

Der «Befindlichkeitsstern»: Entwicklung eines Instruments zur Qualitätsverbesserung im milieuthérapeutischen Bereich

■ H. Meng, B. Mohler, F. Amsler, D. Bärigin

Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und Poliklinik (KJUP) Basel

Summary

Meng H, Mohler B, Amsler F, Bärigin D. "Befindlichkeitsstern": development of an instrument for the improvement of the quality of care in a milieu-therapeutic unit. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1999;150:225–32.

The article describes the development of a computerised instrument assessing and combining states of adolescent patients and ward atmosphere of a milieu-therapeutic inpatient unit. The clinical and scientific efficiency of the instrument has been tested during a pilot period. Assessing and visualising subjective ratings of the patients' states and the ward atmosphere improves quality control and staff training. The potentials of the computerised instrument are demonstrated through a case example and basic statistical analysis.

Keywords: computerised assessing instrument; ward atmosphere; quality control; staff training

Zusammenfassung

Die Entwicklung eines computerunterstützten Programms (Befindlichkeitsstern) zur Erfassung subjektiver täglicher Einschätzungen von Patientenbefindlichkeiten durch Mitarbeiter einer nach milieuthérapeutischen Gesichtspunkten geführten jugendpsychiatrischen Abteilung wird vorgestellt. Im Rahmen einer Pilotphase konnte die klinische und wissenschaftliche Tauglichkeit des Instruments getestet werden. Erfassung und Visualisierung von periodischen subjektiven Beurteilungen von Patientenbefindlichkeiten und Abteilungsklima unterstützen ein qualitätssicherndes Mitarbeitertraining. Die Möglichkeiten des Instruments wer-

den anhand eines Fallbeispiels und erster statistischer Analysen dargestellt.

Schlüsselwörter: Befindlichkeitsstern; Abteilungsklima; computerunterstütztes Einschätzungsprogramm; Qualitätssicherung; Mitarbeitertraining

Einleitung und Zielsetzung

Die inflationäre Ausweitung des Qualitätsbegriffs unter dem Diktat ökonomischer Sparvorgaben und jüngst unter gesetzlichen Prämissen des Krankenversicherungsgesetzes droht eine Selbstverständlichkeit psychiatrisch-psychotherapeutischen Bemühens in den Hintergrund zu drängen: die allgegenwärtige Frage nach der Qualität des eigenen Tuns. Dieser Frage kommt im milieuthérapeutischen Bereich eine besondere Bedeutung zu, da hier die Interaktionen besonders vielfältig und die am Gelingen eines therapeutischen Prozesses beteiligten Personen komplex vernetzt sind. Es besteht deshalb das Interesse, das komplexe Geschehen einer milieuthérapeutischen Abteilung abzubilden, um positive Entwicklungen, Stagnationen oder gar Rückschritte auf der Patienten- und Abteilungsebene erkennen zu können.

Die Erkenntnis der Bedeutung eines Stationsklimas ist sehr etabliert. Bereits 1953 hielt ein psychiatrisches Expertenkomitee der WHO fest: «Der bedeutendste Einzelfaktor betreffend Behandlungseffizienz einer psychiatrischen Abteilung scheint das schwer fassbare Element zu sein, welches nur als «Abteilungsklima» bezeichnet werden kann» (zit. nach [1]; Übersetzung H. M.).

Das Bemühen, die Abteilungsdynamik oder den Charakter einer milieuthérapeutischen Abteilung metrisch zu erfassen, ist nicht neu [2–5]. Eine Zusammenfassung findet sich auch bei Heim [6]. Er untersuchte die Milieubedingungen mit einem von Engel [4] aus der Ward Atmosphere Scale [3] entwickelten Stationsbeurteilungsbogen, der Skalen verschiedener zwischenmenschlicher Bereiche enthält. Dieses Instrument, das in verschiedenen Versionen weiterentwickelt und in verschiedenen Abteilungssettings untersucht wurde,

Korrespondenz:
Dr. med. Heiner Meng
JPA
Röschenzerstrasse 7
CH-4053 Basel

ist auch in den letzten Jahren weiterhin in Gebrauch [4, 7–12]. Hinsichtlich einer stärker auf das Individuum bezogenen Befindlichkeit von Patienten und Mitarbeitern wird im deutschen Sprachraum in erster Linie die Befindlichkeitsskala nach Von Zerssen [13] angewandt. Bisher wurden unseres Wissens keine Instrumente entwickelt, die Aspekte der oben erwähnten Abteilungsatmosphäre, individuelle Befindlichkeiten ähnlich dem «Von Zerssen» sowie interpersonale Beobachtungen aus dem Klinikalltag in einer Skala zu integrieren versuchen und die im Klinikalltag routinemässig zur Qualitätsüberwachung anwendbar werden könnten.

Neuere Veröffentlichungen [14] weisen auf das Potential multidisziplinärer regelmässiger Qualitätszirkel im stationären kinderpsychiatrischen Alltag hin. Dass die subjektiv wahrnehmbare Abteilungsatmosphäre auf Arbeitsqualität und Behandlungserfolg signifikante Auswirkungen hat, wurde wiederholt bestätigt [6, 15, 16].

