



Fagpersoner, der er tilknyttet synshandicappede menneskers træning XI og vidensdeling

KnowProViP

Håndbog

Emne:

Synshandicap og særlige forhold, der gør sig gældende for ældre mennesker



Officiel håndbog til KnowProVip kurset

Dette projekt er samfinansieret af EuropaKommisionens Leonardo Da Vinci Action program 2007-2009.

Denne håndbog er udgivet af KnowProVip projekt-konsortiet og er den officielle kursushåndbog.

Forfattere:

CHENTOUF, R., Institut Montéclair, Angers, France

GREISER, P., Berufsförderungswerk Halle, Germany

LEROUX, G., Institut Montéclair, Angers, France

SCHIMRIK, D., Berufsförderungswerk Halle, German

Med støtte fra fagpersoner fra the organisation of CRBV, Institute Montéclair og BFW Halle

Dette projekt er finansieret med støtte fra EU Kommissionen.

Nærværende publication afspejler udelukkende forfatterens holdninger, og Kommissionen kan ikke holdes ansvarlig for brugen af information som indeholdes i nærværende håndbog.

Trykt og udgivet:

August 2009 af Instituttet for Blinde og Svagsynede, Danmark.

KnowProVip konsortiet

Instituttet for Blinde og Svagsynede

(Projektkoordinator)

Rymarksvej 1

2900 Hellerup, Danmark

<http://www.ibos.dk>

Berufsförderungswerk Düren gGmbH

Karl-Arnold-Str. 132-134

D52349 Düren, Tyskland

<http://www.bfw-dueren.de>

Berufsförderungswerk Halle gGmbH

Bughagenstraße 30

D06110 Halle/Saale, Tyskland

<http://www.bfw-halle.de>

Institute Montéclair

Rue du Vallon 51

4900 Angers, Frankrig

<http://www.monteclair.fr>

National Council for the blind in Ireland (NCBI)

PV Doyle House, Whitworth Rd

9 Dublin, Irland

<http://www.ncbi.ie>

Royal Visio

Amersfoortsestraatweg 180

1272 RR Huizen, Holland

<http://www.visio.org>

INDHOLD

0	GENEREL INFORMATION TIL UNDERVISEREN	4
0.1	Formålet med denne håndbog.....	4
0.2	Præsentation af gruppe og undervisere.....	4
1	SÆRLIGE FORHOLD FOR ÆLDRE SAMT DISKUSSION	5
1.1	Formålet med dette kapitel	5
1.2	Nødvendige medier og materialer	5
1.3	Metode.....	5
2	ALDRINGSPROCESSEN	6
2.1	Formålet med dette kapitel	6
2.2	Nødvendige medier og materialer	6
2.3	Metode.....	6
3	ÆLDRE MENNESKER OG MILJØET	7
3.1	Formålet med dette kapitel	7
3.2	Nødvendige medier og materialer	7
3.3	Metode.....	7
4	ERFARINGER OG TILPASNINGER I ARBEJDET MED ÆLDRE MENNESKER	8
4.1	Formålet med dette kapitel	8
4.2	Nødvendige medier og materialer	8
4.3	Metode.....	8
5	LYS, MILJØ OG TILGÆNGELIGHED	10
5.1	Formålet med dette kapitel	10
5.2	Nødvendige medier og materialer	10
5.3	Metode.....	10
6	COMPUTER OG INTERNET	11
6.1	Formålet med dette kapitel	11
6.2	Nødvendige medier og materialer	11
6.3	Metode.....	11
7	REFERENCER	12
BILAG 1	PROGRAM	13
BILAG2	LITTERATUR	14

0 Generel information til underviseren

Dette kursus er tilegnet fagpersoner, der arbejder med synshandicappede og som ønsker at forstå de særlige forhold bedre, der gælder for ældre mennesker. Fagpersoner, der kommer i kontakt med ældre mennesker, føler et behov for at styrke deres viden om aldringsprocessen samt denne gruppes behov, begrænsninger og potentiale.

Dette dokument er en vejledning til indholdet af todages kurset. Det er opbygget på baggrund af ideer og rådgivning fra fagpersoner inden for synshandicap- og ældreområdet samt litterære kilder. Materialet er udarbejdet således, at underviserne kan sammensætte deres eget indhold ud fra deres personlige viden og faglige praktiske erfaring.

0.1 Formålet med denne håndbog

- At skabe overblik over den normale samt den patologiske aldringsproces, særlige forhold for ældre mennesker samt særlige forhold for synshandicappede ældre mennesker
- At skabe opmærksomhed om de problemer, der kan opstå i arbejdet med denne gruppe
- At formidle grundlæggende strategier til at håndtere disse problemer
- Formidling af viden om, hvordan man tilpasser genoptræningsmidler

0.2 Præsentation af gruppe og undervisere

For at lære gruppen at kende.

- Præsentationsrunde
- Underviseren præsenterer dagens indhold og målene med dette
- Undervisningen kan køre efter det modul, der præsenteres nedenfor

1 Særlige forhold for ældre samt diskussion

Underviser: Gerontolog

1.1 *Formålet med dette kapitel*

Samtlige deltagere deler deres viden og erfaring for at få overblik over særlige forhold for ældre og meget gamle mennesker, og de særlige situationer, der opstår i arbejdet med dem. Et andet mål er, at fagpersonerne er i stand til at identificere følgende problemstillinger, der opstår, eftersom man bliver ældre:

- Fysisk og mental form
- deltagelse i det sociale liv
- Socialt miljø og familie

Deltagerne bør også lære om de særlige værktøjer, der findes til evaluering af afhængighed og/eller aldringsprocessen (dette kan variere fra land til land og kan resultere i bevilling af sociale ydelser). Målemetoder, indikationer af alder samt metoder til vurdering er ligeledes omfattet i dette kapitel.

1.2 *Nødvendige medier og materialer*

1. Video
2. Interview
3. Fotografier
4. Eksempler, kliniske situationer
5. Demonstration af forskellige evalueringsskalaer

1.3 *Metode*

- Erfaringsudveksling blandt deltagerne i arbejdsgrupper eller ved brug af brainstorming, debat og diskussion
- Introduktion til og demonstration af værktøjer til evaluering af aldringsprocessen, hvis sådanne findes (AGGIR i Frankrig), demonstration af forskellige skalaer
- Video med interviews med ældre synshandicappede mennesker kunne være interessant som oplæg til diskussion

2 Aldringsprocessen

Underviser: Gerontolog

2.1 Formålet med dette kapitel

- Deltagerne skal være i stand til at skelne den fysiologiske og den normale aldringsproces fra aldringsprocesser, der skyldes patologiske årsager
- De skal kende til de forskellige aspekter af aldringsprocessen

2.2 Nødvendige medier og materialer

Slides

2.3 Metode

- Normal aldringsproces, det biomedicinske grundlag for aldringsprocessen: ændringer i celler og organer, genetisk livslængde, miljømæssige faktorer....
- Patologisk aldringsproces: demens, Parkinsons sygdom, depression, cerebrovaskulært traume, overtryk i arterierne, diabetes, gigt, osteoporose, poly-patologi hos ældre patienter, der accelererer aldringsprocessen
- Psykologiske aspekter hos den ældre: Hvornår føler vi os gamle? At være i stand til at komme over et traume, tab, sorg
- Psykologiske konsekvenser af dårligt syn hos ældre og meget gamle mennesker
- Aldring og sansemæssige systemer: Ældre mennesker bliver uforholdsmæssigt påvirket af sansemæssige handicap, der øger deres sårbarhed og begrænser deres livskvalitet. Syns- og hørehandicap begrænser deres uafhængighed i udførelsen af dagligdags aktiviteter, i at komme fra sted til sted eller i kommunikationen med andre. Isolation.
- Den sociale aldringsproces – forståelse af at det at blive gammel ikke kun relaterer til personens alder, der er også en psykosocial dimension i hvilken miljøet, tilpasning og det at kunne klare sig spiller vigtige roller

Poly-patologi hos ældre kræver speciel omsorg: En tværfaglig tilgang, at sørge for at den ældre person forbliver i sine rammer, organisation af omsorg i forhold til de specifikke behov hos den ældre person....

