

Low Vision: The Neglected Component Within the Blindness Matrix

Next August will mark the seventh anniversary of Professor Cyril Greenland's publication, *Vision Canada*, which described the unmet needs of the visually handicapped. The December, 1976 issue of *The Canadian Journal of Optometry* reviewed the document and its various proposals for the inclusion of optometric services in the reorganized activities of the Canadian National Institute for the Blind (CNIB). The CNIB itself was to assume an ombudsman's role in the coordination and utilization of community and professional resources.

The mounting dissatisfaction of low vision patients and low vision clinicians in recent months suggests that something has gone wrong. Were the recommendations proposed by Professor Greenland inappropriate? Were they improperly implemented? Or were they just ignored?

The consistency of *Vision Canada's* proposals for low vision services with those contained in the recently-published *Low Vision Service Standards from the National Accreditation Council for Agencies Serving the Blind and Visually Handicapped* supports their validity and relevance. The Partially-Sighted Society, the Visual Impairment Association and the National Association of Orientation and Mobility Instructors of Britain and The American Foundation for the Blind have all recently advocated a low vision service consistent with the recommendations of Professor Greenland. How is it then that an organization (CNIB) with such obvious success in its orientation and mobility training, its community rehabilitation and its library and visitation programs has failed so miserably in its provision of low vision services? The partially-sighted continue to be lumped in with

the totally blind in the overall rehabilitation process so that many do not seek registration. This approach to rehabilitation of the partially-sighted patient continues to be unfair. Groups of partially-sighted patients are becoming more and more concerned that their retention of some sight should not be a barrier to their rehabilitation. The utilization and enhancement of their residual vision must be approached with the same zeal and use of available resources that currently is reserved for sight substitution programs. There is a need for the inclusion of a comprehensive and professional low vision evaluation as a fundamental part of a quality service to low vision patients.

The only structured Canadian system with this emphasis exists in the Province of Quebec. There are three excellent facilities within the Province, and the promise of more to come. All of them operate outside CNIB jurisdiction. It is significant to note that, in each of these instances, the low vision services are administered by optometrists. At a recent ad hoc meeting in Montreal, optometrists from across Canada, with special interests in the low vision field, observed and discussed the clinics in Quebec. The meeting also provided an opportunity for optometrists to express their concerns about the existing service program and to discuss potential solutions for its deficiencies.

The four objectives adopted by this group are those previously agreed upon by the Visual Impairment Association in Britain.

- 1) to advance the well-being of visually impaired people,
- 2) to consider and make recommendations for improving the total provision of services to visually impaired people,

- 3) to work toward an organization which encompasses all workers with visually impaired people, and
- 4) to establish links between such workers and to provide a forum for the exchange of information and expertise between them.

Since the publication of *Vision Canada*, optometry has had only sporadic involvement with the CNIB. A few optometrists presently serve on several regional CNIB advisory boards. Some CNIB registrants have consulted optometrists for low vision assessments, and rehabilitation workers and field workers for the CNIB have privately endorsed several optometric low vision facilities. Formally, however, the CNIB central administration in Toronto refuses to acknowledge the potential contributions that optometric services would provide. They continue to patronize optometry and offer the perennial enticement of optometric involvement in a proposed model Low Vision Centre, operated and managed by the CNIB and retaining both consulting optometrists and ophthalmologists. A coordinator of low vision services for the CNIB publicly bemoans the need for expanded low vision facilities with more personnel and better training. In direct contradiction, the CNIB recently released a pamphlet purporting to describe low vision services in this country. This pamphlet ignores totally the contributions of optometry in this field. This unique pattern of optometric exclusion from CNIB sponsored regional, national and international programs has been obvious for some time. For example, in 1981 when the CNIB hosted The American Association of Workers for the Blind meeting, it deliberately ignored Canadian Optometry in spite of the inclusion of two Canadian optome-

trists in the AAWB program. On the same occasion, CNIB witnessed the honours bestowed upon an international key note speaker for his work in establishing a first class low vision clinic with optometrists serving as key workers.

