

Erfahrungen mit Personal-Weiterbildung in Altersheimen

Albert Erlanger

Gerontopsychiatrischer Beratungsdienst (GPD) des Psychiatrischen Zentrums Wetzikon, Spitalstrasse 60, 8620 Wetzikon/Zürich, Schweiz

1. Ausgangssituation

Der gerontopsychiatrische Beratungsdienst ist ein Teil des 1979 gegründeten Psychiatrischen Zentrums Wetzikon, der ambulanten sozialpsychiatrischen Institution der Psychiatrischen Klinik Schlössli, Oetwil am See bei Zürich. In unserer Psychiatrieregion, dem Zürcher Oberland, gibt es 44 Alters- und Pflegeheime. Im Zusammenhang mit der Entwicklung unseres Konzeptes der direkten und indirekten Betreuung in der Gerontopsychiatrie [1], schien es uns sinnvoll, diese Heime persönlich kennenzulernen. Wir verbanden diese Kontaktaufnahme mit einer Umfrage [2], welche darauf abzielte, die baulichen und personellen Verhältnisse in den Heimen zu erfassen. Besonders interessierten uns jene Bereiche, welche für das Wohlbefinden der Pensionäre und des Personals wichtig sind. 43 Heimleiter konnten befragt werden, gleichzeitig sammelten wir ihre Wünsche sowie Vorschläge für die Verbesserung der bestehenden Verhältnisse in ihrem Heim.

2. Wichtigste Ergebnisse der Altersheimumfrage 1980

Tab. 1 gibt Aufschluss über die Verlegungen, Tab. 2 über den Gesundheitszustand der Pensionäre und Tab. 3 über die Ausbildungs-Situation der in den Heimen Tätigen. Es wird deutlich, dass fast die Hälfte der Pensionäre pflegebedürftig ist, was aber weder den baulichen Einrichtungen, noch der Ausbildung des Heimpersonals entspricht. 342 Pflegebedürftige sind auf Plätzen, welche für Nichtpflegebedürftige vorgesehen sind, in 13 Heimen sind über 50% der Pensionäre verwirrt, in 34 Heimen bis zu 50% depressiv, in 17 Heimen 10–30% wahnkrank. Dies würde eigentlich entsprechend gut ausgebildetes Personal nötig machen, wie Tab. 3 zeigt, ist dies nicht der Fall.

Die Überforderung des Personals durch psychisch schwierige Pensionäre, aber auch durch die körperliche Pflege, ist recht ausgeprägt. Die *Personalfluktuations*, wurde vermutet, könnte etwas mit diesen Überforderungsgefühlen zu tun haben, denn viele Angestellte (406) wechseln ihre Stelle rasch. Entsprechend wünschten sich 9 (21%) Heimleiter weniger Personalwechsel.

Ausbildungsfragen standen hinsichtlich Wünschen denn auch an oberster Stelle: 20 Heimleiter (47%) wünschten sich in körperlicher Pflege besser ausgebildetes Personal, 16 (37%) im Umgang mit psychisch schwierigen Patienten. Rund 1/3 wünschten sich mehr Personal. Viele Heimleiter spüren aber auch Ausbil-

	In Pflegeheim	In Spital	In Psych. Klinik	Nach Hause	Total
Mai bis Juli 1980	12	9	4	2	27
Umrechnung pro Jahr			16		

Tab. 1. Verlegungen von Pensionären (in 3 Monaten).

Pflegebedürftigkeit	Heime	%	Pensionäre	%
Nicht pflegebedürftig			821	55
leicht pflegebedürftig			303	20
schwer pflegebedürftig			383	25
keine Pflegeplätze haben	32	74		
1/3 Pflegeplätze haben	5	12		
bis 1/4 Pflegeplätze haben	3	7		
nur Pflegeplätze haben	3	7		
<i>Verwirrtheitszustand:</i>				
Nicht verwirrt			941	62
leicht verwirrt			291	20
schwer verwirrt			275	18
Depressionen			306	20
Wahnkrankheiten			140	9
Medikamenten-Einnahme regelmässig			1222	81
davon Abgabe durch Personal bei			864	
Psychopharmaka-Einnahme regelmässig			499	33
davon Abgabe durch Personal bei			362	

Tab. 2. Gesundheitszustand der 1507 Pensionäre in 43 Alters- und Pflegeheimen.

