

Früherkennung von Sehbehinderungen: Ein Mittel zur Sturzprävention bei älteren Menschen

Lise Déry, Klinikerin^{1 2}, Cathy McGraw, M.S.W.³, Walter Wittich, Ph.D.⁴

McGraw, C., Déry, L., and Wittich, W. (2011, Spring). Falls prevention through the visual impairment detection program. Insight: Research and Practice in Visual Impairment and Blindness, 4(2), 74-82.

Zusammenfassung

Das Programm zur Früherkennung von Sehbehinderungen wurde in Montreal mit dem Ziel eingeführt, das Sturzrisiko zu verringern und den Zugang zu Spezialisten zu erleichtern. Fachkräfte der von den Zentren der Gesundheits- und Sozialdienste (Centres de santé et de services sociaux, CSSS) betriebenen Hauspflegedienste werden in der frühzeitigen und systematischen Erkennung von Sehverlusten bei zu Hause lebenden Menschen im Alter von mindestens 75 Jahren geschult. Mit der Erkennung der Sehbehinderung soll hauptsächlich deren Fortschreiten verhindert werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass PatientInnen schnell eine fachgerechte Primärversorgung erhalten, indem sie an einen Augen- oder Rehabilitationsspezialisten überwiesen werden. Durch eine frühzeitige und mit dem lokalen CSSS abgestimmte Intervention soll das Programm zur Früherkennung von Sehbehinderungen Stürze verhindern sowie deren Anzahl und Auswirkungen verringern. Bis heute sind nahezu 1000 Fachkräfte in der Lage, den Fragebogen zur Früherkennung von Sehbehinderungen (Questionnaire de repérage des incapacités visuelles) anzuwenden, und es wurden bereits über 230 Überweisungen an Rehabilitationszentren für Sehbehinderte vorgenommen.

Ausgangslage

Im Zeitraum zwischen 1999 und 2004 wurden in Montreal 340 Personen je 10 000 Einwohner im Alter von über 85 Jahren infolge eines Sturzes in ein Krankenhaus eingewiesen, 138 Personen je 10 000 Einwohner im Alter zwischen 75 und 84 Jahren und 50 Personen je 10 000 Einwohner im Alter zwischen 65 und 74 Jahren. Aus Studien geht hervor, dass sich das Sturzrisiko infolge Sehverlust verdoppelt und sich das Risiko einer Hüftfraktur vervierfacht. Gemäss Ivers et coll. (2000) stehen 40% der Hüftfrakturen im Zusammenhang mit einem Sehverlust. Dies bedeutet eine stärkere Beanspruchung der Gesundheitsdienste und zieht Kosten nach sich. Der Zusammenhang zwischen Sehverlust und dem Risiko einer Hüftfraktur wurde von verschiedenen Autoren nachgewiesen. Grue et coll. (2009) stellen fest, dass nahezu die Hälfte der PatientInnen mit Hüftfraktur an einer Sehbehinderung leidet. Diese Daten werden von der Studie Jack et coll. (1995) gestützt, derzufolge 76% der älteren PatientInnen, die infolge eines Sturzes ins Krankenhaus eingewiesen werden, an einer Sehbehinderung leiden.

¹ Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)

² Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) (Zentrum im Grossraum Montreal für interdisziplinäre Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation)

³ Centre de réadaptation MAB-Mackay (CR MAB-Mackay) (Rehabilitationszentrum MAB-Mackay)

⁴ Centre de réadaptation MAB-Mackay (CR MAB-Mackay) (Rehabilitationszentrum MAB-Mackay)

Festgestellt werden kann auch, dass 80% der älteren Menschen sich nicht an die Rehabilitationszentren wenden, diese nicht kennen oder nicht an diese verwiesen werden (Gresset et Baumgarten, 2002). Die Prävalenzrate von Sehbehinderungen nimmt bekanntlich mit dem Alter zu. Es wird geschätzt, dass bei Personen ab 65 Jahren jede neunte und bei Personen ab 75 Jahren jede vierte eine Sehbehinderung aufweist.

