gaat ervan uit dat de benodigde inhoud en omvang van de zorg (de indicatie), wordt vastgesteld<sup>39</sup>. Binnen de Zvw maakt de indicatiestelling deel uit van het zorgproces. Deze ligt in handen van de betrokken beroepsbeoefenaar. De indicatiestelling gebeurt op grond van de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar, gecombineerd met hetgeen standaarden en richtlijnen hierover vermelden. Mede op basis van die documenten kan uniformiteit tussen zorgverleners en transparantie in de indicatiestelling worden bereikt. In de zorg voor zintuiglijk gehandicapten dienen op dit moment de AWBZ-beleidsregels dit doel en daarnaast, voor mensen met een visuele handicap, de NOG richtlijn *Visusstoornissen revalidatie en verwijzing*, en voor mensen met een auditief/communicatieve handicap de NOAH-protocollen.

Nagegaan moeten worden welke standaarden, protocollen en/of richtlijnen nodig zijn teneinde ook onder de Zvw een uniforme en transparante indicatiestelling te kunnen bereiken. Zijn er voldoende documenten of moet de sector aanvullende of nieuwe richtlijnen en protocollen ontwikkelen? Is dit zorg waarvoor binnen de Zvw een verwijzing nodig is (van huisarts of anders)?

#### *7.a.4. De polis*

Onder de AWBZ wordt de zorg georganiseerd in instellingen en multidisciplinair aangeboden. Zowel bij de toetsing van de zorg aan visueel als aan auditief en/of communicatief beperkten hebben we gezien dat zorgonderdelen tot het domein van de Zvw kunnen behoren. Wij gaan er vanuit dat de huidige zorgaanbieders de zorg willen blijven leveren, ongeacht het wettelijk verzekeringskader. Als deze zorg daadwerkelijk wordt overgeheveld naar de Zvw, en deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties van het basispakket, is daarmee 'alleen' bepaald *wat* tot de te verzekeren prestaties behoort. *Wie* de zorg levert en *waar* dit gebeurt, bepaalt de zorgverzekeraar middels zijn contracteerbeleid en vindt zijn weerslag in de polis. Zorgverzekeraars moeten deze zorg inkopen en aan hun verzekerden aanbieden. Hiertoe moeten zij weten wie zij moeten contracteren, wie zijn de zorgverleners, wat houdt de zorg in, wat is het begin en het einde van het zorgtraject, voor wie is de zorg bedoeld etc.

---

<sup>39</sup> Het algemene indicatievereiste voor de Zvw is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Bzv: Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Kortom, aspecten betreffende het wat, wie, waar en hoe van de zorg moeten zichtbaar worden gemaakt, zodat zorgverzekeraars weten wat zij moeten inkopen. Deze duidelijkheid vindt uiteindelijk zijn weerslag in de polis, waar de zorg als verzekerde prestatie wordt opgenomen.

#### *7.a.5. Nieuwe aanbieders van zorg*

Ook al lijkt het voor de hand te liggen dat de huidige zorgverleners de zorg blijven aanbieden, een overheveling naar de Zvw betekent dat naast de instellingen die nu de zorg aan zintuiglijk beperkten leveren, ook andere instellingen/beroepsbeoefenaren deze zorg kunnen gaan aanbieden, mits zij bevoegd en bekwaam zijn. Zijn er nieuwe aanbieders van zorg te verwachten en waar moeten wij dan aan denken? De sector zintuiglijk gehandicapten laat weten dat bij de hulp aan zintuiglijk beperkten een specifieke kennis van de handicap nodig is, of zelfs een voorkeur voor hulpverleners die zelf ook zintuiglijk beperkt zijn.

#### *7.a.6. Landelijke spreiding zorgaanbod*

Verzekeraars kunnen bij verschillende organisaties de zorg inkopen. Zij moeten er hierbij voor zorgen dat er een voldoende aanbod van zorg is. Integraal aanbod van de handeling is een voorwaarde voor goede zorg. Gezorgd moet worden voor een samenhangend zorgaanbod met tevens voldoende landelijke spreiding.

#### *7.a.7. Bekostiging*

Ook voor de bekostiging van de ZG-zorg ten laste van de Zvw, moet duidelijk zijn om welke prestaties het gaat. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt een prestatiebeschrijving met of zonder tarieven op. Hierbij kan in overweging worden genomen dat het om één diagnose gaat, namelijk de zintuiglijke handicap. Het individuele zorgplan is de basis voor de behandeling waarop een (multidisciplinaire) behandeling wordt ingezet. De bekostiging moet aansluiten bij de nieuwe situatie, hetzij binnen de Zvw, hetzij anders (bijvoorbeeld in verband met de groep doofblinden of prelinguaal doven). In de Zvw betekent dit dat er een bekostiging op cliëntniveau moet zijn.

Als de zorgverzekeraars risicodragend worden voor de uitvoering van de zorg, moet er wel sturingsinformatie beschikbaar zijn.

#### *7.a.8. Risicoverevening*

Nagegaan moet worden of een overheveling van de zorg naar de Zvw consequenties heeft voor de risicoverevening.

#### *7.a.9. Expertisefunctie*

Naast de algemene kennis en kunde die de beroepsbeoefenaren in hun opleiding krijgen, hebben de zorgverleners, werkzaam in de ZG-sector specifieke

deskundigheid van de zintuiglijke handicap nodig. Na hun aanstelling worden medewerkers specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen. De ZG-sector ontvangt een financiële component voor Innovatie, Research en Development en Kennisinfrastructuur. Hieronder vallen de kosten voor het kennisnetwerk, de opbouw, het onderhoud en de interne verspreiding van kennis, het opzoeken van best practices en het onderhouden en verspreiden hiervan. In 2010 bedroeg dit budget € 9,2 miljoen<sup>40</sup>.

Hoe wordt de beschikbaarheid van kennis en deskundigheid gewaarborgd? Hoe moet worden omgegaan met deze component voor de expertisefunctie na een overheveling van (delen van de) de ZG-zorg naar de Zvw?

#### 7.a.10. Kosten

Wanneer de ZG-zorg onder de Zvw valt, moet rekening gehouden worden met de kosten voor deze zorg. Op dit moment zijn de volgende kosten gemoeid met de zorg aan zintuiglijk beperkten die onderwerp is van dit document. *(de cijfers over 2012 moet nog worden geactualiseerd voor het hele jaar).*

| <b><i>X mln.</i></b>      | <b><i>2010</i></b> | <b><i>2011</i></b> | <b><i>2012</i></b> |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b><i>Begeleiding</i></b> | 24,0               | 18,6               | 15,9               |
| <b><i>Behandeling</i></b> | 140,9              | 148,1              | 157,8              |
| <b><i>Totaal</i></b>      | <b>164,9</b>       | <b>166,7</b>       | <b>173,7</b>       |

<sup>40</sup> Expertise ZG Geoogmerkt en Geoormerkt. Een voorstel voor de inrichting van de expertisefunctie voor cliënten met een zintuiglijke beperking. Oktober 2010

#### *7.a.11. Inzicht in de sector*

De AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is een systematiek voor het volgen van de cliënt in alle fasen van de keten: het indiceren, het toewijzen en het leveren van zorg. De AZR beoogt een betrouwbare en duurzame bron van informatie over AWBZ-zorg te zijn.

Betrokken partijen moeten nagaan aan welke wijze van registratie zij behoefte hebben in een nieuw systeem van levering, contractering en bekostiging.

## 8. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 24 juni 2013 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ geconcludeerd dat de volgende onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten op basis van de huidige regelgeving onder de Zorgverzekeringswet passen:

- interventies die betrekking hebben op (handelingsgerichte) diagnostiek,
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap en
- interventies die de beperking compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

De volgende onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten passen op basis van de huidige regelgeving **niet** onder de Zorgverzekeringswet:

- Onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- De complexe, langdurige en intensieve zorg aan doofblinden en aan prelinguaal doven.

### College voor zorgverzekeringen

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp

## **Bijlage 1**

### **De zorg aan zintuiglijk gehandicapten getoetst**

2013022120



## Inhoud:

*pag.*

|    |        |   |
|----|--------|---|
| 1  | 1.     | Toetsing van de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten |
| 1  | 1.a.   | Aandoening  |
| 2  | 1.a.1. | Conclusie   |
| 2  | 1.b.   | Categorie 1: Horen, stem en spraak                                  |
| 2  | 1.b.1. | Inhoud van de zorg  |
| 3  | 1.b.2. | Conclusie   |
| 3  | 1.c.   | Categorie 2: Psychisch leren omgaan met de beperking                |
| 3  | 1.c.1. | Inhoud van de zorg  |
| 3  | 1.c.2. | Stand van de wetenschap en praktijk                                 |
| 3  | 1.c.3. | Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?                     |
| 4  | 1.c.4. | Conclusie   |
| 5  | 1.d.   | Categorie 3: Compenseren beperkingen                                |
| 5  | 1.d.1. | Inhoud van de zorg  |
| 5  | 1.d.2. | Stand van de wetenschap en praktijk                                 |
| 5  | 1.d.3. | Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?                     |
| 7  | 1.d.4. | Conclusie   |
| 7  | 1.e.   | Categorie 4: steuning bij maatschappelijk functioneren              |
| 7  | 1.e.1. | Inhoud van de zorg  |
| 8  | 1.e.2. | Conclusie   |
| 9  | 2.     | Toetsing van de zorg aan visueel gehandicapten                      |
| 9  | 2.a.   | Aandoening  |
| 9  | 2.a.1. | Conclusie   |
| 10 | 2.b.   | Categorie 1: zien   |
| 10 | 2.b.1. | Inhoud van de zorg  |
| 10 | 2.b.2. | Stand van de wetenschap en praktijk?                                |
| 10 | 2.b.3. | Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?                     |
| 10 | 2.b.4. | Conclusie   |
| 11 | 2.c.   | Categorie 2: Psychisch leren omgaan met de beperking                |
| 11 | 2.c.1. | Inhoud van de zorg  |
| 11 | 2.c.2. | Stand van de wetenschap en praktijk                                 |
| 11 | 2.c.3. | Valt de zorg onder de te verzekeren prestaties?                     |
| 12 | 2.c.4. | Conclusie   |
| 12 | 2.d.   | Categorie 3: Compenseren beperkingen                                |
| 12 | 2.d.1. | Inhoud van de zorg  |
| 13 | 2.d.2. | Stand van de wetenschap en praktijk                                 |
| 13 | 2.d.3. | Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?                     |
| 14 | 2.d.4. | Conclusie   |
| 14 | 2.e.   | Categorie 4: Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren         |
| 14 | 2.e.1. | Inhoud van de zorg  |
| 15 | 2.e.2. | Conclusie   |

# 1. Toetsing van de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten

In dit onderdeel staat de uitwerking van de toetsing, dat wil zeggen de toetsing van de interventies aan het wettelijk kader. (Zie de Inleiding voor een toelichting op de criteria).

## ***1.a. Aandoening***

Vóórdat we overgaan naar het onderwerp van deze toetsing (de zorginterventies) moet eerst zijn vastgesteld dat sprake is van een aandoening die binnen het domein van de Zvw past.

De internationale classificatie van ziekten (ICD) gaat bij de indeling van gehoorstoornissen uit van de oorzaak van de gehoorstoornissen. We kennen geleidingsstoornissen en perceptiestoornissen. Bij geleidingsstoornissen wordt het geluid niet goed door de gehoorgang en/of het middenoor geleid. Afhankelijk van de oorzaak zijn hiervoor chirurgische behandelingen mogelijk of bieden hoortoestellen een mogelijkheid. Bij perceptiestoornissen is er meestal een afwijking in het binnenoor of daarboven. In een deel van de perceptiestoornissen zijn ook behandelingen mogelijk, bijvoorbeeld een cochleair implantaat.

Volgens de AWBZ-beleidregel indicatiestelling AWBZ<sup>1</sup> zijn binnen de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten de volgende indicatiegebieden te onderscheiden:

- Van een *auditieve beperking* is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat<sup>2</sup>. De auditieve beperking kan vóórkomen met ermee samenhangende communicatieve beperkingen, ernstige sociaal emotionele problematiek, ernstige spraak/taal stoornis en/of leerachterstand.
- Van *communicatieve beperking* is sprake als een verzekerde als gevolg van een medische oorzaak zodanige problemen in de communicatie ondervindt, dat hij in het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen.

Bij een *spraak-/taalprobleem* (of -stoornis) is er een in de persoon gelegen oorzaak aan te wijzen. Dat kunnen zowel neurobiologische als neuropsychologische factoren zijn. Omgevingsfactoren zoals opvoedingsproblemen of het spreken

---

<sup>1</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, bijlage 2 onder 3.5. Zie ook de medische achtergrondrapportage, bijlage xx bij dit rapport.

<sup>2</sup> Er is sprake van een auditieve stoornis en daarmee een grondslag zintuiglijke handicap als het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

van een andere taal vallen hier dus buiten. Een communicatieprobleem is pas een geobjectiveerde spraak-/taalstoornis wanneer dit is aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek.

#### *1.a.1. Conclusie*

Bij een auditief/communicatieve beperking is sprake van een stoornis met een functiebeperking als gevolg, die kan worden vastgesteld. De aandoening leidt tot een behoefte aan (geneeskundige) zorg. Een auditief/communicatieve stoornis past daarom onder het domein van de Zvw.

Nu dit is vastgesteld, gaan we toetsen of de zorg bij deze aandoening onder de geneeskundige zorg past zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

Om een beeld te krijgen van de zorg per categorie staat in de volgende paragraaf, onder *Inhoud van de zorg*, voorbeelden van interventies die onder de betreffende categorie geschaard kunnen worden. Vervolgens wordt de inhoud van de zorg per categorie in zijn geheel aan de criteria getoetst.

### **1.b. Categorie 1: Horen, stem en spraak**

#### *1.b.1. Inhoud van de zorg*

De zorg in deze categorie is gericht op de functiestoornis en heeft tot doel het in kaart brengen van de auditieve/communicatieve functiestoornis en de correctiemogelijkheden. Deze zorg valt op dit moment deels onder de Zvw en deels onder de AWBZ.

De functiegerichte diagnostiek en (curatieve) behandeling van functiestoornissen van het gehoor en stem en spraak valt nu al onder de Zvw<sup>3</sup>. De behandeling betreft medisch specialistische zorg waaronder in ieder geval de curatieve zorg zoals KNO-artsen en audiologische centra die bieden (operatieve ingrepen aan het oor, het implanteren van cochleaire implantaten, diagnostiek en training, hulpmiddelenzorg, het leren omgaan met hoortoestellen en cochleaire implantaten).

Onder de AWBZ valt de handelingsgerichte diagnostiek die ZG-instellingen bieden: het opstellen van een individueel behandelplan en het blijven volgen van de ontwikkelingen en vorderingen die de auditief beperkte doormaakt. De behandeling volgens dit behandelplan grijpt in op het stoornisniveau en is bedoeld ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie en de spraak- en taalfunctie. Deze handelingsgerichte diagnostiek en de daarop geïndiceerde zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten zoals de

---

<sup>3</sup> De functiegerichte diagnostiek is wat men onder de AWBZ de grondslagdiagnostiek noemt. Binnen de Zvw hoeft de grondslag niet vastgesteld te worden. Voldoende is de vaststelling dat de aandoening binnen het domein van de Zvw valt.

ZG-instellingen die verlenen, valt onder de AWBZ en is onderwerp van deze toetsing.

#### *1.b.2. Conclusie*

De handelingsgerichte diagnostiek is onlosmakelijk verbonden met de interventie en wordt daarom niet afzonderlijk getoetst. De handelingsgerichte diagnostiek en de bijbehorende interventie worden in één keer getoetst bij de betreffende interventie of behandeling (de categorieën 2, 3 en 4).

### ***1.c. Categorie 2: Psychisch leren omgaan met de beperking***

#### *1.c.1. Inhoud van de zorg*

Onder deze categorie vallen de interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de auditief/communicatieve beperking. De behandeling richt zich bij kinderen vooral op problematiek die zij hebben bij het sociaal-emotioneel functioneren. Dat hun sociaal-emotionele ontwikkeling problematisch verloopt, is inherent aan hun handicap. Bij iemand die op latere leeftijd doof is geworden zal het accent meer op de verlies- en rouwverwerking liggen. Ook de sociale context (gezin/omgeving) wordt betrokken bij de behandeling. Voorbeelden van interventies in deze categorie zijn: Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding, sociale vaardigheidstraining gericht op slechthorendheid, cognitieve gedragstherapie, een training zelfredzaamheid, leren leven met slechthorendheid, leren leven met tinnitus, leren leven met Menière, leren leven met plots/laatdoofheid.

#### *1.c.2. Stand van de wetenschap en praktijk*

Voldoen deze interventies aan de stand van de wetenschap en praktijk? De Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector (SIAC) maakt binnen de sector auditief en/of communicatief gebruik van methodieken en interventies die enerzijds zijn gebaseerd op therapeutische methodieken waarvan de effectiviteit vaststaat (cognitieve gedragstherapie), anderzijds van interventies die volgens de sector, ervaringsdeskundigen en patiënten aan hun doel beantwoorden.

#### *1.c.3. Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?*

Voor wat betreft het leren omgaan met de gevolgen van de handicap is het rapport van het CVZ *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten*<sup>4</sup> <sup>5</sup> relevant. Dit rapport stelt:

---

<sup>4</sup> Met dit standpunt heeft het CVZ de staatssecretaris van VWS antwoord gegeven op haar vraag of een aantal vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten te verzekeren prestaties zijn in het kader van de Zorgverzekeringswet of AWBZ. Het rapport baseert zich op de historische gegroeide afbakening tussen Ziekenfondswet en AWBZ die ook na invoering van de Zvw in de praktijk is blijven bestaan. Het rapport geeft geen duiding tot welk domein (Zvw of AWBZ) bepaalde zorg naar zijn aard behoort.

<sup>5</sup> In zijn rapport *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten* d.d. 25 mei 2010 heeft het CVZ

'Het doormaken van 'life/events' hoort bij het normale leven. De verwerking van verlies, of het zich aanpassen aan een nieuwe situatie zijn normale processen. De meeste mensen hebben voldoende herstellend vermogen om zelfstandig, of met steun, begrip en erkenning vanuit de omgeving, een schokkende gebeurtenis of verlies te verwerken.(...) Als er sprake is van een verstoord verwerkingproces bij een ingrijpende gebeurtenis, en er is een diagnose op as I en/of II van de DSM IV kan de verzekerde zijn aangewezen op eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg past onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4 Bzv.' Als er géén sprake is van een (complexe) stoornis op basis van een verstoord verwerkingsproces, maar wel van psychische klachten in verband met de handicap, dan is de hulp voor die klachten te scharen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden<sup>6</sup>.

#### *1.c.4. Conclusie*

De psychische zorg uit categorie 2 aan auditief en/of communicatief beperkten past onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden of, bij een complexe stoornis vastgesteld via de DSM IV methodiek, onder geneeskundige zorg zoals medische specialisten plegen te bieden. Beide vormen passen onder de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

Refererend aan de toetsingscriteria in de Inleiding, geeft deze conclusie aan dat de zorg *past* onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv. Met deze zorg die 'pleegt te worden geboden' door huisartsen of medisch specialisten, bedoelen wij aan te geven dat deze zorg

1. gerekend kan worden tot het aanvaarde arsenaal van zorg van deze beroepsgroepen
2. geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Op basis hiervan concluderen wij dat de zorg *naar zijn aard* geneeskundige zorg is die huisartsen plegen te bieden. Door de gekozen formulering in het Bzv wordt bovendien niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van te verzekeren zorg. Dat kunnen ook andere hulpverleners zijn, mits zij bevoegd en

---

over de cursus leren leven met Ménière en leren leven met tinnitus gesteld dat dit zorg is die ten laste van de Zvw kan komen. Het CVZ motiveert dit als volgt: 'Het bieden van begeleiding aan mensen met problemen met de gehoorfunctie is een van de zorgvormen die audiologische centra van oudsher bieden. Het gaat daarbij om cursussen en individuele begeleiding voor het leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis. Deze zorg vindt plaats op grond van de Zvw.' Op 19 april 2010 heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat het multidisciplinair tinnitus-behandelprogramma zoals Adelante/TCL dat aanbiedt, geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw is, omdat er onvoldoende evidence is voor de effectiviteit ervan. Er is ook geen aanspraak op die zorg in het kader van de AWBZ.

<sup>6</sup> In het recent uitgebrachte CVZ rapport Geneeskundige GGZ (deel 1) wordt onderscheid gemaakt tussen een psychische stoornis en een psychische klacht: 'psychische stoornissen vergen geneeskundige GGZ en bij psychische klachten is de huisarts het eerst aan zet.'

bekwaam zijn. Bovendien is nog niet gezegd dat deze zorg ook daadwerkelijk onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden valt. Zie ook hoofdstuk 5.a. over de impact van de conclusies.

### ***1.d. Categorie 3: Compenseren beperkingen***

#### *1.d.1. Inhoud van de zorg*

De behandeling in deze categorie is gericht op compensatie van de beperking bij het uitvoeren van een activiteit. Dit betekent dat de beperkte vaardigheden worden bijgebracht om, ondanks zijn beperking, zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Bijvoorbeeld het aanleren van (andere) vaardigheden in communicatie en het verbeteren van de taal/spraak-ontwikkeling. Doelen zijn de auditief en/of communicatief beperkte fysiek zelfredzaam te maken, ouders te ondersteunen bij het omgaan met de beperking van hun kind en (bij plotsdoven) de natuurlijke communicatieve situatie zo snel en goed mogelijk te herstellen.

Kern van alle behandelingen in deze categorie is het bevorderen van taal en communicatie. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het adviseren bij de aanschaf van gehoorapparatuur, het oefenen met een cochleair implantaat of het trainen van het hanteren van andere communicatieapparatuur, het verbeteren van de mondmotoriek en het vergroten van de woordenschat. Andere voorbeelden van zorgvormen in deze categorie betreffen visuele communicatie zoals spraakafzien (liplezen), Nederlandse Gebarentaal (NGT), Nederlands met gebaren (NmG), Denk Stimulerende Gespreksmethode en het Hanen-ouderprogramma bij ernstige spraak- taalstoornissen.

#### *1.d.2. Stand van de wetenschap en praktijk*

Het CVZ heeft in 2008 het standpunt ingenomen dat het Hanen-programma voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk<sup>7</sup>.

Voor de visuele communicatievormen spraakafzien, NGT en NmG geldt het criterium 'verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Deze communicatievormen hebben in de loop der jaren bewezen in staat te zijn te doen wat gebruikers met deze zorg beogen.

#### *1.d.3. Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?*

***Zorg zoals logopedisten die***

In het al eerder aangehaalde rapport *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten*<sup>8</sup> heeft het CVZ over de cursus spraakafzien

<sup>7</sup> Het CVZ heeft in 2008 vastgesteld dat het Hanen-ouderprogramma effectief is en concludeert dat het programma bij kinderen met een spraak-taaltoornis op de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar conform het criterium stand van de wetenschap en praktijk is. CVZ, Logopedische behandelvorm Hänen-ouderprogramma voor kinderen van 1,5 tot 5 jaar met spraak-taalontwikkelingsproblemen een te verzekeren prestatie. SpZ=standpunt Zw. 22 september 2008

<sup>8</sup> Met dit standpunt heeft het CVZ de staatssecretaris van VWS antwoord gegeven op haar vraag of een aantal vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten te verzekeren prestaties zijn in het kader van de Zorgverzekeringswet of AWBZ. Het rapport baseert zich op de historische

***plegen te bieden*** gesteld dat dit zorg is die ten laste van de Zvw kan komen. Het CVZ motiveert dit als volgt: 'Het leren van spraakafzien is zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De omschrijving in het Besluit zorgverzekering geeft aan dat de zorg een geneeskundig doel moet hebben<sup>9</sup>. Dit laat zich vertalen in zorg die zich specifiek richt op de articulatie, het slikken, de stem, de taal en het gehoor. Bij dit laatste gaat het behalve om bijvoorbeeld het oefenen van de stem en spraak bij mensen die zichzelf niet kunnen horen en het begeleiden van mensen die pas een gehoorapparaat hebben gekregen ook om training in spraakafzien (liplezen) van slechthorenden en plots- en laatdoven'.

***Zorg vergelijkbaar met revalidatiezorg*** Komt de inhoud van de zorg van deze categorie overeen met het zorgarsenaal van de beroepsgroepen genoemd in artikel 2.4. lid 1 BZV? Een vergelijking met de revalidatiezorg<sup>10</sup> voor mensen met een andere lichamelijke handicap laat zien dat de aard en het doel van de zorg overeenkomen.

- De brancheorganisatie Revalidatie Nederland stelt namelijk dat 'Medisch specialistische revalidatie zich richt op het herstel van autonomie en/of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijke letsel of een functionele beperking. Het betreft complexe problematiek als gevolg van ziekte, ongeval of een aangeboren aandoening.'<sup>11</sup>
- De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen voegt hier aan toe dat de revalidatiegeneeskunde als doel heeft een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt te bereiken en zich richt op maatschappelijke integratie<sup>12</sup>
- Volgens het document Indicatiestelling Revalidatiezorg is revalidatiezorg aangewezen als deze hulp het meest doeltreffend is bij het verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen (.....), teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.<sup>13 14</sup>

---

gegroeide afbakening tussen Ziekenfondswet en AWBZ die ook na invoering van de Zvw in de praktijk is blijven bestaan. Het rapport geeft geen duiding tot welk domein (Zvw of AWBZ) bepaalde zorg naar zijn aard behoort.

<sup>9</sup> Bzv, artikel 2.6, lid 5, luidt als volgt: Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

<sup>10</sup> Geneeskundige zorg volgens artikel 2.4 Bzv omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) die plegen te bieden. Revalidatiezorg maakt deel uit van de medische specialistische zorg, namelijk onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts, en behoort dus ook tot de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv.

<sup>11</sup> Revalidatie Nederland, Brancherapport revalidatie 2010.

<sup>12</sup> VRA, Revalidatiegeneeskunde, investeren in kwaliteit van leven.

<sup>13</sup> Indicatiestelling revalidatiezorg, mei 2001.

<sup>14</sup> De gebruikte terminologie kan verwarrend zijn. Het rapport Indicatiestelling revalidatiezorg gebruikt de term handicap als een gevolg van een stoornis of beperking. Het CVZ sluit aan bij de terminologie van de ICF-classificatie en gebruikt de term beperking als gevolg van een (zintuiglijke) handicap.

Op basis van deze omschrijvingen wordt een overeenkomst met de zorg uit deze categorie, gericht op compensatie van de beperking bij het uitvoeren van een activiteit, zichtbaar. Bij beide zorgvormen gaat het om het compenseren van de beperkingen bij activiteiten. De zorg heeft een direct verband met de beperking en grijpt daar op in met het doel de zelfredzaamheid te vergroten. Om die reden kan deze zorg gericht op compensatie van de beperking, analoog aan de revalidatiezorg, beschouwd worden als geneeskundige zorg conform artikel 2.4 Bzv<sup>15</sup>.

**Adviseren en  
instructie bij  
hulpmiddelen**

Tenslotte, voor wat betreft het adviseren bij aanschaf van gehoorapparatuur meldt het eerder aangehaalde rapport van het CVZ<sup>16</sup> dat 'Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan hoort van oudsher tot de zorg van audiologische centra. Die zorg valt onder de zorgverzekering.' Een gelijklopend oordeel heeft het CVZ in maart 2008 uitgebracht over het oefenen met een cochleair implantaat (CI) in de thuissituatie. Het CVZ oordeelde dat het oefenen in de thuissituatie na plaatsing van een CI, een integraal onderdeel is van de totale behandeling in het kader van de medische-specialistische zorg en om die reden als te verzekeren prestatie van de Zvw kan worden aangemerkt. Ook In juli 2009 heeft het CVZ aangegeven dat hulpmiddelen die worden ingezet bij één aandoening vanuit één wettelijke regeling verstrekt moeten worden. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren zijn opgenomen in de Rzv art. 2.10<sup>17</sup>. Bijgevolg passen ook de instructie en voorlichting hoe om te gaan met de hulpmiddelen onder de Zvw.

**1.d.4. Conclusie**

De zorg gericht op het compenseren van de beperkingen bij activiteiten voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' of aan het criterium 'verantwoorde zorg en diensten'. Deze zorg kan als geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv worden beschouwd.

**1.e. Categorie 4: Ondersteuning bij  
maatschappelijk functioneren**

**1.e.1. Inhoud van de zorg**

De interventies van deze zorg betreffen ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren. De zorg in deze categorie

---

<sup>15</sup> De revalidatiezorg komt naar aard en doel overeen met de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3. Op grond van die overeenkomst stelt het CVZ dat ook de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3 tot de geneeskundige zorg behoort. Dit betekent echter niet dat de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3 aangemerkt kan worden als specialistische revalidatiezorg.

<sup>16</sup> CVZ, *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten*, 25 mei 2010

<sup>17</sup> CVZ, *Heroriëntatie hulpmiddelen*, 16 juli 2009 (rapport nr. 279)



betreft bijvoorbeeld een cursus of training:

- Schulphulpverlening, waarbij de cliënt wordt begeleid bij het oplossen van zijn financiële problemen en de schuldenproblematiek aan de hand van een minnelijk traject. De schuldhulpverlener maakt een betalingsvoorstel.
- Training omgaan met geld, waar een cliënt leert een budget te beheren en goed om te gaan met geld en grip krijgt op zijn financiële situatie hoe een administratie aan te leggen.
- Vriendschapstraining voor doven die behoefte hebben aan ondersteuning bij het aangaan en onderhouden van vriendschappen en het leggen van contact.

De interventies betreffen weliswaar het aanleren van kennis en vaardigheden om de zelfredzaamheid verder te vergroten, maar de interventies grijpen niet in op de zintuiglijke beperking zelf. Gezien de inhoud van deze interventies moeten wij concluderen dat zij niet behoren tot de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Niet omdat er twijfels zouden zijn over de effectiviteit, de wenselijkheid of de noodzaak van deze interventies, maar omdat deze zorg gezien de inhoud geen geneeskundige zorg is in de zin van de Zvw is en dus niet tot het domein van de Zvw behoort.

#### ***Geen domein Zvw***

Wat betreft zorg die zich richt op zelfredzaamheid heeft het CVZ hiervoor gesteld dat deze onder de geneeskundige zorg te scharen valt. Het CVZ is echter van mening dat dit niet meer geldt voor de hulp die ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren behelst. Deze zorg, past deze niet onder het domein van de Zvw<sup>18</sup>.

Omdat deze zorg niet onder het domein van de Zvw past, is toetsing aan de overige criteria niet meer aan de orde.

#### ***1.e.2. Conclusie***

De zorg die ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren behelst, past niet onder het domein van de Zvw.

---

<sup>18</sup> Dit zegt niet over wenselijkheid, belang en/of noodzaak van de zorg. Deze aspecten vallen buiten het bereik van dit rapport en worden hier niet meegewogen.

## 2. Toetsing van de zorg aan visueel gehandicapten

In dit onderdeel staat de uitwerking van de toetsing, dat wil zeggen de toetsing van de interventies aan het wettelijk kader. (Zie de Inleiding voor een toelichting op de criteria).

### 2.a. Aandoening

Vóórdat we overgaan naar het onderwerp van deze toetsing (de zorginterventies) moet eerst zijn vastgesteld dat sprake is van een aandoening die onder het domein van de Zvw past.

Van een visuele handicap is sprake als er ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen zijn vastgesteld. Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10<sup>19</sup> classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld, waarbij de diagnostiek plaatsvindt door middel van metingen met hulpmiddel (bril). Er is sprake van een visuele handicap bij:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of;
- een gezichtsveld < 30 graden;

Volgens de *Richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing* (opgesteld in opdracht van het Nederlands oogheelkundig Gezelschap NOG) zijn de criteria voor verwijzing naar een revalidatiecentrum aangevuld met het criterium:

- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

De definitie van de AWBZ-Zintuiglijke Handicap (visueel) is gebaseerd op de combinatie van bovengenoemde criteria en sluit hiermee aan bij het verwijzingsbeleid van het NOG.

#### 2.a.1. Conclusie

Bij een visuele handicap is sprake van een stoornis met een functiebeperking als gevolg, die kan worden vastgesteld. De aandoening leidt tot een behoefte aan (geneeskundige) zorg. Een visuele stoornis past daarom naar zijn aard onder het domein van de Zvw.

Nu dit is vastgesteld, gaan we toetsen of de zorg bij deze aandoening onder de geneeskundige zorg past zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

Om een beeld te krijgen van de zorg per categorie staan hieronder, onder *Inhoud van de zorg*, voorbeelden van interventies die onder de betreffende categorie geschaard kunnen worden. Vervolgens wordt de inhoud van de zorg per categorie in zijn geheel aan de criteria getoetst.

---

<sup>19</sup> De 'International Classification of Diseases and Health related problems' (versie 10)., is de internationale registratie van medische diagnoses.

## **2.b. Categorie 1: zien**

### *2.b.1. Inhoud van de zorg*

Onder de eerste categorie 'zien' vallen bijvoorbeeld de volgende interventies: oogheeskundig en visueel functie-onderzoek en elektrofysiologisch onderzoek. Doel is het stellen van een oogheeskundige diagnose en advies kunnen geven over mogelijke interventies en/of gerichte doorverwijzing.

### *2.b.2. Stand van de wetenschap en praktijk?*

De oogheeskundige zorg uit deze categorie is beschreven in richtlijnen van het Nederlands Oogheeskundig Gezelschap (NOG). Deze richtlijnen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is geen aanleiding om bij deze toetsing dit zorgonderdeel opnieuw aan de stand van de wetenschap en praktijk te toetsen<sup>20</sup>.

### *2.b.3. Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?*

De zorg in deze categorie betreft het in kaart brengen van de oogheeskundige afwijking ten behoeve van een oogheeskundige diagnose. Deze diagnose kan de grondslag zijn voor een gerichte doorverwijzing of revalidatie. De zorg die hier wordt geboden is overeenkomstig de zorg zoals beschreven in de richtlijnen van het Nederlands Oogheeskundig Gezelschap (NOG)<sup>21</sup>. De zorg aan visueel beperkten uit de categorie 1. 'zien' is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (in dit geval oogartsen) die plegen te bieden.

### *2.b.4. Conclusie*

De oogheeskundige diagnostiek en het adviseren over mogelijke interventies en/of gerichte doorverwijzing voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg kan worden geschaard onder de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

---

<sup>20</sup> De zorg conform deze richtlijnen valt onder de te verzekeren prestaties van de Zvw.

<sup>21</sup> Onder de categorie 'zien' valt ook het oogheeskundig onderzoek door de oogarts. Het is opmerkelijk dat de diagnostiek in de AWBZ-instelling plaatsvindt, omdat deze diagnostiek zorg is zoals medisch specialisten, in dit geval oogartsen, plegen te bieden, en dus tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoort. Het is echter wel te verklaren. Omdat bepaalde afwijkingen zeer zeldzaam zijn, is de kans klein dat de perifeer werkzame oogarts de afwijking in zijn praktijk tegenkomt én herkent. Oogartsen uit het hele land hebben in de loop der jaren de zeldzame afwijkingen voor diagnostiek naar de instelling verwezen. De diagnostiek in de instelling heeft zich ontwikkeld tot gespecialiseerde diagnostiek. Om deze redenen is het begrijpelijk dat de oogarts voor diagnostiek bij zeldzame afwijkingen naar de instelling verwijst. Dit geldt met name voor diagnostiek bij kinderen omdat kinderen zeer vele, zeer zeldzame diagnoses hebben. De visuele functies zijn nog niet uitgebreid te testen en fundusoscopisch zijn er vaak weinig afwijkingen. Dit leidt tot de behoefte aan gespecialiseerd diagnostisch onderzoek. Dit in tegenstelling tot volwassenen. Bij volwassenen gaat het vaak om frequent voorkomende aandoeningen. De visuele functies zijn goed te testen en fundusoscopisch gaat het vaak om duidelijke afwijkingen. Die diagnostiek kan daarom in de meeste gevallen wel bij de eigen oogarts plaatsvinden. Aan de hand van de NOG richtlijn *Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing*, kan de oogarts bepalen of verwijzing naar een AWBZ-instelling is aangewezen.

## **2.c. Categorie 2: Psychisch leren omgaan met de beperking**

### *2.c.1. Inhoud van de zorg*

Onder deze categorie vallen interventies die gericht zijn op het psychisch leren omgaan met de visuele beperking. Het betreft hier bijvoorbeeld psychologisch onderzoek naar het visueel functioneren en de visuele perceptie van de cliënt, naar persoonlijk en emotioneel functioneren en naar gedragscomponenten en ontwikkelingsmogelijkheden in relatie tot de visuele beperking. De psychologische behandeling richt zich op de sociaal-emotionele problemen, gedragsproblemen en verwerkingsproblematiek gerelateerd aan de visuele beperking. Het doel is te leren omgaan met alledaagse of ingrijpende gebeurtenissen gerelateerd aan de visuele problematiek. Er zijn ook interventies waarbij de sociale context of, bij kinderen, het pedagogische kader wordt betrokken. Voorbeelden zijn psychosociale en pedagogische begeleiding.

### *2.c.2. Stand van de wetenschap en praktijk*

De sector maakt gebruik van methodieken en interventies die enerzijds zijn gebaseerd op therapeutische methodieken waarvan de effectiviteit vaststaat (cognitieve gedragstherapie), anderzijds van interventies die volgens de sector, ervaringsdeskundigen en patiënten aan hun doel beantwoorden.

### *2.c.3. Valt de zorg onder de te verzekeren prestaties?*

In 2010 heeft CVZ het rapport *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten* uitgebracht over diverse vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten. Het CVZ stelt in dit rapport: 'het doormaken van 'life-events' hoort bij het normale leven. De verwerking van verlies, of het zich aanpassen aan een nieuwe situatie zijn normale processen. De meeste mensen hebben voldoende herstellend vermogen om zelfstandig, of met steun, begrip en erkenning vanuit de omgeving, een schokkende gebeurtenis of verlies te verwerken. (...) Soms is de problematiek zo ernstig, of verloopt het verwerkings- of aanpassingsproces zodanig, dat specifieke professionele hulp noodzakelijk is in de vorm van eerstelijnspsychologie. Er moet dan wel een diagnose op As I en/of II van de DSM IV aanwezig zijn.'<sup>22</sup>

Als er géén sprake is van een (complexe) stoornis op basis van een verstoord verwerkingsproces, maar wel van psychische klachten in verband met de handicap, dan is de hulp voor die klachten te scharen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> CVZ, *Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten*, 25 mei 2010

<sup>23</sup> In het recent uitgebrachte CVZ rapport *Geneeskundige GGZ (deel 1)* wordt onderscheid gemaakt tussen een psychische stoornis en een psychische klacht: 'psychische stoornissen vergen geneeskundige GGZ en bij psychische klachten is de huisarts het eerst aan zet.'

#### *2.c.4. Conclusie*

De psychische zorg uit categorie 2 aan visueel beperkten past onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden of, bij een complexe stoornis vastgesteld via de DSM IV methodiek, onder geneeskundige zorg zoals medische specialisten plegen te bieden. Beide vormen vallen onder de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

Refererend aan de toetsingscriteria in de Inleiding, geeft deze conclusie aan dat de zorg *past* onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv. Met deze zorg die 'pleegt te worden geboden' door huisartsen of medisch specialisten, bedoelen wij aan te geven dat deze zorg

3. gerekend kan worden tot het aanvaarde arsenaal van zorg van deze beroepsgroepen
4. geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt.

Op basis hiervan concluderen wij dat de zorg *naar zijn aard* geneeskundige zorg is die huisartsen plegen te bieden. Door de gekozen formulering in het Bzv wordt bovendien niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van te verzekeren zorg. Dat kunnen ook andere hulpverleners zijn, mits zij bevoegd en bekwaam zijn. Bovendien is nog niet gezegd dat deze zorg ook daadwerkelijk onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden *valt*. Zie ook hoofdstuk 5 over de impact van de conclusies.

### ***2.d. Categorie 3: Compenseren beperkingen***

#### *2.d.1. Inhoud van de zorg*

Onder deze categorie vallen interventies die zich richten op het leren omgaan met en compenseren van de visuele beperking voor wat betreft de fysieke aspecten van de beperking. Bijvoorbeeld een training braille. Verder zijn er interventies die onder het domein zelfverzorging of huishouden vallen. Een training zelfverzorging kan de cliënt in staat stellen om handelingen op het gebied van persoonlijke verzorging zelfstandig uit te voeren. Een training huishouden stelt de cliënt in staat om (gedeeltelijk) zelfstandig huishoudelijke taken uit te voeren.

Ook interventies uit het domein mobiliteit zijn hier aan de orde. Trainingen die in dit kader gegeven kunnen worden zijn bijvoorbeeld een training oriëntatie en mobiliteit die zich richt op het zich veilig en verantwoord verplaatsen. De visueel beperkte cliënt wordt geoefend in het lopen van een route mét en zonder obstakels, eventueel gebruik makend van een mobiliteitshulpmiddel, zoals een taststok en/of dogsim. Of een training openbaar vervoer, die de visueel beperkte cliënt leert op een veilige en verantwoorde manier te reizen met het openbaar vervoer (bus, tram of trein). Ook is er een training

verkeersdeelname waarin de visueel beperkte cliënt leert op een veilige en verantwoorde manier deel te nemen aan het verkeer.

#### *2.d.2. Stand van de wetenschap en praktijk*

Omdat het hier welzijnsgerelateerde zorg betreft, geldt het criterium 'verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Een training braille en het lopen met een taststok zijn interventies die in de loop der jaren hebben bewezen in staat te zijn te doen wat zij beogen te doen en voldoen aan dit criterium.

#### *2.d.3. Past de zorg onder de te verzekeren prestaties?*

Een verwijzing naar dit zorgaanbod zoals een training braille, een training zelfverzorging of het leren lopen met een taststok is te vinden in de NOG-richtlijn *Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing*. Deze richtlijn omschrijft de revalidatie bij een visuele beperking als 'een gerichte, professionele interventie die als doel heeft dat de betrokkene leert adequaat om te gaan met zijn/haar visuele beperkingen en bij voorkeur leert deze beperking te compenseren. Het einddoel van revalidatie is een optimaal gebruik van restfuncties en daarmee optimale integratie in het maatschappelijk verkeer.'

Een vergelijking met de revalidatiezorg<sup>24</sup> laat zien dat de aard en het doel van de zorg overeenkomen.

- De brancheorganisatie Revalidatie Nederland stelt namelijk dat 'Medisch specialistische revalidatie zich richt op het herstel van autonomie en/of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Het betreft complexe problematiek als gevolg van ziekte, ongeval of een aangeboren aandoening.'<sup>25</sup>
- De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen voegt hier aan toe dat de revalidatiegeneeskunde als doel heeft een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt te bereiken en zich richt op maatschappelijke integratie<sup>26</sup>
- Volgens het document *Indicatiestelling Revalidatiezorg* is revalidatiezorg aangewezen als deze hulp het meest doeltreffend is bij het verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen (.....), teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.<sup>27 28</sup>

---

<sup>24</sup> Geneeskundige zorg volgens artikel 2.4 Bzv omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) die plegen te bieden. Revalidatiezorg maakt deel uit van de medische specialistische zorg en behoort dus ook tot de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv.

<sup>25</sup> Revalidatie Nederland, Brancherapport revalidatie 2010.

<sup>26</sup> VRA, Revalidatiegeneeskunde, investeren in kwaliteit van leven.

<sup>27</sup> *Indicatiestelling revalidatiezorg*, mei 2001.

<sup>28</sup> De gebruikte terminologie kan verwarrend zijn. Het rapport *Indicatiestelling revalidatiezorg* gebruikt de term handicap als een gevolg van een stoornis of beperking. Het CVZ sluit aan bij de terminologie van de ICF-classificatie en gebruikt de term beperking als gevolg van een (zintuiglijke) handicap.

Op basis van deze omschrijvingen wordt een overeenkomst met de zorg aan visueel beperkten uit categorie 3, gericht op compensatie van de beperking bij het uitvoeren van een activiteit, zichtbaar. Bij beide zorgvormen gaat het immers om het compenseren van de beperkingen bij activiteiten. De zorg heeft een direct verband met de beperking en grijpt daar op in, met het doel de zelfredzaamheid te vergroten. Om die reden kan deze zorg gericht op compensatie van de beperking, analoog aan de revalidatiezorg, beschouwd worden als geneeskundige zorg conform artikel 2.4 Bzv<sup>29</sup>.

#### *2.d.4. Conclusie*

De zorg gericht op het compenseren van de beperkingen bij activiteiten voldoet 1. aan het criterium 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' en 2. past onder de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4, lid 1 Bzv.

### **2.e. Categorie 4: Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren**

#### *2.e.1. Inhoud van de zorg*

Onder deze categorie schaarst het CVZ interventies die bijvoorbeeld de situatie rondom werk en werkomgeving van de cliënt in kaart brengen. Deze situatie kan zowel betrekking hebben op de fysieke werkomgeving, het taak- en functiepakket als op de psychosociale aspecten. Interventies zijn bijvoorbeeld loopbaanonderzoek, jobcoaching of arbeidsbegeleiding en training persoonlijke en financiële administratie. Andere interventies zijn bijvoorbeeld trainingen betreffende sociale participatie of vrijetijdsbesteding. Ook de interventie waarbij eenmalig een verlichtings- en inrichtingsadvies wordt gegeven aan cliënten die problemen en/of risico's ervaren met de verlichting, inrichting en/of veiligheid in hun directe omgeving, valt onder deze categorie.

De interventies betreffen weliswaar het aanleren van kennis en vaardigheden om de zelfredzaamheid verder te vergroten, maar de interventies grijpen niet in op de zintuiglijke beperking zelf. Gezien de inhoud van deze interventies moeten wij concluderen dat zij niet behoren tot de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Niet omdat er twijfels zouden zijn over de effectiviteit, de wenselijkheid of de noodzaak van deze interventies, maar omdat deze zorg gezien de inhoud geen geneeskundige zorg is in de zin van de Zvw is en dus niet tot het domein van de Zvw behoort.

---

<sup>29</sup> De revalidatiezorg komt naar aard en doel overeen met de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3. Op grond van die overeenkomst stelt het CVZ dat ook de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3 tot de geneeskundige zorg behoort. Dit betekent echter niet dat de zorg aan auditief en/of communicatief gehandicapten uit categorie 3 aangemerkt kan worden als specialistische revalidatiezorg.

**Geen domein Zvw** Wat betreft zorg die zich richt op zelfredzaamheid heeft het CVZ hiervoor gesteld dat deze onder de geneeskundige zorg te scharen valt. Het CVZ is echter van mening dat dit niet meer geldt voor de hulp die ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren behelst. Deze zorg, past deze niet onder het domein van de Zvw<sup>30</sup>.

Omdat deze zorg niet onder het domein van de Zvw past, is toetsing aan de overige criteria niet meer aan de orde.

#### *2.e.2. Conclusie*

De zorg die ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren behelst, past niet onder het domein van de Zvw.

---

<sup>30</sup> Dit zegt niet over wenselijkheid, belang en/of noodzaak van de zorg. Deze aspecten vallen buiten het bereik van dit rapport en worden hier niet meegewogen.



*Rapport*

**Beschrijvende achtergrondrapportage:  
Zorg voor Zintuiglijk Gehandicapten**

Datum:08-02-2013

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b><i>Uitgave</i></b>        | College voor zorgverzekeringen<br>Postbus 320<br>1110 AH Diemen<br>Fax (020) 797 85 00<br>E-mail info@cvz.nl<br>Internet www.cvz.nl |
| <b><i>Volgnummer</i></b>     | 2013015698  |
| <b><i>Afdeling</i></b>       | ZORG-ZA   |
| <b><i>Auteur</i></b>         | drs. M.J.A. Eijndhoven, arts M&G  |
| <b><i>Doorkiesnummer</i></b> | Tel. (020) 797 85 56  |

## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Inhoudsopgave.....  | 2  |
| 1. Inleiding.....   | 3  |
| 1.a. Aanleiding.....  | 3  |
| 1.b. Leeswijzer.....  | 3  |
| 2. Visuele stoornissen.....   | 4  |
| 2.a. Stoornissen visuele functies.....  | 4  |
| 2.b. Aandoeningen van het lagere visuele systeem.....   | 4  |
| 2.c. Centraal visuele stoornissen (CVI).....  | 7  |
| 2.d. Prevalentie.....   | 8  |
| 3. Auditieve stoornissen.....   | 9  |
| 3.a. Stoornissen in auditieve functies.....   | 9  |
| 3.b. Taal-spraakstoornissen.....  | 10 |
| 3.c. Behandelingsopties.....  | 10 |
| 3.c Orthocommunicatieve behandeling bij autisme.....  | 11 |
| 3.c. Prevalentie.....   | 14 |
| 4. Doofblindheid.....   | 16 |
| 5. Zorg voor zintuiglijke gehandicapten in AWBZ en Zvw.....                                   | 19 |
| 5.a. Aanspraken AWBZ zintuiglijke gehandicapten.....  | 19 |
| 5.b. Visueel en auditief-communicatieve handicap.....   | 19 |
| 5.c. Zorg voor zintuiglijk gehandicapten in Zvw en AWBZ.....                                  | 21 |
| 5.c.1. Diagnostiek en behandeling van visuele stoornissen in Zvw en AWBZ.....                 | 21 |
| 5.c.2. Diagnostiek en behandeling van auditief communicatieve stoornissen in Zvw en AWBZ..... | 23 |

# 1. Inleiding

## ***1.a. Aanleiding***

Op dit moment valt een groot deel van de zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking onder de AWBZ. Op verzoek van VWS wil CVZ onderzoeken welk onderdeel van de zorg voor Zintuiglijk Gehandicapten zoals die momenteel onder de AWBZ wordt geboden, kan passen onder de Zvw.

In deze achtergrondrapportage voor het rapport “zorg voor zintuiglijk gehandicapten” wordt op hoofdlijnen de zorg voor visuele en auditieve stoornissen beschreven zoals we die kennen onder de Zvw en de AWBZ.

## ***1.b. Leeswijzer***

In hoofdstuk 2 worden de visuele stoornissen en aandoeningen van het lagere visuele systeem en centrale visuele stoornissen.

In hoofdstuk 3 worden de auditieve stoornissen en taal-spraakstoornissen alsmede de orthocommunicatieve behandeling bij autisme beschreven.

Hoofdstuk 4 gaat in op doofblindheid.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven welke deel van de zorg valt onder de Zvw en de AWBZ.

