

Sehschädigung im Alter

häufig und verkannt

Kurssequenz in einem
CAS zu Sozialer Gerontologie

Zürich, KSIA 2020

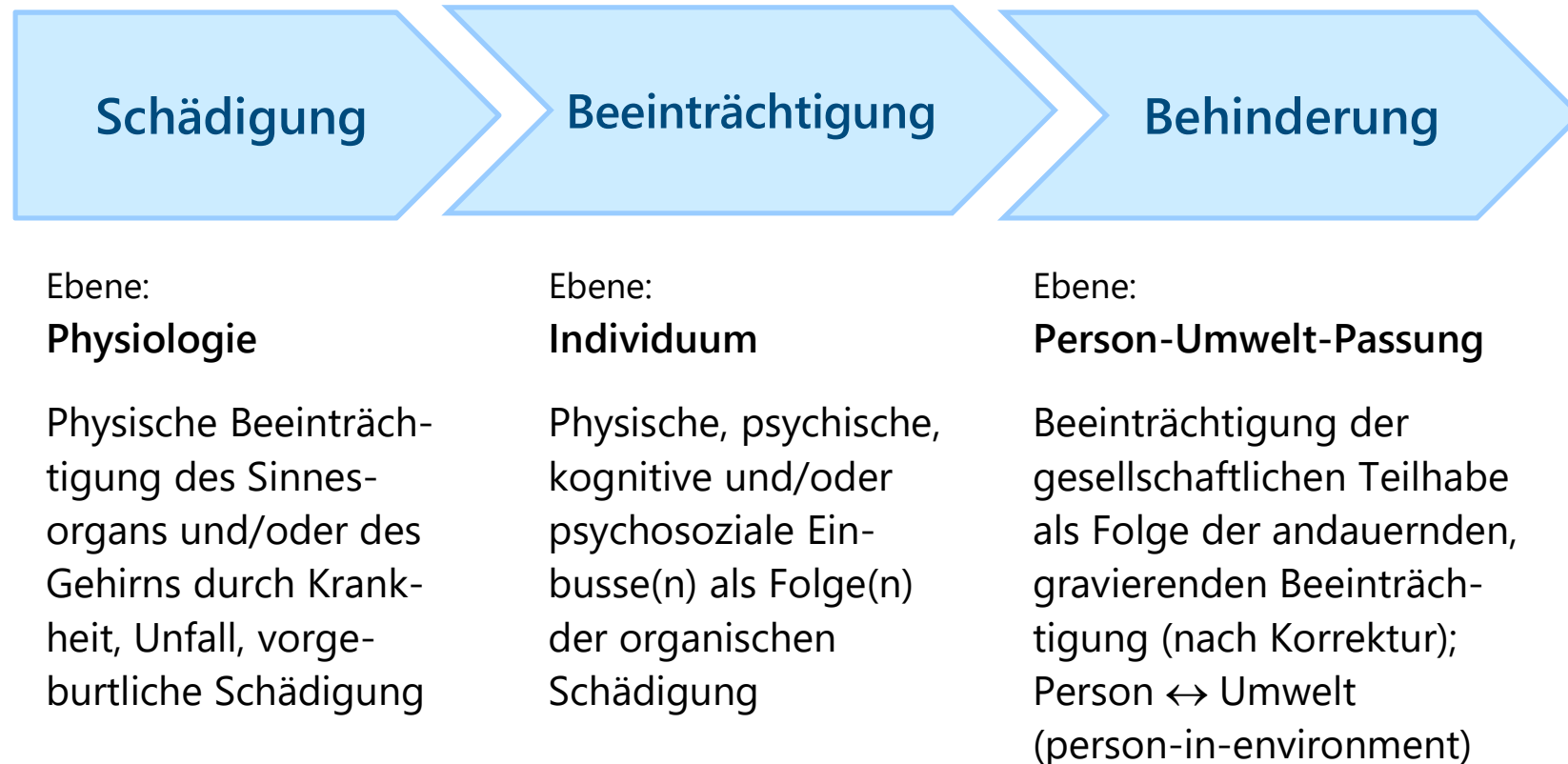
Inhalt

- Grundlagen der Sehbehinderung: Begriffe, Häufigkeit, pathophysiologische und neurologische Prozesse
- Funktionen des Sehens: Was, wenn sie wegfallen?
- Sehbehinderung, Demenz und psychische Belastung
- Stand Erkennen von Sehbehinderung und Massnahmen
- Massnahmen: ihre Grenzen und Chancen

Begriffe

- ***Sehschädigung*** – Erkrankungen im Auge oder Gehirn; physiopathologische Entwicklung
- ***Sehbeeinträchtigung (SB)*** – Einschränkungen wegen Sehschädigung im Verstehen, Entscheiden, bei Aktivitäten, im Fühlen
- ***Sehbehinderung*** – bleibende Beeinträchtigungen im Austausch zwischen der Person mit Sehschädigung und dem Umfeld: soziale und bauliche Barrieren (Wechselwirkung Person – Umfeld)

Begriffsklärungen



Häufigkeit von Sinnesbehinderung

Sehbeeinträchtigt in Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	21%
Leicht bis schwer sehbeeinträchtigt mit Spitex:	23%
Leicht bis schwer sehbeeintr./blind in stationären AE:	42%
Hörbeeinträchtigt in Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	unbekannt
Leicht bis schwer hörbeeinträchtigt mit Spitex:	29%
Leicht bis schwer hörbeeintr./taub in stationären AE:	48%

AE = Alterseinrichtung

Quelle: Spring, S. (2017). Sehen und Hören in Spitex und Heimpflege. SZB.

