

Åldersrelaterade ögonsjukdomar, re- /habiliteringsprogram

Gäller för: Synhabiliteringen

Syftet med ett lokalt program är att säkerställa kunskapsbaserade, jämlika, effektiva och säkra insatser till målgruppen. Det lokala programmet skall utgå från bästa möjliga kunskapsläge samt aktuella vårdprogram, rehabriktlinjer och policies inom Region Kronoberg och Habiliteringen.

Målgrupp

Personer över 65 år som har en förvärvad synnedsättning orsakad av åldersrelaterade ögonsjukdomar

Resurser, kompetens

Synpedagog, optiker, kurator och hjälpmedelstekniker. Vid behov även sjukgymnast, ögonläkare och psykolog

Indikationer för insatser

Äldre personer med synnedsättning av varierande grad där avståndssynskärpan på bästa ögat och med bästa korrektion ej överstiger 0,3 och- eller där närsynskärpan/läsförmågan på bästa ögat och med bästa korrektion är sämre än 10p och/eller har synfältsdefekter som menligt påverkar synfunktionen. Synnedsättningen är orsakad av åldersrelaterad maculadegeneration, cataract, glaucom, diabetes eller artero venösa cirkulationssjukdomar.

Synnedsättningen klassificeras enligt WHOS´ definition:

Kategori 0 = lindrig synnedsättning – 0,3

Kategori 1 = måttlig synnedsättning – 0,1-0,3

Kategori 3 = svår synnedsättning – 0,05-0,1

Kategori 3 = blindhet	– 0,02-0,05
Kategori 4 = blindhet 1m-0,02	– ljusperception eller fingerräkning vid
Kategori 5 = blindhet	– ingen perception

Bakgrund

Målgruppen äldre personer med åldersrelaterade ögonsjukdomar som ger en synnedsättning/blindhet är den största gruppen av patienter som får re/habilitering på synhabiliteringen. Gruppen kommer med stigande ålder att öka i framtiden och de har förutom sin synnedsättning ofta även andra hälsoproblem såsom problem med balans, yrsel, smärta i leder och muskler vilket tillsammans påverkar deras förmåga att utöva dagliga aktiviteter (Klein, 2001). Den vanligaste ögonsjukdomen hos personer 75 år och äldre som orsakar synnedsättning är grå starr (cataract) följd av åldersförändringar i gula fläcken- maculadegeneration (AMD) och därefter grön starr (glaucom) och artero venösa cirkulationssjukdomar. Även diabetes är en sjukdom som ger synnedsättning. Det är vanligt att en person har en kombination av flera ögonsjukdomar (Leibowitz, 1980)

Flera studier visar att synnedsättning ger en ökad risk för att utveckla svårigheter i vardaglig aktivitet och personerna blev mer beroende av personlig hjälp både vad gällde personlig vård och aktiviteter som tex att gå ut och handla mm (Dahlin Ivanoff, 2000., Dahlin Ivanoff & Sonn, 2005)

Större delen av rehabiliteringen sker på syncentralerna där en stor del är den optiska rehabiliteringen. Eftersom nedsatt syn påverkar utförandet av flera olika aktiviteter i det dagliga livet så måste rehabiliteringen ske på ett brett plan varför det är viktigt att en samverkan sker mellan landstingens hälso – och sjukvård och kommunernas äldre- och handikappomsorg. Arbetsterapeuterna har därför en stor del i rehabiliteringen av äldre personer med synnedsättning för att de skall kunna vara så aktiva och delaktiga som det är möjligt (Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, 2002., SOS FS, 1996:24)

Orsaker till och konsekvenser av synnedsättningen

Åldersrelaterad maculadegeneration AMD:

AMD är en progressiv, kronisk ögonsjukdom som drabbar den centrala delen av macula (gula fläcken). Förändringarna medför framför allt nedsatt detalj- och färgseende. Det finns i huvudsak två former av åldersförändringar i gula fläcken: en våt och en torr form. Den torra formen är vanligast och synnedsättningen har ofta ett långsamt förlopp. Vid den våta formen försämras synen plötsligt och synskärpan försämras kraftigt och går snabbare.

Risken att utveckla sjukdomen stiger med ökande ålder. Förekomst av problem i personliga aktiviteter (P-ADL) och instrumentella aktiviteter (I-ADL) samt användning av hjälpmedel i P- och I-ADL är signifikant större hos 85-åringar med åldersförändringar i gula fläcken än hos de med normal syn i samma åldersgrupp.

Studier har visat att personer med AMD har problem med dagliga aktiviteter, känna igen ansikten och att utöva fritidsaktiviteter, vilket begränsar dagligt liv och ger sämre livskvalitet. De får även svårt att orientera sig i olika miljöer. Beroendet av andra ökar och det är vanligt med oro och nedstämdhet.