## 2. Visuele stoornissen

**Visueel systeem** Het visuele systeem bestaat uit de ogen, oogzenuwbanen en de gebieden in de hersenen die de visuele prikkels doorsturen en verwerken. Beelden die het oog binnenkomen worden op het netvlies geprojecteerd en omgezet in elektrische impulsen. Via de oogzenuwen worden deze elektrische impulsen doorgeleid naar de hersenen waar ze worden verwerkt. De visuele functies van het eerste deel van het visuele systeem (hoornvlies, lens netvlies en oogzenuw) worden de lagere visuele functies genoemd, de hogere visuele functies zijn verderop in het systeem vertegenwoordigd (visuele hersenschors).

### **2.a. Stoornissen visuele functies**

#### **Definitie visuele stoornissen**

De meest voorkomende visuele stoornissen zijn de stoornissen van de gezichtsscherpte (visus) en van het gezichtsveld.

De WHO definieert het begrip visuele stoornis als:

1. een gezichtsscherpte van  $< 0.3$  aan het beste oog, en/of;
2. een gezichtsveld  $< 30$  graden en/of;

Bij deze definitie zijn echter nog wel wat opmerkingen te plaatsen. Zo wordt geen rekening gehouden met een aantal factoren die de kwaliteit van het zien beïnvloeden zoals:

- kleurenzien,
- contrastgevoeligheid,
- tweeogig dieptezien
- aanpassing aan verschillende lichtomstandigheden (overgang van licht naar donker of omgekeerd).

Ook de stoornissen in de verwerking van visuele prikkels door de hersenen (verworven NAH of aangeboren CVI of cerebral visual impairment) komen in de WHO criteria niet tot uiting. Om slechtaziendheid te beschrijven zijn deze criteria dan ook onvoldoende. Dit geldt overigens ook (in mindere mate) voor de criteria voor verwijzing van het NOG.

### **2.b. Aandoeningen van het lagere visuele systeem**

Hieronder volgen een aantal veel voorkomende aandoeningen van het lagere visuele systeem.

#### **Cataract**

Cataract wordt in de volksmond ook wel staar genoemd. Meestal is cataract een verworven aandoening op oudere leeftijd. Er is sprake van cataract wanneer de ooglens

geheel of gedeeltelijk vertroebeld is door een verandering van de eiwitsamenstelling en het watergehalte in de ooglens. Er treedt een geleidelijke daling van de gezichtsscherpte op, die zonder behandeling uiteindelijk tot blindheid leidt. De eerste symptomen zijn wazig zien, dubbelzien met één oog, verminderde kleurperceptie en snelle verblinding bij tegenlicht.

Bij een aantal syndromen, zoals het syndroom van Down, is het risico op staar verhoogd.

Cataract is tegenwoordig goed te behandelen door het operatief verwijderen van de aangedane lens en het plaatsen van een nieuwe kunstlens.

### ***Afwijkingen hoornvlies***

Bij een afwijkende vorm van het hoornvlies, dat wil zeggen dat het hoornvlies niet mooi regelmatig en bol is, maar bijvoorbeeld uitpuilend en kegelvormig (keratoconus) dan ontstaat er een onscherp beeld. Ook dit komt bij het syndroom van Down vaker voor.

### ***Glaucoom***

Glaucoom kenmerkt zich door een verlies van zenuwvezels. In ongeveer 60% van de gevallen is er sprake van een hoge oogboldruk. Er worden twee hoofdvormen onderscheiden waarvan het chronische open-kamerhoekglaucoom of glaucoma simplex het meeste voorkomt.

Door chronisch open-kamerhoekglaucoom ontstaat er geleidelijk uitval van het gezichtsveld. Dat komt doordat de oog(bol)druk zo ver boven de normale waarden uitstijgt dat zenuwvezels in het netvlies en de oogzenuw beschadigd raken. Pas als ook het centrale deel van het gezichtsveld is aangetast neemt de gezichtsscherpte af. Door de geleidelijke uitval van het gezichtsveld treden pas laat symptomen op. Wordt glaucoom niet behandeld, dan ontstaat uiteindelijk kokerzien (een sterke gezichtsveldbeperking), gevolgd door volledige blindheid.

### ***Diabetische retinopathie***

Diabetische retinopathie is schade aan het netvlies die is ontstaan als gevolg van diabetes mellitus. De schade aan het netvlies ontstaat door afwijkingen aan zeer kleine bloedvaten (haarvaten). Dit leidt soms geleidelijk en soms snel tot blindheid of slechtziendheid. Er zijn globaal twee vormen van dergelijke netvliesafwijkingen:

1. Proliferatieve retinopathie treedt voornamelijk op bij type 1 diabetes mellitus en gaat gepaard met vaatwoekeringen (proliferaties);
2. Exudatieve retinopathie treedt voornamelijk op bij type 2 diabetes mellitus en gaat gepaard met lekkage van eiwitten en vetten (exudaten) uit de bloedvaten.

Aanvankelijk verloopt diabetische retinopathie meestal

symptoomloos. In een verder gevorderd stadium daalt de gezichtsscherpte echter vaak dramatisch. Bij proliferatieve retinopathie daalt de gezichtsscherpte sneller dan bij exudatieve retinopathie.

***Macula-degeneratie***

Maculadegeneratie is een achteruitgang in bouw en functie van het centrale deel van het netvlies (gele vlek of macula), die meestal op hoge leeftijd ontstaat. We kennen twee vormen:

- atrofische maculadegeneratie ("droge" maculadegeneratie) geeft een geleidelijke degeneratie (afbraak) van de gele vlek.
- neovasculaire maculadegeneratie (exsudatieve of "natte" maculadegeneratie) wordt gekenmerkt door het ontstaan van vaatnieuwvormingen en lekkage van plasma en bloedingen in het netvlies, die binnen enkele weken een daling van de gezichtsscherpte tot gevolg hebben.

Maculadegeneratie leidt tot uitval van het centrale deel van het gezichtsveld. Voor de neovasculaire vorm van maculadegeneratie is een behandeling beschikbaar. Wanneer er macula-afwijkingen voorkomen op kinderleeftijd dan spreken we van maculadystrofie.

***Myopia gravior***

Myopia gravior is een zeer ernstige vorm van bijziendheid die dusdanig ernstig is dat deze niet meer met een bril of lenzen te corrigeren is, kunnen afwijkingen aan het netvlies ontstaan. Vaak gaat dit gepaard met netvliesloslating. Meestal is deze vorm van bijziendheid erfelijk en aangeboren.

***Ablatio retinae***

Ablatio retinae ofwel netvliesloslating, door een scheur of gaatjes in het netvlies kan het netvlies geheel of gedeeltelijke loslaten. Als er op tijd wordt ingegrepen is het mogelijk een losgelaten netvlies operatie te herstellen.

***Tapetoretinale dystrofie (TRD)***

Tapetoretinale dystrofie (TRD) is een erfelijke aandoening, waarvan retinitis pigmentosa de meest voorkomende vorm is. Er ontstaat een toenemende dystrofie van de staafjes en kegeltjes van het netvlies. De staafjes worden het eerst aangetast, later gevolgd door de kegeltjes. Nachtblindheid is een vroeg symptoom en later kan kokerzien optreden door een steeds verder afnemend gezichtsveld.

***Retinitis Pigmentosa (RP)***

Retinitis pigmentosa is de meest voorkomende vorm van tapetoretinale dystrofie. Er is geen behandeling beschikbaar.

***Afwijkingen oogzenuw***

Door afwijkingen aan de oogzenuw treedt er een verstoring op van de doorgifte van prikkels van het

netvlies naar de hersenen. De ernst kan variëren van wazig zien tot volslagen blindheid. Dit kan het gevolg zijn van zuurstofgebrek bij de geboorte of hersenletsel (tumor, bloeding, trauma). Er zijn ook erfelijke vormen van oogzenuwafwijkingen bekend.

### ***Behandeling***

Zoals hierboven beschreven is voor een deel curatieve behandeling met herstel van visus mogelijk. Bij een deel van de aandoeningen blijft er sprake van blijvende visuele beperkingen waarvoor revalidatie nodig is. Deze revalidatie is gericht op het leren omgaan en maatschappelijk functioneren met de beperkingen.

## ***2.c. Centraal visuele stoornissen (CVI)***

### ***Definitie CVI***

Stoornissen die niet gelegen zijn in het oog of de oogzenuw maar in de hersenen worden geschaard onder de titel CVI. Normaliter komen visuele prikkels in de hersenschors aan en worden vervolgens naar verschillende gebieden gestuurd die elk hun eigen functie hebben. Zo zijn er gebieden voor het herkennen van voorwerpen, het herkennen van gezichten, signaleren van diepte, signaleren van beweging, opmerken waar in de ruimte iets zich bevindt, richten van de ogen (oogbewegingen), langere tijd naar een voorwerp kijken (fixeren) en voor de ruimtelijke oriëntatie.

### ***Oorzaken CVI***

CVI kan ontstaan als delen van de hersenen onvoldoende functioneren. Dit kan veroorzaakt worden door aangeboren afwijkingen, bijvoorbeeld een aanlegstoornis vaak gecombineerd met een verstandelijke beperking. CVI kan ook later in het leven ontstaan als gevolg van een hersenbeschadiging. De oorzaken van hersenbeschadiging zijn divers en kunnen zowel op jonge leeftijd ontstaan, bijvoorbeeld zuurstoftekort bij de geboorte, of later in het leven bijvoorbeeld door een schedeltrauma, een hersenbloeding, een infectie van het centrale zenuwstelsel of degeneratieve aandoeningen. De plaats van de beschadiging bepaald ook de aard van de beperkingen van een individu.

Voorbeelden van beperkingen bij CVI zijn:

- Het wel kunnen zien maar niet kunnen herkennen van voorwerpen (agnosie)
- Het wel kunnen zien maar niet kunnen gebruiken van visuele informatie (neglect)
- Het last hebben van een teveel aan visuele informatie. Een te groot visueel aanbod kan niet goed worden verwerkt (crowding).
- Een teveel aan prikkels, zoals geluid en beelden, kan

een storende werking hebben op het zien. Het wordt hierdoor erg inspannend om informatie op te nemen.

- Het niet goed kunnen selecteren van de belangrijkste visuele informatie uit een geheel. Het is hierdoor moeilijk de belangrijke informatie uit een veelheid aan informatie te halen, maar ook gaan details verloren. Systematisch scannen van visuele informatie is niet goed mogelijk.
- Het overzicht in een ruimte is gestoord. Hierdoor is het moeilijk om kijken en doen af te stemmen bij het bewegen in die ruimte.

De mogelijkheden voor de behandeling wordt beïnvloed door de ernst van de hersenbeschadiging en het niveau van functioneren voorafgaand aan het ontstaan van de CVI.

### ***Behandeling***

CVI is niet curatief te behandelen. Bij CVI is er sprake van blijvende visuele beperkingen waarvoor revalidatie nodig is. Deze revalidatie is gericht op het leren omgaan met de visuele beperkingen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van vergelijkbare interventies als die gebruikt worden voor de andere visuele stoornissen waarbij de oorzaak in het lagere visuele systeem is gelegen.

### ***Prevalentie***

#### ***2.d. Prevalentie***

Van de totale bevolking heeft circa 2% een visuele beperking. Onder mensen met een verstandelijke beperking is dit percentage echter veel hoger. Minimaal 25% heeft visuele beperkingen en als er naast de verstandelijke beperking ook sprake is van motorische beperkingen loopt dit percentage zelfs op tot 70 – 90%.



### 3. Auditieve stoornissen

#### **Definitie auditieve stoornissen**

De internationale classificatie van ziekten ([ICD](#)) gaat bij de indeling van gehoorverlies uit van de oorzaak. De [ICD-10](#)-classificatie onderscheidt ondermeer:

- Gehoorverlies door een geleidingsstoornis: hierbij wordt het geluid niet goed door de gehoorgang en/of het middenoor geleid.
- Gehoorverlies door een perceptiestoornis: hierbij doet het probleem zich voor in het binnenoor (het slakkenhuis) of in de gehoorzenuw.
- Gemengd gehoorverlies: hierbij is sprake van zowel een geleidingsstoornis als van een perceptiestoornis.
- Overige vormen van gehoorverlies, waaronder lawaai- en ouderdomslechthorendheid.

#### **Mate van gehoorsverlies**

Behalve de oorzaak is ook de ernst van het gehoorsverlies van belang. De afwijking van de gehoordrempel ten opzichte van de normaalwaarde wordt uitgedrukt in 'decibel Hearing Level' (dB HL). Om de mate van gehoorverlies vast te stellen wordt uitgegaan van het gemiddelde verlies in dB HL bij de frequenties 500, 1.000, 2.000 en 4.000 Hz. Vanaf 20dB verlies is er sprake van gehoorverlies.

Definities gehoorsverlies:

- mild gehoorverlies: 20-40 dB HL
- matig gehoorverlies: 40-60 dB HL
- ernstig gehoorverlies: 60-80 dB HL
- zeer ernstig gehoorverlies: 80-90 dB HL
- doof: >90 dB HL

#### **3.a. Stoornissen in auditieve functies**

##### **Geleidingstoornis**

Bij geleidingstoornissen kan het geluid het binnenoor niet goed bereiken. Dit kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door vocht of een infectie in het oor. Ook problemen met het trommelvlies of de gehoorbeentjes kunnen de oorzaak zijn van geleidingstoornissen.

##### **Perceptiestoornis**

Bij een perceptief gehoorverlies is er meestal sprake van een afwijking van het binnenoor, zoals niet goed functionerende haarcellen. Ook kan er een afwijking aan de gehoorzenuw zijn of een probleem met de overdracht van haarcellen naar de gehoorzenuw.

|   |  |
|---|--|
| <b><i>Gemengde stoornis</i></b>                     | Er wordt gesproken van een gemengd gehoorverlies wanneer er zowel een geleiding- als een perceptieverlies bestaat.   |
| <b><i>Centraal auditieve stoornis</i></b>           | Bij centraal auditieve stoornissen is de afwijking niet gelegen in het uitwendige deel van het gehoor (het oor, middenoor of het geleidingssysteem) en niet in het binnenoor maar door een afwijkende verwerking van het geluid of de spraak in de hersenen zelf.  |
| <b><i>Pre- en postlinguale slechthorendheid</i></b> | Het moment waarop de doofheid of de ernstige slechthorendheid ontstaat, is van groot belang voor de taal-spraakontwikkeling en daarmee de ontwikkeling van een kind. Wanneer het ontstaat voordat de taal en spraakontwikkeling heeft plaatsgevonden spreken we van prelinguale doofheid of slechthorendheid. Begint het pas daarna, dan spreken we van postlinguale doofheid of slechthorendheid. |

### ***3.b. Taal-spraakstoornissen***

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b><i>Definitie</i></b> | Spraak-taalstoornissen vormen een gemengde groep stoornissen. Onder de grondslag zintuiglijk gehandicapten AWBZ vallen stoornissen als: spraakstoornissen, taal- en begripstoornissen, taal-productiestoornissen, pragmatische taalstoornissen en de centraal auditieve stoornissen, gehoorstoornissen veroorzaakt door een afwijking op het niveau van de hersenen. |
|-------------------------|--|

### ***3.c. Behandelingsopties***

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b><i>Geleidingsstoornissen</i></b>   | Bij geleidingsstoornissen is veelal curatieve behandeling mogelijk.   |
| <b><i>Perceptieve stoornissen</i></b> | Perceptieve slechthorendheid is over het algemeen niet te verhelpen of te verminderen met medicamenten of chirurgie. De behandeling van Perceptieve stoornissen is gericht op het aanpassen van geluid aan het niet goed functionerend gehoor en/of het aanpassen van de omgeving waardoor de akoestiek verbetert. Hiervoor zijn verschillende hoortoestellen beschikbaar. Deze aanpassingen gaan slechthorendheid niet tegen, maar verminderen wel de mate waarin de slechthorendheid beperkend is. Indien hiermee geen resultaat bereikt wordt is een alternatief aangewezen. |
| <b><i>Cochleair implantaat</i></b>    | Heeft een slechthorende te weinig restgehoor, dan is een hoortoestel geen optie. In een dergelijk geval kan een cochleair implantaat (CI) uitkomst bieden. Een cochleair implantaat wordt direct onder de huid  |

geïmplanteerd en stimuleert de gehoorzenuw via in het slakkenhuis (Cochlea) aangebrachte elektrodes. Anedane delen van het oor, zoals defecte haarcellen in het slakkenhuis, worden hierbij omzeild. Dit stelt doven en/ of zeer ernstig slechthorenden weer in staat geluiden op te vangen. Sinds ongeveer 13 jaar is het plaatsen van één cochleair implantaat als zorg conform de stand van wetenschap en praktijk aangemerkt. Het is daarmee een te verzekeren prestatie voor de indicatie: zeer ernstige dubbelzijdige doofheid bij kinderen en volwassenen. Sinds 2012 is het ook voor kinderen tot 5 jaar mogelijk om voor de Zvw in aanmerking te komen voor bilaterale cochleaire implantaten.

### ***3.c Orthocommunicatieve behandeling bij autisme<sup>1</sup>***

#### ***Autisme***

Autisme is een psychiatrische diagnose voor een (neuro)ontwikkelingsstoornis die gesteld wordt op basis van gedragskenmerken. Autisme laat een grote mate van heterogeniteit zien ten aanzien van etiologie, neurobiologie, cognitie en gedrag (Pellicano, 2012). Er is nog steeds geen eenduidige oorzaak vastgesteld. Wel zijn er allerlei verklaringen voor de kenmerken van autisme. Deze verklaringen liggen op het terrein van de psychologie en de neuropsychologie en wel op het gebied van basale en hogere neurocognitieve processen. De laatste jaren is er steeds meer evidentie voor associaties tussen autisme en afwijkingen in de genen en autisme en afwijkingen in organische en fysiologische aspecten van het brein. Beschrijvingen van autisme dateren uit het begin van de 19<sup>e</sup> eeuw.

#### ***Autisme in de DSM***

In 1980 komt de stoornis voor het eerst voor in de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), destijds de DSM III onder de categorie pervasieve ontwikkelingsstoornis. Hiermee werd aangegeven dat de stoornis diep doordringt in alle ontwikkelingsdomeinen en tevens blijvend van aard is. In de revisie van de DSM III, de DSM III-R uit 1987 vinden we voor het eerst de classificatie PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified) en wordt 'infantiel autisme' vervangen door 'autistische stoornis'. In 1994 werd de stoornis in de DSM-IV en in 2000 ook in de herziene versie de DSM-IV-TR opgedeeld in 5 verschillende syndromen waaronder de Autistische stoornis, Syndroom van Asperger en de Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (PDD-NOS). Dit betekende dat ook mildere varianten van de autistische stoornis gediagnosticeerd konden

---

<sup>1</sup> De orthocommunicatieve behandeling bij autisme nader beschouwd K. Brouwers, J. Isarin, L. Vermeulen Kentalis, regio Zuidoost Nederland 2013

worden. In de binnenkort te verschijnen DSM-5 valt dit onderscheid geheel weg en wordt nog alleen gesproken over een Autisme Spectrum Stoornis, die een continuüm bestrijkt van milde tot zeer ernstige symptomatologie, die levenslang in wisselende mate tot allerlei beperkingen in het dagelijks leven leidt.

In de DSM-5 valt autisme onder de neurodevelopmental disorders en worden de sociale en communicatieve beperkingen bij autisme in tegenstelling tot in de DSM-IV onder één domein/criterium geplaatst. Beperkingen op het gebied van communicatie en sociaal gedrag zijn namelijk niet te scheiden volgens de onderliggende theorie. Beperkingen in taal zijn in de DSM-5 niet langer inherent aan de diagnose. Verder geldt als tweede criterium dat er sprake is van beperkte interesses en repetitief gedrag, waaronder ook hypo- en hyperreactiviteit op sensorische prikkels valt en ongewone interesses in sensorische aspecten van de omgeving (schijnbare ongevoeligheid voor warmte/koude/pijn, extreme of negatieve reacties op specifieke geluiden of textuur, hypergevoeligheid voor geuren of aanraking, fascinatie voor licht of draaiende objecten).

***Autisme en erfelijkheid***

Er is er steeds meer evidentie voor erfelijke overdracht van autisme (Schothorst, 2009, Rossignol e.a., 2012) en ook voor de associatie tussen fysiologische afwijkingen en autisme (o.a. stoornissen op het nivo van het celmetabolisme en het immuunsysteem). Autismen wordt gezien als een stoornis in de connectiviteit binnen en tussen gebieden van het brein (Courchesne & Pierce, 2005, 2007).

***Verklarende theorieën voor autisme***

De huidige verklaringen voor het gedrag bij autisme worden gevonden in 3 neuropsychologische theorieën m.b.t. informatieverwerking te weten de Theory of Mind (ToM), de theorie van de Centrale Coherentie en de Executieve functies (Teunisse, 2009).

Daarnaast is er de theorie met betrekking tot Contextblindheid. Deze laatste is een verdere uitwerking van de Theorie van de Centrale Coherentie (Vermeulen, 2009) die verklaard kan worden vanuit de bovengenoemde Connectiviteitstheorie.

Hoewel de contextgevoeligheid binnen de neurologie en psychologie is geaccepteerd moet er nog veel wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden naar onder andere het ontwikkelingsverloop van contextgevoeligheid en of het meer gezien moeten worden als verzamelterm van verschillende processen of toch een universeel verlopend proces.

***Stoornissen bij  
autisme: WIBTC***

**WIBTC: Waarneming, Informatieverwerking,  
Betekenisverlening, Taal en Communicatie**

Ervaringen met meer dan 200 jaar onderwijs en behandeling van mensen met een auditieve beperking en meer dan 60 jaar ervaring in onderwijs en behandeling van mensen met een specifieke taalstoornis heeft geleerd dat problematiek in taal en communicatie altijd in meer of mindere mate verbonden is met problemen in de waarneming, informatieverwerking en betekenisverlening.

Ook bij mensen met autisme vloeit het atypisch functioneren in communicatie en taal voort uit specifieke stoornissen in waarneming, informatieverwerking en betekenisverlening (Isarin, 2011).

Problemen bij de *waarneming* bij autisme is in het centrale zenuwstelsel, de hersenen, gelegen. Er is zowel sprake van neurosensorische problemen met het ontvangen en integreren van prikkels als het neuro-cognitieve niveau bij het verwerken van en betekenis geven aan deze prikkels. Dit onderscheid is van belang voor de behandeling.

Bij de *informatieverwerking* is er sprake van "contextblindheid" door het ontbreken van het vermogen om prikkels afkomstig vanuit diverse zintuiglijke prikkels te kunnen combineren.

Bij de *betekenisverlening* die bij personen zonder autisme grotendeels onbewust verlopen (synchroon) vragen bij mensen met autisme sequentiële (denk)stappen waardoor vertraagd of niet helemaal of helemaal niet wordt waargenomen.

Bij de *taal* hebben de meeste mensen met autisme problemen met semantiek, syntaxis en pragmatiek en sommigen tevens problemen met fonologie.

De *communicatie* is gestoord omdat niet alleen de verbale maar ook de non-verbale communicatie afwijkend verloopt, zowel receptief als expressief.

***Behandeling***

De orthopedagogische behandeling wordt gevormd vanuit twee perspectieven, de stoornis bij de persoon zelf en de persoon in zijn omgeving (ouders of gezin). De behandeling bestaat uit 3 niveau's,

1. het creëren van een omgeving waarin de persoon kan opgroeien en kan worden ondersteund
2. Het individuele behandelaanbod

### 3. Individuele inkleuring, zorg op maat

De zorg door de ZG sector grijpt in op de communicatie problemen waar ook cliënten met autisme mee te maken hebben. Dit is een relatief recente ontwikkeling waar nog geen (harde) effectiviteitsgegevens beschikbaar voor zijn. Deze zorg is nu alleen beschikbaar voor mensen met autisme in zuid Nederland. In potentie is de doelgroep veel groter. Nader onderzoek naar de indicatiestelling en de effectiviteit van deze behandeling bij autisten is nodig.

#### **3.c. Prevalentie**

##### ***Prevalentie gehoorstoornissen***

Op basis van verschillende bronnen zijn schattingen gemaakt van het aantal mensen met een verminderde gehoorfunctie in Nederland. Afhankelijk van de gehanteerde definities en meetmethoden lopen deze schattingen uiteen (Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid):

- Landelijke neonatale gehoorscreening: Bij ongeveer 1 op de 1.000 levend geboren kinderen treedt een permanent gehoorverlies op dat groter is dan 40 dB.
- Enquête: Bijna twee miljoen mensen in Nederland hebben enige tot zeer grote moeite een gesprek te volgen in een groep van drie of meer mensen.
- Onderzoek: Op basis van het meten van spraakverstaan in achtergrondruis, wordt het aantal slechthorenden van 60 jaar en ouder in Nederland geschat op ruim 1,2 miljoen.
- Huisartsenregistraties: Op basis van door huisartsen geregistreerde gevallen, wordt het totaal aantal mensen met lawaai- en ouderdomsslechthorendheid geschat op 623.400 (341.000 mannen en 282.500 vrouwen). Het geschatte aantal nieuwe patiënten met lawaai- en ouderdomsslechthorendheid in 2007 is 61.900 (32.100 mannen en 29.800 vrouwen).

##### ***Prevalentie spraak- taalstoornissen***

Het is onduidelijk hoeveel kinderen taal- spraakstoornissen hebben omdat niet alle kinderen gesignaleerd worden. Prevalentie van specifieke taalontwikkelingsstoornissen wordt door Tomblin et al. (1997) geschat op 7,4 % van de kinderen. Schattingen

over spraak- en taalstoornissen lopen uiteen van 1-15%, gemiddeld 6% (Law et al, 2003). Hoeveel van deze kinderen onder de criteria van de grondslag ZG vallen is niet bekend.

## 4. Doofblindheid

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Definitie</b>                     | <p>‘Doofblindheid is een combinatie van doof-slechthorendheid en blind-/slechtziendheid. Doofblindheid belemmert mensen in hun communicatie, het verwerven van informatie en de mobiliteit. Zonder aanpassingen, hulpmiddelen en/of ondersteuning van anderen kunnen doofblinde mensen niet vanzelfsprekend deelnemen aan het dagelijkse leven en het maatschappelijk verkeer’ (Bron: Platform doofblindheid)</p>  |
| <b>Beperkingen</b>                   | <p>“De beperkingen van doofblindheid hebben meestal te maken met communicatie, informatie en/of mobiliteit. Door deze beperkingen kosten alle activiteiten veel meer energie waardoor doofblinde mensen vaak snel vermoeid zijn. De beperkingen ervaar je altijd en overal. Waar je ook bent en wat je ook doet. Op het werk, op een verjaardag of bij het sporten. Buiten, maar ook binnen bij het huishouden, de persoonlijke verzorging en het gezinsleven”.</p>  |
| <b>Indeling groepen</b>              | <p>Vaak worden er drie groepen doofblinden onderscheiden. De leeftijd waarop iemand doofblind wordt, vormt de basis van de driedeling:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Doofblind vanaf de geboorte/ aangeboren doofblindheid/ congenitale doofblindheid</li><li>- Doofblind geworden op jonge of volwassen leeftijd/ vroeg verworven doofblindheid</li><li>- Doofblind geworden op oudere leeftijd/ ouderdomsdoofblindheid.</li></ul>  |
| <b>Aangeboren doofblindheid</b>      | <p>Voor congenitale doofblindheid geldt dat de diagnose op jonge leeftijd al kan worden gesteld. Doofblindheid kan worden veroorzaakt door een syndroom, maar dit is niet altijd het geval. Ongeveer 85% van deze groep heeft een ernstige verstandelijke beperking. Congenitaal doofblinde mensen zijn afhankelijk van hun directe nabije omgeving en van de tast.</p>  |
| <b>Vroeg verworven doofblindheid</b> | <p>Een van de meest voorkomende oorzaken van vroeg verworven doofblindheid is het syndroom van Usher. Dit is een erfelijke aandoening waardoor slechthorendheid/ doofheid en slechtziendheid/blindheid ontstaat. Soms is er ook sprake van evenwichtsproblemen. Er zijn drie vormen van het syndroom van Usher: type 1, type 2 en type 3. De onderverdeling is gemaakt op basis van het tijdstip van het ontstaan van de eerste klachten. De eerste twee types komen het meest voor. Het syndroom van Usher komt voor bij één op de 20.000 kinderen. Eén op de twintig kinderen met slechthorendheid blijkt het syndroom van Usher te hebben, evenals één op de twintig kinderen met slechtziendheid.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Usher Type 1:</b> Vanaf de geboorte is er sprake van doofheid en evenwichtsstoornissen. Door de evenwichtsproblemen gaan de kinderen minder snel zitten en lopen. Rond het tiende levensjaar gaat het</li></ul> |



zicht achteruit, beginnend met nachtblindheid. Op den duur kan het zicht helemaal verdwijnen.

- **Usher Type 2:** Vanaf de geboorte is er sprake van gehoorproblemen. Er komen geen evenwichtsstoornissen voor. In het begin van de puberteit begint de slechthoortendheid.
- **Usher Type 3:** Vanaf de geboorte zijn er geen problemen met zien en horen. In de kindertijd gaat het gehoor en gezichtsvermogen merkbaar achteruit. Daarnaast treden er ook evenwichtsstoornissen op. (Dit type komt niet voor in Nederland).

### ***Ouderdomsdoofblindheid***

Ouderdomsdoofblindheid is een vorm van doofblindheid die geleidelijk ontstaat bij het ouder worden. Ouderdomsdoofblindheid komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen en wordt vaak niet snel ontdekt.

### ***Prevalentie***

Congenitale doofblindheid komt bij 1:10.000 kinderen voor.  
Vroegverworven doofblindheid bij 8:10.000 kinderen.  
Vroegverworven doofblindheid wordt meestal veroorzaakt door het syndroom van Usher.  
Volgens de meest recente schattingen zijn er tussen de 30.000 tot 35.000 mensen die na hun 55e jaar doofblind werden. 3.000 tot 5.000 hebben een ernstige vorm van doofblindheid. Van de woonsituatie is bekend dat circa 12.500 doofblinden in verpleeg- en verzorgingshuizen wonen, 20.000 doofblinden wonen zelfstandig 1700 doofblinden wonen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten ([www.doofblind.nl](http://www.doofblind.nl)).  
Er zijn veel doofblinde mensen die wel slechthoortend zijn, maar nog voldoende geholpen kunnen worden met een conventioneel hoortoestel. Hoe groot de groep is die niet meer geholpen kan worden met een hoortoestel of eventueel een cochleair implantaat is niet bekend. Dit is een van de vragen die op dit moment moet worden beantwoord bij de indicatiestelling voor cochleaire implantaten bij volwassenen.

Niet iedere doofblinde heeft dezelfde beperkingen. Mensen die vanaf de geboorte doofblind zijn hebben een andere zorgbehoefte dan mensen die later in het leven doofblind worden. Zeker gezien het gegeven dat er in 85% van de gevallen tevens sprake is van een ernstige verstandelijke beperking. Voor mensen met vroeg verworven doofblindheid is bijvoorbeeld het tijdstip van het ontstaan, al dan niet gelijktijdig, van de doofheid en blindheid van belang. Relevant daarbij is of het plaatsen en revalideren op jonge leeftijd met behulp van cochleaire implantaten mogelijk is (geweest). Van belang is ook of cliënten de mogelijkheid hebben gehad om bijvoorbeeld braille te leren of gebarentaal. Er zijn dan ook geen standaardoplossingen beschikbaar voor beperkingen in communicatie, de toegang tot informatie en mobiliteit.

Het communiceren met doofblinden met zeer ernstige visusstoornissen of blindheid in combinatie met zeer ernstige gehoorstoornissen of doofheid, vraagt om één op één contact tussen cliënt en hulpverlener. Van de zorgaanbieders vraagt het een brede kennis van en ruime vaardigheden met alle communicatiemogelijkheden voor visueel en auditief gehandicapten om überhaupt de meest basale communicatie te kunnen voeren. Daarnaast is communicatie met doofblinden, met zeer ernstige visusstoornissen of blindheid in combinatie met zeer ernstige gehoorstoornissen of doofheid, erg tijdsintensief. Er is maar een beperkt aantal hulpverleners die beschikken over deze gecombineerde kennis en vaardigheden. Dit wordt mede veroorzaakt door het beperkte aantal doofblinden in Nederland.

## 5. Zorg voor zintuiglijke gehandicapten in AWBZ en Zvw

### 5.a. Aanspraken AWBZ zintuiglijke gehandicapten

#### **Zintuiglijke gehandicapten (ZG) in de AWBZ**

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een zogenaamde grondslag. Voor mensen met een visuele beperking, een auditieve beperking of een (ernstig) spraak-/taalprobleem is dit de grondslag zintuiglijke handicap.

De criteria waaraan moet worden voldaan om een grondslag zintuiglijke handicap (ZG) vast te stellen zijn vastgelegd in de, door de Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opgestelde, Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012. Hieronder worden deze criteria beschreven.

#### **Grondslag ZG**

De grondslag zintuiglijke gehandicapten (ZG) wordt in de regel toegekend aan alle verzekerden die een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben. De grondslag ZG geeft toegang tot alle AWBZ-functies (Verblijf, Kortdurend Verblijf, Persoonlijke verzorging, Verpleging en Begeleiding en Behandeling). Om aanspraak te maken op AWBZ-zorg is voor alle functies behalve Behandeling een indicatie vereist van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor de functie Behandeling geldt sinds 18 april 2011 dat hiervoor geen indicatie van het CIZ meer vereist is, maar dat de zorgaanbieders op basis van het 'high trust high penalty' principe behandeling mogen bieden die zij noodzakelijk achten.

### 5.b. Visueel en auditief-communicatieve handicap

#### **Visuele handicap**

Van een visuele handicap is sprake als er ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen zijn vastgesteld. Visuele aandoeningen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld. De diagnostiek van visusstoornissen vindt plaats door middel van metingen met correctie (bril). Er is sprake van een visuele handicap als:

1. een gezichtsscherpte van  $< 0.3$  aan het beste oog, en/of;
2. een gezichtsveld  $< 30$  graden;

Volgens de Richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing (opgesteld in opdracht van het Nederlands oogheelkundig Gezelschap NOG) zijn de criteria voor

verwijzing naar een revalidatiecentrum aangevuld met het criterium: "een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren".

De definitie van de AWBZ-Zintuiglijke Handicap (visueel) is gebaseerd op de combinatie van bovengenoemde criteria en sluit hiermee aan bij het verwijzingsbeleid van het NOG.

***Auditief  
communicatieve  
handicap***

Van een auditieve beperking is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

Er is sprake van een auditieve stoornis en daarmee een grondslag zintuiglijke handicap als:

1. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen,
2. of als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

De auditieve beperking kan voorkomen met er mee samenhangende communicatieve beperkingen, ernstige sociaal emotionele problematiek, ernstige spraak/taal stoornis en/of leerachterstand. Van communicatieve beperking is sprake als een verzekerde als gevolg van een medische oorzaak zodanige problemen in de communicatie ondervindt, dat hij in het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen.

***Spraak-taal  
probleem AWBZ***

Voor de mensen met een spraak/taalprobleem (of stoornis) gelden de volgende voorwaarden om de grondslag zintuiglijke handicap te stellen:

- Kern van het vaststellen van een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) onder de grondslag van de zintuiglijke handicap is dat er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen. Dat kunnen zowel neurobiologische als neuropsychologische factoren zijn.
- Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren is er geen sprake van een grondslag voor de AWBZ. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

Een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als er een aandoening of stoornis is vastgesteld die leidt tot ernstige of zeer ernstig beperkingen op één of meer van de hieronder genoemde aspecten:

1. Spraakstoornis/beperking (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit).
2. Centrale auditieve stoornis/beperking (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt).
3. Taal-begripstoornis/beperking (moeite met begrijpen wat anderen zeggen).
4. Taal-productiestoornis/beperking (moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).
5. Pragmatische taalstoornis/beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek).

***Communicatie-  
probleem AWBZ***

Een communicatieprobleem is pas een geobjectiveerde spraak-/taalstoornis wanneer dit is aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht vanuit de Zvw. Het is van belang om spraak-/taalstoornissen te onderscheiden van communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en verstandelijke handicap.

Communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en verstandelijke handicap vallen niet onder de grondslag zintuiglijke handicap AWBZ.

***5.c. Zorg voor zintuiglijk gehandicapten in Zvw en AWBZ***

***Zvw voorliggend  
op AWBZ***

De Zvw is voorliggend op de AWBZ. Er is pas aanspraak op AWBZ zorg als de curatieve behandeling in de Zvw is afgerond.

***5.c.1. Diagnostiek en behandeling van visuele stoornissen in Zvw en AWBZ***

***Diagnostiek bij  
volwassenen***

De diagnostiek en behandeling van de aandoeningen aan het lagere visuele systeem bij volwassenen is de verantwoordelijkheid van oogartsen en valt onder de Zvw. Bij volwassenen komen veel oogaandoeningen voor, 300-400.000 volwassenen hebben

oogaandoeningen. Het gaat bij volwassenen om een relatief klein aantal veel voorkomende aandoeningen zoals beschreven in hoofdstuk 2. De visuele functies bij volwassenen zijn goed te testen en bij fundoscopie zijn er vaak duidelijke afwijkingen waarneembaar.

### ***Diagnostiek bij kinderen***

De diagnostiek en behandeling van visuele stoornissen bij kinderen valt historisch gezien onder de AWBZ. Visuele stoornissen bij kinderen komen veel minder frequent voor, 16.000 kinderen hebben visuele stoornissen. Bij kinderen betreft het veel verschillende stuk voor stuk zeldzame diagnoses.

Een tweede belangrijk verschil is dat er bij funduscopie van kinderen vaak weinig afwijkingen zichtbaar zijn en dat de visuele functies moeilijk en niet uitgebreid te testen zijn. In veel gevallen is er sprake van erfelijke of aangeboren syndromen die ook gepaard gaan met andere problematiek, zoals bijvoorbeeld lichamelijke- of verstandelijke handicaps.

De grote variatie in ziektebeelden en de zeldzaamheid van sommige aandoeningen maakt dat gespecialiseerd diagnostisch onderzoek noodzakelijk is. Deze gespecialiseerde diagnostiek bij kinderen is in Nederland geconcentreerd bij instellingen voor visueel gehandicapten als Bartiméus. Hier kan, zo nodig, ook direct een behandelplan worden opgesteld.

### ***Behandeling***

De veel voorkomende visuele aandoeningen bij volwassenen zijn voor een deel behandelbaar. Het cataract is de meest voorkomende aandoening op oudere leeftijd, hiervoor is tegenwoordig met een eenvoudige ingreep, veelal uitgevoerd in dagbehandeling, herstel van een goede visus mogelijk. Voor aandoeningen als maculadegeneratie of diabetische retinopathie kan tijdige behandeling en regelmatige controle ernstigere visuele beperkingen zo lang mogelijk voorkomen.

### ***Visuele hulpmiddelen***

Onder de Zvw vallen ook de hulpmiddelen voor visueel gehandicapten. De hulpmiddelenzorg onderscheidt drie hoofdcategoriën hulpmiddelen voor visuele stoornissen en beperkingen:

Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie

1. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur
2. Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie

3. De voorwaarden waaronder aanspraak bestaat staan beschreven op de website van CVZ2

***Behandeling visusproblemen in AWBZ***

Het zorgaanbod voor visueel gehandicapten is gericht op visueel beperkten van alle leeftijden, waarbij het aanbod is afgestemd op specifieke levensfase problematiek.

Voor jonge kinderen met ernstige visusstoornissen is het risico groot dat zij op jonge leeftijd al een achterstand in hun ontwikkeling oplopen ten opzichte van hun ziende leeftijdsgenootjes. De behandeling is gericht op het functioneren op thuis, op school en de omgang met leeftijdsgenootjes.

Voor volwassenen kan de zorg ingezet worden voor het accepteren en (h)erkennen van de aard en omvang van visuele beperkingen. Daarnaast is de revalidatie gericht op het leren omgaan met het zelfstandig voeren van een huishouding, reizen met fiets, openbaar vervoer en auto, het veilig leren functioneren in het verkeer bijvoorbeeld met blindenstok of blindengeleidehond en het leren omgaan met hulpmiddelen voor communicatie, het leren omgaan met de beperkingen binnen de maatschappelijke rol bijvoorbeeld leren omgaan met problemen in de werksituatie gerelateerd aan de visuele beperkingen.

*5.c.2. Diagnostiek en behandeling van auditief communicatieve stoornissen in Zvw en AWBZ*

***Diagnostiek auditieve stoornissen***

De diagnostiek van gehoorstoornissen start met de neonatale gehoorscreening van alle kinderen in Nederland. Met deze gehoorscreening worden de kinderen met gehoorstoornissen op zeer jonge leeftijd herkend en toegeleid naar adequate zorg.

De diagnostiek van (ernstige) gehoorstoornissen bij kinderen en volwassenen wordt uitgevoerd door KNO-artsen en audiologen verbonden aan audiologische centra. De zorg is verzekerd onder de Zvw.

***Diagnostiek taal-spraakstoornis***

Voor de behandeling van communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en een verstandelijke handicap geldt dat dit nadrukkelijk buiten de grondslag zintuiglijke handicap valt, terwijl op dit moment zorg voor deze doelgroepen ook wordt geboden binnen de sector.

***Behandeling auditieve stoornis Zvw***

De curatieve behandelingen van gehoorstoornissen zowel van geleidingsstoornissen als perceptieve stoornissen, wordt uitgevoerd door KNO artsen en

---

<sup>2</sup> <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/hulpmiddelen/zorg/visuele+hulpmiddelen/visuele+hulpmiddelen.html>

audiologen. Hulpmiddelen voor gehoorstoornissen o.a. hoortoestellen zijn ondergebracht onder de Zvw vanaf een gemiddeld verlies van 35 dB (hoge Fletcheridex) Unilaterale cochleaire implantaten voor kinderen en volwassenen zijn verzekerd onder de Zvw. Voor kinderen tot 18 jaar zijn vanaf 2013 ook bilaterale cochleaire implantaten opgenomen in de Zvw mits voldaan wordt aan de geldende indicatiecriteria. Met bilaterale CI's kunnen kinderen met zeer ernstige gehoorstoornissen of doofheid ook gebruik maken van het reguliere onderwijs. Sinds 2013 is het ook mogelijk dat volwassen doofblinden in aanmerking kunnen komen voor bilaterale cochleaire implantaten mits voldaan wordt aan de indicatiecriteria.

***Auditieve hulpmiddelen***

Verzekerden met gehoorverlies komen in aanmerking voor één of meerdere hulpmiddelen die de gehoorfunctie verbeteren. Er geldt een vergoeding voor solo-apparatuur en gehoorhulpmiddelen, zoals elektroakoestische hoortoestellen, ringleidingen, infrarood/FM-apparatuur en oorsuismaskeerders. De voorwaarden waaronder aanspraak bestaat staan beschreven op de website van CVZ<sup>3</sup>

***Behandeling auditieve stoornissen in de AWBZ***

Het zorgaanbod voor auditief en/of communicatieve beperkingen kenmerkt zich door specialistische diagnostiek en behandeling op verschillende ontwikkelingsdomeinen: auditieve waarneming, taal- en spraakontwikkeling, cognitieve en sociaal emotionele ontwikkeling. De ontwikkelingen op deze terreinen hangen samen en beïnvloeden elkaar. De zorg is tevens afgestemd op de specifieke levensfase problematiek. Voor jonge kinderen met ernstige auditief en/of communicatieve stoornissen is het risico groot dat zij op jonge leeftijd al een achterstand in hun ontwikkeling oplopen ten opzichte van hun horende leeftijdsgenootjes. De behandeling is gericht op het functioneren thuis, op peuterspeelzalen of in behandelgroepen. De eerste levensjaren zijn immers cruciaal voor de ontwikkeling van taal en spraak. Voor kinderen tussen de 5-12jaar en jongeren van 12-23 jaar is de zorg gericht op de ervaren communicatieve en/of taalproblematiek. Voor volwassen vroegdove is het niveau van kennis en vaardigheden, dat hij in zijn jeugd bereikt heeft, van belang. De AWBZ behandeling is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid. De behandeling richt zich op alle levensdomeinen.

---

<sup>3</sup> <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/hulpmiddelenzorg/auditieve+hulpmiddelen/auditieve+hulpmiddelen.html>



Voor volwassen slechthorend en plots/laatdoven komen op enig moment niet meer uit met hoorhulpmiddelen. Kernelementen van de behandeling zijn gericht op het accepteren en leren omgaan met de beperking en het aanleren van alternatieve communicatievormen.

***Verschillen  
auditief-visueel***

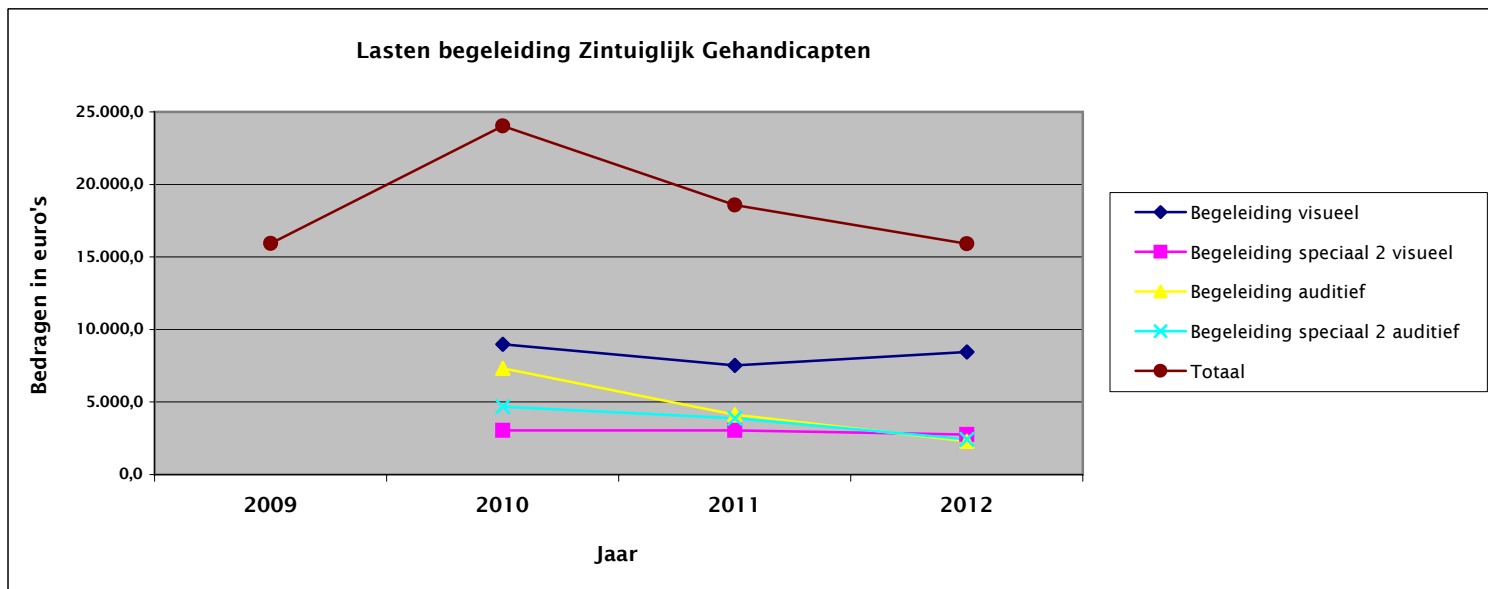
Een aantal dingen vallen op als de criteria voor de verschillende vormen van zintuiglijke handicaps met elkaar worden vergeleken. Zo gelden voor de visuele beperkingen die nodig zijn om tot een grondslag te komen dat wordt uitgegaan van optimale correctie met bril, terwijl voor de auditieve beperkingen geldt dat deze zonder correctie door een hoortoestel worden beoordeeld.

Een ander opmerkelijk verschil is dat de cerebrale visuele stoornissen niet onder de criteria vallen, terwijl de centraal auditieve stoornis wel is opgenomen in de omschrijving van de AWBZ.

