



**Universität
Zürich^{UZH}**

Zentrum für Gerontologie



Sehbehinderung im Alter im Pflegekontext

**Langzeituntersuchung der Wirkungen der KSiA-Schulungen im Rahmen
der Projekte ALESI und Spitex-SiA zu Sehbehinderungen im Alter**

KURZBERICHT¹

Zentrum für Gerontologie (ZfG)

und Kompetenzzentrum Seh- und Hörbehinderung im Alter (KSiA)

Autoren:

Alexander Seifert (ZfG)

Fatima Heussler (KSiA)

Magdalena Seibl (KSiA)

Zürich, 11.08.2020

¹ Auf Grundlage des ausführlichen Schlussberichts:

Seifert, A., & Simeon, L. (2020). Sehbehinderung im Alter im Pflegekontext. Zürich: Zentrum für Gerontologie.

Ausgangslage

Sehbehinderungen sind im hohen Erwachsenenalter weit verbreitet. Wegen der demografischen Entwicklung dürfte die absolute Zahl der Erkrankungen an einer Seh- oder Hörschädigung noch ansteigen.

Nur wenige Betroffene suchen sehbehinderungsspezifische Hilfsangebote auf. Im Pflegekontext werden sie nicht wegen ihrer Sehprobleme, sondern wegen abnehmender Alltagskompetenzen versorgt und nicht selten als dement fehlbeurteilt.

Das Kompetenzzentrum Seh- und Hörbehinderung im Alter (KSiA) schlägt für den ambulanten wie stationären Pflegekontext einen gerontagogischen Ansatz vor, der gerontologische, pädagogische, behinderungsspezifische und pflegerische Kenntnisse vereint und es erlaubt, die spezifischen Bedürfnisse älterer Personen mit einer Sinnesbehinderung zu erkennen und rehabilitative Pflege- und Betreuungsleistungen zu erbringen. Der gerontagogische Ansatz könnte mithelfen, den Betreuungs- und Pflegeaufwand zu verringern, indem die Betroffenen Alltagskompetenzen wiedergewinnen.

Zwischen 2017 und 2019 führte KSiA im Rahmen der Projekte ALESI (Alterseinrichtungen sehbehindertenfreundlich gestalten) und Spitex-SiA (Sehbehindert im Alter mit Spitex) Schulungen in einer stationären Einrichtung und in zwei ambulanten Institutionen durch. Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich beauftragt. Ziel der Begleitforschung war die Evaluation der mittelbaren Wirkungen (Outcomes) der Schulung auf den Betreuungs- und Pflegealltag. Der hier vorliegende Kurzbericht fasst die Erkenntnisse aus dieser Begleitforschung zusammen und schliesst mit einer Beurteilung der Projekte vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sowie mit berichteten Fallbeispielen ab.

Es wurden folgende Forschungsfragen berücksichtigt:

- Welches Wissen über Sehbehinderungen bei älteren Personen und deren spezifische Bedürfnisse besteht beim Personal vor, während und nach den KSiA-Schulungsinterventionen?
- Wie wirkt sich die KSiA-Schulung im Pflegealltag beim Betreuungs- und Pflegepersonal sowie bei den anderen Mitarbeitenden in den untersuchten Institutionen aus?
- Wie verändert sich die Arbeitsweise der Mitarbeitenden bei der Pflege/Betreuung im Bereich der Leistungserbringung?
- Fühlen sich die Mitarbeitenden nach der KSiA-Schulung kompetenter, motivierter und sicherer im Umgang mit älteren Menschen mit Sehbehinderungen?
- Konnte die Institutionsleitung durch die KSiA-Schulungen für das Thema sensibilisiert werden und wurde ein nachhaltiges Angebot für sehbehinderte Personen geschaffen?

Methode

Der Ablauf der Wirkungsmessung ist in Abbildung 1 zu sehen. Pro Institution gab es bis zum Projektende drei Befragungszeitpunkte. In der ersten Befragung (T0, vor der Schulung) wurden beim gesamten Personal das Vorwissen zu Sehbehinderung im Alter und die Erwartungen an die Schulung erfragt. Die zweite Befragung (T1, direkt nach der Schulung) erfasste den subjektiv erlebten Wissenszuwachs bei allen Schulungsteilnehmenden und ihre Erwartungen an die Umsetzung der neu erworbenen Kompetenzen im Betreuungs- und Pflegealltag. Zwischen den T0- und T1-Befragungen fanden erste Leitungsgespräche statt, um die aktuelle Situation auf struktureller Ebene zu erfassen und Veränderungen zu ermitteln. Zur mittelfristigen Wirkung der Schulungsintervention wurden ein halbes Jahr nach T1 die T2-Online-Befragungen und qualitative Fokusgruppen-Gespräche mit dem Personal sowie die zweiten Leitungsgespräche durchgeführt. Dabei wurde der bestehende Wissensstand beim Personal abgefragt und ermittelt, inwieweit das geschulte Wissen bis dahin in den Betreuungs- und Pflegealltag eingeflossen ist und in der Institution verankert wurde.

