
Januar 2016

Evaluationsbericht

Evaluation der Weiterbildung Experienced Involvement

Anna Hegedüs, Mag.¹⁾
Regine Steinauer, MSc²⁾
Brigitte Bourke³⁾

¹⁾ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

²⁾ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

³⁾ Integrierte Psychiatrie Winterthur –Zürcher Unterland

Dank

Wir bedanken uns bei allen Weiterbildungsteilnehmenden für Ihre Bereitschaft an der Evaluation teilzunehmen. Ausserdem danken wir dem Verein EX-IN Bern für ihre engagierte Unterstützung.

Inhalt

0 Zusammenfassung	4
1 Hintergrund	5
2 Fragestellungen	5
3 Methode	5
3.1 Design	5
3.2 Stichprobe	6
3.3 Instrumente	6
3.4 Datenauswertung	7
3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen	7
4 Ergebnisse	8
4.1 Merkmale der Teilnehmenden	8
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	8
4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung	8
4.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	8
4.1.4 Erfahrungen mit Peertätigkeit	9
4.2 Bedürfnisse der Teilnehmenden	9
4.2.1 Grundsätzliche Zufriedenheit	9
4.2.2 Persönlicher Gewinn	10
4.2.3 Berufliche Perspektive	10
4.2.4 Anregungen/Veränderungsmöglichkeiten	10
4.3 Einschätzung des Curriculums	11
4.4 Einsatz in der Praxis	11
4.4.1 Praktika während des Weiterbildung	11
4.4.2 Berufliche Entwicklung	12
4.5 Gesundheitszustand	13
4.6 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz	14
4.7 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung	14
5 Diskussion	15
6 Literatur	16

0 Zusammenfassung

Die Weiterbildung Experienced Involvement (EX-IN) wurde 2014-2015 zum dritten Mal in Bern durchgeführt und begleitend evaluiert. Ziel dieser Weiterbildung ist, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu ermöglichen, dass sie in psychiatrischen Institutionen als „ExpertInnen aus Erfahrung“ eingesetzt werden.

Die Evaluation liefert Antworten auf folgende Fragen: Erfüllt die Weiterbildung die Erwartungen der Teilnehmenden? Verändern sich die Recoveryorientierung, Stigmaresistenz, der Gesundheitszustand, die Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung der Teilnehmenden während der Weiterbildung? Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Teilnehmenden während der Weiterbildung? Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen bisheriger EX-IN Weiterbildungen?

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden. Eine schriftliche Befragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten wurde ergänzt mit einem leitfadengestützten Gruppeninterview.

18 von 21 Teilnehmenden haben die Weiterbildung abgeschlossen. Zu Beginn der Ausbildung retournierten 13 Personen die Fragebögen, am zweiten Messzeitpunkt - am Ende der Ausbildung – 12 Personen. Die Teilnehmenden waren grundsätzlich sehr zufrieden mit der Weiterbildung. Die Recoveryorientierung verbesserte sich leicht. Die psychische Gesundheit und Selbstbeobachtung wurden nach Abschluss etwas schlechter eingeschätzt. Unterschiede zeigten sich auch bei der aktuellen Beschäftigungssituation. Nach Abschluss war eine höhere Anzahl Personen angestellt (Steigerung von 46 % auf 67 %). Die Ergebnisse unterscheiden sich nur geringfügig von jenen vom Pilot- und Folgestudiengang 2010 und 2012.

1 Hintergrund

Internationale und nationale Policy-Dokumente zur Psychischen Gesundheit und zur Psychiatrischen Versorgung enthalten die Forderung nach Förderung der Selbsthilfe und Selbsthilfekapazitäten sowie nach aktiver Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens [1-3].

In Deutschland schon weit verbreitet, wurde in der Schweiz 2010 und 2012 der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) an der Berner Fachhochschule (BFH), Fachbereich Gesundheit durchgeführt. Seit 2014 wird EX-IN als Weiterbildung vom Verein EX-IN Bern in Kooperation mit der Pro Mente Sana angeboten und nicht mehr als DAS (Diploma of Advanced Studies)-Studiengang an der BFH. Der Kernpunkt der EX-IN Weiterbildung ist der Austausch über Krisen- und Bewältigungserfahrungen, über Empowerment und Recovery, auf dessen Basis Erfahrungswissen entwickelt wird [4]. EX-IN hat zum Ziel Betroffene für die Tätigkeit als „ExpertInnen aus Erfahrung“ systematisch vorzubereiten.

Der Studiengänge 2010 und 2012 an der Berner Fachhochschule wurde systematisch sowie wissenschaftlich evaluiert und lieferten wichtige Daten zu den Auswirkungen von EX-IN auf die Studierenden. Die Ergebnisse verdeutlichen zum Beispiel, dass sich die berufliche Situation der AbsolventInnen ein Jahr nach Abschluss deutlich verbessert hatte. 75 % der Teilnehmenden hatten ein Jahr nach dem Studiengang eine Teilzeitanstellung in einer psychiatrischen Institution in der Rolle eines/einer ExpertIn aus Erfahrung [5].