Tab. 3

Ausbildungs-Situation	691 Mitarbeiter/innen	%	43 Heime	%
Abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege	82	12		
Keine abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege	609	88	19	44
Früher schon gearbeitet in Krankenpflege	155	22		
Noch nie gearbeitet in Krankenpflege	536	78	11	26
Früher schon gearbeitet in psychiatrischer Institution	47	7		
Noch nie gearbeitet in psychiatrischer Institution	644	93	28	65
Heimleiter-Kurs haben besucht			6	14

dungsmängel bei sich selber, stützen sich doch die meisten lediglich auf ihre frühere Berufsausbildung, in der Regel nicht-pflegerischer Art.

3. Konsequenzen aus diesen Umfrage-Ergebnissen

Am Eindrücklichsten war für uns, wie Wenige für ihre schwierige Arbeit im Alters- und Pflegeheim fachlich genügend ausgebildet sind. Deswegen schien es uns nötig, die Frage der Aus- und Fortbildung genauer zu prüfen und ein Angebot zu entwickeln, das die Situation verbessern könnte. Unsere persönlichen Erfahrungen in der Erwachsenenbildung und einige für uns wichtige Hinweise in der Literatur [3, 4] führten uns zur Konzeption von 2 Weiterbildungsangeboten, die wir im Folgenden darstellen:

A. Patientenzentrierte Gruppengespräche

Unter dem Titel «Umgang mit schwierigen Patienten» bietet unser GPD den Alters- und Pflegeheim-Teams die Möglichkeit, ihre Probleme und Unsicherheiten mit Fachleuten zu besprechen und dadurch Hilfe und Unterstützung bei ihrer Arbeit zu erhalten. Die Sitzungen von 1½ Stunden finden monatlich einmal im Heim statt, als Gesprächsleiter wirken 2 Mitarbeiter unseres Dienstes mit, ein Arzt und die Psychiatrisschwester oder der Sozialarbeiter, ein Vorteil, da sich der Co-Leiter dann z.B. mehr auf das Gruppendynamische konzentrieren kann. Die erste Sitzung gestalten wir als Einführungs- und Informationsgespräch, wobei wir die Grundregeln festlegen:

- die Teilnahme an unseren Teamgesprächen ist freiwillig,
- Vorgesetzte inkl. Heimleiterin bzw. Heimleiter nehmen ebenso regelmässig wie alle anderen daran teil,
- über abwesende Teammitglieder und ihr Verhalten wird in der Regel nicht gesprochen.

Wie andernorts [5] beschrieben, kommen sehr unterschiedliche Probleme und Fragen zur Sprache: Unkenntnis über die Krankheiten oder konträre Vorstellungen der Teammitglieder bezüglich Ursachen der Störungen bei ihren Patienten, aber auch hinsichtlich vorzukehrender Massnahmen. Dabei manifestieren sich oft die Spannungen, Probleme und Schwierigkeiten innerhalb der Teams mit der Gefahr von Spaltungen und Cliquesbildungen. Dies zu vermeiden und im Gegenteil die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen untereinander zu fördern und zu verbessern, ist eine zentrale Aufgabe der Gesprächsleitung. Schwierig ist aber auch jene Situation, in welcher die Betroffenheit und Anteilnahme des gesamten Teams am Sterben oder Tod einer Pensionärin oder Pensionärs zu einer lang andauernden umdüsterten, bedrückenden Atmosphäre führt, welche alle lähmt und auch auf die Pensionäre übergreifen kann. Die Bedeutung und Zusammenhänge dieser Trauerreaktion verstehbar zu machen und auf die eigene Vergänglichkeit, die eigene Sterblichkeit zu verweisen, gehört zu den sich regelmässig wiederholenden wichtigen Aufgaben der Gesprächsleiter.

Diese patientenzentrierten Gruppengespräche beinhalten immer mindestens einen der folgenden Aspekte: fachliche Weiterbildung; Supervision; sozialpsychiatrische Beratung; Institutionsberatung. Weil diese Bereiche vielfach ineinander übergreifen, erweisen sich die Teamgespräche als sehr anspruchsvoll. Sie setzen eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Ausbildung mit Erfahrung in Gruppendynamik und themenzentrierter Interaktion [6] voraus, sowie Grundlagenkenntnisse der Didaktik und Erwachsenenbildung. Da diese hohen Anforderungen bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen meist nicht erfüllbar sind, entwickelten wir ein vereinfachtes Modell solcher Gruppengespräche, das den Einstieg in diese Beratungsarbeit im Sinne des «Learning by Doing» ermöglicht und dennoch den Ansprüchen der Altersheim-Teams gerecht wird:

B. Der Weiterbildungs-Block

Die Ergebnisse unserer Umfrage von 1980 vor Augen, konzentrierten wir uns auf das, was am meisten fehlt: Die Vermittlung von Kenntnissen über die häufigsten psychischen Krankheiten und Störungen im Alter, also Hirnerkrankungen inkl. Morbus Alzheimer, Depressionen sowie Wahnkrankheiten. Wir wandten uns brieflich an die Altersheimleiter unserer Region und boten an, für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Heim einen solchen Weiterbildungsblockkurs von 3 x 1½-2 Stunden Dauer durchzuführen, einmal monatlich nachmittags, Kurskosten insgesamt Fr. 150.-. Das Interesse war gross, wir waren sehr rasch auf weite Sicht hinaus ausgebucht. Jedes Mal erfolgte zu Beginn ein Vortrag durch den Arzt, der in 30-45 Minuten das Thema so leicht fasslich wie nur möglich darlegte, angepasst dem Bildungsniveau der Teilnehmer. Anschliessend wurden Fragen beantwortet und eine Diskussion angeregt, in welcher den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gelegenheit geboten wurde, ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse mit entsprechenden Patienten zu berichten, besonders auch das, was gefühlsmässig in ihnen in diesem Zusammenhang vorging. Damit wurde in zeitlich sehr beschränktem Rahmen Supervision [7] durchgeführt, was den Anfängern unter den Kursleitern ermöglichte, sich dosiert in dieses Gebiet einzuarbeiten.

4. Evaluation

Um uns einen gewissen Überblick über die Effizienz der von uns entwickelten und durchgeführten Weiterbildungsveranstaltungen zu verschaffen, entschlossen wir uns, in je 3 Heimen das Personal mittels kurzen semistrukturierten Interviews zu befragen. Wir gliederten die Fragen nach subjektiven und objektiven Kriterien, wobei letztere nur die Heimleiter zu beantworten hatten, nämlich einerseits die Zahl der Verlegungen in psychiatrische Kliniken, andererseits die Situation im Heim hinsichtlich der Personalfluktuations. Die anderen Fragen kreisten um die subjektive Einstellung zur gebotenen Ausbildung, den konkreten

Modell	Heim- Typ	Heim- Plätze	Total Ange- stellte	Einstellung		Einstellung zur Arbeit			Über- forderung			Kontakt und Beziehungen							
				unter 25 J.	über 50 J.	-	=	+	-	=	+	zu Pensionären		zu Mitarbeitern					
A	klein	18	4	2	2	1	3	1	3	1	3	1	3						4
	mittel	38	10	3	2	3	7	2	8	3	7	3	7					2	8
	gross	84	21	5	4	1	6	14	1	7	13	6	15	1	4	16			
B	klein	22	5	2	1	2	3	3	2	1	4	1	4	1	2	2			
	mittel	43	12	2	4	6	6	7	5	4	8	4	8					4	8
	gross	80	25	6	5	9	16	11	14	8	17	10	15						

A und B: angewandtes Weiterbildungsmodell; -: verschlechtert; =: unverändert; +: verbessert.

Tab. 4. Befragtes Kollektiv und Beurteilung der Auswirkungen der Weiterbildung beim Personal hinsichtlich 4 Kriterien.

Folgen, die sich daraus ergaben, zum Beispiel ob und inwiefern sich die persönliche Belastung durch die Arbeit verringert hatte und ob sich die Beziehungen zu Patienten und Mitarbeitern veränderten. Die Resultate finden sich in Tab. 4.

5. Diskussion

Da wir sowohl von den Heimleitern wie auch bei unseren direkten Kontakten mit Pflegepersonal in den Heimen immer wieder hörten, dass Weiterbildung in psychiatrischen Belangen dringend erwünscht wäre, entschlossen wir uns, ein solches Weiterbildungskonzept zu entwickeln. Es entstanden die Modelle A. Patientenzentrierte Gruppengespräche und B. der Weiterbildungs-Block. Beide streben das gleiche Ziel an:

- die berufliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Alters- und Pflegeheim zu verbessern
- Mehr Sicherheit und Gewandtheit im Umgang mit schwierigen Patienten zu gewinnen
- Mehr Zufriedenheit bei der Arbeit zu erleben.