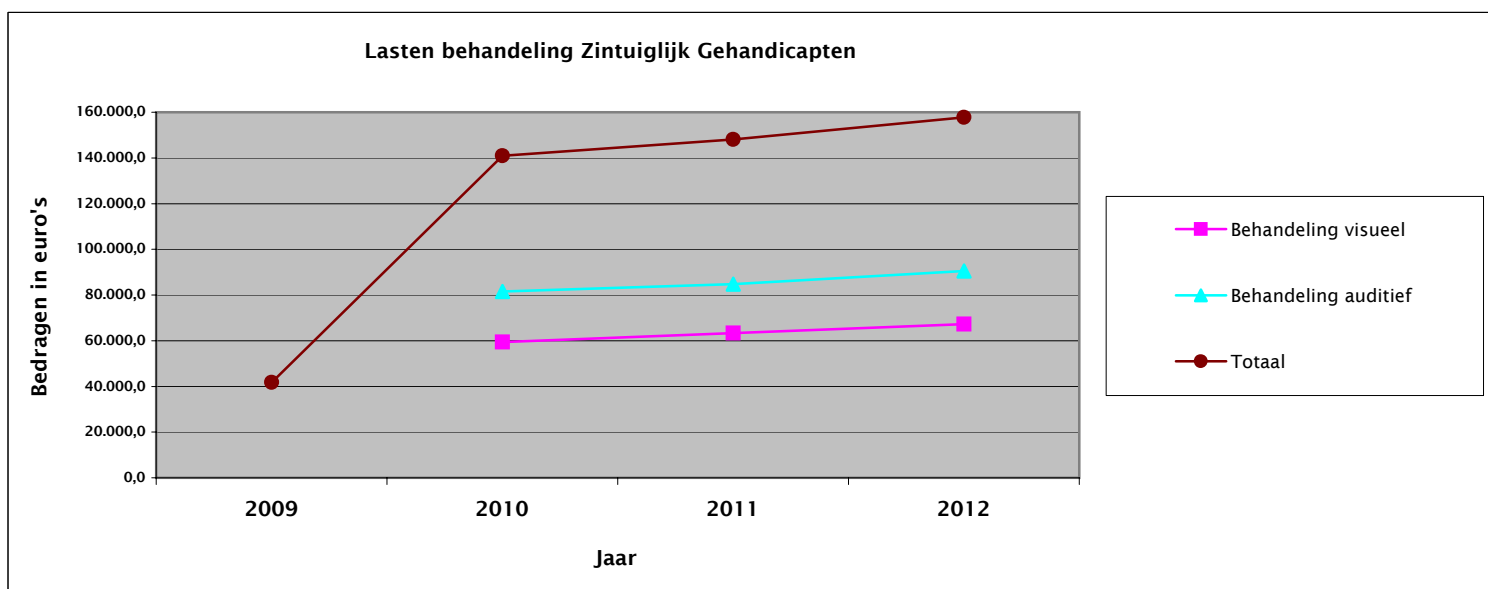


## Ontwikkeling lasten Zintuiglijk Gehandicapten

| Lasten begeleiding Zintuiglijk Gehandicapten        |                 |                 |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Ontvangen en geaccepteerde declaraties ( x € 1.000) | 2009            | 2010            | 2011            | 2012            |
| Begeleiding visueel                                 |                 | 8.983,9         | 7.529,8         | 8.443,7         |
| Begeleiding speciaal 2 visueel                      |                 | 3.040,7         | 3.043,4         | 2.751,4         |
| Begeleiding auditief                                |                 | 7.335,4         | 4.117,2         | 2.293,3         |
| Begeleiding speciaal 2 auditief                     |                 | 4.667,0         | 3.882,2         | 2.430,6         |
| <b>Totaal</b>                                       | <b>15.920,2</b> | <b>24.027,0</b> | <b>18.572,6</b> | <b>15.919,0</b> |
|   | Bronbestand     | K4 2009         | K4 2010         | K4 2011         |



| Lasten behandeling Zintuiglijk Gehandicapten        |                 |                  |                  |                  |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Ontvangen en geaccepteerde declaraties ( x € 1.000) | 2009            | 2010             | 2011             | 2012             |
| Behandeling visueel                                 |                 | 59.337,2         | 63.354,1         | 67.295,2         |
| Behandeling auditief                                |                 | 81.559,5         | 84.781,1         | 90.517,9         |
| <b>Totaal</b>                                       | <b>41.734,8</b> | <b>140.896,7</b> | <b>148.135,2</b> | <b>157.813,0</b> |
|   | Bronbestand     | K4 2009          | K4 2010          | K4 2011          |



| Lasten Zintuiglijk Gehandicapten                    |                 |                  |                  |                  |
|---|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Ontvangen en geaccepteerde declaraties ( x € 1.000) | 2009            | 2010             | 2011             | 2012             |
| Begeleiding   |                 | 24.027,0         | 18.572,6         | 15.919,0         |
| Behandeling   |                 | 140.896,7        | 148.135,2        | 157.813,0        |
| <b>Totaal</b>                                       | <b>57.655,0</b> | <b>164.923,7</b> | <b>166.707,8</b> | <b>173.732,1</b> |
|   | Bronbestand     | K4 2009          | K4 2010          | K4 2011          |



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Jacco

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ DEN HAAG

College voor zorgverzekeringen  
t.a.v. de heer B. Boer  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Langdurige Zorg

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 98 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
A.G. Pomp  
coördinator strategie  
langdurige zorg

T 070-3406210  
M +31(0)6-21101895  
ag.pomp@minvws.nl

**Kenmerk**  
DLZ/KZ-U-3091791

**Bijlage(n)**

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 17 NOV 2011  
Betreft Advies ZG-sector

Geachte heer Boer,

Naar aanleiding van de pakketmaatregelen rond de AWBZ-functie begeleiding in 2009 is binnen en met de zintuiglijk gehandicaptensector (ZG-sector) een uitvoerige dialoog ontstaan over de samenstelling van de door deze sector geleverde zorg- en dienstverlening aan de diverse cliëntengroepen. Deze dialoog heeft geleid tot een aantal onderzoeken en uiteindelijk de bestuurlijke vaststelling van een plan van aanpak voor de zintuiglijk gehandicaptensector. Onderdeel van dit plan van aanpak is een advies van het CVZ over de AWBZ-gefinancierde zorg in deze sector. In deze brief beschrijf ik eerst het voortraject en vraag ik u vervolgens om in aansluiting hierop advies uit te brengen over de AWBZ-gefinancierde zorg in de ZG-sector. Mijn adviesverzoek heeft nauw verband met het advies dat u in voorbereiding heeft over de overheveling van de functie behandeling van de AWBZ naar de Zvw. Dit laatstgenoemde advies heeft u aangekondigd in het Pakketadvies 2011. Op dit verband ga ik ook in deze brief in.

### 1. Voortraject

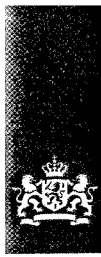
Hieronder schets ik eerst het voortraject dat heeft geleid tot dit adviesverzoek.

#### **2009: Onderzoek Tangram**

In het najaar van 2009 heeft Tangram in opdracht van VWS het onderzoek 'Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector' opgeleverd. Tangram kwam met de aanbeveling dat de vraag kan worden gesteld of delen van de kortdurende extramurale zorg voor zintuiglijk gehandicapten niet opgevat kunnen worden als een vorm van revalidatie. Tangram stelde hierbij dat deze zorg nu onder de AWBZ valt, terwijl deze meer op het vlak van de Zvw ligt. Dit onderzoek is aan de Tweede Kamer aangeboden en uw medewerkers bekend.

#### **2009-2010: CVZ-rapport begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten**

In het voorjaar van 2010 heeft u desgevraagd het rapport 'Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten' uitgebracht over diverse vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten. Het betrof onder meer behandeling van tinnitus en begeleiding aan doofblinden. In dit rapport beperkt u zich bewust tot een wetshistorische uitleg en geeft u aan dat een principiële domeindiscussie over



het onderscheid tussen Zvw en AWBZ later kan volgen. U geeft onder meer aan dat de historisch gegroeide afbakening tussen Ziekenfondswet en AWBZ ook na invoering van de Zvw in de praktijk is blijven bestaan. U stelt: *'Een nadere duiding van het domein waartoe die zorg op dit moment, na invoering van de Zvw, feitelijk zou moeten behoren, zou anders kunnen uitvallen.'*

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Langdurige Zorg

**Kenmerk**  
DLZ/KZ-U-3091791

### **2010: Onderzoek Casemix**

Mede naar aanleiding van de dialoog over de pakketmaatregelen heeft Casemix in opdracht van VWS een analyse uitgevoerd van de zorg in de zintuiglijk gehandicaptensector. Deze analyse is in de zomer van 2010 opgeleverd. Uit deze analyse kwamen de aanbevelingen dat het noodzakelijk is om volgens bepaalde standaarden de hulpvragen (m.b.v. ICF) en de geleverde zorg (opgebouwd uit zorgactiviteiten) transparanter te maken en te uniformeren. Een andere noodzaak was te komen tot een stelselonafhankelijke uniforme registratie als basis voor transparantie, herkenbare en kostenhomogene clustering van cliënten, kwaliteitsverbetering én optimalisatie van bedrijfsprocessen en bekostiging. Ook dit onderzoek is bij uw medewerkers bekend.

### **Vervolgstep: traject Verbindend Vernieuwen**

De aanbevelingen van Casemix vormen een vertrekpunt om verder te bezien waar de historisch via de AWBZ-gefinancierde zorg naar zijn aard het beste past. In overleg met VWS heeft de zintuiglijk gehandicaptensector de handschoen opgepakt voor een meerjarig traject. Samen met de voornaamste stakeholders (CVZ, NZa, CIZ, ZN) en cliëntorganisaties heeft de sector een plan van aanpak opgesteld om tot deze typering te kunnen komen. Dit plan is onder de titel Verbindend Vernieuwen in januari 2011 bestuurlijk met VWS vastgesteld. Ook dit plan is bij uw medewerkers bekend.

### **2. Onderdeel traject Verbindend Vernieuwen: advies CVZ**

Onderdeel van het plan van aanpak Verbindend Vernieuwen is dat de geleverde zorg en dienstverlening worden bezien vanuit de aard van de zorg die het betreft. Uit voortrajecten is duidelijk geworden dat het soms om curatieve zorg lijkt te gaan (Zvw-zorg), soms om AWBZ-zorg gaat, en soms zelfs om ondersteuning die naar zijn aard mogelijk tot het domein van de Wmo behoort. De ZG-sector is doende dit op heldere wijze in beeld te brengen met behulp van uniforme productboeken, cliëntprofielen en stelselonafhankelijke dataverzameling.

De vraag die ik het CVZ met deze brief stel, is om aan te geven welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk gehandicapten, op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw kunnen vallen. Deze uitkomsten kunnen het uitgangspunt zijn om, in overleg met het ministerie en de ZG-sector, te bezien of het wenselijk en/of noodzakelijk is om ook andere onderdelen van deze zorg onder te brengen in de Zvw. Het CVZ kan gebruik maken van al bekende informatie (onderzoeken en eerdere adviezen CVZ) en de informatie (o.a. productboeken) die de sector presenteert. Wanneer deze informatie niet toereikend is voor het CVZ, kan deze aangevuld worden via overleg met vertegenwoordigers van de sector.

### **3. Relatie verzoek met adviestraject AWBZ-behandeling**

Ik vraag nadrukkelijk aandacht voor de verbanden tussen voorliggend verzoek en het advies dat u in voorbereiding heeft over de overheveling van de functie behandeling van de AWBZ naar de Zvw. Dit advies heeft u aangekondigd in het pakketadvies 2011 van 1 april 2011 (uw kenmerk ZA/2011032711). Vooral de extramurale AWBZ-behandeling aan zintuiglijk gehandicapten is hierbij een



belangrijk aandachtspunt. In de AWBZ is de omvang van de doelgroep zintuiglijk gehandicapten twee tot drie procent van de totale populatie. Kijkend naar de gecontracteerde extramurale AWBZ-behandeling is het percentage behandeling dat wordt geboden aan zintuiglijk gehandicapten opmerkelijk hoger ten opzichte van de totale populatie AWBZ-verzekerden (benadering: vijftig procent). Als gekeken wordt naar door gespecialiseerde instellingen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg gecontracteerde extramurale zorg dan ligt de nadruk ook op de functie behandeling (benadering: tachtig procent AWBZ-behandeling versus twintig procent overige extramurale AWBZ-functies). De relatieve oververtegenwoordiging van zorg aan zintuiglijk gehandicapten binnen de extramurale functie behandeling illustreert de noodzaak om verbanden te leggen tussen uw advies over AWBZ-behandeling en uw advies over de AWBZ-zorg in de zg-sector. Ik wil u verzoeken het rapport aan mij uit te brengen, en daarbij de al bestaande contacten die onze medewerkers hebben te benutten.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Langdurige Zorg

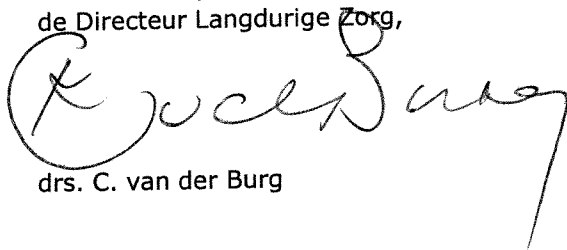
**Kenmerk**  
DLZ/KZ-U-3091791

#### ***Oplevering rapport ZG-sector***

In het plan van aanpak Verbindend Vernieuwen is de oplevering van het rapport door het CVZ beoogd medio 2013. In verband met de implementatie van de overheveling begeleiding per 1 januari 2013 is het naar voren halen van het advies van CVZ aangewezen. De opleverdatum van het rapport zal in overleg tussen het ministerie en het CVZ bepaald worden en is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van de benodigde informatie vanuit de ZG-sector.

Bij voorbaat wil ik u al vriendelijk danken voor uw inspanningen.

Met vriendelijke groet,  
de Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de Directeur Langdurige Zorg,



drs. C. van der Burg

# **Productenboek VIVIS**

**2012**

## Inhoudsopgave

### 1 Ziekte/aandoening

- Oogheelkundig onderzoek 1a

### 2 Functies: sensorische functie

- Onderzoek visuele functies
  - Visueel functieonderzoek 2a
  - Elektrofysiologisch onderzoek 2b
  - Visuele Screening 2c
- Audiologische Screening 2d

### 3 Functies: mentale functies

- Psychologisch Onderzoek 3a
  - Neuropsychologisch Onderzoek 3b
  - Persoonlijkheidsonderzoek 3c
  - Intelligentieonderzoek 3d
- Psychologische behandeling 3e
- Exploratie verliesverwerking 3f
- Psychosociale begeleiding 3g
- Pedagogische begeleiding 3h

### 4 Overige functies

- Onderzoek van motoriek, houding en beweging 4a
- Behandeling van motoriek, houding en beweging 4b

### 5 Activiteiten en participatie: domein Leren en Toepassen van Kennis

- Onderzoek/exploratie zintuiggebruik 5a
- Ontwikkeling en training zintuiggebruik 5b
  - Training basisstrategieën 5ba
  - Onderzoek en training sensorische integratie 5bb
- Ontwikkelingsstimulering 5e
  - Individuele ontwikkelingsstimulering 5ea
  - In groep (dagbehandeling) ontwikkelingsstimulering 5eb
- Training Braille 5f
- Training Taal en Communicatie 5g

### 6 Activiteiten en participatie: domein Algemene Taken en Eisen

- Energie hanteren (draaglast, draagkracht bij activiteitenuitvoering) (ntb) 6a
- Omgaan met stress en andere mentale eisen (ntb) 6b

### 7 Activiteiten en participatie: domein Communicatie

- Onderzoek/exploratie en advies Communicatie 7a
- Training gebruik communicatie Hulpmiddelen 7b
- Training type- en computervaardigheden 7c

### 8 Activiteiten en participatie: domein Mobiliteit

- Onderzoek/exploratie en advies Oriëntatie en Mobiliteit 8a
- Training motorische vaardigheden 8b
- Training Oriëntatie en mobiliteit 8c
  - Training Openbaar Vervoer 8ca
  - Training verkeersdeelname 8cb



|   |      |
|---|------|
| <b>9 Activiteiten en participatie: domein Zelfverzorging</b>                                |      |
| - Exploratie zelfverzorging   | 9a   |
| - Training zelfverzorging   | 9b   |
| <b>10 Activiteiten en participatie: domein Huishouden</b>                                   |      |
| - Onderzoek/exploratie huishouden   | 10a  |
| - Training huishouden   | 10b  |
| • Training vaardigheden koken   | 10ba |
| <b>11 Activiteiten en participatie: domein Tussenmenselijke interacties en relaties</b>     |      |
| - Exploratie/onderzoek Tussenmenselijke interacties en relaties                             | 11a  |
| - Psychosociale begeleiding (gericht op tussenmenselijke interacties en Relaties)           | 11b  |
| - Training totale communicatie  | 11c  |
| - Training sociale vaardigheden   | 11d  |
| <b>12 Activiteiten en participatie: domein Belangrijke Levensgebieden</b>                   |      |
| - Exploratie belangrijke levensgebieden   | 12a  |
| - Spelbegeleiding   | 12b  |
| - Dagbesteding ouderen (vervallen)  | 12c  |
| - Loopbaanonderzoek en –advies  | 12d  |
| - Arbeidsintegratie/arbeidstoeleiding   | 12e  |
| - Jobcoaching/arbeidsbegeleiding  | 12f  |
| - Training persoonlijke en financiële administratie   | 12g  |
| <b>13 Activiteiten en participatie: domein Maatschappelijk, Sociaal en Burgerlijk Leven</b> |      |
| - Onderzoek en advies sociale participatie en vrijetijdsbesteding                           | 13a  |
| - Training vrije tijd- en dagbesteding  | 13b  |
| <b>14 Externe factoren: fysieke omgeving</b>  |      |
| - (Ergonomisch) hulpmiddelenonderzoek en –advies  | 14a  |
| - Informatie en Voorlichting (vervallen)  | 14b  |
| - Verlichting- en inrichtingsadvies (wonen en/of werk)                                      | 14c  |
| - Advies bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid                                  | 14d  |
| <b>15 Externe factoren: sociale omgeving</b>  |      |
| - Teambegeleiding   | 15a  |
| - Advisering en Consultatie aan externen  | 15b  |
| - Begeleiding ouders (vervallen)  | 15c  |
| - Ervaringsles aan relevante personen uit omgeving (vervallen)                              | 15d  |
| <b>16 Betrekking hebbend op alle A&amp;P + Externe factoren</b>                             |      |
| - Specialistische begeleiding   | 16a  |
| - Vraagverduidelijking  | 16c  |

# **1 Ziekte/aandoening**

## **1a Oogheeskundig Onderzoek**

### **Productomschrijving**

Bij Oogheeskundig Onderzoek worden oogheeskundige afwijkingen en in beperkte mate visuele functies in kaart gebracht. Op grond van de bevindingen wordt een diagnose gesteld en krijgt de cliënt advies en/of uitleg over de mogelijkheden tot behandelen, erfelijkheidsonderzoek en/of aanvullende diagnostiek. Het onderzoek duurt gemiddeld een uur. Controles (routine oogheeskundig onderzoek) duren circa een half uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten met een (vermoeden van een) oogheeskundige afwijking;
- Cliënten met een oogheeskundige afwijking die in de eerste- en tweedelijns oogheeskundige zorg lastig te onderzoeken zijn.

### **Doelstelling en resultaten**

- Het stellen van een oogheeskundige diagnose;
- De cliënt en diens ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen krijgen inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Anamnese aan de hand van een gesprek;
- Uitgebreid oogheeskundig onderzoek;
- De diagnose en het handelingsadvies/mogelijkheden tot interventies worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en diens ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen; tijdens het adviesgesprek wordt uitleg gegeven omtrent de diagnose, de prognose, erfelijkheid en behandelmogelijkheden.

### **Discipline**

Oogarts

## **2 Sensorische functies, functies in het kijken**

### **2a Visueel Functie Onderzoek**

#### **Productomschrijving**

Het Visueel Functie Onderzoek geeft antwoord op vragen over de visuele functies van de cliënt in relatie tot materiële omgevingskenmerken (licht, verlichting, materiaal). Bij verstandelijk beperkte cliënten en bij cliënten met NAH en/of CVI maakt observatie van het visueel functioneren een belangrijk onderdeel uit van het onderzoek. De gegevens uit het VFO worden gebruikt voor verdere advisering en begeleiding. Het onderzoek vindt individueel plaats en duurt circa anderhalf uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij de visuele functies nog niet of onvolledig in kaart zijn gebracht óf bij wie de visuele functies moeten worden geëvalueerd.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen (zowel kwalitatief als kwantitatief) van de visueel sensorische en/of oculo-motorische functies van de cliënt;
- De cliënt en/of diens ouders/ verzorgers of andere betrokkenen krijgen inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Tijdens het onderzoek worden de visueel sensorische en/of oculo-motorische functies van de cliënt onderzocht aan de hand van de daartoe geëigende instrumenten;
- Bij verstandelijk beperkte cliënten, NAH en CVI-clieënten maakt observatie van het visueel functioneren een substantieel onderdeel uit van het onderzoek; wanneer het onderzoek bij deze groep de eerste keer niet tot het beoogde resultaat leidt, vindt er een aanvullende observatie door de ambulant begeleider plaats;
- De diagnose en het handelingsadvies/mogelijkheden tot interventies worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen.

#### **Discipline**

Orthoptist,  
LV-specialist,  
Visuoloog

## **2b   Elektrofysiologisch Onderzoek**

### **Productomschrijving**

Elektrofysiologisch Onderzoek is bestemd voor cliënten met een (vermoeden van een) visuele stoornis. Bij dit onderzoek wordt de functie van het netvlies, de oogzenuw en/of de visuele schors bepaald, waardoor een diagnose gesteld of bevestigd kan worden. Ook kan de eventuele progressie van een aandoening worden vastgesteld. Na afloop van het onderzoek krijgt de cliënt uitleg over de resultaten van het onderzoek en advies over de verdere mogelijkheden. Het onderzoek wordt door een visuoloog (klinisch fysicus) en orthoptist samen uitgevoerd en duurt anderhalf uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten met een (vermoeden van een) visuele stoornis;
- Cliënten met een diagnostische en/of revalidatievraag die in het reguliere circuit niet kan worden beantwoord.

### **Doelstelling**

- Het stellen van een oogheekundige diagnose ten behoeve van revalidatie;
- Het geven van uitleg over de resultaten van het onderzoek, de diagnose en de prognose.

### **Inhoud van het product**

- Dossieronderzoek; beoordeling medische gegevens en bepalen welk soort elektrofysiologisch onderzoek moet worden uitgevoerd;
- Anamnese;
- Afhankelijk van de vraagstelling wordt een Visual Evoked Potential (VEP)-onderzoek en/of een Elektro Retino Gram (ERG)-onderzoek uitgevoerd;
- Na het onderzoek krijgt de cliënt uitleg over de resultaten van het onderzoek, de diagnose en de implicaties daarvan (bijvoorbeeld prognose, erfelijkheid et cetera) en advies over de mogelijkheden van behandeling en begeleiding;
- Er is verslaglegging over de resultaten van het onderzoek ten behoeve van verwijzers, andere specialisten en andere disciplines die bij de cliënt zijn betrokken.

### **Discipline**

Visuoloog/videoloog, orthoptist, oogarts

## **2c Visuele Screening**

### **Productomschrijving**

Bij Visuele Screening wordt een bepaalde populatie (doorgaans cliënten die binnen een andere (AWBZ-)instelling verblijven) volgens een vastgesteld traject onderzocht op de aanwezigheid van visuele problematiek. De resultaten van de screening worden gebruikt voor verdere advisering, begeleiding en/of doorverwijzing. Het onderzoek vindt individueel plaats en beslaat circa een uur (directe tijd) per cliënt.

### **Doelgroep**

- Cliënten binnen zorginstellingen, verpleeghuizen, ODC's (Orthopedagogische Dagcentra) of KDV's (Kinderdagverblijven) waarbij een vermoeden bestaat van een visuele beperking en/of stoornis. In geval van instellingen voor kinderen of kinderdagcentra worden doorgaans alle kinderen onderzocht.

### **Doelstelling en resultaten**

- Detecteren ("pluis-niet pluis") van visuele stoornissen en/of beperkingen bij bepaalde doelgroepen (veelal verstandelijk of meervoudig beperkten);
- Het adviseren van de cliënt, diens ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen over de mogelijkheden van begeleiding en mogelijke vervolgonderzoeken van de cliënt. Zonodig wordt de cliënt gericht doorverwezen.

### **Inhoud van het product**

- Analyse beschikbare gegevens: op basis van beschikbare gegevens wordt het risico op een visuele stoornis en/of beperking bij iedere cliënt ingeschat; soms wordt ter plekke dossieronderzoek gedaan; soms worden hiertoe van tevoren bij de begeleiders/verzorgers van de cliënt observatielijsten uitgezet; op basis van de beschikbare gegevens wordt – in overleg met de verzorgers/begeleiders van de andere instelling - besloten een cliënt al dan niet te onderzoeken; bij instellingen voor kinderen of kinderdagcentra worden doorgaans alle kinderen onderzocht;
- De visueel-sensorische en/of visuo-motorische functies van de cliënt worden onderzocht;
- Wanneer het onderzoek de eerste keer niet tot het beoogde resultaat leidt, vindt een aanvullende observatie door de ambulant begeleider plaats;
- De onderzoeksgegevens worden tijdens het IC-overleg (orthoptist en gedragswetenschapper of ambulant begeleider) besproken. Hieruit volgt een advies;
- Het advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing wordt door de orthoptist of ambulant begeleider besproken met de medewerkers van de andere instelling;

### **Discipline**

Orthoptist, gedragswetenschapper

## **2d Audiologische Screening**

### **Productomschrijving**

Dit product is op dit moment nog niet beschreven. Hier wordt aan gewerkt.

### **Doelgroep**

- 

### **Doelstelling en resultaten**

- 
- 

### **Inhoud van het product**

- 
- 
- 
- 
- 

### **Discipline**

### **3 Mentale functies, intellectuele functies**

#### **3a Psychologisch Onderzoek (bij kinderen Orthopedagogisch onderzoek)**

##### **Productomschrijving**

Bij Psychologisch Onderzoek (bij kinderen Orthopedagogisch Onderzoek) wordt onderzoek gedaan naar het visueel functioneren en de visuele perceptie van de cliënt, naar persoonlijk en emotioneel functioneren en naar gedragscomponenten en ontwikkelingsmogelijkheden in relatie tot de visuele beperking. Daarbij wordt gelet op factoren op sociaal gebied, leergebied, gezinssysteem niveau, cognitieve functies en ontwikkelingsstoornissen. De resultaten van het onderzoek fungeren als basis voor het handelingsadvies. Het onderzoek vergt 1 tot 2 sessies van vier uur.

##### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij onduidelijkheid bestaat over het visueel functioneren en de gevolgen daarvan voor de ontwikkeling;
- Cliënten waarbij onduidelijkheid bestaat omtrent het intellectueel vermogen en de leerbaarheid in relatie tot de visuele beperking;
- Cliënten waarbij een vermoeden bestaat van een visus-gerelateerd syndroom (bijvoorbeeld het Charles Bonnet Syndroom).

##### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van het visueel functioneren van de cliënt aan de hand van een sterkte-zwakke analyse;
- Het in beeld brengen van het ontwikkelingsniveau in relatie tot de visus;
- Het in kaart brengen van gedragscomponenten in relatie tot de visus;
- Het in kaart brengen van het emotioneel functioneren (leerbaarheid) en/of visueel perceptueel cognitieve (visuele perceptie) functies;
- Het in kaart brengen van het emotioneel functioneren (handicap-acceptatie en -beleving);
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

##### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Aan de hand van testen en observatie worden cognitief-prestatieve (leerbaarheid) en/of visueel perceptueel cognitieve (visuele perceptie) functies onderzocht en geobjectiveerd aan de hand van een verslag;

##### **Discipline**

gedragswetenschapper

### **3b Neuropsychologisch Onderzoek**

#### **Productomschrijving**

Bij neuropsychologisch onderzoek worden zowel de neuro-cognitieve stoornis van de cliënt als de visuele functies in kaart gebracht in relatie tot het visueel functioneren. Het betreft hier een neuro-cognitieve stoornis als gevolg van een congenitale neurologische aandoening of van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het onderzoek resulteert in een uitspraak over de actuele toestand en de mogelijke prognose van de stoornissen. Vervolgens worden handelingsadviezen gegeven, in relatie tot beoogde compensatie- of competentieprogramma's al dan niet gekoppeld aan de leef- of leersituatie. Het onderzoek beslaat in totaal 16 uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij een vermoeden bestaat van óf waarbij sprake is van een congenitale neurologische aandoening of niet-aangeboren hersenletsel (NAH);
- Cliënten waarbij onduidelijkheid bestaat over visueel, cognitief en perceptueel functioneren in relatie tot de visuele stoornis of beperking.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de neuro-cognitieve functies van de cliënt in relatie tot de visuele beperking; aan de hand van een sterkte-zwakke analyse van de neuro-cognitieve functies wordt een relatie gelegd met het ondervinden van de visuele beperking;
- Het in kaart brengen van de visuele perceptiestoornissen (input-output: wat neemt de cliënt op en wat geeft de cliënt weer);
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Aan de hand van testen en klinisch gedragsneurologische observatie worden cognitief-prestatieve (leerbaarheid/ontwikkeling) en/of visueel perceptueel cognitieve (visuele perceptie) functies onderzocht en geobjectiveerd. Daarbij spelen de volgende neuropsychologische aspecten een rol: bewustzijn, aandacht, tempo, motoriek, sensomotoriek, geheugen, leren en taal en executieve functies;

#### **Discipline**

Gedragwetenschapper met specialisatie neuro psychologie



### **3c Persoonlijkheidsonderzoek**

#### **Productomschrijving**

Persoonlijkheidsonderzoek beoogt persoonlijkheidsfactoren helder te krijgen bij de sociaal-emotionele ontwikkeling, de cognitieve vermogens en psychische belastbaarheid van een cliënt in relatie tot het visueel functioneren. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan ten behoeve van een gerichte behandeling en begeleiding om tot verbeteringen in het functioneren c.q. tot een gerichte doorverwijzing te komen. Het onderzoek vindt plaats in de vorm van vier sessies van anderhalf uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten bij wie het vermoeden bestaat van intra- en interpsychische problemen die het persoonlijk functioneren en/of het revalidatieproces kunnen beïnvloeden.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de persoonlijkheidsfactoren en de gevolgen daarvan voor het functioneren en/of het revalidatieproces;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Aan de hand van testen en observatie worden de sociaal-emotionele ontwikkeling, persoonlijke factoren, copingstijlen, handicapverwerking, psychische belastbaarheid en de cognitieve vermogens van de cliënt onderzocht en geobjectiveerd; doel is inzicht te verwerven in de persoonlijkheid in relatie tot de mogelijkheden om te revalideren;
- Het handelingsadvies wordt besproken in een adviesgesprek met de cliënt en eventueel diens ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen; hierbij wordt een advies uitgebracht ten behoeve van gerichte begeleiding en behandeling in het revalidatieproces.

#### **Discipline**

gedragswetenschapper

### **3d Intelligentieonderzoek**

#### **Productomschrijving**

Psychodiagnostisch Onderzoek is bestemd voor cliënten met een visuele stoornis en/of beperking en eventueel een verstandelijke beperking. Psychodiagnostisch onderzoek brengt de complexiteit van het verstandelijk, cognitief en neuropsychologisch (dis)functioneren en de (dynamische) persoonlijkheidsstructuur in kaart en geeft op basis van deze onderzoeksresultaten een verklaring voor de ontstane psychische en psychosociale problemen, klachten en/of stoornissen. De resultaten van het onderzoek fungeren als basis voor een psychologisch of psychotherapeutisch behandelingsadvies.

Het onderzoek duurt, inclusief verwerking en verslaglegging, tussen de 18 en 36 uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten met een visuele stoornis of beperking, eventueel een verstandelijke beperking en tevens psychische en psychosociale problemen en/of stoornissen.

#### **Doelstelling**

- Het in kaart brengen van de complexiteit van het verstandelijk, cognitief en neuropsychologisch (dis)functioneren en de (dynamische) persoonlijkheidsstructuur;
- Het beoordelen van de onderzoeksresultaten gericht op een verklaring voor de bestaande - mede aan de visuele beperking gerelateerde - psychische en psychosociale problemen, klachten en/of stoornissen;
- Na afloop van het onderzoek krijgt de cliënt uitleg over de resultaten van het onderzoek, de diagnose en de prognose. Ook krijgt de cliënt een gericht advies voor vervolgonderzoek, begeleiding of behandeling.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse, ontwikkelingsanamnese, heteroanamnese;
- Aan de hand van gesprekken, specifieke psychometrische meetinstrumenten en observaties wordt in kaart gebracht wat de invloed is van het verstandelijk, cognitief en neuropsychologisch (dis)functioneren en de (dynamische) persoonlijkheidsstructuur op ontstane psychische en psychosociale problemen, klachten en/of stoornissen;
- Beoordeling en integratie van de resultaten worden vertaald naar een diagnose en indicatiestelling;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over interventies. Tevens wordt een prognose afgegeven en worden handelingsadviezen gegeven.

#### **Discipline**

Gedragsdeskundige; GZ-psycholoog(BIG), Kinder- en Jeugd-psycholoog NIP; NVO Orthopedagoog Psychotherapeut (BIG);Klinisch Psycholoog (BIG).

#### **Onderzoeken**

Intelligentieonderzoek, neuropsychologisch onderzoek, persoonlijkheidsonderzoek

### **3e Psychologische Behandeling**

#### **Productomschrijving**

Psychologische Behandeling richt zich op sociaal-emotionele problemen, gedragsproblemen en verwerkingsproblematiek gerelateerd aan de visuele beperking of functiestoornissen. Het doel is om te leren gaan met alledaagse of ingrijpende gebeurtenissen gerelateerd aan de visuele problematiek. Aandacht wordt besteed aan het oplossen en verminderen van intra- en interpsychische problemen, het verhogen van het zelfinzicht en/of het opheffen van blokkades voor verdere begeleiding en revalidatie. De behandeling vindt individueel plaats en vergt circa vijftien sessies.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die intra- en interpsychische problemen hebben gerelateerd aan de visuele beperking.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Door middel van het vergroten van inzicht en het verbeteren en aanleren van vaardigheden worden de klachten die de cliënt ondervindt als gevolg van de visuele beperking (intra- en interpsychische problemen) gereduceerd;
- Het psychisch welbevinden is voor de cliënt op een acceptabel niveau.

#### **Inhoud van het product**

- Aan de psychologische behandeling gaat altijd een (neuro)psychologisch of persoonlijkheidsonderzoek vooraf;
- De behandelingen kunnen bestaan uit gesprekken en diverse vormen van therapie, zoals speltherapie, gesprekstherapie en cognitieve therapie;
- Tijdens de behandeling wordt aandacht besteed aan het oplossen en verminderen van intra- en interpsychische problemen, het verhogen van het zelfinzicht en/of het opheffen van blokkades voor verdere revalidatie. De behandeling is gericht op het denken of handelen van de cliënt. Doel is te leren omgaan met alledaagse of ingrijpende gebeurtenissen gerelateerd aan de visuele problematiek;
- Sommige behandelingen zijn specifiek gericht op syndromen, zoals bijvoorbeeld het Charles Bonnet Syndroom. Deze behandeling is gericht op het verminderen of uitblijven van visuele hallucinaties, waarbij naast duidelijke informatieverstrekking de aspecten van cognitieve gedragstherapie indicatief zijn; hiermee wordt de lijdensdruk zo veel als mogelijk gereduceerd. Een ander voorbeeld is de conversiestoornis: deze vraagt eveneens om een specifieke behandeling.

#### **Discipline**

Gedragswetenschapper

### **3g Psychosociale Begeleiding**

#### **Productomschrijving**

Psychosociale Begeleiding richt zich op het leren omgaan met de gevolgen van de visuele beperking in relatie tot de sociale context van de cliënt (zowel in de leefomgeving als op het werk). De visusbeperking belemmert het sociaal welbevinden. Ondersteuning wordt geboden door te luisteren naar de cliënt, inzicht te geven in de situatie, het bieden van handelingsalternatieven en het op gang brengen van verwerkingsprocessen. De begeleiding vindt individueel plaats óf groepsgewijs plaats en vergt circa tien respectievelijk twaalf sessies.

#### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij de visusbeperking de relatie tussen de cliënt en zijn directe omgeving belemmert.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het sociaal welbevinden – inclusief de acceptatie en beleving van de beperking - is voor de cliënt op een acceptabel niveau;
- In geval van psychosociale begeleiding op het werk is de begeleiding erop gericht de cliënt deel te laten blijven nemen aan het arbeidsproces.

#### **Inhoud van het product**

- Aan psychosociale begeleiding gaat altijd psychosociaal onderzoek óf een Onderzoek Werk- en werkomgeving vooraf;
- De noodzaak van adequate communicatie wordt benadrukt; ook het bespreekbaar maken van verschillen in de reacties op het verlies en het aandacht geven aan de verschillende hanteringsstijlen van de nabije sociale omgeving komt aan de orde;
- Bij deze begeleiding gaat het er vooral om oog te hebben voor relaties, effecten, processen en relationele patronen en om bevordering van de kwaliteit van de communicatie tussen de cliënt en zijn nabije sociale omgeving;
- Bij Psychosociaal Onderzoek worden verschillende methodieken gebruikt, waaronder de ZKM (Zelfconfrontatie methode);
- De begeleiding kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. Bij de begeleiding in groepsverband speelt het lotgenotencontact een belangrijke rol. Of de cliënt zorg individueel zorg ontvangt of in een groep, is ter beoordeling van de professional en afhankelijk van diverse factoren en omstandigheden.

#### **Discipline**

Gedragswetenschapper, maatschappelijk werker, ontwikkelingsbegeleider, revalidatietherapeut

### **3h Pedagogische Begeleiding**

#### **Productomschrijving**

Pedagogische Begeleiding Regulier optimaliseert het opvoedingsgedrag van ouders/verzorgers/begeleiders van een gezin waarvan één of meerdere leden visueel beperkt zijn. De ouders/verzorgers/begeleiders hebben extra ondersteuning nodig in hun taak als opvoeder of ervaren problemen in de opvoeding. De pedagogische begeleiding vergroot het probleemoplossend vermogen en de competentie van ouders/verzorgers/begeleiders in de omgang met hun kind teneinde de opvoeding zo goed mogelijk te realiseren. De begeleiding beslaat circa tien sessies van twee uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij het pedagogisch kader binnen het cliëntsysteem onvoldoende is aangepast;
- De ondersteuning kan ook geboden worden aan begeleiders bij een kinderdagcentrum of een sportclub;
- Soms betreft het een gezin waarvan de ouders visueel beperkt zijn, maar het kind "ziend" is.

#### *Contra-indicatie*

- Bij de cliënt is sprake van verdichtingsproblematiek.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Door toepassing van aangeleerde methodieken beschikt het cliëntsysteem over voldoende (pedagogische) vaardigheden en wordt de competentie met betrekking tot het opvoeden vergroot.

#### **Inhoud van het product**

- Voorafgaand aan de training vindt een aantal kennismakingsgesprekken plaats. Het doel hiervan is een vertrouwensband te doen ontstaan tussen de ambulante begeleider/ontwikkelingsbegeleider en de ouders/verzorgers;
- Nadat middels gesprekken de hulpvraag in kaart is gebracht wordt samen met de ouders/verzorgers een individueel werkplan opgesteld;
- Er worden praktische opvoedingsadviezen gegeven en geoefend;
- Er vinden inzichtgevende gesprekken plaats en de ouders/verzorgers krijgen feedback op de geleerde vaardigheden;
- Tijdens het traject vindt – veelal in bijzijn van de ouders - drie keer multidisciplinair overleg plaats met de gedragskundige, de maatschappelijk werker en eventueel andere betrokken hulpverleners.

#### **Discipline**

Gedragswetenschapper, maatschappelijk werker, ontwikkelingsbegeleider  
revalidatietherapeut

## **4a Onderzoek van motoriek, houding en beweging**

### **Productomschrijving**

- Bij Onderzoek Houding en Beweging wordt onderzoek gedaan naar het bewegen, het handelen en het functioneren van de cliënt in relatie tot de visuele beperking.
- Het onderzoek vergt gemiddeld één tot twee sessies van anderhalf uur (bij CVP-onderzoeken altijd twee sessies).

### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij onduidelijkheid bestaat over het functioneren van het bewegingsapparaat in relatie tot de visuele beperking.

### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van het functioneren van het bewegingsapparaat van de cliënt in relatie tot de visuele beperking;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek, handelingsadviezen en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse en probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Aan de hand van testen en observatie wordt het functioneren van het bewegingsapparaat van de cliënt in relatie tot de visuele beperking onderzocht; er wordt onderzoek verricht naar het sensomotorisch functioneren, de houding en neuromotorische stoornissen en de mogelijke samenhang met het visueel functioneren, ziekte en aandoeningen die behalve visueel ook anders van aard kunnen zijn;
- De diagnose en het handelingsadvies/mogelijkheden tot interventies c.q. een gerichte doorverwijzing worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en eventueel diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen;
- Het Onderzoek Houding en Beweging maakt veelal deel uit van Multidisciplinaire diagnostiek.

### **Discipline**

Bewegingsagoog, (kinder)fysiotherapeut.

## **4b    Behandeling van motoriek, houding en beweging**

### **Productomschrijving**

Bij Motoriek- en Bewegingsdiagnostiek en -behandeling wordt onderzoek gedaan naar de motoriek en bewegingen van de cliënt (het functioneren van het bewegingsapparaat) in relatie tot de visuele stoornis en/of beperking. Het gaat hier om cliënten met een visuele en motorische stoornis, soms in combinatie met een verstandelijke, auditieve en/of fysieke beperking. Aan de hand van diagnostiek wordt een advies uitgebracht over de behandel mogelijkheden. Vervolgens worden met behulp van interventies de stoornis en/of de gevolgen van de stoornis verholpen óf wordt erger voorkomen c.q. achteruitgang vertraagd.

### **Doelgroep**

- Cliënten met een visuele stoornis en/of beperking en motorische stoornis, soms in combinatie met een verstandelijke, auditieve en/of fysieke beperking, die problemen ondervinden als het gaat om de (ontwikkeling van) motoriek en beweging (het functioneren van het bewegingsapparaat) in relatie tot de visuele en motorische stoornis en/of beperking.

### **Doelstelling**

- Het in kaart brengen van het functioneren van het bewegingsapparaat van de cliënt in relatie tot de visuele en motorische stoornis, en soms ook verstandelijke, auditieve en/of fysieke beperkingen;
- Aan de hand van diagnostiek een advies uitbrengen over de behandel mogelijkheden;
- Het behandelen van de stoornis en/of de gevolgen van de stoornis op het gebied van (fijne) motoriek en beweging óf het voorkomen van erger c.q. vertragen van achteruitgang;
- Indien sprake is van een zeer ernstige motorische stoornis, wordt door middel van ontspanning ertoe bijgedragen dat het welbevinden wordt bevorderd.

### **Inhoud van het product**

- Dossieronderzoek;
- Probleemanalyse;
- Onderzoek naar motoriek en beweging aan de hand van observaties en volgens richtlijnen geldende testen (evidence based of best practice);
- De resultaten van het onderzoek, de(werk)diagnose en het behandelplan worden besproken met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers;
- Individueel vindt een reeks sessies plaats waarin volgens geldende richtlijnen/evidence based of volgens best practice wordt gewerkt aan het behandelen van de stoornis en/ of de gevolgen van de stoornis dan wel het voorkomen van erger c.q. vertragen van achteruitgang;

### **Discipline**

Revalidatietherapeut

## **5a Onderzoek/exploratie zintuiggebruik**

### **Productomschrijving**

De exploratie leren en toepassen van kennis is gericht op het verkrijgen van specifieke informatie over het gebruik van de zintuigen door de cliënt. Gekeken wordt hoe de cliënt zijn visuele, tactiele, auditieve en/of olfactorische mogelijkheden inzet. Op basis van de bevindingen worden adviezen geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan over mogelijke trainingen en/of begeleiding. Het onderzoek vergt één tot twee sessies van anderhalf uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij onduidelijkheid bestaat over het inzetten van de visuele, tactiele, auditieve en/of olfactorische mogelijkheden;
- Cliënten die hun visuele, tactiele en/of auditieve en/of olfactorische mogelijkheden beperkt gebruiken.

### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van het gebruik van zintuigen door de cliënt;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over interventies.

### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- De cliënt wordt geobserveerd in zijn alledaagse handelen. Deze observatie kan zich richten op alle zintuigen, maar het kan ook gericht zijn op één specifiek zintuig (visueel, auditief, tactiel of olfactorisch); gekeken wordt hoe de cliënt zijn visuele, tactiele, auditieve en/of olfactorische mogelijkheden inzet;
- Bij VVB-cliënten wordt expliciet gekeken naar omgevingsfactoren (hoe houdt de omgeving rekening met de cliënt?);
- Op basis van de bevindingen worden adviezen geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan over mogelijk trainingen en/of begeleiding.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut



## **5b    Ontwikkeling en training zintuiggebruik**

### **Productomschrijving**

- Bij de Training Zintuigen leert de visueel beperkte cliënt om optimaal gebruik te maken van zijn visuele, auditieve, tactiele mogelijkheden en/of de mogelijkheden van smaak en geur (olfactorische zintuigen). Dit teneinde de visuele beperking te kunnen compenseren daar waar mogelijk.

### **Doelgroep**

- Cliënten die beperkt gebruik maken van hun visuele, auditieve, tactiele en/of olfactorische mogelijkheden.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt leert gebruik te maken van de visuele, auditieve, tactiele en olfactorische zintuigen (aanleren);
- De cliënt maakt optimaal gebruik van de visuele, auditieve, tactiele en olfactorische zintuigen (uitbreiden);
- De cliënt maakt opnieuw gebruik van de visuele, auditieve, tactiele en olfactorische zintuigen (opnieuw leren).

### **Inhoud van het product**

- Tijdens de training worden zintuiglijke prikkels aangeboden; door middel van bewustwording en activering van alle mogelijke zintuigingen wordt de zintuigontwikkeling versterkt;
- Gebruik wordt gemaakt van verschillend (spel- en) bewegingsmateriaal;
- Waar mogelijk worden de verworven vaardigheden geïntegreerd in de dagelijkse activiteiten.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut; Ontwikkelingsbegeleider

## **5ba Training Basisstrategieën**

### **Productomschrijving**

De Training Basisstrategieën leert de cliënt met een visuele beperking zo zelfstandig mogelijk functioneren met de visuele beperking. Tijdens de training worden basisstrategieën aangereikt die het dagelijks functioneren en het uitvoeren van dagelijkse handelingen kunnen vergemakkelijken.

### **Doelgroep**

- Cliënten met een visuele beperking die zo zelfstandig mogelijk willen blijven functioneren met de visuele beperking.

### **Doelstelling**

- De cliënt kan zo zelfstandig mogelijk functioneren met zijn visuele beperking.

### **Inhoud van het product**

- Bij "Leren en Toepassen Basisstrategieën" wordt gestart met een informatiebijeenkomst. Tijdens deze bijeenkomst worden de basisstrategieën uitgelegd; basisstrategieën zijn algemene principes die de uitvoering van dagelijkse handelingen kunnen vergemakkelijken; voor mensen met een visuele beperking gaat het om het gebruik van kleuren en contrasten, het gebruik van licht en verlichting, het gebruik van systematiek en compensatoir handelen of ook wel het gebruik van andere zintuigen;
- In de vervolgbijeenkomsten worden de vier basisstrategieën toegepast aan de hand van dagelijks voorkomende situaties; daarbij moet worden gedacht aan bijvoorbeeld vervoersmogelijkheden, tijdsbesteding, mobiliteit, communicatie en huishouding;
- Door een maatschappelijk werker wordt tijdens één van de bijeenkomsten ook informatie verstrekt over belangenverenigingen, vervoersmogelijkheden, voorzieningen en wet- en regelgeving;

### **Discipline**

Maatschappelijk werker, revalidatietherapeut

## **5bb Onderzoek en training sensorische integratie**

### **Productomschrijving**

Het Onderzoek en Advies Sensorische Integratie gaat na in hoeverre en op welke wijze de cliënt met een visuele beperking de prikkels uit zijn verschillende zintuigen (tast, evenwicht, proprioceptie, gehoor, reuk, smaak en visus) verwerkt om te komen tot adequaat motorisch handelen. Het onderzoek beslaat in totaal circa elf uur. De doorgaans daarop volgende training leert de cliënt om de prikkels uit zijn omgeving en lichaam adequaat te verwerken om te komen tot gewenst motorisch handelen.

### **Doelgroep**

- Cliënten/leerlingen met een visuele beperking en eventueel bijkomende beperking waarbij onvoldoende duidelijk is in hoeverre en op welke wijze zij prikkels uit de verschillende zintuigen (tast, evenwicht, proprioceptie, gehoor, reuk, smaak en visus) verwerken;
- Cliënten die onvoldoende gebruik maken van de prikkels uit hun omgeving en lichaam om te komen tot adequaat motorisch handelen.

### **Doelstelling**

- In kaart brengen hoe de prikkelverwerking van de cliënt plaatsvindt en welke zintuigsystemen de cliënt gebruikt om alertheid te reguleren om te komen tot leren en spelen;
- In kaart brengen over er sprake is van onder- en/of overgevoeligheid is voor zintuigprikkel.
- In kaart brengen welke prikkels moeten worden aangeboden om sensorische ontwikkeling te stimuleren;
- De cliënt maakt optimaal gebruik van de prikkels uit zijn omgeving en lichaam, zodat hij kan komen tot adequaat motorisch handelen.

### **Inhoud van het product**

- Dossieronderzoek;
- Probleemanalyse en het afnemen van een vragenlijst (ouders, leerkrachten/groepsleiding);
- Onderzoek aan de hand van observaties, motorisch onderzoek;
- Op basis van de bevindingen worden adviezen gegeven en worden aanbevelingen gedaan over mogelijke interventies en vervolgbehandelingen;
- De cliënt leert prikkels uit zijn omgeving en lichaam adequaat te verwerken;
- Tijdens de training wordt gebruik gemaakt van bewegen/bewogen worden, aanraken/aangeraakt worden, diepe druk, geur, gehoor en smaak. Dit gebeurt door het aanbieden van de juiste prikkels op een juist alertheidsniveau. De cliënt ervaart daardoor op den duur de prikkel niet meer als bedreigend en merkt ze adequaat op;
- De cliënt en zijn ouders/dagelijks begeleiders krijgen advies over hoe de cliënt op sensorische integratie niveau zo optimaal mogelijk kunnen begeleiden en de sensorische integratie kunnen verbeteren.

### **Discipline**

revalidatietherapeut

## **5e    Ontwikkelingsstimulering**

### **5ea    Individueel ontwikkelingsstimulering**

#### **Productomschrijving**

Ontwikkelingsstimulering is bestemd voor cliënten tot twintig jaar met een visuele beperking en is gericht op het optimaliseren van de ontwikkelingskansen door het trainen van de zelfstandigheid, zintuigen, spelvaardigheden, motoriek en mobiliteit. Hierdoor worden voorwaarden gecreëerd voor de verdere algehele ontwikkeling (motorisch, sensorisch en sociaal-emotioneel). Ontwikkelingsstimulering vindt individueel plaats in de leefomgeving van de cliënt.

#### **Doelgroep**

- Cliënten tot twintig jaar met een visuele beperking.

#### **Doelstelling**

- Het optimaliseren van ontwikkelingskansen voor de algehele ontwikkeling (motorisch, sensorisch en sociaal-emotioneel).

#### **Inhoud van het product**

- De cliënt wordt gestimuleerd zo goed mogelijk gebruik te maken van zijn visuele mogelijkheden; daarnaast wordt de cliënt geleerd om zo optimaal mogelijk gebruik te maken van de andere zintuigen (gehoor, gevoel, reuk en smaak) met behulp van een omgeving die zintuigen stimuleert; hierbij wordt zo veel als mogelijk aansluiting gezocht bij de belevingswereld van de cliënt;
- Tijdens de contacten is aandacht voor alle facetten van de ontwikkeling en wordt zelfredzaamheid gestimuleerd;
- De ouders of de groepsleiding krijgen advies over aanpassingen van spelmateriaal en eventueel benodigde aanpassingen in de woning;
- Ouders krijgen voorlichting en advies over hoe om te gaan met de beperking van hun kind; tevens krijgen zij instructie opdat zij hun kind op een later moment conform de aangeleerde methodieken kunnen helpen/stimuleren;
- Als het kind 3,5 jaar oud is, wordt – indien van toepassing - advies gegeven over eventuele opvang en/of schoolkeuzes.

#### **Discipline**

Ambulant medewerker

## **5eb In groep (Dagbehandeling) ontwikkelingsstimulering**

### **Productomschrijving**

- Ontwikkelingsstimulering bestaat uit begeleiding van jonge kinderen bij wie sprake is van een (ernstige) visuele beperking. Ontwikkelingsstimulering is gericht op het optimaliseren van ontwikkelingskansen van deze kinderen door middel van het trainen van de zelfstandigheid, zintuigen, spelvaardigheden, visuo-motoriek en mobiliteit. De begeleiding vindt groepsgewijs plaats.

