

Patienten kommen nicht mehr in die Praxis

Neue Erkenntnisse zur Situation alter Menschen mit Sehbeeinträchtigung

Stefan Spring, SZB Zürich

Plötzlich kommen langjährig bekannte Patientinnen und Patienten nicht mehr in die Praxis. Während Jahren liessen sie sich beraten und behandeln, oft wegen gravierender Sehverluste. Nun bleiben sie fern. Wo sind sie geblieben?

Je mehr Menschen das hohe Alter erreichen, desto mehr Patienten überschreiten die Schwelle zwischen dem dritten Alter (rüstige Rentner) und dem vierten Alter (Beginn der Pflegebedürftigkeit), und desto mehr Menschen sind auf Pflege angewiesen. Sinnesbeeinträchtigungen und Mobilitätsbeschwerden spielen eine zentrale Rolle, wenn Patientinnen und Patienten früher regelmässig besuchte Gesundheitsdienstleister, z. B. Augenärzte und Augenkliniken, nicht mehr aufsuchen.

Nach dem 80. Lebensjahr stehen rund 45 % der Menschen zumindest vorübergehend in Kontakt mit der ambulanten Krankenpflege (Spitex). Nach dem 90. Lebensjahr nehmen über 50 % eine stationäre Pflegeeinrichtung in Anspruch (SOMED/BFS, Spitex-Schweiz). Während dieser Zeit nimmt das Sehvermögen bei praktisch allen Menschen stark ab, und oft treten Krankheiten auf, die das Seh- und das Hörvermögen stark beeinträchtigen (höchster Inzidenz-Anteil durch AMD).

Gemäss Reihenabklärungen in Altersheimen des Kantons Genf (2005) hatte nur ein Zehntel der BewohnerInnen einen Visus > 0,8, ein Drittel lag zwischen 0,6 und 0,3, fast ein Drittel unter 0,3 und 16 % sogar unter 0,1.¹ Untersuchungen in Bayern bestätigten dies. Ein Drittel der sehbeeinträchtigten Bewohner der untersuchten Alters- und Pflegeheime konnte keine Angaben machen, wann sie das letzte Mal eine augenärztliche Untersuchung erlebt hatten. Bei 20 % lag sie mehr als fünf Jahre zurück! In der bayrischen Interventionsstudie wurde gezeigt, dass sich der Visus nach einem neuen Refraktionsausgleich durchschnittlich um > 0,1 verbessern liess. In mehreren Fällen waren jedoch in dieser Zeit ohne Untersuchungen auch reversible Augenerkrankungen nicht behandelt worden.²

Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB hat in einer Untersuchung 2016 festgehalten, dass 42 % der BewohnerInnen in Schweizer Alters- und Pflegeheimen nach Einschätzung der Pflegefachkräfte eine leichte bis gravierende Sehbeeinträchtigung aufweisen (23 000 Datensätze aus RAI-NC, MDS³). Jede vierte Person wies gleichzeitig auch eine gravierende Schwerhörigkeit auf, ist also hörsehbehindert. Dies hat zur Folge, dass die Versorgung sehr anspruchsvoll wird.

Eine analoge Auswertung von Spitex-Daten ist für 2017 geplant. Eine Voruntersuchung in einer mittelgrossen Spitex-Organisation hat aber bereits gezeigt, dass das Phänomen der Einschränkung der Sinneswahrnehmungen auch dort bei jedem dritten Spitex-Einsatz eine pflegerelevante Rolle spielt. →

Des patients qui ne viennent plus au cabinet

Nous en savons toujours plus sur la situation des personnes âgées atteintes de déficience visuelle

Stefan Spring, UCBA Zurich

Des patients connus de longue date ne prennent plus de rendez-vous alors qu'ils sont venus durant des années pour des consultations et des traitements, souvent liés à une déficience visuelle grave: que se passe-t-il?

Le nombre toujours plus important de personnes atteignant un âge avancé va de paire avec l'accroissement du nombre de patients qui dépassent le cap du troisième âge (retraités encore plein d'allant) pour atteindre le quatrième âge (situations de fragilité). Plus l'âge avance, plus la proportion de personnes nécessitant des soins augmente. Les déficiences sensorielles et les difficultés rencontrées au niveau de la mobilité jouent un rôle prépondérant lorsque les personnes âgées ne se rendent plus chez des professionnels du domaine de la santé dont elles bénéficiaient régulièrement des prestations par le passé, et dont font également partie les ophtalmologues et les cliniques ophtalmologiques!