Ziele der Weiterbildung

Durch den praktischen Einsatz der AbsolventInnen der EX-IN Weiterbildungen soll der Einfluss von Expertise durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem gestärkt werden. Der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu weniger diskriminierenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Pilot- und Folgestudiengang wurde die Weiterbildung EX-IN 2014 strukturell leicht angepasst. Die grösste Veränderung war die Abkopplung der Weiterbildung von der BFH. Daher beinhaltet die Weiterbildung keine Diplomarbeit mehr. Ausserdem wurden die ein zusätzlicher Kennenlerntag vor dem 1. Modul durchgeführt und neu wurden alle Module von zwei Dozenten moderiert, wobei eine davon ein/e ExpertIn aus Erfahrung mit Peer-Ausbildung war. Um die weitere Entwicklung der EX-IN Weiterbildungen zu begleiten und Veränderungen bei den Teilnehmenden festzustellen, wurde die EX-IN Weiterbildung erneut evaluiert.

2 Fragestellungen

Die Evaluation liefert Angaben zu folgenden Fragen:

1. Welche soziodemografischen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmale haben die Teilnehmenden?
2. Verändern sich Gesundheitszustand, Recoveryorientierung, Stigmaresistenz, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung während der Teilnahme an der Weiterbildung?
3. Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Teilnehmenden während der Weiterbildung?
4. Wie erleben Teilnehmende und Professionelle den Einsatz von Betroffenen in der Praxis?
5. Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen der bisherigen EX-IN Weiterbildungen?

3 Methode

3.1 Design

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden (Mixed-methods-Ansatz), die an die bisherigen Evaluationen von EX-IN angepasst war. Neben einer schriftlichen Befragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (zu Beginn und nach Abschluss der Weiterbildung) und einer Praktikumsevaluation fand ein Fokusgruppeninterview mit den Teilnehmenden am Ende der Weiterbildung statt.

3.2 Stichprobe

Alle Teilnehmende der Weiterbildung wurden schriftlich über die Durchführung einer Evaluation informiert und zur Teilnahme angefragt. Die Teilnahme erfolgte anonym und freiwillig nach Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung.

3.3 Instrumente

Die soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, soziale Situation) der Teilnehmenden haben wir mit Fragen basierend auf dem **Anamnesebogen der „Aktion Psychisch Kranke“ (SozDem)** schriftlich erhoben [6]. Ausserdem beinhaltet der Bogen Fragen zur Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten und den bisherigen Behandlungen.

Im **Fokusgruppengespräch** haben wir die Frage nach beruflichen Perspektiven gestellt. Ausserdem haben wir die Zufriedenheit mit dem Weiterbildungslehrgang sowie Verbesserungsvorschläge für künftige Weiterbildungen diskutiert. Das Gespräch wurden von einer Moderatorin anhand eines Leitfadens geführt.

In einem **selbst entwickelten Fragebogen (Frabo)** haben wir die Einschätzung des Curriculums erhoben und die bisherigen Erfahrungen in Peertätigkeiten erfragt.

Zu den Einsätzen in der **Praxis (PR)** haben wir am Ende des ersten Praktikums sowohl die Teilnehmenden als auch die zuständige Begleitperson am Praktikumsort schriftlich zu den ausgeführten Tätigkeiten und zur Qualität des Einsatzes befragt.

Der Gesundheitszustand wurde mit dem **SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand** erfasst. Das SF-12 dient der krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes in Bezug auf psychische, körperliche und soziale Aspekte. 12 Fragen werden auf einer mehrstufigen Skala eingeschätzt [7]. Zur Auswertung werden zwei Subskalen (zur körperlichen und psychischen Gesundheit) gebildet und die Antwortmöglichkeiten in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Zur Interpretation der Werte werden die Durchschnittswerte der Normalbevölkerung herangezogen. Dieser liegt für die körperliche Gesundheit bei 49.0 und für die psychische Gesundheit bei 52.2 [7].

Zur Erfassung der Recoveryorientierung verwendeten wir die **RAS (Recovery Assessment Scale)** [8, 9]. Der Fragebogen umfasst 24 Fragen mit Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) [10] lieferte uns Angaben zur Stigmaresistenz der Teilnehmenden. Der Fragebogen umfasst 29 Fragen. Zur Evaluation haben wir jedoch nur die Subskala „Stigmaresistenz“ verwendet. Diese besteht aus fünf Fragen und erhebt inwiefern Personen gegenüber Stigma immun sind und z. B. trotz Krankheit ein gutes und erfülltes Leben haben können. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer vierstufigen Likert-Skala erfasst.

Der **FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten** [11] wurde zur Erfassung der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Er besteht aus 26 Fragen, die mit einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden. Zur Auswertung werden Summenwerte von drei Subskalen gebildet:

- Die Subskala Selbstbeobachtung (sieben Fragen) erfasst die Fähigkeit, kritische Situationen und Hinweisreize zu erkennen, die zu negativen Konsequenzen führen. Ein Mensch, der auf diese Fragen positiv antwortet verfügt über die Fähigkeit, eigene Gefühle, Impulse und das begleitende Verhalten zu beobachten und seine Handlungen sowie Reaktionen effektiv und zielorientiert zu verändern.
- Die Selbstwirksamkeitsskala (neun Fragen) bildet die Ausprägung der Grundüberzeugung ab, dass man ein Verhalten beherrscht und in der Lage ist, es einzusetzen.
- Die Skala Hoffnung (zehn Fragen) beschreibt, wie hoffnungsvoll und kontrollierbar eine Person sich selbst, ihre Lebenssituation und ihre Zukunft erlebt. Hoffnung ist ein wichtiger gesundheitsfördernder und gesundheitsunterstützender Faktor.

3.4 Datenauswertung

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 22 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Wir berechneten individuelle Veränderungen mittels t-Tests für abhängige und gepaarte Stichproben oder den Wilcoxon-Test bei nicht-normalverteilten Variablen. Unterschiede waren dann statistisch signifikant, wenn der p-Wert ≤ 0.05 war.