2006 zählte Montreal 1 854 442 Einwohner, wovon 15% (278 166 Personen) über 65 Jahre alt waren (Stadt Montreal, 2006). Davon waren 46% (127 956 Personen) über 75 Jahre. Der demographische Trend legt eine erhebliche Zunahme von älteren KanadierInnen mit Sehbehinderung nahe (Statistiques Canada, 2002). Bis 2026 dürfte die Anzahl der Personen mit einer Sehbehinderung um 52% zunehmen, davon dürften 72% über 75 Jahre alt sein (Gresset, 2005).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Häufigkeit von Stürzen bei fortschreitendem Alter zunimmt (Hospitalisierung, medizinische Versorgung, Unterstützung im Haushalt). In Anbetracht dieser besorgniserregenden Daten wurde ein regionales Programm zur Früherkennung von Sehbehinderungen an den 12 CSSS von Montreal eingeführt, insbesondere zur Identifizierung derjenigen Personen, die aufgrund eines Sehverlusts ein höheres Sturzrisiko aufweisen.

Ziele des Programms

2008 wurden das Institut Nazareth et Louis Braille und das Rehabilitationszentrum MAB-Mackay mit der finanziellen Unterstützung der Regierungsbehörde für Gesundheits- und Sozialdienste von Montreal (Agence de santé et des services sociaux de Montréal) mit der Entwicklung und Einführung des Programms zur Früherkennung von Sehbehinderungen beauftragt. Das Programm wurde in Erwidierung der von der Regierung ausgemachten Prioritäten und im Anschluss an das Nationale Programm zur Sturzprävention im Rahmen kontinuierlicher Dienstleistungen für ältere und zu Hause lebende Menschen entwickelt (Regierung von Québec, 2004 (Gouvernement du Québec, 2004)).

Das Programm zielt darauf ab, Fachkräfte der Hauspflegedienste in der frühzeitigen und systematischen Erkennung von Sehverlusten bei Personen ab 75 Jahren zu schulen, die auf dem Gebiet der Insel von Montreal in einem Privathaushalt leben. Damit soll ein Fortschreiten der Sehbehinderung verhindert werden, die PatientInnen zeitgerecht an die geeigneten Fachstellen überwiesen und ihnen der Zugang zu den bestehenden Rehabilitationszentren erleichtert werden. Durch eine frühzeitige und mit dem CSSS abgestimmte Intervention zielt das Programm zur Früherkennung von Sehbehinderungen darauf ab, Stürze zu verhindern und/oder deren Anzahl und Auswirkungen zu verringern, sowie weiteren gesundheitsschädigenden Situationen vorzubeugen (Hüftfrakturen, Operationen, Mobilitätsverlust, Angst vor Stürzen). Durch die Anpassungen bei den Hauspflegediensten soll ausserdem für die Sicherheit im Alltag von älteren Menschen mit Sehbehinderung gesorgt und deren verfrühte Institutionalisierung mit möglicher Komorbidität eingeschränkt werden.

Ziele der Schulung

Die zweistündigen Schulungseinheiten sind interaktiv und erfahrungsmässig aufgebaut. Der Unterricht findet in Englisch oder Französisch im jeweiligen lokalen Zentrum für Gesundheit und Soziales (Centre local de services communautaires, CLSC) statt und die Teilnehmerzahl pro Kurs ist auf 12 beschränkt. Das Ziel der Schulung besteht darin, Fachkräften der Hauspflegedienste (Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten etc.) das erforderliche Wissen über Sehbehinderungen zu vermitteln und diese mit dem Angebot der Rehabilitationszentren vertraut zu machen. Darüber hinaus wird ihnen die Anwendung des Fragebogens zur Früherkennung von Sehbehinderungen auf die Zielpersonen des Programms sowie der Ablauf des Überweisungsprozesses an einen Augen- oder Rehabilitationsspezialisten vermittelt.

Fragebogen zur Früherkennung von Sehbehinderungen

Der Fragebogen zur Früherkennung von Sehbehinderungen der Wissenschaftler Jacques Gresset und Mona Baumgarten (1995, 2009) ist das Instrument, das den Fachkräften in der Primärversorgung zur Verfügung steht. Der Fragebogen wurde vom Institut Nazareth et Louis Braille und dem Rehabilitationszentrum MAB-Mackay (2009) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Sehbehinderungen bei älteren Menschen angepasst.

