

Mehr Sehen – dank genauem Hinschauen

Eine Sehbehinderung wird häufig nicht oder erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt. Das Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung unterstützt Pflegefachpersonen im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich im Erkennen und Bewerten von Sehbeeinträchtigung bei alten Menschen. Die gewonnenen Daten dienen der Beratung und stellen die Grundlage für den Pflegeprozess dar.

Text: Judith Wildi

Sabrina Kohler, diplomierte Pflegefachfrau, sitzt im Zimmer der 85-jährigen Frau Liechti im Pflegezentrum Wiese. Frau Kohler hat die Vermutung, dass hinter den Problemen von Frau Liechti eine Sehbeeinträchtigung stehen könn-

te, aber Frau Liechti lehnt einen Besuch beim Augenarzt kategorisch ab. Darum möchte Frau Kohler eine Situationsklärung vornehmen. Frau Liechti ist einverstanden, dass Frau Kohler ein paar Übungen mit ihr macht.

Frau Liechti sitzt vis-à-vis von Frau Kohler und fixiert mit dem nicht abgedeckten Auge die Nase von Frau Kohler. Mit dem erhobenen rechten Zeigefinger beginnt Frau Kohler einen horizontalen Kreis in die Luft zu zeichnen, beginnend auf Höhe Ohr des sehenden Auges. Sie hört dort auf, wo Frau Liechti zu erkennen gibt, dass sie den Finger sieht. Zur Überprüfung wiederholt sie das Vorgehen. So ermittelt Frau Kohler das seitliche Gesichtsfeld von Frau Liechti, zunächst auf der einen Seite. Frau Liechti findet das Vorgehen spannend, aber auch ermüdend. Frau Kohler bietet eine Pause an, die Frau Liechti gerne akzeptiert.

Was geht hier vor?

Sabrina Kohler macht mit Frau Liechti ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung. Wie kommt sie dazu? Vor zwei Monaten ist Frau Liechti eingetreten, nachdem sie im Garten über Gerätschaften gestolpert war und sich dabei eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen hatte. Im Spital wurde sichtbar, wie erschöpft und am Rande ihrer Kräfte Frau Liechti war. Nun ist sie vorübergehend im PZ Wiese. Sie bewegt sich unsicher, verlässt das Zimmer nur ungern, sitzt vorwiegend im Sessel und hält die Augen geschlossen. Die Zeitschriften liegen unangetastet auf dem Tisch. Das Angebot der Aktivierung schlägt Frau Liechti aus, sie sei zu müde, um sich mit anderen abzugeben.

Mit adäquater Pflege können auch Menschen mit einer Sehbehinderung im Alter selbstbestimmt und eigenständig leben.



Diese und weitere Beobachtungen über das leicht ungepflegte Erscheinungsbild von Frau Liechti, ihre Appetitlosigkeit und die Unordnung im Zimmer machen Frau Kohler stutzig. Im pflegerischen Assessment zeigen sich bei den kognitiven Leistungen Auffälligkeiten: Die Merkfähigkeit von Frau Liechti ist deutlich beeinträchtigt, Entscheidungen weist sie zurück. Im Austausch im Team wird ihr Zustand sehr unterschiedlich interpretiert: Eine Kollegin vermutet eine demenzielle Entwicklung, eine andere plädiert für einen Erschöpfungszustand. Bei Frau Kohler stützen die Merkmale die Vermutung, dass eine Sehbeeinträchtigung vorliegen könnte.

Sehbehinderung im Alter

Eine Sehbehinderung im Alter zu erfahren, unterscheidet sich deutlich von der Situation Betroffener in jungen Jahren. Das Gehirn von früher sehenden Personen hat sich ein Leben lang auf das Arbeiten mit visuellen Informationen ausgerichtet. Fallen diese weg, sind die kognitiven Leistungen und die Alltagsbewältigung erschwert.

Die mit Abstand grösste Gruppe Betroffener ist im Rentenalter. Oft tritt dann die Katarakt (Grauer Star) auf, die operativ gut behandelbar ist. Am häufigsten zu einer Sehbehinderung führt die Alterskorrelierte Makuladegeneration (AMD, feuchte und trockene Form), die Wahrnehmungseinbussen im zentralen Gesichtsfeld zur Folge hat. Das Glaukom führt unbehandelt zu einer Einschränkung des Gesichtsfeldes bis hin zu einem sogenannten «Röhrenblick» und mit der Zeit zu einer vollständigen Erblindung. Die Diabetische Retinopathie ist eine Spätfolge des Diabetes mellitus (Übersicht über diese Krankheiten und ihre Behandlungsmöglichkeiten: Seibl, 2019, S. 14). Bei allen Erkrankungen gilt: auch ohne oder mit eingeschränkten medizinischen Therapieoptionen ist mit rehabilitativer sehbehinderungsspezifischer Pflege und Betreuung ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben möglich.