In der vorliegenden Arbeit soll die Entwicklung eines Instruments vorgestellt werden, das zur repetitiven, quantifizierten Erfassung subjektiver und momentaner Einschätzungen von interpersonellen Beobachtungen aus dem Klinikalltag unserer Jugendpsychiatrischen Abteilung (JPA) verwendet wird [17]. Die Qualität der Abteilungsatmosphäre wird mittels direkter Einschätzung durch die Betreuer erfasst. Zusätzliche Informationen zur Abteilungsatmosphäre werden aus der Kombination der verschiedenen Informationen über die Patienten beziehungsweise über die Beziehungen zwischen Mitarbeiter und Patient erwartet. Patientenzentrierte klinische Auseinandersetzungen in milieuthérapeutisch orientierten Behandlungsteams fassen in der Regel zu einem wesentlichen Teil auf subjektiven Informationen, die für die Verlaufsbeurteilung von Patienten von Gewicht sind. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Prozess interessiert unter dem Aspekt der Qualitätssicherung.

Beim Entwurf des Instruments liessen wir uns von folgenden *Zielen* leiten:

- Das Instrument sollte einfach und schnell in der Anwendung sein, um bei häufigem Einsatz keine unnötigen praktischen Hindernisse in den Weg zu legen.
- Es sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung in die Beobachtungen involviert sein. Die Auseinandersetzung mit den subjektiven Beurteilungen sollte eine kritische Einstellung zur täglichen Arbeit fördern. Auch sollten spielerische und kreative Denk- und Handlungsweisen unter den Mitarbeitern angeregt werden.

- Die Einschätzungen durch die Mitarbeiter sollten die folgenden Bereiche abdecken: Beurteilung der Patientenbefindlichkeit, Beurteilung der Abteilungsstimmung, Selbsteinschätzung der eigenen momentanen Stimmung.
- Durch die Kombination von verschiedenen individuellen Einzelbeobachtungen sollte ein Blick auf übergeordnete milieurelevante Prozesse möglich werden.
- Patienten, gruppen- und stationsspezifische Charakteristika sollten im Quer- und Längsschnitt erfasst und diskutiert werden können.

Methodik

Als zentrales Instrument entwickelten wir den «*Befindlichkeitsstern*», ein computerisiertes¹ Instrument zur Erfassung, Verarbeitung und Visualisierung der kontinuierlichen Patienten-, Selbst- und Abteilungsbeurteilungen durch die Mitarbeiter².

Die Ausprägungen folgender 8 Dimensionen der Patientenbeurteilung können auf sternförmig angeordneten Achsen anhand einer 7stufigen Skala periodisch eingeschätzt werden: Ordnung, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Beziehungsfähigkeit, Gegenübertragung, Emotionalität, Selbstwert und Grundmotivation. Von uns als angestrebt definierte Qualitäten stehen aussen auf den Achsen, als unerwünscht gesetzte Qualitäten stehen innen. Der Begriff «-stern» rührt daher, dass nach Abschluss einer Patienteneinschätzung die eingegebenen Werte durch ein Polygon zu einer Sternform ergänzt werden und so ein unmittelbarer optischer Eindruck einer momentanen Befindlichkeit entstehen kann. Auf 3 Zusatzachsen soll die Qualität der eigenen Befindlichkeit (I für Ich), der Stimmung innerhalb der Patientengruppe (P für Patientengruppe) sowie der Stimmung innerhalb des Mitarbeiterteams (T für Team) eingeschätzt werden (s. Abb. 1).

1 Wir sind Frau Elena Baitmann und den Dozenten der Ingenieurschule Muttenz sehr zu Dank verpflichtet, die das aufwendige Schreiben eines Computerprogramms nach unseren Wünschen im Rahmen einer Diplomarbeit des Informatik-Nachdiplomstudiums übernommen haben.

2 Das aktuelle PC-Programm sieht vor, dass «weiche» biologische und umweltbedingte Faktoren, die populär mit Schwankungen der Befindlichkeit in Zusammenhang gebracht werden (Mondphase, Wetterfühligkeit, Biorhythmus), mituntersucht werden können. Die Frage der Wetterfühligkeit wird zusammen mit Dr. H. Rychner vom Institut für Atmosphärenphysik der ETH Zürich bearbeitet.