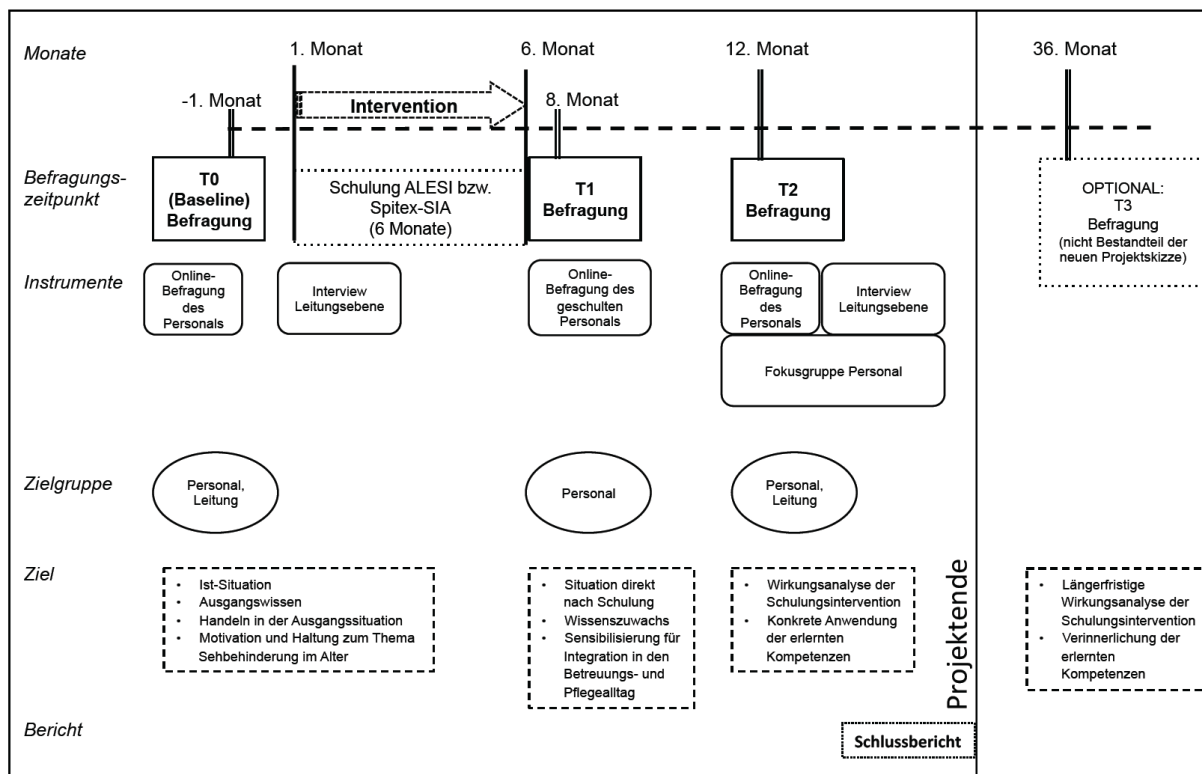


Abbildung 1. Verlaufsskizze Wirkungsmessung

Zusammenfassende Ergebnisse

Rückmeldungen zur Schulung

Über die gesamte Phase der Begleitforschung und in allen drei Institutionen wurde auf der Leitungsebene und der Personalebene die inhaltliche und didaktische Vermittlung des Themas als sehr gut beurteilt. Bei der Onlinebefragung und in den Fokusgruppen konnte festgestellt werden, dass es zu Wissenszuwachs beim Thema „Sehbehinderung im Alter“ beim geschulten wie auch beim nicht geschulten Personal gekommen war; die Mitarbeitenden erlebten sich kompetenter und sicherer im Umgang mit Personen mit einer Sehbehinderung.

Der Zeitaufwand, insbesondere für die Fallbearbeitungen fiel dagegen höher aus, als erwartet worden war. In einer Organisation wurde vorgeschlagen, die Schulungen in Zukunft eher für ausgewählte Mitarbeitende durchzuführen und nicht mehr flächendeckend für alle. Von der Leitungsebene wurde mehrfach angegeben, dass die Schulung allein nicht die Arbeitsroutine beim Personal verändern könne; sie sei zwar ein wichtiger Impuls, aber die gesamte Institution müsse auch nach der Schulung motiviert am Thema bleiben und Strukturen für eine sehbehinderungsspezifische Betreuung/Pflege gewährleisten.