It is now time for optometry to stand back from these frustrating dialogues with the CNIB and state its position firmly and unequivocally. The effective and successful delivery of low vision services can only be accomplished when optometrists are included in the interdisciplinary team. The recognition, by the Department of Health in New Brunswick, of optometry's capability to provide the information required for the certification of blindness, demonstrates that there is absolutely no rational barrier precluding optometric involvement. An interdisciplinary team has been described as a "group of people from diverse disciplines needing one another to work at a common task using different avenues of intervention in search of the same goal." Optometry is an internationally recognized profession working in the low vision field. Faced with continued procrastination by the CNIB, the optometric profession and the partially-sighted may ultimately be forced to create alternative

programs similar to those already existing in the Province of Quebec. The rigidity of the CNIB system, which, by its very mandate, ignores the partially-sighted until they become legally blind, gives an additional incentive for this approach. Euclid J. Herie, an executive with the CNIB, advocated the following five principles for developing and evaluation programs for the handicapped:

1. The individual must be treated as a total person, rather than as a physical, social or emotional problem.
2. At the start of rehabilitation it is not what we think is wrong with the individual, but what the individual feels he needs that should be the foremost concern.
3. Inherent in the philosophy of rehabilitation is the right of every human being to those services which will enable him to fulfill his greatest potential: where knowledge is available to minimize his disability and to equalize his opportunity, he should receive such benefits.
4. Agencies and personnel involved in rehabilitation must view the individual as an integral part of his cultural, social and familial milieu.
5. The community has a responsi-

bility to see that the services necessary for rehabilitation are available.

The adherence to these principles only for the functionally blind by the CNIB continues to arouse the ire of the partially-sighted. Let us hope the CNIB will recognize its service gap in this important area. Optometry, as a primary care discipline with an established expertise in low vision, *must* direct its energies toward the successful establishment of a program in Canada for the needs of both the partially-sighted and the legally blind. It would be a delusion, however, to assume that having a great number of people look into the problem separately is the equivalent of a true "team" approach. Surely it is incumbent on the CNIB to ensure that all of the "team" approaches occur simultaneously. The partially-sighted in Canada deserve the best possible low vision care that can be provided for them. How long do they have to wait for such programs to be implemented across this country?

Drs. G.C. Woo, J.G. Strong
School of Optometry
University of Waterloo

Basse vision: composante négligés de la matrice de la cécité

En août prochain, aura lieu le septième anniversaire de la publication, par le Professeur Cyril Greenland, de *Vision Canada*, qui décrivait les besoins non satisfaits des handicapés visuels. L'exemplaire de décembre 1976 de *la Revue canadienne d'optométrie* examinait ce document et les diverses propositions qu'il contenait, visant à inclure des services optométriques dans de nouveaux programmes de l'Institut canadien pour les aveugles (INCA). L'INCA lui-même devait assumer un rôle de protecteur du public dans la coordination et l'utilisation des res-

sources professionnelles et communautaires.

Le mécontentement croissant ressenti ces derniers mois par les patients handicapés visuels et par les cliniciens en vision basse suggère que ce système ne fonctionne pas. Les recommandations formulées par le Professeur Greenland ne sont-elles pas bonnes? Ou bien, n'ont-elles pas été bien appliquées? Ou simplement ont-elles été ignorées?