Ursprünglich war der Fragebogen zur Überprüfung des funktionellen Sehvermögens (Functional Vision Screening Questionnaire, FVSQ) (Horowitz and Cassels, 1985) entwickelt worden, um die Nutzung der Rehabilitationszentren für Sehbehinderte zu erhöhen. 1995 wurde er von Gresset und Baumgarten angepasst und in französischer Version übernommen. Im Rahmen der Forschung wurde er in einem klinischen Kontext angewandt und von den Rehabilitationszentren INLB und MAB-Mackay (2009) in französischer und englischer Version angepasst. Es handelt sich dabei um ein standardisiertes Instrument, das bei älteren französischsprachigen Menschen eingesetzt wurde. Der Fragebogen muss vor Ort in einem Gespräch mit der betroffenen Person ausgefüllt werden, die Fragen zu Schwierigkeiten bei bestimmten alltäglichen Aktivitäten beantwortet.

Der Fragebogen zur Früherkennung von Sehbehinderungen (Questionnaire de repérage des incapacités visuelles / Visual Impairment Screening Questionnaire) umfasst 20 Fragen, wovon 15 der Ermittlung des Endwerts dienen und 5 qualitativer Art sind. Diese beinhalten beschreibende Informationen, die im Falle einer Überweisung an die geeigneten Stellen und Dienste weiter gegeben werden. Wenn eine Person, die regelmässig ihre Brille trägt, im Besitz einer aktuellen Verschreibung ist oder keine neue Verschreibung braucht, und deren letzter Sehtest höchstens zwei Jahre zurückliegt einen Endwert von 6 oder mehr erreicht, wird sie mit ihrem Einverständnis von der Gesundheitsfachkraft an eines der beiden Rehabilitationszentren überwiesen. Liegt der Endwert unter 6, oder eine oder mehrere der oben erwähnten Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wird die betreffende Person dazu aufgefordert, sich präventiv von einem Augenspezialisten untersuchen zu lassen. Die Gesundheitsfachkraft arbeitet mit dem Rehabilitationszentrum zusammen zur Vereinfachung der Konsultation und damit ein visuell-okulärer Bericht, der zur Aufnahme in die Rehabilitationszentren erforderlich ist, erstellt werden kann. Alle relevanten Informationen zum Alltag der Person wie mögliches Sturzrisiko, Depression oder soziale Isolation werden dokumentiert.

Nach Abschluss der Schulung sind die Fachkräfte in der Lage, den standardisierten Fragebogen zur Früherkennung von Sehbehinderungen im Rahmen einer Gesamtbeurteilung der Person anzuwenden und diese je nach erzieltm Endwert zeitgerecht an die Rehabilitationszentren oder zur Untersuchung an einen Augenspezialisten zu überweisen. Das Rehabilitationszentrum ist für die weitere Betreuung der an sie überwiesenen Personen verantwortlich. Dies gilt sowohl in Bezug auf das weitere Vorgehen bei der Evaluation durch einen Augenspezialisten und die Bearbeitung des Antrags betreffend Dienstleistungen als auch ein adäquates Behandlungsangebot.

Auswirkungen auf die klinische Praxis

Die wichtigste Auswirkung dieses Programms besteht darin, dass ohne Einsatz des Fragebogens die vorhandenen Sehbehinderungen bei mehreren Personen nicht erkannt worden wären. Demnach hätten die betreffenden Personen ohne eine systematische Früherkennung von Sehbehinderungen nicht an die geeigneten Stellen überwiesen werden können. Allerdings ist zu beachten, dass der Einsatz des Fragebogens bei Personen mit kognitivem Defizit Schwierigkeiten bereitet. Insbesondere bei der Identifizierung der Ursachen für die bei diesen Personen vorhandenen Behinderungen bekunden die Gesundheitsfachkräfte Schwierigkeiten.

Seit Einführung des Programms kann eine Zunahme bei den Überweisungsraten an die Rehabilitationszentren für Sehbehinderte festgestellt werden. Zu Gunsten eines erleichterten Zugangs zu den Rehabilitationszentren haben diese ihre Aufnahmekriterien revidiert. Es wurde ein speziell an ältere Menschen angepasstes, harmonisiertes Behandlungsangebot ausgearbeitet, das nicht nur der Sturzprävention dient, sondern der Gesamtheit der vorliegenden Behinderungen Rechnung tragen soll.