Beim Frabo wurden die Daten aller retournierter Fragebögen ausgewertet. Bei den standardisierten Fragebögen (FERUS, ISMI, RAS, SF-12) nur die Angaben von jenen Personen, die zu beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen haben.

Das Fokusgruppengespräch wurde qualitativ mittels eines kategorisierenden Verfahrens durch mehrere Personen ausgewertet.

3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen

Alle Teilnehmende der Weiterbildung erhielten schriftliche Informationen über den Zweck und den Ablauf der Evaluation und bestätigten ihre Bereitschaft zur Teilnahme mit der Unterzeichnung der Einverständniserklärung.

Die Auswertung erfolgte in verschlüsselter Form. Um individuelle Veränderungen feststellen zu können, erhielt jede/jeder TeilnehmerIn eine Studiennummer, die auf jedem Fragebogen vermerkt war. Die Liste mit den Kodierungen wurde separat verwaltet und ist nur von den Evaluationsbeauftragten einsehbar. Die Ergebnisse wurden so zusammengefasst, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen nicht möglich sind.

Das Gespräch haben wir auf Tonband aufgezeichnet und nach der Transkription wieder gelöscht. Namen wurden anonymisiert, so dass das Transkript keine Rückschlüsse auf Personen zulässt.

Alle Personen, die an der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung mitarbeiteten, sind der gesetzlichen Schweigepflicht unterstellt.

4 Ergebnisse

4.1 Merkmale der Teilnehmenden

4.1.1 Soziodemografische Merkmale

18 von 21 Teilnehmenden (86 %) haben 2015 die Weiterbildung abgeschlossen. Zum Zeitpunkt t1 (vor Beginn) retournierten 13 Personen (62 %) die Fragebögen, zum Zeitpunkt t2 (nach Abschluss) waren es 12 (67 %).

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 41.7 Jahre und war somit ca. zwei Jahre niedriger als im Studiengang 2012. Der/die Jüngste war 26, der/die Älteste 56 Jahre alt. Drei Viertel der Teilnehmenden waren weiblich.

Vier Personen (36 %) gaben als höchsten erreichten Abschluss eine abgeschlossene Lehre an, eine Person (9 %) eine höhere Fachschule und sechs (55 %) die Matura/Lehrerseminar (2 fehlende).

4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung

Etwa ein Viertel (n=3) der Teilnehmenden lebte alleine, zwei Drittel mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten (n=7), mit Kindern (n=1), mit FreundInnen (n=3) und/oder in einer Wohngemeinschaft (n=1). Sieben Personen waren ledig, zwei verheiratet und zwei geschieden.

Zur aktuellen Beschäftigungssituation wurden folgende (zum Teil Mehrfach-)Angaben gegeben: fünf Personen (46 %) waren angestellt, je drei Teilnehmende (27 %) waren berentet oder leisten Freiwilligenarbeit, zwei Personen (18 %) waren selbstständig erwerbend und je eine Person (9 %) war als Hausfrau/Hausmann oder in einer geschützten Einrichtung tätig (siehe auch Tabelle 3). Der Beschäftigungsgrad der Befragten (n=6) lag zwischen 20 und 80 %; im Durchschnitt arbeiteten sie zu 43 % (Median = 30 %).

Hauptsächliches Einkommen bezogen sechs Befragte aus der IV Rente, zwei Personen aus IV Rente plus Ergänzungsleistungen, vier Personen aus Lohn von einer nicht Peertätigkeit und eine Person aus Lohn von einer Peertätigkeit. Eine Person erhielt ausserdem Geld von der Pensionskasse.

Im Vergleich zum Studiengang in 2012 waren zu Beginn der Weiterbildung 2014 mehr Personen erwerbstätig/angestellt.

4.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte

Folgende Angaben wurden von den Teilnehmenden in Bezug auf die Diagnose der psychischen Erkrankung gemacht: affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung), Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung, posttraumatische Belastungsstörung, Politoxikomanie, Angst-/Zwangstörung.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Teilnehmenden durchschnittlich mit 26 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt war der/die Jüngste 13, der/die Älteste 46 Jahre alt. Beim ersten stationären Aufenthalt in einer Klinik war die jüngste Person 15 und die älteste Person 46 Jahre alt, durchschnittlich waren sie im Alter von 27 Jahren. Die Teilnehmenden geben an, im Schnitt 7 Mal stationär aufgenommen worden zu sein. Die Anzahl der häufigsten Aufenthalte betrug 23. Eine Person hatte keinen stationären Aufenthalt erfahren.

Die meisten Teilnehmenden (n=8) waren in den vier Jahren vor Beginn der EX-IN Weiterbildung das letzte Mal in stationärer Behandlung. Der jüngste Aufenthalt fand im Jahr vor Beginn der Weiterbildung statt und der am längsten zurückliegende 7 Jahre zuvor. Die Dauer des letzten Aufenthalts betrug im Schnitt 8.5 Wochen, wobei mindestens 1 und längstens 24 Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden.

Zu Beginn der Weiterbildung befanden sich zwei Drittel der Befragten (n=10) in regelmässiger Behandlung. Davon suchten 80 % (n=7) einen Psychiater/Psychologen auf, 40 % (n=4) konsultierten einen Hausarzt. Je 10 % (n=1) gingen in ein Klinikambulatorium, erhielten Unterstützung durch die ambulante psychiatrische Pflege oder einen Spitex-Dienst.