Cataract:

Cataract (grå starr) innebär att linsen i ögat grumlas. Grumlingen gör att ljuset sprids och personen får bländningsproblem och svårt att se i motljus. Synskärpan avtar ju mer starren ökar och det blir svårt att se ex nivåskillnader (Axelsson Lindh & Bernhardsson, 2007).

Glaucom:

Glaucom är en cirkulationssjukdom som påverkar och skadar synnerven vilket leder till synbortfall i varierande grad. Det är en progressiv sjukdom som kan leda till blindhet. Vid utbredda synfältsbortfall påverkas samtliga dagliga aktiviteter och det blir svårigheter att bl.a läsa, sköta hushållet och orientera sig (Axelsson Lindh & Bernhardsson, 2007).

Artero-venösa cirkulationssjukdomar:

Här ryms flera olika diagnoser såsom blodpropp i ögat tex. en trombos i ögats centrala kärl vilket ger plötslig blindhet, temporalisarterit vilket är en inflammation i ett av ögats artärer och kan ge plötslig blindhet på ett eller båda ögonen om man inte kommer till snabb medicinsk behandling. Stroke är en annan cirkulationssjukdom som kan ge många typer av synnedsättning men där synfältsbortfall åt höger eller vänster (hemianopsi) är den vanligaste. Personen kan få lässvårigheter samt uttalade orienteringsproblem (Axelsson Lindh & Bernhardsson, 2007).

Diabetesretinopati:

Hos personer med typ-2 diabetes ses kärlförändringar mestadels koncentrerade i och omkring området i gula fläcken och förändringarna ger liknande den skada som ses vid våt maculadegeneration (synnedsättning, centrala synfältsbortfall, nedsatt kontrastkänslighet och färgsinnesdefekter)

Process

Inkommande remiss bedöms av synpedagog enligt Region Kronobergs prioriteringsordning och bedömer vilken/vilka vårdgivare patienten skall kallas till. Sekreterare lägger upp vårdbegäran samt skickar informationsskrift, frågeformulär samt kallelsebrev till första besöket till patienten. Sekreterare bokar även in ett besök till synpedagog med 2v mellanrum som patienten får med sig vid första besöket. Rutinmässigt kallas patienten alltid till synpedagog och optiker

och vid behov kan andra yrkeskategorier kopplas in såsom kurator eller datatekniker.

1:a besöket: Patienten träffar synpedagog för ett kartläggningssamtal utifrån det ifyllda frågeformuläret samt upprättar en individuell plan baserad på ICF (se bifogad lathund för olika klassifikationer och ICF-koder) enligt HSL. Bedömningen görs utifrån förväntningar, livsstil, åldrande, synförmåga samt vilka fysiska och psykiska resurser som finns. Samma dag träffar patienten optiker som gör en optisk utredning.

2:a besöket: Insatser enligt rehabiliteringsplanen vilket kan innebära utredning, utprovning av hjälpmedel och information (se vidare under stycket ”Insatser”). Vidare inträning och kontakter sker efter den individuella planen.

Re/habiliteringsinsatser

Äldre personer som fått sin synförmåga nedsatt behöver stöd för att förstå och acceptera sin synnedsättning samt få stöd i att lära nya metoder och strategier för att kunna utföra sina dagliga aktiviteter. De behöver få hjälp med att mobilisera sina resurser och fokusera ”på görande” dvs hur hen utför dagliga aktiviteter. Personen skall ges möjlighet att återfå känslan av kompetens i vardagliga sysslor.

Två olika metoder kan användas vid val av aktivitetsutförande. Den ena utgår från att maximalt använda personens kvarvarande synförmåga och den andra arbetar utefter det taktila och auditiva. Vid behov används båda metoderna samtidigt (Axelsson Lindh & Bernhardsson, 2007).

Användning av 3-stegsmodellen för synträning (Bäckman, 2003):

- Utprovning av optiska hjälpmedel. Använd Senior-materialet ”Kom närmare” (SEniorprojektet, Kalmar 2008)
- Anpassning/inlärninik av ny lästeknik
- Hitta effektiva strategier för att använda sina synfältsrester till att ex kunna läsa/skriva/se på TV

Lästräning:

- leta fram den bästa fixationen genom att visa ett objekt. Låt patienten röra ögonen upp/ner, till höger/vänster och fastställ i vilket läge patienten ser objektet.
- låt patienten träna att läsa enkla enstaka ord med den nya fixeringen
- observera läsavståndet beroende på vilken optik som valts