### **Doelgroep**

- Kinderen tot zes jaar bij wie sprake is van een ernstige visuele beperking.

### **Doelstelling en resultaten**

- Optimaliseren van ontwikkelingskansen en voorwaarden creëren voor de verdere cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling door diverse ontwikkelingsgebieden te stimuleren.

### **Inhoud van het product**

- Door middel van het aanleren van spelvaardigheden, grove en fijne motorische vaardigheden en het stimuleren van het gebruik van de visuele, auditieve, tactiele en olfactorische zintuigen wordt gewerkt aan diverse ontwikkelingsgebieden; hiermee wordt zoveel mogelijk sociaal-emotionele problematiek voorkomen;
- Waar mogelijk worden de verworven vaardigheden geïntegreerd in de dagelijkse activiteiten.

### **Discipline**

ontwikkelingsbegeleider

## **5f Training Braille**

### **Productomschrijving**

De Training Braille is bestemd voor de cliënt die is aangewezen op braille als communicatie-hulpmiddel. De cliënt leert braille lezen en met behulp van een braillemachine braille schrijven. De training vindt individueel plaats en bestaat ongeveer vijftien sessies van twee uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten die zijn aangewezen op braille als communicatiehulpmiddel.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt is in staat om – naar wens en vermogen - met behulp van tastzin te lezen;
- De cliënt is in staat om zich schriftelijk uit te drukken met behulp van tastzin.

### **Inhoud van het product**

- De training bestaat uit het leren lezen van braille en het met een braillemachine leren schrijven;
- Naast het leren, lezen en schrijven, wordt een aantal bijzondere toepassingen aangeleerd, zoals de dymotape, folie en het gebruik van de reglette;
- Verder wordt het gebruik van braille bij het merken en lezen van apparatuur, voorraad cd's et cetera aangeleerd;
- Tot slot kan het lezen van eenvoudige literatuur worden aangeleerd.

### **Discipline**

revalidatietherapeut, ambulant begeleider

## **5gTraining Taal en Communicatie**

### **Productomschrijving**

Dit product is op dit moment nog niet beschreven. Hier wordt aan gewerkt.

### **Doelgroep**

- 

### **Doelstelling en resultaten**

- 

### **Inhoud van het product**

- 
- 
- 
- 

### **discipline**

**6 Activiteiten en participatie:  
domein Algemene taken en eisen**



## **7 Activiteiten en participatie: domein Communicatie**

### **7a Onderzoek/exploratie en advies communicatie**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Communicatie is bestemd voor de visueel beperkte cliënt die een proleem heeft met het tot zich nemen van (schriftelijke) informatie en waarbij de oplossing niet duidelijk is. Op basis van de bevindingen van het onderzoek worden adviezen geformuleerd en mogelijke interventies aangestuurd. Het onderzoek wordt eenmalig uitgevoerd en duurt circa anderhalf uur.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die problemen hebben met het tot zich nemen van (schriftelijke) informatie en waarbij de gewenste interventie niet duidelijk is.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van het communicatieprobleem van de cliënt;
- Het formuleren van adviezen en doen van aanbevelingen over mogelijke onderzoeken naar communicatiehulpmiddelen of – apparatuur.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Communicatievaardigheden worden geobserveerd en in kaart gebracht; deze kunnen betrekking hebben op leren lezen, braileren en computervaardigheden;
- Er wordt informatie gegeven over de mogelijkheden tot bijvoorbeeld het leren lezen van braille óf met betrekking tot het gebruik van de computer of een daisyspeler;
- De cliënt krijgt advies over mogelijkheden en beperkingen én over de uit te voeren interventies (er wordt geen hulpmiddelenadvies gegeven).

#### **discipline**

revalidatietherapeut

## **7b Training Communicatiehulpmiddel**

### **Productomschrijving**

De Training Communicatiehulpmiddel leert de cliënt om zelfstandig de geëigende communicatiemiddelen te gebruiken, zoals bijvoorbeeld een leeshulpmiddel. Gedurende drie tot vijf sessies van anderhalf uur krijgt de cliënt training, waardoor hij kan omgaan met zijn hulpmiddel en een oplossing heeft voor het tot zich nemen van (schriftelijke) informatie.

### **Doelgroep**

- Cliënten die een hulpmiddel of een andere oplossing nodig hebben voor het tot zich nemen van (schriftelijke) informatie
- Cliënten die reeds beschikken over een hulpmiddel, maar het nog niet naar wens en behoefte kunnen bedienen;
- Cliënten die reeds beschikken over een hulpmiddel, maar verdieping willen in de mogelijkheden.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt heeft een passend hulpmiddel en oplossing voor zijn communicatieprobleem;
- De cliënt kan het hulpmiddel naar wens en behoefte bedienen;
- De cliënt kent alle mogelijkheden van het hulpmiddel.

### **Inhoud van het product**

- De training bestaat uit het aanleren van vaardigheden om het communicatiehulpmiddel te kunnen gebruiken. Voorbeelden van communicatiemiddelen zijn: een leeshulpmiddel en een daisyspeler;
- Tijdens de training wordt in samenwerking met het cliëntensysteem geoefend in het gebruiken van communicatieapparatuur. Het gaat dan om het bekend raken met de werking, het trainen van optimaal gebruik en het onderhouden van apparatuur;
- Vervolgens leert de cliënt omgaan met het hulpmiddel om het naar wens en behoefte te kunnen bedienen.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut, ICT-medewerker

## **7c Training Type- en Computervaardigheden**

### **Productomschrijving**

De Training Type- en computervaardigheden is bestemd voor cliënten die problemen ondervinden bij het typen en/of het gebruik van de computer. De instructie over het hulpmiddel maakt onderdeel uit van de training.

### **Doelgroep**

- De cliënt die nog niet adequaat gebruik kan maken van de computer.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan adequaat gebruik maken van de computer.

### **Inhoud van het product**

- De cliënt leert blind typen;
- De cliënt leert de sneltoetsen te gebruiken;
- De cliënt krijgt instructie over het gebruik van het hulpmiddel;
- Ook komt een aantal computervaardigheden aan de orde, zoals het gebruik van Windows, Outlook, Internet en Word.

### **discipline**

revalidatietherapeut

## **8 Activiteiten en participatie: domein Mobiliteit**

### **8a Onderzoek/exploratie en advies oriëntatie en mobiliteit**

#### **Productomschrijving**

De Exploratie Oriëntatie en Mobiliteit brengt de problemen rondom het zich (zelfstandig) kunnen verplaatsen van de cliënt in beeld. Aan de hand van dossieronderzoek, probleemanalyse en observatie wordt in kaart gebracht welke mogelijkheden de cliënt (nog) heeft en welk hulpmiddel eventueel noodzakelijk is. Op basis hiervan worden adviezen geformuleerd en aanbevelingen gedaan.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die problemen hebben met het zich (zelfstandig) verplaatsen.

#### **Doelstelling en resultaten**

- De problemen inzake het zich (zelfstandig) verplaatsen zijn in beeld gebracht;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over interventies, inclusief – indien van toepassing - een advies over het te gebruiken hulpmiddel.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Observatie van oriëntatie en mobiliteit; deze observatie vindt veelal plaats in de vorm van een fietsscreening, een scootmobielscreening of een screening waarbij de cliënt gebruik maakt van een taststok, DogSim of elektronische aanpassingen (etas). Daarbij wordt onderzocht in hoeverre de cliënt op een veilige en verantwoorde manier kan deelnemen aan het verkeer en welke hulpmiddel(en) en training(en) noodzakelijk zijn;
- De cliënt krijgt informatie over mogelijkheden en beperkingen van de mobiliteitsinstructie en hulpmiddelen;
- Indien de cliënt gebruik gaat maken van een hulpmiddel, worden deze uitgeprobeerd. Zo kunnen diverse taststokken worden uitgeprobeerd. Vervolgens wordt een adviesrapport opgesteld en wordt het mobiliteitshulpmiddel aangevraagd.

#### **discipline**

revalidatietherapeut

## **8b Training motorische vaardigheden**

### **Productomschrijving**

De Training motorische vaardigheden leert de visueel beperkte cliënt om optimaal gebruik te maken van vaardigheden met betrekking tot visuo-motoriek, grove motoriek en fijne motoriek. Met behulp van (spel)materiaal worden motorische vaardigheden aangeleerd en bevorderd. Training vindt plaats in de woon- en leefomgeving van de cliënt.

### **Doelgroep**

- Cliënten die een beperkt ontwikkelde grove en fijne motoriek hebben.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt maakt optimaal gebruik van vaardigheden met betrekking tot grove en fijne motoriek.

### **Inhoud van het product**

- Gedurende de training worden motorische vaardigheden aangeleerd en bevorderd aan de hand van divers spel- en bewegingsmateriaal; zowel grove als fijne motoriek komen aan de orde;
- De omgeving van de cliënt wordt eventueel ingericht en aangepast.

### **Discipline**

Ontwikkelingsbegeleider

## **8c Training oriëntatie en mobiliteit**

### **Productomschrijving**

De Training Oriëntatie en Mobiliteit richt zich op het zich veilig en verantwoord verplaatsen. De visueel beperkte cliënt wordt geoefend in het lopen van een route mét en zonder obstakels, eventueel gebruik makend van een mobiliteitshulpmiddel, zoals een taststok en/of dogsim. Tevens worden routes met diverse soorten herkenningspunten aangeleerd.

### **Doelgroep**

- Cliënten die zich onvoldoende veilig en verantwoord (zelfstandig) kunnen verplaatsen.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan zich veilig en verantwoord (zelfstandig) verplaatsen, eventueel gebruik makend van een mobiliteitshulpmiddel.

### **Inhoud van het product**

- Tijdens de training wordt de cliënt geoefend in het lopen van een route mét en zonder obstakels, eventueel gebruik makend van een taststok en/of dogsim.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut, ontwikkelingsbegeleider

## **8ca Training Openbaar Vervoer**

### **Productomschrijving**

De Training Openbaar Vervoer leert de visueel beperkte cliënt op een veilige en verantwoorde manier te reizen met het openbaar vervoer (bus, tram of trein). De meest gunstige routes en verbindingen worden onderzocht om vervolgens te worden verkend en aangeleerd. Trainingssessies vinden plaats in de woon/ leefomgeving van de cliënt.

### **Doelgroep**

- Cliënten die nog niet zelfstandig kunnen reizen met het openbaar vervoer en een bekende route willen leren;
- Cliënten die al zelfstandig een bekende route kunnen reizen in het openbaar vervoer, maar een nieuwe route willen aanleren;
- Cliënten die al zelfstandig reizen en iedere route willen kunnen bereizen.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt reist zelfstandig een bekende route met openbaar vervoer (aanleren);
- De cliënt reist zelfstandig een nieuwe route met openbaar vervoer (uitbreiden);
- De cliënt reist zelfstandig iedere route met openbaar vervoer (opnieuw leren).

### **Inhoud van het product**

- Tijdens de training wordt aandacht besteed aan onder meer, het leren plannen van een reis, het aanleren van routes met behulp van herkenningspunten, het aanleren van in- en uitstappen bij een bus, tram of trein en het verstrekken van informatie over voorzieningen met betrekking tot het openbaar vervoer, zoals begeleiderskaart en Valys.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut;

## **8cb Training Verkeersdeelname**

### **Productomschrijving**

Verkeersdeelname met behulp van fiets en/of scootmobiel leert de visueel beperkte cliënt op een veilige en verantwoorde manier deel te nemen aan het verkeer. Tijdens de training wordt geleerd te anticiperen op het verkeer en verkeerssituaties in te schatten. Trainingssessies vinden plaats in de omgeving van de cliënt en duren gemiddeld twee uur per keer. In groepsverband gaat het om een training van drie dagen.

### **Doelgroep**

- Cliënten die onvoldoende verantwoord deelnemen aan het verkeer per fiets en/of scootmobiel;
- Cliënten die al zelfstandig een bekende route kunnen rijden per fiets en/of scootmobiel, maar een nieuwe route willen leren rijden;
- Cliënten die zelfstandig iedere route per fiets en/of scootmobiel willen kunnen berijden.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan op verantwoorde wijze aan het verkeer deelnemen per fiets en/of scootmobiel (aanleren);
- De cliënt reist zelfstandig een nieuwe route per fiets en/of scootmobiel (uitbreiden);
- De cliënt reist zelfstandig iedere route per fiets en/of scootmobiel (opnieuw leren).

### **Inhoud van het product**

- Tijdens de training wordt aandacht besteed aan:
  - Zo optimaal mogelijk gebruiken van de restvisus;
  - Leren anticiperen op het verkeer;
  - Leren inschatten van verkeerssituaties;
- Indien gebruik wordt gemaakt van een tandem wordt de voorrijder eveneens geïnstrueerd;

### **Discipline**

Revalidatietherapeut;



## **9 Activiteiten en participatie: domein Zelfverzorging**

### **9a Exploratie/onderzoek zelfverzorging**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Zelfverzorging gaat na welke problemen de cliënt ondervindt bij het huishouden en/of de zelfverzorging. Op basis van de bevindingen van het onderzoek worden adviezen geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan over mogelijke interventies. Het onderzoek wordt eenmalig uitgevoerd.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die problemen ondervinden bij het uitvoeren en/of zorgdragen voor de zelfverzorging.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de problemen die de cliënt ondervindt bij de zelfverzorging;
- Het formuleren van adviezen, het doen van aanbevelingen over mogelijke interventies en het opstellen van een handelingsplan.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Vaardigheden met betrekking tot de zelfverzorging worden geobserveerd en in kaart gebracht; deze kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld wassen, toiletgebruik, kleden en medicijngebruik;
- Er wordt informatie en advies gegeven over de mogelijkheden tot interventies in de vorm van hulpmiddelen of trainingen aan de hand van een handelingsplan.

#### **Discipline**

Revalidatietherapeut;

## **9b Training Zelfverzorging**

### **Productomschrijving**

De Training Zelfverzorging stelt de visueel beperkte cliënt in staat om handelingen op het gebied van persoonlijke verzorging zelfstandig uit te voeren. De training vergt drie sessies van anderhalf uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten die geen taken met betrekking tot zelfverzorging kunnen uitvoeren;
- Cliënten die geen nieuwe taken met betrekking tot zelfverzorging kunnen uitvoeren;
- Cliënten die één of meer taken met betrekking tot zelfverzorging niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan één of meer deelhandelingen met betrekking tot zelfverzorging zelfstandig uitvoeren (aanleren);
- De cliënt kan nieuwe deelhandelingen met betrekking tot zelfverzorging zelfstandig uitvoeren (uitbreiden);
- De cliënt kan alle deelhandelingen met betrekking tot zelfverzorging (opnieuw) zelfstandig uitvoeren (opnieuw leren).

### **Inhoud van het product**

- Afhankelijk van de hulpvragen wordt training geboden op het gebied van bijvoorbeeld:
  - Wassen, douchen, baden;
  - Gebitsverzorging;
  - Haarverzorging;
  - Toiletgebruik;
  - Kleden, inclusief sluitingen en combineren kleding;
  - Bril schoonmaken;
  - Medicijngebruik, inclusief oogdruppels;
  - Eten en drinken: drank inschenken en boterhammen smeren, beleggen en snijden;
  - Het gebruik van het gehoorapparaat (inclusief schoonmaken)
  - Onderhoud hulpmiddelen (bijvoorbeeld een bloedsuikermeter)

### **Discipline**

revalidatietherapeut; Ambulant Begeleider

## **10 Activiteiten en participatie: domein Huishouden**

### **10a Exploratie/onderzoek huishouden**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Huishouden gaat na welke problemen de cliënt ondervindt bij het huishouden. Op basis van de bevindingen van het onderzoek worden adviezen geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan over mogelijke interventies. Het onderzoek wordt eenmalig uitgevoerd.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die problemen ondervinden bij het uitvoeren en/of zorgdragen voor het huishouden.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de problemen die de cliënt ondervindt bij het huishouden;
- Het formuleren van adviezen, het doen van aanbevelingen over mogelijke interventies en het opstellen van een handelingsplan.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Vaardigheden met betrekking tot het huishouden worden geobserveerd en in kaart gebracht; deze kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld huishoudelijke taken, wassen, et cetera;
- Er wordt informatie en advies gegeven over de mogelijkheden tot interventies in de vorm van hulpmiddelen of trainingen aan de hand van een handelingsplan.

#### **Discipline**

Revalidatietherapeut;

## **10b Training Huishouden**

### **Productomschrijving**

De Training Huishouden stelt de cliënt in staat om (gedeeltelijk) zelfstandig huishoudelijke taken uit te voeren. De bediening van huishoudelijke apparaten komt aan de orde, evenals schoonmaakwerkzaamheden, wassen en het uitvoeren van eenvoudige kledingreparaties.

### **Doelgroep**

- Cliënten die nieuwe huishoudelijke taken (zelfstandig) willen kunnen uitvoeren;
- Cliënten die huishoudelijke taken niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan nieuwe huishoudelijke taken zelfstandig uitvoeren (uitbreiden);
- De cliënt kan alle huishoudelijke taken opnieuw zelfstandig uitvoeren (opnieuw leren);

### **Inhoud van het product**

- Afhankelijk van de hulpvraag komen bijvoorbeeld de volgende activiteiten aan de orde:
  - Tafel dekken en afruimen;
  - Boodschappenlijstje maken, voorraad bijhouden en controle versheid producten;
  - Afwassen en afdrogen, bedienen vaatwasser;
  - Stof afnemen, stofzuigen;
  - Wastafel/ aanrecht schoonmaken, dweilen, toilet/ douche schoonmaken;
  - Ramen zemen;
  - (gas)fornuis en koelkast schoonmaken;
  - Bediening huishoudelijke apparaten (thermostaat, wasmachine, droger, (gas)fornuis, strijkijzer, inclusief geiser/boiler en verwarming aansteken);
  - Bed opmaken en verschoneren;
  - Wassen, waaronder bedienen wasmachine/droger, handwas, was ophangen en afhalen, was opruimen en strijken en controleren of vlekken weg zijn;
  - Schoenen poetsen;
  - Planten water geven;
  - Structuur in kasten aanbrengen en behouden;
  - Apparaten merken (thermostaat, wasmachine, droger, gasfornuis, strijkijzer);
  - Verzorging van huisgenoten (bijvoorbeeld kinderen) en huisdieren;
  - Onderhoud van de tuin.

### **Discipline**

revalidatietherapeut

## **10ba Training Vaardigheden Koken**

### **Productomschrijving**

De Training Vaardigheden Koken stelt de cliënt in staat om zelfstandig een maaltijd voor te bereiden, te verzorgen of te nuttigen. Het samenstellen van een menu, het doen van boodschappen en het eten bereiden en opruimen komen aan de orde. De training vergt zes sessies van twee uur.

### **Doelgroep**

- Cliënten die geen nieuwe kookvaardigheden (zelfstandig) kunnen uitvoeren;
- Cliënten die één of meer kookvaardigheden niet meer (zelfstandig) kunnen uitvoeren.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan nieuwe kookvaardigheden zelfstandig uitvoeren (uitbreiden);
- De cliënt kan alle kookvaardigheden opnieuw zelfstandig uitvoeren (opnieuw leren);

### **Inhoud van het product**

- Afhankelijk van de hulpvraag komen de volgende activiteiten aan de orde:
  - Evaluatie van het doen van de boodschappen;
  - Ordenen en structureren van de kasten;
  - Organisatie van de keuken;
  - Structureren werkproces;
  - Bedienen van kookapparatuur (bijvoorbeeld fornuis en magnetron);
  - Bedienen van keukenapparatuur (bijvoorbeeld (staaf)mixer, keukenmachine)
  - Inhoudsmaten en gewichten kennen en afmeten;
  - Naar gelang de behoefte van de cliënt, kunnen bijvoorbeeld aan de orde komen: ei bakken/koken, melk koken, blikje/potje openen en opwarmen, aardappels schillen, groente schoonmaken, vlees bereiden, rijst en/of pasta bereiden, soep maken, nagerecht maken;
- Eventueel volgt een onderzoek woon- en leefomgeving.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut;

## **11 Activiteiten en participatie: domein Tussenmenselijke interacties en relaties**

### **11a Exploratie tussenmenselijke interacties en relaties**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Tussenmenselijke Interacties en Relaties (psychosociaal onderzoek) is gericht op het verkrijgen van specifieke informatie over het psychosociaal functioneren van de cliënt in relatie tot zijn directe omgeving, waarbij acceptatie- en beleving van de handicap een belangrijk aandachtspunt is. Deze omgeving kan zowel betrekking hebben op de woon/leefomgeving van de cliënt als op de werkomgeving. Op basis van de bevindingen worden adviezen geformuleerd en worden aanbevelingen gedaan over mogelijke vervolgonderzoek en/of begeleiding.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die een hulpvraag hebben op het gebied van psychosociaal functioneren in relatie tot de visuele beperking;
- Cliënten die een hulpvraag hebben op het gebied van arbeid en het functioneren in relatie tot de visuele beperking;
- Cliënten waarbij na aanmelding nog onvoldoende zicht is op de hulpvraag.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van het psychosociaal functioneren van de cliënt;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke interventies c.q. een gerichte doorverwijzing.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Vervolgens wordt de sociale context in kaart gebracht door het stellen van gerichte vragen; specifiek wordt doorgevraagd op de mogelijkheden en beperkingen in relatie tot de visus;
- Draagkracht en draaglast worden in kaart gebracht; ook wordt zicht verkregen op het verwerkingsproces inzake de visusbeperking;
- De onderzoeksvraag kan ook specifiek betrekking hebben op de arbeidssituatie. Er wordt dan aandacht besteed aan scholing en opleiding, arbeidsverleden, huidige functie en organisatie of bijvoorbeeld ziekteverzuim in relatie tot de visuele beperking.

#### **Discipline**

Maatschappelijk werker

## **11b Psychosociale begeleiding (gericht op tussenmenselijke interacties en relaties)**

Psychosociale Begeleiding leert de cliënt met een visuele beperking - en eventueel zijn partner - om gaan met vragen of problemen op sociaal-maatschappelijk en/of emotioneel gebied die te maken hebben met de visuele beperking. De cliënt krijgt inzicht in de situatie en leert problemen zo optimaal mogelijk hanteerbaar te maken. Tevens is er aandacht voor emotionele verwerking, handicapverlening en (sociale) competentiebevordering. Begeleiding vindt plaats ófwel individueel óf in groepsverband.

### **Doelgroep**

- Cliënten - en eventueel hun partner - die als gevolg van de visuele beperking problemen op sociaal-maatschappelijk en/of emotioneel gebied ondervinden.

### **Doelstelling**

- De cliënt kan de psychosociale problemen voortvloeiend uit de visuele beperking zo optimaal mogelijk hanteren;
- Het voorkomen van erger als het gaat om de psychosociale problemen voortvloeiend uit de visuele beperking.

### **Inhoud van het product**

- De problemen van de cliënt kunnen zich op diverse terreinen voordoen; voorbeelden zijn problemen met de visuele beperking zélf, problemen met het opbouwen van een sociaal netwerk en stemmingsproblemen;
- Begeleiding is gericht op het hanteerbaar maken van problemen; tijdens de gesprekken krijgt de cliënt inzicht in de situatie en worden handelingsalternatieven geboden;
- Tevens is er aandacht voor emotionele verwerking, handicapverlening en (sociale) competentiebevordering.
- Begeleiding kan plaatsvinden zowel individueel in de vorm van circa tien gesprekken óf in groepsverband. Bij begeleiding in groepsverband speelt lotgenotencontact een belangrijke rol;
- De partnergespreksgroep is bestemd voor volwassenen en hun partner die de gevolgen van de visuele beperking in groepsverband met lotgenoten willen bespreken.

### **Discipline**

Maatschappelijk werker

## **11c Training Totale communicatie**

### **Productomschrijving**

De Training Totale Communicatie verbetert de communicatie tussen de cliënt en zijn omgeving daar waar deze als gevolg van de visuele, sensorische, psychiatrische of mentale beperking verstoord is of verstoord dreigt te raken. Gepoogd wordt een methode te vinden die het de cliënt en zijn systeem mogelijk maakt om te communiceren. Deze methode wordt als uitgangspunt genomen in de omgang met de cliënt. Gedurende circa zes sessies krijgen de deelnemers thuis of in een groep training, waardoor zij beter leren communiceren met de cliënt, inzicht krijgen in de communicatiemogelijkheden en hiermee om weten te gaan.

### **Doelgroep**

- Cliënten waarbij de communicatie met de omgeving als gevolg van de visuele, sensorische, psychiatrische of mentale beperking verstoord is of verstoord dreigt te raken;
- Iedereen uit de naaste omgeving van de cliënt die zo optimaal mogelijk wil communiceren met de cliënt.

### **Doelstelling**

- Het optimaliseren van de communicatie: de cliënt en zijn omgeving leren met elkaar communiceren op het juiste niveau en met de juiste middelen.

### **Inhoud van het product**

- De vraag van de omgeving op het gebied van communicatie met de cliënt wordt in beeld gebracht;
- Aan de hand van de meest recente oogheekundige en andere (medische) gegevens van de cliënt/bewoner wordt een beeld verkregen van de wijze van communiceren van de cliënt; vaak wordt hierbij gebruik gemaakt van video-opnamen en communicatietesten; gepoogd wordt een methode te vinden die het de cliënt mogelijk maakt om optimaal te communiceren. Deze methode wordt als uitgangspunt genomen in de omgang met de cliënt;
- Vervolgens wordt een aantal trainingen in het communiceren met de cliënt verzorgd, afgestemd op de doelgroep en op de hulpvraag; hierdoor krijgt de omgeving inzicht in de communicatiemogelijkheden en weten zij hiermee om te gaan;
- De training wordt afgesloten met een afrondend gesprek.

### **Discipline**

revalidatietherapeut; GZ-psycholoog



## **11d Training Sociale Vaardigheden**

### **Productomschrijving**

De Training Sociale Vaardigheden is gericht op het aanleren en trainen van sociale vaardigheden bij visueel beperkte cliënten vanaf zes jaar. De cliënten ontwikkelen meer zelfvertrouwen, doordat ze een beter probleembesef hebben, de geleerde vaardigheden kunnen toepassen en doordat het inzicht in het feit dat ze hun eigen gedrag kunnen bijsturen, wordt vergroot. De training kan zowel individueel als groepsgewijs worden gegeven.

### **Doelgroep**

- Cliënten vanaf zes jaar die nog niet over voldoende sociale vaardigheden beschikken om te kunnen functioneren met de visuele beperking.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt beschikt over voldoende sociale vaardigheden om te kunnen functioneren met de visuele beperking.

### **Inhoud van het product**

- Aan de training gaat een psychosociaal of een psychologisch onderzoek vooraf. Daarbij zijn doelen en mogelijkheden in kaart gebracht;
- De trainingen bestaan uit (groeps)gesprekken en sociale vaardigheidsoefeningen aan de hand van rollenspelen. Hierdoor wordt het contact met leeftijdgenoten verbeterd, een positief zelfbeeld gevormd en het zelfvertrouwen vergroot. Tevens wordt geleerd gerichte feedback te geven en te ontvangen;
- De precieze inhoud en het onderwerp van de training kunnen verschillen en zijn afhankelijk van de leeftijd en hulpvraag van de cliënt. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld assertiviteit en solliciteren;
- Gaandeweg is het mogelijk om de sociale omgeving van de cliënt bij de training te betrekken.

### **Discipline**

Ontwikkelingsbegeleider; revalidatietherapeut; Maatschappelijk werker;  
Gedragswetenschapper

## **12 Activiteiten en participatie: domein Belangrijke levensgebieden**

### **12a Exploratie belangrijke levensgebieden**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Belangrijke Levensgebieden brengt de situatie rondom werk- en werkomgeving van de cliënt in kaart. Deze situatie kan zowel betrekking hebben op de fysieke werkomgeving, het taak-functiepakket als op de psychosociale aspecten.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die als gevolg van de visuele beperking vast dreigen te lopen in het arbeidsproces en waarbij de gewenste interventie niet duidelijk is.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de werk- en werkomgeving van de cliënt in relatie tot de visuele beperking;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over interventies.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek; ook een gesprek met de leidinggevende kan hiervan onderdeel uitmaken;
- Het onderzoek bestaat uit Psychosociaal onderzoek en/of Onderzoek Communicatiehulpmiddel en/of Visueel Functie Onderzoek en richt zich op de specifieke situatie van de cliënt. Zo kan er bijvoorbeeld aandacht worden besteed aan psychosociale aspecten, zoals veranderingen in posities en relaties op het werk (collega's/werkgever) of aan het bevorderen van beroepsvaardigheden;
- Verder kunnen aan de orde komen: werkplekonderzoek, taakanalyse, hulpmiddelenadvies/low vision, compensatiemogelijkheden en aanpassingen met betrekking tot de visuele ergonomie;
- Tot slot wordt informatie en advies gegeven over de mogelijkheden tot interventies in de vorm van begeleiding, hulpmiddelen of trainingen.

#### **Discipline**

Revalidatietherapeut, maatschappelijk werker

## **12b Spelbegeleiding**

### **Productomschrijving**

Spelbegeleiding is gericht op het optimaliseren van ontwikkelingskansen van visueel beperkte cliënten door middel van het trainen van de spelvaardigheden. Bepaalde aspecten van het spel worden gestimuleerd om goede voorwaarden te creëren voor de verdere cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Tevens worden ouders/begeleiders ondersteund in de aanpak en uitbreiding van de spelontwikkeling van de cliënt. De begeleiding vindt individueel plaats.

### **Doelgroep**

- Cliënten die duidelijke tekorten hebben ten aanzien van hun spelontwikkeling en daardoor bedreigd worden in hun sociaal-emotionele ontwikkeling en functioneren. Dit uit zich doordat zij niet leeftijdsadequaat of eenzijdig spelen.

### **Doelstelling en resultaten**

- Stimuleren van de spelontwikkeling waardoor het kind leeftijdsadequaat speelt;
- Stimuleren van de spelontwikkeling waardoor het kind gedifferentieerd speelt;
- Optimaliseren van ontwikkelingskansen en voorwaarden creëren voor de verdere cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling.

### **Inhoud van het product**

- Het spel van de cliënt wordt beoordeeld op kwaliteit en spelniveau om de begeleiding hierop te kunnen aanpassen;
- Het spel van de cliënt en de interactie met de ouders/begeleiders worden geobserveerd;
- Oriënteren op spel en kennis maken met verschillende soorten spel maken belangrijk onderdeel uit van de begeleiding;
- De ouders/begeleiders krijgen advies met betrekking tot de aanpak en uitbreiding van de spelontwikkeling van de cliënt.

### **Discipline**

Ontwikkelingsbegeleider, ambulante begeleider, revalidatietherapeut

## **12d Loopbaanonderzoek en -advies**

### **Productomschrijving**

Loopbaanonderzoek en –advies is bestemd voor cliënten met een visuele beperking die behoefte hebben aan een advies omtrent hun mogelijkheden voor opleiding en werk. Aan de hand van een aantal persoonlijke gesprekken aangevuld met testen en vragenlijsten wordt een inschatting gemaakt van capaciteiten, persoonskenmerken, interesses en visuele mogelijkheden.

### **Doelgroep**

Cliënten met een visuele beperking bij wie niet duidelijk is wat hun mogelijkheden zijn wat betreft opleidingen en/of werk.

### **Doelstelling**

- Nagaan welke mogelijkheden de cliënt heeft op het gebied van opleiding en/of werk;
- Beschrijven aan welke voorwaarden moet worden voldaan opdat de cliënt zo optimaal mogelijk kan functioneren op het werk;
- Het inventariseren van de begeleidingsbehoefte en hulp bij bemiddeling;
- Inzicht verschaffen en uitleg geven omtrent de resultaten van het onderzoek en het geven van een advies over mogelijke opleidingen en werk.

### **Inhoud van het product**

- Probleemanalyse: in een gesprek wordt achterhaald op welke gebieden de cliënt problemen ervaart; eerder verworven competenties en medische gegevens die relevant zijn voor het onderzoek komen hierbij eveneens aan de orde;
- Aan de hand van een aantal persoonlijke gesprekken aangevuld met testen, vragenlijsten, en indien nodig opdrachten en praktijkonderzoek wordt een inschatting gemaakt van capaciteiten, persoonskenmerken en interesses;
- Ingeschat wordt, wat de kansen zijn in de praktijk rekening houdend met persoonlijke wensen en de mogelijkheden op de opleidings- en arbeidsmarkt. Aangegeven wordt welke punten extra aandacht verdienen en aan welke voorwaarden moet worden voldaan tijdens een opleidings- of werktraject;
- Er wordt informatie verstrekt over wettelijke regelingen voor studenten en net-afgestudeerden met een visuele beperking, zoals de Wajong, over opleidingsmogelijkheden en over arbeidsbemiddeling;
- In een schriftelijk rapport worden de belangrijkste onderzoeksgegevens, conclusies en adviezen samengevat. De onderzoeksbevindingen worden uitgesplitst in kwaliteiten, aandachtspunten, passend en niet-passend; deze worden besproken met de cliënt en na ondertekening voor akkoord of gezien verstuurd aan de opdrachtgever. Resultaat: concreet advies met praktische handvatten voor vervolgstappen in opleiding en/of werk

### **Discipline**

loopbaanadviseur

## **12e Arbeidsintegratie/arbeidstoeleiding**

### **Productomschrijving**

Dit product is op dit moment nog niet beschreven. Hier wordt aan gewerkt.

### **Doelgroep**

- 

### **Doelstelling en resultaten**

- 
- 

### **Inhoud van het product**

- 
- 
- 
- 
- 

### **Discipline**

## **12f Jobcoaching/Arbeidsbegeleiding**

### **Productomschrijving**

Arbeidsbegeleiding is erop gericht de visueel beperkte cliënt (weer) deel te laten nemen aan het arbeidsproces. De vraag is gericht op het verkrijgen van arbeid of een andere (zinnvolle) daginvulling. De cliënt wordt begeleid bij het vinden van de weg door wet- en regelgeving en de aangeboden diensten door arbeidsbemiddelaars.

### **Doelgroep**

- Cliënten die begeleiding nodig hebben bij het traject om te komen tot arbeid of een andere zinnvolle daginvulling;
- Cliënten die als gevolg van die visuele beperking zijn uitgevallen in het arbeidsproces en behoefte hebben aan begeleiding bij het traject om te komen tot een - al dan niet werkgerelateerde - daginvulling.

### **Doelstelling en resultaten**

- Het begeleiden van de cliënt in zijn traject naar een - al dan niet werkgerelateerde - daginvulling.

### **Inhoud van het product**

- Aan Arbeidsbegeleiding gaat altijd een Exploratie Belangrijke Levensgebieden vooraf;
- Gedurende het traject wordt de cliënt begeleid bij het verkrijgen van arbeid óf - indien de cliënt is uitgevallen in het arbeidsproces - wordt begeleiding geboden bij het vinden van arbeidsvervangende activiteiten; de begeleiding heeft betrekking op het vinden van de weg door wet- en regelgeving en de aangeboden diensten door arbeidsbemiddelaars;
- Eventueel wordt de cliënt ondersteund bij contacten met andere instellingen;
- Onderzocht wordt of er een financier (UWV, gemeente of werkgever) is voor het betreffende traject.

### **Uitgangspunten bij de zorg- en dienstverlening**

- Arbeidsbegeleiding wordt voor een belangrijk deel gefinancierd uit middelen van UWV, gemeentes en werkgever. Voor een aantal diensten is echter AWBZ-financiering nodig. Hierover gaan de hierboven beschreven activiteiten;
- Verder wordt verwezen naar de algemene uitgangspunten bij de zorg- en dienstverlening.

### **Discipline**

Maatschappelijk werker

## **12g Training Persoonlijke en Financiële Administratie**

### **Productomschrijving**

De Training Persoonlijke Administratie is erop gericht de visueel beperkte cliënt zijn persoonlijke administratie zo zelfstandig mogelijk te laten uitvoeren.

### **Doelgroep**

- Cliënten die hun persoonlijke administratie niet kunnen uitvoeren;
- Cliënten die hun persoonlijke administratie beperkt kunnen uitvoeren;
- Cliënten die hun persoonlijke administratie niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan zijn persoonlijke administratie beperkt zelfstandig uitvoeren (aanleren);
- De cliënt kan zijn persoonlijke administratie zelfstandig uitvoeren (uitbreiden);
- De cliënt kan zijn persoonlijke administratie weer zelfstandig uitvoeren (opnieuw leren).

### **Inhoud van het product**

- Door middel van een intakegesprek wordt informatie verzameld over de hulpvraag;
- Er kan aandacht worden besteed aan de volgende onderwerpen:
  - Gebruik van betaalmiddelen;
  - Indeling portemonnee;
  - Pinnen/werking pinautomaat;
  - Ordenen administratie.

### **Discipline**

revalidatietherapeut

## **13 Activiteiten en participatie: domein Maatschappelijk, Sociaal en Burgerlijk leven**

### **13a Onderzoek en advies sociale participatie en vrijetijdsbesteding**

#### **Productomschrijving**

Exploratie Maatschappelijk, Sociaal en Burgerlijk leven inventariseert de knelpunten die de cliënt ervaart omtrent het zinvol indelen en besteden van zijn dag en in het bijzonder zijn vrije tijd. De cliënt wordt geïnformeerd over de mogelijkheden en eventuele alternatieven. Eventueel wordt bekeken of een voor de cliënt bekende activiteit kan worden aangepast aan de visuele beperking.

#### **Doelgroep**

- Cliënten die hun vrije tijd te beperkt en onvoldoende zinvol kunnen invullen en/of indelen.

#### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan op een voor hem/haar acceptabel niveau zijn/haar vrije tijd invullen.

#### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek;
- Inzicht wordt verkregen in de knelpunten die de cliënt ervaart bij het zinvol besteden en indelen van zijn vrije tijd;
- Vervolgens wordt de cliënt geadviseerd en geïnformeerd over verschillende alternatieven met betrekking tot de invulling van de vrije tijd. Daarbij worden mogelijkheden op een rij gezet; zo wordt bijvoorbeeld bekeken of een voor de cliënt bekende activiteit kan worden aangepast aan de visuele beperking;
- De cliënt krijgt inzicht en uitleg omtrent de resultaten van het onderzoek en advies over mogelijke trainingen en/of begeleiding.

#### **Discipline**

revalidatietherapeut



## **13b Training vrije tijd- en dagbesteding**

### **Productomschrijving**

De Training Vrijtijdsbesteding stelt de visueel beperkte cliënt in staat om zijn vrije tijdsvaardigheden zo zelfstandig mogelijk uit te voeren. De cliënt leert nieuwe activiteiten of een voor de cliënt bekende activiteit wordt aangepast aan de visuele beperking. De training kan of wel individueel of wel in groepsverband plaatsvinden.

### **Doelgroep**

- Cliënten die hun vrije tijd te beperkt zinvol kunnen indelen en invullen;
- Cliënten die één of meer vrije tijdsvaardigheden niet meer (zelfstandig) kunnen uitvoeren;
- Cliënten die ondersteuning nodig hebben bij deelname aan vrijtijdsbesteding in het reguliere circuit.

### **Doelstelling en resultaten**

- De cliënt kan zijn vrije tijdsvaardigheden zelfstandig uitvoeren (aanleren);
- De cliënt kan nieuwe vrije tijdsvaardigheden zelfstandig uitvoeren (uitbreiden);
- De cliënt kan bekende vrije tijdsvaardigheden opnieuw zelfstandig uitvoeren (opnieuw leren);
- De cliënt kan zelfstandig deelnemen aan vrijtijdsbesteding in het reguliere circuit.

### **Inhoud van het product**

- De cliënt leert nieuwe activiteiten of een voor de cliënt bekende activiteit wordt aangepast aan de visuele beperking, óf;
- De cliënt wordt in zijn eigen omgeving ondersteund bij het voortzetten van activiteiten;
- De begeleiding kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. Of de cliënt zorg individueel zorg ontvangt of in een groep, is ter beoordeling van de professional en afhankelijk van diverse factoren en omstandigheden.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut;

## **14 Externe factoren: fysieke omgeving**

### **14a (Ergonomisch) hulpmiddelenonderzoek en –advies**

#### **Productomschrijving**

Dit product is op dit moment nog niet beschreven. Hier wordt aan gewerkt.

#### **Doelgroep**

- 

#### **Doelstelling en resultaten**

- 
- 

#### **Inhoud van het product**

- 
- 
- 
- 
- 

#### **Discipline**

## **14b Informatie en Voorlichting (is algemeen product behorend bij informatie en adviesfunctie, profiel 0)**

### **Productomschrijving**

Informatie en Advies is gericht op het kennismaken met de dienstverlening van Visio en met de hulp en voorzieningen die Visio biedt. Aan de bezoeker – al dan niet visueel beperkt - wordt korte informatie verstrekt over hulpmiddelen, voorzieningen en instanties. De informatie kan worden verstrekt via een inloopbezoek, een informatiebezoek op afspraak, telefonisch, tijdens een voorlichtingsbijeenkomst of een "informatiemarkt".

### **Doelgroep**

- Potentiële cliënten en belangstellenden, al dan niet visueel beperkt, hun familie, scholieren, vrijwilligers, mantelzorgers en professionele hulpverleners met een vraag over de dienstverlening van Visio of naar mogelijkheden voor het functioneren met een visuele beperking.

### **Doelstelling en resultaten**

- Kennismaken met de dienstverlening van Visio en met de hulp en voorzieningen die Visio biedt;
- Het verstrekken van informatie en advies over hulpmiddelen, voorzieningen en instanties.

### **Inhoud van het product**

- Tijdens het contact wordt informatie en advies gegeven over de dienstverlening en de mogelijkheden voor het functioneren met een visuele beperking; vragen hebben betrekking op het visusverlies, tips en adviezen over het omgaan met de beperking en de aard en werkwijze van de hulpverlening;
- Indien gewenst wordt informatie verstrekt over hulpmiddelen, voorzieningen en instanties;
- Regelmatig is sprake van morele ondersteuning. De infomedewerker is vaak de eerste waar een cliënt echt begrip en erkenning krijgt in combinatie met kennis van zaken en tijd voor contact;
- Er bestaat de mogelijkheid tot het lenen van enkele hulpmiddelen voor een bepaalde periode;
- De informatie kan worden verstrekt via een inloopbezoek, een informatiebezoek op afspraak, telefonisch, tijdens een voorlichtingsbijeenkomst of een "informatiemarkt";
- Soms wordt in de vorm van een voorlichtingsbijeenkomst een specifieke vraag van belangstellenden beantwoord. Deze vragen kunnen betrekking hebben op uitleg over slechtziendheid en blindheid, het belichten van de meest voorkomende oogaandoeningen, ervaring opdoen met behulp van simulatiebrillen, het omgaan met visueel beperkte mensen, het kennismaken met hulpmiddelen en de mogelijkheden van Visio toelichten;
- Er zijn informatiebrochures beschikbaar voor bezoekers, onder meer over hulpmiddelen. Tevens is er op het regionaal centrum een permanente tentoonstelling van hulpmiddelen en een documentatiekast met materiaal van externe organisaties;

- Om mensen zich beter te kunnen laten inleven in hoe het is als slechtziende of blinde, worden ook Belevingsworkshops georganiseerd.

### **Discipline**

Medewerker informatie en advies

## **14c Verlichting- en inrichtingsadvies (wonen en/of werk)**

### **Productomschrijving**

Verlichtings- en Inrichtingsonderzoek en advies is bestemd voor cliënten met een visuele beperking die – als gevolg van die beperking - problemen en/of risico's ervaren met de verlichting, inrichting en/of veiligheid in hun directe omgeving. Nagegaan wordt welke mogelijkheden de cliënt heeft en bij welk aanpassingen de cliënt het meest is gebaat. Uit het onderzoek volgt een advies op maat: afgestemd op de ruimte(s), het takenpakket en het visueel functioneren van de cliënt. Het onderzoek vindt eenmalig plaats.

### **Doelgroep**

Cliënten met een visuele beperking die - als gevolg van die beperking - problemen en/of risico's ervaren met de verlichting, inrichting en/of veiligheid in hun directe omgeving.

### **Doelstelling**

- Het in kaart brengen van de problemen of risico's op het gebied van verlichting, inrichting en/of veiligheid die de cliënt ondervindt in zijn omgeving als gevolg van de visuele beperking;
- Nagaan bij welke oplossingen de cliënt het meest is gebaat;
- Inzicht verschaffen en uitleg geven betreffende de resultaten van het onderzoek en advies geven over mogelijke interventies.

### **Inhoud van het product**

- Dossieranalyse: hierbij zijn vooral de VFO-gegevens en andere gegevens rondom lichamelijke of psychische beperkingen belangrijk;
- Probleemanalyse aan de hand van een gesprek; nagegaan wordt welke werkzaamheden de cliënt verricht en wat zijn klachten zijn als het gaat om de verlichting of veiligheid;
- Er wordt een bezoek gebracht aan de omgeving waar het onderzoek betrekking op heeft; daarbij wordt gelet op verlichting, inrichting en/of veiligheid; de verlichting wordt gemeten; zo worden de verlichtingsarmaturen in de betreffende werkruimtes geïnventariseerd, wordt gekeken naar gebruikte kleuren, invallend licht, ergonomie, gebruikte materialen en plaatsbepaling en opstelling van het gebruikte meubilair; ook wordt in kaart gebracht hoe en waarmee (materialen) bepaalde taken worden uitgevoerd;
- Indien er een veiligheidsonderzoek wordt uitgevoerd, wordt nagegaan welke veiligheidsrisico's bestaan voor de cliënt;
- Er wordt informatie en advies gegeven over de mogelijkheden tot interventies in de vorm van aanpassingen in verlichting of inrichting en/of ter verbetering van de veiligheid. De cliënt én opdrachtgever ontvangen een schriftelijke rapportage van bevindingen en adviezen (maatwerk), waaronder een verlichtingsberekening.

### **Discipline**

revalidatietherapeut

## **14ca Onderzoek Woon- en Leefomgeving**

### **Productomschrijving**

Het Onderzoek Woon- en leefomgeving is erop gericht de cliënt optimaal te laten functioneren in zijn woon- en leefomgeving. Hiertoe wordt in kaart gebracht welke hulpvraag de cliënt heeft op het gebied van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid.

### **Doelgroep**

- Cliënten met een probleem op het gebied van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid in hun woon- en leefomgeving.

### **Doelstelling en resultaten**

- Het in kaart brengen van de problematiek van de cliënt met betrekking tot bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van de woon- en leefomgeving;
- Het geven van adviezen ter verbetering van de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van de woon- en leefomgeving van de cliënt.

### **Inhoud van het product**

- De huidige situatie van de cliënt op het gebied van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid wordt in kaart gebracht;
- Een bezoek aan de lichtbelevingsruimte kan onderdeel uitmaken van het onderzoek;
- Er wordt algemene informatie verstrekt over het verbeteren van de verlichting en inrichting;
- Er wordt een inrichtings-/verlichtingsadvies opgesteld, al dan niet in samenwerking met een gespecialiseerd bedrijf;
- Indien nodig wordt contact gelegd met een installatiebedrijf;

### **Discipline**

revalidatietherapeut; Ambulant begeleider;

## **14d Advies bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid**

### **Productomschrijving**

Het Onderzoek Bereikbaarheid, Toegankelijkheid en Bruikbaarheid (BTB) is erop gericht de voorzieningen van openbare gebouwen en andere instellingen te verbeteren als het gaat om bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid voor visueel beperkten.

### **Doelgroep**

- Cliënten, cliëntsystemen, medewerkers van gemeenten of andere instellingen die problemen ondervinden als het gaat om de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van gebouwen voor visueel beperkten.

### **Doelstelling en resultaten**

- De bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van het openbaar gebouw zijn adequaat voor visueel beperkten.

### **Inhoud van het product**

- De zelfstandigheidstherapeut, ambulant begeleider of de verlichtingsadviseur bekijkt op locatie in hoeverre het (openbaar) gebouw bereikbaar, toegankelijk en bereikbaar is voor visueel beperkten; hierbij wordt gelet op verlichting en inrichting, contrast en ergonomie;
- Naar aanleiding hiervan wordt advies gegeven. De advisering is gericht op verlichting, contrast- en kleurgebruik, route en bewegwijzering, eventueel gidslijnen en de bediening van apparatuur.

### **Discipline**

Revalidatietherapeut; Ambulant begeleider;

## **15 Externe factoren: sociale omgeving**

### **15a Teambegeleiding (profiel 6)**

#### **Productomschrijving**

Externe Scholing en Begeleiding is een onderdeel van het VVB-traject en heeft als doel beroepsmatig betrokkenen te ondersteunen bij de behandeling en begeleiding van de visueel en verstandelijk beperkte cliënt. Specialistische kennis en expertise over het functioneren met een visuele en verstandelijke beperking wordt overgedragen aan beroepsopvoeders, paramedici en leerkrachten in de vorm van deskundigheidsbevordering of bijscholing/cursussen. Externe Scholing vergt één sessie van twee uur. Tijdens de Begeleiding zijn er ongeveer vijf contactmomenten.

#### **Doelgroep**

- Beroepsmatig betrokkenen van andere (AWBZ-)instellingen zoals pedagogisch medewerkers, AVG-artsen, pedagogen, paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten) en leerkrachten.

#### **Doelstelling en resultaten**

- Ondersteuning, begeleiding en deskundigheidsbevordering van medewerkers van andere (AWBZ-)instellingen bij de behandeling en begeleiding van mensen met een visuele beperking;
- Samen met de beroepsmatig betrokkenen komen tot een beeld van de betreffende cliënt als het gaat om (compensatie)mogelijkheden en beperkingen;
- Het opstellen en uitvoeren van verbeterdoelen (hoofd-/werkdoelen).

#### **Inhoud van het product**

- Het dossier wordt gescreend en er vindt een observatie (onder andere door middel van video) plaats in de omgeving van de cliënt;
- Tijdens de scholing wordt samen met de beroepsmatig betrokkenen aan de hand van een video een beeld van de betreffende cliënt gevormd. Tevens krijgen ze informatie over visuele beperkingen en/of stoornissen over het visueel functioneren en/of de invloed op de verschillende ontwikkelingsgebieden;
- Er worden verbeterdoelen geformuleerd samen met de beroepsmatig betrokkenen. Deze verbeterdoelen hebben betrekking op de omgang met de cliënt met een visuele beperking (cliëntstelsel); ook is er aandacht voor het aanpassen van de fysieke omgeving of het aanleren van nieuwe of stimuleren van bestaande vaardigheden bij de cliënt.
- Zie methodiek kijk zo kan het ook

#### **Discipline**

Ambulant begeleider, gedragskundige



## **15b Advisering en consultatie aan externen (profiel 6)**

### **Productomschrijving**

Consultatie heeft als doel beroepsmatig betrokkenen van de cliënt te ondersteunen bij de behandeling en begeleiding van de cliënt met een visuele stoornis en/of beperking. Door het overdragen van specialistische kennis en expertise over het functioneren met een visuele stoornis en/of beperking wordt antwoord gegeven op hulpvragen die om een zeer specifieke benadering vragen. Als gevolg hiervan wordt het handelingsplan van de cliënt aangepast.