Strukturelle Gegebenheiten

Die Angaben der Leitung und des Personals zu Prävalenzzahlen von Klientinnen/Klienten mit einer Sehbehinderung fielen sehr unterschiedlich aus. Die Definitionen von Sehbehinderung in Abgrenzung zu generellen Sehproblemen zeigten sich nach der Schulung differenzierter. Das fehlende Wissen über die tatsächlichen Prävalenzzahlen regte bei den jeweiligen Leitungen und dem Personal den Wunsch nach augenmedizinischen Untersuchungen der Klientinnen/Klienten an, um auf dieser Basis frühzeitig sehbehinderungsspezifische Betreuung/Pflege veranlassen und anpassen zu können. In den Fokusgruppengesprächen berichteten die Mitarbeitenden, dass sie nicht von jeder Klientin/jedem Klienten

ten wissen, welche Augenerkrankung sie oder er habe; hier fehle es auch an der Koordination zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und den Augenarztpraxen. Die KSiA-Schulung ermutigte die Institutionen, interne Richtlinien für eine augenmedizinische Abklärung zu erstellen. Die Ergebnisse der Befragungen und Interviews zeigten, dass diese Richtlinien ein halbes Jahr nach der Schulung noch nicht flächendeckend eingeführt worden waren.

Alle Leitungspersonen waren zum ersten Interviewzeitpunkt hinsichtlich der positiven Veränderungen, welche die KSiA-Schulung mit sich bringen sollte, sehr motiviert und optimistisch. Im Verlauf der Studie wurde den Leitungspersonen immer bewusster, dass es doch mehr brauche als nur eine Schulung, um längerfristig eine auf Sehprobleme sensibilisierte Betreuung/Pflege zu gewährleisten. In allen Interviews mit den Leitungspersonen kamen dafür strukturelle Gefässe zur Implementierung zur Sprache. Die drei Institutionen unterschieden sich aber hinsichtlich der jeweiligen Intensität des Aufbaus solcher struktureller Lösungen und in der Ausdifferenzierung solcher Massnahmen.

Das Gelernte aus der KSiA-Schulung in bestehende Rahmenstrukturen einzubinden, zeigte sich als zum Teil schwierig, da andere Themen wie z. B. Demenz oder palliative Pflege gleichzeitig Ressourcen benötigen und die Inhalte der Schulung deshalb nicht die alleinige Aufmerksamkeit erfuhren. Zum anderen konnte durch die Fluktuation beim Personal nicht immer gewährleistet werden, dass geschulte Mitarbeitende längerfristig ihr Wissen in den Institutionen einbringen. Teilweise verhinderten dies auch übergeordnete Strukturen, oder angedachte Massnahmen waren wegen fehlender finanzieller Mittel (z. B. Bestimmung einer fachverantwortlichen Person mit Stellenprozenten) nicht umsetzbar. Fehlen strukturelle Anpassungen (wie z. B. interne Checklisten, Richtlinien, fachverantwortliche Personen, Fallbesprechungen), ist die Etablierung einer auf Sehbehinderung angepassten Arbeit zu stark abhängig von der Eigeninitiative einzelner Mitarbeitender und hat damit wenig Aussicht auf dauerhaften Erfolg.

Förderliche und hinderliche Faktoren

In den Gesprächen mit den Leitungen und den Mitarbeitenden wurden förderliche und hinderliche Faktoren benannt. Grundsätzlich zeigten sich folgende Punkte als hinderlich bzw. förderlich:

- *Motivation und Haltung*
- *Strukturen und Massnahmen*
- *Ressourcen*
- *Wissen*
- *Eigene Erlebnisse*
- *Kooperationen*

Die *Motivation*, das Thema Sehbehinderung in die tägliche Arbeit mit einfließen zu lassen und dafür Wissen durch die Schulung aufzubauen, war von Anfang an in allen Institutionen vorhanden und blieb auch nach der Schulung erhalten. Teilweise kam es aber zu der bilanzierenden Feststellung, dass es neben den Schulungen augenmedizinische Diagnosen braucht, damit die Zielgruppe besser definiert wäre. Bei den Mitarbeitenden wurde die Motivation teilweise durch fehlende Weitergabe von Informationen durch eine Augenarzt- oder Hausarztpraxis und fehlende Motivation von Angehörigen und Betroffenen geschwächt.

Hinsichtlich der *Strukturen und Massnahmen* zeigte die Begleitforschung zahlreiche strukturelle Veränderungen und Massnahmen, die während der Projektphase konzipiert und zum Teil umgesetzt wurden. Es zeigte sich aber auch, dass nicht alle angedachten Massnahmen auch umgesetzt und angelaufene Massnahmen zum Teil wieder eingestellt wurden.