Alle Angaben zur Behandlung und Krankheitsgeschichte waren sehr ähnlich zu den Angaben der Teilnehmenden der ersten beiden Weiterbildungen.

4.1.4 Erfahrungen mit Peertätigkeit

Drei Teilnehmende (23 %) hatten bereits vor der EX-IN Weiterbildung Erfahrung mit Peertätigkeit in Psychiatrischen Diensten und hatten dabei mehrheitlich positive Erfahrungen gemacht. Eine Person hatte sich bereits politisch für die Interessen Betroffener eingesetzt. Vier von 13 Befragten hatten sich im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert.

Als Peertätigkeiten in psychiatrischen Institutionen nannten die Befragten folgende: Genesungsbegleitende in einer psychiatrischen Klinik, Praktikum als Kunsttherapeutin, Begleitung von stationären PatientInnen beim Ausgang.

Im Vergleich zu den bisherigen Weiterbildungen, hatten die Teilnehmenden 2014 zu Beginn weniger Erfahrungen in der Peer-Arbeit.

4.2 Bedürfnisse der Teilnehmenden

Die Frage nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden wurde in einem Fokusgruppengespräch im letzten Modul statt. Die Stimmung war angenehm, interessiert und wohlwollend.

Es wurden folgende Fragen diskutiert:

1. Wie ist Ihre grundsätzliche Zufriedenheit mit der Weiterbildung?
2. Worin sehen Sie Ihre persönliche Entwicklung/der persönliche Gewinn während der Weiterbildung?
3. Welche beruflichen Perspektiven haben Sie im Verlaufe der Weiterbildung entwickelt?
4. Gibt es Anregungen, was verändert/verbessert/angepasst werden müsste?

4.2.1 Grundsätzliche Zufriedenheit

Die Teilnehmenden waren grundsätzlich sehr zufrieden mit der Weiterbildung. Die **Themen** und der **Inhalt** wurden als „*interessant*“, „*informativ*“, „*sehr spannend*“ bezeichnet und deckten ein „*breites Spektrum*“ ab. Zum Teil wurde der Inhalt aber auch als „*sehr oberflächlich*“ und die Wiederholungen der Themen zum Teil negativ empfunden. Andere bewerteten dies allerdings auch positiv.

Positiv hervorgehoben wurden die **Dozenten**, die sich auch zwischen den Modulen Zeit für die Anliegen der Teilnehmenden nahmen. Auch die Vielfalt der Lehrpersonen wurde als bereichernd erlebt:

„Dann entstand ein gewisser Grad von Vernetztheit durch die ständig wechselnden Moderatoren, ... , man kriegt sehr viel Einblick in die verschiedenen Arbeitsbereiche dann und lernt Leute kennen, das habe ich als sehr positiv empfunden.“

Auch die **Gruppenzusammensetzung** und das Gruppenerlebnis wurden als positiv bewertet:

„Ich fand die Gruppenzusammensetzung noch spannend. Es gab aus jedem Bereich Leute und hatte das Gefühl, die Durchmischung ist eigentlich relativ gut.“

„Ich habe viel gelernt, auch zwischen einander.“

Einzelne kritische Aussagen betrafen das Moderationsverhalten der Dozenten in Bezug auf „*ausufernde Diskussionen*“. Diese wurden jedoch als „*Nebenschauplätze*“ bezeichnet. Solche Situationen wurden zum Teil als „*Überforderung der Gruppe*“ erlebt und es weckte die Befürchtung, dass wichtige Lerninhalte dadurch zu kurz kamen oder nicht ausreichend bearbeitet werden konnten:

„wir sind keine Psychoedukationsgruppe“

„Ich finde auch, es ist kein therapeutischer Auftrag hier“

„ich hatte manchmal das Gefühl, dass dann der Stoff oder einfach der Inhalt darunter manchmal gelitten hat, weil wir dann halt nicht durchkamen mit dem Stoff, der auf dem Plan war.“

Die Teilnehmenden wünschten sich vor allem mehr Information und Klarheit über die angewandte Methodik: intervenieren Dozenten bei ausufernden Diskussionen oder soll die Gruppe sich selber steuern (Grad der Fremd-/Selbststeuerung)?

4.2.2 Persönlicher Gewinn

Die Teilnehmenden konnten größere persönliche Entwicklungen sowohl bei sich selbst, als auch bei den anderen bemerken. Zum Beispiel beschrieben sie sich als „selbstbewusster“, „mutiger“ und „stabiler“. Fähigkeiten wie „sich abgrenzen“, „Ressourcen wiederentdecken“ sowie „der Krise einen Sinn geben“ fanden neben der gewonnenen „Freude am Lernen“, dem „Erlangen von Skills und Tools“ und der „Wissenserweiterung“ positive Erwähnungen:

„aufgrund meiner psychischen Erkrankung hatte ich nur negative Erfahrungen, vor allem auch jobmässig und so weiter – überall auch privat und das ist eigentlich die erste Möglichkeit, bei der ich etwas Konstruktives daraus machen kann“

„... der grundlegendste Wandel, dass diese schwierige Erfahrung wirklich zu einer Qualifikation wird“

Aber auch die damit einhergehenden Herausforderungen wurden beschrieben:

„Bei mir hat es auch einen enormen Prozess ausgelöst, ich bin durch eine gefühlte Seelenwaschmaschine durchgegangen, ohne Weichspüler mit x Schleudergängen“

4.2.3 Berufliche Perspektive

Die Weiterbildung half vielen Teilnehmenden herauszufinden, wohin ihr Weg zukünftig führen könnte. Alle konnten sich vorstellen als Peers zu arbeiten. Zum Teil sind schon Peer-Anstellungen zustande gekommen. Feste Anstellungen wurden einerseits gewünscht und als wichtig erachtet, da sie Stabilität bieten konnten; andererseits wollten sich manche TN aber auch nicht unter Druck setzen („ich lasse es jetzt einmal auf mich zukommen“).