Omsorgsstrategier, mangesidede tværfaglige tilgange er meget vigtigt for, at den ældre bevarer sin livskvalitet og trivsel.

Det er meget vigtigt at arbejde i netværk med fagpersonerne inden for synshandicap og geriatri for at kunne dele erfaringer. Det er også nødvendigt at samarbejde for at kunne kommunikere med ældre mennesker på grund af et evt. dobbelte syns- og hørehandicap.

3 Ældre mennesker og miljøet

Underviser: gerontolog

3.1 Formålet med dette kapitel

- Der lægges vægt på vigtigheden af at tage ældre menneskers familiemæssige og sociale miljø i betragtning
- Forståelse af hvorfor vore handlinger bidrager til at undgå afhængighed

3.2 Nødvendige medier og materialer

- Eksempler på kliniske cases eller case studies
- Video, film

Hvis det er nødvendigt, og hvis gruppen ønsker det, kan der udføres simuleringer af dobbelt sansetab ved hjælp af simuleringsbriller og ørepropper (specifikt for ældre mennesker).

3.3 Metode

Konsekvenser af dårligt syn, der opstår med alderen på følgende områder:

- Mobilitet
- Fritid
- Læsning
- Dagligdags aktiviteter
- Risiko for fald
- Kommunikationsproblemer, specielt af de øgede høreproblemer

Forebyggende aspekter

Forsøg på at udskyde afhængighed så meget som muligt:

Genoptræning er en del af processen omkring at forhindre afhængighed, specielt når arbejdet foregår i den ældres hjem.

En anden måde at leve på for ældre mennesker: At blive i hjemmet, forskellige former for plejehjem alt efter, hvor velfungerende den ældre person er, ældrebolig.

Det er nødvendigt at koordinere omsorgen samt de forskellige fagpersoners handlinger og de services, der berører meget gamle mennesker og deres pårørende og miljø.

Slut på første dag

Gennemgang af første dag, diskussion og evaluering.

2. dag

Den 2. dag begynder med et overblik over dagens program samt spørgsmål til den forrige dag.

4 Erfaringer og tilpasninger i arbejdet med ældre mennesker

Undervisere: Gruppe af eksperter
Optiker, ADL-underviser, mobilityunderviser, psykolog,
fagperson inden for genoptræning

4.1 Formålet med dette kapitel

- Deltagerne udveksler erfaringer med gruppen af eksperter
- Forståelse af de ældre menneskers opførsel/problemer (på baggrund af dårligt syn)
- Find ind til de ældre klienters synsproblemer
- Konklusioner: Tilpasninger i arbejdet med synshandicappede klienter

4.2 Nødvendige medier og materialer

- Powerpoint-præsentationer
- Briller og bind til øjnene til simulering af synshandicap
- Redskaber, der bruges i dagligdagen (servietter, tallerkner, glas, bøger, aviser, frugt, etc.)

4.3 Metode

- Diskussion blandt deltagerne vedr. deres erfaringer med at arbejde med ældre mennesker og hvordan/om de opdagede, at deres klient havde problemer med synet
- Gør opmærksom på de fysiologiske processer i det aldrende øje
- Tal om tegn på dårligt syn, f.eks.

Indikator
Recepter, der vedrører øjne og syn
Personen har hjælpemidler såsom: forstørrelsesapparat, filter, hvid stok
Har problemer med at se
Klager over lyset (for stærkt eller for svagt), har brug for lamper, slukker lyset, trækker rullegardinerne ned...
Kan ikke genkende folk
Personen slår sig på forhindringer, snubler og falder...
Personen farer vild, bliver desorienteret eller kommer ud for farlige situationer i trafikken

Indikator
Personen er bange, når han/hun følges med nogen
Har ikke lyst til at gå ud
Går ikke længere ud at handle eller på indkøb
Bliver utryg i spisesituationer
Afviser visse retter, f.eks. fisk, kød med ben
Er ikke opmærksom på sin egen fysiske fremtoning (tøj, der ikke passer sammen, farver, frisure)
Laver ikke mere dagligdags ting såsom at ringe til folk, læse, skrive, spille kort...
Har svært ved at finde sine personlige ting
Ved ikke hvad klokken er og kan ikke finde ud af det
Kontrollerer ikke sine egne sager hjemme
Bliver isoleret

- Diskuter rimelige spørgsmål, man kan stille de ældre mennesker, f.eks. Nærsynethed:
 - + Hvornår læste du sidst en avis?
 - + Har du svært ved at vurdere, om de regninger du får er korrekte?
- Gribeafstand:
 - + Har du svært ved at finde ud af, hvad der er på din middagstallerken?
- Langsynethed:
 - + Har du svært ved at genkende folks ansigter?
 - + Kan du genkende folk i den anden ende af rummet?
 - + Har du svært ved at se trapper?
- Fagpersonerne fortæller om hvordan og hvorfor de tilpasser deres arbejdsmetoder når de arbejder med ældre synshandicappede mennesker
- Praksis: strategier til håndtering af synshandicap i dagligdagen – afprøv praktiske metoder til forberedelse og servering af måltider, til mobility og uafhængig bevægelse, hobbyer (bøger, krydsord, etc.)

5 Lys, miljø og tilgængelighed

Underviser: Ekspert i synshandicap

5.1 Formålet med dette kapitel

- Forståelse af synshandicap i forhold til forskellige krav til belysning
- Indtryk af, hvordan den rette belysning forbedrer en sikker og uafhængig hverdag
- Lære om forskellig lyskvalitet og måder at belyse et sted på
- Få indtryk af tilpasninger, og af hvordan et miljø, (hjemmet arbejdspladsen gøres tilgængelig for ældre mennesker med synshandicap)

5.2 Nødvendige medier og materialer

- PowerPoint-præsentationer
- Videoer
- Lyslaboratorium

5.3 Metode

- Eksperten på synshandicapområdet fortæller om lys:
 - ▶ Hvad er lys, belysningsmidler, farver, lyskilder belysningsmodus
 - ▶ Belysning i forhold til nedsat syn, kriterier for tilstrækkelig belysning, bolig uden barrierer
- Praktiske øvelser i lyslaboratoriet: Forskellige lysforhold og aktiviteter (papirarbejde, krydsord, avis)...
- Eksempler på tilpasning af miljøet: Belysning på offentlige steder, på arbejdspladser, hjemme (fotografier, video)
- Diskussion: Deltagernes oplevelser og deres intentioner om tilpasning i arbejdet med deres ældre klienter

6 Computer og internet

Underviser: It-underviser med erfaring inden for brug af computer og internet samt tilgængelighedsstandarder

6.1 Formålet med dette kapitel

- Forståelse af, hvordan IT kan fremme en uafhængig hverdag for ældre mennesker
- Forståelse af hvilke tilpasninger og apparater, der kan hjælpe synshandicappede ældre mennesker med at bruge en computer uafhængigt
- Læring om hvilke almindelige kommunikationsteknologier, der er til rådighed (fastnettelefoner, mobiltelefoner, tv. etc.)

6.2 Nødvendige medier og materialer

- Computer med kompenserende teknologi, software og hardware, f.eks.
 - + Forstørrelsessoftware
 - + Skærmlæser
 - + Punktdisplays)
- Internetadgang
- Elektroniske apparater (telefoner, fjernbetjening, etc.)

6.3 Metode

- Kort introduktion ved underviseren samt præsentation af forskellige elektroniske apparater
- Praktisk erfaring i brug af computer:
 - Tips og tricks med Windows (skriftstørrelse, kontrast, farve, skærmloupe ...
 - Forstørrelsessoftware og skærmlæser Zoomtext, lunar, JAWS, Webformator, NVDA....)
- Information om og praktisk præsentation af elektroniske apparater der er specielt designet til ældre brugere

Slut på 2. dag

Gennemgang af dagen, diskussion og evaluering, rundspørge og tilbagemeldinger

Tal med deltagerne om det, de har lært, udveksling af ideer som deltagerne har lyst til at beholde og bruge i deres eget arbejde.