Verantwortlich dafür waren zum einen die fehlenden finanziellen Mittel, die sich in knappen zeitlichen *Ressourcen* beim Personal ausdrückten. Zum anderen erwies sich, dass eine nachhaltige Verankerung nur möglich ist, wenn das Thema nicht von anderen Themen überdeckt wird. Gerade der Aspekt feh-

lende Zeit (ausgedrückt in durch die jeweilige Kostenträgerin finanzierbare und nicht finanzierbare Arbeitsleistung an der Klientel) wurde im Betreuungs- und Pflegealltag der Mitarbeitenden als hinderlich erlebt. Ferner wurde erwähnt, dass das vermittelte Wissen nur Bestand haben könne, wenn es im Team weitergegeben werde. Dies ist nur teilweise gewährleistet und variiert von Institution zu Institution und sogar von Team zu Team.

Die Schulungen zielen auf die Kompetenzerweiterung und Verbesserung des *Wissens* zu Sehbehinderungen im Alter. In allen drei Institutionen zeigte sich ein deutlicher Wissenszuwachs beim Personal und auf der Leitungsebene. Jedoch machte die Begleitforschung auch deutlich, dass einerseits die Wissensdiffusion in den Institutionen von der Frage abhängt, ob geschulte Mitarbeitende ungeschulten und neuen Mitarbeitenden ihre Kompetenzen weitergeben. Andererseits führt das neue Wissen nicht nur zu einer Sensibilisierung, sondern regt auch zum Nachdenken bezüglich des bisherigen Wissensstandes an und damit auch zur Forderung nach mehr bzw. vertieftem Wissen, was sich in der Onlinebefragung zeigte. Die Sensibilisierung für das Thema Sehbehinderung führte in der stationären Einrichtung auch zu einer Reflexion und offenen Diskussion der Frage, ob die Einrichtung überhaupt in der Lage sei, Personen mit Sehbehinderungen vollumfänglich zu betreuen/pflegen – oder ob diese nicht in einer spezialisierten Einrichtung besser aufgehoben wären.

In den Fokusgruppengesprächen und Leitungsinterviews wurde sehr eindrücklich von konkreten Praxisbeispielen (*eigenen Erlebnissen* im Berufsalltag) berichtet, in denen kleinere Anpassungen in der Arbeitsroutine/Lebenswelt der Klientinnen/Klienten zu grossen Erfolgen führten (vgl. Einzelfallbeispiele im Anhang). Allen diesen Anpassungen ist gemeinsam, dass sie bei den Mitarbeitenden zu der Erkenntnis führten, dass selbst kleine Veränderungen die Lebensqualität der Klientinnen/Klienten positiv beeinflussen können und eine sehbehinderungsspezifische Betreuung wirksam ist. Es bedarf aber einer weiteren Etablierung dieser Anpassungen, wobei berücksichtigt werden muss, dass jede Klientin/jeder Klient eine individuelle Lösung benötigt.

Neben der internen Kooperation, also z. B. dem Transfer von Wissen, sind auch externe *Kooperationen* wichtig. Wie aus den Fokusgruppengesprächen und Leitungsinterviews hervorgeht, tragen sie zur Berücksichtigung der Sehprobleme von Klientinnen/Klienten in der Arbeit bei. Dazu gehören die Kontakte zu Hausarztpraxen, Augenarztpraxen und Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen. Es wurde u. a. bemängelt, dass nicht immer eine Abklärung der Sehschädigung erfolgt und so die Mitarbeitenden nicht immer wissen, welcher aktuelle medizinische Stand vorliegt. Teilweise gaben die befragten Mitarbeitenden an, dass sie zwar für eine augenmedizinische Abklärung der Klientel plädieren, eine solche aber weder kontrollieren noch steuern könnten. Ausserdem wurde erwähnt, dass gerade die Hausärzte zu wenig für das Thema Sehbehinderung sensibilisiert seien und trotz Hinweisen aus der Pflege keine augenärztliche Abklärung forcierten. In der Begleitforschung wurde deutlich, dass sich sowohl die Leitungsebene als auch die Personalebene in den drei untersuchten Institutionen eine flächendeckende augenmedizinische Abklärung wünschen, um einerseits die Prävalenzzahlen zu kennen und andererseits adäquat auf die Zielgruppe zugehen zu können.