La conformité des propositions de *Vision Canada* sur le service aux handicapés visuels, avec celles publiées récemment dans les *Low Vision*

Service Standards (Normes de service aux handicapés visuels) du National Accreditation Council for Agencies serving the Blind and Visually Handicapped (Conseil national d'agrément pour les agences servant l'aveugle et le handicapé visuel) est une preuve de leur validité et de leur à propos. La Partially Sighted Society, La Visual Impairment Association et la National Association of Orientation and Mobility Instructions of Britain, ainsi que l'American Foundation for the Blind, ont toutes récemment annoncé qu'elles étaient en faveur d'un service

aux handicapés visuels, conforme aux recommandations du Professeur Greenland. Comment se fait-il alors qu'un organisme (l'INCA) ayant un tel succès avec ses programmes de formation d'orientation et de mobilité, de réhabilitation communautaire, de bibliothèque et de visites ait si misérablement échoué dans la fourniture des services aux handicapés visuels? Les handicapés visuels continuent à être assimilés aux personnes atteintes de cécité totale dans le processus global de réhabilitation, si bien qu'un grand nombre d'entr'eux ne veulent pas s'inscrire. Ce processus de réhabilitation des patients jouissant d'une vue partielle continue à être injuste. Des groupes de patients ayant une vue partielle sont de plus en plus convaincus que le fait qu'ils jouissent d'une basse vision ne doit pas constituer un obstacle à leur réhabilitation. Il faut s'occuper de l'utilisation et de l'amélioration de leur vision résiduelle avec autant de zèle et de ressources que l'on consacre à l'heure actuelle aux programmes de substitution de la vue. Une évaluation intégrée et professionnelle de basse vision doit constituer l'élément fondamental d'un service de qualité aux patients handicapés visuels.

Le seul système canadien structuré comportant un tel programme existe dans la Province de Québec. Il y a trois excellentes installations dans cette Province, et une autre est prévue. Toutes ces installations fonctionnent en dehors de la juridiction de l'INCA. Il est important de noter que dans toutes ces installations, les services aux handicapés visuels sont administrés par des optométristes. Lors d'une réunion ad hoc tenue récemment à Montréal, des optométristes de tout le Canada s'intéressant particulièrement au domaine de la basse vision, ont observé et étudié ces cliniques du Québec. Cette réunion permit également aux optométristes d'exprimer leurs inquiétudes au sujet du programme de services existant, et d'examiner des solutions possibles pour les améliorer.

Ce groupe a adopté quatre objectifs, qui sont les mêmes que ceux de la Visual Impairment Association de

Grande-Bretagne.

- 1) Améliorer le bien-être des handicapés visuels,
- 2) Etudier et faire des recommandations afin d'améliorer la fourniture globale de services aux handicapés visuels,
- 3) Essayer de créer un organisme qui regroupe tous les travailleurs s'occupant de la basse vision,
- 4) Etablir des liens entre ces travailleurs, et fournir un forum leur permettant d'échanger des renseignements et des connaissances.

Depuis la publication de *Vision Canada*, l'optométrie n'a eu que de rares contacts avec l'INCA. Quelques optométristes font à l'heure actuelle partie de divers comités consultatifs régionaux de l'INCA. Quelques membres de l'INCA ont consulté des optométristes pour des évaluations de basse vision, et des travailleurs sur le terrain et des travailleurs s'occupant de réhabilitation de l'INCA ont en privé recommandé plusieurs installations optométriques de basse vision. Cependant, officiellement, l'administration centrale de l'INCA à Toronto refuse de reconnaître les contributions que les services optométriques pourraient apporter. Elle continue à utiliser l'optométrie à ses fins et parle toujours d'impliquer l'optométrie dans sa proposition de Centre modèle de basse vision, opéré et géré par l'INCA et utilisant des optométristes, aussi bien que des ophtalmologistes à titre de conseillers. Un coordinateur des services de basse vision à l'INCA déplore ouvertement l'absence d'installations plus importantes s'occupant des handicapés visuels, et de personnel ayant une meilleure formation. En contradiction directe avec cela, l'INCA a récemment publié une brochure ayant la prétention de décrire les services aux handicapés visuels dans ce pays. Ce pamphlet ignore totalement la contribution de l'optométrie dans ce domaine. Cela fait quelques temps que ce processus unique d'exclusion de l'optométrie des programmes régionaux, nationaux et internationaux parrainés dans l'INCA existe. Par exemple, lorsqu'en 1981 l'INCA a servi d'hôte

à la réunion de l'American Association of Workers for the Blind, elle a délibérément oublié l'Optométrie canadienne, malgré la participation de deux optométristes canadiens au programme de l'AAWB. Par la même occasion, l'INCA a dû constater les honneurs conférés à un conférencier étranger pour son oeuvre de création d'une clinique de première classe pour handicapés visuels, employant comme collaborateurs clés des optométristes.