7 Referencer

- BLOOM, T.J.M., DIEPEVEEN, C.**, Visually Impaired Elderly, in:
Slechtziendheid / T.J.M. Blom; 3^e dr. – Ridderkerk:. – VI, 180, [14] p.:fig.,
lit. opg.; ISBN 90-76252-27-0, H.9: Slechtziendheid bij ouderen / T.J.M.
Blom en C. Diepeveen, p. 146 – 158; Luiten, 2001
(For hele artiklen sebilag 2 – Litteratur)
- CHRISTAEN, M.P.**, Vivre mieux dans un environnement visuel adapté.
Association pour le Bien des Aveugle et malvoyants, Genève, 2004
<http://www.abage.ch/themes/content/EnvironnementVisuel.pdf>(French)
<http://www.abage.ch/themes/content/Sehbehinderte.pdf> (German)
- HOLZSCHUCH, C., MOUREY, F., MANIERE, D.**, Gériatrie et basse-vision.
Pratiques interdisciplinaires. MASSON, 2002
- NOLAN, D.E.**, Normal Age-Related Vision Loss and Related Services for the
Elderly, http://hubel.sfasu.edu/research/donia/impact_of_low_vision.htm,
04.07.2008
- ORR, A. L.**, The psychosocial aspects of aging and vision loss. J. of
Gerontological social work, 1991, 17 (3/4), 1-14

Bilag 1

Program

DAG 1			
Temaer	Indhold	Underviser	Tid
Indledning	For at lære gruppen at kende		30 min.
1 Særlige forhold for ældre og diskussion	<ul style="list-style-type: none">- Udfra deltagernes viden og erfaring diskuteres vedr. ældre mennesker- Identifikation af de problemstillinger, der opstår, når man bliver ældre: Fysisk og mental form, deltagelse i det sociale liv, det sociale miljø og familie- Midler eller værktøjer til evaluering af afhængighed samt aldringsprocessen	Gerontolog	1½ time
2 Aldringsprocessen	<ul style="list-style-type: none">- Biologisk og normal aldringsproces- Patologisk aldringsproces- Psykologiske aspekter hos ældre mennesker- Den sociale aldringsproces	Gerontolog	2 timer
3 ældre mennesker og miljøet	<ul style="list-style-type: none">- Konsekvenser af dårligt syn, når man bliver gammel: Mobilitet, fritid, læsning, hverdagsaktiviteter... forbundet med høreproblemer, der generelt forbindes med høj alder, risiko for fald...- Forhindring af afhængighed hos ældre mennesker- Koordination af omsorg	Gerontolog	1½ time
Gennemgang	Diskussion af, hvad I har lært den første dag	Gerontolog	30 min.

DAG 2			
Temaer	Indhold	Underviser	Tid
4 Erfaring og tilpasning i arbejdet med ældre mennesker	<ul style="list-style-type: none">- Hvordan man får indtryk af sin ældre klients synsproblemer. Interaktion mellem alder og synshandicap. Diskuter dine erfaringer med gruppen- Deltagerne fortæller om hvordan og hvorfor de tilpasser deres arbejdsmetoder, når de arbejder med ældre synshandicappede, værktøjer, metoder, omgivelser, der skal tages i betragtning	Gruppe af eksperter optiker ADL-underviser, mobility-underviser, psykolog, fagperson inden for genoptræning	2½ time
5 Lys, miljø og tilgængelighed	<ul style="list-style-type: none">- Læring om lysforholdenes indflydelse på synet, specielt for ældre mennesker- Hvordan man tilpasser lys og miljø til ældre mennesker?	Ekspert i synshandicap	2 timer
6 Computer og internet	<ul style="list-style-type: none">- Elektroniske apparater og tips til håndtering af en computer og internettet år man har et synshandicap. fokus på emner, der har relevans for mennesker over 60	It-underviser med erfaring inden for computere og internet og tilgængelighedsstandarder	1 time
Rundspørge og tilbagemeldinger	Gruppen diskuterer de emner, de har lært	Underviser	30 min

Bilag2

Litteratur

(med tilladelse fra forfatterne)

Synshandicappede ældre mennesker

T.J.M. Blom, PhD & C. Diepeveen, MSc

Indledning

Et kapitel, der behandler synshandicappede ældre peger på en forskel mellem synshandicap hos yngre mennesker og synshandicap hos ældre. Dog eksisterer der igen forskel, når man tager teknikken inden for synshjælpemidler i betragtning. afklaringen af, hvilke hjælpemidler der er mest hensigtsmæssige er den samme for begge grupper. Fra et teknisk synspunkt kunne dette kapitel udelades. Hvis man fokuserer på aldersfordelingen af de mennesker, der har brug for synshjælpemidler fremgår det, at ældre og op til meget gamle mennesker er stærkt repræsenterede. I et land som holland, er synshandicap ofte et problem, der relaterer til alder. Over 2 tredjedele af de mennesker, der søger vejledning om synshjælpemidler er ældre end 65. Desuden vil ældre mennesker i fremtiden udgøre en relativt større del af befolkningen, det gælder specielt mennesker, der er over 80. Fra 1990 ti. 2005 forventede man en stigning på 39 %. Specielt i disse alderskategorier er alvorlige øjensygdomme langt mere forekommende end det er tilfældet i den yngre befolkning. Hvad angår forekomsten af øjensygdomme blandt ældre mennesker opleves en dynamisk samlet effekt. Adskillige skøn er blevet udarbejdet vedr. prognoser i befolkningen, tabel 1 viser den midterste variant (CBS, 1993). Mennesker over 45 samt over 65 repræsenterer en relativt stor gruppe i vores samfund. Alderstrinnene 45 og 65 er ikke valgt tilfældigt, der eksisterer en forøget risiko for adskillige alvorlige øjensygdomme. Særlige øjensygdomme såsom okular hypertension, glaukom og diabetisk retinopati forekommer oftere hos mennesker over 45. De anslåede stigninger fra 1990 til 2005 er henholdsvis 30 %, 28 % og 45 %. Cataracter og makulær degeneration forekommer oftere hos mennesker over 65, begge stigninger fra 1990 til 2005 ligger på 26 % (CBS, 1995).

Desuden er det ikke relevant at definere ældre mennesker som en samlet gruppe. Ældre mennesker har ikke konkrete fælles gruppetræk, som det er tilfældet med andre aldersgrupper, f.eks. børn, unge mennesker eller teenagere. I forhold til undersøgelser vedr. børn kan det være fordelagtigt at sammenligne aldersgrupper ud fra deres opførsel og muligheder, f.eks. i uddannelsesmæssig forskning. Det samme er ikke gældende i forskning vedr. ældre mennesker, da der eksisterer flere forskelle end ligheder mellem ældre. Nogle ældre mennesker på 90 år er yderst afhængige og aktivt involverede i deres miljø, hvorimod mennesker på 60 er fuldstændigt afhængige af intensiv pleje. På trods af forskelligheder blandt ældre mennesker, bør problemstillinger, der relaterer til ældre dog overvejes. Der findes faktisk 90-årige, der er meget aktive, men risikoen for at have behov for omsorg i en alder af 90 er større end for en person på 60. Derfor kan udsagn vedr. ældre mennesker kun udformes statistisk, og der kan ikke drages skarpe konklusioner på individuel basis. Det eneste uafviselige kriterium er, at ældre mennesker er ældre end yngre. det virker nytteløst, men det er ofte det kriterium, man dømmes på. Som følge heraf er de ældre generelt ikke længere involveret i det økonomiske samfund. Desuden, er den proces, der

kaldes aldrig mere fremadskridende end hos yngre mennesker. Aldringsprocessen sker ikke altid på samme måde eller med samme hastighed.