Als Hypothese postulierten wir, dass die beim Personal festgestellten Überforderungsreaktionen zum Teil mit den Ausbildungsmängeln zusammenhängen und dazu führen könnten, dass einerseits psychisch gestörte Patienten rascher in Kliniken verlegt werden, andererseits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Arbeitsstelle rascher als vorgesehen wechseln.

Auch wenn die Anzahl der Heime, in denen wir das Personal bezüglich des Effekts unserer Weiterbildungsveranstaltungen befragten, mit je 3 sehr klein ist, schien uns eine Evaluation sinnvoll, um als vor Ort pragmatisch Tätige Hinweise für die zukünftige Gestaltung unserer Arbeit zu erhalten. Freilich führt die kleine Zahl von Untersuchungen dazu, dass wir die Ergebnisse eher als Trend-Hinweise bezeichnen müssen. Nicht ausser acht gelassen werden kann zudem das Problem des rein Zufälligen, dies besonders hinsichtlich der Frage der psychiatrischen Hospitalisierung, welche in keinem dieser Heime nötig wurde. (1980 1%)

Die Ergebnisse bei der Weiterbildung nach Modell A lassen trendmässig eine Bestätigung unserer Hypothesen erkennen. Die erhöhte Befriedigung durch die

Arbeit fördert die Stabilität eines Teams, so dass die Personal-Fluktuation geringer ist. Aber auch beim Modell B zeigt sich, dass Heimleiter und Teams sehr zufrieden sind, die Weiterbildung als Wissenszuwachs und die Diskussionen als bereichernd erlebt haben. Auch hier wird die Frage bezüglich Zuwachs an Sicherheit und Gewandtheit im Umgang mit schwierigen Patienten mehrheitlich bejaht, ebenso deutlich aber auch für eine Fortsetzung dieser Weiterbildungskurse plädiert. Der Hauptunterschied zwischen den 2 Modellen liegt ja in der Dauer der Teambesprechung und damit der Intensität des Prozesses: Die patientenzentrierten Gruppengespräche werden über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren durchgeführt, meistens noch weit länger, während die Blockkurse auf 3 Monate beschränkt sind. Von da her sind die beiden Modelle auch nicht miteinander vergleichbar. Der Aufwand für Modell B ist sowohl vom Zeitlichen wie auch vom Ausbildungsgrad der Gesprächsleiter her deutlich geringer. Die weniger anspruchsvolle, die Mitarbeiter-Teams weniger fordernde Methode B erwies sich als überaus beliebt und fand grossen Anklang. Dies mag unter anderem auch mit einem Phänomen zusammenhängen, das wir in unserer Region immer wieder beobachten können: Wenn zuerst ein intellektueller Input geboten wird, erleichtert dies die Diskussion sehr stark. Die intellektuelle Seite der Teilnehmer anzusprechen, löst wesentlich weniger Angst aus, als sich direkt im Gespräch und in den Diskussionen exponieren zu müssen. Modell A unserer Weiterbildung geht mehr in die Tiefe und führt bei den einzelnen Teammitgliedern zu nachhaltigen Veränderungen; Modell B erzielt eine Breitenentwicklung, indem auf eine relativ wenig aufwendige Art sehr viele von der Wissensvermittlung profitieren können. Da anzunehmen ist, dass nicht nur in unserer Region ein beträchtlicher Mangel an Ausbildung beim Personal der Alters- und Pflegeheime anzutreffen ist, wäre es aus unserer Sicht wünschenswert, dass auch andere mit diesen Weiterbildungsmodellen selber Erfahrungen sammeln könnten. Dadurch böte sich auch die Gelegenheit, anhand einer grösseren Zahl von Teilnehmerinnen nicht nur trendmässig eine Beurteilung unserer Hypothesen zu erreichen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit will dazu anregen, sich eines Teilgebietes der Sozialpsychiatrie anzunehmen, das zunehmend wichtiger wird: Der Personal-Weiterbildung. Eine 1980 durchgeführte Umfrage in den Alters- und Pflegeheimen der Psychiatrieregion Zürich Oberland ergab, dass von den 1507 Pensionären fast die Hälfte pflegebedürftig ist, rund ein Viertel an psychischen Störungen leidet. Da nur 12% der Angestellten eine abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege haben, häufen sich Überforderungsanzeichen und Personalwechsel. Dem zu begegnen, entwickelten wir 2 ausführlich dargestellte Weiterbildungsmodelle für das Personal: A. Patientenzentrierte Gruppengespräche und B. Weiterbildungsblock. Beide bezwecken, die berufliche Kompetenz der in den Heimen Tätigen zu verbessern, ihnen mehr Sicherheit und Gewandtheit im Umgang mit schwierigen Patienten zu vermitteln, so dass die Zufriedenheit bei der Arbeit wächst.