Da der Sehprozess nicht in den Augen geschieht, sondern im Gehirn auf der Basis der Impulse aus den Augen, ist es wichtig, neuroophthalmologische Begleiterscheinungen wie das Filling-in und das Charles-Bonnet-Syndrom zu kennen, um eine Verwechslung mit Demenz zu vermeiden. Als Filling-in wird das Phänomen bezeichnet, dass das Gehirn die fehlenden Informationen im

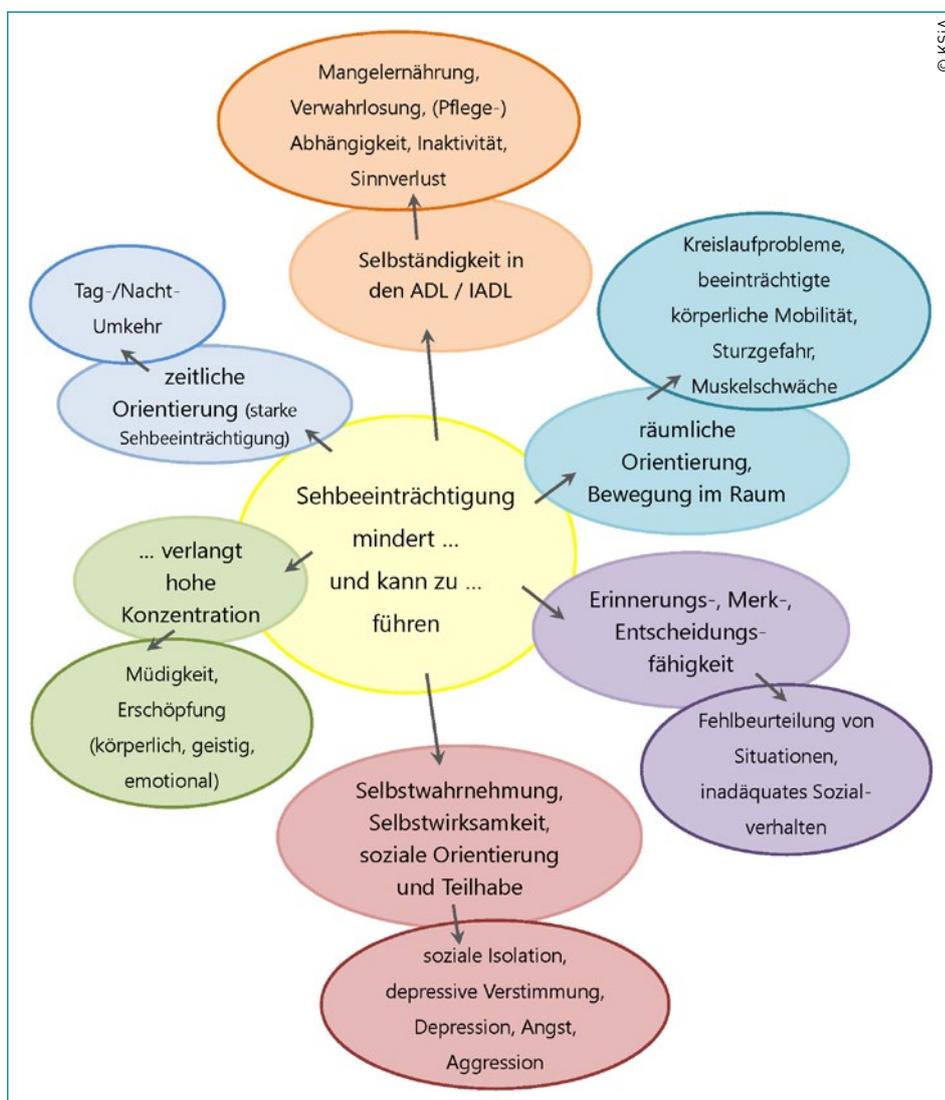


Abb. 1: Direkte und indirekte Folgen einer Sehschädigung (Heussler, Schwitter & Seibl, 2019)

Gesichtsfeld mit vorhandenen Informationen ausfüllt, was der betroffenen Person ein vollständiges Bild in allerdings unscharfer und verblasster Qualität vermittelt. Dadurch kann sie nicht erkennen, welche Details fehlen, zum Beispiel eine Kaffeetasse auf dem Tisch oder ein Schlüssel auf der Kommode. Die Person erkennt nicht, was sie nicht sieht. Beim Charles-Bonnet-Syndrom (CBS) handelt es sich um visuelle Halluzinationen, die aufgrund von fehlenden optischen Impulsen auftreten. Das Gehirn produziert dann – analog zu einem Phantomschmerz – Bilder, die nicht mit der Realität übereinstimmen, zum Beispiel Löcher im Boden, Muster an den Wänden oder Personen im Raum. Sind die beiden Phänomene nicht bekannt, kommt es häufig zu Fehlinterpretationen.