Après 80 ans, environ 45 % des personnes âgées sollicitent les services de l'aide et des soins à domicile, du moins temporairement. La proportion des personnes âgées vivant dans un établissement de soins stationnaires passe à plus de 50 % après 90 ans, alors qu'elle était encore très faible pour les personnes plus jeunes (SOMED/OFS, Spitex-Suisse). A un âge très avancé, la vision diminue fortement chez presque toutes les personnes âgées, qui sont souvent atteintes de maladies affectant gravement les capacités visuelles et auditives (DMLA).

Des bilans systématiques effectués dans les EMS du canton de Genève ont démontré en 2005 déjà que seule une minorité de 10 % des résidents avaient une acuité visuelle de plus de 0,8, que celle-ci se situait entre 0,6 et 0,3 pour un tiers des résidents et en dessous de 0,3 pour presque un tiers d'entre eux. De plus, 16 % des résidents avaient une acuité visuelle de moins de 0,1.¹ Des études plus récentes effectuées en Bavière confirment ces chiffres et indiquent également qu'un tiers des personnes atteintes de déficience visuelle résidant dans les EMS examinés n'étaient pas en mesure de dire quand elles avaient subi un examen ophtalmologique pour la dernière fois, alors qu'un tel examen était avéré comme remontant à plus de cinq ans pour un cinquième des personnes interrogées. Étant donné qu'il s'agissait ici d'une étude comprenant une intervention directe auprès des résidents, il a également été possible de montrer qu'une nouvelle correction de la réfraction avait permis d'augmenter l'acuité visuelle de 0,1 en moyenne. Il est d'autre part apparu que, dans plusieurs cas, des maladies oculaires réversibles n'avaient pas été traitées.²

L'Union Centrale Suisse pour le bien des Aveugles UCBA a démontré dans une étude en 2016 que 42 % des résidentes et →

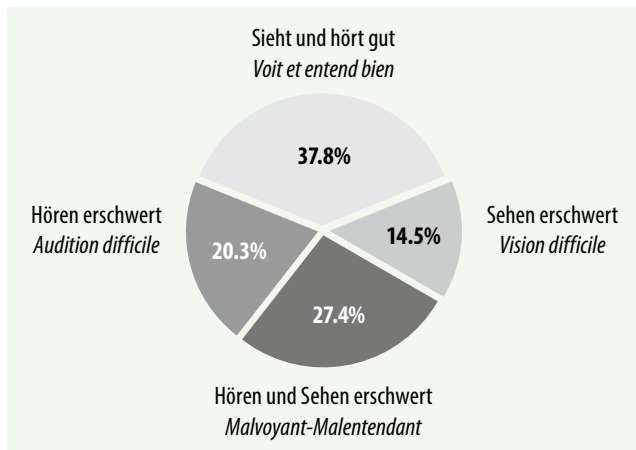


Abb. 1 Anteile Bewohner/innen Alters- und Pflegeeinrichtungen mit Sinnesbehinderungen. Schweiz, 23 000 Datensätze RAI-NH. Quelle: Spring 2016.

Fig. 1 Proportion de résident-e-s d'institutions pour personnes âgées atteints de handicap sensoriel. Suisse, 23 000 cas RAI-NH. Source : Spring 2016.

Oft ist der Zusammenhang zwischen dem Sehen und/oder Hören und der Beanspruchung von Gesundheitsdienstleistungen nicht sofort ersichtlich. Das schweizerische Gesundheitswesen setzt viel auf Beratungs- und Behandlungskonzepte, in denen die Selbstpflege und selbständige Organisation der eigenen Vorsorge im Vordergrund stehen. Seh- und Hörschwierigkeiten schränken aber vieles ein: Oft kann der Weg zum Augenarzt nicht mehr alleine bewältigt werden und Angehörige werden bereits oft beansprucht. Im Winter werden zudem Morgen- und Abendstunden wegen der Dunkelheit gemieden.

Die Hörbeeinträchtigung erschwert das Verstehen beim Gespräch mit der Praxisassistentin, von der Terminvereinbarung bis zur Voruntersuchung. Und auch das Gespräch mit dem Arzt kann zwar gehört, aber nicht mehr richtig verstanden werden. Zudem ist die Ansicht weit verbreitet, Hör- und Sehverluste gehörten einfach zum Alter.