### **Doelgroep**

Beroepsmatig betrokkenen van andere (AWBZ)-instellingen (zorginstelling, verpleeghuis, ODC) zoals AVG-artsen, pedagogen, paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten) en leerkrachten die een specialistische vraag hebben over het functioneren met een visuele stoornis en/of beperking bij een bepaalde cliënt.

### **Doelstelling**

- Ondersteuning, begeleiding en deskundigheidsbevordering van medewerkers van andere (AWBZ)-instellingen bij de behandeling en begeleiding van een cliënt met een visuele stoornis en/of beperking;
- Het geven van handelingsadviezen gericht op de omgang met een specifieke cliënt met een visuele stoornis en/of beperking en de mogelijkheden tot behandeling.

### **Inhoud van het product**

- De betreffende instelling (doorgaans een andere (AWBZ)-instelling, zoals een instelling voor verstandelijk gehandicapten, een verpleeghuis of een ODC) neemt contact op met de vraag voor de gewenste ondersteuning;
- Soms vindt observatie plaats in de leefsituatie van de betreffende cliënt en/of wordt het dossier gescreend;
- Er worden handelingsadviezen gegeven aan de beroepsmatig betrokkenen. Deze adviezen zijn gericht op de omgang met de cliënt met een visuele stoornis en/of beperking en de mogelijkheden tot behandeling;
- Als gevolg hiervan wordt het handelingsplan van de cliënt aangepast.

**Zie ook 15 a**

## **16 Betrekking hebbend op alle A&P + Externe factoren**

### **16a Specialistische begeleiding (profiel 4b)**

#### **Productomschrijving**

De specialistische begeleiding is erop gericht op de visueel beperkte cliënt zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. De cliënt wordt ondersteund in verband met ernstig tekortschietende vaardigheden in het zelfregulerend vermogen, sociaal-emotionele problematiek die samenhangt met de stoornis of bij mogelijke integratie in de samenleving en sociale participaties. Cliënten krijgen gedurende ongeveer anderhalf uur per week ondersteuning in hun eigen woonsituatie

#### **Doelgroep**

- Cliënten met een visuele beperking, soms in combinatie met een verstandelijke beperking, lichamelijke beperking, auditieve beperking en psychiatrische problematiek die (al) zelfstandig wonen en vanwege hun visuele problematiek structurele specialistische begeleiding nodig hebben in het kader van de sociale redzaamheid, sociale relaties en maatschappelijk leven. De visuele problematiek staat hierbij op de voorgrond.

#### **Doelstelling**

- Het ontwikkelen en behouden van een zo groot mogelijke mate van zelfstandigheid;
- Zodanige begeleiding dat cliënten in staat zijn zoveel mogelijk mee kunnen draaien in de maatschappij;
- Het optimaliseren van het welbevinden;
- Het verminderen van de problematiek van de cliënt en het voorkomen van erger;
- Ondersteuning bieden bij het leren omgaan met de beperking en – indien van toepassing - het proces van achteruitgang;
- Het vergroten van de sociale competentie, waaronder het aanleren van vaardigheden op gebieden als praktische, (psycho)sociale en maatschappelijke redzaamheid en zelfstandigheid.

#### **Inhoud van het product**

- Met iedere cliënt wordt een handlingsplan met individuele doelstellingen gemaakt;
- De structurele ondersteuning richt zich op de specifieke situatie van de cliënt en is gericht op het zo optimaal mogelijk wonen en functioneren; concreet betekent dit praktische ondersteuning bij zelfredzaamheid, ADL, hulpmiddelengebruik en mobiliteit; er kan ook psychosociale ondersteuning worden geboden bij het verwerken van het verlies aan vaardigheden of in de vorm van een praatpaalfunctie of luisterend oor en/of ondersteuning bij sociale participatie en integratie in de samenleving, bijvoorbeeld bij de opbouw van een sociaal netwerk of het uitzoeken van een vakantie;
- Soms is een deel van de ondersteuning ook gericht op de omgeving van de cliënt ter verbetering van die relatie.

#### **Discipline**

Ambulante begeleider



## **Cliëntprofielen- en productenboek auditief en/of communicatief**

Status: Vastgesteld  
Datum: 4 juni 2013  
Versie: 1.0

## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Inleiding   | 3  |
| Cliëntprofiel 1 Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar                      | 4  |
| Cliëntprofiel 2 Dove cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar   | 8  |
| Cliëntprofiel 3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar                                | 12 |
| Cliëntprofiel 4 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar       | 16 |
| Cliëntprofiel 5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar                                   | 21 |
| Cliëntprofiel 6 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar  | 26 |
| Cliëntprofiel 7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar                       | 30 |
| Cliëntprofiel 8 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar        | 34 |
| Cliëntprofiel 9 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 23 jaar                                  | 39 |
| Cliëntprofiel 10 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 5 tot 12 jaar  | 44 |
| Cliëntprofiel 11 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 23 jaar                     | 48 |
| Cliëntprofiel 12 Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 tot 23 jaar              | 52 |
| Cliëntprofiel 13 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 12 tot 23 jaar | 57 |
| Cliëntprofiel 14 Vroegdove volwassen cliënt   | 61 |
| Cliëntprofiel 15 Plotsdove of laatdove volwassen cliënt   | 66 |
| Cliëntprofiel 16 Slechthorende volwassen cliënt   | 70 |
| Cliëntprofiel 17 Doofblinde volwassen cliënt  | 74 |

## Inleiding

In 2011 zijn de instellingen verenigd in VIVIS/SIAC in opdracht van het ministerie van VWS gestart met de uitvoering van het plan van aanpak 'Verbindend Vernieuwen'. In dit traject wordt samen met het ministerie van VWS, de cliëntenorganisaties en overige partijen gezamenlijk toegewerkt naar een passende, toekomstbestendige en beheersbare positionering en bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke en communicatieve beperking. Om te toe te werken naar meer transparantie in cliëntengroepen, zorgaanbod en zorggebruik is door SIAC een cliëntprofielen- en productenboek voor de subsector auditief en/of communicatief ontwikkeld.

### *ICF als ordeningskader<sup>1</sup>*

De Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (International Classification of Functioning, Disability and Health), afgekort ICF, vormt een taal met behulp waarvan verschillende gegevens op het gebied van de gezondheid kunnen worden vastgelegd. Dankzij deze gestandaardiseerde gemeenschappelijke taal kunnen uiteenlopende vakgebieden en takken van wetenschap wereldwijd communiceren over gezondheid en gezondheidszorg. De ICF is een model voor het in kaart brengen van de invloed van tijdelijke of blijvende gezondheidstoestanden en contextuele factoren op het functioneren van individuen. De ICF verlegt de aandacht van oorzaak naar gevolgen en van medisch naar psychosociaal. Daardoor kan blijken dat twee mensen met dezelfde functiestoornis heel verschillende functioneringsproblemen ondervinden en dus ook een ander behandel- of begeleidingsaanbod vragen. Uitgangspunt van de ICF is dat het menselijk functioneren wordt bepaald door de wisselwerking tussen vijf factoren: de individuele gezondheidstoestand; de fysieke en mentale functies en bijbehorende anatomische eigenschappen; vermogen en uitvoering van activiteiten en participatiemogelijkheden; en externe en persoonlijke factoren. Communicatie is een vereiste voor verreweg de meeste dagelijkse activiteiten en participatie in de samenleving. De ICF is dan ook bij uitstek geschikt in de zorg voor kinderen en volwassenen met auditieve en/of communicatieve beperkingen. De ICF is dan ook gebruikt als ordeningskader bij het opstellen van een cliëntprofielen- en productenboek voor de sector auditief en/of communicatief (inclusief doofblind).

### *17 cliëntprofielen onderscheiden*

Er zijn door inhoudsdeskundigen 17 cliëntprofielen onderscheiden, waarbij de cliënt en zijn hulpvraag als uitgangspunt zijn genomen. De ICF is als ordeningskader gebruikt. Een cliëntprofiel is een groep cliënten met overeenkomsten in diagnose, stoornis, beperkingen die worden ervaren en de algemene hulpvragen die zij stellen. Bij de indeling vormt de dominante stoornis (of deze vroeg of laat verworven is), de levensfase en of er sprake is van een cochleair implantaat de basis voor het onderscheid.

Vanuit de hulpvraag van de cliënt is het aanbod, de aanpak van de zorg, beschreven: aan welke doelen wordt gewerkt en welke resultaten worden beoogd. Ook is per cliëntprofiel het zorgtraject beschreven: wat is de kern van de behandeling en/of specialistische begeleiding die wordt geboden, wat is de globale werkwijze, welke disciplines zijn betrokken en wie is (eind)verantwoordelijk voor de zorg.

---

<sup>1</sup> Uit 'Typering van zorg en cliënten Kentalis met ICF', Jan Buitenhek & Jet Isarin, oktober 2012

## Cliëntprofiel 1 Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies<ul style="list-style-type: none"><li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

*Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*  
Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen

kunnen verschillen.

- Beperkingen voortkomend uit een gehoorbeperking kunnen zo ernstig zijn dat ze van invloed zijn op diverse situaties van het leven.
- Een baby met een gehoorbeperking mist de mogelijkheid om auditieve informatie tot zich te nemen, er is onvoldoende communicatie mogelijk met de naaste omgeving. Het participeren in de horende wereld is beperkt.
- Er kan sprake zijn van een vertraging van de algehele ontwikkeling als gevolg van onvolledige toegang tot communicatie en auditieve informatie.
- Het opbouwen van een relatie met personen uit de naaste omgeving worden negatief beïnvloed door de communicatieve beperkingen.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De mate waarin de omgeving is aangepast aan de dove/slechthorende baby (omgevingsvoorwaarden), vooral ten aanzien van interactie en communicatie en de mobiliteit (een aangetast evenwichtsorgaan is vaak een bijkomend probleem bij een gehoorbeperking) is zeer bepalend voor de ontwikkeling van de dove/slechthorende baby. Naast deze problemen spelen ook de (culturele) achtergrond de betrokkenheid en de draagkracht en draaglast van de opvoeders een grote rol. Het acceptatieproces van het cliëntsysteem is van wezenlijke invloed op de ontwikkelmogelijkheden van het kind. De omgeving staat voor een zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie en opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Help mijn ouders om de communicatie tussen mij, mijn ouders en directe omgeving toegankelijk te maken.
- Help mijn ouders bij het op gang brengen mijn de communicatieve ontwikkeling.
- Geef mijn ouders zicht op de beschikbare en mogelijke hulpmiddelen om de auditieve problemen te beperken.
- Help mijn ouders bij het stimuleren van mijn sociaal emotionele ontwikkeling.
- Help mijn ouders om te leren gaan met alle vragen die ze hebben over het gehoorverlies, de gevolgen voor mij en wat dit betekent voor mijn toekomst. Voorzie mijn ouders van alle mogelijke informatie om een afgewogen keuzes te kunnen maken in mijn ontwikkeling.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

|   |  |
|---|--|
| <b>2.1. Aanpak</b>  |  |
| <p>Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?</p> <p><i>Kind</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stimuleren van de preverbale ontwikkeling en taalontwikkeling</li> <li>- stimuleren van de hoorontwikkeling</li> <li>- leren omgaan met hoorhulpmiddelen</li> <li>- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de (senso-) motorische ontwikkeling</li> <li>- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ondersteunen in het acceptatie- en verwerkingsproces na het krijgen van een kind met een auditieve beperking</li> <li>- leren communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind</li> <li>- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking</li> <li>- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies</li> <li>- In contact brengen met lotgenoten</li> <li>- Passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt</li> </ul> |  |
| <b>2.2. Resultaten</b>  |  |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <p><i>Kind</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de (pre-) verbale vaardigheden van het kind zijn uitgebreid en de taalontwikkeling is gestart.</li> <li>- kent de eerste sociale vaardigheden zoals dag zeggen, uitzwaaien, vragen om aandacht.</li> <li>- kan geluiden lokaliseren, herkennen en onderscheiden.</li> <li>- kan optimaal spraakverstaan met een passend hoorhulpmiddel.</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het acceptatieproces is op gang gebracht.</li> <li>- zijn geïnformeerd en toegerust; ze hebben handvatten om met hun kind met auditieve beperkingen om te gaan</li> <li>- voelen zich vaardig in hun rol als opvoeder.</li> <li>- de communicatie en interactie tussen kindsysteem en kind verloopt optimaal.</li> <li>- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.</li> </ul>   |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>   |  |
| <i>Componenten</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.</li> </ul> |



|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.</li> </ul>   |
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt</li> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten</li> </ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog   |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker<br>Logopedist<br>(Klinisch) linguïst<br>Audioloog<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/Totale Communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut<br>Maatschappelijk werker/systeemgericht zorgverlener<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut |

## Cliëntprofiel 2 Dove of ernstig slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |   |
|--|---|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230):<ul style="list-style-type: none"><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>   |

#### 1.2. Cliëntprofiel

*Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*  
Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen

kunnen verschillen.

- Beperkingen voortkomend uit een gehoorbeperking kunnen zo ernstig zijn dat ze van invloed zijn op diverse situaties van het leven.
- Een doof/ernstig slechthorend kind mist de mogelijkheid om auditieve informatie tot zich te nemen, er is onvoldoende communicatie mogelijk met de naaste omgeving. Het participeren in de horende wereld is beperkt.
- Er kan sprake zijn van een vertraging van de algehele ontwikkeling als gevolg van onvolledige toegang tot communicatie en auditieve informatie.
- Het opbouwen van een relatie met personen uit het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> milieu worden negatief beïnvloed door de communicatieproblemen.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De mate waarin de omgeving is aangepast aan het dove/ernstig slechthorende kind (omgevingsvoorwaarden), vooral ten aanzien van interactie en communicatie en de mobiliteit (een aangetast evenwichtsorgaan is vaak een bijkomend probleem bij een gehoorbeperking) is zeer bepalend voor de ontwikkeling van het dove/slechthorende kind. Naast deze problemen spelen ook de (culturele) achtergrond de betrokkenheid en de draagkracht van de opvoeders een grote rol. De omgeving staat voor een zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie en opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij om op functionele wijze in contact te treden met de mensen in mijn omgeving.
- Leer mij me (pre)verbaal te uiten.
- Leer mij omgaan met leeftijdsgenoten.
- Leer mij (pre)sociale vaardigheden aan.
- Leer mij, mijn ouders en directe omgeving gebaren(taal)vaardig te worden (en te blijven).
  
- Help mijn ouders om te leren gaan met alle vragen die ze hebben over het gehoorverlies en de gevolgen hiervan voor mij.
- Help mijn ouders bij het stimuleren van mijn sociaal-emotionele ontwikkeling.
- Help mijn ouders om de communicatie voor mij toegankelijk te maken.
- Help mijn ouders bewust te worden van het "dovenaspect" (cultuur, taal, etc).
- Help mijn ouders binnen de opvoeding af te stemmen op mijn communicatieve beperkingen- en mogelijkheden.
- Help mijn ouders bij het verwerken en accepteren van mijn auditieve beperking.
- Informeer en adviseer mijn ouders bij het bepalen van de schoolkeuze.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## 2. Beantwoorden van de hulpvraag

### 2.1. Aanpak

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

#### *Kind*

- stimuleren van de (gebaren)taalontwikkeling en spraakontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling (spraak en taal)
- leren omgaan met hoorhulpmiddelen
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, uitbreiden van sociale (communicatieve) vaardigheden
- contact leggen met andere auditief beperkte kinderen of auditief beperkte volwassenen om een deel van zichzelf te herkennen
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de (senso-) motorische ontwikkeling
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

#### *Ouders*

- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies (lezen van audiogrammen, technische informatie over hoorhulpmiddelen, onderwijs)
- informeren over het 'dovenaspect' (taal, cultuur)
- in contact brengen met lotgenoten
- leren om familie, woonomgeving en peuterspeelzalen te informeren en adviseren in de omgang met hun auditief beperkte kind
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

### 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

#### *Kind*

- de (gebaren) taalontwikkeling verloopt optimaal
- de spraakontwikkeling verloopt optimaal
- gebruikt zijn (kwalitatief mindere) gehoor; het kan geluiden herkennen, onderscheiden en kan optimaal spraak verstaan
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald

|  |   |
|--|---|
| <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder</li> <li>- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt optimaal</li> <li>- zijn voldoende gebarentaalvaardig</li> <li>- cliëntsysteem is op de hoogte en kan omgaan met de auditieve beperking</li> <li>- cliëntsysteem is voldoende gebarentaalvaardig</li> <li>- zijn lerende de auditieve beperking van hun kind te verwerken en te accepteren</li> <li>- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.</li> </ul> |   |
| <p><b>3. Zorgtraject</b></p>   |   |
| <p><i>Componenten</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak-(gebaren) taalontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.</li> <li>- Behandeling gericht op de sociale-emotionele ontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op de zelfredzaamheid.</li> </ul> |
| <p><i>Vorm</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt</li> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <p><i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i></p>   | <p>Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog</p>  |
| <p><i>Betrokken disciplines</i></p>  | <p>Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br/> Pedagogisch medewerker<br/> Logopedist<br/> (Klinisch) linguïst<br/> Audioloog<br/> Psycho-diagnosticus<br/> Gebarendocent/Totale Communicatie-deskundige<br/> Vaktherapeut<br/> Maatschappelijk werker/systeemgericht zorgverlener<br/> Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut</p>  |

## Cliëntprofiel 3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem(b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

##### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- Beperkingen voortkomend uit een slechthorendheid kunnen zo ernstig zijn dat ze van invloed zijn op diverse situaties van het leven.
- Een slechthorend kind heeft een verminderde mogelijkheid om auditieve informatie tot zich te nemen, er is een beperkte communicatie mogelijk met de naaste omgeving. Het participeren in de horende wereld is niet vanzelfsprekend.
- Er kan sprake zijn van een vertraging van de algehele ontwikkeling als gevolg van onvolledige toegang tot communicatie en auditieve informatie.
- Het opbouwen van een relatie met personen uit het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> milieu kan negatief beïnvloed worden door de communicatieproblemen.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De mate waarin de omgeving is aangepast aan het slechthorende kind (omgevingsvoorwaarden), vooral ten aanzien van interactie en communicatie en de mobiliteit (een aangetast evenwichtsorgaan is vaak een bijkomend probleem bij een gehoorbeperking) is zeer bepalend voor de ontwikkeling van het slechthorende kind. Naast deze problemen spelen ook de (culturele) achtergrond de betrokkenheid en de draagkracht van de opvoeders een grote rol. De omgeving staat voor een verzwaarde taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie en opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- o Leer mij me begrijpelijk en/of verstaanbaar uiten.
- o Leer mij omgaan met leeftijdsgenoten.
- o Leer mij de mogelijkheid om toegang te krijgen tot gesproken Nederlands.
- o Help mijn ouders mij te begrijpen.
- o Help mijn ouders om de communicatie voor mij toegankelijk te maken.
- o Help mijn ouders mijn sociaal emotionele ontwikkeling te stimuleren.
- Help mijn ouders om te leren gaan met alle vragen die ze hebben over het gehoorverlies en de gevolgen hiervan voor mij.
- Informeer en adviseer mijn ouders bij het bepalen van de schoolkeuze.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

## 2.1. Aanpak

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling (spraakafzien, non-verbale communicatie)
- leren omgaan met hoorhulpmiddelen
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, uitbreiden van sociale communicatieve vaardigheden
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

*Ouders*

- leren communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind, zoals eerst aandacht vragen, rustig spreektempo, duidelijk articuleren
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies (lezen van audiogrammen, technische informatie over hoorhulpmiddelen, onderwijs)
- in contact brengen met lotgenoten
- leren om familie, woonomgeving en peuterspeelzalen te informeren en adviseren in de omgang met hun auditief beperkte kind
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

## 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- de spraak- en taalontwikkeling verloopt conform goedgevoerde leeftijdsgenoten
- kan spraak verstaan met zijn hoorhulpmiddel in rustige omgeving
- kan ondersteunend spraakafzien en nonverbale communicatie aflezen
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald

*Ouders*

- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt optimaal
- cliëntstelsel is op de hoogte en kan omgaan met de auditieve beperking
- zijn lerende de auditieve beperking van hun kind te verwerken en te accepteren
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.



| <b>3. Zorgtraject</b>                             |   |
|---|---|
| <i>Componenten</i>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>○ Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.</li> <li>○ Behandeling gericht op verbetering van de spraak-(gebaren) taalontwikkeling.</li> <li>○ Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.</li> <li>○ Behandeling gericht op de sociale-emotionele ontwikkeling.</li> <li>○ Behandeling gericht op de zelfredzaamheid.</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Individueel contact met de cliënt</li> <li>○ Groepscontact met de cliënt</li> <li>○ Individueel contact met cliëntstelsel van één cliënt</li> <li>○ Groepscontact met cliëntstelsel van meerdere cliënten</li> </ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Op locatie instelling</li> <li>○ In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog   |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker<br>Logopedist<br>(Klinisch) linguïst<br>Audioloog<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/Totale Communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut<br>Maatschappelijk werker/systeemgericht zorgverlener<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut.  |

## **Cliëntprofiel 4 Dove of slechthorende cliënt met een CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar**

### **1. Vaststellen van de hulpvraag**

#### **1.1. Relevante ICF-categorieën**

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies:<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>  |

#### **1.2. Cliëntprofiel**

##### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- De cliënt mist de mogelijkheid om auditieve informatie kwalitatief goed tot zich te nemen. Het verwerven en verwerken van informatie wordt daardoor belemmerd. Daarnaast kunnen er problemen zijn in de oriëntatie in de ruimte (niet horen waar geluid vandaan komt). De cliënt is vaak mede afhankelijk van andere zintuiglijke input (visueel, reuk en tast) naast het inzetten van hun gehoor. Het vraagt van kinderen met een CI veel inzet en inspanning om taal te begrijpen, wat bijvoorbeeld tot hoofdpijnklachten of vermoeidheid kan leiden.
- Het kind heeft ondanks het CI vaak nog onvoldoende toegang tot de gesproken taal en is onvoldoende in staat om in de horende wereld te participeren. De plaatsing van een CI heeft in veel gevallen een positieve invloed op de taal-/ spraakontwikkeling, maar kinderen met een CI blijven informatie missen waarvan ze zich niet altijd bewust zijn. Meer impliciete, informele informatie gaat verloren en het verstaan van spraak in ruis voor kinderen met een CI veel moeilijker. Kinderen met een CI hebben baat bij ondersteunende gebaren en zijn afhankelijk van gebaren in situaties waarin ze hun CI niet kunnen dragen (douchen, sporten, slapen).
- Bij kinderen met CI zijn met name de 'hogere taalfuncties' die nodig zijn in sociale communicatie veel minder goed ontwikkeld. De cliënt kan problemen ervaren in het begrijpen van complexere talige situaties, het communiceren met anderen, het opbouwen van contacten en zelfredzaamheid.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Ook dove kinderen die een CI dragen verschillen ten opzichte van elkaar. Individuele verschillen in leeftijd, karakter, weerbaarheid en gezondheid beïnvloeden de impact van de problematiek op deelname aan de verschillende activiteiten. Daarnaast kan het moment van implantatie invloed hebben op de (taal-/ spraak)ontwikkeling.

Er zijn verschillen in de mate waarin de omgeving van het kind de doofheid van hun kind accepteert en de CI hanteert. Overschatting vanuit de omgeving is een risico, omdat kinderen met een CI in communicatief opzicht vaak sterker imponeren dan dat ze zijn.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Help mij en mijn ouders bij het voorbereiden op, begeleiden bij en revalideren voor, tijdens en na de CI-operatie.
- Help mij om op functionele wijze in contact te treden met de mensen in mijn omgeving.
- Help mij me (pre)verbaal te leren uiten.
- Help mij te leren omgaan met leeftijdsgenoten.
- Help mij bij het aanleren van (pre)sociale vaardigheden.
- Help mij, mijn ouders en directe omgeving gebaren(taal)vaardig te worden (en te blijven).
- Help mij en mijn ouders bij het in contact komen met andere kinderen en volwassenen die een auditieve beperking (en CI) hebben.

- Help mijn ouders om te leren gaan met alle vragen die ze hebben over het gehoorverlies en de gevolgen hiervan voor mij.
- Help mijn ouders bij het stimuleren van mijn hoorontwikkeling.
- Help mijn ouders om de communicatie voor mij toegankelijk te maken.
- Help mijn ouders bewust te worden van het "dovenaspect" (cultuur, taal, etc).
- Help mijn ouders bewust te maken en blijven van mijn communicatieve beperkingen- en mogelijkheden.
- Help mijn ouders binnen de opvoeding af te stemmen op mijn communicatieve beperkingen- en mogelijkheden.
- Help mijn ouders bij het verwerken en accepteren van mijn auditieve beperking.
- Informeer en adviseer mijn ouders bij het bepalen van de schoolkeuze.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van de spraakontwikkeling en (gebaren)taalontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling (spraak en taal)
- leren omgaan met hoorhulpmiddelen
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, uitbreiden van sociale (communicatieve) vaardigheden
- contact leggen met andere auditief beperkte kinderen (met CI) of auditief beperkte volwassenen (met CI) om een deel van zichzelf te herkennen
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de (senso-) motorische ontwikkeling
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

*Ouders*

- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies (lezen van audiogrammen, technische informatie over hoorhulpmiddelen, onderwijs)
- informeren over het 'dovenaspect' (taal, cultuur)
- in contact brengen met lotgenoten
- leren om familie, woonomgeving en peuterspeelzalen te informeren en adviseren in de omgang met hun auditief beperkte kind
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

### **2.2. Resultaten**

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- de (preverbale) (gebaren) taalontwikkeling verloopt optimaal
- de spraakontwikkeling heeft een inhaalslag doorgemaakt
- gebruikt zijn (kwalitatief mindere) gehoor; het kan geluiden herkennen, onderscheiden en kan optimaal spraak verstaan
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald

*Ouders*

- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- kunnen omgaan met de technische van de CI en dragen hun kennis over
- zich bewust van het (kwalitatief mindere) gehoor van hun kind met CI
- hebben het cliëntsysteem op de hoogte gebracht waardoor het kan omgaan met de auditieve beperking
- zijn voldoende gebarentaalvaardig evenals eventuele andere leden van het clientsysteem
- zijn lerende de auditieve beperking van hun kind te verwerken en te accepteren
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.
- de communicatie en interactie tussen kindsysteem en kind verloopt optimaal

**3. Zorgtraject**

*Componenten*

- Handelingsgerichte diagnostiek
- Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling
- Behandeling gericht op het aanleren en bewust worden van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking (omgang met apparatuur)
- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking
- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling
- Behandeling gericht op zelfredzaamheid

*Vorm*

- Individueel contact met de cliënt
  - Groepscontact met de cliënt
  - Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt
  - Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten
- Op locatie instelling
  - In thuissituatie cliënt

*(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod*

Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <i>Betrokken disciplines</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>(Klinisch)linguïst<br>Audioloog<br>Maatschappelijk werker/systeemgerichte zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/Totale communicatie-deskundige<br>Logopedist<br>Vaktherapeut |
|------------------------------|--|

## Cliëntprofiel 5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- oriëntatie (b114)</li><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230):<ul style="list-style-type: none"><li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: visuele functies (b210):<ul style="list-style-type: none"><li>- gezichtsscherpte: &lt; 0,3</li><li>- gezichtsveld: &lt; 30 graden</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d5 zelfverzorging</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>  |

## 1.2. Cliëntprofiel

### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- Beperkingen en problemen voortkomend uit doofblindheid zijn zo ernstig dat ze van invloed zijn op alle situaties van het leven.
- Met betrekking tot het leren en toepassen van kennis hebben jonge kinderen grote problemen met het verwerven en verwerken van informatie, omdat er sprake is van een verbrokkelde/fragmentarische waarneming.
- Het leren uitvoeren van algemene taken en eisen vraagt specifieke deskundigheid en begeleiding. Kinderen zijn voor de uitvoering van activiteiten namelijk veelal afhankelijk van de inzet van de tast, reuk en smaak, naast het gebruik van restvisus en restgehoor.
- Het kunnen communiceren met anderen en het opbouwen van contacten en fundamentele relaties is problematisch. Binnen één-op-één situaties kan het kind in contact met anderen interactie opbouwen.
- Er zijn beperkingen in de mobiliteit. Deze worden veroorzaakt door problemen met oriëntatie en een gebrek aan stimulatie om te leren kruipen/lopen door het ontbreken van zintuiglijke stimuli.
- Voor kinderen met doofblindheid is het moeilijk om de zelfredzaamheid te vergroten. Zij zijn/blijven voor de uitvoering van veel activiteiten en voor participatie in de maatschappij afhankelijk van de begeleiding van sensitieve en responsieve communicatiepartners.

### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De doofblindheid kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Doofblindheid komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, maar ook psychiatrische en/of verstandelijke ontwikkelingsproblematiek, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

Er is een risico op deprivatie met gevolgen voor alle ontwikkelingsgebieden. Naast auditief en visueel functieverlies kenmerken sommige syndromen zich door een meervoudige progressieve problematiek. Veelal zijn medische problemen aan de orde. Bij sommige kinderen is de levensverwachting beperkt. Daarnaast is het ontwikkelingsniveau nog niet goed vast te stellen op deze leeftijd (0-5 jaar). Ook is er vaak sprake van een zeer disharmonisch ontwikkelingsprofiel.

### *Persoonlijke en externe factoren*

Kinderen met doofblindheid kunnen nog los van de ernst van de stoornissen zeer verschillend zijn van elkaar. Het tijdstip en de volgorde van het ontstaan van de zintuiglijke beperkingen heeft enorme consequenties voor de verdere ontwikkeling en begeleiding. De mate waarin de omgeving is aangepast op de doofblindheid (omgevingsvoorwaarden), vooral ten aanzien van interactie en communicatie en oriëntatie en mobiliteit, is zeer bepalend voor de ontwikkeling van het doofblinde kind. Naast veelal medische problemen spelen ook de (culturele) achtergrond en de draagkracht van de opvoeders een grote rol. De omgeving staat voor een zeer zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie en opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de



aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij contact te maken en te communiceren met mijn omgeving.
- Stimuleer mij (en leer mijn omgeving mij te stimuleren) opdat ik zo min mogelijk ontwikkelingsachterstand oloop.
- Leer mij (en leer mijn omgeving mij te stimuleren) mijn mobiliteit te ontwikkelen.
- Leer mij op de juiste manier mijn tast en evt. restvisus en –gehoor in te zetten
- Leer mij mijn zelfredzaamheid te ontwikkelen.
  
- Help mijn ouders mijn sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren.
- Leer mijn ouders mijn omgeving voorspelbaar te maken opdat ik me veilig voel en me kan ontwikkelen.
- Help mijn ouders om te leren omgaan met alle vragen die ze hebben over de doofblindheid, de gevolgen voor mij en wat dit betekent voor mijn toekomst. Voorzie mijn ouders van alle mogelijke informatie om een afgewogen keuzes te kunnen maken in mijn ontwikkeling.
- Leer mijn ouders omgaan met evt. fysieke problemen die samenhangen met mijn beperkingen, zoals epilepsie herkennen en behandelen, voeden via sonde, obstipatie, medicatie toedienen.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

#### *Kind*

- stimuleren van de preverbale ontwikkeling en taalontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling
- leren omgaan met hoorhulpmiddelen
- stimuleren gebruiken andere zintuigen
- leren informatie te verwerven en verwerken
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, aanleren van sociale vaardigheden
- stimuleren van oriëntatie/mobiliteit en zelfredzaamheid
- contact leggen met andere auditief beperkte kinderen of auditief beperkte volwassenen om een deel van zichzelf te herkennen
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de (senso-) motorische ontwikkeling
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

#### *Ouders*

- ondersteunen in het acceptatie- en verwerkingsproces na het krijgen van een kind met een auditieve en visuele beperking

- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve en visuele beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het visus- en gehoorverlies (lezen van tests, technische informatie over visus- en hoorhulpmiddelen, onderwijs)
- informeren over het 'dovenaspect' (taal, cultuur)
- in contact brengen met lotgenoten
- leren om familie en woonomgeving te informeren en adviseren in de omgang met hun kind met auditieve en visuele beperkingen
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

## 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- communiceert en interacteert met zijn omgeving
- ontdekt de wereld vanuit de eigen mogelijkheden en stimuleert daarmee zijn ontwikkeling
- beweegt zo zelfstandig mogelijk (in een vertrouwde en zo min mogelijk beperkende omgeving)
- gebruikt zijn (kwalitatief mindere) gehoor; kan (spraak) geluiden localiseren, herkennen en onderscheiden.
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald

*Ouders*

- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- de communicatie en interactie tussen kindsysteem en kind verloopt optimaal
- zijn voldoende gebarentaalvaardig
- cliëntsysteem is op de hoogte en kan omgaan met de auditieve en visuele beperking
- cliëntsysteem is voldoende vaardig in de communicatievorm die het kind gebruikt, bv. NmG, NGT, vierhandendgebaren, etc.
- zijn lerende de dubbele beperking van hun kind te verwerken en te accepteren
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.

## 3. Zorgtraject

|                    |   |
|--------------------|---|
| <i>Componenten</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve en visuele verwerking</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/visuele/comm beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> </ul> |
|--------------------|---|

|   |  |
|---|--|
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt</li> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten</li> </ul>  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Audioloog<br>Orthoptist<br>Oogarts<br>Maatschappelijk werker/systeemgericht zorgverlener (gezinsbegeleider)<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/communicatiedeskundige (vierhandengebarendocent)<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>(Kinder)verpleegkundige |

## Cliëntprofiel 6 Cliënt met ESM in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies</li><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li><li>o b3 stem en spraak</li><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul> <p>Bij kinderen met Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden (ESM) kan sprake zijn van een:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- een stoornis in de taalproductie en/of</li><li>- een taal-begripstoornis en/of</li><li>- een pragmatische taalstoornis en/of een articulatiestoornis.</li></ul> <p>Ook kan er sprake zijn van een stoornis in de auditieve verwerking.</p> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li></ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

*Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen

kunnen verschillen. Je kunt daarbij denken aan:

- Beperkingen op het gebied van het leren en toepassen van kennis door de aanwezige communicatieve problematiek.
- Daardoor ook beperkingen op het gebied van algemene taken en eisen.
- Participatieproblemen ten gevolge van het onvoldoende kunnen communiceren met het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> milieu en daardoor problemen op het gebied van tussenmenselijke interacties en relaties.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden kunnen voorkomen in combinatie met andere stoornissen, zoals een Autisme Spectrum Stoornis ASS) en/of een motorische stoornis en/of kan onderdeel zijn van een syndroom. Deze kunnen van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Kinderen met ESM kunnen zeer verschillend zijn van elkaar. Individuele verschillen in leeftijd, karakter, ontwikkelingsniveau, weerbaarheid en gezondheid beïnvloeden de impact van de problematiek op deelname aan de verschillende activiteiten. De mate waarin de omgeving is afgestemd op het kind met ESM is zeer bepalend voor de ontwikkeling van het kind met ESM.

Naast de gezinssituatie, (culturele) achtergrond en draagkracht van de opvoeders spelen ook het sociale netwerk en de fysieke omgeving een grote rol in de wijze waarop er kan worden aangesloten bij de behoeften en ontwikkelingsvragen van het kind met ESM.

Het kind met ESM heeft hulpvragen gericht op het op goede wijze in contact komen met zijn omgeving en ondersteuning bij de ontwikkeling. De omgeving van het kind staat voor een zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie, opvoeding en ontwikkeling.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij taal begrijpen, spreken en me begrijpelijk en/of verstaanbaar te uiten.
- Leer mij te communiceren met mijn omgeving.
- Leer mij omgaan met leeftijdgenoten.
  
- Leer mijn ouders middelen in te zetten om de interactie en communicatie met mij te verbeteren.
- Leer mijn ouders mijn sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren.
- Beantwoord de vragen van mijn ouders over ESM en de gevolgen hiervan voor mij.
- Informeer en adviseer mijn ouders bij het bepalen van de schoolkeuze.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

## 2.1. Aanpak

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, uitbreiden van sociale communicatieve vaardigheden
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

*Ouders*

- leren communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met ernstige spraak- en/of taalmoelijkheden (ESM)
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met (ESM)
- leren om familie, woonomgeving en peuterspeelzalen te informeren en adviseren in de omgang met hun communicatief beperkte kind
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

## 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- de spraak- en taalontwikkeling laat een ontwikkeling zien
- is communicatief redzaam, begrijpt zijn omgeving
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en wordt elders aan gewerkt (motoriek, lezen)

*Ouders*

- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt optimaal
- cliëntstelsel is op de hoogte en kan communiceren met het kind
- zijn lerende de communicatieve beperking van hun kind te verwerken en te accepteren
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.

## 3. Componenten behandeling en/of zorg

*Componenten*

- Handelingsgerichte diagnostiek.

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie.</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de communicatieve beperking.</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid.</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt.</li> <li>- Groepscontact met de cliënt.</li> <li>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt.</li> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten.</li> </ul>  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt.</li> </ul>  |
| <i>Eindverantwoordelijk voor de behandeling</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Disciplines</i>                              | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>(Klinisch) Linguïst<br>Maatschappelijk werker/systeem gericht zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Vaktherapeut   |

## Cliëntprofiel 7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |   |
|--|---|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230):<ul style="list-style-type: none"><li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li><li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li></ul>   |

#### 1.2. Cliëntprofiel



#### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- De cliënt is beperkt in de mogelijkheid om auditieve informatie tot zich te nemen. Het verwerven en verwerken van informatie wordt daardoor belemmerd.
- De cliënt kan problemen ervaren in het leren, het communiceren met anderen, het opbouwen van contacten, zelfredzaamheid, oriëntatie in de ruimte (hoort niet waar geluid vandaan komt) en mobiliteit (door mogelijke problemen met evenwichtsorgaan). De kinderen zijn vaak mede afhankelijk van andere zintuiglijke input (zicht, reuk en tast) naast het inzetten van hun restgehoor.
- Het participeren in de horende wereld is niet vanzelfsprekend net zoals het participeren in de dovenwereld. Dit kan problemen opleveren bij de identiteitsvorming van de cliënt.
- Mogelijke ontwikkelingsachterstand als gevolg van onvolledige toegang tot communicatie en auditieve informatie.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De volgende factoren kunnen meespelen bij de ernst en mate van belemmering die wordt ervaren in het functioneren; leeftijd, ontwikkelingsniveau, gezondheid (is er sprake van bijkomende problemen/aandoeningen), culturele achtergrond, wat is de moedertaal van ouders, gezinssituatie (zijn er meerdere dove/slechthorende gezinsleden), hoe is de draagkracht/draaglast van het gezin, sociaal netwerk, fysieke omgeving. De mate waarin de omgeving is afgestemd op de communicatiebehoefte van de cliënt, is zeer bepalend voor de ontwikkeling. Daarnaast spelen persoonlijkheidskenmerken als karaktereigenschappen en mate van weerbaarheid een grote rol in de mate waarin de cliënt belemmeringen ervaart.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvragen*

- Help mij om te leren gaan met de vragen die ik over het gehoorverlies heb en de gevolgen hiervan voor mij in het dagelijks functioneren.
- Help mij in het communiceren met mijn omgeving en in het contact met leeftijdgenoten en volwassenen.
- Help mij in mijn identiteitsontwikkeling en het omgaan met twee werelden: de horende wereld en/of de dovengemeenschap.
- Leer mij om zelfstandiger/zelfredzamer te worden.
- Help mij op sociaal-emotioneel gebied: accepteren van en omgaan met de beperking, opkomen voor mijn behoeften op communicatief gebied, emoties herkennen, benoemen en beheersen.
- Help mijn ouders in de communicatie met mij.
- Geef mijn ouders advies hoe zij mij kunnen ondersteunen om meer weerbaar/ zelfredzaam te worden in relatie tot mijn omgeving.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van de (gebaren)taal- / en spraakontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling (spraakverstaan)
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling
- stimuleren op die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, bijvoorbeeld motorische ontwikkeling.
- stimuleren van de sociale communicatieve vaardigheden in te zetten
- ondersteunen in het omgaan met twee werelden: de horende en dove wereld

*Ouders*

- ondersteunen in het acceptatie- en verwerkingsproces van het hebben van een kind met een auditieve beperking
- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- aanbieden van cursussen gebarentaal voor ouders en leden van het 'tweede milieu'
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies
- ondersteunen bij zoeken naar passend onderwijs
- in contact brengen met lotgenoten
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

### **2.2. Resultaten**

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- de (gebaren) taalontwikkeling verloopt optimaal
- gebruikt zijn gehoorresten; het kan geluiden herkennen, onderscheiden en kan optimaal spraakverstaan
- weet van zichzelf dat het een auditieve beperking heeft en hoe daarmee om te gaan
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- volgt passend onderwijs of krijgt een passende behandeling

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hebben de auditieve beperking van hun kind verwerkt en geaccepteerd en hebben een realistisch toekomstbeeld voor hun kind</li> <li>- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder</li> <li>- de communicatie en interactie tussen kind en zijn omgeving (tweede milieu) verloopt optimaal</li> <li>- hebben kennis (indien gewenst) van de dovenscultuur</li> <li>- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd</li> </ul> |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>   |  |
| <i>Componenten</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met het cliëntsysteem</li> <li>- (Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten)</li> </ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling (kan ook zijn cluster 2 school)</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i>   | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Betrokken disciplines</i>  | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>(klinisch) linguïst<br>Audioloog<br>Maatschappelijk werker/systeemgerichte zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/Totale communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut  |

## Cliëntprofiel 8 Dove of slechthorende cliënt met een CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |   |
|--|---|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o b1 mentale functies             <ul style="list-style-type: none"> <li>o globale psychosociale functies (b122)</li> <li>o perceptie (b156)</li> <li>o mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li> </ul> </li> <li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li> <li>o 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li> </ul> </li> <li>o b3 stem en spraak             <ul style="list-style-type: none"> <li>o stem (b310)</li> <li>o articulatie (b320)</li> </ul> </li> </ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o s1 van zenuwstelsel</li> <li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li> </ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o d1 leren en toepassen van kennis</li> <li>o d2 algemene taken en eisen</li> <li>o d3 communicatie</li> <li>o d4 mobiliteit</li> <li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>o d8 belangrijke levensgebieden</li> <li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ul>   |

#### 1.2. Cliëntprofiel

*Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*  
 Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven kolom vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de

problemen kunnen verschillen.

- De cliënt mist de mogelijkheid om auditieve informatie kwalitatief goed tot zich te nemen. Het verwerven en verwerken van informatie wordt daardoor belemmerd.
- Daarnaast kunnen er problemen zijn in de oriëntatie in de ruimte (niet horen waar geluid vandaan komt) en mobiliteit (door mogelijke problemen met evenwichtsorgaan). De cliënt is vaak mede afhankelijk van andere zintuiglijke input (zicht, reuk en tast) naast het inzetten van hun gehoor.
- Het vraagt van kinderen met een CI veel inzet en inspanning om taal te begrijpen, wat bijvoorbeeld tot hoofdpijnklachten of vermoeidheid kan leiden.
- Het kind heeft nog onvoldoende toegang tot de gesproken taal en is onvoldoende in staat om in de horende wereld te participeren. De plaatsing van een CI heeft in veel gevallen een positieve invloed op de taal-/ spraakontwikkeling, maar kinderen blijven informatie missen waarvan ze zich niet altijd bewust zijn. Meer impliciete, informele informatie gaat verloren en het verstaan van spraak in ruis is voor kinderen met een CI veel moeilijker.
- Kinderen met een CI hebben baat bij ondersteunende gebaren en zijn afhankelijk van gebaren in situaties waarin ze hun CI niet kunnen dragen (douchen, sporten, slapen).
- Bij kinderen met CI zijn met name de 'hogere taalfuncties' die nodig zijn in sociale communicatie veel minder goed ontwikkeld. De cliënt kan problemen ervaren in het begrijpen van complexere talige situaties, het communiceren met anderen, het opbouwen van contacten en zelfredzaamheid.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Dove kinderen die een CI dragen verschillen ten opzichte van elkaar. Individuele verschillen in leeftijd, karakter, weerbaarheid en gezondheid beïnvloeden de impact van de problematiek op deelname aan de verschillende activiteiten. Daarnaast kan het moment van implantatie invloed hebben op de (taal-/ spraak)ontwikkeling. Ook de mate waarin de kinderen afhankelijk zijn van gebaren (en dus deel kunnen nemen aan een de dovende of horende wereld) verschilt.

Er zijn verschillen in de mate waarin de omgeving van het kind de doofheid van hun kind accepteert en de CI hanteert. De mate waarin een kind met CI weerbaar is, heeft invloed op eventuele deelname aan het reguliere onderwijs en de mate van contact met horende kinderen. Binnen deze leeftijdsgroep blijkt het voor sommige kinderen ook niet haalbaar om het reguliere onderwijs te volgen en ze stappen over naar het speciaal onderwijs wat invloed kan hebben op het zelfvertrouwen. Overschatting vanuit de omgeving is een risico, omdat kinderen met een CI in communicatief opzicht vaak sterker imponeren dan dat ze zijn.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Help mij en mijn ouders bij het voorbereiden op, begeleiden bij en revalideren voor, tijdens en na de CI-operatie (wanneer op deze leeftijd nog aan de orde).
- Help mij in het communiceren met mijn omgeving en in het contact met leeftijdgenoten en volwassenen.
- Help mij op sociaal-emotioneel gebied: accepteren van en omgaan met de beperking, opkomen voor mijn behoeften op communicatief gebied.
- Help mij en mijn ouders/directe omgeving gebaren(taal)vaardig te blijven.
- Help mij en mijn ouders bij het in contact komen met andere kinderen en volwassenen die een auditieve beperking (en CI) hebben.
- Help mijn ouders om te leren gaan met alle vragen die ze hebben over mijn gehoorverlies en de gevolgen hiervan voor mij.
- Leer mijn ouders om de communicatie voor mij toegankelijk te maken.
- Help mijn ouders bij het stimuleren van mijn hoorontwikkeling.
- Help mijn ouders binnen de opvoeding af te stemmen op mijn communicatieve beperkingen- en mogelijkheden.
- Help mijn ouders bij het verwerken en accepteren van mijn auditieve beperking.
- Informeer en adviseer mijn ouders bij het bepalen van de schoolkeuze/een mogelijke overstap naar het regulier onderwijs.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van (gebaren)taalontwikkeling en spraakontwikkeling
- stimuleren van de hoorontwikkeling (spraak en taal)
- leren omgaan met hoorhulpmiddelen
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, uitbreiden van sociale (communicatieve) vaardigheden
- contact leggen met andere auditief beperkte kinderen (met CI) of auditief beperkte volwassenen (met CI) om een deel van zichzelf te herkennen
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de motorische ontwikkeling
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

*Ouders*

- ondersteunen in het acceptatie- en verwerkingsproces van het hebben van een kind met een auditieve beperking en CI
- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking met CI
- toerusten om hun kind voor, tijdens en na de CI-operatie te begeleiden

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies en de CI (lezen van audiogrammen, technische informatie over hoorhulpmiddelen, onderwijs)</li> <li>- aanbieden van cursussen gebarentaal voor ouders en leden van het 'tweede milieu'</li> <li>- in contact brengen met lotgenoten</li> <li>- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt</li> </ul>  |   |
| <b>2.2. Resultaten</b>  |   |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <p><i>Kind</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de (gebaren) taalontwikkeling verloopt optimaal en de spraakontwikkeling heeft een inhaalslag doorgemaakt</li> <li>- gebruikt zijn (kwalitatief mindere) gehoor; het kan geluiden herkennen, onderscheiden en kan optimaal spraak verstaan</li> <li>- weet van zichzelf dat het een auditieve beperking heeft en hoe daarmee om te gaan</li> <li>- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid</li> <li>- volgt passend onderwijs</li> <li>- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder</li> <li>- kunnen omgaan met de technische van de CI en dragen hun kennis over</li> <li>- zich bewust van het (kwalitatief mindere) gehoor van hun kind met CI</li> <li>- zijn voldoende gebarentaalvaardig evenals eventuele andere leden van het 'tweede milieu'</li> <li>- zijn lerende de auditieve beperking van hun kind te verwerken en te accepteren</li> <li>- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.</li> <li>- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt optimaal</li> </ul> |   |
| <b>3. Zorgtraject</b>   |   |
| <i>Componenten</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren en bewust worden van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking (omgang met apparatuur)</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntstelsel van één cliënt</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten</li> </ul>  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>(Klinisch)linguïst<br>Audioloog<br>Maatschappelijk werker/systeemgerichte zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Logopedist<br>Gebarendocent/Totale communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut |



## Cliëntprofiel 9 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 23 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF- categorieën

|   |   |
|---|---|
| <p><i>Afwijking of verlies van functies</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o b1 mentale functies             <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientatie (b114)</li> <li>- globale psychosociale functies (b122)</li> <li>- perceptie (b156)</li> <li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li> </ul> </li> <li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li> <li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li> <li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li> </ul> </li> <li>o b2 sensorische functies: visuele functies (b210)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- gezichtsscherpte: &lt; 0,3</li> <li>- gezichtsveld: &lt; 30 graden</li> </ul> </li> <li>o b3 stem en spraak             <ul style="list-style-type: none"> <li>- stem (b310)</li> <li>- articulatie (b320)</li> <li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o s1 van zenuwstelsel</li> <li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li> </ul>   |
| <p><i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o d1 leren en toepassen van kennis</li> <li>o d2 algemene taken en eisen</li> <li>o d3 communicatie</li> <li>o d4 mobiliteit</li> <li>o d5 zelfverzorging</li> <li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>o d8 belangrijke levensgebieden</li> <li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ul>  |

## 1.2. Cliëntprofiel

### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- Beperkingen en problemen voortkomend uit doofblindheid kunnen zo ernstig zijn dat ze van invloed zijn op alle aspecten van het leven.
- Bij kinderen en jongeren met zowel aangeboren als verworven doofblindheid is er altijd sprake van ernstige problemen op het gebied van communicatie. Het doofblinde kind kan slechts met een beperkt aantal mensen in zijn omgeving, veelal binnen één-op-één situaties, communiceren en kan de omgeving slechts verbrokken/fragmentarisch waarnemen. Hierdoor ontstaan belemmeringen in de algehele ontwikkeling.
- Het leren en toepassen van kennis en het uitvoeren van algemene taken en eisen vragen begeleiding met specifieke deskundigheid vanwege problemen in de communicatie en het verwerven en verwerken van informatie.
- Het aangaan van interacties en het opbouwen van fundamentele relaties en contacten en vriendschappen verlopen moeizaam.
- Ook zijn er problemen met oriëntatie en mobiliteit, met de zelfredzaamheid en zelfstandigheid.
- Het participeren op belangrijke levensgebieden (bijv. onderwijs) vraagt specifieke en intensieve ondersteuning. Kinderen en jongeren met doofblindheid zijn/blijven voor de uitvoering van veel activiteiten en voor participatie in de maatschappij afhankelijk van de begeleiding van sensitieve en responsieve communicatiepartners.

### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De doofblindheid kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Doofblindheid komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, maar ook psychiatrische en /of verstandelijke ontwikkelingsproblematiek, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

Mogelijk (bij aangeboren doofblindheid vaak) bijkomend verlies van algemene en specifieke mentale functies (verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek) of fysieke functies (lichamelijke beperking of medische problematiek). Er is een risico op deprivatie met gevolgen voor alle ontwikkelingsgebieden. Naast auditief en visueel functieverlies kenmerken sommige syndromen zich door een meervoudige progressieve problematiek. Daarnaast kan het ontwikkelingsniveau zeer verschillen. Ook is er vaak sprake van een zeer disharmonisch ontwikkelingsprofiel.

### *Persoonlijke en externe factoren*

Kinderen en jongeren met doofblindheid kunnen, nog los van de ernst van de stoornissen, zeer verschillend zijn van elkaar. De graad van de zintuiglijke beperking heeft voor elke individuele persoon met doofblindheid een belangrijke impact op het aantal activiteiten waaraan hij kan deelnemen en op de manier waarop dit mogelijk zal zijn.

In deze leeftijd (5-23 jaar) is de communicatie met de omgeving op gang gebracht en (sterk) in ontwikkeling. Afhankelijk van het verloop van het ziektebeeld en de ontwikkeling moet deze aangepast worden. Naast medische problemen spelen ook de (culturele) achtergrond en de

draagkracht van de opvoeders een grote rol.

De omgeving staat voor een zeer zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie en opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij mijn communicatievaardigheden uit te breiden door mij en mijn omgeving (nieuwe) communicatievormen en – middelen aan te bieden.
- Leer mij (en mijn omgeving) omgaan met de gevolgen van mijn (progressieve) beperking (zoals afname functies en verlies van zelfstandigheid).
- Leer mij (en mijn omgeving) manieren om mijn oriëntatie en mobiliteit te ontwikkelen/behouden.
- Leer mij (en mijn omgeving) op de juiste manier mijn tast en evt. restvisus en –gehoor in te zetten voor communicatie, exploratie en oriëntatie en mobiliteit.
- Leer mij om informatie over mijn omgeving te verwerven en te verwerken.
- Leer mij (en mijn omgeving) mijn zelfredzaamheid en zelfstandigheid te ontwikkelen en te behouden.
- Leer mij (en mijn omgeving) om contacten en vriendschappen aan te gaan
- Leer mij sociale vaardigheden.
  
- Help mijn ouders mijn sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren.
- Leer mijn ouders mijn omgeving voorspelbaar te maken opdat ik me veilig voel en me kan ontwikkelen.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- het uitbreiden van de communicatie en het aanleren van nieuwe communicatievormen en/of –methodieken (denk daarbij naast NGT en NmG bijvoorbeeld aan Vierhandengebaren, Vingerspelling, Lorm en Braille)
- leren omgaan met visuele en auditieve hulpmiddelen
- stimuleren van het gebruiken van andere zintuigen
- leren informatie te verwerven en verwerken
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, aanleren van sociale vaardigheden
- stimuleren van oriëntatie/mobiliteit en zelfredzaamheid
- contact leggen met andere auditief en visueel beperkte kinderen of volwassenen om een deel van zichzelf te herkennen

- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt, zoals bijvoorbeeld de (senso-) motorische ontwikkeling
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

#### *Ouders*

- ondersteunen in het acceptatie- en verwerkingsproces na het krijgen van een kind met een auditieve beperking
- leren (gebarend) communiceren passend bij de mogelijkheden / beperkingen van het kind
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve en visuele beperking
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het visus- en gehoorverlies (lezen van tests, technische informatie over visus- en hoorhulpmiddelen, onderwijs)
- informeren over het 'dovenaspect' (taal, cultuur)
- in contact brengen met lotgenoten
- leren om familie en woonomgeving te informeren en adviseren in de omgang met hun kind met auditieve en visuele beperkingen
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

## **2.2. Resultaten**

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

#### *Kind*

- communiceert en interacteert met zijn omgeving
- ontdekt de wereld vanuit de eigen mogelijkheden en stimuleert daarmee zijn ontwikkeling
- beweegt zo zelfstandig mogelijk (in een vertrouwde en zo min mogelijk beperkende omgeving)
- gebruikt zijn (kwalitatief mindere) gehoor en visus, kan (spraak) geluiden lokaliseren, herkennen en onderscheiden.
- maakt een optimale sociaal emotionele ontwikkeling door
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en zoveel mogelijk ingehaald

#### *Ouders*

- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt optimaal
- (en omgeving) zijn voldoende communicatievaardig
- zijn lerende de dubbele beperking van hun kind te verwerken en te accepteren
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.

## **3. Zorgtraject**

#### *Componenten*

- Handelingsgerichte diagnostiek
- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling
- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve en visuele verwerking

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud./visuele/comm. beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Behandeling gericht op zelfstandig wonen</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op structuur en ontmoeting</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op deelname aan onderwijs</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt</li> <li>- Groepscontact met cliëntsysteem van meerdere cliënten ja</li> </ul>  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog   |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Audioloog<br>Orthoptist<br>Oogarts<br>Maatschappelijk werker/systeemgericht zorgverlener (gezinsbegeleider)<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/communicatiedeskundige (vierhandengebarendocent)<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>Vaktherapeut<br>(Kinder)verpleegkundige  |

## Cliëntprofiel 10 Cliënt met ESM in de leeftijd van 5 tot 12 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|   |  |
|---|--|
| <p><i>Afwijking of verlies van functies</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o b1 mentale functies             <ul style="list-style-type: none"> <li>- globale psychosociale functies (b122)</li> <li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li> </ul> </li> <li>o b3 stem en spraak             <ul style="list-style-type: none"> <li>- stem (b310)</li> <li>- articulatie (b320)</li> <li>- vloeïendheid en ritme van spreken (b330)</li> </ul> </li> </ul> <p>Bij kinderen met Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden (ESM) kan sprake zijn van een:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een stoornis in de taalproductie en/of</li> <li>- een taal-begripstoornis en/of</li> <li>- een pragmatische taalstoornis en/of een articulatiestoornis.</li> </ul> <p>Ook kan er sprake zijn van een stoornis in de auditieve verwerking.</p> |
| <p><i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o s1 van zenuwstelsel</li> </ul>  |
| <p><i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o d1 leren en toepassen van kennis</li> <li>o d2 algemene taken en eisen</li> <li>o d3 communicatie</li> <li>o d5 zelfverzorging</li> <li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>o d8 belangrijke levensgebieden</li> <li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

#### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen. Je kunt daarbij denken aan:

- Beperkingen op het gebied van het leren en toepassen van kennis (bv. op school) door de aanwezige communicatieve beperkingen.
- Daardoor ook beperkingen op het gebied van algemene taken en eisen.
- Participatieproblemen ten gevolge van het onvoldoende kunnen communiceren met de naaste omgeving en daardoor problemen op het gebied van tussenmenselijke interacties en relaties en belangrijke levensgebieden.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden kunnen voorkomen in combinatie met andere stoornissen, zoals een Autisme Spectrum Stoornis ASS) en/of een motorische stoornis en/of kan onderdeel zijn van een syndroom. Deze kunnen van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Kinderen met ESM kunnen zeer verschillend zijn van elkaar. Individuele verschillen in leeftijd, intelligentieniveau, karakter, weerbaarheid en gezondheid beïnvloeden de impact van de problematiek op deelname aan de verschillende activiteiten. De mate waarin de omgeving is afgestemd op het kind met ESM is zeer bepalend voor de ontwikkeling van het kind met ESM.

Naast de gezinssituatie, (culturele) achtergrond en draagkracht van de opvoeders spelen ook het sociale netwerk en de fysieke omgeving een grote rol in de wijze waarop er kan worden aangesloten bij de behoeften en ontwikkelingsvragen van het kind met ESM.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

Het kind met ESM heeft hulpvragen gericht op ontwikkeling. De omgeving van het kind staat voor een zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van communicatie, opvoeding en ontwikkeling.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij communiceren met mijn omgeving en omgaan met leeftijdgenoten.
- Leer mij sociale vaardigheden aan die ik in kan zetten in de omgang met leeftijdgenoten.
- Stimuleer mijn sociaal-emotionele ontwikkeling, zodat mijn zelfredzaamheid wordt vergroot.
  
- Leer mijn ouders middelen in te zetten om de communicatie met mij te behouden.
- Ondersteun mijn ouders in het opvoeden van mij.
- Leer mijn ouders mijn sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren.
- Leer mij en mijn ouders omgaan met alle vragen die we hebben over ESM en de gevolgen hiervan voor mij.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## 2. Beantwoorden van de hulpvraag

### 2.1. Aanpak

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Kind*

- stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling
- stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling
- stimuleren van sociale communicatieve vaardigheden
- stimuleren van die ontwikkelingsgebieden waar dat nodig blijkt (b.v. fijne motoriek, oog-handcoördinatie)
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder

*Ouders*

- middelen aanreiken om de communicatie tussen ouder en kind te kunnen handhaven
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden (ESM)
- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met (ESM)
- leren om familie, woonomgeving en onderwijs te informeren en adviseren in de omgang met hun communicatief beperkte kind
- passende externe hulpverlening inschakelen indien de hulpvraag buiten onze expertise valt

### 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Kind*

- de spraak- en taalontwikkeling bereikt een optimaal niveau
- maakt een adequate sociaal emotionele ontwikkeling door, met name op het gebied van de weerbaarheid
- kan zichzelf redden in de communicatie met zijn naaste omgeving
- volgt passend onderwijs
- eventuele achterstanden op andere ontwikkelingsgebieden zijn in kaart gebracht en wordt elders aan gewerkt (motoriek, lezen)

*Ouders*

- zijn toegerust in hun rol als ouder en opvoeder
- de communicatie en interactie tussen kindstelsel en kind verloopt goed
- cliëntstelsel is op de hoogte en kan communiceren met het kind
- de eventuele diverse vormen van hulpverlening binnen het gezin zijn op elkaar afgestemd.



| <b>3. Zorgtraject</b>                             |   |
|---|---|
| <i>Componenten</i>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek.</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie.</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de communicatieve beperking.</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid.</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt.</li> <li>- Groepscontact met de cliënt.</li> <li>- Individueel contact met cliëntensysteem van één cliënt.</li> <li>- Groepscontact met cliëntensysteem van meerdere cliënten.</li> </ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog   |
| <i>Disciplines</i>                                | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>(Klinisch) linguïst<br>Maatschappelijk werker/systeem gericht zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Vaktherapeut  |

## Cliëntprofiel 11 Dove en slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 23 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.2. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li><li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

#### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- De jongere is beperkt in de mogelijkheid om auditieve informatie tot zich te nemen. Het verwerven en verwerken van informatie wordt daardoor belemmerd.
- De jongere kan problemen ervaren in het leren, het communiceren met anderen, het opbouwen van contacten en relaties, zelfredzaamheid, oriëntatie in de ruimte (hoort niet waar geluid vandaan komt) en mobiliteit (door mogelijke problemen met evenwichtsorgaan). De jongere is vaak mede afhankelijk van andere zintuiglijke input (zicht, reuk en tast) naast het inzetten van hun restgehoor.
- Het participeren in de horende wereld is niet vanzelfsprekend net zoals het participeren in de dovenwereld. Dit kan problemen opleveren bij de identiteitsvorming van de cliënt. Problemen op het gebied van zelfbeeldontwikkeling kunnen bijvoorbeeld hun doorwerking hebben in relatievorming en participatie in de arbeidsmarkt (zoals zoeken van bijbaantje / baan en het opkomen voor eigen behoeftes).
- Mogelijke ontwikkelingsachterstand als gevolg van onvolledige toegang tot communicatie en auditieve informatie.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De volgende factoren kunnen meespelen bij de ernst en mate van belemmering die wordt ervaren in het functioneren; leeftijd, ontwikkelingsniveau, gezondheid (is er sprake van bijkomende problemen/aandoeningen), culturele achtergrond, wat is de moedertaal van ouders, gezinssituatie (zijn er meerdere dove/slechthorende gezinsleden), hoe is de draagkracht/draaglast van het gezin, sociaal netwerk, fysieke omgeving.

De mate waarin de omgeving is afgestemd op de communicatiebehoefte van de cliënt, is zeer bepalend voor de ontwikkeling. Daarnaast spelen persoonlijkheidskenmerken als karaktereigenschappen en mate van weerbaarheid een grote rol in de mate waarin de jongere belemmeringen ervaart.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Help mij om te leren gaan met de vragen die ik over het gehoorverlies heb en de gevolgen hiervan voor mij in het dagelijks functioneren.
- Help mij in de communicatie met anderen.
- Help mij op sociaal-emotioneel gebied (accepteren en omgaan met de beperking, opkomen voor de behoeften op communicatief gebied).
- Help mij in mijn identiteitsontwikkeling en het omgaan met twee werelden: de horende wereld en/of de dovengemeenschap.
- Leer mij zelfstandiger/zelfredzamer te worden.
- Help mij bij vragen rondom werk (zoeken)/ relaties/zelfstandigheid/wonen.

- Help mijn ouders mij op een adequate manier om te leren gaan met mijn beperking in het dagelijks functioneren.
- Geef mijn ouders advies hoe zij mij kunnen ondersteunen om meer weerbaar/ zelfredzaam te worden in relatie tot mijn omgeving.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## 2. Beantwoorden van de hulpvraag

### 2.1. Aanpak

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

*Jongere*

- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies
- stimuleren van de sociale communicatieve vaardigheden
- bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling (realistisch zelfbeeld, acceptatie van de beperking)
- ondersteunen in het omgaan met twee werelden: de horende en dove wereld
- ondersteunen bij voortgezet onderwijs en/of werkkeuze

*Ouders*

- aanbieden van cursussen gebarentaal voor ouders en leden van het 'tweede milieu'
- ondersteunen en toerusten voor hun rol en taak als opvoeder van hun kind met een auditieve beperking
- observeren/ volgen en in kaart brengen van de algehele ontwikkeling van het kind in het algemeen en de communicatieve ontwikkeling in het bijzonder
- en andere betrokkenen volgen gebarencursussen

### 2.2. Resultaten

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

*Jongere*

- is goed geïnformeerd over het gehoorverlies en de gevolgen hiervan in het dagelijks functioneren
- heeft voldoende kennis van de dove cultuur
- is voldoende toegerust om huidige en toekomstige levensvragen aan te kunnen (werk, wonen, relatie)
- heeft een realistisch toekomstbeeld, reëel zelfbeeld en kan opkomen voor zijn behoeftes
- communiceert en interacteert adequaat met zijn omgeving
- heeft een optimale sociaal emotionele ontwikkeling
- volgt passend onderwijs en/of verricht passende arbeid of dagbesteding

*Ouders*

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- hebben een realistisch toekomstbeeld voor hun kind</li> <li>- zijn geïnformeerd en toegerust in hun rol als ouder en opvoeder</li> <li>- de communicatie en interactie tussen kind en zijn omgeving (tweede milieu) verloopt optimaal</li> <li>- hebben kennis (indien gewenst) van de dovenscultuur</li> </ul> |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>  |  |
| <i>Componenten</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met het cliëntstelsel</li> <li>- (Groepscontact met cliëntstelsel van meerder cliënten)</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling (kan ook zijn cluster 2 school)</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i>  | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Betrokken disciplines</i>   | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>(Klinisch) linguïst<br>Audioloog<br>Maatschappelijk werker/systeemgerichte zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Logopedist<br>Gebarendocent/Totale communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut  |

## Cliëntprofiel 12 dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 tot 23 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li><li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li></ul></li></ul> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li><li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

*Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*  
Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen

kunnen verschillen.

- De jongere mist de mogelijkheid om auditieve informatie kwalitatief goed tot zich te nemen. Het verwerven en verwerken van informatie wordt daardoor belemmerd.
- Daarnaast kunnen er problemen zijn in de oriëntatie in de ruimte (niet horen waar geluid vandaan komt) en mobiliteit (door mogelijke problemen met evenwichtsorgaan). De jongere is vaak mede afhankelijk van andere zintuiglijke input (zicht, reuk en tast) naast het inzetten van hun gehoor.
- Het vraagt van jongeren met een CI veel inzet en inspanning om taal te begrijpen, wat bijvoorbeeld tot hoofdpijnklachten of vermoeidheid kan leiden.
- De plaatsing van een CI heeft in veel gevallen een positieve invloed op de taal-/ spraakontwikkeling, maar jongeren met een CI blijven informatie missen waarvan ze zich niet altijd bewust zijn. Meer impliciete, informele informatie gaat verloren en het verstaan van spraak in ruis is voor jongeren met een CI veel moeilijker. Jongeren met een CI hebben baat bij ondersteunende gebaren en zijn afhankelijk van gebaren in situaties waarin ze hun CI niet kunnen dragen (douchen, sporten, slapen).
- Bij jongeren met een CI zijn met name de 'hogere taalfuncties' die nodig zijn in sociale communicatie en het aangaan van vriendschappen veel minder goed ontwikkeld. De jongere kan problemen ervaren in het begrijpen van complexere talige situaties, het communiceren met anderen, het opbouwen van contacten en relaties en zelfredzaamheid.
- Deelname aan (regulier) onderwijs of vormen van vrije tijdsbesteding is voor een deel van de jongeren met een CI mogelijk maar vraagt om intensieve en specifieke ondersteuning en begeleiding van de jongere en zijn/ haar (schoolse) omgeving. Daarnaast moet een jongere met CI bij bv. bepaalde sporten zijn/ haar CI afdoen waardoor het volledig afhankelijk is van gebarentaal.
- Het participeren in de horende wereld is voor jongeren met een CI in de leeftijd van 12-23 niet vanzelfsprekend net zoals het participeren in de dovenwereld niet vanzelfsprekend is. Ze krijgen veelal te maken met beide werelden wat ingewikkeld en verwarrend kan zijn. Dit kan problemen opleveren bij de identiteitsvorming van de jongere.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Dove jongeren die een CI dragen verschillen ten opzichte van elkaar. Een jongere in de leeftijd van 12-23 jaar kan in deze periode een bewuste(re) keuze maken voor het wel, niet of soms dragen van een CI. Ook de mate waarin de jongeren afhankelijk zijn van gebaren (en dus deel kunnen nemen aan een de dovende of horende wereld) verschilt. Sommige dove jongeren staan in deze periode voor de keuze op wel of niet te implanteren of moeten bewust de keuze maken om hun CI te vervangen. Deze keuze hangt ondermeer samen met de mate waarin ze zich thuisvoelen in de 'dovenwereld' en 'horende wereld'. Er zijn verschillen in de mate waarin de jongeren met een CI hun CI accepteren en kunnen hanteren.

De mate waarin de jongere met CI weerbaar is, heeft invloed op eventuele deelname aan het reguliere onderwijs en de mate van contact met horende jongeren. Binnen deze leeftijdsgroep blijkt het voor sommige jongeren ook niet haalbaar om het reguliere onderwijs te volgen en ze stappen over naar het voortgezet speciaal onderwijs wat invloed kan hebben op het zelfvertrouwen.

Overschatting vanuit de omgeving is een risico, omdat jongeren met een CI in communicatief opzicht vaak sterker imponeren dan dat ze zijn.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Help mij en mijn ouders bij het voorbereiden op, begeleiden bij en revalideren voor, tijdens en na de CI-operatie (wanneer op deze leeftijd nog aan de orde).
- Help mij om te leren gaan met alle vragen die wij hebben over mijn (kwalitatief) beperkte gehoor en de gevolgen die dit heeft op mijn dagelijkse functioneren.
- Leer mij optimaal met mijn CI omgaan en leer mij bewust te worden van de mogelijkheden en beperkingen van (mijn gehoor met) mijn CI van mijn communicatieve mogelijkheden en beperkingen met CI.
- Leer mij inzicht te krijgen in de (verschillen tussen de) 'dovenwereld' en 'horende wereld'.
- Leer mij op sociaal-emotioneel gebied (acceptatie en omgang met mijn beperking, weerbaarheid).
- Leer mij zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen waarmee ik in de toekomst (wonen en werken) te maken kan krijgen.
- Help mij, mijn ouders en mijn directe omgeving voldoende gebaren(taal)vaardig te blijven.
- Help mij en mijn ouders bij de keuze voor een (nieuwe) CI.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

#### *Jongere*

- informeren, adviseren en voorlichten over essentiële zaken die te maken hebben met het gehoorverlies
- ondersteunen in hun identiteitsontwikkeling en de zoektocht hierin
- stimuleren in hun sociaal emotionele ontwikkeling

#### *Jongeren en evt. hun ouders*

- informatie geven over hun gehoor en de werking en mogelijkheden van de CI
- indien nodig ondersteunen bij de keuze voor een (nieuwe) CI
- multidisciplinair begeleiden voor, tijdens en na de CI operatie
- inzicht bieden in de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van communicatie met CI (beperkte toegang tot communicatie, informatie wordt gemist, wat kan helpen)
- inzicht geven in de aanpassingen die er binnen de communicatie (kunnen) worden gedaan



|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- mogelijkheden bieden om met zowel de 'horende'- als de 'dovenwereld' in aanraking te komen</li> <li>- en andere betrokken blijven gebarentaalcurssussen aangeboden krijgen</li> </ul>   |   |
| <b>2.2. Resultaten</b>   |   |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <p><i>Jongere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kan voldoende met zijn omgeving communiceren</li> <li>- heeft toegang tot zowel de 'horende'- als de 'dovenwereld'</li> <li>- voelt zich gesteund bij de identiteitsontwikkeling en de zoektocht hierin</li> <li>- maakt op sociaal-emotioneel gebied een (optimale ) ontwikkeling door</li> <li>- volgt passend onderwijs (voortgezet speciaal onderwijs of passende begeleiding binnen het reguliere onderwijs)</li> </ul> <p><i>Jongere en evt. hun ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zijn geïnformeerd over hun (kwalitatief beperkte) gehoor en de werking en mogelijkheden van de CI</li> <li>- maken een bewuste keuze voor een (nieuwe) CI</li> <li>- worden voldoende begeleid voor, tijdens en na de CI operatie</li> <li>- hebben een realistisch beeld van de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van communicatie met CI</li> </ul> |   |
| <b>3. Zorgtraject</b>  |   |
| <i>Componenten</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren en bewust worden van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking (omgang met apparatuur)</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntstelsel van één cliënt</li> <li>- Groepscontact met cliëntstelsel van meerdere cliënten</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i>  | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog   |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <i>Betrokken disciplines</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>(Klinisch) linguïst<br>Audioloog<br>Logopedist<br>Maatschappelijk werker/systeemgerichte zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Gebarendocent/Totale communicatie-deskundige<br>Vaktherapeut |
|------------------------------|---|

## Cliëntprofiel 13 Cliënt met ESM in de leeftijd van 12 tot 23 jaar

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> <p>Bij kinderen met Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden (ESM) kan sprake zijn van een:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- een stoornis in de taalproductie en/of</li><li>- een taal-begripstoornis en/of</li><li>- een pragmatische taalstoornis en/of een articulatiestoornis.</li></ul> <p>Ook kan er sprake zijn van een stoornis in de auditieve verwerking.</p> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li></ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d5 zelfverzorging</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li><li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li></ul>  |

#### 1.2. Cliëntprofiel

#### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen. Je kunt daarbij denken aan:

- Beperkingen op het gebied van het leren en toepassen van kennis (bv. op school, studie of op het werk) door de aanwezige communicatieve beperkingen.
- Daardoor ook beperkingen op het gebied van algemene taken en eisen.
- Participatieproblemen ten gevolge van het onvoldoende kunnen communiceren met de naaste omgeving en daardoor problemen op het gebied van tussenmenselijke interacties en relaties, belangrijke levensgebieden en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden kunnen voorkomen in combinatie met andere stoornissen, zoals een Autisme Spectrum Stoornis ASS) en/of een motorische stoornis en/of kan onderdeel zijn van een syndroom. Deze kunnen van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Jongeren met ESM kunnen zeer verschillend zijn van elkaar. Individuele verschillen in leeftijd, intelligentieniveau, karakter, weerbaarheid en gezondheid beïnvloeden de impact van de problematiek op deelname aan de verschillende activiteiten. De mate waarin de omgeving is afgestemd op de jongere met ESM is zeer bepalend voor de ontwikkeling van de jongere met ESM.

Naast de gezinssituatie, (culturele) achtergrond en draagkracht van de opvoeders spelen ook het sociale netwerk en de fysieke omgeving een grote rol in de wijze waarop er kan worden aangesloten bij de behoeften en ontwikkelingsvragen van de jongere met ESM. Het kind of de jongere met ESM heeft hulpvragen gericht op ontwikkeling. De omgeving van het kind of de jongere staat voor een zware taak als opvoeder en heeft hulpvragen op het gebied van opvoeding.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij wat het hebben van Ernstige Spraak- en taalMoeilijkheden betekent en inhoudt.
- Leer mij zelfredzaam en zelfstandig te worden.
- Help mij in de communicatie met anderen.
- Help mij op sociaal-emotioneel gebied (accepteren en omgaan met de beperking, opkomen voor de behoeften op communicatief gebied).
- Help mij bij vragen rondom werk (zoeken)/ relaties/zelfstandigheid/wonen.
  
- Ondersteun mijn ouders in het opvoeden van mij.
- Geef mijn ouders advies hoe zij mij kunnen ondersteunen om meer weerbaar/ zelfredzaam te worden in relatie tot mijn omgeving.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

|   |  |
|---|--|
| <b>2. Beantwoorden van de hulpvraag</b>   |  |
| <b>2.1. Aanpak</b>  |  |
| <p>Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?</p> <p><i>Jongere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- is bekend met wat ESM betekent en inhoudt</li> <li>- is zelfredzaam en zelfstandig passend bij de leeftijd</li> <li>- beschikt over sociale vaardigheden passend bij de leeftijd en communicatieve mogelijkheden</li> <li>- is voldoende toegerust om huidige en toekomstige levensvragen aan te kunnen (werk, wonen, relatie)</li> <li>- heeft een realistisch toekomstbeeld, een reëel zelfbeeld, kan opkomen voor zijn behoeftes en grenzen stellen</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toerusten voor hun taak als opvoeder van hun jongere met ESM</li> </ul> |  |
| <b>2.2. Resultaten</b>  |  |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <p><i>Jongere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- is goed geïnformeerd over ESM</li> <li>- kan zichzelf redden in de verschillende omgevingen waarin hij functioneert</li> <li>- jongere beschikt over voldoende sociale vaardigheden om te kunnen functioneren in verschillende omgevingen</li> </ul> <p><i>Ouders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zijn goed toegerust als ouder en opvoeder</li> </ul>  |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>   |  |
| <i>Componenten</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek.</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie.</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de communicatieve beperking.</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling.</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid.</li> <li>- Behandeling gericht op zelfstandig wonen.</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>   | - Individueel contact met de cliënt.   |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groepscontact met de cliënt.</li> <li>- Individueel contact met cliëntensysteem van één cliënt.</li> <li>- Groepscontact met cliëntensysteem van meerdere cliënten.</li> </ul>  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>Eindverantwoordelijk voor de behandeling</i> | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog  |
| <i>Disciplines</i>                              | Orthopedagoog, (ontwikkelingspsycholoog of GZ-)psycholoog<br>Pedagogisch medewerker/begeleider<br>Logopedist<br>Kinderoefentherapeut/kinderfysiotherapeut/ergotherapeut<br>(Klinisch) linguïst<br>Maatschappelijk werker/systeem gericht zorgverlener<br>Psycho-diagnosticus<br>Vaktherapeut |

## Cliëntprofiel 14 Vroegdove volwassen cliënt

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |  |
|--|--|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- globale psychosociale functies (b122)</li><li>- perceptie (b156)</li><li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies:hoorfuncties (b230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 80dB – 110dB (zeer) ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li><li>o b3 stem en spraak<ul style="list-style-type: none"><li>- stem (b310)</li><li>- articulatie (b320)</li><li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li></ul></li></ul> <p>Er is sprake van ernstige tot volledige afwezigheid van sensorische, i.c. auditieve, functies als gevolg van stoornissen in de anatomische eigenschappen van het oor of van het zenuwstelsel vanaf de geboorte of vanaf een leeftijd voor het begin van de taalontwikkeling. Het verlies dat wordt uitgedrukt in decibellen is voor deze groep niet bepalend. Afhankelijk van het gebied (bv spraakgebied) waarin het verlies vooral optreedt kunnen ook cliënten die volgens hun audiogram niet binnen de definitie van vroegdoven vallen toch tot de doelgroep gerekend moeten worden vanwege het feit dat zij functioneel doof zijn.</p> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>  |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d1 leren en toepassen van kennis</li><li>o d2 algemene taken en eisen</li><li>o d3 communicatie</li><li>o d4 mobiliteit</li><li>o d5 zelfverzorging</li><li>o d6 huishouden</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li></ul>  |

- o d8 belangrijke levensgebieden
- o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

## 1.2. Cliëntprofiel

### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

De volwassen vroegdove met een hulpvraag is niet slechts doof, hij/zij is levenslang buitengesloten geweest van informatie via het gehoor. Volwassen vroegdoven hebben soms niet in de omstandigheden verkeerd om de gevolgen van die buitensluiting op weg naar hun volwassenheid te overwinnen. Het gevolg is een scala van beperkingen die worden ervaren in het uitvoeren van activiteiten en/of bij het participeren in de maatschappij op de domeinen die hierboven staan vermeld. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- De huidige volwassen vroegdoven 'verstaan' alleen gebarentaal (en soms zelfs beperkt), omdat ze van een generatie zijn die op de internaten geen gebarentaal mochten aanleren of gebruiken. Onvolkomen stemgebruik, articulatie en spraakafzien overbruggen de afstand met de horende niet. Deze volwassen vroegdove loopt continu op zijn tenen in de horende wereld en trekt zich in privé-tijd terug in de dovenwereld of in zichzelf.
- Vroegdove volwassenen hebben tijdens hun hele taalgevoelige periode in een taalarme omgeving verkeerd, zeker als hen ook (les in) gebarentaal is onthouden. De groep, die dat niet heeft kunnen compenseren, is laaggeletterd. Deze groep beheerst de Nederlandse taal zeer gebrekkig en kan slecht lezen. Er zijn grote problemen met de nuances van de grammatica en met abstract woordgebruik. Formele taal in formulieren en op internet wordt vaak niet begrepen. Hetzelfde geldt voor de getolkte taal van formele gesprekspartners. Het opdoen van kennis over alle aspecten van leven en samenleving via terloopse auditieve informatie ontbreekt al het hele leven bij de volwassen vroegdove. De volwassen vroegdove heeft bijgevolg meer of minder grote lacunes in kennis van de wereld om zich heen. Niet herkende misverstanden en gewenst gedrag vermenigvuldigen zich tot grote problemen. Bij het verder ouder worden wordt steeds nieuwe kennis relevant, die de cliënt niet vanzelf toekomt.
- De achterstand in taalontwikkeling heeft de sociaal-emotionele ontwikkeling van de volwassen vroegdoven met een hulpvraag in negatieve zin beïnvloed. Dit is versterkt door het feit dat veel van hen beschermd zijn opgevoed. Oudere vroegdoven zijn veelal opgegroeid in een doveninstituut. Hierdoor zijn zij afgeschermd geweest van de horende samenleving en het horende gezin van herkomst. De achterstand strekt zich daardoor ook uit tot de kennis van het sociale verkeer en intermenselijke relaties binnen en buiten gezins- en familieverband. Er is veelal sprake van een minder ontwikkelde gevoeligheid voor sociale verhoudingen en minder kennis van ongeschreven regels in het intermenselijk verkeer met als gevolg structurele sociaal-emotionele problematiek. De zelfredzaamheid van cliënten t.a.v. intermenselijke relaties is hierdoor beperkt. Dit leidt in veel gevallen tot een isolement en een zeer beperkt of geen sociaal netwerk.
- Het geheel van achterstanden bij de volwassen vroegdoven met een hulpvraag heeft grote invloed op de ontwikkelingsmogelijkheden in de samenleving op het terrein van opleiding en arbeid en daarmee op de sociaal-economische situatie van de cliënt. Dit heeft gevolgen voor hun zelfredzaamheid en participatie in de samenleving.

### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Een gehoorstoornis komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn. Denk bv. aan evenwichtsstoornissen of motorische stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.



Uit onderzoek is gebleken, dat vroegdoven een tweemaal zo grote kans hebben op psychiatrische aandoeningen als gevolg van hun problematische maatschappelijke verkeer. Voor de groep oudere doven geldt dat - naast het feit dat bij deze groep vaak sprake is van psychiatrische, gerontopsychiatrische of psychogeriatrische problematiek - ook sprake is van somatische problematiek behorend bij het ouder worden.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Persoonlijke factoren zijn van invloed op de mate waarin de vroegdove cliënt een taal- en ontwikkelingsachterstand blijft oplopen en de mate waarin dit de zelfredzaamheid negatief beïnvloedt. Hierbij spelen IQ, persoonlijkheidskenmerken, bijkomende stoornissen, copingstijlen en identiteitsontwikkeling als vroegdove een rol. Problemen als gevolg van het ouder worden kunnen de zelfredzaamheid van de cliënt verder verminderen.

Externe factoren zijn hierbij eveneens van invloed, zoals de aan-of afwezigheid van dove rolmodellen in de jeugd, sociaal-emotionele status van het gezin van herkomst, de aan-of afwezigheid van een sociaal netwerk in de volwassenheid, de mate waarin de cliënt zich beweegt in de dovengemeenschap, begrip en flexibiliteit van de horende omgeving, de bereidheid van docenten en werkgevers om aanpassingen te creëren en beschikbaarheid van effectieve hulpverlening.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij zo optimaal mogelijk te communiceren door het vergroten van (gebaren)taal en andere communicatievaardigheden van mijzelf en van mijn omgeving.
- Leer mij omgaan met de gevolgen van mijn doofheid in het dagelijks leven, zowel in mijn werk/opleiding als in mijn rol als partner en ouder waardoor mijn zelfredzaamheid wordt vergroot.
- Leer mij mijn sociale vaardigheden te verbeteren waardoor ik in staat ben op een adequate manier te reageren op terugkerende frustraties en onbegrip in mijn omgeving.
- Leer mij de samenleving beter te begrijpen door mij informatie te geven over wet- en regelgeving, sociale omgangsvormen, rechten en plichten als burger en als werknemer.
- Leer mij informatie over het functioneren van mijn eigen lichaam, over mijn ziektes, beperkingen en medicatie beter te begrijpen en in te passen in mijn dagelijks leven.
- Leer mij om te gaan met opvoedingsproblematiek.
- Leer mij handelingsalternatieven ter voorkoming van huiselijk geweld of kindermishandeling.
- Help mij bij het voorkomen of verbeteren van gedragsproblemen of maatschappelijk ontsporen als gevolg van financiële problemen, middelengebruik, relatieproblemen, problemen op het werk.
  
- Begeleid mij bij het voeren van mijn huishouding, beheren van mijn budget, voeren van mijn financiële administratie, opvoeden van mijn kinderen.
- Begeleid mij bij het deelnemen aan de maatschappij en het opbouwen/onderhouden van een sociaal netwerk ter voorkoming van sociaal

|  |  |
|--|--|
| <p>isolement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begeleid mij bij het verkrijgen van voorzieningen en hulpmiddelen. Wijs mij de weg in de regelgeving hierin.</li> <li>- Ondersteun mij bij de persoonlijke verzorging, die als gevolg van ouderdomsklachten problematisch is geworden.</li> </ul>   |  |
| <p><b>2. Beantwoorden van de hulpvraag</b></p>   |  |
| <p><b>2.1. Aanpak</b></p>  |  |
| <p>Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het verkleinen van de kennis- en informatieachterstand; toelichten van informatieaanbod van derden</li> <li>- ontwikkelen van sociale en communicatieve vaardigheden en sociaal inzicht</li> <li>- vormen van een positief zelfbeeld, vergroten van het zelfvertrouwen, vergroten van de weerbaarheid</li> <li>- geven van inzicht in de eigen beperking en de eigen sociale mogelijkheden</li> <li>- het voorkomen van gedragsproblemen of 'maatschappelijk ontsporen'</li> <li>- verbeteren van de vaardigheden om een goede werknemer, collega, ouder en andere levensrollen te zijn</li> <li>- het behouden van de mogelijkheid om zelfstandig te kunnen blijven wonen.</li> </ul> |  |
| <p><b>2.2. Resultaten</b></p>  |  |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft zelfkennis en een reëel beeld van zijn (on)mogelijkheden</li> <li>- heeft zijn zelfredzaamheid in zijn persoonlijke levenssfeer en in de samenleving vergroot</li> <li>- is in staat zelfstandig te blijven functioneren cq wonen. Hij ervaart een gevoel van veiligheid en geborgenheid in eigen (woon)omgeving</li> <li>- dreigende gedragsproblemen of 'maatschappelijk ontsporen' worden voorkomen</li> </ul>   |  |
| <p><b>3. Zorgtraject</b></p>   |  |
| <p><i>Componenten</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/comm beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Behandeling gericht op zelfstandig wonen</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op zelfstandig wonen</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | - Specialistische begeleiding gericht op verzorging/verpleging   |
| <i>Vorm</i>                                       | - Individueel contact met de cliënt<br>- Groepscontact met de cliënt<br>- Individueel contact met cliëntsysteem van één cliënt                 |
|   | - Op locatie instelling<br>- In thuissituatie cliënt   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Zorgverlener/zorgcoördinator   |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Maatschappelijk werker<br>Woonbegeleider<br>Opvoedtrainer<br>Communicatieadviseur/communicatietrainer<br>Verzorgende<br>Activiteitenbegeleider |

## Cliëntprofiel 15 Plotsdove of Laatsdove volwassen cliënt

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|  |   |
|--|---|
| <i>Afwijking of verlies van functies</i>   | <ul style="list-style-type: none"><li>o b1 mentale functies<ul style="list-style-type: none"><li>- perceptie (b156)</li></ul></li><li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)<ul style="list-style-type: none"><li>- 80dB – 110dB (zeer) ernstig gehoorverlies (doof)</li></ul></li></ul> <p>Compleet verlies van sensorische, i.c. auditieve, functies als gevolg van verandering in de anatomische eigenschappen van het oor of van het zenuwstelsel. Het verlies is het eindstation van progressieve slechthorendheid (laatsdoofheid) of is in relatief korte tijd ontstaan vanuit een normale gehoorfunctie (plotsdoofheid). De stemfunctie is normaal ontwikkeld, maar het gebruik ervan kan door de doofheid verstoord zijn.</p> |
| <i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i>  | <ul style="list-style-type: none"><li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li><li>o s1 van zenuwstelsel</li><li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li></ul>   |
| <i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>o d3 communicatie</li><li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li><li>o d8 belangrijke levensgebieden</li><li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li></ul>   |

#### 1.2. Cliëntprofiel

##### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- Gesproken communicatie is niet meer mogelijk. Pas na langdurige revalidatie t.a.v. leren spraakafzien en het leren gebruiken van ondersteunende gebaren door de plots- of laatsdove en zijn directe omgeving kan de gesproken communicatie zich tot op zekere hoogte

weer herstellen. In een toenemend aantal gevallen wordt een Cochleair Implantaat (CI) geplaatst. De resultaten hiervan zijn verschillend. CI vereist een intensieve hoortraining. Men kan weer geluiden horen, maar niet iedereen is in staat zonder spraakafzien spraak te verstaan. Met een CI blijft men slechthorend.

- Door het (plotseling) wegvallen van de gesproken communicatie tussen de laatdove en zijn directe omgeving is het risico op isolement groot. De relaties met partner, kinderen, familie, vrienden en werkomgeving kunnen onder druk komen te staan door het onvermogen om gemakkelijk en snel met elkaar te communiceren.
- De plots- of laatdoofheid belemmert het functioneren bij werk, school/studie en andere vormen van dagbesteding. De kans op uitval is groot.
- De plots- of laatdoofheid heeft invloed op veel terreinen van het maatschappelijk functioneren omdat de mondelinge communicatie hierbij veelal een grote rol speelt.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan samengaan met andere stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

Bijkomende aandoeningen kunnen zijn: tinnitus, hyperacusis, recruitment, ziekte van Ménière. De gevolgen van deze aandoeningen zijn meestal sterk belastend voor de laat- of plotsdove, soms 'gek makend'.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

Persoonlijke factoren zijn van invloed op de mate en het tempo waarin de persoon in staat zal zijn om de plots- of laatdoofheid te verwerken en zijn leven aan te passen, bv leeftijd, beroep, opleiding, gezondheid, veerkracht, copingstijlen. Laatdoven kunnen al op weg zijn geholpen tijdens hun voorgeschiedenis van slechthorendheid. Wanneer na de plaatsing van de CI de resultaten niet aan de verwachtingen voldoen kan dit de verwerking negatief beïnvloeden.

Externe factoren zijn hierbij eveneens van invloed, bv begrip, ondersteuning en geduld van naasten, ondersteuning van de werkgever bij het aanpassen van de werkomgeving en taken, beschikbaarheid van effectieve hulpverlening. De plaatsing van een CI kan hierbij van invloed zijn, wanneer de omgeving ten onrechte verwacht dat de cliënt nu weer horen kan.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

De hulpvraag van de laatdove richt zich op de acceptatie van de beperking en het verwerken van het complete verlies van het gehoor en de daarmee gepaard gaande verliezen in het dagelijks leven, maar wordt door de cliënt in aanvang veelal niet zo geformuleerd.

- Leer mij anders omgaan met mijn gehoorstoornis naar de buitenwereld: ik red het niet meer met verbergen. Leer mij op een adequate manier te reageren op terugkerende frustraties en onbegrip in mijn omgeving.
- Leer mij om me niet (verder) terug te trekken van anderen. Leer mij opkomen voor mijzelf.
- Leer mij en mijn omgeving aanvullende communicatietechnieken in de vorm van spraakafzien en NmG.
- Leer mij mijn leven inrichten met hulpmiddelen en schrijftolk.

- Help mij mijn weg te zoeken naar wel/geen CI.
- Leer mij de tinnitus, hyperacusis etc. dragen door er niet meer op te focussen.

De hulpvraag van de plotsdove is meer acuut en begint bij:

- Leer mij en mijn omgeving een andere manier van communiceren in de vorm van spraakafzien en NmG.
- Leer mij mijn leven inrichten met hulpmiddelen en schrijftolk.
- Help mij mijn weg te zoeken naar wel/geen CI.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

- zo snel mogelijk herstellen van een adequate, alternatieve communicatie; aanleren van spraakafzien en NmG
- geven van inzicht in de stoornis, de beperking en de gevolgen voor de eigen sociale mogelijkheden
- geven van inzicht in de beperking aan de naasten en het creëren van begrip van de omgeving
- werken aan de acceptatie van het verlies, ondersteunen bij het verwerken van de rouw
- leren omgaan met de gevolgen van de beperking en aanleren van handelingsalternatieven
- begeleiden naar inzicht in de mogelijkheden van CI
- ondersteunen bij het verkrijgen van hulpmiddelen en (schrijftolk)voorzieningen
- aanreiken van alternatief handelingsrepertoire om niet te focussen op tinnitus, hyperacusis etc.

### **2.2. Resultaten**

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

- kan communiceren met belangrijkste naasten op een functioneel acceptabel niveau
- accepteert zijn beperking en is gestart met rouwverwerking
- maakt optimaal gebruik van hulpmiddelen en schrijftolk, waarbij het cliëntsysteem actief meewerkt
- functioneert op alle levensgebieden; dreigend isolement is afgewend
- heeft adequate verwachtingen van een eventueel CI
- kan omgaan met bijkomende gehoorstoornissen

## **3. Zorgtraject**

|   |  |
|---|--|
| <i>Componenten</i>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/comm beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntstelsel van één cliënt</li> </ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i> | Zorgverlener/zorgcoördinator   |
| <i>Betrokken disciplines</i>                      | Maatschappelijk werker<br>Communicatieadviseur/communicatietrainer<br>Schrijftolk  |

## Cliëntprofiel 16 Slechthorende volwassen cliënt

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|   |   |
|---|---|
| <p><i>Afwijking of verlies van functies</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35dB – 80dB matig tot ernstig gehoorverlies</li> </ul> </li> <li>en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o b1 mentale functies             <ul style="list-style-type: none"> <li>- globale psychosociale functies (b122)</li> <li>- perceptie (b156)</li> <li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li> </ul> </li> <li>o b3 stem en spraak (afhankelijk of beperking vroeg of laat verworven is en aanwezigheid van gehoorresten)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- stem (b310)</li> <li>- articulatie (b320)</li> <li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li> </ul> </li> </ul> <p>Ernstig verlies van sensorische, i.c. auditieve, functies als gevolg van verandering in de anatomische eigenschappen van het oor of van het zenuwstelsel. Er is sprake van een gehoorverlies altijd het frequentiegebied van spraak omvattend.</p> |
| <p><i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o s1 van zenuwstelsel</li> <li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li> </ul>   |
| <p><i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o d1 leren en toepassen van kennis (afhankelijk of beperking vroeg of laat verworven is)</li> <li>o d2 Algemene taken en eisen (afhankelijk of beperking vroeg of laat verworven is)</li> <li>o d3 communicatie</li> <li>o d7 tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>o d8 belangrijke levensgebieden</li> <li>o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ul>  |



## 1.2. Cliëntprofiel

### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

De slechthorende volwassene heeft vaak al een jarenlang traject achter de rug van schaamte en ontkenning gevolgd door hulp van KNO-arts en/of Audiologisch Centrum en gebruik van gehoorapparatuur. Er kan een moment komen (vaak ook als de slechthorendheid progressief is), dat de cliënt daarmee niet meer uitkomt. Dan is dit cliëntprofiel aan de orde. Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- De ernstig slechthorende kan met een optimale inzet van hulpmiddelen nog via gesproken taal communiceren, maar meestal alleen nog één op één. Bovendien is dat zo inspannend, dat de spanningsboog steeds na korte tijd knapt en cliënt zich terugtrekt. Omgevingsgeluid belemmert de meeste communicatie. Omgevingsgeluid wordt met gehoorapparatuur slecht verdragen en draagt bij aan uitputting.
- Door het in toenemende mate wegvallen van de gesproken communicatie tussen de ernstig slechthorende en diens omgeving alsmede door de voortdurende uitputting is het risico op isolement voor de cliënt groot. De relaties met partner, kinderen, familie, vrienden en werkomgeving komen onder druk te staan.
- De ernstige slechthorendheid belemmert het functioneren op het werk, school/studie en andere vormen van dagbesteding. De ernstig slechthorende doet veelal veel moeite om zijn slechthorendheid te camoufleren, hetgeen tot miscommunicatie en onbegrip leidt. De kans op uitval is groot.
- Ernstige slechthorendheid heeft invloed op veel terreinen van het maatschappelijk functioneren omdat enerzijds mondelinge communicatie essentieel is en cliënt anderzijds voortdurend uitgeput is en steeds weer op onbegrip voor zijn situatie stuit.

### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De gehoorbeperking kan samengaan met andere stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Deze bijkomende verliezen kunnen van algemene en specifieke mentale of fysieke aard zijn, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

Bijkomende aandoeningen kunnen zijn: tinnitus, hyperacusis, recruitment, ziekte van Ménière. Deze gevolgen van deze aandoeningen zijn meestal sterk belastend voor de slechthorende, soms 'gek makend'.

### *Persoonlijke en externe factoren*

Persoonlijke factoren zijn van invloed op de mate en het tempo waarin de cliënt in staat zal zijn om de (toenemende) slechthorendheid te verwerken en zijn leven aan te passen, bv leeftijd, beroep, opleiding, gezondheid, veerkracht, copingstijlen. Externe factoren zijn hierbij eveneens van invloed, bv begrip en ondersteuning van naasten, ondersteuning van de werkgever bij het aanpassen van de werkomgeving en taken, beschikbaarheid van effectieve hulpverlening.

In het algemeen duurt het lang voor de persoon zijn slechthorendheid en hulpmiddelen echt accepteert en daarmee naar buiten durft te treden in plaats van zich terug te trekken. Volledige doofheid is een doembeeld, dat de gemiddelde slechthorende lang tegenhoudt om zich voor te bereiden op alternatieve communicatie. Een keuze voor een cochleair implantaat is niet aan de orde zolang op gehoorresten nog één op één een gesprek kan worden gevoerd.

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de

aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

De hulpvraag richt zich op de acceptatie van de beperking en het verwerken van het verlies van het gehoor en de daarmee gepaard gaande verliezen in het dagelijks leven, maar wordt door de cliënt in aanvang veelal niet zo geformuleerd. In plaats daarvan:

- Leer mij anders omgaan met mijn gehoorstoornis naar de buitenwereld: ik red het niet meer met verbergen. Leer mij op een adequate manier te reageren op terugkerende frustraties en onbegrip in mijn omgeving.
- Leer mij om me niet (verder) terug te trekken van anderen. Leer mij opkomen voor mijzelf.
- Leer mij vragen om hulp en om hulpmiddelen bij de communicatie aan belangrijke gesprekspartners.
- Leer mij de tinnitus, hyperacusis etc. dragen door er niet meer op te focussen.
- Leer mij handelingsrepertoire om niet voortdurend uitgeput te zijn.
- Leer mij en mijn omgeving aanvullende communicatietechnieken bv. in de vorm van NmG en spraakafzien.

Op individueel niveau vindt nadere hulpvraagverduidelijking plaats.

## **2. Beantwoorden van de hulpvraag**

### **2.1. Aanpak**

Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?