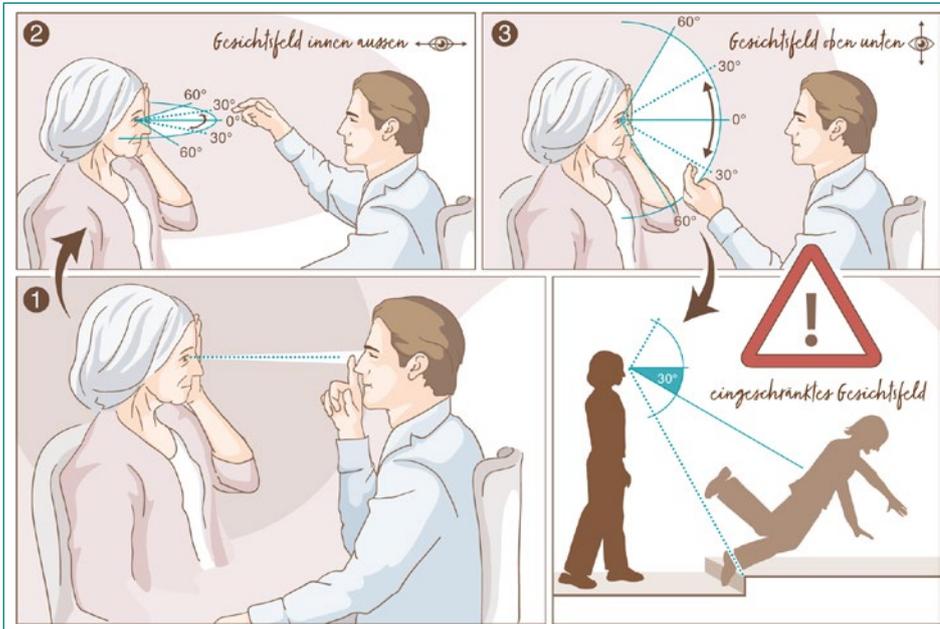
Kriterien für ein Assessment

Neben den kognitiven Einbussen fallen bei Frau Liechti ihr Rückzug aus dem sozialen Leben und die Gangunsicherheit auf. In Kenntnis der vielfältigen

möglichen Folgen einer Sehbeeinträchtigung schlägt Sabrina Kohler für die Klärung der Ausgangslage ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung vor. Eine Sehbehinderung wird in Betracht gezogen, wenn eines oder mehrere der folgenden Kardinalkriterien vorliegen (Heussler, Wildi & Seibl, 2016):

- Kognitive Einbussen, Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, verminderte Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis).
- Depressive Verstimmung, Depression, Rückzug, Angst.
- Verminderung der ADL/IADL-Fähigkeiten.
- Gangunsicherheit, eingeschränkte Beweglichkeit, Sturzgefahr.
- Soziale Auffälligkeiten (z. B. Aggression).

Das Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung ersetzt die medizinische Untersuchung nicht. Die Resultate beeinflussen jedoch die Interpretation der Ergebnisse des Assessments von RAI und BESA und die Priorisierung der Pflegeziele (Heussler & Seibl, 2020).



Bestimmung des Gesichtsfeldes

Instrument und Durchführung

Das Erheben von pflegerischen Daten geschieht im Fokus-Assessment durch:

- Messen des Vergrößerungsbedarfs und des Gesichtsfeldes
- Beachten von Blendung
- Testen von Kontrastsehen
- Einbeziehen von neuroophthalmologischen Besonderheiten wie dem CBS

Vergrößerungsbedarf: im Gegensatz zur Messung des Visus (Sehschärfe) durch den Augenarzt wird beim Fokus-Assessment ermittelt, wie gross ein Text geschrieben sein muss, damit die Person ihn lesen kann. Mittels eines Hilfsblattes liest die Person Texte in unterschiedlicher Schriftgrösse vor. Sobald der Lesefluss stockt, kann davon ausgegangen werden, dass die zuvor noch gut lesbare Schriftgrösse dem Bedarf der Person entspricht. Der Nutzen aus dem Test wird unmittelbar klar: In dieser Grösse sind Notizen lesbar. Das hält die Akzeptanz hoch. Der Fokus wird nicht auf die Probleme und Defizite gelenkt, sondern auf die Lösungen bzw. unterstützenden Massnahmen.