Die Teilnehmenden benannten sehr innovative Ideen und Überlegungen wenn es um ihr zukünftiges Einsatzgebiet als Peer geht. Unter anderem äußerten sie Ideen wie z.B. Peers schließen sich zusammen und leiten „Häuser“; Home Treatment; Aufklärungsarbeit; Psychodrama; Verknüpfung mit Bewegung/Tanz; Austausch mit Fachpersonen; Forschung („etwas bewegen, Brücken bauen“); Einzelgespräche und Gruppen leiten. Mehrere Personen nannten, den Wunsch ihre bisherigen **beruflichen Erfahrungen mit der Peearbeit** verknüpfen („alte Kompetenzen neu verknüpfen“) oder ihre Kenntnisse in **Weiterbildungen** zu vertiefen (z.B. DBT, Open Dialog, EX-IN Trainer):

„Ich denke, es ist einfach wichtig, einfach unterwegs zu bleiben“

„Und sonst so für meinen weiteren Lebensweg, ich denke, das war nicht die letzte Ausbildung, die ich besucht habe.“

In bisherigen Anstellungen oder während der Praktika wurde den Teilnehmenden viel Wohlwollen entgegen gebracht. In Bezug auf Lohn und Anstellungsbedingungen nannten die Teilnehmenden den Wunsch nach einer bezahlten Arbeit, wobei sie Wert auf eine einheitliche Vergütung aller Peers einer Institution legten. Die häufig angebotenen geringfügigen Anstellungen wurden zum einen als zufriedenstellende, zum anderen aber auch als herausfordernd erlebt. Herausfordernd vor allem dann, wenn die Vergütung sämtliche Lebenshaltungskosten abdecken muss. Hier bedarf es mehr Angebote mit höherem Stellenanteil:

„aber ich muss einfach irgendwie 40, 50 [Prozent] muss ich einfach fix haben und der Rest müsste ich vielleicht noch temporär sonst irgendwie etwas organisieren“

4.2.4 Anregungen/Veränderungsmöglichkeiten

Die Teilnehmenden nannten folgende Anregungen für weitere Weiterbildungen:

- Klarheit über die äußeren Strukturen von Beginn an (Anforderungen bezüglich Fehlzeiten müssen unmissverständlich formuliert sein, Regelungen müssen konstant bleiben)
- Klarheit über das methodische/didaktische Vorgehen der Dozenten von Anfang an kommunizieren (Selbst- vs. Fremdsteuerung der Gruppe)
- klare Aufträge für die Lerngruppen formulieren
- Themenspeicher: mehr (oder feste) Zeit einplanen, damit diese auch bearbeitet werden können
- Bessere Abstimmung zwischen den Dozenten, um (unnötige) Wiederholungen zu vermeiden
- Mehr Raum und Orientierung an inhaltlichen Themen und weniger an persönlichen „Dramen“
- Zusätzliches Thema: Stigma
- Wunsch zum Teil danach, dass Inhalte vertieft bearbeiten

4.3 Einschätzung des Curriculums

Nach Abschluss der Weiterbildung gaben 76 % der Teilnehmenden an, dass die Aufteilung von Theorie/Praxis für sie gerade richtig war. Je zwei Personen (15 %) wünschten sich mehr Theorie bzw. mehr Praxisanteile in der Weiterbildung.

4.4 Einsatz in der Praxis

4.4.1 Praktika während des Weiterbildung

Die Evaluationsbögen wurden von 15 Teilnehmenden und 12 Praktikumsverantwortlichen ausgefüllt und retourniert. Die meisten Praktika fanden in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern statt, ausserdem im Sanatorium Kilchberg, in der Luzerner Psychiatrie, den Spitälern FMI Interlaken, im Psychiatriezentrum Münsingen, in der Psychiatrie Baselland und in den Psychiatrischen Diensten Spitalregion Oberaargau, Aargau und des Kantons Thurgau.

Das Praktikum wurde von den Teilnehmenden und Praktikumsbegleitenden als sehr positiv und bereichernd erlebt. Hier zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Sichtweisen. Bei der Frage, wie einfach bzw. schwierig das Praktikum erlebt wurde, zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0.05$). Die Praktikumsbegleitenden nahmen die Zeit des Praktikums als deutlich einfacher wahr als die Teilnehmenden (Abbildung). Im Vergleich zum EX-IN Studiengang 2012, zeigen sich Unterschiede vor allem in der Kategorie einfach/schwierig: Die Praktikumsbegleiter empfanden die Praktika 2015 als einfacher und die Teilnehmenden als schwieriger als 2012.