- ocludera eventuellt det svagaste ögat för att minska ströningar
- anpassa ergonomin – armbågar på bordet, rätt sitthöjd, manuskriphållare, läsbord
- använd god riktad belysning, gärna med kompaktlysrör. Om ljuskänslig, pröva med annan färgtemperatur
- låt patienten träna på att hålla stilla fixationen och samtidigt flytta på textmaterialet.
- ca 4-5 gånger bör uppföljningar göras. Ge patienten ”hemläxor” med 2-3 veckors intervall. Byt ev. lässtrategi och optik vid behov.
-

Övrig synträning:

- användning av optik för TV –tittande eller avläsning på långt avstånd, ex gatuskyltar, busstabeller. Använd träningsprogram enligt K. Inde 2005.
- Utprovning/träning med läs-tv om ingen läsförmåga uppnås med annan optik. Använd SENIOR- materialet ”introduktion och träning av förstorande TV-system” (Tomta & Sandsdalen Romfo, 2008)
- Utprovning och träning av markerings/teknikkäpp vid svårigheter att orientera och förflytta sig. Använd träningsprogrammet ”nationell standard för O/F”(Holmberg 2007). Ledsagningsteknik.
- Användning och inläring av andra lässätt som tex. att lyssna på böcker via talboksspelare och- eller punktskrift
- Anpassning av befintliga hjälpmedelsprogram alternativt installation av förstorings/skrämläsningssystem till dator.

Övriga insatser:

- Motiverande/stödande samtal
- Information om tjänster och egenvård. Råd och tips om kontrast och belysning
- Intyg för belysningsanpassning i hemmet
- Förmedla och informera om synskadades riksförbund SRF
- Mentorsamtal

Uppföljning/avslut

Utvärdering av måluppfyllelse för individuell plan enligt HSL skall göras efter avslutad rehabilitering tillsammans med patienten. En utvärdering lämnas till patienten att fylla i.

KVÅ-koder att läggas in i Camibio Cosmic:

AV021, GD009, AV130

Om patienten accepterat medverkan i SKRS (svenskt kvalitetsregister) skall KVÅ-koder fyllas i enligt gällande rutin för registret.

ICF-koder:

Klassifikation	Exempel	ICF kod
Tillämpa kunskap/Att läsa	Svårighet att läsa tidning, post	D 166
Tillämpa kunskap/Att skriva	Svårighet att skriva anteckningar	D 170
Stödjande produkter/tekniker för kultur, rekreation och sport	Svårt att se på TV, avläsa skyltar (TV-glas, kikare)	E 1401
Hushållsarbete	Svårighet att använda spis, tvättmaskin (märkpluttar)	D6403
Produkter och teknik för eget bruk i det dagliga livet	Hantering av Daisyspelare	E1151
Produkter och teknik för kommunikation	Svårighet att skriva, mejla via dator. Hantera mobil, fickminne	E1251
Ljus	Svårighet att klarar personlig hygien/hushåll pga dålig belysning (BAB)	D465
Förflytta sig med hjälp av utrustning	Svårt attgå på okänd plats (stöd/markerings/teknikkäpp)	QM000
Ljuskänslighet	Blir bländad	B2102

Hänvisningar

Axelsson, Lindh. L och Bernhardsson. H, 2007. *Med sikte mot aktivitet*. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Nacka.

Bäckman, Ö, 2003. *Training reading ability – the difference between dependence between dependence/dissatisfaction and independence/satisfaction for elderly patients with low vision*. Visual impairment research.

Dahlin Ivanoff S, et al, 2000. Disability in daily life activities and visual impairment. A population study of 85-year-old people living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*; 7: 148-55

Dahlin Ivanoff S & Sonn U, 2005. Assistive devices in activities of daily living used by persons with age-related macular degeneration: A population study of 85-years-old living at home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*; 12: 10-7

Holmberg, K. 2007. Utveckling av Nationell standard för orientering och förflyttning. Hjälpmedelsinstitutet

Klein R, et al. 2001. Medication use and the 5-years incidence of early aged related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Archives of Ophthalmology*; 119: 1354-9

Leibowitz HM, et al, 1980. The Framingham Eye Study monograph: an ophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration and visual acuity in a general population of 2631 adults, 1973-1975. *Survey of Ophthalmology*; 24: 335-610

SOS FS 1996:24. Kvalitetssystem i Hälso – och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen

Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, 2002. Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering. Stockholm: Norstedts tryckeri

Tomta, A & Sandsdalen Romfo, H. 2008. Introduktion och träning av förstorande TV-system. *Läsning, skrivning och vardagsnära ting. Hemma, i skolan och på jobbet*. Seniorprojektet vid högskolan i Kalmar

Inde. K, 2005. Synträning. Indenova Karlstad: Lun