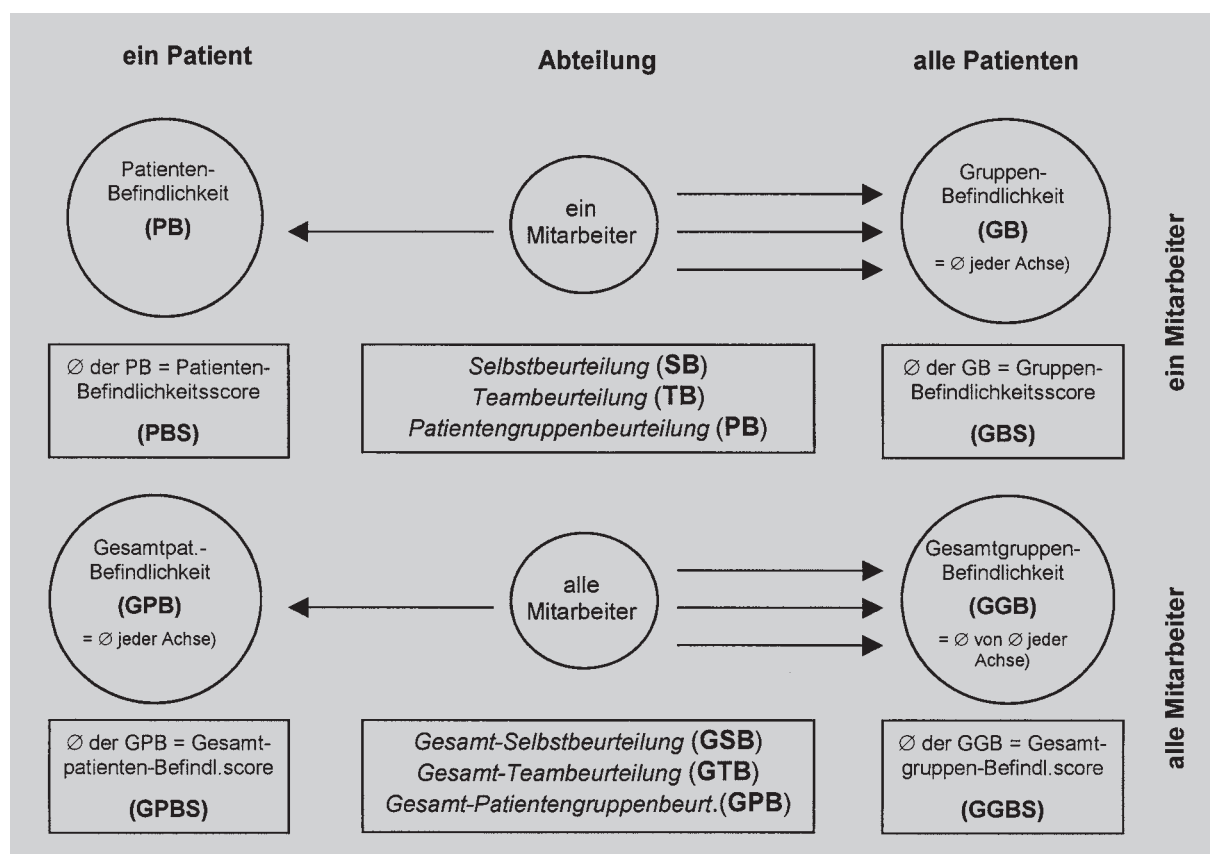
Abbildung 1 Oberfläche «Befindlichkeitsstern».

Bei den Definitionen obgenannter Grundbefindlichkeiten orientierten wir uns am Begriff der «Bezogenen Individuation». Dieser im Rahmen von familientherapeutischen Modellen durch H. Stierlin entwickelte Begriff beschreibt ein wünschbares Gleichgewicht zwischen Bezogenheit und Abgrenzung [18]. Nach Stierlin bedeutet dies in erster Linie die Bereitschaft zum Dialog, d.h. zum Teilen eines gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus und zum Einstimmen auf die Wellenlänge des

anderen bei gleichzeitiger Abgrenzung und Artikulation der eigenen Bedürfnisse, Ideen, Phantasien, Erwartungen, Rechte und Pflichten. Für die Patientinnen und Patienten einer jugendpsychiatrischen Abteilung postulieren wir, dass die Entwicklung von Fähigkeiten hin zu einer bezogenen Individuation eine zentrale Bedeutung hat. Gerade in der Adoleszenz muss diese Fähigkeit entwickelt werden [18], denn hier stehen Familienstrukturen mit mehr fusionären Tendenzen separativen Strebungen Adoleszenter gegenüber. Zudem ist bekannt, dass bei psychotischen Patienten gerade die Fähigkeit zur bezogenen Individuation durch das fusionäre Erleben stark beeinträchtigt ist. Wir gehen daher davon aus, dass in einem Milieu mit adoleszenten Patienten durch deren individuelle Psychopathologie fusionär oder mehr separativ polarisierte Übertragungen oft im Vordergrund stehen. Aus diesem Grunde ist dieser interpersonale Aspekt im entwickelten «Befindlichkeitsstern» das wichtigste Referenzsystem.

Jeder Mitarbeiter soll nun regelmässig den Befindlichkeitsstern jedes Patienten einschätzen. Damit lässt sich für jeden Einschätzungszeitpunkt ein Querschnitt über alle Mitarbeiter und Patienten darstellen. Mehrere solcher Querschnitte hintereinander zeigen den Verlauf. Die Einschätzungen eines Querschnitts können wie folgt zusammengefasst werden (Abb. 2):

Abbildung 2 Die Variablen des «Befindlichkeitssterns».



- a) Auf der Ebene *eines* Mitarbeiters: Aus der Einschätzung eines Patienten durch einen Mitarbeiter (PB = Patientenbefindlichkeit) kann der Durchschnitt der 8 Achsen errechnet werden (PBS = Patientenbefindlichkeitsscore). Aus der Einschätzung aller Patienten durch einen Mitarbeiter (GB = Patientengruppenbefindlichkeit aus der Sicht eines Mitarbeiters) kann der Durchschnitt der Achsen errechnet werden (GES = Gruppeneinschätzungsscore).
- b) Auf der Ebene *aller* Mitarbeiter: Aus der Einschätzung eines Patienten durch mehrere Mitarbeiter (GPB = Gesamtpatientenbefindlichkeit eines Patienten aus der Sicht mehrerer Mitarbeiter) kann der Durchschnitt der Achsen errechnet werden (GPBS = Gesamtpatientenbefindlichkeitsscore). Aus der Einschätzung aller Patienten durch mehrere Mitarbeiter (GGB = Gesamtgruppenbefindlichkeit) kann der Durchschnitt der Achsen gebildet werden (GGBS = Gesamtgruppenbefindlichkeitsscore).