Bewertung des Outcomes – was hat die Schulung gebracht?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Schulung die Aufmerksamkeit gut und inhaltlich überzeugend auf das Thema Sehbehinderung im Alter lenken konnte und dass Anpassungen in der Arbeitsroutine und/oder den strukturellen Bedingungen während und direkt nach der Schulung erzielt wurden. Einzelfallbeispiele zeigen, dass spezifische Massnahmen bei Klientinnen und Bewohnern ankamen und deren Situation zu verbessern vermochten. Jedoch zeigt der mittelfristige Vergleich zum Zeitpunkt der Messphase T2, dass zwar Wissensstände weiter vorhanden und auch Arbeitsroutinen und Rahmenbedingungen in den Institutionen angepasst worden sind, diese in den unterschiedlichen Institutionen aber nicht flächendeckend und mit der gleichen Intensität nachwirken. Die durch die

Schulung erfolgten Anpassungen sind zum Zeitpunkt der letzten Erhebung (T2) nicht in allen Institutionen gleich intensiv verfolgt worden; womit die längerfristige und zukünftige Etablierung des Themas Sehbehinderung nicht überall vollumfänglich gesichert ist. Inwieweit diese ersten spürbaren Veränderungen zukünftig weiter gepflegt und etabliert werden, kann zum aktuellen Zeitpunkt nicht gesagt werden. Es kann aber festgestellt werden, dass die langfristige Wirkung der Schulung sehr stark von den Institutionen und deren Haltung, Motivation und Umsetzungsstärke gegenüber einer sehbehinderungsspezifischen Betreuung/Pflege abhängt.

Im Folgenden werden die erreichten Ziele anhand der fünf Fragestellungen kurz benannt:

1. Die Onlinebefragung und die Fokusgruppengespräche mit dem geschulten Personal zeigten einen spürbaren und messbaren Zuwachs beim sehbehinderungsspezifischen Wissen und der Kompetenz im Umgang mit Personen mit stärkeren Sehproblemen.
2. Die Befragungen der Mitarbeitenden zeigten, dass neben dem dazugewonnenen Wissen auch eine grundlegende Sensibilisierung für das Thema Sehbehinderung stattgefunden hat. Die Berücksichtigung einer sehbehinderungsspezifischen Betreuung/Pflege im Berufsalltag zeigte sich anhand einzelner Fallbeispiele, insbesondere dann, wenn kleine Anpassungen innerhalb der Lebenswelt von Klientinnen/Klienten mit Sehproblemen zu sichtbaren Erfolgen geführt hatten.
3. Die Arbeitsweise ist einerseits abhängig von den strukturellen Rahmenbedingungen, die eine solche Arbeitsweise fördern bzw. hindern (siehe oben), und andererseits von der Motivation und Haltung jener Personen, die diese Arbeit ausführen. Hier zeigte die Begleitforschung, dass es nicht immer flächendeckend und nachhaltig zu einer Anpassung der Arbeitsweisen nach der Schulung gekommen ist; in der stationären Einrichtung und der schweizerischen Spitex schien es eher zu individuellen Anpassungen durch einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gekommen zu sein, die erlebt hatten, dass Veränderungen bestimmter Arbeitsweisen Erfolge nach sich ziehen. Hier wäre es wichtig, dass diese „kleinen Erfolge“ weitergetragen werden.
4. Die Onlinebefragung und die anderen Datenquellen zeigten, dass es zu einem spürbaren Anstieg der Sicherheit der Mitarbeitenden im Umgang mit Personen mit Sehbehinderungen gekommen ist. Die Mitarbeitenden fühlten sich direkt nach der Schulung kompetenter, motivierter und sicherer im Umgang mit von einer Sehbehinderung betroffenen Klientinnen/Klienten. Insbesondere die Selbsterfahrung und die Praxisbeispiele z. B. bezüglich der Abgrenzung zwischen Sehbehinderung und Demenz wurden als sehr lehrreich und „augenöffnend“ erlebt.
5. Die Institutionsleitungen konnten durch die KSiA-Schulungen sensibilisiert werden, was sich in entsprechenden Aussagen in den Leitungsinterviews zeigte. Nur zum Teil konnte aber erreicht werden, dass nachhaltige Strukturen und Angebote für Personen mit einer Sehbehinderung geschaffen wurden; hier unterscheiden sich die drei Institutionen in der Form und Intensität solcher Angebote.

Interpretation der Studie, Beurteilung der Projekte

Fatima Heussler, KSiA

Die Studie des Zentrums für Gerontologie bescheinigt den beteiligten Organisationen einen mindestens vorübergehenden Gewinn für die Mitarbeitenden und Bewohnenden oder Kundinnen und Kunden und dem Kompetenzzentrum Seh- und Hörbehinderung im Alter (KSiA) gute Arbeit. Aus dieser Sicht können die durchgeführten Schulungen als – zumindest teilweise – erfolgreich beurteilt werden.