Die *Messung des Gesichtsfeldes* vertikal und horizontal erlaubt es, Einschränkungen des sichtbaren Bereichs nach oben, unten, rechts und links zu erkennen. Auch hier ist der unmittelbare Nutzen sofort erkennbar, nämlich auf das Übersehen von Gefahren hinzuweisen.

Autorin

Judith Wildi RN FH, MAS Soziale Gerontologie, Fachentwicklung Pflege und Kursverantwortliche im KSIA

Bei einem Gesichtsfeld von unter 60 Grad von unten droht zum Beispiel die Gefahr des Stolperns über Schwellen oder Hindernisse. Bei einer seitlichen Einbusse des Gesichtsfeldes werden Hindernisse oder sich von der Seite nähernde Gegenstände nicht gesehen. Wird die Person über diese Einschränkungen informiert und über das geeignete angepasste Verhalten instruiert, nämlich den Kopf immer wieder zu senken, um den Weg zu überblicken, und den Blickwinkel seitlich durch Kopfdrehen wieder zu vergrössern, geht sie wieder sicher eigene Wege.

Blendung beobachten und erfragen: Wenn jemand häufig im Halbdunkeln sitzt, die Vorhänge nicht geöffnet haben möchte, nicht nach draussen gehen will, kann diese Beobachtung mit der Nachfrage verbunden werden, ob das Licht blende, Schmerzen verursache oder unangenehm sei. Auch hier gibt es Möglichkeiten für unmittelbare einfache Massnahmen: Sonnenbrillen, Kantenfiltergläserbrillen, eine Dächlikappe oder ein Sonnenhut (ggf. auch im Haus hilfreich). Bei Katarakt streut die getrübe Linse die eintretenden Lichtstrahlen, was zu starker Blendung führen kann. Blendung ist ein häufiges Problem, auch wenn beinahe keine Lichtreize mehr in Sehinformationen umgewandelt werden können. Dabei ist zu beachten, dass die Licht- und Helligkeitseindrücke gut sehender Personen keine brauchbaren Hinweise auf die Blendintensität für sehbeeinträchtigte Personen geben. Der einzig sinnvolle Umgang damit besteht darin, mit den

Betroffenen individuell auszuprobieren, was eine Blendung verursacht und wie sie verringert werden kann.

Kontrastsehen ist durch Farbe und Helligkeit bestimmt. Kontraste unterstützen sehbeeinträchtigte Personen im Erkennen. Dies wird erfragt oder ausprobiert. So kann eine farbige Serviette unter das Trinkglas gelegt und nachgefragt werden, ob das Glas besser sichtbar ist. Oder weisse Tabletten in einem dunklen Unterteller sind in der Regel besser erkennbar als in einem durchsichtigen Schälchen oder Medikamentenbecher. Die betroffene Person kann so selber ausprobieren, welche Änderungen hilfreich sind für sie.

Neuroophthalmologische Besonderheiten werden erfragt, indem nach Bildern oder Erscheinungen gefragt wird, die vom Umfeld nicht bestätigt werden (CBS).

Alle Resultate des Fokus-Assessments Sehbeeinträchtigung werden in ein zusammenfassendes Formular eingetragen und sind Grundlage für die weitere Bearbeitung im Rahmen des Pflegeprozesses. Die Person wird bei einem auffälligen Befund ermutigt, sich mit einem Augenarzt in Verbindung zu setzen und die medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen. So kann u. U. eine vollständige Erblindung verhindert werden. Die Ergebnisse des Fokus-Assessments eignen sich als Aufhänger für das Aufzeigen der vielfältigen, wechselwirkenden Folgen von Seheinsbussen auf verschiedene gesundheitliche Funktionen. Diese sind den Betroffenen und den Angehörigen zumeist nicht bewusst und bekannt.

Erfahrungen aus der Praxis

Praxisbeispiele zeigen Chancen und Stolpersteine im Einsatz des Fokus-Assessments Sehbeeinträchtigung.