Im Anschluss an die Einschätzungen der Patienten wird jeder Mitarbeiter aufgefordert, jeweils auch eine Einschätzung der eigenen Befindlichkeit (SB = Selbstbeurteilung), der Stimmung im Arbeitsteam (TB = Teambeurteilung) sowie der Stimmung in der Patientengruppe (AB = Abteilungsbeurteilung) vorzunehmen.

Die in der Abbildung 1 erfassten Daten entsprechen einer *Querschnittsmessung*. Dieser Datensatz wird zu jedem Messzeitpunkt erhoben. Durch ein Aneinanderreihen dieser Querschnittsmessungen können *Längsschnitte* gebildet werden.

Durch die Testung des Instruments während einer 5wöchigen Pilotphase wurden folgende Ziele verfolgt:

- Ausbildung der Mitarbeiter für die Anwendung des Instruments,
- technischer Test des interaktiven Dateneingabe-Programms,
- erste Evaluation von Patienten- und Mitarbeiterprofilen im Quer- und Längsschnitt und Versuch einer Interpretation.

In der Pilotphase machte jeder Mitarbeiter bzw. jede Mitarbeiterin einmal wöchentlich (jeweils zwischen Dienstag und Donnerstag in der zweiten Arbeitsschichthälfte) eine Einschätzung jedes Patienten, der Teambefindlichkeit und der Befindlichkeit seiner selbst.

Hypothesen

Bezüglich des entwickelten Instruments werden mehrere Hypothesen gebildet, von denen ein Teil

bereits anhand der hier zur Diskussion gestellten Pilotphase I geprüft werden konnte (Hypothese 1 und 2); die Mehrzahl aber wird, wegen ihres quantitativen Charakters, erst aufgrund eines längeren Datensatzes überprüft werden können (Hypothese 3–6).

a) Hypothesen bezüglich Qualitätsfragen

1. Die Patienteneinschätzung mittels des «Befindlichkeitssterns» bietet eine geeignete Grundlage und gibt Anstösse für eine qualitative Diskussion persönlicher Patienteneinschätzungen im Rahmen wöchentlicher Teamsitzungen.

b) Folgende Zusammenhangshypothesen sollen überprüft werden

Querschnitt:

(Erläuterungen der Abkürzungen siehe oben)

2. Die einzelnen Patientenbefindlichkeiten (PB und PBS) und somit auch die Gruppenbefindlichkeiten (GB und GBS) korrelieren positiv mit der Selbstbeurteilung (SB), der Teambeurteilung (TB) sowie der Abteilungsbeurteilung (AB).
3. Bei Mitarbeitern mit weniger Erfahrung sind diese Zusammenhänge deutlicher als bei Mitarbeitern mit langjähriger Erfahrung, da die Fähigkeit zu objektiverer Einschätzung mit zunehmender Erfahrung steigt.
4. Aus 2 ergibt sich die übergreifende Hypothese, dass die Gesamtpatientenbefindlichkeit (GPB und GPBS) und somit auch die Gesamtgruppenbefindlichkeit (GGB und GGBS) mit der Gesamtselbstbeurteilung (GSB), der Gesamtteambeurteilung (GTB) sowie der Gesamtabteilungsbeurteilung (GAB) positiv korrelieren.