Identitet og balance

Vi har alle en særlig form for identitet, og vi forsøger at fastholde denne identitet, uanset hvordan og hvor meget vi ældes. Vi påskønner ingen former for hjælp, der bidrager til at skade vores identitet. Udover identiteten forsøger vi mennesker også at bibeholde en vis balance i vores liv. Denne balance opretholdes ikke automatisk.

Identitet eller selvbillede er det billede eller den idé, et menneske har om sig selv. Det er kombinationen af personlighedens karaktertræk og opførsel, som man oplever.

Identitetstræk

- A) Vores personlighed opleves som en konstant: Vi ved, vi ændrer os permanent gennem vores liv. Barnets opfattelse er fuldkommen forskellig fra den voksnes, ligesom den studerendes opfattelse varierer fra forældrenes, og en ældre persons opfattelse varierer fra en midaldrende persons opfattelse. Ikke desto mindre føler vi, at vi bliver ved med at være den samme person. Vi bliver ved med at handle ens, selvom situationen ændrer sig hele tiden. På trods af ændringer er permanens en egenskab ved identitet
- B) Vi opfatter os selv som unikke. Det er svært at eksemplificere det unikke ved personligheden over for en anden. Hver enkelt føler sin egen identiske identitet, som er helt forskellig fra andre, og som er fundamentet for hans/hendes opførsel samt relationer til andre

Vi kan konkludere, at idéen om identitet er diffus. Derfor giver det mening at diskutere et par parameter eller komponenter, der udgør begrebet identitet. Det er muligt at beskrive mange selvbilleder med begrænsede forskellige fundamentale komponenter. En person anvender adskillige typiske x-komponenter til dannelse af sin identitet (for eksempel økonomisk overskud), mens andre ønsker sig flere typiske y-komponenter, (f.eks. uddannelse). det vigtige er at alle har et identisk og unikt mønster af komponenter som til sammen skaber en absolut, individuel identitet. Tempelman 1986 opgiver 11 komponenter:

1. Fysikalitet
2. Personlighed
3. Køn
4. Personlig historie
5. Værdier og standarder
6. Idealer

7. Aktiviteter
8. Deltagelse, medlemskab af en gruppe
9. Viden, kompetencer og uddannelsesniveau
10. Interesser
11. Materiel ejendom

Ustabil balance

I samtlige faser af livet influeres mennesker på mange forskellige måder. Denne indflydelse kan gøre det vanskeligt at fastholde en balancetilstand. Afhængigt af den enkelte kan styrken og mængden af disse påvirkninger vurderes forskelligt. På basis af en enkelt persons balance formulerede Tempelman (1986) modellen om ustabil balance. Modellen om ustabil balance søger systematisk at se på kræfter, der kan hhv. forrykke eller stabilisere balancen. De følgende 3 parametre bestemmer balancens stabilitet:

1. Fysisk tilstand
2. Mental tilstand
3. Social tilstand

Disse 3 parametre er i balance med hinanden. Begrebet ustabil balance henviser til at balancen ikke er stabil og ændrer sig, når et af parametrene ændrer sig. Så parametrene er ikke uafhængige. Ændringer i en parameter kan forårsage ændringer i en anden. For eksempel kan sociale problemer som konflikter med familiemedlemmer eller stress forårsage fysiske problemer såsom mavesår. Derudover kan sociale problemer som ensomhed forårsage mentale problemer som angst eller fobier. Et af kendetegnene ved at blive ældre er, at parametrenes gensidige indflydelse på hinanden øges. Influenza kan have alvorlige følger for ældre mennesker, hvorimod dette ikke er tilfældet hos yngre mennesker. I nogle tilfælde, kan en relativt lille ændring i en parameter forårsage en omfattende ændring i en anden. konsekvensen er, at man fuldstændig mister balancen (man dekomenserer).

Aldring

Vi kan således konkludere, at mennesker har en identitet, og deres balance opretholdes af deres fysiske sundhed, mentale sundhed og sociale kompetencer. Begge processer influeres af alder. Dette udsagn kan dog ikke fremsættes, så længe definitionen af alder ikke er klar. Aldring og at blive ældre er ikke det samme. Aldring betyder, at et kompleks af irreversible processer finder sted i organismen gennem livet, når man har passeret midalderen.

Det er stadig et kompliceret gerontologisk spørgsmål hvorvidt fysiske ændringer kan tilskrives aldring eller ej. Derfor skal aldersrelaterede ændringer opfylde følgende 4 kriterier, før de kan ses som en del af den grundlæggende aldringsproces.

Aldersrelaterede ændringer er:

- A) Universelle. Dette udelukker arvelige ændringer forårsaget af miljøet
- B) Immandente. Ændringen må kunne tilskrives ændringer inde i organismen

- C) Fremadskridende. Alders-relaterede ændringer viser sig generelt gradvist over tid. Værende udviklingsprocesser bliver af og til langsommere med tiden og stopper, når et menneske er blevet midaldrende
- D) Skadelig. De fleste aldersrelaterede ændringer bidrager til den øgede sandsynlighed for at dø. Dette kriterium udelukker mange udvejlingsprocesser, da disse aldersrelaterede ændringer ikke er skadelige og faktisk forøger evnen til at overleve

Fysisk aldring

Aldring er både en fysisk og en mental proces. Fysisk aldring indebærer tab af samtlige organers funktioner. Jo mere komplekst organets "system" er, jo hurtigere vil dets funktion gå tabt. Fysisk aldring kan skyldes immandante faktorer, såsom kvalitet og sammensætning af kost. Mennesker der spiser dårligt og uvarieret ældes hurtigere end mennesker, der spiser varieret kost af høj kvalitet. Klimaet er også en vigtig faktor, eftersom aldringsprocesser går langsommere i tempererede områder end i meget kolde eller varme områder. Desuden mener man at luftforurening og andre miljømæssige former for forurening også bidrager til aldring. Jo længere aldringsprocessen er, jo mere modtagelig bliver personen over for immandante faktorer såsom en forøgelse af infektioner. Også immandante faktorer såsom celletab, udmattelse af essentielle elementer (elasticitet) samt molekylære ændringer kan forårsage aldring. Immandante faktorer kan også påvirke sundheden ved at fremskynde aldringsprocessen, ligesom metaboliske sygdomme (som diabetes eller thyroide sygdomme) kan føre hurtigere til mental forvirring, demens og psykiatriske lidelser hos ældre.

De mest herskende fysiske tegn på aldring er:

- 1) Hud: Mindre elastisk og tør med flere pigmentpletter
- 2) Skeletsystemet: Osteoporose, reducere af længde
- 3) Muskelsystemet: Indskrænkning af muskelmasse, der erstattes af fedt
- 4) Cirkulationssystemet: Arteriosklerose (fortykning og hærdning af de arterielle vægge, trombose og cerebrale infarkter)
- 5) Åndedrætssystemet: Begrænsning af den vitale kapacitet (den samlede mængde luft, der kan bevæge sig ind og ud af lungerne). Fedme, reduceret elasticitet, samt ændringer i blodkarrene og skeletsystemet kan bidrage hertil
- 6) Nervesystemet: Et år efter fødslen stiger mængden af nerveceller ikke længere. Forskning indikerer et vægttab i hjernen på 6-7 % mellem 25- og 70-års-alderen. En vigtig målbar neurologisk ændring er en reduktion af nerveledningshastighed (10 %)

7) Sansesystemet: Ændringer i syns- høre-føle og det olfaktoriske system

Aldring af øjnene

Synshandicap er en af de fundamentale aldringsprocesser. Eftersom en person ældes, kan man observere adskillige degenerative ændringer i øjets struktur og således også dets funktion.

Hornhinden

Hornhinden har tendens til at blive fladere og hornhindens epitel degenererer ofte. Begge ændringer kan have negativ indflydelse på synet, den første gennem astigmatisme, den anden gennem stærkt ubehag. (...)