Wohnt man dann noch in einem Heim, ist die Gesundheitsvorsorge vermeintlich delegiert. Aber längst nicht alle Wohn- und Pflegeeinrichtungen verfügen über stringente und individualisierte Vorsorgepläne. Besuche bei externen Dienstleistern, wie dem Augenarzt, dem Optiker oder dem Akustiker, sind praktisch nur möglich, wenn Angehörige daran denken, wenn sie auch die Termine vereinbaren und die Patienten begleiten. Gleichzeitig haben in der Schweiz nur wenige medizinische Fachbereiche aufsuchende oder gar anbietende Strategien entwickelt, um Patienten regelmässig aktiv zu kontaktieren. Man kann solche Konzepte kritisch diskutieren. Tatsache ist aber, dass individualisierte Angebote oder Erinnerungsschreiben gerade bei älteren Menschen, bei denen sich das Sehvermögen alters- oder krankheitsbedingt rasch verändern kann, hilfreich sind.

Fehlt die Namens Erinnerung oder das Gesichtsbild?

Studien wiesen auf die Verwechslungsgefahr zwischen Demenz und den Folgen von altersbezogenen Sehbehinderungen hin. Eine vom SZB 2013 beauftragte Expertise zeigte, dass Geriater bei sehbeeinträchtigten Patienten unsicher agieren. Auch für Augen- →

residents d'institutions de soins pour personnes âgées en Suisse sont atteints de déficience visuelle légère à grave, selon l'évaluation du personnel soignant chargé de l'assessment (analyse de 23 000 cas tirés du RAI-NC, MDS³). Cette même analyse révèle qu'une personne sur quatre est également atteinte de déficience auditive grave, ce qui fait d'elle une personne malentendante-malvoyante, voir sourdaveugle selon les définitions. Ceci entraîne des difficultés lorsque les soins apportés à ces personnes reposent sur la communication. Une évaluation analogue à partir de données des organisations d'aide et de soins à domicile est prévue pour 2017. Une petite étude préliminaire effectuée dans une organisation de soins à domicile de taille moyenne a cependant déjà révélé que le phénomène de la perte de perception sensorielle touche une intervention de soins sur trois dans ce contexte également.

Au premier abord, la relation entre les capacités visuelles et/ou auditives et le recours aux prestations de soins n'apparaît pas comme évidente. Toutefois, les concepts de consultation et de traitement du système de santé suisse reposent fortement sur l'autonomie personnelle au niveau de l'organisation des soins. Il est aisé de comprendre que le trajet pour se rendre chez l'ophtalmologue, sans l'aide des proches qui sont déjà souvent engagés, représente un obstacle. En hiver, le matin et le soir manquent de lumière suffisante. L'incertitude due à la perte d'audition lors des conversations de la prise de rendez-vous et le colloque avec le médecin, peut déstabiliser (entendre sans comprendre). De plus, le fait que la perte de la vue soit considérée comme normale et donc inévitable, représente aussi un obstacle. Lorsqu'en plus on habite dans un home, on considère que cette responsabilité au niveau des soins a été déléguée, alors que de très nombreux établissements médico-sociaux n'ont pas introduit de planification systématique et individualisée au niveau de la prévoyance santé. Dans la pratique, les visites auprès de prestataires externes tels que les ophtalmologues, les opticiens ou les acousticiens ne sont souvent possibles que lorsque les proches y pensent, se chargent de la prise de rendez-vous et accompagnent eux-mêmes les patients à la consultation. De plus, dans notre pays, peu de domaines médicaux ont développé des stratégies afin de proposer des services aux client-e-s ou aux patient-e-s en les contactant activement de façon périodique. Bien que ce genre de démarche puisse être critiqué, le fait est que un courrier de rappel peut être très utile, en particulier pour les personnes âgées, chez qui l'acuité visuelle peut se modifier rapidement pour des raisons liées à l'âge ou à la maladie.

La personne ne se rappelle plus du nom ou elle ne reconnaît pas le visage?

Des études effectuées ces dernières années ont démontré qu'un risque de confondre les symptômes de la démence avec les manifestations d'un déficit visuel existe. Une expertise effectuée en 2013 pour l'UCBA a montré que les spécialistes en gériatrie ne sont pas à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à des patients atteints de déficience visuelle et qu'il en va de même pour les ophtalmologues et les spécialistes en basse vision avec les patients atteints de démence.⁴

Pour cette raison l'UCBA recommande dans tous les cas où un bilan de démence s'avère nécessaire chez des personnes →

ärzte und Low Vision-Fachpersonen ist es oft unklar, wie sie bei Demenzkranken vorgehen können.⁴ Der SZB empfiehlt in Fällen, in denen bei Menschen mit Seh- und/oder Hörbeeinträchtigungen eine Demenzabklärung für nötig befunden wird, das Seh- und das Hörvermögen im Voraus spezialärztlich abklären zu lassen und sich mit diesen Ergebnissen an eine Memory-Klinik zu wenden. So profitieren die Betroffenen von einer breiten Abklärung und angepassten diagnostischen Prozessen.