Zur Gewährleistung einer systematischen Früherkennung von Sehbehinderungen ist die Einplanung von regelmässigen Schulungen an den CSSS unerlässlich. Durch das bevölkerungsbezogene Konzept des Programms zur Früherkennung von Sehbehinderungen sollen innerhalb jedes einzelnen CSSS Partnerschaften zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Sparten des lokales Dienstleistungsnetzwerks (Réseau Local de Services, RLS) geschlossen und konsolidiert werden, mit dem Ziel einer besseren Versorgung von älteren Menschen mit Sehbehinderungen. Die Früherkennung von Sehbehinderungen stellt zweifellos eine klinische Massnahme zur Unterstützung der von den CSSS umgesetzten Massnahmen zur Sturzprävention dar.

Auswirkungen auf die Forschung

Aufgrund von Lücken bei der Datenerfassung ist es gegenwärtig nicht möglich zu ermitteln, wieviele Fragebogen bei jedem der 12 CSSS von Montreal zur Anwendung gekommen sind. Aus den von den Rehabilitationszentren erhobenen Daten können u.a. Informationen zum demographischen Profil der überwiesenen Personen gewonnen werden. Weiter erhält man wertvolle Angaben hinsichtlich der visuellen Diagnose, den Lebensgewohnheiten, den Begleiterscheinungen der Sehbehinderung wie Hörverlust und kognitiven Defizite und des identifizierten Bedarfs an Dienstleistungen. Auch bedarf es der Ermittlung der Effektivität des Fragebogens in Bezug auf die Überweisungen an Rehabilitationszentren. In diesem Zusammenhang werden die Sensitivität (74%) und die Spezifität (86%) des Fragebogens zur Früherkennung von Sehbehinderungen überprüft, die darüber Auskunft geben, ob eine klinische Beeinträchtigung des Sehvermögens von leicht bis total bei einem Wert von 6 vorliegt oder nicht (Gresset et Baumgarten, 2003, 2009). Diese Ergebnisse werden mit denjenigen eines ähnlichen Fragebogens mit einer Sensitivität von (80%) bei einem Wert von 9 verglichen, der in einem gemeinschaftsbezogenen Umfeld angewandt wurde (Horowitz, Teresi et Cassels, 1991).

Vor dem Hintergrund, dass 25 bis 75% der älteren Menschen je nach Fragestellung angeben, unter Gedächtnisproblemen zu leiden (Chertkow et coll., 2008), scheint die Komorbidität zwischen visuellem und kognitivem Defizit wesentlich häufiger als vermutet, d.h. zwischen 3 und 9% bei Personen über 75. Gesundheitsfachkräfte und Angehörige der Sozialdienste tun sich bei der Unterscheidung schwer, ob bestimmte Behinderungen visuellen oder kognitiven Ursprungs sind. Folglich kann die Person nicht an die geeignete Fachstelle überwiesen werden (Optometrie oder Rehabilitation). Das Institut Nazareth et Louis Braille hat in Zusammenarbeit mit seinen Partnern eine Studie zur Anpassung oder Entwicklung eines geeigneten Screening-Instruments zur Früherkennung von Sehbehinderungen bei diesen PatientInnen durchgeführt.

Ebenfalls von Bedeutung für die Forschung ist die Klärung der Frage, inwiefern das Programm zur Früherkennung von Sehbehinderungen die Anzahl von Stürzen infolge Sehverlust verringert. Aus einer kürzlichen Studie zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen geht hervor, dass Sehbehinderungen nebst verringertem Gleichgewichtssinn und Demenz zu den wichtigsten Sturzrisikofaktoren bei älteren Menschen zählt (Gillespie et Handoll, 2009). Vor dem Hintergrund, dass das Sturzrisiko aus mehreren Faktoren besteht (Regierung von Québec, 2004) (Gouvernement du Québec, 2004) kann der Beitrag des Programms zur Früherkennung von Sehbehinderungen nur schwer herauskristallisiert werden.