Sclera

Sclera bliver mindre elastisk med alderen og bliver mere gul på grund af fedtansamlinger. Reduceret elasticitet under aldringsprocessen ses også i andre hinder.

Iris

Som det er tilfældet med andre hinder fortykkes iris og bliver mere usmidig med alderen. Dette resulterer i reduceret dilatation samt en mindre åbning af pupillen. (Atropin foranlediger kunstig dilatation af pupillen).

Forkammeret

På grund af fortykkelse og forkalkning af det trabekulære network i krogen af øjets forkammer, kan der opstå forstoppelse af schlemm-kanalen, der leder vandig væske fra øjet. Heldigvis ser det ud til, at en medfølgende reduktion af produktionen af vandig væske finder sted, således at det intraokulære tryk normalvis ikke øges.

Linsen

Øjets linse vokser fortsat med alderen og udvider sig, bliver stivere og har tendens til at blive gul. Resultatet er, at der er mindre plads til samt en øget uigennemsigtighed af linsen. Den gule linse resulterer også i reduceret perception af blå farver (Pokorny et al. 1979) og uigennemsigtigheden fører til cataract samt tab af kontrastfølsomhed.

Choroidea

Der dannes hyaline eller kolloide legemer i det lag af blodkar, der kaldes koroider. De viser sig som runder, gule pletter på nethinden (Feeney-Burns et al., 1990).

Nethinden

Som resultat af aldringsprocesserne i linsen og iris, er den mængde lys, der når nethindens fotoreceptorer, mindre. Dette gælder specielt i det perifere felt og i macula (reducerer visuel nøjagtighed).

Vitreous humor

Når et menneske når en vis alder, dehydrerer dette legeme og somme tider løsner det sig fra nethinden, hvilket på sigt kan føre til en mere alvorlig løsning

af nethinden fra koroiderne. En yderligere komplikation kan være, at nethinden bløder således at blod fra nethinden trænger ud i vitreous. en anden form for generering af viteous er uigennemsigthed i vitreous, der viser sig som prikker, linjer eller edderkoppespind og som kaldes (mouches volantes). Selvom dette er irriterende for personen, er tilstedeværelsen af "mouches volantes" normal og ikke et alvorligt sundhedsproblem.

Samlet resultat

Det samlede resultat af aldersrelaterede ændringer i iris, retina og media er, at der kommer mindre lys til nethindens fotoreceptorceller. Derfor har ældre mennesker ofte brug for stærkere lys for at se så godt som de gjorde engang.

Adnexa

Tørre øjne er en anden aldersrelateret komplikation, der er forbundet med det lacrimale apparat. Tørre øjne opstår som resultat af en reduktion af udskilningen af tårer fra de lacrimale kirtler og ses oftere hos ældre kvinder end hos mænd. Resultatet kan være ubehag og muligvis betændelse. Den sædvanlige behandling, der består i tilførsel af kunstige tårer hver time, er ikke altid en tilfredsstillende løsning på problemet.

Mental aldring

Udover fysisk aldring, finder der også en mental aldring sted. flere relevante parametre i mental aldring er som følger:

1. Evaluering af livsbalancen for anden gang. Den første evaluering sker omkring midalderen og den valgte livsstil vil fortsætte, indtil den blive dysfunktionel omkring 65-årsalderen
2. Ændring af livsperspektiv. Menneskets funktion afhænger af oplevelser i fortiden. Mængden af langsigtede tanker øges, og ideen om fremtidens perspektiv får en ny mening
3. Fasthold identiteten. Der er brug for mere energi til at fastholde identiteten på grund af alle de fysiske, mentale og sociale trusler
4. Personlighed. Der foreligger en del forskning inden for gerontologi og man kan konkludere at forskelligheder mellem mennesker øges med alderen. Der findes flere forskelle inden for aldersgrupper end det er tilfældet mellem aldersgrupper. Mennesker er unikke, men det ser ud til, at ældre mennesker er endnu mere unikke. den generelle livssituation, herunder biografiske og social elementer synes at have en mere afgørende indflydelse på personlighedens træk end fysisk alder har. Forskning peger på, at udviklingen af en integreret personlighed varer indtil 50-60-årsalderen. Ældre mennesker har tendens til at søge at undgå risici, og selvom der findes indikationer, der peger på en vis reduktion af fleksibilitet,

- er denne tendens ikke det samme som usmidighed. I problematiske situationer foretrækker de kendte løsninger, selvom disse er inaktive
5. intelligensen hverken øges eller formindskes med alderen, men den ændrer sig. I praksis er det særligt de dele af intelligensen, der relaterer til hastighed, der påvirkes af ændringer i nervesystemet. Verbal intelligens forbliver uændret, og kan endda øges med alderen
 6. Intelligens i en høj alder afhænger af følgende faktorer: oprindelig intelligens uddannelse, stimulerende (arbejds-) miljø, sundhed (mindre sunde mennesker opnår lavere resultater inden for alle områder af intelligens, samt en positiv holdning til fremtiden)
 7. Aldring indebærer en forringelse af hukommelsen og evnen til at lære. Problematisk aldring, der kan skyldes ensomhed, tab af partner eller depression, forbindes også med mental forvirring. Der findes et stort antal enlige ældre mennesker, der føler sig ensomme og usikre, samt ældre mennesker, der slås med sorg, tab og depressionsproblemer. Relateret forvirring markeres ved:
 - Nedgang i tempo: Langsommere formulering, apati og mangel på initiativ
 - Vanskeligheder ved prægning: Taler meget om fortiden og læner sig op ad gamle løsningsstrategier, der kan være både kloge og usmidige
 - Følelsesmæssig ustabilitet: nedgørende opfattelse, depressive træk øger chancer for selvmord

Aldring af synsfunktionen

Aldersrelaterede sansemæssige og perceptuelle ændringer kan have stor indflydelse på de daglige funktioner. At opretholde en normal livsstil og balance kan være meget svært, og aldringsprocesser kan have indflydelse på dette. Følgende øjenfunktioner ændrer sig med alderen og kan føre til synshandicap:

Visuel skarphed

det antages, at visuel skarphed reduceres gradvist på lineær vis mellem 30- og 80-årsalderen. Berømt longitudinal forskning ved Fozzard (University of Baltimore, USA) testede en tilfældig gruppe og påviste en gennemsnitlig visuel skarphed på 1,4 hos 25-årige. De fleste mennesker, der er ældre end 80 har en visuel skarphed på lige over 0,5 og 12 % har en visuel skarphed på 0,4 eller mindre. Som resultat af en reduktion af visuel skarphed skal f.eks. gadeskilte og instruktioner tættere på for at kunne læses. Det samme gælder

for øjets akkommodation, men den største reduktion forekommer mellem 45- og 70-årsalderen.

Kontrastfølsomhed

Visuel skarphed undersøges ved hjælp af synsdiagrammer. Diagrammerne måler en persons evne til at skelne mellem fine detaljer i en situation med optimalt lys og en maksimal kontrast. En sådan situation opstår meget sjældent i dagligdagen, fordi lysets kontrast er meget lavere. Værdien for kontrastfølsomhed er den forskel i skarphed, der kræves mellem objektet og baggrunden for at man kan genkende objektet. Denne forskel vokser med alderen. Forskning har vist at ældre mennesker har sværere ved at genkende ansigter på fotografier med lav kontrast. Der var brug for væsentligt mere tid til at genkende ansigtet. Marron og Bailey (1982) demonstrerede at forringet mobilitet som følge af synshandicap snarere er en følge af lav kontrastfølsomhed eller et lille synsfelt end det skyldes lav visuel skarphed. Når en person f.eks. ikke kan se hvor høje trin er længere, er det snarere en følge af lav kontrastfølsomhed end det skyldes lav visuel skarphed.