Die landesüblichen Screening-Verfahren sind für eine Abklärung ungenügend, wenn eine Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung vorliegt. Leben diese Menschen in einer sozialmedizinischen Institution, obliegt es dem Pflegepersonal, Abklärungen im o. g. Sinne vorzuschlagen.

Nebst diesen Empfehlungen werden für Ärztinnen und Ärzte auch die Ergebnisse des 2016 vom SZB abgeschlossenen interdisziplinären Projektes interessant sein, bei dem in Form von acht Leitsätzen eine «Good Practice» bei Personen mit gleichzeitiger ernsthafter Sehproblematik und Demenzerkrankung definiert wurde.⁵ Die Leitsätze richten sich zwar an Pflegefachpersonen und Angehörige, sind aber inhaltlich auch für die augenärztlichen Anteile einer komplexen Versorgungskette geeignet, wie das folgende Beispiel zeigt:

Leitsatz zur «Diagnostik»

Wir gewährleisten, dass bei einer vermuteten Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung als auch einer möglichen gleichzeitigen Demenzerkrankung die entsprechenden Fachpersonen eine Diagnose interprofessionell und in Zusammenarbeit stellen.

- Bei einer vermuteten Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung als auch Demenzerkrankung ist eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte Diagnose unabdingbar. Sie ist Grundlage dafür, dass Informationen, Beratung und Unterstützung den Bedürfnissen und Möglichkeiten der betroffenen Person angepasst werden können.
- Damit dies gelingt, arbeiten Fachpersonen der verschiedenen Disziplinen zusammen und stimmen sich aufeinander ab. Die fachspezifische Diagnose und Behandlung sowie das Anpassen von Hilfsmitteln orientieren sich an der Situation der betroffenen Person.
Je früher im Krankheitsverlauf eine betroffene Person eine Diagnose erhält, desto besser kann sie von den Informationen, der Beratung und Unterstützung profitieren.
- Low Vision-Fachpersonen, Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologinnen/Psychologen, Agogen/Agoginnen prüfen im interprofessionellen/-institutionellen Austausch, wie sich die gleichzeitig auftretenden Beeinträchtigungen auf den Alltag der betroffenen Person auswirken. Nahe Bezugspersonen sind in diesen Prozess miteinbezogen.
- Demenzerkrankungen wie auch Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen verlaufen oft fortschreitend. Deshalb wird die betroffene Person regelmässig im Hinblick auf krankheitsbedingte Veränderungen untersucht.
- Depression wie auch Angst sind häufig Begleiterscheinungen einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung. Als betreuende Fachpersonen kennen wir diese Zusammenhänge und achten somit auf Veränderungen. Wir setzen uns aktiv dafür ein, dass frühzeitig eine Diagnose gestellt wird, mit entsprechender Behandlung; dazu gehört auch die psychosoziale Beratung. •

erreichten von Defizienz visueller oder auditiver Fähigkeiten, die durch einen spezialisierten Test ihrer visuellen und auditiven Fähigkeiten vorab bestätigt ist und dass diese Personen in einer Klinik mit Gedächtnis- und Bilanzen. Die betroffenen Personen werden von einer breiten Palette von Instrumenten und diagnostischen Verfahren profitieren.

Die üblichen Screening-Methoden sind nicht ausreichend, wenn die Person eine visuelle oder auditive Defizienz aufweist. Wenn die betroffenen Personen in einer medizinisch-sozialen Einrichtung leben, ist es die Aufgabe des Pflegepersonals, diese Verfahren bei Bedarf anzuwenden.

Neben diesen Empfehlungen werden die Ergebnisse des 2016 vom SZB abgeschlossenen interdisziplinären Projektes interessant sein, bei dem in Form von acht Leitsätzen eine «Good Practice» bei Personen mit gleichzeitiger ernsthafter Sehproblematik und Demenzerkrankung definiert wurde.⁵ Die Leitsätze richten sich zwar an Pflegefachpersonen und Angehörige, sind aber inhaltlich auch für die augenärztlichen Anteile einer komplexen Versorgungskette geeignet, wie das folgende Beispiel zeigt:

Ligne directrice concernant le « diagnostic »

Nous nous assurons que toute suspicion de déficience visuelle ou de surdicécité, accompagnées de démence, fait systématiquement l'objet d'un diagnostic spécialisé et interdisciplinaire.