OVIS-Studie

OVIS-Studie von 2017

(600 Personen, 32 Heime in Deutschland)

- Subjektive Sehprobleme 47%
- Augenmedizinischer Behandlungsbedarf 61%
- Visus ≤ 3 20,8%

Quelle: Fang et al. (2017). Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen.
In: Der Ophthalmologe. 22. August 2017.

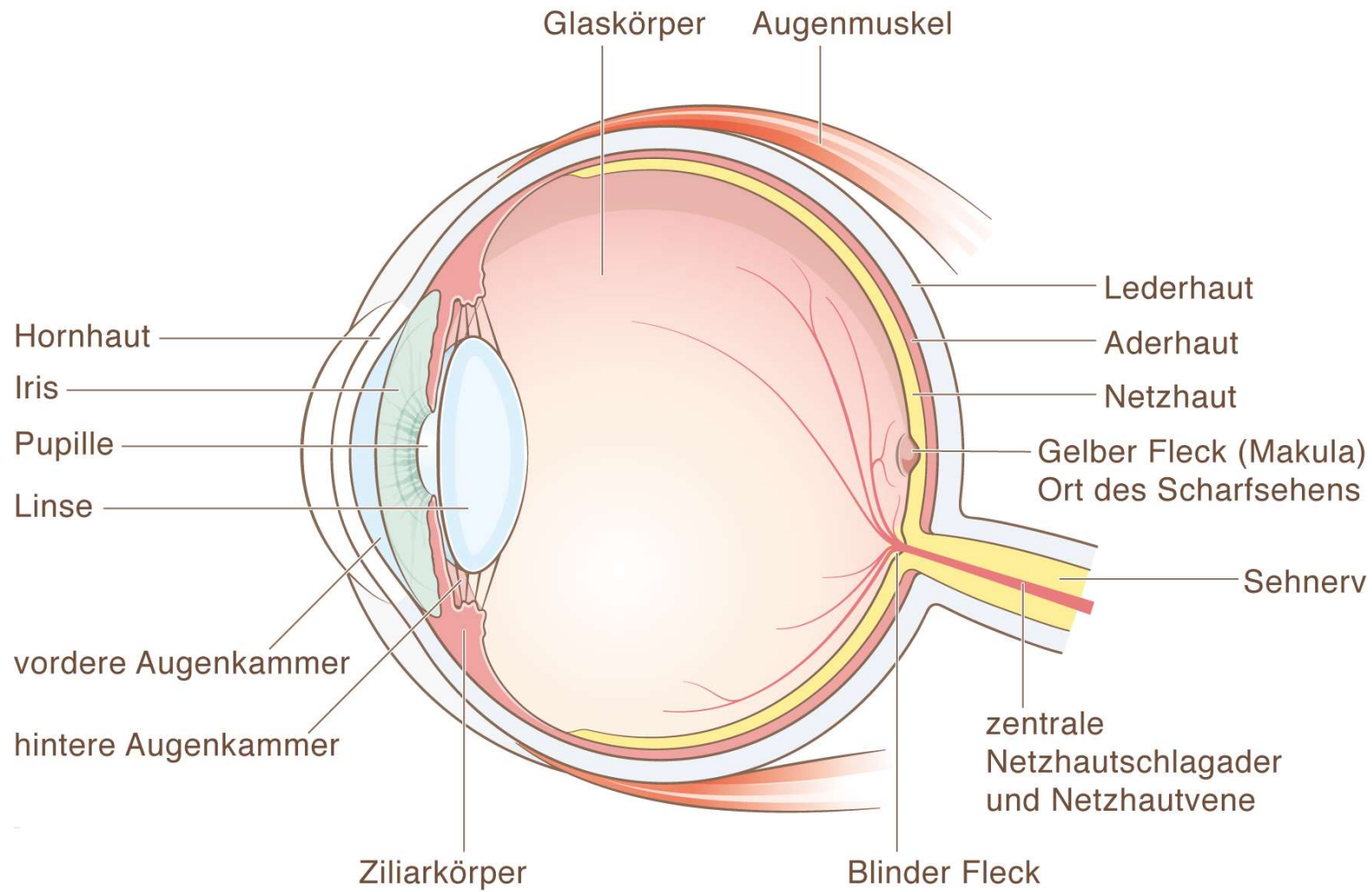
AMD – Altersbedingte Makula- degeneration

Makula: Ort des Scharf- und Farbsehens

- Häufigste Ursache für SB im Alter (Schätzung: 80% aller Augenerkrankungen im Alter)
- Feuchte Form: stabilisierende medikamentöse Therapie möglich (15-20% der AMD-Fälle)
- Trockene Form: keine medizinische Therapie → Rehabilitation (80-85% der AMD-Fälle)
- Trockene Form kann sich zur feuchten entwickeln

Andere häufige Augenerkrankungen im Alter

- Katarakt (Grauer Star): med. Therapie: OP
- Glaukom (Grüner Star): med. Therapie: medikamentös – Früherkennung nötig, Erblindungsgefahr
- Diabetische Retinopathie: häufige Spätfolge bei Diabetes, kann zu Erblindung führen; Laserbehandlung kann Verzögerung bewirken



Wie sieht der Mensch?