Belysning

Som tidligere nævnt resulterer ændringer i media og iris i, at der når en mindre mængde lys frem til nethinden. Man kan delvis kompensere for dette ved at øge belysningen i miljøet eller ved at bruge lys separat. Selv med normal visuel skarphed har en typisk 60-årig brug for ca. dobbelt så meget belysning som en 20-årig. En typisk 80-årig har oven i købet brug for 3 eller 4 gange så meget. Det sker af og til, at en optiker ved en undersøgelse foreskriver visuelle hjælpemidler på baggrund af en anden belysning end den, der findes i hjemmet. Som følge heraf er det ikke sikkert, at hjælpemidlerne har den rette effekt. Derfor er det vigtigt at tage højde for belysningen i hjemmet.

Praktiske konsekvenser af aldersrelaterede ændringer

Visuel skarphed, kontrastfølsomhed og belysning bliver klare, når man beder en fører af en bil om at læse vejskilte om aftenen. Gruppen af 60-årige og opefter havde brug for en afstand til vejskiltet, der var 75 % kortere end den afstand mennesker på omkring 25 havde brug for.

Farvesyn

Forskning har konsekvent vist, at et resultat af en linse, der bliver gul eller affektion af nethinden (såsom glaukom) er et differentialtab af evnen til at skelne farver med kort bølgelængde såsom grøn, blå og violet. Farver med længere bølgelængde, såsom rød, orange og gul kan virke mindre slørede (Pokorny et al, 1979).

Dybdesyn

Et andet vigtigt aspekt ved det menneskelige syn er dybdeperception. Lokalisering af genstande i synsfeltet kan foretages ved hjælp af signaler af relativ objektstørrelse, billedtilretning af nære eller fjerne genstande, lys, skygger samt forskellige i former og farver. Fortolkning og integration af forskellige visuelle stimuli er normalvis en ubevidst proces og giver store mængder information om personen og dennes forhold til sit miljø. Dette er essentielt for at kunne bevæge sig fra et punkt til et andet. Tab af dybdesyn

kan have negative konsekvenser for mobilitet, specielt for ældre mennesker, da fald kan medføre alvorlige komplikationer. I stedet for alder, kan man regne med, at tab af dybdesyn er en funktion af den parameterreduktion, der nævnes ovenfor.

Fysiologiske ændringer har funktionelle konsekvenser. Nedenfor forklares nogle få af dem.

Perception

Et af de mest åbenlyse aspekter ved begrænset visuel perception er den begrænsede læsehastighed, der mærkes tydeligst ved læsning af undertekster. Ældre mennesker klager ofte over, at fordi de har svært ved at læse teksterne er der ingen tid til at se billederne. Også ændringer i de andre sansorganer bidrager til synsproblemer, såsom hørelse, smags- lugte- og følesansen (nedsat lugte- og smagssans samt evnen til at høre høje og lave toner). Personen kan blive isoleret på grund af sansemæssig nedsættelse, og dette kan føre til komplekse psykologiske reaktioner såsom depression, apati og ensomhed.

Et andet aspekt er forøgede vanskeligheder med at gennemføre komplekse visuelle funktioner. Komplekse visuelle funktioner omfatter organisering, bearbejdning og fortolkning af visuel information. Visuelle søgeproblemer udspringer fra aldring. Der er brug for mere tid til at scanne miljøet og filtrere relevant information (såsom at lede efter et barnebarn på et gruppebillede). Det påstås at ældre mennesker har større problemer med at frasortere irrelevante stimuli.

Forskellige undersøgelser viser betydelige ændringer i visuel perception af mere komplekse mønstre ved aldring (Ordy & Brizode, 1979). Visuel perception handler ikke kun om at kunne genkende komplekse mønstre, men også om visuel hukommelse og visuel læring.

Det er dog uklart hvordan aldring relaterer til ændringer i hjernen, personlighedsændringer eller psykosociale ændringer.

Forekomst af synshandicap og blindhed

I Holland er der foretaget omfattende undersøgelser af mennesker med fysiske handicap på basis af en testgruppe på 55 000 mennesker, der repræsenterer alle aldre. (CBS og Nimawo 1990). Respondenterne blev bedt om at udfylde et spørgeskema vedr. fysiske funktioner og sortere dem efter relevans.

86 % af deltagerne vurderede synsevnen som den vigtigste. Undersøgelsen indikerede desuden at over 30 % af respondenterne led af en fysisk mangel. Disse personer blev efterfølgende interviewet mundtligt for at afgøre, om de opfyldte kriterierne for handicap. Forskellige spørgsmål afgjorde desuden hvor alvorligt handicappet var. Deltagerne kunne vælge imellem følgende udsagn i forhold til synshandicap:

- a. Jeg kan kun skelne lys fra mørke
- b. Jeg kan ikke læse store overskrifter eller skelne illustrationer
- c. Jeg kan ikke læse almindelige overskrifter (10 pkt.)
- d. Jeg kan ikke genkende folk, der står i den anden ende af rummet
- e. jeg har "visse" problemer med at se

f. Jeg har ingen problemer med at se

Når respondenterne havde valgt a eller b, kaldte forskerne synshandicappet for "meget alvorligt". C eller D blev betegnet "alvorligt", E "mindre" og f "intet handicap".

Tabel 2 viser, at når dataene ekstrapoleres til hele befolkningen, lider 625 000 mennesker af en eller anden visuel mangel. 0,4 % af gruppen (59 000 personer) bedømte deres synshandicap som meget alvorligt. Tabel 3 viser desuden en aldersfaktor: Ældre mennesker beretter om flere problemer. Udover visuelle mangler fokuserede undersøgelsen også på gangbesvær, hørehandicap generel form. Tabel 3 viser også at handicap bliver mere omfattende med alderen. Kombinationer af fysiske og synshandicap vises i tabel 32. Inden for kategorierne "alvorligt" og "meget alvorligt", der omfattede et anslået antal på 158 000 personer, berettede 56,9 % om mindst 1 tillægshandicap. Undersøgelsen tyder på, at en stor del af de mennesker, der søger optiker på grund af synshandicap også har andre fysiske handicap, hvilket er vigtigt i forhold til rådgivning. Det fremgår at i ca. 18 % af tilfældene, er vejledningen utilstrækkelig, et eksempel kunne være rådgivning om at bruge ørerne mere ved hjælp af lydbøger.

Den næsten konsekvente kønsforskel er bemærkelsesværdig i CBS & Nimawo-undersøgelsen. I samtlige aldersgrupper viser kvinder sig at have flere handicap end mænd. Jo højere alder, jo mindre bliver forskellen dog. I alderskategorien ældre end 85 når mændene endda højere op end kvinder.

Ældre mennesker, der har brug for hjælp

Den førnævnte undersøgelse var baseret på en tilfældigt udvalgt gruppe. En anden undersøgelse (Hoogmoed et al. 1990) fokuserede typisk på ældre mennesker, der havde brug for hjælp. På en geriatrisk afdeling på et offentligt hospital (Gaaz) blev 99 ældre mennesker testet for forekomster af synshandicap. De indlagte deltagere lå på hospitalet af andre grunde end synshandicap, hvilket gør undersøgelsen repræsentativ for ældre mennesker med komorbiditet på et offentligt hospital. Patienter med lette til moderate hukommelsesforstyrrelser blev også inkluderet. 64 deltagere kunne ikke berette om synsproblemer, 30 deltagere gjorde og 5 deltagere gav et uklart svar. 73 % af den gruppe, der havde erklæret at de ikke havde nogen (synsforstyrrelser) (47 personer) havde normalt syn. De resterende 27 % var mærkbart synshandicappede. Ud af de deltagere, der fortalte, at de havde synsforstyrrelser (30 personer) fik 67 % diagnosticeret med et reelt handicap og 33 % blev vurderet til ikke at være synshandicappede.

Hoogmoed konkluderer korrekt at et spørgeskema ikke er en holdbar metode til afdækning af synshandicap. Det er bemærkelsesværdigt, at der nærmest ikke er nogen relation mellem synshandicap og problemer med daglige aktiviteter og mobilitet.