- stimuleren van de acceptatie van het verlies, verwerken van de rouw
- vormen van een positief zelfbeeld, herstel van het zelfvertrouwen, vergroten van de weerbaarheid
- geven van inzicht in de eigen beperking en de eigen sociale mogelijkheden
- geven van inzicht in de beperking aan de naasten en creëren van begrip van de omgeving
- leren omgaan met de gevolgen van de beperking, ook in relaties
- aanreiken van alternatief handelingsrepertoire om momenten van communicatie effectiever te maken
- aanleren van NmG en spraakafzien aan/in het cliëntsysteem
- verkrijgen van aanvullende hulpmiddelen en (tolk)voorzieningen
- aanreiken van alternatief handelingsrepertoire om niet te focussen op tinnitus, hyperacusis etc.

### **2.2. Resultaten**

Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?

- accepteert zijn (progressieve) gehoorverlies
- maakt optimaal gebruik van alternatieve communicatie als spraakafzien en NmG, waarbij het cliëntsysteem actief meewerkt

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- maakt optimaal gebruik van hoorhulpmiddelen</li> <li>- heeft de neergaande lijn in het functioneren op alle levensgebieden omgezet naar het inzetten van effectieve copingstrategieën</li> <li>- kan omgaan met bijkomende gehoorstoornissen</li> </ul> |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>  |  |
| <i>Componenten</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/comm beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> </ul> |
| <i>Vorm</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt</li> <li>- Groepscontact met de cliënt</li> <li>- Individueel contact met cliëntstelsel van één cliënt</li> </ul>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>   |
| <i>(Eind)verantwoordelijk voor het zorgaanbod</i>  | Zorgverlener/zorgcoördinator   |
| <i>Betrokken disciplines</i>   | Maatschappelijk werker<br>Communicatieadviseur/communicatietrainer<br>Schrijftolk  |

## Cliëntprofiel 17 Doofblinde volwassen cliënt

### 1. Vaststellen van de hulpvraag

#### 1.1. Relevante ICF-categorieën

|   |  |
|---|--|
| <p><i>Afwijking of verlies van functies</i></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o b1 mentale functies             <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientatie (b114)</li> <li>- globale psychosociale functies (b122)</li> <li>- perceptie (b156)</li> <li>- mentale functies gerelateerd aan taal (b167)</li> </ul> </li> <li>o b2 sensorische functies: hoorfuncties (b230)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35dB – 70dB matig gehoorverlies</li> <li>- 70dB – 90dB ernstig gehoorverlies</li> <li>- 90dB – 110dB zeer ernstig gehoorverlies (doof)</li> </ul> </li> <li>o b2 sensorische functies: visuele functies (b210)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- gezichtsscherpte: &lt; 0,3</li> <li>- gezichtsveld: &lt; 30 graden</li> </ul> </li> <li>o b3 stem en spraak             <ul style="list-style-type: none"> <li>- stem (b310)</li> <li>- articulatie (b320)</li> <li>- vloeiendheid en ritme van spreken (b330)</li> </ul> </li> </ul> <p>Er is sprake van een combinatie van verlies van hoorfunctie (&gt; 35 dB verlies aan het beste oor) en verlies van visuele functies (gezichtsscherpte &lt; 0.3 e/o gezichtsveldbeperking van &lt; 30 graden), met veelal een progressief karakter van beide of één van beide zintuigbeperkingen. Niet zelden bijkomend verlies van algemene en specifieke mentale of fysieke functies.</p> |
| <p><i>Afwijking of verlies van anatomische eigenschappen</i></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o s2 van oog, oor en verwante structuren en daarnaast mogelijk ook</li> <li>o s1 van zenuwstelsel</li> <li>o s3 van structuren betrokken bij stem en spraak</li> </ul>  |
| <p><i>Domeinen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o d1 leren en toepassen van kennis</li> <li>o d2 algemene taken en eisen</li> <li>o d3 communicatie</li> </ul>  |

- o d4 mobiliteit
- o d5 zelfverzorging
- o d6 huishouden
- o d7 tussenmenselijke interacties en relaties
- o d8 belangrijke levensgebieden
- o d9 maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

## 1.2. Cliëntprofiel

### *Beperkingen in uitvoeren van activiteiten en/of problemen bij participatie*

Beperkingen en participatieproblemen kunnen optreden in de hierboven vermelde domeinen. In dit geval betreft het alle ICF-domeinen. De ernst van de beperkingen en de problemen kunnen verschillen.

- Bij de meerderheid van de doofblinden is de gehoorbeperking (slechthorend of doof) overwegend congenitaal (aangeboren) en de visuele beperking postlinguaal (verworven na het verstrijken van de taalgevoelige periode). Deze cliënten beheersen in eerste instantie de Nederlandse taal, Nederlandse Gebarentaal (NGT) of Nederlands ondersteund met gebaren (NmG). Echter bij een grote groep van de doofgeborenen is het taalniveau laag; zij missen een goed ontwikkelde moedertaal. De visuele beperking is bijna altijd progressief, maar de snelheid waarmee het verlies van functies afneemt is verschillend per cliënt. Bij een minderheid is de visuele beperking vanaf geboorte aanwezig en ontstaat de auditieve beperking op latere leeftijd. Deze groep onderscheidt zich van de eerste groep, door een moedertaal welke zich goed heeft kunnen ontwikkelen.
- Naarmate de doofblindheid zich verder ontwikkelt moeten nieuwe zeer specifieke communicatiemethoden worden aangeleerd aan de cliënt en zijn omgeving. Denk daarbij naast NGT en NmG bijvoorbeeld aan Vierhandengebaren, Vingerspelling, Lorm en Braille. Communicatiemethoden die maar door een zeer beperkt aantal mensen in hun omgeving beheerst wordt. Communicatie die noodzakelijk is om zich te kunnen handhaven in zijn leefomgeving en deze zoveel mogelijk te kunnen vergroten. Een doofblinde kan slechts met een beperkt aantal mensen in zijn omgeving, veelal binnen één-op-één situaties, communiceren. Daarnaast zal een doofblinde zijn tastzin moeten (door)ontwikkelen.
- Een belangrijk probleem voor doofblinde personen is dat zij de omgeving verbrokkeld waarnemen. Het is voor hen moeilijk overzicht en samenhang te ontdekken in de wereld om hen heen. Zij moeten bij alle handelingen die zij doen zich optimaal concentreren. Dit geeft een zwaardere belasting waardoor ze bewuster met de verdeling van hun energie moeten omgaan. Ze zullen sneller vermoeid zijn. Dit belemmert deze mensen in hun functioneren en betekent dat de omgeving aan hen aangepast moet worden om energie zo goed mogelijk te gebruiken.
- De volwassen doofblinde is (in toenemende mate) zeer beperkt in zijn/haar mogelijkheden om te communiceren met anderen. Het informatie verwerven en verwerken via gangbare kanalen is (vaak geleidelijk) steeds minder goed tot niet mogelijk.
- Er is een (toenemende) beperking in de oriëntatie en mobiliteit, met name buitenshuis, en daardoor met de zelfredzaamheid en zelfstandigheid.
- Zonder aanpassingen is zelfstandig het huishouden doen niet mogelijk.
- Het aangaan van interacties en het opbouwen van fundamentele relaties en contacten en vriendschappen verlopen moeizaam. De doofblindheid is beperkend en bepalend voor de kwaliteit van tussenmenselijke interacties en relaties en heeft een impact op alle belangrijke levensgebieden.
- Volwassen doofblinden hebben problemen om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen (opleiding volgen, werken, zelfstandig

wonen).

- Het participeren op alle levensgebieden vraagt specifieke en intensieve ondersteuning. Doofblinden zijn/blijven voor de uitvoering van veel activiteiten en voor participatie in de maatschappij afhankelijk van de begeleiding van sensitieve en responsieve communicatiepartners.

#### *Bijkomende stoornissen en problematiek*

De doofblindheid kan een onderdeel zijn van een syndroom. In dat geval is er meestal sprake van bijkomende stoornissen en beperkingen, die niet leidend zijn voor het profiel. Doofblindheid komt regelmatig voor in combinatie met andere stoornissen, die weer van grote invloed zijn op de wijze waarop de hulpvraag beantwoord kan worden.

Mogelijke bijkomende problematiek is: (lichte) verstandelijke beperking, psychiatrische ziektebeelden als o.a. depressie, psychosen. Het ontstaan van de psychiatrische ziektebeelden heeft niet zelden een relatie met de doofblindheid, en wordt voorafgegaan door o.a. verlies, trauma, isolement en/of het ontbreken van toekomstperspectief. Er is een risico op deprivatie met gevolgen voor alle ontwikkelingsgebieden. Naast auditief en visueel functieverlies kenmerken sommige syndromen zich door een meervoudige progressieve problematiek.

#### *Persoonlijke en externe factoren*

De volwassen doofblinde, die doof is en op volwassen leeftijd een CI heeft laten plaatsen, ervaart een meerwaarde op het gebied van signaalhoren. Het verstaan van spraak kan zich niet meer ontwikkelen. De volwassen doofblinde, die slechthorend is en op volwassen leeftijd een CI heeft laten plaatsen, ervaart een meerwaarde op het gebied van spraakverstaan onder optimale omgevingscondities en wanneer de CI gedragen wordt. (Nb. er zijn thans nog geen volwassen doofblinden die op zeer jonge leeftijd geïmplanteerd zijn).

Deze factoren spelen in principe geen rol bij de profielbepaling, omdat ze binnen het profiel van persoon tot persoon kunnen verschillen (denk daarnaast ook aan factoren zoals sekse, beschikbare technologie, ondersteuning vanuit netwerk etc.). Ze spelen echter een grote rol bij de aanwezigheid en de ernst van beperkingen en participatieproblemen, die samenhangen met de functiestoornissen en dus ook bij de bepaling van de hulpvraag en bij de beantwoording daarvan.

#### *Algemene hulpvraag*

- Leer mij en mijn directe omgeving nieuwe communicatiemethoden en bijbehorende communicatievaardigheden.
- Leer mij en mijn naasten omgaan met de gevolgen van mijn (progressieve) beperking (afname functies en verlies van zelfstandigheid en identiteit) en de impact die de toenemende beperkingen op het (gezins)leven hebben.
- Leer mij alternatieve manieren om mobiliteit te behouden.
- Leer mij op de juiste manier mijn tast in te zetten.
- Leer mij mijn zelfstandigheid te ontwikkelen en te behouden
- Bied mij hulp bij verliesverwerking als gevolg van mijn toenemende beperkingen, ter voorkoming van ernstige (psychische) problematiek en bij het ervaren van een nieuw toekomstperspectief.
  
- Begeleid mij bij het zelfstandig wonen.
- Begeleid mij bij het deelnemen aan de maatschappij ter voorkoming van sociaal isolement.

Op individueel niveau vindt nadere specifieke hulpvraagverduidelijking plaats.

|  |  |
|--|--|
| <b>2. Beantwoorden van de hulpvraag</b>  |  |
| <b>2.1. Aanpak</b>   |  |
| <p>Wat is de aanpak om de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leren van nieuwe manieren van communiceren, ook aan belangrijke naasten</li> <li>- ontwikkelen van sociale vaardigheden en sociaal inzicht</li> <li>- vormen van een positief zelfbeeld, vergroten van het zelfvertrouwen, vergroten van de weerbaarheid</li> <li>- werken aan de acceptatie van het verlies, verwerken van de rouw</li> <li>- geven van inzicht in de eigen beperking en de eigen sociale mogelijkheden</li> <li>- werken aan een nieuw toekomstperspectief</li> <li>- het verkleinen van de kennis- en informatieachterstand</li> <li>- het vergroten van de mobiliteit</li> <li>- het vergroten van de mogelijkheden om deel te nemen aan de maatschappij</li> <li>- het behouden van de mogelijkheid om zelfstandig te kunnen blijven wonen</li> </ul> |  |
| <b>2.2. Resultaten</b>   |  |
| <p>Welke resultaten willen we met deze aanpak bereiken?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- communiceert met zijn omgeving</li> <li>- is in staat om optimaal informatie te verkrijgen en te verwerken</li> <li>- is mobiel, verplaatst zich zo zelfstandig mogelijk met gebruikmaking van hulpmiddelen binnen- en buitenshuis</li> <li>- woont zelfstandig en heeft de regie over het huishouden</li> <li>- neemt deel aan de maatschappij</li> <li>- heeft een nieuw toekomstperspectief</li> <li>- kan omgaan met de gevolgen van de dubbelzintuiglijke beperking evenals zijn naasten</li> </ul>  |  |
| <b>3. Zorgtraject</b>  |  |
| <i>Componenten</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Handelingsgerichte diagnostiek</li> <li>- Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking</li> <li>- Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/comm beperking</li> <li>- Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling</li> <li>- Behandeling gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Behandeling gericht op zelfstandig wonen</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Specialistische begeleiding gericht op zelfredzaamheid</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op zelfstandig wonen</li> <li>- Specialistische begeleiding gericht op structuur en ontmoeting</li> </ul>              |
| <i>Vorm</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individueel contact met de cliënt.</li> <li>- Groepscontact met de cliënt.</li> <li>- Individueel contact met cliëntensysteem van één cliënt.</li> <li>- Groepscontact met cliëntensysteem van meerdere cliënten.</li> </ul> |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op locatie instelling</li> <li>- In thuissituatie cliënt</li> </ul>  |
| <i>(eind)verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod</i> | GZ-psycholoog   |
| <i>Disciplines</i>                                    | GZ-psycholoog<br>Maatschappelijk werker<br>Revalidatietherapeut<br>Revalidatiemedewerker<br>NGT-docent/docent vierhandengebaren   |





## **Toegepaste methodieken en interventies auditief en/of communicatief**

Status: Vastgesteld  
Datum: 27 september 2012  
Versie: 1.0

## Inhoudsopgave

|    |   |    |
|----|---|----|
|    | Aanleiding  | 3  |
| 1. | State of the art  | 3  |
| 2. | Nadere uitwerking: doof/slechthorend  | 5  |
| 3. | Nadere uitwerking: ernstige spraak- en taalmoeilijkheden (ESM)  | 9  |
| 4. | Nadere uitwerking: doofblind  | 12 |
| 5. | Nadere uitwerking: kinderen en jongeren met ernstige bijkomende beperkingen (met name een verstandelijke beperking)                             | 14 |
|    | Bijlage   | 15 |
|    | Kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en de bijzondere eisen die dit stelt aan de expertisefunctie van de ZG-sector | 15 |

## Aanleiding

Het CVZ heeft van het ministerie van VWS binnen het traject Verbindend Vernieuwen de opdracht ontvangen in 2012 advies uit te brengen over de ZG-zorg. Het gaat dan om het volgende: Welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk gehandicapten kunnen, op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw vallen. Als subsector auditief en/of communicatief zijn wij hierover met het CVZ in gesprek gegaan aan de hand van het concept cliëntprofielen- en productenboek dat thans in ontwikkeling is. Het CVZ heeft aangegeven dat de concept profielen een goed overzicht bieden en inzicht geven in de cliëntgroepen, hun hulpvragen, het doel en resultaat van de behandeling en de zorgtrajecten van de cliënten. Wat nog ontbreekt, aldus het CVZ, is informatie over de mechanismen (methoden/interventies) die worden gebruikt om de doelen te bereiken en hoe staat het met de effectiviteit hiervan. Dit op basis van de grootste gemene deler en niet op detailniveau).

In een verkennend overleg tussen het CVZ en Harry Knoors is meer informatie verstrekt over de 'state of the art' in onze subsector en heeft tevens een uitwerking plaatsgevonden van een mogelijke aanpak om als subsector tot informatieaanlevering te komen m.b.t. methodieken/interventies en effectiviteit. De cliëntprofielen zijn geclusterd op basis van levensfasen (kinderen, jongeren, volwassenen) en dominante stoornis. Per geclusterde groep wordt het volgende in kaart gebracht:

- Wat is globaal de inhoud van de behandeling die deze geclusterde groep ontvangt? Wat zijn de kernelementen van de behandeling?
- In welke mate dragen verschillende interventies daaraan bij? Is er sprake van een min of meer uniforme aanpak?
- Welke informatie is beschikbaar over de effectiviteit van de behandeling? Is deze onderbouwd, aannemelijk gemaakt?

In een bijeenkomst binnen de subsector auditief en/of communicatief is hieraan een uitwerking gegeven.

| <i>Cliëntprofielen</i>                                | <b>D/SH</b>                                | <b>ESM</b>                          | <b>DB</b>                          |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Kinderen:</b><br>- 0 tot 5 jaar<br>- 5 tot 12 jaar | Cliëntprofiel 1-2-3-4<br>Cliëntprofiel 7-8 | Cliëntprofiel 6<br>Cliëntprofiel 10 | Cliëntprofiel 5<br>Cliëntprofiel 9 |
| <b>Jongeren:</b><br>- 12 tot 23 jaar                  | Cliëntprofiel 11-12                        | Cliëntprofiel 13                    | Cliëntprofiel 9                    |
| <b>Volwassenen</b>                                    | Cliëntprofiel 14-15-16                     | -                                   | Cliëntprofiel 17                   |

In dit document wordt eerst ingegaan op de 'state of the art' binnen de subsector auditief en/of communicatief. Vervolgens vindt per geclusterde groep een nadere uitwerking plaats op hoofdlijnen.

### 1) State of the art

#### A. Kleine maar gevarieerde doelgroep, die om zeer specifieke expertise vraagt

- Het betreft een relatief kleine maar gevarieerde doelgroep waar de sector auditief en/of communicatief zich op richt met zorg die om een zeer specifieke kennis en deskundigheid vraagt. Kennis en deskundigheid op het gebied van communicatie (diverse communicatievormen zoals NGT, NmG, etc.), spraak en taal, interactie, aanpassingen in de fysieke omgeving (denk aan akoestiek en licht) en technische hulpmiddelen (hoortoestellen, CI). Het is van belang dat er kennis is over de risicomomenten in de ontwikkeling van onze doelgroep, zodat daarop kan worden geanticipeerd, bij voorkeur preventief. Het betreft zowel de borging van bestaande kennis als kennisontwikkeling.
- Voor een beknopt overzicht van kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en de bijzondere eisen die dit stelt aan de expertisefunctie van de ZG-sector verwijzen wij u naar de bijlage van dit document.

#### B. Erkenning overheid specifieke rol ZG-instellingen als expertiseorganisaties

- Specifieke kennis en expertise moet gebundeld blijven, omdat anders het gevaar voor versnippering bestaat. Volume van specifieke kennis en expertise is dus een belangrijke

randvoorwaarde. Het ministerie van VWS heeft de specifieke rol van de ZG-sector als expertisorganisaties erkend naar aanleiding van een rapport dat de sector heeft opgesteld in opdracht van VWS.

- Voor meer informatie over de expertisefunctie van de ZG-sector verwijzen wij u naar het rapport 'Expertise ZG, Geoogmerkt en Geoormerkt: een voorstel voor de inrichting van de expertisefunctie voor cliënten met een zintuiglijke beperking' (VIVIS/SIAC, 15 oktober 2010).

*C. Gebruik van methodieken die onderbouwd en bewezen effectief zijn, toepasbaar gemaakt voor de doelgroep auditief en/of communicatief.*

- Er wordt binnen de sector auditief en/of communicatief veel gebruik gemaakt van methodieken en interventies die onderbouwd en bewezen effectief (evidence based) zijn, maar die veelal zijn ontstaan in aanpalende sectoren en/of buitenland. Met een vertaling (op gebied van communicatie, taal en interactiestijl) van deze methodieken en interventies naar de eigen specifieke doelgroepen zijn ze goed toepasbaar binnen de sector. Om deze vertaling goed te kunnen maken is specifieke kennis en expertise van de doelgroep mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen nodig. En dat is precies wat behandeling in onze sector onderscheidend maakt ten opzichte van behandeling in aanpalende sectoren.
- Binnen de sector wordt gebruik gemaakt van overwegend dezelfde methodieken en interventies, waarbij in de praktijk sprake kan zijn van accentverschillen. Er vindt binnen de sector veel samenwerking en afstemming plaats over verschillende methodieken en aanpassingen voor onze doelgroepen met name voor jonge kinderen.
- Binnen de sector auditief en/of communicatief wordt hard gewerkt aan het expliciteren van wat we doen en aan het monitoren van de effecten van onze behandeling, twee belangrijke stappen op de ladder van Evidence Based werken.

*D. Specifieke kennis en deskundigheid medewerkers op de betekenis en impact van de beperking*

- Het is dus van groot belang dat medewerkers binnen de sector zeer goed en specifiek voor onze doelgroep opgeleid zijn. Instellingen voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen moeten zelf zorgen voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een leeromgeving en daarmee voor continuïteit en doelmatigheid. Medewerkers worden na hun aanstelling specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen.
- De medewerkers binnen de sector auditief en/of communicatief beschikken over een specifieke kennis en deskundigheid onder meer op de volgende gebieden:
  - Gehoor-, communicatie- en taalstoornissen en de invloed daarvan op alle ontwikkelingsgebieden;
  - gevolgen van levenslange communicatie- en taalstoornissen op volwassen leeftijd op alle levensgebieden;
  - stoornissen waarmee regelmatig comorbiditeit bestaat zoals autisme en AHDH;
  - afwijkende taalverwerving;
  - meertalige taalverwerving;
  - sociaal-emotionele ontwikkeling;
  - ouder-kind interactie: dove kinderen-horende ouders, dove ouders-horende/dove kinderen;
  - CODA (Child of Deaf Adults) problematiek;
  - alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse Gebaren Taal (NGT), Nederlands met Gebaren (NmG), Vierhanden gebaren (voor doofblinden);
  - andere vormen van Ondersteunde Communicatie, zoals picto's en verwijzers, al dan niet computer ondersteund;
  - essentiële houding die ten opzichte van deze cliënten nodig is: tijd geven, aangepast taalgebruik, bij auditief beperkte cliënten een houding, positie en articulatie zodat spraakafzien mogelijk is;
  - kennis van verliesverwerking bij toenemend gehoorverlies op volwassen leeftijd
  - kennis van gevolgen van toenemend gehoorverlies op volwassen leeftijd op alle levensgebieden;
  - specifieke aanpassingen van de omgeving die nodig zijn bij deze doelgroep zoals: lichtinval, akoestiek, ondersteuning door middel van licht- of trilsignalen, visuele ordeningsmiddelen (bijv. visueel-tactiele kalenders), geluidsversterkende apparatuur;

- werking van hoorapparatuur en Cochleair Implantaat (zowel het (revalidatie)traject voor de cliënt als de technische kant) en het kunnen lezen en interpreteren van audiologische gegevens;
- bij auditief beperkte cliënten op het gebied van culturele vorming en identiteitsontwikkeling (Dovencultuur) en de omgang met tolken NGT/NmG of schrijftolken;
- kennis van (effectieve) behandelmethodieken.

#### *E. Multidisciplinaire behandelcontext noodzakelijk*

- Zorg aan mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen kenmerkt zich door specialistische diagnostiek, behandeling en begeleiding op verschillende ontwikkelingsdomeinen, denk aan auditieve waarneming, taal- en spraakontwikkeling, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling). Groei of verlies binnen één ontwikkelingsdomein kan van invloed zijn op andere ontwikkelingsdomeinen. Deze zorg vereist dus een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines op hoog deskundigheidsniveau kunnen samenwerken, waardoor vanuit de verschillende domeinen een geïntegreerde diagnose en behandeling wordt vormgegeven.
- Van belang is dat bij een cliënt een passend ontwikkelingsperspectief geformuleerd kan worden waarop de behandeling vervolgens kan worden afgestemd. Dit vraagt om een multidisciplinaire behandelcontext.
- De verschillende ontwikkelingsfasen waarin een cliënt terecht komt, brengen steeds weer nieuwe aanpassingen en dus nieuwe behandelvragen met zich mee wil de cliënt zich ook in deze nieuwe situatie weer goed kunnen handhaven. Behandeling vindt plaats zo mogelijk preventief of na escalatie van problemen. Er is sprake van 'stepped care' en 'matched care'.

## **2) Nadere uitwerking: Doof/slechthorend**

### *Kinderen 0-5 jaar*

- Behandeling van hele jonge dove en ernstig slechthorende kinderen is altijd intensief. Deze kinderen worden dan ook nooit voorliggend door de eerstelijns behandeld. De doofheid of ernstige slechthorendheid heeft immers direct impact op alle ontwikkelingsgebieden en levensdomeinen. De eerste drie levensjaren van het kind zijn absoluut cruciaal voor de behandeling. Het is belangrijk om alle registers dan ook meteen 'open te trekken'. Daarna blijft behandeling nodig in verschillende levens- en ontwikkelingsfasen (levensfase bestendig behandelen), maar de wijze waarop dit dan plaatsvindt is afhankelijk van diverse persoonlijke en externe factoren (stepped care).
- Interventies starten al vanaf het moment dat de auditieve beperking wordt ontdekt. Neonatale gehoorscreening vindt tegenwoordig al enkele dagen na de geboorte al plaats. Interventies vinden voorschools en naast het onderwijsaanbod plaats in de taalgevoelige periode. Er vindt afstemming plaats tussen zorg en onderwijs zodat met de interventies het maximale effect bereikt kan worden. Het is aangetoond dat vroegtijdige interventies vanwege het leervermogen van jonge kinderen zeer effectief kunnen zijn.
- Er is sprake van communicatie-, taal-, en interactieproblematiek. Interventies zijn gericht op het stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling, interactie met de omgeving en daarnaast staat ook de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind centraal. Vrijwel zonder uitzondering hebben de communicatieproblemen een weerslag op de cognitieve en de gedragsontwikkeling. Deze ontwikkelingsgebieden worden dus ook gevolgd en indien nodig worden hierin interventies gepland of wordt er doorverwezen om deze elders toe te passen.
- Interventies richten zich primair op behandeling in het gezin en daarbinnen op de opvoedingssituatie en rol van ouders. Daarnaast wordt ook behandeld in een behandelgroep of op de peuterspeelzaal die het kind bezoekt.
- Kernelementen inhoud behandeling: Gezinsbegeleiding doof en ernstig slechthorend werkt op basis van drie verschillende pijlers of modules: gericht op ouders en kinderen (binnen het gezin), gericht op groepsbehandeling (zowel de kinderen als de ouders) en gericht op individuele therapie/behandeling (bijv. logopedie). De behandeling grijpt daarbij in op de verschillende leefmilieus van de cliënt. Doel is om de natuurlijke communicatieve situatie zo snel en goed mogelijk te herstellen, om ouders te ondersteunen bij het omgaan met de beperking van hun kind en om toegang tot taal en communicatie bij het kind mogelijk te

maken (door inzet van hoorapparatuur, cochleaire implantatie en visuele communicatie in de vorm van Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met gebaren). Goede vroege communicatie in het gezin is een van de belangrijkste voorspellers van psychische gezondheid op latere leeftijd.

- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis en expertise over de eisen die de beperking stelt aan de omgeving en over het toegankelijk maken van de communicatie middels gehoorrevalidatie, visuele communicatievormen en ondersteunende communicatie.
- Behandeling is per definitie multidisciplinair.

#### *Kinderen 5-12 jaar*

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in communicatie- en/of taalproblematiek. Bij de grootste groep betreft het een aangeboren stoornis, een kleine groep heeft de stoornis later verworven door bijvoorbeeld meningitis. De communicatie- en taalproblemen veroorzaken vaak gedragsproblemen (die zowel externaliserend als internaliserend van aard kunnen zijn) of problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling, spelontwikkeling of zelfredzaamheid.
- Uit onderzoek blijkt dat bij 40% van de doven en slechthorenden ernstige psychische problematiek voorkomt. De frequentie van neuropsychologische problemen is zes keer zo hoog als in de normale populatie.
- Veel dove en slechthorende kinderen hebben ondanks een normale leeraanleg in vergelijking met horend leeftijdgenoten afwijkende cognitieve profielen. Sterkere globale visuele waarneming, minder goed functionerend werkgeheugen, problemen met sociale cognitie en emotieregulatie.
- Interventies zijn met name nodig toegespitst op gebied van pragmatiek, 'theory of mind' en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen vaker dan horende kinderen moeite hebben om taal in de sociale context juist te gebruiken. Zij kunnen zich vaak moeilijker inleven in het perspectief van de ander. Ook het reguleren van emoties is een probleem, zelfs als de taalontwikkeling uiteindelijk vrijwel normaal verloopt.
- Methodieken en interventies zijn veelal gericht op het omgaan met de impact van de beperking, empowerment van de cliënt en het investeren in de gezinssituatie. Zij richten zich naast behandeling van cliënt (individueel en/of in groep) ook op het cliëntsysteem.
- Kernelementen inhoud behandeling: inzetten op communicatie, interactiestijl en ondersteunende communicatievormen (NGT, NmG, OC). Bij dove kinderen speelt Dovencultuur en de dovenidentiteit een belangrijke rol in de behandeling en in het leven.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden, specifieke kennis van voorwaarden in de omgeving (akoestiek, lichtinval, etc.).

#### *Jongeren 12-23 jaar*

- Vanuit ICF beredeneerd: De stoornis van de cliënt gaat niet over. De mate waarop de cliënt beperkingen ervaart wisselt sterk in deze levensfase en is sterk afhankelijk van diverse persoonlijke en externe factoren. En juist in die persoonlijke (denk aan puberteit) en externe factoren (veranderingen in gezin en rollen) vinden in deze levensfase veel veranderingen plaats.
- Er komt in deze levensfase meer nadruk te liggen op taligheid in de omgeving en het ervaren van steeds minder begrip in de omgeving op de beperkingen die worden ervaren.
- 40% van de cliënten met een auditieve beperking is meervoudig beperkt. Van de overige 60% heeft 40% psychische problematiek. Dit speelt zeker ook na de leeftijd van 12 jaar vaak nog een rol. Sociale relaties staan in de puberteit sterk onder druk, zeker als van school gewisseld wordt. Eenzaamheid is naast chronische vermoeidheid een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van problemen op psychisch vlak.
- De inzet van methodieken en interventies zoals genoemd onder 5-12 jaar zijn ook hier van toepassing, maar aanvullend is de behandeling in deze levensfase meer gericht op zelfredzaamheid/zelfstandigheid en participatie als ook op de nieuwe levensdomeinen waar de

cliënt in zijn groei naar volwassenheid mee te maken krijgt (arbeid/dagbesteding, zelfstandig wonen, etc.).

- De rol en de invloed van het gezinssysteem in de behandeling verandert in deze levensfase, passend bij de groei naar volwassenheid van de cliënt.
- Het aanbod voor deze leeftijd bestaat meer uit gerichte instructie en coaching, er is minder sprake van incidenteel leren.
- Expertise-inzet kenmerkt zich ook in deze fase door een multidisciplinaire behandelsetting, specifieke kennis van communicatievaardigheden, specifieke kennis van voorwaarden in de omgeving (akoestiek, lichtinval, etc.).

#### *Volwassenen vroegdoof*

- De beperking gaat niet over. De volwassen vroegdoof moet het doen met het niveau van kennis en vaardigheden, dat hij in zijn jeugd bereikt heeft. Daaronder soms een heel beperkte kennis van de Nederlandse taal. Vanzelfsprekend leren van nieuwe kennis wordt gehinderd door de voortdurende communicatiekloof met de talige wereld van de volwassene. De dove volwassene die is aangewezen op AWBZ-zorg heeft door persoonlijke en externe factoren te grote achterstanden om zelfredzaam zijn weg te kunnen gaan. Incidentele plaatsing van een cochleair implantaat is qua effect nogal eens teleurstellend; bovendien heft die de opgelopen achterstanden niet op.
- Het cliëntensysteem van de volwassen vroegdoof is essentieel anders dan voorheen. Vaak maken daar geen horenden meer deel van uit, want de volwassen dove vindt vaak een partner in eigen kring van doven of blijft alleenstaand. Het ontbreekt de cliënt aan horende intermediairen in eigen omgeving.
- Kernelementen van de behandeling zijn gericht op versterking van de zelfredzaamheid: aanvullen van kennisachterstanden, empowering, assertief maken, zo nodig duurzame ondersteuning van de zelfredzaamheid. De behandeling strekt zich uit over alle levensdomeinen. De methodieken en interventies richten zich vooral op de cliënt zelf.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis van de tekortschietende begrippenwereld van de volwassen dove en vaardigheid om met hem/haar te communiceren, alsmede de mobilisatie van begrip voor de cliënt van zijn horende omgeving privé en in het werk.

#### *Volwassenen slechthorend en plots/laatdoof*

- De toenemend slechthorende komt op enig moment niet meer uit met hoorhulpmiddelen alleen. Uitputting doet hem afhaken op een of meer levensdomeinen. Aan normale intellectuele bagage ontbreekt het niet, maar acceptatie en verliesverwerking is nodig om nieuwe gedragsvarianten aan te leren. Niet zelden bijkomende tinnitus en hyperacusis vergroten de lijdensdruk.
- Het hele cliëntensysteem draagt de consequenties van de gehoorstoornis. Sommige relaties – privé of in het werk – zijn daar niet tegen bestand. De behandeling richt zich op herstel van het functioneren binnen het cliëntensysteem.
- Kernelementen van de behandeling zijn verwerking van het verlies (van gehoor en relaties) en acceptatie van de beperking. Het leren accepteren van en omgaan met energetische beperkingen als gevolg van het gehoorverlies is hierbij essentieel. Dan ontstaat er ruimte voor het aanleren van gedragsalternatieven, bij plots- en laatdoofheid ook alternatieve communicatievormen. Een belangrijk deel van de behandeling richt zich op de cliënt zelf. Na bereiken van acceptatie wordt ook het cliëntensysteem in de behandeling betrokken. De totale revalidatie van de slechthorende strekt zich in de tijd uit over meerdere zorgverleners in verschillende zorgdomeinen.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis en inzicht in rouw- en verliesprocessen, kennis van de gevolgen van ernstige slechthorendheid in cliëntensystemen, kennis en ervaring met alternatieve communicatievormen.

## **Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep doof/slechthorend**

Gericht op bevordering van taal en communicatie:

- Hoortraining (bijv. Luisterkubus)
- Training Als je Oren Niet Goed Horen (AJONGH)
- Communicatiecursussen NGT/NmG (voor kind/volwassene en cliëntsysteem)
- Training Spraakafzien voor volwassen slechthorenden en plots-laafdoven
- Denk Stimulerende Gespreksmethode (DGM)
- Interactief voorlezen
- Auditory Verbal Therapy
- Peuterpraat
- Kleine Stapjes
- Met woorden in de weer
- Theory of Mind training (TOM-training)
- Uk en Puk

Gericht op interactie met gezin/omgeving van kind/volwassene:

- Video Interactie Begeleiding (VIB)
- Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)
- Hanen
- Volgen Aanpassen Toevoegen (VAT)
- Triple P
- Groepsprogramma 'Kind zijn van dove ouders'

Gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling:

- Programma Alternatieve Denkstrategieën / PAD-programma (een goed onderbouwd, van oorsprong Amerikaans interventieprogramma, specifiek ontwikkeld voor dove kinderen)
- Spelbegeleiding
- Doos vol gevoelens
- Sociaal Competentiemodel
- Sociale vaardigheidstraining
- Cognitieve gedragstherapie (bijv. FF luisteren)
- Weerbaarheidstraining
- Identificatieprogramma
- Psycho-educatie

Gericht op versterken van zelfredzaamheid volwassen cliënten:

- Assertiviteitstraining voor doven
- Opvoedcursus voor dove ouders
- Training 'Omgaan met geld'
- Vriendschapscursus
- Probleemoplosgroep
- Werken in een horende omgeving
- Anders Ouder worden
- Training Seksuele Weerbaarheid

Gericht op leren omgaan met de beperking voor volwassen cliënten

- Assertiviteitstraining voor slechthorenden
- Leren leven met slechthorendheid
- Leren leven met tinnitus/hyperacusis
- Leren leven met ménière
- Leren leven met plots/laafdoofheid

## **Literatuurverwijzingen**

- Bogaerde, B. van den, M. Buré & C. Fortgens (2008). *Tweetaligheid en educatie*. In: Baker e.a. (eds): *Gebarentaalwetenschap. Een inleiding*. Deventer: Van Tricht uitgeverij, 293-304
- Calderon, R. & Greenberg, M. (2003). Social and emotional development of deaf children. In M. Marschark & P. Spencer (eds). *Oxford Handbook of Deaf Studies, Education, and*



Language, vol. 1. New York: Oxford University Press.

- Eldik, Th van (1999). *Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report*. Rotterdam Erasmus Universiteit: proefschrift
- Fortgens, C. (1991). *Taal, wat is dat?* In: Schermer, T., C. Fortgens, R. Harder & E. de Nobel: *De Nederlandse Gebarentaal*. Twello: Van Tricht. 15-28.
- Hintermair, M. Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children (2006). *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 11 (4): 493-513.
- Isarin, J. (2008). *Over erbij horen in verschillende werelden*. In: Lem, T. van der & G. Spaai (eds): *Effecten van cochleaire implantatie bij kinderen*. Een breed perspectief. Deventer. 131-141.
- Isarin, J. (2008). *Zo hoort het. Dove kinderen in het CI-tijdperk: een participatieonderzoek*. Twello: Van Tricht.
- Knoors, H. (2008). *Cochleaire implantatie bij kinderen. Effecten op de ontwikkelingen mogelijke gevolgen voor het pedagogisch beleid*. In: Lem, T. van der & G. Spaai (eds): *Effecten van cochleaire implantatie bij kinderen*. Een breed perspectief. Deventer. 27-65
- Kolen, E. (2009). *De tweetalige ontwikkeling van dove kinderen in de Nederlandse gebarentaal en het Nederlands. Een meervoudige casestudie*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Schermer, T. & R. Pfau (2008). *Taalverandering en taalcontact*. In: Baker, A. e.a.: *Gebarentaalwetenschap. Een inleiding*. Deventer: Van Tricht, 275-292.
- Slot, W., & Spanjaard, H. (2009) *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Thiememeulenhoff Bv.
- Spencer, P.E., & Marschark, M. (Eds). (2010). *The Oxford Handbook of Deaf studies, Language and Education*. Oxford University Press.
- Terpstra, A. (2008). *Laten zien wat je kunt maakt kwaliteit zichtbaar. Over gebarentaalvaardigheden, de meetbaarheid ervan en het komen tot aantoonbare kwaliteit in deze vaardigheden binnen de KEGG*. Interne publicatie.
- Van Gent, T. (2012). *Mental health problems in deaf and severely hard of hearing children and adolescents*. Proefschrift, Universiteit van Leiden
- Wallien, M., A. Drubbel & M. Soeters (2001). *Leerplan tweetalig onderwijs. Nederlandse Gebarentaal en Nederlandse taal in het primair dovenonderwijs*. Rotterdam: CED/Het projectbureau.
- Wauters, L. e.a. (2008). *Naar goede praktijken voor het leesonderwijs*. Rapport Viataal.
- Wever, C.C. (2002). *Parenting Deaf Children in the era of cochlear implantation. A narrative-ethical analysis*.
- Werkgroep Leerlijn Lezen voor doven (2008). *Leerlijn lezen voor onderwijs van dove kinderen*. Enschede: SLO.
- Wolters, N., Knoors, H., Collessen, A. & Verhoeven, L. (2011). Predicting acceptance and popularity in early adolescence as a function of hearing status, gender, and educational setting. *Research in Developmental Disabilities* 32, 2553-2565.
- Zwitserlood, R. (2007). *Morpho-Syntactic Development and Verb Argument Structure in Narratives of Dutch School-Age Children with SLI*. Master thesis. Utrecht: Universiteit Utrecht.

### 3) Nadere uitwerking: Ernstige Spraak- en taal Moeilijkheden (ESM)

#### *Kinderen 0-5 jaar*

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in een stoornis op het gebied van de communicatie, of spraaktaal en/of interactie. Het gaat om een neurologische ontwikkelingsstoornis met een duidelijke genetische component.
- Alleen het bieden van een 'taalbad' zoals bij vroege en voorschoolse educatie (VVE) wordt aangeboden of inzet vanuit eerstelijns logopedie is bij deze kinderen met een taalstoornis volstrekt onvoldoende.
- De handicapbeleving is bij ouders van ESM-kinderen anders dan bij ouders van dove en ernstig slechthorende kinderen. Er is sprake van een latere signalering van ESM-kinderen (gemiddeld tussen 1,5 en 2,5 jaar) dan van dove en ernstig slechthorende kinderen. Ouders realiseren zich pas vaak in een latere fase dat er sprake is van een stoornis en niet van een achterstand die ingehaald kan worden. Dit is van impact op de handicapbeleving en ook op de behandeling.

- Interventies richten zich op spraak- en taalontwikkeling, sociaal-emotionele ontwikkeling en interactie met de omgeving. Overige ontwikkelingsgebieden worden ook gevolgd en indien nodig worden hierin interventies gepleegd of wordt er doorverwezen om deze elders toe te passen.
- Kernelementen inhoud behandeling: Ook hier wordt gewerkt op basis van drie verschillende pijlers of modules: gericht op ouders en kinderen (binnen het gezin), gericht op groepsbehandeling en gericht op individuele therapie/behandeling al is de verhouding tussen deze modules anders dan bij dove en ernstig slechthorende kinderen: het accent ligt voor een groter deel op behandeling in groepsverband.
- Het betreft diagnostiek, behandeling en begeleiding in wederzijdse interactie. Vroegtijdig ingrijpen en een goede overgang naar onderwijs is van groot belang.
- Er kan sprake zijn van een erfelijke component. Wanneer ouders zelf een taalprobleem hebben is behandelen waarbij de ouders centraal staan minder effectief voor het kind.
- Er is sprake van samenwerking met Audiologische Centra (AC's) die kunnen differentiëren tussen een taalachterstand en een taalstoornis.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden en het kunnen toepassen van een aangepaste interactiestijl.
- Momenteel wordt door NSDSK, Auris en Pento het instrument 'BergOp' gebruikt om de effectiviteit van de behandeling te monitoren.
- Binnen Kentalis loopt momenteel het project 'Effectiviteit methodieken binnen vroegbehandeling ESM'. *Een samenvatting van de voorlopige resultaten is te vinden in de bijlagen.*

#### *Kinderen/jong volwassenen 5-23 jaar*

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in communicatie- en/of spraaktaalproblematiek, die zich kan uiten in gedragsproblemen.
- Uit onderzoek blijkt dat bij 40% van de kinderen met ESM psychische problematiek voorkomt.
- Deze kinderen verkrijgen minder kennis via het informele leren en diverse informatie kanalen.
- Interventies zijn met name nodig toegespitst op de impact van de beperking, empowerment van de cliënt, de gezinssituatie (er kan sprake zijn van een erfelijke component).
- Door gebrekkige communicatieve redzaamheid kunnen gedragsproblemen ontstaan. Behandeling is enerzijds op gericht om negatief gedrag om te buigen naar positief gedrag middels gedragsmodulerende principes. Anderzijds wordt er gewerkt aan het versterken van de spraak/taal en communicatieve vaardigheden.
- Kernelementen inhoud behandeling:
  - Woordenschatuitbreiding
  - Interactiestijl
  - Metalinguïstisch bewustzijn (beperkt bij deze groep kinderen)
  - Empowerment client (systeem)
  - Visuele ondersteuning
  - Pragmatiek
- Het is voor deze kinderen erg moeilijk om te leren en dit vraagt extra tijd. Reden dat ook veel gebruik wordt gemaakt van video interactie begeleiding (VIB).
- NmG kan bij ESM-kinderen een middel zijn dat wordt toegepast als ondersteuning van de communicatie en de behandeling.
- Er wordt veelal gebruik gemaakt van dezelfde onderbouwde en bewezen effectieve methodieken en interventies als voor dove en slechthorende kinderen in de leeftijd van 5-12 jaar, maar de vertaling op het gebied van communicatie, taal en interactiestijl vraagt om andere accenten (zo vragen dove kinderen om meer visuele input dan ESM-kinderen, zijn de aanpassingen m.b.t. pragmatiek en 'theory of mind' bij ESM-kinderen anders).

- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden en het kunnen toepassen van een aangepaste interactiestijl.

### Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep ESM

Gericht op spraaktaal en communicatie:

- More than words
- Peuterpraat
- DGM (Denkstimulerende Gespreks Methodiek)
- Puk & Co
- Aanpassingen communicatie middels Nederlands met Gebaren, Totale Communicatie
- Kleine stapjes
- TEACCH

Gericht op de interactie met gezin/omgeving:

- Video Interactie Begeleiding (VIB)
- Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)
- Hanen

Gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling:

- Spelbegeleiding

### Literatuurverwijzingen

- Agt, H. van, Essink-Bot, M., van der Stege, H., de Ridder-Sluis, H. & de Koning, H., (2005). *Kwaliteit van leven van kinderen met een taalontwikkelingsprobleem*, *Stem-, spraak- en taalpathologie*, 13, 4, 211-226
- Baker, A., Blankenstijn, C., & Roelofs, M. (2000). *Pragmatiek*. In S. Gillis & A. Schaerlaekens (red.), *Kindertaalverwerving. Een handboek voor het Nederlands*, Groningen: Martinus Nijhoff, 287-325.
- Bode, D. & H. Knoors (2003). Het effect van het gebruik van gebaren op de woordproductie van peuters/leerlingen met specifieke taalstoornissen. In: Van Horen Zeggen, 44, 4-9.
- Bogers, N.P.F., Burger, E.J. & Duijf, A. (2007). *Het effect van taaldenkstimulerende technieken; replicatie van een effectonderzoek*, *Logopedie en foniatrie*, 5; 148-154
- Bradshaw, M.L, Hoffman, P.R. & Norris, J.A. (1998). Efficacy of expansions and cloze procedures in the development of interpretations by preschool children exhibiting delayed language development. In: *Language, speech and hearing services in schools*. 29, 85-95.
- Brands, T., Knoors, H., en Aarts, G. (2008). *Vroegbehandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoelijkheden: doeltreffend of niet? Van Horen Zeggen*, 49-2.
- Burger, E., Van de Wetering, M., en Van Weerdenburg, M. (red.). (2012). *Kinderen met specifieke taalstoornissen. (Be)handelen en begeleiden in zorg en onderwijs*. Kentalis Acco.
- Daal, J. van (2008). *Gedragsproblemen bij kinderen met ernstige spraaktaalmoelijkheden*, *Van horen zeggen*, 49, 1, 10-14
- Drenthe, M, E. Kolen, J. Kniest & M. van Weerdenburg. (2008). *Visie op ernstige spraak- en/of taalmoelijkheden (ESM) van het kennisteam ESM - Viataal*.
- Dungen, L. van den & M.Verboog. (1991). *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Coutinho.
- Dungen, L. van den. (2007). *Taaltherapie voor peuters/leerlingen met taalontwikkelingsstoornissen: verantwoording van behandeldoelen tot & behandelingsuggesties voor peuters/leerlingen met een taalniveau van 0 tot 6 jaar*. Bussum: Coutinho.
- Eijden, van der P. & Kreeke-Alfrink, van de N. (1997). *Denkstimulerende gespreksmethodiek*. *De wereld van het jonge kind*, 1, 23-26
- Elbers, L. & Loon-Vervoorn, A. van (2000). *Lexicon en Semantiek*. In: S. Gillis & A. Schaerlaekens (red.) *Kindertaalverwerving. Een handboek voor het Nederlands*. Martinus Nijhoff, Groningen. 185-224.
- Ellis Weismer, S. (2000). Intervention for children with developmental language delay. In: Bishop, D.V.M. & Leonard L.B. (eds). *Speech and Language Impairments in Children*:

- Causes, characteristics, intervention and outcome. Hove: Psychology Press. 157-176.
- Fortgens, C., A. Hoekstra, I. van Kampen, M. van Amstel & M. Stemmer. (2005). *Het effect van klassenapparatuur in twee ESM-groepen*. In: Van Horen Zeggen, 45, 5, 12-19. Gielen, M. & R. Buekers.
  - Julien, M. (2008). *Taalstoornissen bij meertalige kinderen*, Amsterdam: Harcourt
  - Kiemstra, M. (2006). *Woordenschatontwikkeling. Werkwijzen voor groep 1-4 van de basisschool*. Expertisecentrum Nederlands. Nijmegen: Radboud Universiteit.
  - Kort, W. M. Schittekatte & E. Compaan. (2008). *CEL-4-NL. Clinical evaluation of language Fundamentals*.
  - Law, J., Boyle, F., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International journal of language and communication disorders*, vol. 35, no. 2, 165-188.
  - Leonard, L. (1998). *The nature and efficacy of treatment*. In: L.B. Leonard (ed.): *Children with specific language impairment*. Cambridge: MIT Press, 193-210.
  - Nelson, K.E. (1989). *Strategies for first language teaching*. In: M. Rice & R. Schiefelbusch (eds.): *The teachability of language*. Baltimore: Paul H. Brookes, 263- 310.
  - Nulft, D. van den & M. Verhallen. (2002). *Met woorden in de weer*. Bussum: Coutinho.
  - Steenge, J. (2006). *Problematiek allochtone ESM kinderen niet anders, wel complexer*, Van horen zeggen, 47, 8-9
  - Van der Heijden, P.M.R.L & N.m.B. van de Kreeke-Alfrink. (1994). *Denkstimulerende gespreksmethodiek*. Rotterdam: CED.
  - Vermeij, B., Wiefferink, K., en Wijs, M. (2011). *Monitoren van de behandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoelijkheden*. *Van Horen Zeggen*, 52-5.
  - Welle Donker, M. Slofstra-Bremer C., Meulen S. van der, Denderen-Lubbers M. van (red.). (2000). *Spraak- en taalproblemen bij kinderen. Ervaringen en inzichten*, Assen: Van Gorcum
  - Wiefferink, K., Veentjer, S., Zandvliet, C., Okma, E., Dorren, D., Zorzi, J., Wobo, D.(2010). *Ontwikkeling van een behandelmethodiek, Van Horen Zeggen*, 51-4.

#### 4) Nadere uitwerking: Doofblind

- Doofblindheid impliceert niet dat alle mensen met doofblindheid totaal doof en volledig blind zijn: het is een gecombineerde beperking van ernstige visuele en auditieve stoornissen, wat resulteert in een unieke beperking voor iedere persoon.
- Binnen de groep doofblinden kan een onderscheid gemaakt worden tussen mensen met congenitale doofblindheid en mensen met verworven doofblindheid. Van congenitale (= aangeboren) doofblindheid spreek je wanneer er sprake is van ernstige auditieve en visuele stoornissen vanaf de geboorte of voor het begin van de taalontwikkeling. Congenitale doofblindheid onderscheidt zich van verworven doofblindheid door het tijdstip van het ontstaan van de dubbel zintuiglijke beperking. Mensen met verworven doofblindheid hebben al taal ontwikkeld. Taal kan gesproken taal of gebarentaal zijn. Bij verworven doofblindheid kan een onderscheid gemaakt worden tussen vroegverworven en laat verworven, ook wel ouderdomsdoofblindheid: dit betekent dat er vanaf het 50e levensjaar ernstige problemen met horen en zien ontstaan. Ouderdomsdoofblinden worden echter niet behandeld binnen de organisaties die SIAC vormen.
- Voor congenitale doofblindheid geldt dat de diagnose op jonge leeftijd al kan worden gesteld. Doofblindheid kan veroorzaakt worden door een syndroom, maar dit is niet altijd het geval. Ongeveer 85% van deze groep heeft een ernstige verstandelijke beperking. Hierdoor zegt de kalenderleeftijd minder dan de ontwikkelingsleeftijd. Congenitaal doofblinde mensen zijn afhankelijk van hun directe nabije omgeving en van de tast.
- Interventies starten op jonge leeftijd en zijn vooral gericht op contact en interactie, communicatie (op een schaal van tactiele communicatievormen tot symbolische communicatie door bijvoorbeeld Vierhanden gebaren) en op grip krijgen op de structuur van het (dagelijks) leven.