Ziel der Projekte ALESI und Spitex-SiA und Grund für die externe Begleitstudie war es jedoch, den *nachhaltigen* Nutzen solcher Schulungen für die Bewohnenden von stationären Alterseinrichtungen und die Kundinnen und Kunden der Spitex zu zeigen und damit einer nützlichen und nötigen spezialisierten Pflege und Betreuung bei Sehbehinderung in der gesundheitlichen Langzeitversorgung den Weg zu ebnen. Übers Ganze gesehen wurde dieses Ziel im Fürstentum Liechtenstein erreicht, nicht aber in den beiden Schweizer Organisationen. Dort „verpufften“ die meisten Schulungserfolge rasch. So berichteten die geschulten Mitarbeitenden der Schweizer Spitex im Fokusgruppengespräch übereinstimmend, sie hätten keine spezifischen Aufträge bezüglich Sehbehinderung, die meisten von ihnen gaben an, heute in einem Demenz-Team zu arbeiten. Dennoch sind die Projekte aus unserer Sicht nicht gescheitert: Die Studienresultate machen just deutlich, was die Umsetzung des von sehbehinderungsspezifischer Pflege und Betreuung erschwert.

Genannt werden die hinderlichen Umstände im obigen Absatz zu förderlichen und hinderlichen Faktoren, ohne dass deren Vorliegen der einen oder anderen den einzelnen teilnehmenden Organisationen zugewiesen wird. Die Zuordnung zeigt folgendes Bild: Die wirtschaftlichen Bedingungen sind im Fürstentum Liechtenstein deutlich besser als in der Schweiz (Information der Direktorin Familienhilfe Liechtenstein e.V. im Gespräch mit der Schreibenden, ausserhalb der Studie). Dies erlaubt der Familienhilfe, im Durchschnitt besser ausgebildetes Personal zu rekrutieren und mehr Zeit pro Besuch bei jeder Kundin, jedem Kunden zu kalkulieren. Dies wiederum trägt zu niedrigerer Fluktuation beim Personal bei. Das Engagement der Direktorin über die ganze Laufzeit des Projektes und ihre Unterstützung mit der nötigen strukturellen Einbettung des Themas trug zur nachhaltigen Umsetzung bei. So sind die Benennung von Fachverantwortlichen Sehbehinderung, die Organisation interner Schulungen für weitere Mitarbeitende und die Abläufe zur Erkennung von Sehbehinderung sowie der Informationstransfer von diesbezüglichen Beobachtungen etabliert, Arbeitsaufträge schliessen sehbehinderungsspezifische Leistungen ein und das Thema ist in Teamsitzungen fest verankert. Zudem sind die Pflegemitarbeitenden auch ohne augenmedizinischen oder hausärztlichen Befund befugt und angehalten, sehbehinderungsspezifische rehabilitative Pflegeleistungen zu erbringen.

Die genannten hinderlichen Faktoren beziehen sich also grossmehrheitlich auf die beiden Schweizer Organisationen. Soll nun dem Schweizer Alterszentrum und der Spitex ein Vorwurf gemacht werden? Nein, denn insbesondere heute, nach der ersten COVID-19-Welle, ist der wirtschaftliche Notstand in der Pflege allgemein bekannt und muss an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Wie soll eine Arbeitsleistung angewiesen werden, wenn sie nicht finanziert wird?

Es bleibt aber zu bemängeln, dass die augenmedizinische Versorgung in beiden Ländern suboptimal ist und dass die Pflegefachpersonen in der Schweiz (noch) nicht befugt sind, bei fehlender augenmedizinischer oder hausärztlicher Diagnose rehabilitativ wirkende Pflegeleistungen zu erbringen.

In diesem Sinn bedanke ich mich herzlich beim Zentrum für Gerontologie, das die Studienresultate mit wertschätzender und sorgsam zurückhaltender Formulierung präsentiert, und bei allen Teilnehmenden für ihr menschliches und fachliches Engagement. Ich spreche ihnen Mut zu, für ihre erweiterte Fachkompetenz bei Ärzten und Ärztinnen, Krankenversicherern und Behörden einzustehen und weiter den Personen mit im Alter erworbener Sehbehinderung fördernd beizustehen.

Anhang: Nutzen für die Betroffenen – Einzelfallbeispiele

Magdalena Seibl, KSiA

Die Anlage der durchgeführten Begleitforschung erlaubt Aussagen zum unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen nur indirekt über die Einschätzungen und Beispiele der Mitarbeitenden und Leitungspersonen in den Institutionen. Diese zeigen aber exemplarisch, dass sich die Schulungen in der Praxis bis auf die Ebene der durch die beiden Projekte Begünstigten auswirkten.

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelfallbeispiele aus den Fokusgruppengesprächen präsentiert.