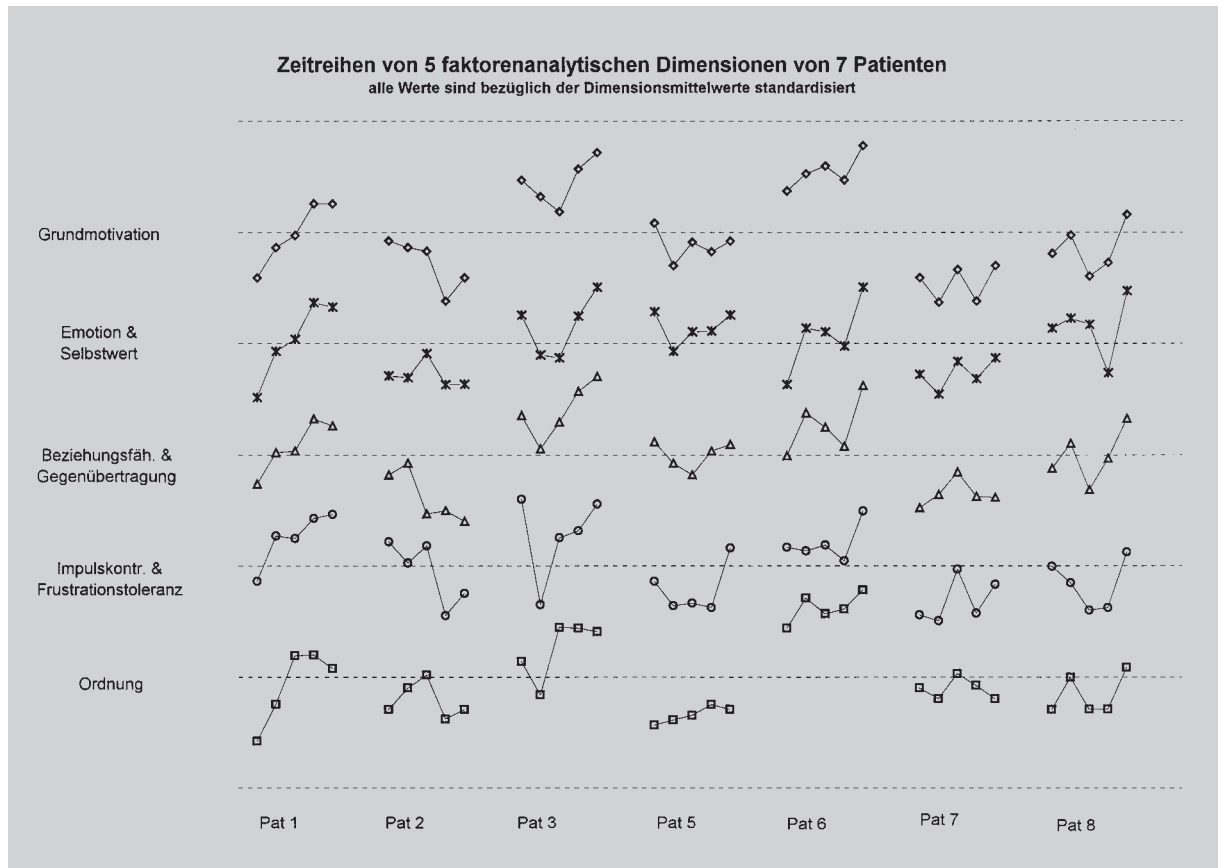
Längsschnitt:

5. Die Patientenbefindlichkeit (PB und GPB) verbessert sich im Laufe des Aufenthalts eines Patienten.
6. Die Streuung der Patienteneinschätzungen (PE und GPE) verschiedener Mitarbeiter nimmt im Laufe eines Aufenthalts ab (Abnahme der Notwendigkeit zu Spaltungsprozessen als Folge des Heilungsprozesses).

Resultate

In einer 5wöchigen Pilotphase wurden von 9 stationären Patienten mit Hilfe des obgenannten Instruments wöchentlich Daten erhoben. Der Schichtdienst der Mitarbeiter machte es schwierig, in der vergleichsweise kurzen Zeit mit nur einem Messzeitpunkt pro Woche kontinuierliche Datensätze zu erhalten.

Abbildung 3
Verlaufsdaten
von 8 Patienten.



Die Akzeptanz bei den Mitarbeitern erwies sich als sehr gut. Das Eingabeprogramm war bereits in der vorliegenden Form brauchbar, wenn auch noch nicht perfekt ausgereift.

Querschnitt: Patienteneinschätzungen

Der vorliegende Datensatz aus der vergleichsweise kurzen Erprobungszeit ermöglicht nur limitierte statistische Analysen. Da die Frage nach statistischen Zusammenhängen (z.B. Unabhängigkeit der gewählten Dimensionen, Korrelationen) nicht im Zentrum der ersten Erprobung stand und die Möglichkeiten der statistischen Methodik überfordert, geben wir im folgenden nur einen kurzen Überblick über einzelne Resultate erster Korrelations- und Faktorenanalysen.

Mögliche Ähnlichkeiten der 8 Dimensionen wurden im Hinblick auf Interkorrelationen überprüft. Es resultierten Hinweise, dass die 8 Dimensionen nicht unabhängig voneinander sind. Zusammenhänge scheinen in einer 2-Faktoren-Lösung zwischen Beziehungsfähigkeit, Emotionalität, Impulskontrolle, Selbstwert, Frustrationstoleranz und Gegenübertragung einerseits sowie Ordnung und Grundmotivation andererseits zu bestehen. Mit einer 5-Faktoren-Lösung mit Selbstwert/Emotionalität, Ordnung, Frustrations-

toleranz/Impulskontrolle, Gegenübertragung/Beziehungsfähigkeit sowie Grundmotivation werden 86,9% der Varianz erklärt. Die Mitarbeiter-Selbsteinschätzungen demgegenüber scheinen unabhängig voneinander zu sein.

Beim Vergleich der Patienteneinschätzungen mit den Mitarbeitervariablen zeigte sich, dass vor allem die Einschätzung der Variablen Frustrationstoleranz und Impulskontrolle hoch positiv mit der Teamskala korreliert. Erstaunlich dagegen sind die negativen Korrelationen von Team- und Ich-Skala mit den Gegenübertragungsgefühlen gegenüber den Patienten. Mitarbeiter, die sich und das Team positiver einschätzten, erlebten negativere Gegenübertragungsgefühle gegenüber den Patienten.

Längsschnitt: Patienteneinschätzung

Um eine Idee zu erhalten, wie sich die Patienteneinschätzung über die Zeit verhält, wurden die Zeitreihen aller Patienten über die 5wöchige Pilotphase aufgezeichnet. Der Verlauf der 5-Faktoren-Lösung ist in Abbildung 3 dargestellt. Dabei fällt der parallele Verlauf der meisten Dimensionen bei vielen, aber nicht bei allen Patienten auf. Mit nur 5 Zeitpunkten können diese Verläufe jedoch nicht statistisch bearbeitet werden.