Aus einer bei 77 Kursteilnehmerinnen durchgeführten Evaluation resultierte, dass sich ca. $\frac{1}{3}$ diesen Zielen nähern oder sie bereits erreicht haben. Grossen Anklang fand das für alle Beteiligte weniger anspruchsvolle Modell B. Auch nicht so erfahrene Kursleiter erzielen damit gute Erfolge und können sich dosiert in die Supervision einarbeiten. Die Evaluation liess ferner einen Trend in Richtung eines Rückgangs an notwendigen psychiatrischen Hospitalisierungen von Pensionären und eine Minderung der Personalfuktuation erkennen.

Experiences avec des cours de formation pour le personnel des maisons de repos.

Ce travail veut inviter à s'occuper d'une section de la psychiatrie sociale devenue de plus en plus importante: les cours de formation complémentaire du personnel. Une enquête faite en 1980 parmi les maisons de repos au Zurich Oberland montrait que $\frac{1}{3}$ des pensionnaires souffrait des troubles psychiatriques. Etant donné que seulement 12% du personnel a terminé une formation d'infirmier beaucoup entre eux sont débordés de travail et changent souvent leurs places d'emploi. Pour remédier à ce développement nous avons mis au point 2 modèles de formation du personnel présentés dans ce travail. Les 2 types de séminaires, l'un plus intensif que l'autre, ont comme but d'améliorer la compétence professionnelle du personnel soignant. En leur procurant plus de sécurité et d'habileté dans leurs relations avec les malades difficiles augmente également la satisfaction avec le travail. Une évaluation parmi 77 participants montre que ces buts sont atteints et que les séminaires mènent à une diminution des hospitalisations psychiatriques et une diminution du mouvement du personnel.

Experiences with personnel improvement training in old age and nursing homes.

This paper concerns a proposal in an area of increasing importance to social psychiatry: improving personnel training. A survey in 1980 of old age and nursing homes in the psychiatric region of the Zurich Oberland showed that a quarter of the residents suffer from psychiatric disturbances. As only 12% of the personnel have completed any nursing training, the signs of overwork and the changes in personnel are many. Therefore we have developed 2 successful methods for personnel improvement: A) Patient-centered, ongoing training sessions, and B) Periodic intensive seminars. The goal of both is to increase the professional competence of those working in these homes; to give them skills and confidence to deal with sometimes difficult patients, and to increase the likelihood of their "job loyalty". The evaluation shows a trend that such an approach helps to achieve these goals, to avoid unnecessary psychiatric hospitalizations as well as reduces the turnover of personnel.

Literatur

- [1] Erlanger A: Die Aufgabe des Verbleibs gerontopsychiatrischer Patienten in ihrer vertrauten Umgebung – Erfahrungen mit direkter und indirekter Hilfestellung sowie mit flankierenden Massnahmen an einem psychiatrischen Zentrum in der Schweiz. In: Radebold H., Hrsg. Gerontopsychiatrie – Janssen Symposium. Neuss: Janssen, 1984: 207–19.
- [2] Olivieri R, Studer G, Erlanger A, Schneider H D: Altersheime im Zürcher Oberland – Tatsachen und Probleme. Wetzikon ZH: Psychiatrisches Zentrum, 1980: unveröffentlicht.
- [3] Schneider H D: Zur Erfolgskontrolle von Vorbereitungsveranstaltungen auf das Alter. *actuelle gerontologie* 1977; 7.
- [4] Tews H P: Grenzen der Altenbildung. *Ztschr Gerontol* 1976; 9: 58–72.
- [5] Erlanger A: Patientenzentrierte Gruppengespräche – eine indirekte Betreuungsform gerontopsychiatrischer Patienten. *Psychiatr Praxis* (im Druck).
- [6] Cohn R C: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Klett, Stuttgart: 1975.
- [7] Fürstenau P: Institutionsberatung. *Gruppendynamik* 1970; 3.