Chancen: In einer geschulten Einrichtung im ambulanten Feld konnte bei systematischem Einsatz des Fokus-Assessments in einem Dreivierteljahr bei sieben Klientinnen und Klienten durch eine Pflegefachperson ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung durchgeführt und den untersuchten Personen gut begründet ein Besuch beim Augenarzt empfohlen werden. Bei drei dieser Personen stellte die augenärztliche Untersuchung eine Katarakt (Grauer Star) fest, bei einer Klientin die feuchte Form der Altersbedingten Makuladegeneration (AMD), die seither mit Injektionen behandelt wird. Alle Klientinnen und

Klienten wurden pflegerisch bezüglich Sehbeeinträchtigung und Unterstützungsmöglichkeiten beraten, auch diejenigen, die den empfohlenen Arztbesuch nicht machen wollten. Und es wurden sehbehinderungsspezifische Pflegemassnahmen in die Planung aufgenommen (Seifert & Simeon, 2020).

Schwierigkeiten, Stolpersteine: In den Schulungen sowohl im ambulanten wie im stationären Feld zeigte sich, dass die Mitarbeitenden oft gute Argumente brauchen, damit die Bewohnerinnen oder Klienten in ein Fokus-Assessment einwilligen. Häufig wird das Fokus-Assessment als augenärztlicher Test betrachtet und abgelehnt, weil es das nicht brauche, die Person doch eben beim Augenarzt war oder Mehrkosten gescheut werden. Die Pflegefachpersonen brauchen Sicherheit im Erklären, was sie tun und warum sie es tun. Es ist hilfreich, die richtigen Worte zu finden. Den unmittelbaren Nutzen aufzuzeigen, ist oft der Schlüssel zum Erfolg. Der Zeitaufwand für das Assessment ist zu Beginn relativ hoch. Von der Einwilligung bis zur Durchführung und Auswertung braucht es u.U. mehrere Termine. Es ist Zeit vorzusehen, der Person das Assessment zu erklären und ihre Zustimmung einzuholen. Es braucht Übung, um die einzelnen Elemente durchzuführen: Zu Beginn muss pro Schritt mit durchschnittlich 10 Minuten gerechnet werden. Die Instruktion der Übungen ist für einige Klienten anspruchsvoll zu verstehen. Am Anfang bereitet die Gesichtsfeldmessung am meisten Mühe: die ermittelten Werte in Grade zu fassen, der Umgang mit unklaren Antworten der Personen. Sobald Erfahrung und Sicherheit da sind, reduziert sich auch der Zeitaufwand. Erfahrungsgemäss sind Klientinnen und Klienten gerne bereit für Übungssituationen. Relevant ist auch die Information der Hausärzte bzw. Spezialistinnen: Auch für sie ist es zumeist neu, dass Pflegefachpersonen ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung durchführen und rehabilitative sehbehinderungsspezifische Trainings anbieten.

Vom Assessment zur adäquaten Pflegeplanung

Die Resultate des Fokus-Assessments Sehbeeinträchtigung von Frau Liechti bestätigen Frau Kohlers Vermutung, dass die vielfältigen Probleme einen Zusammenhang mit dem Sehen haben. Ihr Gesichtsfeld nach unten ist deutlich

kleiner als 60 Grad, was auch erklärt, warum sie im Garten gestürzt ist. Jetzt geht es darum, mit Frau Liechti im Rahmen eines motorischen Pfegetrainings zu üben, wie sie diese Einschränkung kompensieren kann, mit dem Ziel sich wieder selbständig und sicher zu bewegen. Ein kognitiv-emotionales Pfegetraining stützt Frau Liechti in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung: Ihr werden die Zusammenhänge erklärt und ihre Motivation unterstützt, wieder am Leben teilzuhaben und Kontakt mit dem Umfeld aufzunehmen.

Rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege ist ein spannendes neues Feld für die Pflege und bietet auch die Möglichkeit, mit erweiterten Kompetenzen die Eigenständigkeit der Pflege aufzuzeigen.



Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe verfügbar oder erhältlich bei: judith.wildi@ksia.ch

KSIA

Kompetenzzentrum für Fachwissen

Das Kompetenzzentrum Seh- und Hörbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Sinnesbehinderung im Alter zu verbessern. Fachpersonen des Gesundheitswesens werden befähigt, Sinnesbehinderung zu erkennen und rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung in einem sinnesbehindertenfreundlichen Milieu anzubieten. KSIA entwickelt und vermittelt Fachwissen zu Sinnesbehinderung im Alter, inkl. Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung. KSIA wird vom gemeinnützigen Verein für Menschen mit Sehbehinderung im Alter getragen.

www.ksia.ch

INSERAT

Berner Bildungszentrum Pflege

Aus aktuellem Anlass

Fachseminar
16.–18.11. | 20.11.2020
«Unterstützungspflege auf der Intensivstation»

15.–17.12. | 21.12.2020
«Unterstützungspflege auf der Intensivstation»

Im Auftrag der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI)

Pflege alle Perspektiven
fachseminare.bzpflege.ch