Abbildung 4 Durchschnittliche Einschätzung durch alle Mitarbeiter von Ursula, Woche 44–48.

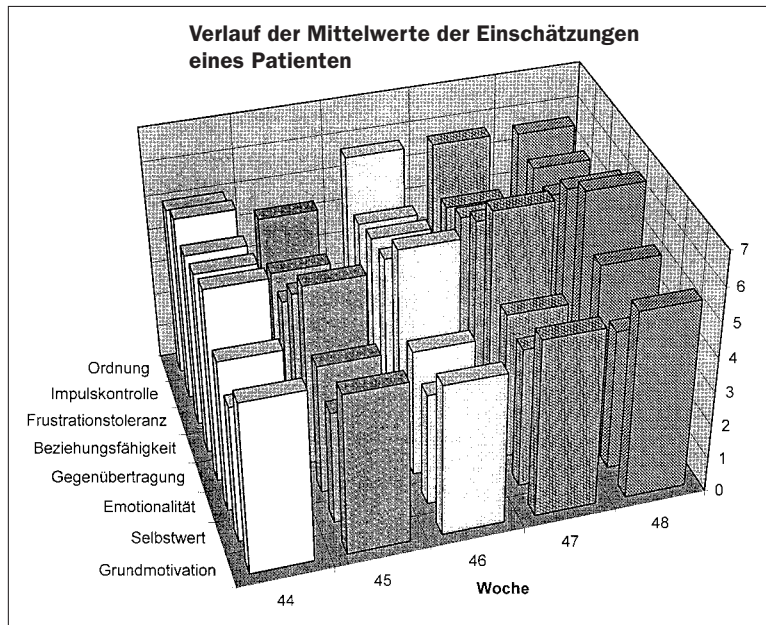
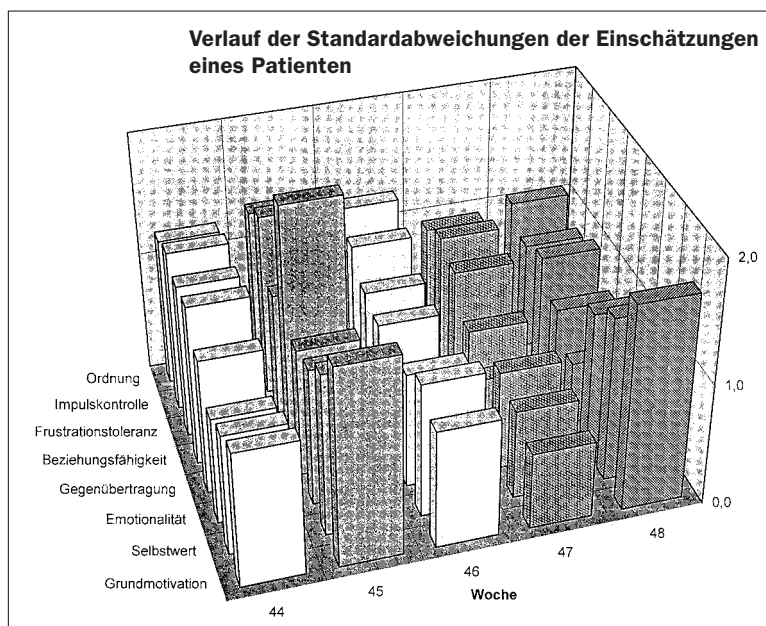


Abbildung 5 Relative Standardabweichung der Einschätzung der Patientin Ursula durch alle Mitarbeiter, Woche 44–48.



Darstellung eines Patientenprofils

Zur Illustration der Möglichkeiten des Instruments soll anhand einer klinischen Vignette die Problematik einer Patientin und der Verlauf ihrer Hospitalisation zur Zeit der Pilotphase parallel zur Darstellung im «Befindlichkeitsstern» dargestellt werden:

Die Patientin (18 Jahre alt), wir nennen sie hier Ursula, wurde wegen einer sich vertiefenden Depression, die sich trotz 5monatiger Vorbehandlung in einer psychiatrischen Klinik nicht gebessert hatte, zur Weiterbehandlung in die JPA einge-

wiesen. Auslöser war eine suizidale Krise, die einer versuchten Vergewaltigung der sich prostituierenden Patientin folgte. Aus der Geschichte des Kindsvaters ist eine lange politische Verfolgung mit Haftstrafen und Folter bekannt.

Auffällig ist die sprunghafte Veränderung von Woche 44 zu Woche 45 in Form eines Einbruchs in fast allen Dimensionen, insbesondere der Impulskontrolle. Dies gleicht sich im weiteren Verlauf wieder aus. Klinisch fällt in diese Zeit ein Besuch auf der Herbstmesse, wo eine Mitpatientin aus gegebenem Anlass von einem Missbrauchserlebnis erzählte und damit die Thematik sexueller Übergriffe in der Gruppe der Patienten wieder aktuell wurde. Ursula reagierte darauf mit einem Rückfall in ihre Drogenproblematik und erneuter Suizidalität.