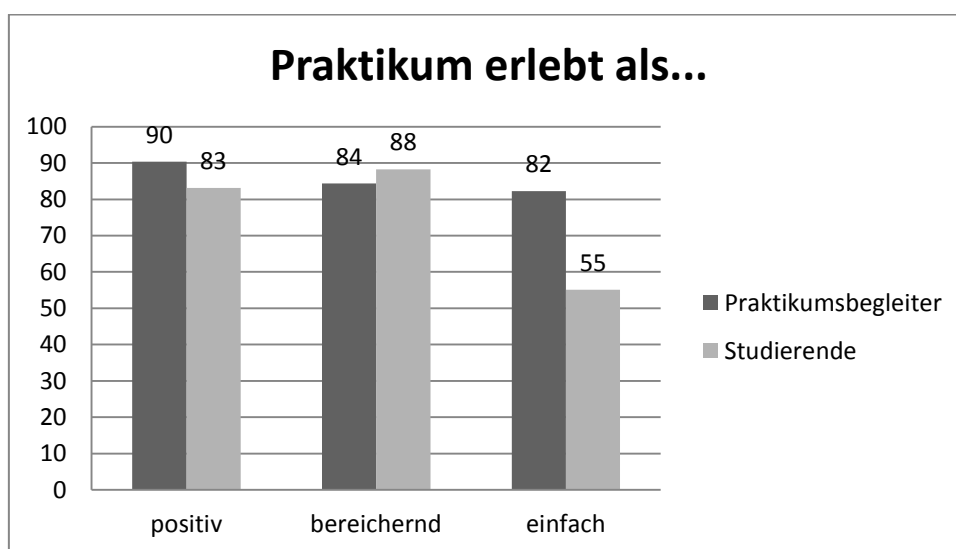


Abbildung 1: Erleben vom Praktikum (Skala 0-100, je höher der Wert, desto positiver)

Vorgelegt wurden die Teilnehmenden am häufigsten als PraktikantIn EX-IN, gefolgt von Peer PraktikantIn, EX-IN StudentIn oder BetroffenenvertreterIn/GenesungsbegleiterIn. Zum Teil stellten sich die Teilnehmenden selbstständig vor oder es wurden unterschiedliche Benennungen gegenüber den PatientInnen und dem Behandlungsteams gewählt.

Den Teilnehmenden wurde in den meisten (9 von 11) Praktika eine Person als Ansprechperson zugeteilt. Mit allen Teilnehmenden wurden ein Einführungs- und ein Abschlussgespräch geführt. Ein Verlaufsgespräch gab es in 10 von 11 Praktika.

Tabelle 1 verdeutlicht welche Aufgaben die Teilnehmenden während ihres Praktikums übernommen haben. Hauptsächlich handelte es sich darum, wie auch in den „Rahmenbedingungen Praktika EX-IN“ festgehalten wird, einen Einblick in die Abläufe der Einheiten, der verschiedenen Sichtweisen von Team und PatientIn zu bekommen und sich mit der Rolle als Peer bewusst auseinanderzusetzen.

Tabelle 1: Aufgaben im Praktikum

	Praktikums- begleiter		Teilnehmende	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Einblick in die Aufgaben, Abläufe und die Teamarbeit	12	100%	15	100%
bewusste Auseinandersetzung mit dem Rollenwechsel	12	100%	14	93%
Teilnahme an Teamsitzungen und Fallbesprechungen	7	58%	13	87%
Information über Ex- In an Patienten geben	8	67%	12	80%
Information über Ex- In ans Team geben	8	67%	11	73%
aktive Mitarbeit bei Gruppenangeboten	9	75%	10	67%
Beratende Unterstützung von PatientInnen in ihrer Alltagsgestaltung	7	58%	7	47%
Einführung in rechtliche und organisatorische Arbeitsgrundlagen	1	8%	4	27%
gemeinsames Begleiten zu Therapien, Hausbesuche	1	8%	3	20%
begleitende Übernahme von DozentInnen-tätigkeit	0	0%	2	13%
Andere Aufgaben	3	25%	2	13%

Alle Teilnehmenden fühlten sich gut bzw. eher gut ins Team integriert. Meist war eine übereinstimmende Wahrnehmung von TeilnehmerIn und PraktikumsbegleiterIn vorhanden. Viele Teilnehmende fühlten sich im Team ernst genommen und konnten sich gut einbringen.

Die beim Einführungsgespräch definierten Ziele und Erwartungen wurden bei einem Grossteil der Teilnehmenden erfüllt (71 %) oder eher erfüllt (14 %). 2 Personen (14 %) gaben an, dass die Ziele eher nicht erfüllt wurden. Seitens der Praktikumsbegleitenden waren die Werte etwas höher (82 % ja, 18 % eher ja).

Alle Institutionen und 80 % der Teilnehmenden konnten sich einen weiteren Einsatz vorstellen. Die Institutionen nahmen die Peers meist als interessiert, engagiert, wohlwollend, wertschätzend, achtsam aber auch neugierig und kritisch wahr. Zum Teil wurde auch eine (meist anfängliche) Zurückhaltung beschrieben, die vor allem mit dem Rollenwechsel oder der Persönlichkeitsstruktur des TN in Verbindung gebracht wurde.

Auch die Teilnehmenden nahmen das Praktikum als bereichernd wahr. Sie konnten Einblick in verschiedene Bereiche erhalten, ihre Erfahrungen einbringen, die eigenen Grenzen erfahren und erkennen. Als schwierig wurden der Rollenwechsel und die Gratwanderung im Bereich der „professionellen Nähe“ zu den PatientInnen genannt. Die Teilnehmenden wünschten sich zum Teil mehr Kompetenzen, eine aktivere Rolle, mehr Kontakt zu PatientInnen und eine konkretere Beschreibung ihrer Aufgaben.