Auge und Gehirn

- Auge liefert Informationen, Gehirn macht Bilder
- Sehen dient der Steuerung, Kontrolle, Gefühlen
- Filling-in: Gehirn ergänzt Gesichtsfeld mit «vermuteten» realitätsnahen Inhalten
- Charles-Bonnet-Syndrom (CBS): visuelle Halluzinationen
- Kognitive Einbussen (z. B. Kataraktpatienten mit präoperativem Demenzbefund, postoperativ kein Befund, Lehrl & Gerstmeyer 2004)

Filling-in



Quelle: Sutter (2017). Netzhautdegeneration – Ein anderes Sehen.

Filling-in

Mit dem Filling-in ergänzt das Gehirn Lücken, z. B. einen zentralen Gesichtsfeldausfall, wie es die Blinden Flecken korrigiert. Fehlen Sehinformationen da, wo die Person fokussiert, ergänzt das Gehirn das Fehlende mit dem, was aus dem peripheren Gesichtsfeld und aus der Erinnerung zur Verfügung steht (Sutter 2017).

Die Person erkennt den Gesichtsfeldausfall nicht. Ihr Seheindruck ist unscharf, aber vollständig. Sie kann sich nicht auf das verlassen, was sie «sieht». Sie «übersieht» eventuell, was vor ihr steht, z. B. ein Glas, einen Teller.

Charles-Bonnet-Syndrom

Visuelle Halluzinationen (vergleichbar mit Phantomschmerz)

- Bilder können als möglich oder als unmöglich wahrgenommen werden, z. B.:
 - Muster an Wänden / auf dem Boden
 - Löcher im Boden, Baumstämme im Gang
 - Personen, Personengruppen, statisch oder in Bewegung
- Bilder sind nicht beängstigend, Reaktion des Umfeldes kann aber beängstigend sein (Abgrenzung zu Demenz/Psychosen).

Funktionen des Sehens

Das Gehirn nutzt visuelle Informationen für:

- Bewusste Seh wahrnehmung wie z. B. Lesen, Gesichter erkennen, Bewegungen wahrnehmen
- Aufbau und Dekodierung von Deutungsrahmen (frame)
- Steuerung und Kontrolle von Bewegung
- Psychosoziales Erleben, Verhalten; Emotionen
- Erinnern, Entscheiden
- Gleichgewicht
- Hören

Folgen von Verlust der (sicheren) Funktionen des Sehens

- Lesen/Schreiben, generell alltagspraktische Fähigkeiten → Kompetenzverlust Aktivitäten bis hin zu Selbstpflege
- Gesichter/Mimik erkennen → sozialer Kompetenzverlust
- Deutungsrahmen, Erinnern, Entscheiden → kognitiver Kompetenzverlust, Verlust «der Welt»
- Wahrnehmung/Steuerung eigener u. fremder Bewegungen → Angst, sich zu stossen, zu fallen → geminderte körperliche Aktivität
- Psychisches u. psychosoziales Erleben/Verhalten → Isolation, Depression, Angststörungen, Suizidalität
- Gleichgewicht → Schwindel, Gangunsicherheit

Stand Erkennen von SB in den Fachfeldern (Deutschschweiz)

- Ophthalmologie erkennt Erkrankungen am Auge und bietet medizinische Therapien, wo vorhanden
- Neuroophthalmologie beschreibt u. a. Filling-in. Wenig Austausch mit Ophthalmologie oder Geriatrie
- Geriatrie befasst sich noch kaum mit Sinnesbehinderung
- Gerontopsychologie beschreibt Problemlage v. a. ambulant (vgl. Hans-Werner Wahl, Heidelberg)
- Wahrnehmungspsychologie befasst sich mit Wahrnehmung, aber nicht mit deren Fehlen
- Pflege, Heilpädagogik und Ergotherapie befassen sich mit Behinderung oder mit Alter. RAI und BESA erkennen Folgen/Begleiterscheinungen von SB nicht.

Stand Massnahmen bei SB in den Fachfeldern (Deutschschweiz)

- Augenärzte: medizinische Therapien. Kennen meist die optischen Hilfsmittel bei Sehkrafteinbussen, weisen Patienten ggf. zu Beratungsstellen der Selbsthilfeorganisationen
- Optiker: Visus-, ggf. Gesichtsfeldprüfung; Brillen, auch Kantenfiltergläser
- Orthoptik: Reha v. a. bei Schielen und Doppelbildern
- Neuroophthalmologie, Geriatrie, Gerontopsychologie: keine Massnahmen
- Pflege, Heilpädagogik und Ergotherapie haben keine formalisierten Standards und anerkannten Therapien bei im Alter auftretender Sinnesbehinderung (→ Selbsthilfe!)
- Massnahmen zur Kompensation kognitiver Einbussen fehlen