Auffällig ist, dass sich offenbar nicht alle Mitarbeiter in der Einschätzung dieser Krise einig waren, nimmt doch die Streuung der durchschnittlichen Einschätzungen der gleichen Patientin im fraglichen Zeitraum sprunghaft zu, wie aus Abbildung 5 ersichtlich ist.

Hinweise auf Turbulenzen, wie sie Ursula in der Woche 45 erlebt hatte, fanden sich auch bei anderen Patienten. Es schien also, dass die Erschütterung, die Ursula ausdrückte, auch andere Patienten miterfasst hatte (vergl. dazu auch Abb. 4).

Auf der Mitarbeiterebene war in den Ergebnissen der Pilotphase I auffällig, wie die verschiedenen Mitarbeiter die Patienten unterschiedlich beurteilten, sowohl bezogen auf absolute Werte (Durchschnitt der Einschätzungen) als auch bezogen auf das Ausmass, wie weit sie von der angebotenen Skala Gebrauch machten (Standardabweichung). Dies kann eine sehr stimulierende Grundlage für kritische Auseinandersetzungen im Team bilden.

Diskussion

Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Handeln war schon immer ein zentrales Anliegen verantwortungsbewusster Helfer. In den vielschichtigen Netzen gegenseitiger Beeinflussung eines therapeutischen Milieus ist die Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen entsprechend komplex. Der «Befindlichkeitsstern» ist als Grundlage und Instrument gedacht für eine kontinuierliche qualitative Verbesserung der Betreuung in einer nach milieuthérapeutischen Gesichtspunkten geführten Abteilung. Nicht nur eine kritische Evaluation und Schulung der subjektiven Beurteilung von Patienten durch Helfer ist ein notwendiger Bestandteil einer kontinuierlichen

Überprüfung der Pflegequalität; auch eine kontinuierliche Beurteilung der im Entwicklungsprozess eines Patienten gemachten Fortschritte kann dazu dienen, mögliche Stagnationen frühzeitig zu erkennen und so unnötige Verlängerungen von Hospitalisationen zu vermeiden.

Der «Befindlichkeitsstern» als computerunterstütztes Programm hat sich von der zu erwartenden Fülle von Daten her aufgedrängt und als sinnvoll erwiesen. Es zeigte sich, dass die Anwendung des Programms auch für Laien in Computerfragen leicht und mit einem vertretbaren zeitlichen Aufwand (ca. 5 Minuten auf einen Mitarbeiter und 8 Patienten) verbunden ist. Die Automatisierung garantiert eine vollständige Erfassung der Daten, die umgehend in einer Datenbank für die weitere Bearbeitung bereitstehen. Diese wenig Zeit in Anspruch nehmende Anwendung des «Befindlichkeitssterns» kam dem hektischen Alltag unserer jugendpsychiatrischen Akutstation sehr entgegen. Das Projekt erfreute sich deshalb auch einer grossen Akzeptanz unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die 8 gewählten Parameter entsprechen üblichen Beurteilungsaspekten im klinischen Alltag und berücksichtigen auch das persönliche Involviertsein jedes Mitarbeiters. Als psychodynamisches Modell, das jeder klinischen Arbeit mehr oder weniger bewusst inhärent ist, hat sich für unsere Abteilung das Stierlinische Konzept der bezogenen Individuation bewährt.

Die Darstellung der Befindlichkeiten in Sternform (vergl. Abb. 1) ist geeignet, um sich im Abteilungsalltag einen Eindruck über momentane Zustände bzw. Beurteilungen über den Zustand der Patienten zu verschaffen (Querschnitt), beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen oder Wochenrapporten. Dagegen ist für die Darstellung von Verläufen (Längsschnitt) eine Darstellung in Säulen- (Abb. 4–5) oder Kurvenform (Abb. 3) vorzuziehen. Dadurch können Entwicklungen über die Zeit oder Parallelverläufe besser erkennbar gemacht werden.

Für eine Untersuchung der Ergebnisse mit statistischen Methoden war der vorliegende Datensatz wie erwartet zu klein, weshalb aus methodischen Gründen auf eine vertiefte statistische Analyse im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet wurde. Hinsichtlich der weiteren Anwendung und Testung des Instruments in einer Pilotphase II deuten die ersten Ergebnisse der Faktorenanalyse darauf hin, dass einzelne Dimensionen nicht unabhängig sind. Ob eine weiterführende begriffliche Differenzierungsarbeit im Abteilungsteam die Trennschärfe beispielsweise von Begriffen wie Gegenübertragung und Be-

ziehungsfähigkeit zu erhöhen vermag, wird die Pilotphase II zeigen.

Sehr ergiebig erwies sich der «Befindlichkeitsstern» in seinem eigentlichen Einsatzgebiet als Grundlage für ein qualitätssicherndes Training von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Durch eine vergleichende Gegenüberstellung verschiedener Einschätzungen desselben Patienten durch verschiedene Mitarbeiter drängte sich eine Diskussion der unterschiedlichen Blickwinkel geradezu auf. Genauso augenfällig war das unterschiedliche Ausschöpfen der zur Verfügung stehenden Skala von 1–7 subjektiven Wertpunkten.

Beobachtungen dieser Art können im abteilungsinternen Mitarbeitertraining als Anstoss dazu dienen, die Sicherheit und Differenziertheit eigener Wahrnehmungen zu erhöhen beziehungsweise sich ihre Relativität vor Augen zu führen und damit einer Bearbeitung, bzw. einem Training, zugänglich zu machen.