Et mærkeligt fænomen omkring aldersrelaterede sygdomme og lidelser er forskellen mellem fagpersonens diagnose og den individuelle fysiske oplevelse. Antallet af professionelle diagnoser hænger nærmest ikke sammen med subjektive følelser af velvære. Nyere forskning viser, at ca. 50 % af mennesker over 65 vurderer deres sundhed som "god". Blandt dem, der rapporterer om sundhedsproblemer, føler mænd og kvinder, der lige er gået på pension sig mindre godt tilpas end ældre mennesker på over 80. Mænd, der lige er gået på pension føler sig mindre godt tilpas og de ældste mænd

føler sig bedst tilpas. Så ældre mennesker på over 80 evaluerer deres sundhed mere positivt end yngre ældre gør. Der findes en klar, positiv sammenhæng mellem objektivt diagnosticerede sygdomme og alder. Mennesker på over 80 har væsentligt flere sygdomme end mennesker på 65. Der blev fundet en klar "anden" sammenhæng mellem dårlig fysisk sundhed, dårlig mental sundhed og begrænsede sociale netværk. med andre ord, ensomme ældre mennesker beretter om dårligere mental sundhed og bemærkelsesværdigt flere sygdomme end ældre mennesker, der har daglig social kontakt.

Forekomst af synshandicap og blindhed blandt hollandske ældre

Som det fremgår af undersøgelsen af Hoogmoed et al. findes der specielt blandt ældre en forskel mellem objektive handicap og subjektive begrænsninger. Således viser spørgeskemaer med fokus på "Den ældre" deltagers mening subjektive oplevelser i stedet for objektive oplevelser i stedet for objektive diagnoser.

Der er blevet foretaget en omfattende undersøgelse i Rotterdam blandt den befolkningsgruppe, der er over 55 år. Idéen var at forsøge at gå bort fra de metodiske komplikationer med afrapportering fra respondenterne som nævnt ovenfor. I alt blev 7983 mennesker interviewet om mulige synsproblemer 6775 blev underkastet en grundig øjenundersøgelse. Øjenundersøgelsen omfatter refraktion, *visusbepaling*, *oogdrukmeting*, *spleetlamponderzoek*, *fundusscopie*, *fundusfotografie* og undersøgelse af øjnenes rækkevidde. Dermed er denne undersøgelse det eneste dybdegående forskningsmateriale i Holland, hvor der både er indsamlet subjektive data med tilbagemeldinger og objektive kliniske data på øjenområdet. Undersøgelsen definerede ikke længere synshandicap og blindhed ud fra subjektive data, hovedkilden er de objektive kliniske data. Disse data er undersøgt i henhold til WHO-kriterier for synshandicap og blindhed. Det er værd at nævne at arbejdsgruppen for forebyggelse af blindhed, der har konstrueret WHO-kriterierne, hovedsagelig består af øjenlæger. Det hævdes at kriterierne er for stringente, eftersom nogle mennesker, der ikke er i stand til at deltage i visse aktiviteter på grund af synshandicap ikke overholder kriterierne. På grund af denne kritik og for at kunne sammenlignes med andre undersøgelser anvender forfatterne de amerikanske kriterier for synshandicap og blindhed. En visuel skarphedsgrad på mellem 0,5 og 0,1 på det bedste øje indebærer, at personen er synshandicappet, og en visuel skarphedsgrad på under 0,1 og på det bedste øje klassificerer personen som blind.

Som det ses i tabel 5 er 1,9 % af deltagerne i Rotterdam-undersøgelsen synshandicappede eller blinde ifølge WHO-kriterierne, og ifølge de amerikanske kriterier er 4,3 % blinde eller synshandicappede. det er interessant at sammenholde disse resultater med Klaver et al.s undersøgelse (1998) og gruppeprognoserne fra 1993 (CBS) og beregne det ekstrapolerede antal Hollandske blinde og svagsynede ældre mennesker. En yderligere komplikation er, at middelværdien af prognoserne kun omfatter mennesker, der er ældre end 65 år. I 2000 udgjorde denne gruppe 1.3 % af befolkningen (over 2,2 millioner). Ved at udelade Klaver et al.s yngste kategori, kan der udarbejdes et overslag over mennesker over 65.

Afhængigt af, om man anvender WHO-kriterierne eller de amerikanske er mellem 2,2 % og 5,6 % synshandicappede og mellem 0,7 % og 1.1 % er blinde. I alt betyder det at mellem 64 000 og 15 400 er synshandicappede eller blinde, hvilket ikke afviger væsentligt fra hvad der anslås i CBS og Nimawo undersøgelsen (158 000 mennesker). Klaver et al. nævner at forekomsten i deres undersøgelse er relativt lav på grund af deres respondentgruppe, og fordi der lader til at den gruppe, der valgte ikke at svare i højere grad viste sig at være synshandicappede end den gruppe, der besvarede undersøgelsen. I Rotterdam undersøgelsen undersøgte man også en kønsforskel i forekomsten. Modsat CBS og Nimawo undersøgelsen er der ikke fundet nogen særlig kønsforskel i relation til synshandicap i denne undersøgelse. Mænd og kvinder, der er ældre end 55 år, er synshandicappede i lige høj grad.

Årsager til synshandicap og blindhed blandt ældre

tabel 6 viser, at cataract er hovedårsagen til synshandicap hos ældre, som det også allerede er påvist i tidligere undersøgelser. Den generelle holdning er, at cataract ikke længere er hovedårsagen på grund af den gode behandling, der findes. Klaver et al. konkluderede at flere mennesker end forudset, der lider af cataract, har valgt ikke at gå til øjenlæge. En mere aktiv klinisk politik på området kan muligvis forhindre synshandicap på grund af cataract. Fokus på årsagerne til synshandicap der benytter en klinik for synshandicappede har vist at mange mennesker, der lider af cataract ikke ønsker at gå til en specialist på grund af hjælpemidler.

Det andet vigtige punkt er at diabetisk retinopati i mindre grad er årsag til synshandicap, end man før troede. Forfatterne understreger, at Diabetes Mellitus ofte ses, men det er ikke en af hovedårsagerne til synshandicap.

Konklusion

Tilpasning til synshandicap varierer stærkt blandt ældre mennesker, og graden af synsnedsættelsen varierer fra person til person. Det er grunden til, at det ikke er tilstrækkeligt at kende til graden af synsnedsættelse, man bør også fokusere på de daglige følger af synsnedsættelsen (Rumney et al.) 1994). processen omkring styring af synsnedsættelsen og forsøget på at mestre konflikterne, der opstår i de daglige funktioner kaldes for "coping" (at klare sig).

Lidelser som nedsat scherp zien (kontrastfølsomhed), nedsat farvesyn og nedsat dybdesyn fører ikke nødvendigvis til omfattende begrænsninger, men fra et psykologisk perspektiv kan de have radikale sociale konsekvenser. Der foregår ofte en vis spontan tilpasning, når synsnedsættelsen opdages. Når tilpasningen viser sig tilstrækkelig, kan synshjælpemidler, coping-kompetencer tilpasning af miljøet falde til i te passende leje og indgå i en balance over lang tid og således fremme at personen fungerer afhængigt. Verstraten (1993, 1994) bemærker helt korrekt at det er vigtigt at øjenspecialister og andre serviceydere informerer den ældre om muligheder for seende assistance og hjælpemidler og således motiverer dem til at bruge hjælpemidler for synshandicappede. Når alt kommer til alt, kan man kun træffe gode beslutninger, når man kender til mulighederne.

De ældre varierer meget, når det kommer til plasticitet, sociale forventninger, samt ønsker til daglige gøremål. Derfor skal fagpersonen ikke

blot fokuserer på at kortlægge synsevnerne og foreslå hjælpemidler, han/hun bør især fokuserer den ældre persons interesser, livsstil og personlige mål. Man kan for eksempel fokuserer på de aktiviteter, som den synshandicappede har lyst til og kan klare.