- Bij verworven doofblindheid is in de meeste gevallen sprake van het syndroom van Usher, (type 1 en 2). Daarbij is de auditieve beperking aangeboren en openbaart de visuele beperking zich in de puberteit/jongvolwassenheid. Dit betreft dus vooral de groep met een leeftijd vanaf 12 jaar.
- De behandeling gericht op de auditieve beperking is meestal in de vorm van een Cochleair Implanthaat en bijbehorende revalidatie. Daarnaast wordt op het visuele gebied behandeld op het tactiele gebied, bijvoorbeeld Vierhanden gebaren. Vanwege de visuele beperking is ook behandeling gericht op oriëntatie en mobiliteit nodig (bijvoorbeeld stoklopen). Als aanvullende componenten van behandeling kunnen psycho-educatie en lotgenotencontact worden benoemd.
- Er bestaat specialistische deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van deze complexe en kleine doelgroep (congenitale doofblindheid komt bij 1:10.000 kinderen voor; vroegverworven doofblindheid komt bij 8:10.000 kinderen voor).
- Er bestaan formele banden met wetenschappelijk onderzoek naar deze doelgroep en er is een hoogleraar aan de sector verbonden met specialisme doofblindheid.
- Er vindt internationale uitwisseling en samenwerking plaats en er wordt bijgedragen aan onderzoek naar doofblindheid, kennisontwikkeling en kennisverspreiding.
- Specialistische deskundigheid wordt uitgedragen in diverse publicaties, congressen en symposia.

#### **Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep doofblind**

- Van Dijk methode (J. van Dijk)
  - Interventie Programma Contact (M. Janssen et al.)
  - Kindvolgende strategieën voor onderzoek van kinderen die doofblind zijn of meervoudige beperkingen hebben (C. Nelson en J. van Dijk).
  - 4-delige boekenserie over communicatie en congenitale doofblindheid door Jacques Souriau, Inger Rødbroe en Marleen Janssen
1. Congenitale doofblindheid en basisprincipes voor interventie
  2. Contact en sociale interactie
  3. Betekenisgeving
  4. Overgang naar de culturele taal

#### **Literatuurverwijzingen**

- Antonissen, A., & De Gooijer, K. (2011). *Signalering van visusproblemen bij kinderen met een auditieve beperking*. Van Horen Zeggen 2011, 2. Siméa.
- Bosman, I., Balder, A., Van Dijk, R., Roets, L., Schermer, T., & Stiekema, T. (2006). *Over doofblindheid, Communicatie en omgang*. Utrecht: Uitgeverij Agiel
- Hoevenaars-van den Boom, M.A., Antonissen, A.C., Knoors, H., Vervloed, M.P. (2009). *Differentiating characteristics of deafblindness and autism in people with congenital deafblindness and profound intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(6), 548-558.
- Janssen, M. (2010). *Gezien en Gehoord. State of the art kennis over doofblindheid. Kapstokken voor passende zorg*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Janssen et al. (2002-2009). *Diagnostisch Interventie Model voor harmonieuze interacties*.
- Janssen, M. (2003). *Fostering Harmonious Interactions Between Deafblind Children and Their Educators*. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Knoors, H. & Vervloed, M. (2010). *Educational Programming for Deaf Children with Multiple Disabilities: Accommodating Special Needs*. In M. Marschark & P. Spencer (Eds.). *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*, 1, second edition, 82-98. New York: Oxford University Press.
- Mesch, J. (2001). *Tactile Sign Language*. *International Studies on Sign Language and Communication of the Deaf*, 38. Hamburg: Signum-Verlag.
- Nelson, C., & Van Dijk, J. Kindvolgende strategieën voor onderzoek van kinderen die doofblind zijn of meervoudige beperkingen hebben. Dvd. [www.aapnootmuis.com](http://www.aapnootmuis.com).

- Van der Burg, C. (2012). *Visiedocument Kenniscentrum Doofblindheid*. Kenniscentrum Doofblindheid Kentalis.
- Van Dijk, R., Nelson, C., Postma, A., & Van Dijk, J. (2010). *Deaf children with severe multiple disabilities: Etiologies, intervention and assessment*. In M. Marschark & P.E. Spencer (Eds.). *The Oxford handbook of deaf studies, language and education, 2*, 172-191. New Yor: Oxford University Press.
- <http://www.drjanvandijk.org>

#### **5) Nadere uitwerking: Kinderen en jongeren met ernstige bijkomende beperkingen (met name een verstandelijke beperking)**

- Over het algemeen wordt bij kinderen met naast een auditieve en/of communicatieve beperking ernstige bijkomende beperkingen gebruik gemaakt van dezelfde methodieken en interventies als hierboven genoemd, maar zijn meer aanpassingen nodig aan de methodieken om ze voor het individuele kind toepasbaar te maken. Daarbij is sprake van meer behandelinzet, over een langere periode en/of meer gefaseerd. Er wordt bij deze kinderen vaak nog sterker een gebruik gemaakt van visuele hulpmiddelen in de behandeling (zoals pictogrammen).
- De methodiek KLINc is een effectieve methodiek die veel bij deze kinderen wordt toegepast (ontwikkeld door Hans van Balkom en Judith Stoep).

#### **Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep kinderen met een auditieve/communicatieve en ernstige bijkomende beperkingen**

- Kinderen Leren Initiatieven Nemen in communicatie (KLINc)

#### **Literatuurverwijzingen**

- Schuit, M. van der, Segers, E., Balkom, H. van, Stoep, J., & Verhoeven, L. (2010). Immersive communication intervention for speaking and non-speaking children with intellectual disabilities. *Augmentative and Alternative Communication, 26*, 203-220.
- Schuit, M. van der, Segers, E., Balkom, H. van, & Verhoeven, L. (2011). Early language intervention for children with intellectual disabilities: a neurocognitive perspective. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 705-712.

## Bijlage

### Kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en de bijzondere eisen die dit stelt aan de expertisefunctie van de ZG-sector

Uit: 'Voorstel toewijzing ZG-zorg naar Zvw, AWBZ en Wmo', VIVIS/SIAC, 28 juni 2011

Kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking:

- a) Er is sprake van een *niche* met specifieke kennis en expertise voor een enerzijds kleine en anderzijds zeer diverse doelgroep. Er bestaan grote verschillen tussen de aard van de beperkingen, de impact ervan en de hulpvragen. Zintuiglijke beperkingen kunnen alle aspecten van het leven beïnvloeden en kunnen grote gevolgen hebben op het verwerven en verwerken van informatie, het kunnen communiceren met anderen, de weerbaarheid, de zelfredzaamheid en/of de mobiliteit. Er is binnen de ZG-sector sprake van een niche met specialistische zorg. Van marktwerking kan slechts zeer beperkt sprake zijn.
- b) ZG-zorg kenmerkt zich door *specialistische diagnostiek, behandeling en begeleiding*. Deze zorg vereist een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines op hoog deskundigheidsniveau kunnen samenwerken (multidisciplinair). ZG-instellingen moeten zelf zorgen voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een leeromgeving en daarmee voor continuïteit en doelmatigheid. Medewerkers worden na hun aanstelling specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen.
- c) *Volume* is noodzakelijk om de specialistische zorg aan mensen met zintuiglijke beperkingen te ontwikkelen en in stand te houden. ZG-instellingen vervullen daarom een regio-overstijgende en veelal landelijke functie en zorgen daarmee voor de noodzakelijke concentratie. Volume is ook nodig voor onderzoek, waar de sector – mede vanwege de geringe omvang van de doelgroep – zelf zorg voor draagt. Het primaire proces is de bron van waaruit kennis wordt gegenereerd en weer wordt teruggebracht.
- d) De ZG-sector sluit aan op de *multisectorale problematiek* van cliënten met zintuiglijke beperkingen. De ZG-instellingen zijn experts in het aanbrengen van verbinding en samenhang van dienstverlening op uiteenlopende levensgebieden, zoals diagnostiek, behandeling, begeleiding, onderwijs, arbeid, wonen en welzijn. De sector kenmerkt zich door een integraal aanbod van zorg, onderwijs en ondersteuning bij arbeid.
- e) Er is op grote schaal sprake van *outreachinge zorg*. ZG-instellingen hebben niet alleen een verantwoordelijkheid naar de eigen cliënten, maar ook naar cliënten met een zintuiglijke beperking die elders verblijven (V&V, gehandicaptenzorg, onderwijs, GGZ, etc.). Deze mensen worden door de ZG-organisaties ook als cliënt gezien. Beroepsmatig betrokkenen worden ondersteund bij de behandeling en begeleiding van de cliënt met een zintuiglijke beperking. De consultatie en -adviesfunctie van de ZG-instellingen onderstreept de expertiserol die de ZG-instellingen voor derden vervullen (ook op het terrein van arbeid en onderwijs). De verwachting is dat de behoefte aan outreachinge zorg de komende jaren zal toenemen. ZG-instellingen werken steeds meer in ketenverband samen met instellingen voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuizen en andere zorgorganisaties en professionals die betrokken zijn bij diagnostiek, behandeling, verpleging en/of begeleiding van (lichte en zware vormen van) de doelgroep.

**Consultatie**

Dit rapport is in mei 2013 ter consultatie voorgelegd aan de gezamenlijke belangenorganisatiesverenigingen, de zorgaanbieders verenigd in de Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector (SIAC) en in de Vereniging van Instellingen voor mensen met een Visuele beperking (VIVIS), en aan de NZa, ZN en KNMG.

Van de KNMG is geen reactie ontvangen. De reacties van de overige organisaties zijn hier bijgevoegd. De reactie van de SIAC en VIVIS is gecombineerd in een reactie van de stuurgroep Verbindend Vernieuwen.

Ook is een reactie van de Nederlandse Beroepsvereniging Tolken Gebarentaal (NBTG) ontvangen en hierbij gevoegd.

Hieronder is de inhoud van de ontvangen reacties weergegeven en, indien aan de orde, het antwoord van het CZV hierop.

**Algemeen****Aanpak en conclusies**

De VIVIS/SIAC kan zich vinden in de aanpak van de toetsing aan de hand van de vier beschreven categorieën en in de conclusies dat de extramurale zorg gericht op diagnostiek, het (psychisch) leren omgaan met de beperking en het opheffen of compenseren van de beperking onder de ZVW past. De VIVIS/SIAC en de belangenorganisaties onderschrijven de conclusie dat de complexe, langdurige en intensieve zorg aan sommige doofblinden en prelinguaal doven niet onder de ZVW past en dat het wenselijk is dat deze zorg onder de AWBZ blijft.

De VIVIS/SIAC geven bovendien aan dat naast de voor de in het rapport genoemde specifieke groepen, ook voor cliënten met een visuele beperking met bijkomende problematiek een aparte regeling in de AWBZ de beste optie is.

Het CVZ heeft deze groep niet afzonderlijk beschreven, maar meent dat indien ook bij deze groep sprake is van langdurige, complexe en intensieve zorg die zich voornamelijk richt op ondersteuning en begeleiding, het voor de hand lijkt te liggen deze zorg ook onder de AWBZ te laten blijven.

De VIVIS/SIAC ondersteunt ook het voorstel van het CVZ de orthocommunicatie behandeling bij autisme een kans te geven via tijdelijke financiering.

**Eigen risico**

De VIVIS/SIAC en de gezamenlijke belangenorganisaties



## ***Doventolk***

pleiten ervoor het eigen risico niet op de doventolkvoorziening (en de overige ZG-zorg) van toepassing te laten zijn, als deze voorziening onder de Zvw is gebracht.

Met betrekking tot de suggesties van de belangenorganisaties over de tolkvoorzieningen, meent het CVZ dat de doventolkvoorziening zoveel mogelijk gewaarborgd moet blijven. In de uitvoering moet bekeken worden wat dat betekent.

De gezamenlijke belangenorganisaties constateren dat de nadruk in het rapport ligt op de financieringskant van de zorg. De organisaties zien liever dat de nadruk ligt op het principe dat de zorg voorhanden moet zijn. De organisaties merken terecht op dat dit komt door de vraag die aan het CVZ is gesteld. Het CVZ voegt hier aan toe dat het principe dat de zorg voorhanden moet zijn, wel een uitgangspunt kan zijn bij het vervolgtraject over de overheveling van de zorg naar de Zvw.

De belangenorganisaties noemen de formuleringen 'zorg die zich richt op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren' en 'niet direct ingrijpt op de beperking' verwarrend. Het CVZ licht toe dat met de laatste formulering is bedoeld te zeggen dat de interventies weliswaar beogen de zelfredzaamheid verder te vergroten, maar dat zij niet de zintuiglijke beperking zélf compenseren.

De belangenorganisaties vragen naar de verhouding tot de definities van activerende en ondersteunende begeleiding. Dit rapport toetst de zorg aan het wettelijk kader van de Zvw en staat los van deze AWBZ kwalificaties.

Naar aanleiding van een opmerking van de belangenorganisaties met betrekking tot voetnoot 28 (nu 27 en 29), verduidelijkt het CVZ dat het feit, dat de intensieve, langdurige en complexe zorg voor specifieke groepen niet onder het domein van de Zvw valt, (maar beter onder de AWBZ kan blijven), onverlet laat dat een cliënt uit een dergelijke specifieke groep wél aanspraak kan maken op zorg(onderdelen) voor zintuiglijk gehandicapten die onder de Zvw vallen, als hij daar op is aangewezen.

## ***Zorgverleners***

De belangenorganisaties benadrukken dat de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking alleen door gespecialiseerde zorgverleners geleverd mag worden. Personen met een auditieve beperking en psychische problematiek kunnen alleen adequaat behandeld worden door in doofheid/slechthorendheid gespecialiseerde hulpverleners. Voor bijvoorbeeld de verpleging en verzorging van oudere, op latere leeftijd slechtziend of slechthorend wordende mensen en voor de ondersteuning van mensen met een visuele beperking bij het maatschappelijk functioneren, geldt dat deze ook door goed geïnstrueerde 'regulier'

verpleegkundigen/verzorgenden kan worden verricht.

**Kosten**

De genoemde kosten in 7.a.10 waren voor VIVIS/SIAC niet geheel herkenbaar. Het CVZ maakt gebruik van de rapportage aan het CAK. De kosten in de tabel zijn weergegeven in miljoenen euro's. Voor 2012 zijn nu de kosten van het volledige jaar opgenomen.

***Uitvoeringsaspecten***

DE VIVIS/SIAC pleit voor één aanspraak per deelsector. Het CVZ merkt op dat de wets- en regeltechnische consequenties nog nader moeten worden uitgewerkt.

***Positionering in ZVW***

***Zorg in samenhang aanbieden***

ZN plaatst de volgende kanttekening. Onderdelen van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten, zoals correctie van de functiestoornissen, compensatie van de beperkingen en zelfs het leren omgaan met de beperkingen, kunnen dan in principe wel voor overheveling in aanmerking komen, het is nog niet zo eenvoudig om te bedenken hoe die in de ZVW moeten worden gepositioneerd. Bovendien bestaat het gevaar dat het verdelen van de zorg over ZVW en AWBZ, of andere regelingen afbreuk doet aan het integrale karakter van de zorgverlening dat voor de betrokken patiëntengroep van zo groot belang is.

***Zorgproduct***

De reactie van de NZa heeft hoofdzakelijk betrekking op het vervolgtraject. De NZa heeft niet voldoende helder welke zorgproducten straks geleverd en bekostigd moeten gaan worden. Deze zorgproducten dienen te passen binnen de prestatiebeschrijvingen die mogelijk zijn binnen de Wmg, wat nu nog niet het geval is. Dat geldt ook voor de inkoop en daarmee op het toezicht op de zorgverzekeraars. Overigens zal er niet één, maar verschillende prestatiebeschrijvingen ontwikkeld moeten worden.

***Zorgaanbieders***

De NZa merkt op dat de genoemde zorgaanbieders zowel BIG-geregistreerden als niet BIG-geregistreerden zijn. Ook dit maakt het lastig om goede kwaliteit van zorg in te kopen en toezicht te houden.

***Jeugdwet***

De NZa vraagt naar de gevolgen van de Jeugdwet voor deze zorg. Voor zover de informatie van het CVZ op dit moment reikt, zal de Jeugdwet geen invloed hebben op de zorgindeling voor jeugdige zintuiglijk gehandicapten.

***Integraal aanbod***

Op de vraag van de NZa of de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de integraliteit van het zorgaanbod, merkt het CVZ op dat bedoeld is aan te geven dat als de zorg uit verschillende domeinen wordt geleverd dit de samenhangende zorg niet mag frustreren.

***Tijdspad vervolgtraject***

Voor de NZa is het van belang om de vervolgstappen en de tijdslijn die daarbij hoort, helder te krijgen. Het CVZ zal dit signaal aan VWS, als regisseur van de overheveling,

doorgeven.

De NZa vraagt onder welke domein de zorg zou passen die niet onder het domein van de Zvw past. Het CVZ is niet de organisatie om te toetsen binnen welke andere domeinen deze zorg past. Dat is de reden dat het CVZ voorstelt de zorg aan specifieke groepen zintuiglijk gehandicapten binnen de AWBZ te laten, zodat het als één geheel aangeboden kan blijven worden.

**Verwijzen**

Het lijkt de NZa verstandig een marktverkenning uit te voeren met betrekking tot de aanbieders op het terrein van zintuiglijke beperkingen voordat een uitspraak over verwijzingen wordt gedaan.

**Tenslotte**

**Extramurale zorg**

VIVIS/SIAC willen benadrukken dat het rapport van het CVZ de extramurale ZG-zorg betreft en dat de intramurale ZG-zorg niet is betrokken.

**Ziektelast**

Naar aanleiding van de 'Technische rapportage ziekte­last' die het CVZ 24 april aan de minister van VWS heeft gestuurd, merkt de VIVIS/SIAC het volgende op. Het CVZ constateert in de rapportage dat bij 'speechproblems' (spraakproblemen) sprake is van een lage ziekte­last. VIVIS/SIAC willen benadrukken dat de spraakproblemen waar het in deze rapportage om gaat niet vergelijkbaar zijn met de ernstige spraak- en taal­moeilijkheden van de doel­groep, die in dit rapport over de ZG-zorg aan de orde is. In dit rapport gaat het over taalontwikkelingsstoornissen: neurologische bepaalde stoornissen in het vermogen om taal te ontwikkelen. Uit onderzoek blijkt dat dit vaak genetisch bepaald is, dat de impact voor taalbegrip, taalproductie en informatie­verwerking minstens zo groot is als de impact van aangeboren of vroeg­verworven gehoor­verlies. Dit is volgens de VIVIS/SIAC niet te typeren als een lage ziekte­last.

De suggesties voor aanpassingen in de terminologie en/of tekstuele suggesties die leiden tot verduidelijkingen zijn zo veel als mogelijk overgenomen.



**VIVIS**

Vereniging van Instellingen  
voor mensen met een Visuele beperking

**Secretariaat**

Postbus 340

3940AH Doorn

Telefoon: 0343-526500/501

Bezoekadres:

Dribergsestraatweg 44

**CVZ Zorgadvies**

t.a.v. mevrouw J. Latta ([jlatta@cvz.nl](mailto:jlatta@cvz.nl))

postbus 320

1110AH Diemen

**24-5-2013**

**Betreft: reactie stuurgroep Verbindend Vernieuwen op advies van CVZ betreffende ZG-zorg**

---

Geachte mevrouw Latta,

Bij deze ontvangt u onze reactie op het conceptrapport CVZ dat ter consultatie aan ons is voorgelegd. Namens de organisaties die samenwerken in VIVIS en SIAC laat ik u weten dat wij veel waardering hebben voor de prettige samenwerking met u en uw collega's in dit verband en de ruimte die ons is geboden mee te denken en input te leveren ten behoeve van uw advies. In de bijlage treft u onze gezamenlijke reactie aan. Rest mij u veel succes te wensen met de afronding van uw rapport.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Jopie', is enclosed within a blue oval scribble.

drs. Jopie Nooren  
voorzitter stuurgroep Verbindend Vernieuwen

**Secretariaat**  
Postbus 340  
3940AH Doorn  
Telefoon: 0343-526500/501  
Bezoekadres:  
Driebergsestraatweg 44

### **Reactie stuurgroep Verbindend Vernieuwen op advies van CVZ betreffende ZG-zorg.**

- 1) VIVIS/SIAC kan zich goed vinden in de toetsing aan de hand van de vier beschreven categorieën. Wij onderschrijven de conclusies van het CVZ dat de extramurale zorg gericht op diagnostiek, het (psychisch) leren omgaan met de beperking en het opheffen of compenseren van de beperking onder de Zvw past. Dit betekent voor de sector zintuiglijk gehandicapten (ZG) dat het overgrote deel van de extramurale zorg onder de Zvw past.
- 2) Bij aanpassing van het Besluit Zorgverzekering (BZv) zijn wij van mening dat, gezien de door het CVZ genoemde complexiteit en diversiteit van het aanbod in de ZG-sector niet kan worden volstaan met één aanspraak voor de gehele ZG. Deze zal opgesplitst moeten worden in tenminste één aanspraak per deelsector
- 3) Een klein deel zorg van de zorg die door de sector auditief en/of communicatief wordt geleverd past niet onder de Zvw, aldus het CVZ. Het gaat hier om complexe, langdurige en intensieve zorg aan specifieke groepen, te weten doofblinden en prelinguaal doven. Bij deze specifieke groepen is sprake van een zeer klein volume, de cliënten ervaren ernstige beperkingen en problematiek (levenslang en levensbreed), dit vereist specialistische expertise, die geleverd wordt door slechts een zeer beperkt aantal gespecialiseerde organisaties. Voor dat deel van de zorg dat niet onder de Zvw past, kan VIVIS/SIAC de conclusie van het CVZ van harte ondersteunen, dat een aparte regeling in de AWBZ de beste optie voor deze goed af te bakenen groep blijft.
- 4) In advies CVZ wordt nu enkel voor de hierboven genoemde specifieke groepen aangegeven dat een aparte regeling in de AWBZ de beste optie is. Wij zijn van mening dat eenzelfde redenering voor wat betreft de vroegdoven ook zou kunnen worden gehouden voor cliënten met een visuele beperking met bijkomende problematiek en beperkte draagkracht.
- 5) Het voorstel dat het CVZ doet om de orthocommunicatieve behandeling bij autisme in aanmerking te laten komen voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zvw kunnen wij ondersteunen.
- 6) De doventolkvoorziening voor leefuren is een voorziening die voor doven levenslang en drempelvrij toegankelijk moet zijn. Een voorwaarde is dat doven hierover geen eigen bijdrage hoeven te betalen. VIVIS/SIAC kan overheveling van de doventolkvoorziening voor leefuren naar de Zvw onderschrijven, mits het eigen risico binnen de Zvw hierop niet van toepassing is. Wij zijn tevens van mening dat het eigen risico niet van toepassing moet zijn op de overige ZG-zorg, die in de Zvw terecht komt.
- 7) Er staat nog steeds genoemd dat sector auditief en/of communicatief enkel de methodieken en interventies hebben beschreven (blz. 11) , terwijl wij al eerder hebben aangegeven dat SIAC beschikt over een cliëntprofielen- en productenboek (concept is ook al in het bezit van het CVZ en definitief document wordt als bijlage aan het advies toegevoegd). Ook wij geven hierin een beschrijving van:
  - doelgroep en de hulpvraag van de doelgroep,
  - doelstelling en resultaat van de behandeling en zorg die wordt geboden,
  - globale aanpak,
  - disciplines die betrokken zijn.

Methodieken en interventies zijn eveneens hieraan gekoppeld uitgewerkt. Graag op deze pagina ook hierna verwijzen.



- 8) Voor wat betreft de sector visueel wordt in de bijlagen verwezen naar de NOG richtlijnen. Dit zou in het advies op blz 17 ook onder 3.a.1 opgenomen kunnen worden in plaats van de voetnoot 20 (deze voetnoot is verwarrend als het gaat over de beschrijving van de doelgroep)
- 9) Op blz 18 stellen we voor de functie videoloog te veranderen in klinisch fysicus visueel systeem
- 10) De specifiek benodigde kennis (paragraaf 7.a.5) geldt sectorbreed.
- 11) De op blz 36 onder 7.1.10 genoemde kosten zijn voor ons niet geheel herkenbaar. Uitgegaan is van de rapportages op zorgkantooniveau aan het CAK. Bij 1 AGB code (zorgkantoor) is over 2011 vastgesteld dat één aanbieder al meer aan BH heeft gedeclareerd dan in de rapportage staat. Graag zouden wij getallen opgenomen zien die de NZa uit de uiteindelijke nacalculaties kan halen en daardoor herkenbaar en herleidbaar zijn.
- 12) Wij willen verder nog benadrukken dat het advies van het CVZ de extramurale ZG-zorg betreft. De intramurale ZG-zorg is niet betrokken.
- 13) Onlangs heeft het CVZ aan minister Schippers de brief 'Technische rapportage ziekte last' (24 april 2013) verstuurd. Hierin constateert het CVZ dat bij 'speechproblems' (spraakproblemen) sprake is van een lage ziekte last. Wij willen benadrukken dat de spraakproblemen waar het in deze rapportage om gaat niet vergelijkbaar zijn met de ernstige spraak- en taalmoeilijkheden van de doelgroep, die in dit conceptadvies over de ZG-zorg wordt betrokken. Wij hebben het in dit rapport over taalontwikkelingsstoornissen: neurologische bepaalde stoornissen in het vermogen om taal te ontwikkelen. Uit onderzoek blijkt dat dit vaak genetisch bepaald is, dat de impact voor taalbegrip, taalproductie en informatieverwerking minstens zo groot is als de impact van aangeboren of vroegverworven gehoorverlies. Dit is niet te typeren als een lage ziekte last.

24-5-2013



Aan: het CVZ

Van: de gezamenlijke belangenorganisaties voor doven, slechthorenden en esm (en hun ouders) en de Oogvereniging Nederland

Betreft: reactie op het CVZ-rapport *Kan de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de Zorgverzekeringswet vallen?*

Houten/Utrecht, 26 mei 2013

Geachte dames en heren,

Dank voor uw uitgebreide rapportage, wij waarderen het dat u zich, in de relatief korte tijd die beschikbaar was, zo heeft verdiept in de complexe problematiek van onze achterbannen. Graag willen wij van onze kant nog enkele kanttekeningen maken bij uw rapport:

*Algemeen*

1. Mede vanwege de aan het CVZ gestelde vraag ligt in het rapport de nadruk op de financieringskant van de zorg, in plaats van op de vraag hoe aspecten van de financieringsystematiek kunnen bijdragen aan zorgaanbod dat past bij de zorgvraag van de individuele cliënt. In dit licht onderstrepen we graag de slotalinea van paragraaf 7.a.2. (beginnend met "Het feit dat deze zorg naar zijn

aard niet onder de Zvw past, wil niet zeggen dat deze zorg niet voorhanden moet zijn.”). Echter, het gaat hier niet om een ‘uitvoeringsaspect’, zoals de titel van paragraaf 7.a. doet vermoeden, maar om een fundamenteel principe dat ten grondslag dient te liggen aan het zorgaanbod voor mensen met een zintuiglijke beperking. Daarmee zou de rapportage in feite moeten beginnen.

### *Terminologisch*

2. In het rapport worden de synoniemen ‘handicap’ en ‘beperking’ door elkaar gebruikt. Soms wordt de indruk gewekt dat het om twee verschillende begrippen gaat. Dat scheidt onduidelijkheid.
3. De in het rapport herhaaldelijk terugkomende formulering dat 'zorg die zich richt op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren' niet 'direct ingrijpt op de beperking' is verwarrend. Bijvoorbeeld de tweede zin van zowel paragraaf 2.c.4. als paragraaf 3.c.4. kunnen – zonder betekenisverlies - achterwege blijven. Hulp die ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren betreft, kan wel degelijk direct gerelateerd aan de (functie-)stoornis. En strikt genomen zou alleen een klinische operatie 'direct ingrijpen' op de beperking; voor revalidatie zou dat niet opgaan.
4. Door het rapport heen wordt vaak het woord ‘slechtziend’ gebruikt in contexten waarin ook blinde mensen worden bedoeld. Het verdient aanbeveling het begrippenpaar blind/slechtziend zoveel mogelijk te vermijden en consequent te spreken over ‘mensen met een visuele beperking’.
5. De wijze waarop de term ‘communicatief gehandicapt/beperkt’ wordt gebruikt in uw rapportage is niet conform het gebruik in de sector. Wij gebruiken de term ‘communicatief beperkt’ voor cliënten met ernstige spraaktaalmoelijkheden (esm) en niet als (extra) aanduiding voor iemand met een auditieve beperking. Een dove of slechthorende heeft namelijk in principe geen spraaktaalstoornis, maar problemen met de toegang tot de gesproken taal, met overigens alle ingrijpende gevolgen van dien. Daarnaast kan een dove of slechthorende persoon ook een spraaktaalstoornis hebben, maar de esm is dan een bijkomende stoornis. Wanneer over beide groepen, inclusief overlap, gesproken wordt, is de term ‘auditief en/of communicatief’ te prefereren.

### *Puntsgewijs*

6. In de tabel op pagina 13 zou de kolom onder esm ook onder 3 en 4 ingevuld moeten worden. Op pagina 5 van de bijlage bij het advies worden daar voorbeelden van genoemd.
7. Hoe verhoudt de strekking van paragraaf 3.c.4. zich tot de gebruikelijke definities van activerende en ondersteunende begeleiding? Het rapport blijft onnodig vaag door deze verhouding onduidelijk te laten.
8. Voetnoot 28 op pagina 24 lijkt ons strijdig met de strekking van paragraaf 4.a., over Doofblinden.
9. Wij onderschrijven uw advies om de complexe, langdurige en intensieve zorg ten behoeve van doofblinden en prelinguaal doven niet over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.



10. Wat de tolkvoorziening voor doven en doofblinden betreft: bij voorkeur zien wij deze (immers ook kleine en gespecialiseerde) voorziening eveneens ondergebracht binnen de 'kern-AWBZ'. Wanneer daarvoor niet gekozen wordt, zijn wij van mening dat tenminste aan de volgende randvoorwaarden voldaan moet worden:
- Doventolkgebruik mag niet onder het eigen risico vallen. (Overigens zou die voorwaarde voor alle naar de Zvw overgehevelde ZG-zorg moeten gelden.)
  - Eén instantie moet de verantwoordelijkheid dragen voor de doventolkvoorziening, om versnippering te voorkomen en borging van de expertise te garanderen.
  - De hardheidsclausule dient gehandhaafd te blijven.
  - Ook de bulkuren voor organisaties als de onze zouden gehandhaafd moeten blijven.
11. Wij willen benadrukken dat zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking alleen door gespecialiseerde zorgverleners geleverd mag worden. De specifieke expertise is noodzakelijk vanwege de bijzondere zorgvraag van de cliënten en de geringe omvang van de doelgroepen. Voor bijvoorbeeld de verpleging en verzorging van oudere, op latere leeftijd slechtziend of slechthorend wordende, mensen en voor de ondersteuning van mensen met een visuele beperking bij het maatschappelijk functioneren, geldt dat deze ook door goed geïnstrueerde 'reguliere' verpleegkundigen/verzorgenden kan worden verricht.
12. Wij hechten eraan hier nogmaals op te merken dat óók personen met een auditieve beperking en psychische problematiek, of deze laatste nu wel of niet gerelateerd is aan de auditieve beperking, alleen adequaat behandeld kunnen worden door in doofheid/slechthorendheid gespecialiseerde hulpverleners. Die zijn deskundig ten aanzien van de specifieke handicapgerelateerde problematiek en van de communicatiebehoeften van de cliënt.

Dank voor uw inspanningen. Wij hopen dat het uiteindelijke resultaat voor onze achterbannen zal betekenen dat zij gemakkelijk toegang houden tot gespecialiseerde zorg en dat de eisen aan huidige en nieuwe zorgverleners dermate hoog blijven, dat de expertise en daarmee de kwaliteit van de zorg geborgd blijven. De gezamenlijke belangenorganisaties blijven vanuit het perspectief van mensen met een zintuiglijke beperking graag nauw betrokken bij de verdere uitwerking van het CVZ-rapport en bij de vormgeving en de invoering van vervolgstappen en bij de monitoring van de invoering.

Met vriendelijke groet,  
namens de belangenorganisaties voor zintuiglijk gehandicapten,

*Mariën Hannink*  
beleidsmedewerker FODOK

Postbus 354  
3990 GD Houten  
m.hannink@fodok.nl - 06 50 836 310 - 030 2900360

**Aan**  
Zorgadvies CVZ

**Van**  
Marloes Nijhoff

**Telefoonnummer**  
030 296 81 63

**E-mailadres**  
marloes.nijhoff@gmail.com

**Kenmerk**

**Onderwerp**  
Consultatie zorg aan zintuiglijk beperkten

**Datum**  
24 mei 2013

### **Aanleiding**

Het CVZ heeft de NZa om een inhoudelijke raadpleging gevraagd over de toetsing die het CVZ heeft uitgevoerd met betrekking tot de vraag of de zorg aan zintuiglijk gehandicapten die nu onder de AWBZ valt, onder de Zorgverzekeringswet kan vallen. Deze vraag is beantwoord in het rapport "Kan de zorg aan zintuiglijk beperkten onder de Zorgverzekeringswet vallen?". In dit memo zijn de opmerkingen van de NZa kort weergegeven. Hierbij is een splitsing gemaakt in inhoudelijke en procedurele opmerkingen.

### **Inhoudelijke opmerkingen**

De hoofdvraag van het rapport is beantwoord. Daarmee heeft de NZa echter niet voldoende helder welke zorgproducten straks geleverd en bekostigd moeten gaan worden. Deze zorgproducten dienen te passen binnen de prestatiebeschrijvingen die mogelijk zijn binnen de Wmg, wat nu nog niet het geval is. Dat geldt ook voor de inkoop en daarmee het toezicht op de zorgverzekeraars.

Het productenboek van VISIS is niet consequent genoeg opgesteld om inzicht te krijgen in de specifieke zorgproducten. Het verschilt wanneer er náást diagnostiek ook een advies wordt gegeven. Medisch inhoudelijk gezien is alleen diagnostiek zonder een advies niet te zien als een compleet zorgproduct. Daarnaast worden de termen 'handelingsadvies' en 'behandelingsadvies' door elkaar gebruikt in het productenboek. Tussen beide termen zit een fundamenteel verschil van betekenis. Een behandelingsadvies is gericht op de relatie tussen cliënt en behandelaar. Een handelingsadvies is gericht op de omgeving (professionals, ouders) van de cliënt en kan onderdeel zijn van begeleiding en ondersteuning (onderdeel wat naar de Wmo zal worden overgeheveld). Daarnaast staan in het productenboek zorgproducten die ook geleverd kunnen worden door anderen, bijvoorbeeld de psychologische behandelingen. Het is niet duidelijk of er een onderscheid is met de GGZ-prestaties die we nu al kennen, en hoe deze behandelingen aansluiten op bestaande GGZ prestaties.

Er worden allerlei BIG-geregistreerden en niet BIG'ers opgevoerd in het productenboek. Dat maakt het voor respectievelijk inkopers, IGZ en de NZa als toezichthouder onmogelijk om goede kwaliteit van zorg te in te kopen, dan wel toezicht te kunnen houden. Deze beroepen bevinden zich namelijk buiten het formele blikveld van relevante regelgeving. Een LV-specialist, een visuooloog/videoloog, een maatschappelijk werker, een gedragswetenschapper en een gedragsdeskundige vallen niet onder de wet BIG. In plaats van visuooloog zou het CVZ bijvoorbeeld de volgende tekst op kunnen nemen: een klinisch fysicus (artikel 34 wet BIG) gespecialiseerd in visusstoornissen. Voor het voeren van de titel visuooloog hoeft immers geen erkende opleiding afgerond te zijn, wat bij klinisch fysicus wel het geval is.

In paragraaf 4.a.4. worden de zorgverleners van zorg aan visueel beperkten beschreven. Bij de categorie "Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren" ontbreken de zorgverleners (dan wel de BIG'ers). De vraag is, of dit onderdeel onder de Wmo zou moeten vallen, en wat dit betekent voor de aansluiting bij de naar de Wmo te overhevelen functie begeleiding.

Kenmerk

Pagina  
2 van 3

Ook voor de auditieve stoornissen dienen er duidelijke producten beschreven te worden om daar een bekostiging voor te ontwikkelen, wat nu nog niet het geval is. Ook hierbij dienen de zorgproducten te passen binnen de prestatiebeschrijvingen die mogelijk zijn binnen de Wmg.

Het rapport verschaft geen duidelijkheid over de zorg met betrekking tot kinderen en jeugd. Het ontbreken van een overall beschouwing wat de gevolgen zijn als een deel van deze zorg in de nieuwe Jeugdwet naar de gemeente wordt overgeheveld terwijl een deel van de zorg zoals de kindergeneeskunde in de Zvw blijft, is een manco dat de NZa graag opgehelderd zou zien. Want juist de kindergeneeskunde wordt gekenmerkt door een integrale visie op het kind en zijn leefomgeving (gezin, school, opvoeding, enz.).

In paragraaf 8.a.6 staat beschreven dat integraal aanbod van de handeling een voorwaarde voor goede zorg is. Wordt hiermee bedoeld dat de zorgverzekeraar (wanneer een deel van de zorg in de Zvw is ondergebracht) er voor verantwoordelijk is dat de zorg integraal wordt geleverd? Ook vanuit de andere domeinen?

### **Procedurele opmerkingen**

In het rapport is duidelijk verwoord dat enkel de vraag "Welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk beperkten die nu onder de AWBZ valt, zou(den), op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw passen?" beantwoord wordt. In hoofdstuk 8 wordt echter kort ingegaan op enkele uitvoeringsvraagstukken en benodigde vervolgstappen. Voor verschillende partijen (waaronder de NZa) is het van belang om de vervolgstappen helder te krijgen. Daarom zouden wij graag een verdere uitwerking van hoofdstuk 8 zien waarbij een tijdslijn wordt geboden.

Op pagina 3, voetnoot 3 staan beschreven dat de zorg aan zintuiglijk gehandicapten die ook ingezet kan worden bij zintuiglijk gehandicapten met een verstandelijke handicap, aan de orde komt in een ander rapport van het CVZ, namelijk over de mogelijke overheveling van extramurale behandeling van de AWBZ.

- Wij vragen ons af of de uitkomsten van deze rapportages invloed op elkaar kunnen hebben?
- Voor wanneer is de consultatie van deze rapportage gepland?

In hoofdstuk 6 wordt opgesomd welke onderdelen van de zorg aan zintuigelijk gehandicapten passen binnen de Zvw op basis van de huidige regelgeving en welke onderdelen niet. De complexe, langdurige en intensieve zorg aan doofblinden en aan prelinguaal doven passen niet onder de Zvw. Het CVZ meent dat deze zorg onder de AWBZ moet blijven. Ook de onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren passen niet binnen de Zvw. Hierbij wordt echter niet benoemd waar deze onderdelen wel passend zouden zijn. Graag zouden wij inzicht willen hebben onder welk domein deze onderdelen zouden moeten passen.

Bij uitvoeringsaspecten (paragraaf 8.a.3) staat beschreven dat er nagedacht moet worden over verwijzingen. Dat is een lastig vraagstuk

aangezien de Zvw alleen een bepaling kent van verplichte verwijzing, zoals bijvoorbeeld bij de medisch specialistische zorg het geval is. Voorbeelden waarvoor geen verwijzing benodigd is (tenzij een zorgverzekeraar dat voorschrijft) zijn fysiotherapie en GZ-psychologische zorg. Vóórdat hier een uitspraak over wordt gedaan, is het verstandiger om de NZa eerst een marktverkenning te laten doen met betrekking tot de aanbieders op het terrein van alle zintuiglijke beperkingen.

Kenmerk

Pagina  
3 van 3

In paragraaf 8.a.7 staat beschreven dat de NZa een prestatiebeschrijving met of zonder tarieven opstelt. Gezien de grote variatie in zorglevering aan zintuiglijk beperkten zal één zorgprestatie niet volstaan. Deze beschrijving is daarmee te beperkt. Voor de bekostiging van de zorg aan zintuiglijk beperkten zullen meerdere prestaties ontwikkeld moeten worden. Daarbij hoort, zoals eerder in onze reactie is aangegeven ook bekeken te worden hoe deze nieuwe prestaties aansluiten bij al bestaande prestaties.

In dezelfde paragraaf staat beschreven dat er een bekostiging op cliëntniveau moet zijn voor onderbrenging in de Zvw (in tegenstelling tot thans binnen de AWBZ). Dit is een onjuiste voorstelling van de huidige bekostiging. De huidige bekostiging binnen de AWBZ vindt namelijk wel degelijk op cliëntniveau plaats, met uitzondering van de lumpsum voor de expertisefunctie.

### **Samengevat**

Het rapport geeft antwoord op de gestelde hoofdvraag. Echter, voordat kan worden overgegaan tot een overheveling naar de Zvw, dienen de volgende punten eerst verder uitgewerkt te worden:

- Het productenboek van VISIS is niet consequent genoeg opgesteld om inzicht te krijgen in de specifieke zorgproducten;
- Ook voor de auditieve stoornissen dienen er duidelijke producten beschreven te worden om daar een bekostiging voor te ontwikkelen;
- De zorgproducten dienen te passen binnen de prestatiebeschrijvingen die mogelijk zijn binnen de Wmg, wat nu nog niet het geval is;
- Het is niet helder hoe de prestaties aansluiten bij de bestaande bekostiging;
- Het is onduidelijk hoe de bevindingen in het rapport aansluiten bij de herziening van de langdurige zorg. In het bijzonder als het gaat om de zorg aan kinderen en jeugdigen;
- De uitvoeringsvraagstukken en benodigde vervolgstappen dienen verder uitgewerkt te worden, inclusief tijdslijn. Hierbij moet duidelijk worden welke verantwoordelijkheden waar zijn belegd.

---

**Van:** Gerrit Salemink [mailto:G.Salemink@zn.nl]  
**Verzonden:** zaterdag 25 mei 2013 17:06  
**Aan:** Latta, mw. J.M.  
**Onderwerp:** RE: Consultatie zorg aan zintuiglijk beperkten

Geachte mevrouw Latta, hierbij onze reactie op het consultatiedocument over zorg aan zintuiglijk gehandicapten.

In het concept-rapport "Kan de zorg voor zintuiglijk gehandicapten onder de zorgverzekeringswet vallen?" wordt de zorg voor zintuiglijk gehandicapten ontleed en per onderdeel nagegaan of het in principe binnen het domein van de zorgverzekeringswet zou kunnen vallen. Voor sommige onderdelen, zoals de behandeling van cataract en retina-aandoeningen en het plaatsen van cochleaire implantaten is dat al het geval, maar voor het overige wordt de zorg nu integraal door AWBZ-instellingen geleverd.

Het inventariseren en beschrijven van de afzonderlijke onderdelen van de zorg is door CVZ nauwgezet en grondig gebeurd en vervolgens is consciëntieus de door de overheid gevraagde toetsing uitgevoerd. ZN heeft tijdens dit proces input geleverd en heeft geen behoefte om inhoudelijk commentaar te leveren op het resultaat.

Wel willen we een kanttekening plaatsen die u in het document eigenlijk zelf ook plaatst: onderdelen van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten, zoals correctie van de functiestoornissen, compensatie van de beperkingen en zelfs het leren omgaan met de beperkingen, kunnen dan in principe wel voor overheveling in aanmerking komen, het is nog niet zo eenvoudig om te bedenken hoe die in de ZVW moeten worden gepositioneerd. Bovendien bestaat het gevaar dat het verdelen van de zorg over ZVW en AWBZ, of andere regelingen afbreuk doet aan het integrale karakter van de zorgverlening dat voor de betrokken patiëntengroep van zo groot belang is.

Met vriendelijke groet,  
Gerrit Salemink, arts M&G  
Medisch adviseur  
Zorgverzekeraars Nederland  
Postbus 520  
3700 AM Zeist  
T 030-698 83 43  
F 030-698 82 53  
M 06-50514215  
E [g.salemink@zn.nl](mailto:g.salemink@zn.nl)  
W [www.zn.nl](http://www.zn.nl)

**Van:** Latta, mw. J.M. [mailto:JLatta@cvz.nl]  
**Verzonden:** vrijdag 3 mei 2013 17:30  
**Aan:** 'b.elferink@dovenschap.nl'; 'info@fed.knmg.nl'; 'thilte@nza.nl'; 'N.Houdijk@kentalis.nl'; 'wobbekijlstra@visio.org'; Gerrit Salemink; 'Mariën Hannink'; 'Marianne Klein'  
**CC:** 'npcf@npcf.nl'

**Onderwerp:** FW: Consultatie zorg aan zintuiglijk beperkten

*Deze mail stuur ik u voor de tweede keer, in de eerste mail was onderstaande tekst weggefallen.*  
Graag wil ik uw organisatie inhoudelijk raadplegen over de toetsing die het CVZ heeft uitgevoerd met betrekking tot de vraag of de zorg aan zintuiglijk gehandicapten die nu onder de AWBZ valt, onder de Zorgverzekeringswet kan vallen. Het rapport waarin het CVZ deze vraag beantwoordt, treft u hierbij aan. (Het rapport vindt u in het document met nummer 2013054403, de overige documenten zijn bijlagen bij het rapport). Dit rapport is een concept, ik verzoek u **vertrouwelijk** met dit concept om te gaan

Mijn vraag aan u is of u opmerkingen heeft bij dit rapport.

Graag ontvang ik uw reactie zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval **uiterlijk 26 mei 2013**. Wilt u zo vriendelijk zijn uw eventuele opmerkingen per e-mail aan mij door te geven?

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Latta

Jolanda Latta  
Adviesmedewerker Zorg Dichtbij  
Zorgadvies CVZ  
t 020 797 8641  
e [jlatta@cvz.nl](mailto:jlatta@cvz.nl)

---

**Van:** Latta, mw. J.M.

**Verzonden:** vrijdag 3 mei 2013 16:40

**Aan:** 'b.elferink@dovenschap.nl'; 'Mariën Hannink'; 'info@fed.knmg.nl'; 'thilte@nza.nl'; 'N.Houdijk@kentalis.nl'; 'wobbekijlstra@visio.org'; 'Marianne Klein'; 'm.verbeek@zn.nl'

**CC:** 'npcf@npcf.nl'

**Onderwerp:** Consultatie zorg aan zintuiglijk beperkten

**DISCLAIMER:**

*Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.*

*This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.*

---

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

---

---

Deze e-mail en de inhoud daarvan is vertrouwelijk. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, verzoeken wij u vriendelijk deze e-mail direct aan ons te retourneren en daarna te vernietigen. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/of gebruik door derden van dit e-mailbericht en/of informatie is niet toegestaan. Zorgverzekeraars Nederland sluit elke aansprakelijkheid uit in verband met het niet juist, onvolledig of niet tijdig overkomen van de informatie in deze e-mail.

This e-mail and its contents are confidential and may be legally privileged. If this e-mail is not intended for you, please contact us immediately by reply e-mail and destroy the e-mail. Please don't use, copy or disclose the e-mail and its contents to anyone.

Zorgverzekeraars Nederland is liable neither for the proper and complete transmission of the information in this e-mail nor for any delay in its receipt.

---

This email has been scanned by the Symantec Email Security.cloud service.

---

---

**Van:** Markell Gremmen - NBTG [mailto:beleid@nbtg.nl]  
**Verzonden:** donderdag 13 juni 2013 21:46  
**Aan:** Meer, mw. F.M. van der  
**CC:** Latta, mw. J.M.; groeneveld.p@menzis.nl  
**Onderwerp:** reactie NBTG op conceptadvies zorg zintuigelijk beperkten

Geachte mevrouw van der Meer,

Via mw. Groeneveld van Menzis hebben wij uw conceptadvies inzake de zorg aan zintuigelijk beperkten ontvangen. Graag willen wij via deze weg reageren op het deel over de tolken gebarentaal (doventolken). De NBTG (Nederlandse Beroepsvereniging voor Tolken Gebarentaal) heeft in principe de voorkeur voor het behouden van de tolkvoorziening binnen de ABWZ. Dit, omdat wij van mening zijn dat tolken een voorziening zijn om de toegankelijkheid van de maatschappij en het communiceren voor dove inwoners mogelijk te maken.

Wij beseffen ons echter ook dat het kabinet de ABWZ aan het uitdunnen is en dat daarom ook de tolken gebarentaal tegen het licht gehouden worden. In het stuk worden de tolken gebarentaal vergeleken met andere hulpmiddelen voor zintuigelijk beperkte mensen. De term 'hulpmiddelen' heeft niet onze voorkeur, maar mochten de tolken gebarentaal gaan vallen onder de hulpmiddelen dan zijn wij van mening dat dat dan ook consequent moet gaan gebeuren. Dat betekent dat wij dan niet alleen als hulpmiddel gezien moeten worden in de leefsfeer, maar ook in andere levensdomeinen: de onderwijs- en werksfeer.

Wij pleiten voor een integrale benadering en willen daarbij ook pleiten voor een integrale uitvoering. In het verleden (ik meen in 2006) werd de uitvoering van de tolkvoorziening in de leefsfeer uitgevoerd door diverse zorgkantoren en dit verliep alles behalve soepel.

Hetzelfde wordt op dit moment ervaren met de diverse regiokantoren van UWV. Het gaat om een heel kleine voorziening die door meerdere kantoren en partijen uitgevoerd wordt. Dit komt absoluut niet ten goede aan een eenduidig beleid en een eenduidige uitvoering van de voorziening.

Tot slot zouden wij als vertegenwoordigers van de tolken gebarentaal in Nederland graag betrokken willen worden bij de uitwerking als de tolkvoorziening overgeheveld wordt naar de zvw.

Mocht u nog vragen hebben, dan zijn wij altijd bereid deze toe te lichten, hetzij schriftelijk, hetzij telefonisch of in een persoonlijk gesprek.

Met vriendelijke groet,

Charley Erkens  
Voorzitter NBTG