1. In der Familienhilfe FL führte eine der geschulten Pflegefachperson bei sieben Klientinnen und Klienten ein Fokusassessment Sehbeeinträchtigung durch und empfahl dann den untersuchten Personen einen Besuch beim Augenarzt. Bei drei dieser Personen wurde eine Katarakt (Grauer Star, operabel) festgestellt, bei einer Klientin die feuchte Form der Altersbedingten Makuladegeneration (AMD), die jetzt augenärztlich mit Injektionen behandelt wird. Nicht alle Klienten und Klientinnen wollten einen Augenarzt konsultieren. Alle wurden aber pflegerisch bezüglich Sehbeeinträchtigung und Unterstützungsmöglichkeiten beraten, auch diejenigen, die den empfohlenen Arztbesuch nicht machen wollten, und es wurden sehbehinderungsspezifische Pflegemassnahmen in die Planung aufgenommen. (FG_MA, S. 2; Bestätigung im Leit LI, S. 8)
2. Bei der Klientin mit der feuchten AMD verschlechterte sich die Sehkraft in kurzer Zeit drastisch, was bei ihr Angst auslöste, auch ob sie noch zuhause bleiben könne. Die Spitex-Mitarbeiterin leitete eine Reihe von spezifischen Massnahmen ein (Informationen in Grossschrift mit dickem Markierungsstift, Kontakt mit der Beratungsstelle, Markierungshilfen im und vor dem Haus). Unter anderem wurde das Geländer an der Treppe zum Haus mit Markierungspunkten gekennzeichnet und je ein Rollator oben und unten bereitgestellt, sodass sie sie durch Abtasten selbst benutzen kann. So macht sie regelmässig draussen kleine Spaziergänge („50 Meter oder so“). „Für sie war das ein super Erfolg und sie ist immer noch glücklich.“ Dank dieser Unterstützung konnte die Klientin weiter zuhause wohnen bleiben, obwohl sich ihre Sicht gemäss eigenen Angaben zusehends verschlechterte. (FG_MA, S. 3, 6-7)
3. Einer weiteren Klientin fiel ab und zu das Glas hinunter, wenn sie es auf dem Tisch suchte. Die empfohlene augenärztliche Abklärung wollte sie aber nicht machen. Die Mitarbeiterin der Familienhilfe nutzte daraufhin statt des durchsichtigen Glases ein blaues. Danach ging es viel besser. Als weitere Massnahme wurde mit einem gleichbleibenden Schema der Anordnung der Speisen auf dem Teller gearbeitet. Allerdings nahm bei der Klientin mit der Zeit die demenzielle Entwicklung so zu, dass sie damit nicht mehr umgehen konnte. Die Lösung mit dem blauen Glas funktionierte weiterhin und animiert die Frau zum Trinken. (FG_MA, S. 5)
4. Die Mitarbeitenden der Familienhilfe machten mehrfach gute Erfahrungen mit dem Einsatz von Markierungspunkten und Informationen in Grossschrift. Bei einer Klientin organisierte die Mitarbeiterin der Betreuung einen Flüssigkeitsmelder, seither kann die Frau wieder selbständig einschenken. Bei dieser Klientin erwies sich auch der Einsatz eines roten Tischsets als hilfreich. (FG_MA, S. 7-8)
5. Einer anderen Klientin mit vorbestehender Diagnose AMD, die im Alltag gut zurechtkam, konnte mit zusätzlichen „Kniffen“ der Alltag erleichtert werden (genannt wurde das Anrichten des Frühstücks nach der Uhr). Zudem zeigte sich, dass die Frau eine Lesehilfe mit Vergrößerung und starker Lampe hatte, das Gerät aber nicht bedienen konnte. Dank der Unterstützung der Spitex-Mitarbeiterin konnte sie das Gerät in Betrieb nehmen. (FG_MA, S. 5)
6. In der Familienhilfe wird seit der Schulung das Fokusassessment Sehbeeinträchtigung im Rahmen der Sturzabklärung als Mittel eingesetzt, um die Sehfähigkeit zu beurteilen. (FG_MA, S. 10)
7. Die Leitungspersonen der Familienhilfe stellen fest, dass nun von den Mitarbeitenden der Betreuung vermehrt Hinweise auf Auffälligkeiten zurückgemeldet werden, z. B. wenn sich die Klientin jedes Mal nach dem Aufräumen der Unordnung auf dem Tisch nicht mehr zurechtfindet. „Jetzt wissen die Betreuerinnen, dass sie es so sein lassen sollen. Das ist für die Klientin auch schön, dann hat sie nicht mehr das Gefühl, die räumen mir alles weg. Obwohl sie es nur gut gemeint haben. Das war so ein Beispiel, das ich ganz spannend gefunden habe.“ (Leit LI, S. 8)