4.4.2 Berufliche Entwicklung

Die Frage nach der beruflichen Perspektive wurde vor und nach der Weiterbildung gestellt. Vor Beginn wollten 54 % der Teilnehmenden eine Anstellung von mehr als 50 % in der Rolle eines Peers erlangen. Nach Abschluss sank dieser Wert auf 31 %. Im Gegensatz dazu wollte bei Abschluss ein höherer Anteil der Teilnehmenden eine geringfügige Stelle (weniger als 50 % Beschäftigungsgrad) (Tabelle 2). Die Befragten gaben folgende zukünftige Beschäftigungsmöglichkeiten an: GenesungsbegleiterIn, Peer, DozentIn, KunsttherapeutIn, Arbeit in der Mutter-Kind-Familien-Thematik (Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Tabelle 2: Berufliche Perspektiven vor und nach EX-IN

	t1		t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bezahlte Stelle (1/2 – voll)	7	54 %	4	31 %
geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle)	5	39 %	8	62 %
auf Honorarbasis tätig werden	7	54 %	5	39 %
als InteressensvertreterIn arbeiten	5	39 %	4	31 %
sich ehrenamtlich engagieren	5	39 %	2	15 %
etwas für sich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt)	2	15 %	2	15 %

Grosse Unterschiede zeigten sich bei der aktuellen Beschäftigungssituation und das auch im Vergleich zur Weiterbildung in 2012. Nach Abschluss war eine höhere Anzahl Personen angestellt (Steigerung von 46 % auf 67 %) (Tabelle 3). Zu Beginn der Weiterbildung stellte bei 5 Personen (39 %) der Lohn (vor allem aus nicht-Peerarbeit) das hauptsächliche Einkommen dar. Dieser Wert veränderte sich nicht während der Weiterbildung.

Tabelle 3: Beschäftigungssituation Vergleich der Weiterbildungen 2012 und 2014 vor (t1) und nach (t2) EX-IN

	2012 (t1)		2014 (t1)		2012(t2)		2014 (t2)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	3	17 %	5	46 %	4	25 %	8	67 %
selbständig erwerbend	2	11 %	2	18 %	3	19 %	1	8 %
Gelegenheitsarbeit	1	6 %	0	0 %	2	13 %	0	0 %
Hausfrau/Hausmann	4	22 %	1	9 %	3	19 %	2	17 %
Freiwilligenarbeit	2	11 %	3	27 %	2	13 %	2	17 %
arbeitssuchend	2	11 %	0	0 %	1	6 %	2	17 %
geschützte Einrichtung	4	22 %	1	9 %	1	6 %	1	8 %

4.5 Gesundheitszustand

Die körperliche und psychische Gesundheit der Teilnehmenden verschlechterten sich während der Weiterbildung leicht aber nicht signifikant; die psychische Gesundheit etwas mehr als die körperliche (psychische: von 42.3 auf 38.8; körperliche: von 51.6 auf 50.9) (Abbildung 1). Die Werte und auch die Tendenz der Verschlechterung der psychischen Gesundheit entsprechen den Ergebnissen vom Studiengang in 2012.

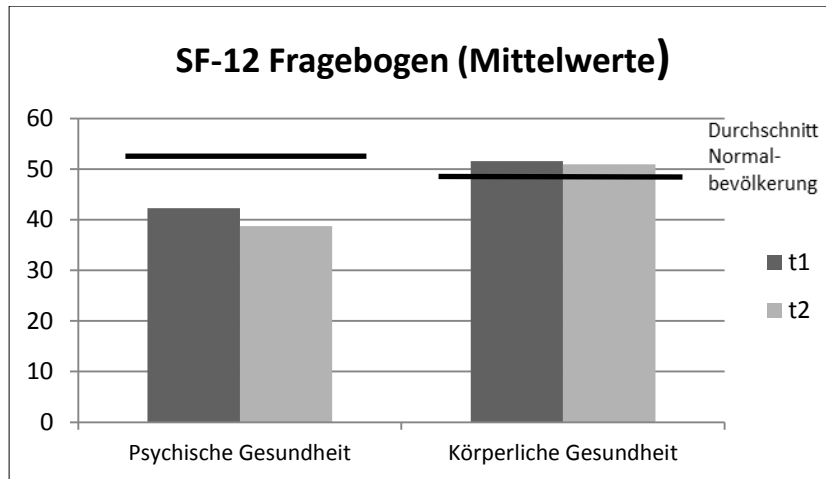


Abbildung 1: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (höhere Werte = besserer Zustand) (n = 9)

4.6 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz

Sowohl die Recoveryorientierung als auch die Stigmaresistenz verbesserten sich während der Weiterbildung leicht aber nicht signifikant (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mittelwertvergleich der Fragebögen RAS und ISMI

	Max.	MW t1	MW t2	p-Wert
Recovery	120	91.1	95.8	0.33
Stigmaresistenz	20	16.7	17.0	0.77

4.7 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung

Die Einschätzungen der Selbstwirksamkeit und Hoffnung veränderten sich kaum während der Weiterbildung. Statistisch signifikant war die leicht schlechtere Einschätzung der Selbstbeobachtung. Die Werte liegen aber weiterhin im oberen Drittel der gesamten Skala (Tabelle 5) und sind ähnlich zu jenen der Weiterbildung in 2012.

Tabelle 5: Mittelwertvergleiche des Fragebogens FERUS

	Max.	MW t1	MW t2	p-Wert
Selbstbeobachtung	35	30.2	27.9	0.03
Selbstwirksamkeit	45	35.0	35.3	0.83
Hoffnung	50	38.5	40.0	0.40

5 Diskussion

Die Ergebnisse entsprechen im Wesentlichen jenen von den bisherigen Weiterbildungen. Sowohl in der Fokusgruppe als auch in den schriftlichen Befragungen äusserten die Teilnehmenden generell eine hohe Zufriedenheit mit der EX-IN Weiterbildung.