Den antagelse af begrænsningen i visuelle evner altid fører til den samme begrænsning af aktiviteter passer ikke, og dette gælder specielt for ældre mennesker.

Kilder

- Bellshaw, B., (1993). *Depression in elderly visually impaired people*. New Beacon: 77 pp. 1 – 4.
- CBS, (1993). *Bevolkingsprognose; middenvariant*. Centraal Bureau voor de Statistiek (publ.), Voorburg.
- CBS, (1995). *Statistisch jaarboek*. Centraal Bureau voor de Statistiek (publ.), Voorburg.
- CBS and Nimawo, (1990). *Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking, 1986-1988*. (publ.) Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag.
- Diepeveen, C., Teurlings, L. and Verstraten, P. (2000). Ooit gezien, maar nog niet uitgekeken. Bohn Stafleu van Loghum (publ.), Houten.
- Feeney-Burns, L., Burns, R.N. and Gao, C.L., (1990). *Age related macular changes in humans over 90 years old*. Am. J. Ophthalmol.: 109 pp. 265 – 278.
- Haegerstrom-Portnoy, G., Schneck, M.E. and Brabyn, J.A., (1999). *Seeing into old age: vision function beyond acuity*. Optom. Vis. Sci.: 76 pp. 141 – 158.
- Hoogmoed, J., (1990). *Visusstoornissen op een geriatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis*. Bull. Ned. Ver. Geriatrie: 3 pp. 34 – 36.
- Klaver, C.C.W., Wolfs, R.C.W., Vingerling, J.R., Hofman, A. and Jong de, P.T.V.M., (1998). *Age specific prevalence and causes of blindness and visual impairments in an older population. The Rotterdam study*. Arch. Ophthalmol.: 116 pp. 653 – 658.
- Marron, J.A. and Bailey, I.L., (1982). *Visual factors and orientation-mobility performance*. Am. J. Optom. Physiol. Opt: 59 pp. 413 – 426.
- Pokorny, J., Smith, V.C., Verriest, G. and Pinckers, A.J.L.G., (1979). *Congenital and acquired colour vision defects*. Grune and Stratton (publ.). New York.
- Rumney, N.J., Fryer, A. and Leat, S.J., (1994). *Outcome of low vision aid provision: effectiveness of a low vision clinic*. Optom. Vis. Sci.: 71 (3) pp. 199 – 205.
- Tempelman, C., (1986). *Zelfbeleving bij ouderen*. Van Loghum Slaterus (publ.), Deventer.
- Verstraten, P.F.J., (1993). *Hulpverlening aan blinde en slechtzienende ouderen*. In: Blom, M.M., Kuin, Y. and Hendriks, H.F.J. (eds.), *Ouder worden*. NIZW (publ.), Utrecht, pp. 389 – 393.
- Verstraten, P.F.J., (1994). *Meet the elderly*. In: Kooyman, A.C., Looijestijn, P.L., Welling, J.A. and Wildt van der, G.J. (eds.), *Low vision. Research and new developments in rehabilitation*. Studies in health

technology and informatics. IOS-Press (publ.), Amsterdam, pp. 408 – 410.

Verstraten, P.F.J., (1994). *Motivation as a key factor in rehabilitation of visually impaired elderly. In: Proceedings of the EBU conference on the situation of the elderly blind and partially sighted in Europe.* European Blind Union (publ.), Paris, pp. 73 – 80.

W.H.O., (1979). *Study-group on the prevention of blindness. In: Technical report series.* World Health Organisation (publ.), Genève.

W.H.O., (1992). ... World Health Organisation (publ.), Genève.

Tabeller

År	1990	1995	2000	2005
Over 65 (%)	12,5	13,4	13,8	14,2
Expension index	100	107	110	114
Over 45 (%)	33,5	36,2	38,2	40,6
Expension index	100	108	114	121

Tabel 1. Gennemsnit af aldring i den Hollandske befolkning (CBS 1993) Forventede procentsatser for gruppen over 65 samt gruppen over 45.

A) Synshandicap. Til bestemmelse af graden af synshandicap kunne deltagerne benytte et af følgende svar.

Meget alvorligt

a. Jeg kan kun skelne mellem lys og mørke

b. Jeg kan ikke læse store overskrifter eller skelne illustrationer

Alvorligt

c. Jeg kan ikke læse almindelige overskrifter

d. Jeg kan ikke genkende en persons ansigt, hvis han/hun står i den anden ende af rummet

Mild grad

e. Jeg har visse problemer med at se

B) Antal respondenter (55 000 respondenter) med synsforstyrrelser (%), samt ekstrapoleret antal mennesker med synshandicap ekstrapoleret til hele befolkningen.

Værdivurdering af synshandicap	Svar%	Antal
Meget alvorligt 16,000	a	0.1
Meget alvorligt 43,000	b	0.3
Alvorligt 70,000	c	0.6
Alvorligt 29,000	d	0.2
Mild grad 467,000	e	3.4

I alt
625,000

Tabel 2. (CBS og Nimawo, 1990).

A) Antal respondenter med fysiske handicap pr. aldersgruppe, (%). I hver gruppe er det samlede antal 100 %

Alder	Syn	Hørelse	Gang
-------	-----	---------	------

25-34	0.7	0.4	0.7
0.8			
35-44	0.4	0.9	1.1
1.0			
45-54	0.9	1.9	2.0
2.6			
55-64	1.4	2.5	3.9
5.6			
65-74	3.1	5.1	8.4
8.9			
75-84	7.1	15.6	18.5
15.2			
85+	24.2	35.0	45.3
17.1			

B) Antal meget alvorligt synshandicappede med tillægshandicap (%).

Vanskeligheder med:
%

Gang
25.7
At rejse og sætte sig
14.3
At stå eller sidde længe
22.6
Brug af arme og hænder
13.0
Hørelse
18.0
Tale

4.2
Generel form
19.0

Tabel 3.

Alder (år)	Synshandicappede kvinder (%)	Synshandicappede mænd (%)
25-34	0.4	0.4
35-44	0.6	0.2
45-54	1.2	0.6
55-64	2.1	0.7
65-74	4.0	1.9
75-84	7.8	5.8
85+	22.9	27.2

Tabel 4. Kønsforskelle blandt synshandicappede pr. aldersgruppe

W.H.O. (1979, 1992) Kriterier:

0.3 > visuel skarphed > 0.05 synstab
20° > synsfelt > 10°
0.05 > visuel skarphed blindhed
10° > synsfelt

U.S. Criteria
0.5 > visuel skarphed > 0.1 synstab
0.1 > visuel skarphedblindhed

Blindhed					
Alder	Antal	W.H.O.	U.S.	W.H.O.	U.S.
55-64	2,561	0.1	0.2	0.1	0.4
65-74	2,408	0.2	0.2	0.4	0.8
75-84	1,398	0.6	1.4	2.6	7.6
85+	408	3.9	5.9	11.8	29.9
I alt 55+	6,775	0.5	0.8	1.4	3.8
I alt 65+	4,214	0.7	1.1	2.2	5.9

Tabel 5. Forekomst af synshandicap og blindhed blandt ældre fra (i nærheden af) Rotterdam. Procenter af aldersgrupper (hver aldersgruppe er 100 %) (klaver et al. 1998).

	Blindhed (visuel skarphed < 0.05)	Synshandicappet (0.3 > visuel skarphed > 0.05)
Aldersrelateret makulær degeneration	58	25
Cataract	6	36
Primær Open-angle Glaukom	8	2
Myopær degeneration	6	6
Optisk neuropati	6	1
Retinitis <i>pigmentosa</i>	3	-
Diabetisk retinopati	-	1

Tabel 6. Hovedårsager til synshandicap og blindhed blandt mennesker over 55 og fra (i nærheden af) Rotterdam. Tallene i venstre kolonne er procentsatser af det samlede antal blinde, og tallene i højre kolonne er procentsatser af det samlede antal synshandicappede