Il est temps maintenant que l'optométrie cesse ce dialogue frustrant avec l'INCA, et définisse sa position d'une manière ferme et non équivoque. On ne peut fournir efficacement et avec succès des services aux handicapés visuels que si des optométristes font partie de l'équipe interdisciplinaire. Le fait que le Ministère de la santé du Nouveau Brunswick reconnaisse à l'optométrie le droit de fournir les renseignements requis pour certifier la cécité, démontre qu'il n'existe absolument pas de barrière qui interdise la participation de l'optométrie. On a défini une équipe interdisciplinaire comme "un groupe de gens appartenant à des disciplines diverses ayant besoin les uns des autres pour travailler à une tâche commune en utilisant différentes méthodes pour parvenir au même but." L'optométrie est une profession dont le rôle vis-à-vis des handicapés visuels est reconnu internationalement. Etant donné l'inertie de l'INCA, la profession optométrique et les handicapés visuels vont devoir, en dernier recours, créer des alternatives de programmes similaires à ceux qui existent déjà dans la Province de Québec. La rigidité du système de l'INCA, qui, à cause de son mandat, ignore les handicapés visuels tant qu'ils ne sont pas complètement aveugles, donne une incitation supplémentaire à cette solution. Euclid J. Herie, membre de l'exécutif de l'INCA, a énoncé les cinq principes suivants de développement d'un programme d'évaluation pour les handicapés visuels:

- 1) L'individu doit être traité comme une personne entière, plutôt que comme un problème physique,

social ou émotionnel.

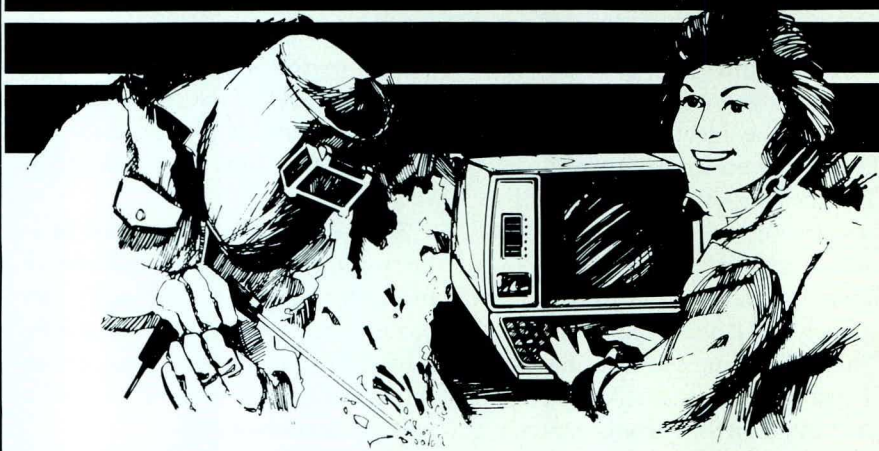
- 2) Au début de la réhabilitation, ce n'est pas ce qui, d'après nous, semble être le problème chez l'individu, mais ce dont l'individu pense avoir besoin qui devrait constituer notre préoccupation principale.
- 3) Inhérent à la philosophie de la réhabilitation est le droit de tout être humain aux services qui lui permettront de remplir son potentiel le plus élevé: lorsqu'il existe des connaissances qui permettent de minimiser son handicap et d'accéder à l'égalité d'emploi, il faut lui permettre d'en bénéficier.
- 4) Les agences et le personnel s'occupant de réhabilitation doivent considérer l'individu comme faisant partie intégrante de son milieu culturel, social et familial.
- 5) La communauté est responsable d'assurer que les services de réhabilitation soient disponibles.