Berufliche Perspektiven

Bei vielen Teilnehmenden hatten sich schon während der Weiterbildung feste oder gelegentliche Anstellungen ergeben. Die anfänglich hohe Erwartung eine Vollzeit-Stelle nach Abschluss von EX-IN zu erhalten, relativierte sich während der Weiterbildung. Dies war auch schon bei den bisherigen Weiterbildungen der Fall. Vereinzelt besteht aber auch der Wunsch nach hochprozentigen Anstellungen, die aber bisher nicht oder nur sehr selten angeboten werden. Hier bedarf es mehr Angebote seitens der Kliniken/Institutionen, damit die Lebenserhaltungskosten gedeckt werden können und Peearbeit auch für jene ohne IV-Unterstützung möglich wird.

Vermeehrt wurde der Wunsch geäussert bisherige berufliche Erfahrungen oder persönlichen Fähigkeiten mit der Peearbeit zu verknüpfen. Auffallend war auch die Fülle der Ideen, wo/wie man Peearbeit einsetzen könnte und der hoffnungsvolle Blick in die Zukunft. Die Angst vor Konkurrenz blieb unerwähnt. Dies zeugt von grossem Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Es bleibt zu hoffen, dass die vielen innovativen Ideen in die Praxis umgesetzt werden können und die Peearbeit auch abseits der institutionellen Versorgung Fuss fassen kann. Diese Entwicklung sollte, auch im Hinblick auf Auswirkungen und Nutzen auf Nutzer sowie ExpertInnen aus Erfahrung, im Auge behalten werden.

Curriculum

Die allgemeine Zufriedenheit mit der Weiterbildung war sehr hoch. Der Wechsel in die selbstständige Durchführung (abseits der Strukturen der Fachhochschule) scheint gelungen zu sein. Vereinzelt könnte der strukturelle Rahmen der Weiterbildung (Umgang mit Absenzen, Moderationsverhalten der Dozenten, Doppelspurigkeit der Themen) noch stärker definiert werden.

Gesundheitszustand, Recoveryorientierung, Selbstbeobachtung

Die psychische Gesundheit verschlechterte sich leicht, wie auch in den bisherigen Weiterbildungen. Dies vermutlich aufgrund der anspruchsvollen Weiterbildung mit der stetigen Auseinandersetzung mit der eigenen Vulnerabilität. Die Recoveryorientierung stieg jedoch und deutet, wie auch viele Aussagen aus dem Fokusgruppengespräch, auf eine stabilisierende Wirkung der Weiterbildung hin.

Die Selbstbeobachtung wurde zu Beginn der Weiterbildung als sehr hoch eingeschätzt (8 Punkte höher als bei den Teilnehmenden der vergleichbaren Weiterbildung Recovery Fundamente der Pro Mente Sana in den UPK Basel und ipw [12]). Die Einschätzungen verschlechterten sich etwas im Laufe der Weiterbildung. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Teilnehmenden durch die Weiterbildung gelernt haben differenzierter zu reflektieren und dadurch kritischer in der Selbsteinschätzung geworden sind. Eine solche Veränderung konnte bei den vorgängigen Weiterbildungen (sowohl EX-IN als auch Pro Mente Sana) nicht beobachtet werden und sollte daher bei zukünftigen Weiterbildungen im Auge behalten werden.

Stärken und Schwächen der Evaluation

Die Evaluation der dritten Weiterbildung „Experienced Involvement“ bestätigt die meisten Resultate der ersten beiden Befragungen und validiert somit die dort gefundenen Ergebnisse.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind weitgehend international bzw. im deutschsprachigen Raum verbreitet. Wir haben standardisierte Fragebögen zur Messung der psychischen Gesundheit aber auch der Recoveryorientierung, Selbststigmatisierung, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Dadurch war es uns möglich, Veränderungen festzustellen, die die Betroffenen in ihrer subjektiven Wahrnehmung bestätigen.

6 Literatur

1. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.*, B.f. Gesundheit, Editor 2004: Bern.
2. World Health Organization, *Improving health systems and services of mental health*, 2009.
3. World Health Organization, *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, 2010.
4. Utschakowski, J., *[Training experienced involvement--pro]*. Psychiatrische Praxis, 2012. **39**(5): p. 202.
5. Hegedüs, A. and R. Steinauer, *Auswirkungen der EX-IN Weiterbildung auf die Studierenden und ihre berufliche Situation*, in *"Blick zurück und nach vorn" Zurückgehen um besser springen zu können. 10 Jahre Praxis, Management, Ausbildung und Forschung*, S. Hahn, et al., Editors. 2013, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege: Bern. p. 130-135.
6. *Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie.*, in *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*, Aktion Psychisch Kranke, Editor 2005, Psychiatrie-Verlag: Bonn.
7. Bullinger, M. and I. Kirchberger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.* , ed. Hogrefe1998, Göttingen: Hogrefe.
8. O'Connell, M., et al., *From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2005. **28**(4): p. 378-386.
9. Jenkins, J. and E. Carpenter-Song, *The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure*. Cult Med Psychiatry 2005. **29**: p. 379-413.
10. Ritsher, J., P. Otilingam, and M. Grajales, *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. Psychiatry Res, 2003. **121**: p. 31-49.
11. Jack, M., *FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*.2007, Göttingen: Hogrefe.
12. Steinauer, R., et al., *Evaluation der Weiterbildung "Peer Qualifikation" in der ipw und den upk*, 2015: Basel.