8. Bei einem Kunden der Schweizer städtischen Spitex mit Sehbeeinträchtigung klappte es nicht mit der selbständigen Einnahme seiner Medikamente. Öfter fanden sich verloren gegangene Tabletten auf dem Boden. Die Mitarbeiterin ordnete ihm nach der Schulung die Medikamente für Mittag, Abend und Nacht in einem farbigen Teller „und das hat sehr gut funktioniert“ und funktioniert bis heute noch so. Die Massnahme hat sich bewährt und wird nun von allen Teammitgliedern umgesetzt. (FG_Sp-Pfl, S. 6)
9. Einer anderen Mitarbeiterin fiel in der Begleitung einer Kundin zur Demenzabklärung in der Memory-Klinik auf, dass die Frau im Garten auf eine Distanz von 4-5 Metern ein grau-weisses Kaninchen für ein weggeworfenes Taschentuch hielt. Sie informierte den Arzt der Memory-Klinik darüber, dass möglicherweise ein Sehproblem vorliegen könnte und bat ihn, eine augenärztliche Abklärung zu veranlassen. (FG_Sp-Pfl, S. 2)
10. Die Ansprechperson für Sehbehinderung bei der Schweizer Spitex stösst bezüglich der Sorgfalt in der Abgrenzung von Demenz und Sehbehinderung gelegentlich an Grenzen, wenn Ergebnisse von MMS-Tests (Mini-Mental-Status) eine fortgeschrittene Demenz anzeigen (Werte wie 15 von 30), was sie aber mit der beobachteten Kognition beim Patienten nicht in Übereinstimmung bringen kann. Wenn sie mit ihren Beobachtungen und ihrem Verdacht, dass eine Sehbeeinträchtigung statt einer Demenz vorliegen könnte, an die Ärzte gelangt, macht sie zumeist negative Erfahrungen mit der Reaktion der Ärzte. (FG_Sp-Pfl, S. 3-4)
11. In der untersuchten stationären Alterseinrichtung informieren die Mitarbeitenden des Service zwei Bewohnerinnen mit Sehbehinderung jeweils nach der Uhr, wo was auf dem Teller ist. Die eine hatte vorher kaum mehr gegessen, danach wurde diese Lösung getroffen. Die Mitarbeitenden stellen fest, dass sich die Frau freut, wenn man ihr sagt, wo was liegt, weil das Essen dann besser geht. (FG_AF, S. 1)
12. Im Speisesaal wurde nach der Schulung mit verschiedenen Gedecken ausprobiert, was einen guten Kontrast für Personen mit Sehbehinderung ergibt und was auch für die anderen Mitbewohnenden angenehm ist. Statt der früher blau-weiss karierten Tischdecken gibt es jetzt beige Tischdecken mit grünen Läufern und für das Frühstück rote Sets. Das weisse Geschirr hebt sich für Personen mit Sehbehinderung gut vom Hintergrund ab. „Kommt bei allen gut an, ob mit oder ohne Behinderung.“ Auch die Küche probiert mit mehr Farben und Kontrasten auf den Tellern zu arbeiten, was aber schwieriger sei und noch in der Phase des Ausprobierens. (FG_AF, S. 3-4)
13. Für den Speisesaal wurden nach der Schulung die Tische umgestellt und die Regelung eingeführt, dass die Rollatoren nicht mehr neben den Tischen stehen dürfen, weil das Personen mit Sehbeeinträchtigung den Weg zum eigenen Tisch erschwert. (FG_AF, S. 3-4)
14. Die Mitarbeitenden der Reinigung achten nun bewusst darauf, Dinge so gut wie möglich am richtigen Platz zu belassen. Sie nennen das Beispiel von Frau O., die genau weiss, wo die Dinge sind, zum Beispiel das Trinkglas. Neue Mitarbeitende werden so eingeführt, dass sie diese Regel beachten. (FG_AF, S. 1)
15. Im Alterszentrum wurden die Schriften für Mitteilungen vergrössert: „richtig grosse Zettel mit grosser Schrift, im Zimmer aufgehängt, wann und mit wie vielen Personen wir kommen für die Reinigung.“ (FG_AF, S. 6)

Legende:

- FG_MA = Fokusgruppengespräch Mitarbeitende Pflege und Betreuung des ambulanten Dienstes in Liechtenstein zum Zeitpunkt T2
- FG_Sp-Pfl = Fokusgruppengespräch Mitarbeitende Pflege in einem städtischen schweizerischen Spitex-Zentrum zum Zeitpunkt T2
- FG_Pfl = Fokusgruppengespräch Mitarbeitende Pflege im städtischen schweizerischen Alterszentrum zum Zeitpunkt T2
- FG_AF = Fokusgruppengespräch Andere Funktionen (Hotellerie, Reinigung, Speisesaal, Küche usw.) im städtischen schweizerischen Alterszentrum zum Zeitpunkt T2
- Leit = Leitungsgepräch
- LI = Liechtenstein
- T2 = Erhebungszeitpunkt ½ Jahr nach Abschluss Schulung
- Seitenangaben und Zitate beziehen sich auf das jeweilige Gesprächsprotokoll