Empfehlungen von KSIA

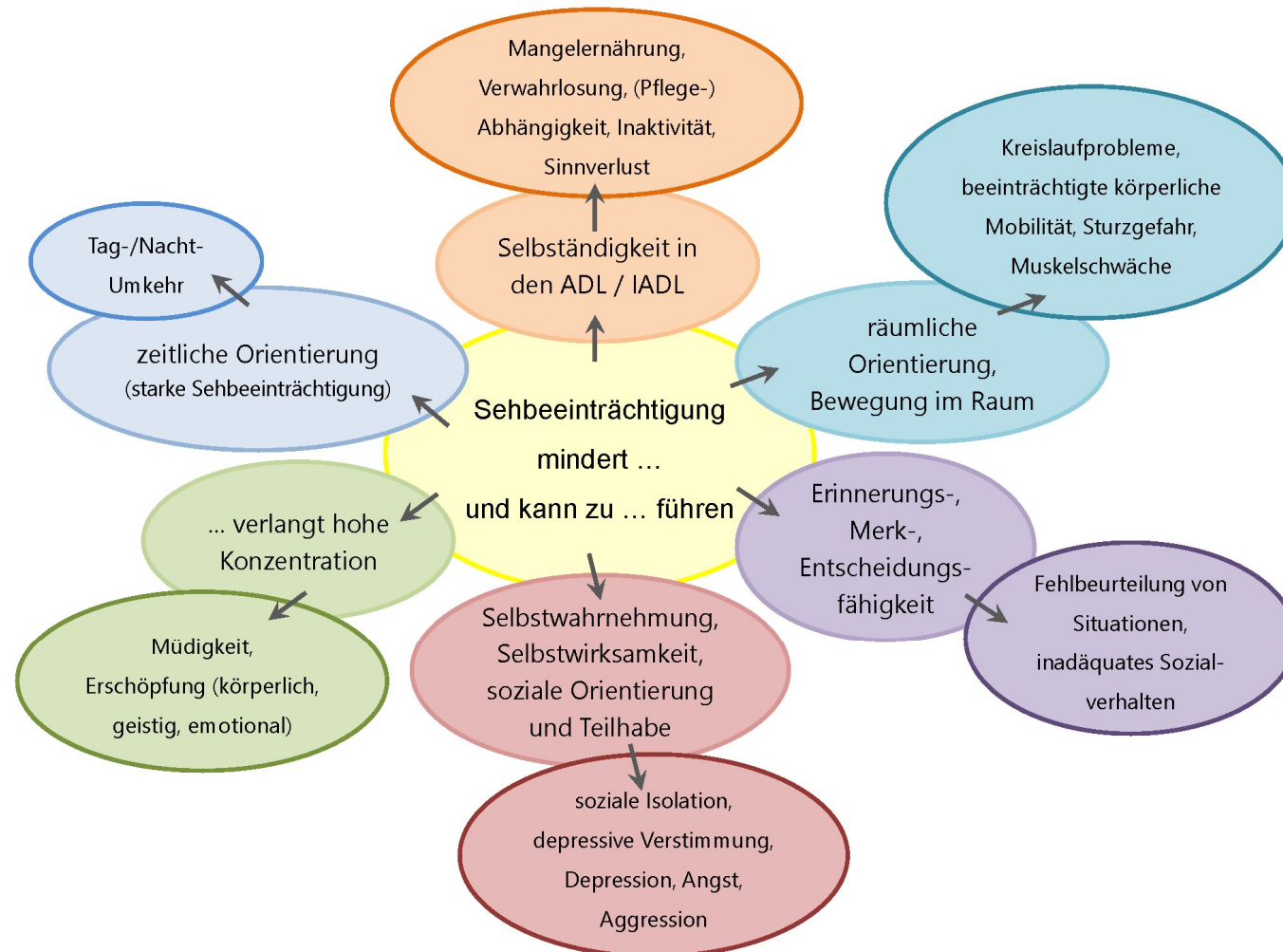
Information in Fachkreisen und Bevölkerung:

- zur Enttabuisierung von Sinnesbehinderung im Alter
- über augenmedizinische Untersuchungen und Behandlung; Rehabilitation, Kompensation der Wahrnehmungseinbussen, Beratungsstellen

Handlungsfeld Langzeitpflege:

- Fokus-Assessment zu RAI und BESA
- Sehbehinderung als Syndrom verstehen
- Seh- und hörbehinderungsspezifische rehabilitative Langzeitpflege planen und umsetzen

Direkte und indirekte Folgen von SB: Sehbeeinträchtigung mindert ... und kann zu ... führen



Sehbehinderung und «Demenz»

Studie Spring (2017) zu RAI-Pflegedaten von 40'000 Personen mit Pflegebedarf in der Schweiz, hier zu Pflegezentren:

- Leichte bis starke Sehbeeinträchtigung: 42%
- Augenmedizinische Diagnosen vorhanden: 12%

Sehbehinderung und «Demenz»:

- Gut Sehende mit Pflegebedarf $CPS \geq 3$: 44%
(CPS = Cognitive Performance Scale)
- Leicht bis schwer Sehbeeinträchtigte $CPS \geq 3$: 66% bis 69%
- Sehr schwer Sehbeeinträchtigte/Blinde $CPS \geq 3$: 60%

Gängige Kriterien für Demenz in der Langzeitpflege (RAI und BESA)

Desorientierung bezüglich

- Zeit (Melatonin!)
- Ort(e) und
- Eigene Person / soziales Umfeld

Diese Kriterien können als Folge einer Sehschädigung gegeben sein. Sie sind dann keine Anzeichen für eine demenzielle Entwicklung!