Le fait que l'INCA n'adhère à ces principes que pour ceux qui sont fonctionnellement aveugles continue à soulever la colère de ceux qui ont une basse vision. Espérons que l'INCA reconnaisse le besoin de services dans ce domaine important. L'optométrie, en tant que discipline de soins primaires possédant une expertise reconnue en basse vision, doit s'efforcer à créer, avec succès, un programme canadien qui satisfasse les besoins des handicapés visuels aussi bien que ceux des aveugles légaux. Cependant, il ne faut pas penser que parce qu'un grand nombre de personnes étudient simultanément le problème, le travail va vraiment être "d'équipe". En fait, c'est à l'INCA de s'assurer que tous les efforts soient coordonnés "en équipe". Les handicapés visuels canadiens ont droit aux meilleurs soins de basse vision possibles que l'on puisse leur prodiguer. Combien doivent-ils attendre pour que de tels programmes soient offerts dans ce pays?

Drs. G.C. Woo, J.G. Strong
Ecole d'Optométrie
Université de Waterloo

SYMPOSIUM '83

VISION IN THE WORKPLACE



An international symposium on vision problems in the work environment. The two main themes to be addressed:

- a) **in the office**
 - VDT's
 - office lighting
 - special vision demands
- b) **in industry**
 - radiation hazards
 - chemical hazards
 - projectiles

Sponsored by the Alberta Optometric Association.

Topics and Speakers

- a) **Occupational Radiation Hazards to Vision**
Gene Moss, Ph.D. - Physicist,
National Institute for
Occupational Safety and
Health in Cincinnati, Ohio
- b) **Vision Related Work Problems**
Tony Cullen, O.D., Ph.D. -
Professor of Optometry,
University of Waterloo,
Ontario

Offering 12 hours of approved
continuing education
date: April 8 and 9, 1983

registration:	advance	after
	registration	March 12
	\$175 <input type="checkbox"/>	\$200 <input type="checkbox"/>

name _____
address _____
_____ code _____
profession _____
representing (company or organization) _____

Please make cheques payable to:
Alberta Optometric Association
#2, 9333 - 50 Street
Edmonton, Alberta T6B 2L5

For more information please contact the
Alberta Optometric Association Office
(403) 468-1203

- c) **Is Vision Screening Enough?**
Allen Lewis, O.D., Ph.D. -
Professor of Optometry,
University of New York

- d) **Safety Standards and Protective Eyewear**
David LaMarre, Ph.D. -
Director of Vision
Technology, American
Optical Corporation

Panel discussion with guest
lecturers to follow.

Symposium includes scientific
program, luncheon and a banquet
featuring Charles Lynch.

April 8 and 9, 1983

Place: Chateau Lacombe Hotel
Edmonton, Alberta
(Please phone 1-800-268-9411
for room reservations if required,
requesting convention rates.)



**ALBERTA OPTOMETRIC
ASSOCIATION**

FOR SALE

Duo (Mardan) 16-film cassette
projector, complete with ear-
phones and five film cassettes.
All is in showroom condition.
Price is negotiable. Contact:

J.M. Stevenson, O.D.
Scrugog Professional Bldg.
191 Church St.
Bowmanville, Ontario
(416) 623-6110

WELLAND, ONTARIO

Excellent location for Opto-
metry Practice. 850 sq. ft.
ground floor office space in
modern professional building.
High visibility, free parking,
busy location, good lease and
terms are offered. Please con-
tact in confidence:

**ROI MANAGEMENT
INCORPORATED**
MISSISSAUGA
(416) 278-4145

Ref. No. 304