- En présence d'une suspicion de déficience visuelle ou de surdicécité, accompagnées de démence, un diagnostic de qualité, tenant compte des besoins de la personne, doit absolument être posé. C'est la condition indispensable pour qu'informations, conseils et soutien soient adaptés aux besoins et aux possibilités de la personne concernée.
- Pour y parvenir, des spécialistes issus de différentes disciplines travaillent en collaboration et se coordonnent les uns avec les autres. L'établissement d'un diagnostic spécialisé, la prescription d'un traitement ou l'adaptation de moyens auxiliaires dépendent de chaque situation personnelle.
- Plus le diagnostic est posé à un stade précoce de la maladie, plus la personne pourra tirer profit des informations, des conseils et du soutien qui lui sont proposés.
- Les professionnels de la basse vision, les médecins, les psychologues, et le personnel de soins et d'accompagnement évaluent, par le biais d'échanges interdisciplinaires et interinstitutionnels, l'impact de déficiences apparaissant simultanément sur le quotidien d'une personne. L'entourage proche est intégré à ce processus.
- Les démences, comme les déficiences visuelles et la surdicécité, sont souvent évolutives. Pour cette raison, la personne concernée est soumise à des contrôles réguliers qui permettent de détecter d'éventuelles évolutions de la maladie.
- Dépression ou anxiété accompagnent souvent les pathologies cumulées de déficiences de la vue, ou de surdicécité, et de démence. En tant que professionnels, nous sommes sensibilisés à cette problématique et sommes attentifs au moindre changement. Nous faisons preuve d'une attitude proactive dans le dépistage et le traitement précoces de ces symptômes; un suivi psychosocial est également prévu. •

Weitere Webseiten zum Thema:

www.szb.ch/Forschung – SZB Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Leitsätze: Beste Pflege dank Audio-Visueller Abklärung, St. Gallen, 2016.

www.sensus60plus.ch – Wissenswertes und Tipps zur Hörsehbehinderung im Alter, für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen.

www.schlechtsehen-gutleben.ch – Informationskampagne zu Low Vision-Beratung und -Rehabilitation in der Schweiz.

**Korrespondenz / Correspondance**

Stefan Spring

Forschungsbeauftragter SZB / Chargé scientifique UCBA
Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB
Union centrale suisse pour le bien des aveugles UCBA
Radgasse 3, CH-8005 Zürich / Ch. des trois Rois 5bis,
CH-1005 Lausanne, spring@szb.ch

Referenzen / Références

1. Christiaen-Colmez MP, Donati G, Braun MW. Voir en EMS – Sur la présence de déficits visuels dans la population vivant en EMS, Genf 2005.
2. Thederan L, Steinmetz S, Kampmann S, Koob-Matthes AM, Grehn F, Klink T. The prevalence of visual impairment in retirement home residents. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 323–7.

Plus d'information sur les sites web :

www.ucba.ch/recherche – UCBA. Döpistage visuel et auditif pour des soins optimisés – Lignes directrices, St-Gall, 2016.

www.sensus60plus.ch (Informations et conseils concernant la surdité chez les personnes âgées à l'attention des personnes concernées, des proches et des professionnels)

www.malvoir-bienvivre.ch (Campagne d'information pour mieux faire connaître les offres et les possibilités de la réadaptation en basse vision en Suisse)

3. Spring S. Sehen, Hören und Demenz im RAI Spiegel, St. Gallen 2016, www.szb.ch/Forschung. – Vision, audition et démences telles qu'elles apparaissent dans le RAI, St-Gall 2016, www.ucba.ch/recherche.
4. Blaser R, Wittwer D, Becker S. Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen – Eine Untersuchung zur wechselseitigen Beeinflussung von Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen in der Diagnostik bei älteren Menschen. Bern, 2013: Berner Fachhochschule, Institut Alter. – Démences, handicap visuel et surdité. Une étude sur les influences réciproques entre les démences et les déficiences visuelles ou de la vue et de l'ouïe dans le diagnostic des personnes âgées. Berne, 2013: Haute école spécialisée bernoise, Institut de l'âge.
5. Adler J, Blaser R, Wicki M. Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung. Die Erarbeitung von Leitsätzen für eine Good Practice. St. Gallen, 2016: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB). – Soins et accompagnement de personnes atteintes de déficience visuelle ou de surdité et de démence. Élaboration de lignes directrices de good practice. St-Gall, 2016: Union centrale suisse pour le bien des aveugles (UCBA).