Achtung: Mini Mental Status Tests bei SB fehlerhaft!

Mögliche Fehlbeurteilung (Demenz statt SB), weil (Auswahl):

- «Inadäquates» Antworten und Verhalten
- Entscheidungs- und Erinnerungsprobleme
- Zeitliche Desorientierung (Melatonin!), örtliche, situative, autopsychische Desorientierung
- Depression, Angst, Aggression
- Visuelle Halluzinationen
- Eingeschränkter Bewegungs- u. Handlungsradius
- Falsche Ergebnisse bei Mini Mental Status Tests

Sehbehinderung und psychische Belastung

Personen mit Sehbehinderung zeigen:

- Zwei- bis dreimal häufiger eine schwere Depression und deutliche Stresssymptome (vgl. Artikel Vera Heyl im KSIA-Buch: Heussler, Wildi & Seibl 2016, S.158-164)
- Überproportional häufig Angststörungen
- Gehören nach den Krebspatienten zur zweitgrössten Gruppe der Suizidwilligen bei Exit (Auskunft Heidi Vogt, ehemalige Geschäftsleiterin Exit Schweiz, 2013)

Trauerphasen bei Sehverlust

Nach Verena Kast:

- Phase der Negierung (Verlust nicht wahrhaben können/wollen)
- Phase heftiger Gefühle (Wut, heftige Trauer, Rückzug, Aggression)
- Phase des LoslöSENS (Verlust dominiert den Alltag nicht mehr)
- Phase der Neuorientierung: bei SB: Suchen nach Lösungen, Hilfsmitteln, Unterstützung

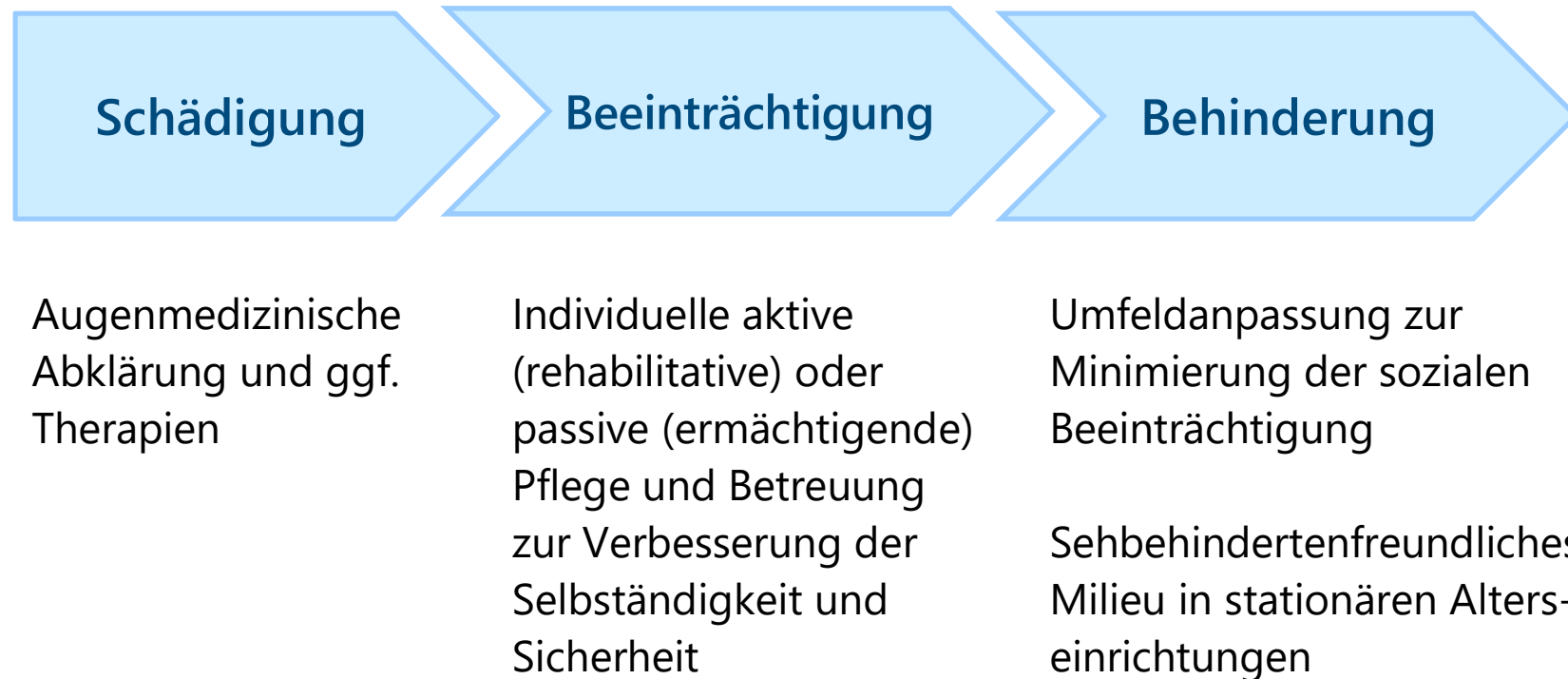
Sehbehinderung im Alter und die rechtliche Situation

- UN-Behindertenrechtskonvention: Anspruch auf Rehabilitation ohne Altersgrenze (CH ab 2014)
- Rechtlich zuständig bei SB mit Gesundheitsproblemen: Medizin und Langzeitpflege (AHVG, KVG)
- Auftrag: die Beeinträchtigung durch die Behinderung beseitigen oder verringern, inkl. **soziale** u. bauliche Barrieren (SAMW, SBK)!