Ein qualitativer Vergleich der 8 Patienten zeigt unterschiedliche Patientenprofile, die aber für jeden Patienten über die ganze Beobachtungsperiode hindurch ähnlich bleiben. Patientenspezifische Charakteristika lassen sich somit teilweise unabhängig von den im Einsatz stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über den Längsschnitt der Beobachtungsperiode hinweg beobachten. Betrachtet man die Abfolge der Wochenmittelwerte als Zeitreihe über die 5 Beobachtungswochen, so kann man feststellen, dass sich nicht nur auffällige parallele Bewegungen in den verschiedenen Beobachtungsqualitäten der 8 Achsen ergeben (z. B. Patient 3, Abb. 4), sondern dass es darüber hinaus auch Patienten gibt, die im Laufe der 5 Wochen ähnliche Entwicklungen durchlaufen haben. Es ergibt sich daraus die Frage, ob sich anhand längerer Verläufe innerhalb einzelner Diagnosegruppen Ähnlichkeiten bzw. spezielle Längsschnittverläufe nachweisen liessen.

Grundsätzlich bewegt sich der «Befindlichkeitsstern» auf der rein subjektiven Ebene, entsprechend der Ebene, auf der in der Regel Patienten in fachlichen Gesprächen besprochen werden und auf der abteilungsintern ein Austausch über Patienten stattfindet. Es ist vorgesehen, dieser Subjektivität inskünftig, in einer zweiten Pilotphase, standardisierte testpsychologische Untersuchungen zur Seite zu stellen: Erstens soll jeder Mitarbeiter beim Aufstarten des Programms einen Von-Zerssen-Selbstbefindlichkeitstest ausfüllen, um so die subjektive Einschätzung der eigenen Befindlichkeit in bezug zur Eichstichprobe zu setzen. Zweitens wird mit jedem Patienten nach Klinikaufnahme ein Raven-Intelligenztest sowie ein Giessen-Test (Selbstbild und Fremdbild) er-

stellt. Zusätzlich füllen auch die Patienten periodisch die Zerssen-Befindlichkeitsskala aus.

Für die zweite Pilotphase soll ein Anschlussprogramm an den «Befindlichkeitsstern» erarbeitet werden, das diesen noch tauglicher für den klinischen Alltag machen soll. Es sollen damit alle Mitarbeiter schnell und periodisch auf die verschiedenen interessierenden Parameter zurückgreifen können, um die Resultate in Feedbackschlaufen der teaminternen Kommunikation zugänglich zu machen. Damit soll insbesondere eine vertiefte kritische Reflexion der eigenen fachlichen Wahrnehmungen als qualitätssteigernde Massnahme im Abteilungsalltag routinemässig implementiert werden.

Literatur

- 1 Willmer HA. Toward a definition of the therapeutic community. *Am J Psychiatry* 1958;114:824–33.
- 2 Moos RH. Evaluating treatment environments. New York: Wiley; 1974.
- 3 Moos RH, Insel P. Preliminary Manual for the Work Environment Scale. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1974.
- 4 Engel RR, Knab B, v. Döbelhoff-Thun C. Stationsbeurteilungsbogen (SBB). Weinheim: Beltz-Verlag; 1983.
- 5 Paul GL, Lentz RJ. Psychosocial treatment of chronic mental patients: milieu versus social-learning programs. Cambridge MA, London: Harvard University Press; 1977.
- 6 Heim E. Praxis der Milieuthérapie. Berlin: Springer-Verlag; 1985.
- 7 Friis S. Measurements of the perceived ward milieu: a reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:589–99.
- 8 Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:469–73.
- 9 Friis S. Factors influencing the ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:600–6.
- 10 Eichhorn H. Der Stationsbeurteilungsbogen – eine weitere Möglichkeit zur Objektivierung therapeutisch bedeutsamer Milieubedingungen. *Psychiatr Neurol Med Psychol Leipzig* 1987;39:492–6.
- 11 Melle J, Friis S, Hauff E, Island TK, Lorentzen S, Vaglum P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of Schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services* 1996;47:721–6.
- 12 Bootsmiller BJ, Davidson WS, Luke DA, Mowbray CT, Ribisl KM, Herman SE. Social climate difference in a large psychiatric hospital – staff and client observations. *Journal Community Psychology* 1997;25:325–36.
- 13 v. Zerssen D. Befindlichkeits-Skala. Göttingen: Beltz Test GmbH; 1975.
- 14 Bilke O, Möllering M. Multidisciplinary quality assurance circles – a quality assurance model for child and adolescent psychiatry clinics. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997;46:257–67.
- 15 Rahn E. Depressionsstationen im Urteil der Patienten. *Psychiatr Prax* 1996;23:172–4.
- 16 Vieweg T, Schubert R, Lemke S. Das Stationsklima gemischt- und getrenntgeschlechtlicher akutpsychiatrischer Stationen. *Psychiatr Prax* 1996;23:290–3.
- 17 Meng H, Bürgin D. Jugendpsychiatrische Abteilung; Aufbau und erste Erfahrungen. *Psychiatr Prax* 1998;25:61–6.
- 18 Stierlin H. Delegation und Familie. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag; 1978.