Verdankungen

Die Autoren danken allen Personen, die zur Entwicklung und Durchführung des Programms zur systematischen Früherkennung von Sehbehinderungen bei Personen über 75 (Programme de repérage systématique des incapacités visuelles chez les personnes de 75 ans et plus) in Montreal beigetragen haben.

Literatur

Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z., Belleville, S., Joanette, Y., Bocti, C., and al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 178(10), 1273-1285.

Cummings, S. R., Nevitt, M. C., Browner, W. S., Stone, K., Fox, K. M., Ensrud, K. E., and al. (1995). Risk factors for hip fracture in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *New England Journal of Medicine*, 332(12), 767-773.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J., and St. Michel, G. (1998). The Quebec Classification Disability Creation Process. Québec: Bibliothèque nationale du Québec (Nationalbibliothek Québecks).

Gillespie, L., and Handoll, H. (2009). Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*, 15(5), 354-355.

Gouvernement du Québec. (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile: Cadre de référence. Abgerufen am 8. November 2010 unter <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

Gresset, J. (2005). Le nombre d'aveugles doublera en 20 ans. *Forum Express*, 4. Abgerufen am 8. November 2010 unter http://www.iforum.umontreal.ca/forumexpress/archives/vol4no2en/article11_ang.html

Gresset, J., and Baumgarten, M. (2002). Prevalence of visual impairment and utilization of rehabilitation services in the visually impaired elderly population of Quebec. *Optometry & Vision Science*, 79(7), 416-423.

Gresset, J., et Baumgarten, M. (2003). Questionnaire de dépistage des incapacités visuelles: Manuel de passation. Montreal: Institut Nazareth et Louis-Braille.

Gresset, J., et Baumgarten, M. (2009). Questionnaire de repérage des incapacités visuelles: De la recherche à l'accès aux services. Manuel de passation (2e édition, revise et mise à jour) / Visual Impairment Screening Questionnaire: From Seeking to Accessing Services. Test Manual (2nd edition, revised and updated). Montreal, Québec: Bibliothèque nationale du Québec (Nationalbibliothek Québecks).

Grue, E. V., Kirkevold, M., and Ranhoff, A. H. (2009). Prevalence of vision, hearing, and combined vision and hearing impairments in patients with hip fractures. *J Clin Nurs*, 18(21), 3037-3049.

Gurland, B. J., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., and Birkett, P. (1977). The Comprehensive assessment and Referral Evaluation (CARE)--rationale, development and reliability. *Int J Aging Hum Dev*, 8(1), 9-42.

Gurland, B. J., and Wilder, D. E. (1984). The CARE interview revisited: development of an

efficient, systematic clinical assessment. *J Gerontol*, 39(2), 129-137.

Horowitz, A., and Cassels, L. (1985). *Functional vision screening Questionnaire*. New York: New York Association for the Blind (The Lighthouse).

Horowitz, A., Teresi, J. A., and Cassels, L. A. (1991). Development of a vision screening questionnaire for older people. *Journal of Gerontological Social Work*, 17(3-4), 37-56.

Ivers, R. Q., Norton, R., Cumming, R. G., Butler, M., and Campbell, A. J. (2000). Visual impairment and risk of hip fracture. *Am J Epidemiol*, 152(7), 633-639.

Jack, C. I., Smith, T., Neoh, C., Lye, M., and McGalliard, J. N. (1995). Prevalence of low vision in elderly patients admitted to an acute geriatric unit in Liverpool: elderly people who fall are more likely to have low vision. *Gerontology*, 41(5), 280-285.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Abgerufen am 8. November 2010 unter <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/271f7db81d6ae81d85257464006ca8e6?OpenDocument>

Régie de l'assurance maladie du Québec/RAMQ. (2006). Services covered in Quebec – Visual devices. Abgerufen am 30. August 2010 unter http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/aides_visuelles_pq.shtml

Statistics Canada. (2002). A profile of disability in Canada, 2001. Abgerufen am 25. Mai 2010 unter <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-577-x/index-eng.html>

Ville de Montréal. (2006). Socio-economic Profiles - Agglomeration. Abgerufen am 20. September 2010 unter http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=2077,2455180&_dad=portal&_schema=PORTAL