Folgephänomene bei SB sind weitgehend reversibel

- Selbstpflege-Defizite → auch mit starker SB/Blindheit kann Selbstpflege weitgehend selbständig und sicher durchgeführt werden
- Mobilität kann verbessert, wieder hergestellt werden
- Weitere Pflegephänomene werden positiv beeinflusst
- Psychische und psychosoziale Auffälligkeiten können gemindert werden
- Gesamtzustand verbessert sich

Interventionen auf drei Ebenen



Vorgehen in der Pflege bei Sehbehinderung im Alter

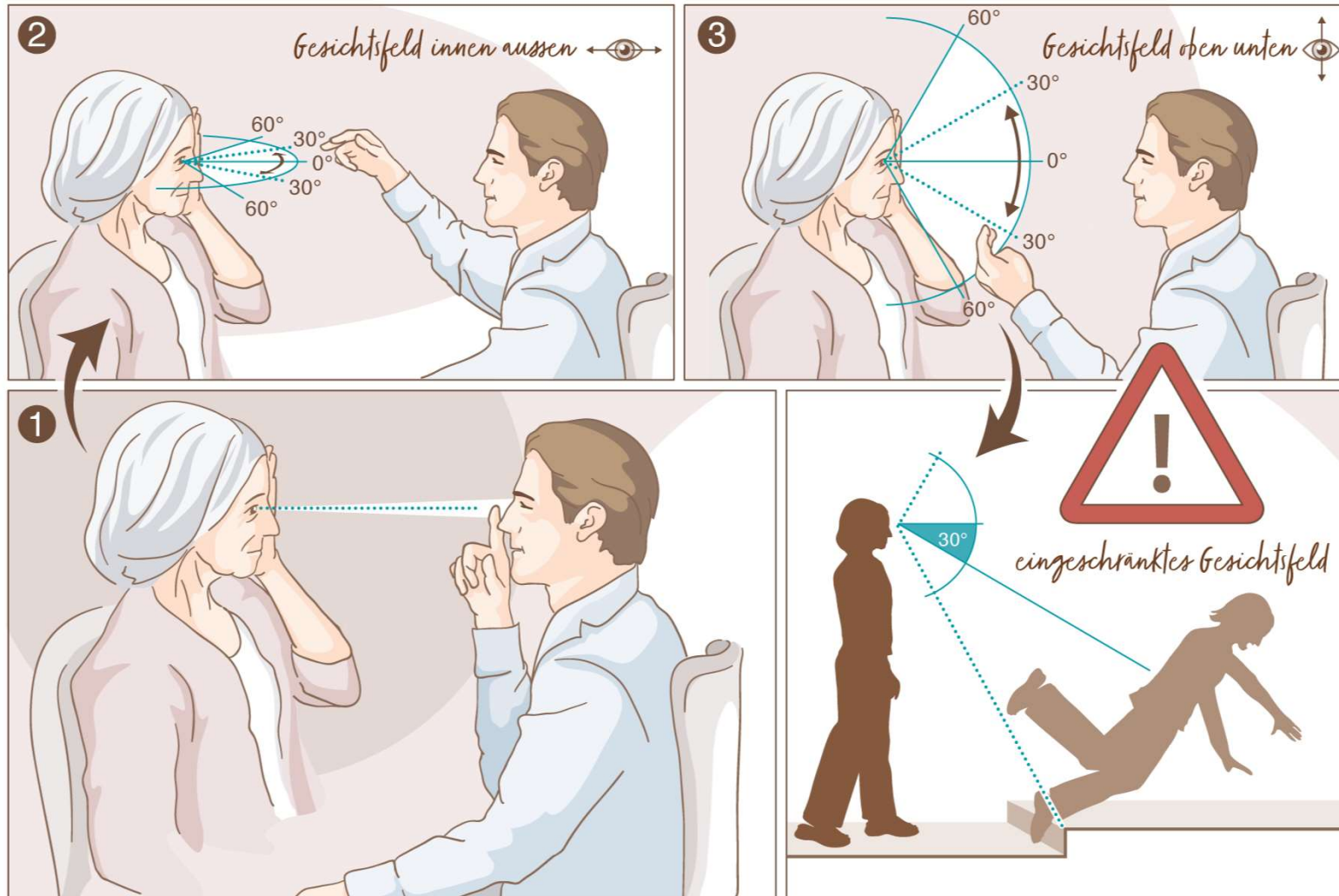
- Syndromdiagnose Sehbehinderung/Hörbehinderung
- Sehbehinderungsspezifische Pflege unterstützt Betroffene ermächtigend und rehabilitativ:
 - kognitiv, psychisch und psychosozial
 - Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Orientierung und Mobilität
- Langzeitpflege nutzt Kenntnisse/Methoden aus der Sehbehindertenrehabilitation zur Befähigung/Reha

Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung I

Das Fokus-Pflegeassessment ermittelt:

- Vergrößerungsbedarf (→ ressourcenorientiert: Wie gross soll geschrieben werden?)
- Gesichtsfeldeinschränkungen (→ Sturzprophylaxe)
- Blendung (→ Blendschutz, Kantenfiltergläser: auch besseres Kontrastsehen)
- Kontrastsehen (→ einfache Massnahmen)

Fokus-Assessment: Gesichtsfeld prüfen



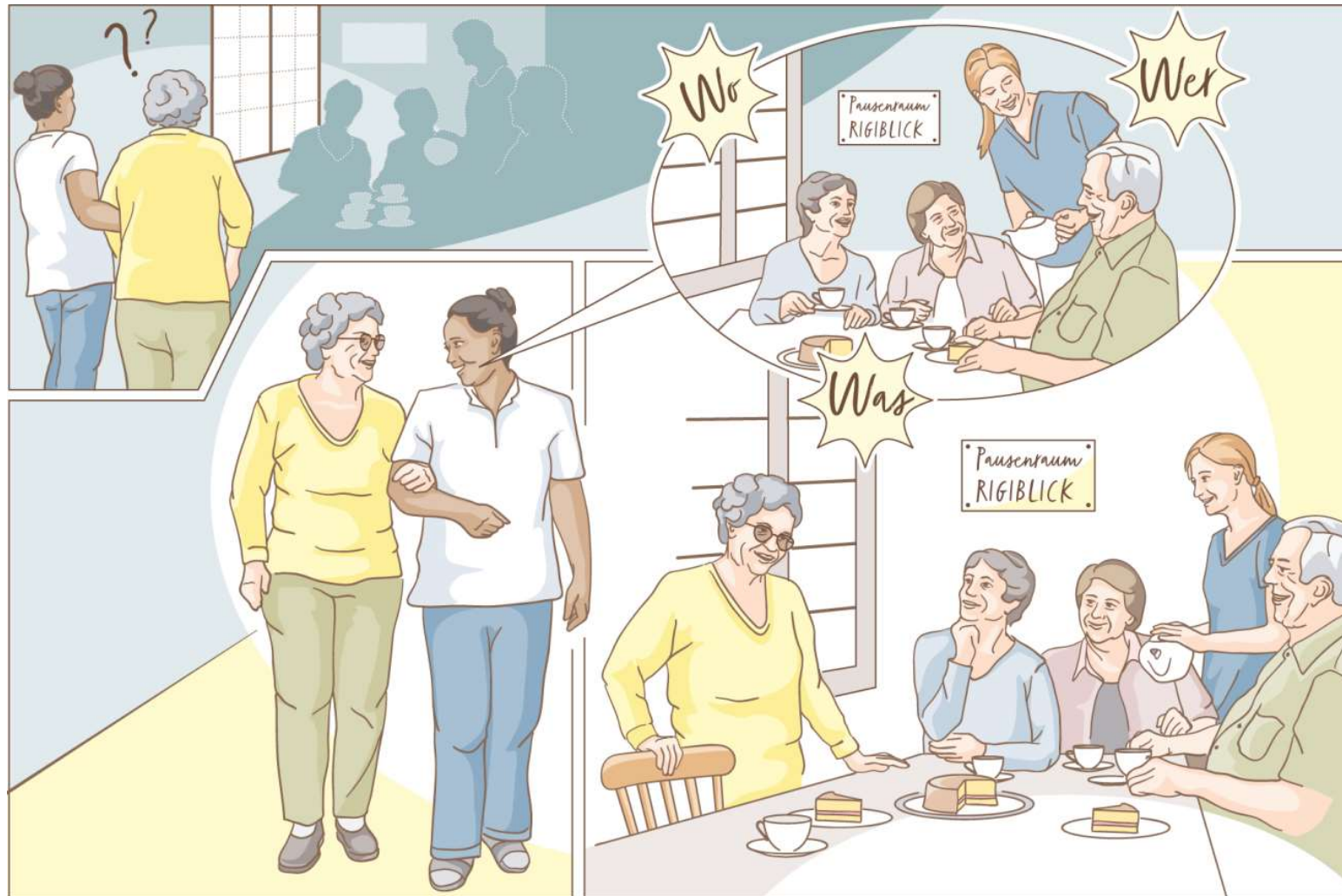
Descience © KSIA

Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung II

Das Fokus-Assessment bringt Klarheit darüber, ob eine Sehbeeinträchtigung vorliegt:

- Entlastung für die betroffene Person
- Impuls zu augenmedizinischer Behandlung
- Klarer Auftrag zur **Priorisierung sehbehinderungsspezifischer rehabilitativer Pflegeleistungen** (Behindertenrechts-Konvention der Vereinten Nationen, UN-BRK)

Kognitive Kompensation (passiv)



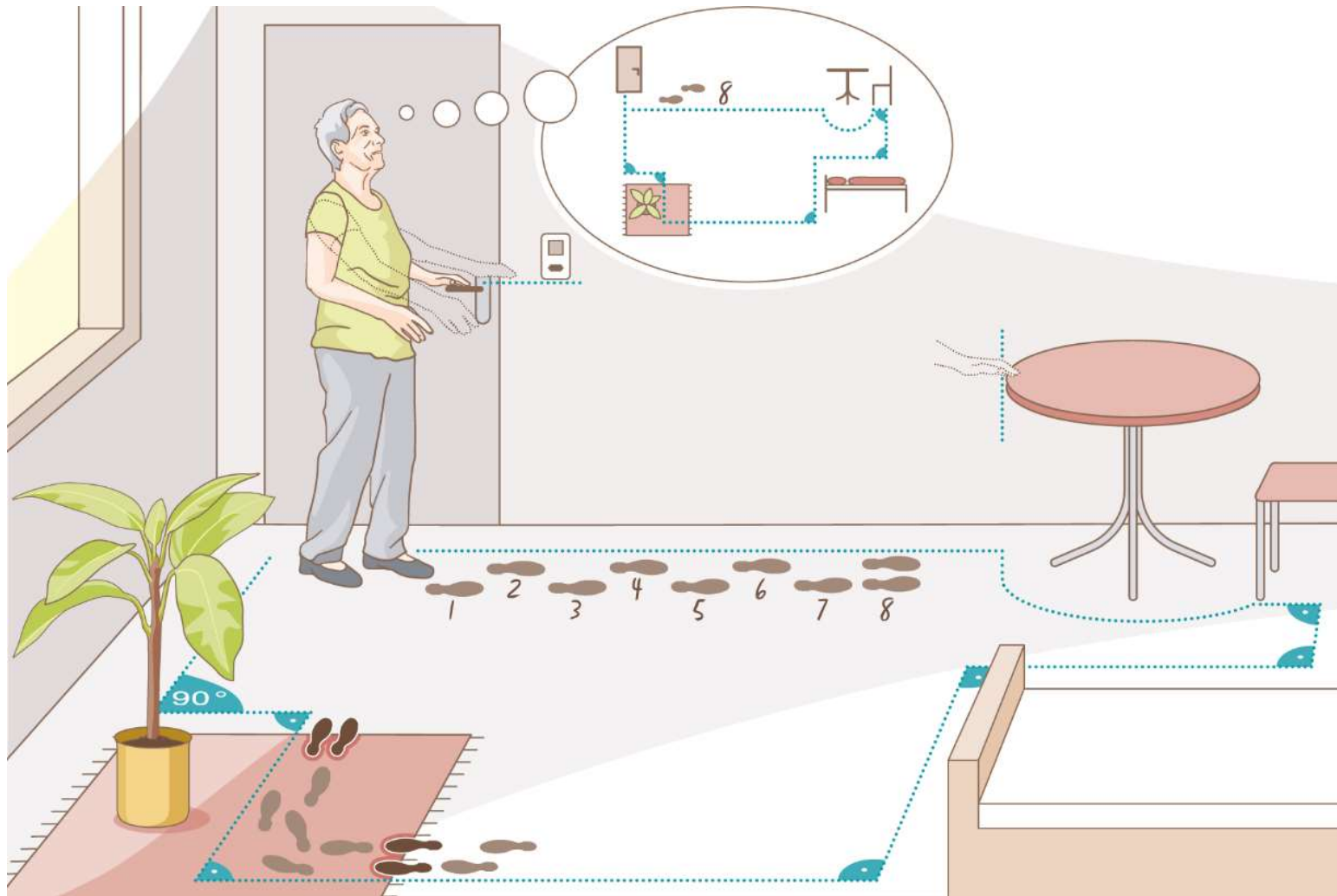
Descience © KSIA

Markierungspunkte



Descience © KSIA

Örtliche Orientierung (rehabilitativ)



Descience © KSIA

Feinmotorische Orientierung (rehabilitativ)



Grenzen und Chancen sinnesbe- hinderungsspezifischer Pflege und Betreuung

Chancen

- Höhere Lebensqualität für Betroffene
- Sinkende oder sich stabilisierende Gesundheitskosten
- Positive Arbeitserfahrungen für Pflegende, mehr Sicherheit in der Arbeit
- positiveres Altersbild für die Gesellschaft

Grenzen/Hindernisse

- Fehlender konkreter Auftrag
 - Personelle und materielle Belattung
 - Schulungsaufwand
 - Integration einer «fremden» Kultur (Behinderung)
- Es braucht engagierte Berufsleute und Privatpersonen, denn Betroffene haben keine Lobby!

Hilfreiche Adressen

- Beratungsstellen Sehbehinderung:
Schweizerischer Blindenbund (www.blind.ch), Sehbehinderten-
und Blindenverband (SBV) (www.sbv-fsa.ch), Retina Suisse
(www.retina.ch) u. a. → Beratungsstellen nach Kantonen auf
der Seite des SZBLIND: www.szblind.ch
- Fachstellen Hörsehbehinderung: www.taubblind.ch
- Unabhängiger Selbsthilfeverband für Menschen mit
Hörbehinderung: www.pro-audito.ch
- SBS – Schweizerische Bibliothek für Blinde und Seh- und
Lesebehinderte: www.sbs.ch
- Literaturangaben, Fachartikel, 33 Goldene Regeln, Flyer Seh-
und Hörbehinderung, Flyer KSIA-Buch u. a. m.: www.ksia.ch

Vielen Dank für Ihr Engagement für Menschen mit Sehbehinderung im Alter!

www.ksia.ch

