

November 2017

Evaluationsbericht

Evaluation der Weiterbildung Experienced Involvement 2016

Christian Burr, MScN¹⁾
Katja Rother, cand. BA¹⁾
Anna Hegedüs, Mag.²⁾

¹⁾ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern AG

²⁾ Careum Forschung, Zürich

Korrespondenzadresse:

Christian Burr, Abteilung Forschung & Entwicklung Pflege, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD
AG Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern, Schweiz; Tel +41 (0)31 930 97 12; Mail christian.burr@upd.ch

Dank

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

Inhalt	
Zusammenfassung	4
1 Hintergrund	5
2 Fragestellungen	5
3 Methode	5
3.1 Design	5
3.2 Stichprobe	5
3.3 Instrumente	6
3.4 Datenauswertung	6
3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen	6
4 Ergebnisse	7
4.1 Merkmale der Teilnehmenden	7
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	7
4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung	7
4.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	8
4.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung	8
4.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)	9
4.2.2 Ideen zur Verbesserung	9
4.3 Erfahrungen mit Peer-Tätigkeit	9
4.4 Berufliche Entwicklung	9
4.5 Gesundheitszustand	10
4.6 Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recoveryorientierung	11
5 Diskussion	11
6 Literatur	13

Zusammenfassung

Die Weiterbildung Experienced Involvement (EX-IN) wurde 2016-2017 zum vierten Mal in Bern durchgeführt und begleitend evaluiert. Ziel dieser Weiterbildung ist es, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu ermöglichen, dass sie in psychiatrischen Institutionen als „ExpertInnen aus Erfahrung“ eingesetzt werden können.

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 mit quantitativen Erhebungsmethoden in Form einer schriftlichen Befragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten. Geplant ist eine weitere schriftliche Befragung ein Jahr nach Weiterbildungsabschluss.

17 von 21 Teilnehmenden haben die Weiterbildung 2017 abgeschlossen. Zu Beginn der Ausbildung retournierten 15 Personen die Fragebögen, am zweiten Messzeitpunkt - am Ende der Ausbildung – 9 Personen.

Die Teilnehmenden waren grundsätzlich zufrieden mit der Weiterbildung. Die Aufteilung der Module in Theorie und Praxis wurden teilweise als passend empfunden – die Mehrheit fand den Praxisbezug passend, wünschten sich in den Modulen aber noch mehr Unterricht zur Verknüpfung von Theorie und Praxis. Das Alter der Teilnehmenden lag im Durchschnitt bei 40.6 Jahre und war damit drei Jahre jünger als beim Studiengang 2012 und ein Jahr jünger als 2014. Die körperliche Gesundheit wurde nach Abschluss etwas schlechter eingeschätzt, die psychische Gesundheit auf insgesamt eher tiefem Niveau leicht besser. Die Beschäftigungssituation unterschied sich zu Beginn der Weiterbildung deutlich zu dem Jahrgang 2014. 2016 waren weniger Personen in einem Beschäftigungsverhältnis. Nach Abschluss der Weiterbildung waren jedoch auch im Jahrgang 2016 mehr Personen als zu Beginn beschäftigt, wobei mehr Personen freiwillig tätig waren und weniger in einem Angestelltenverhältnis. Ausser der Verbesserung der psychischen Gesundheit in diesem Studiengang und der Ausgangslage des Beschäftigungsverhältnisses unterscheiden sich die Ergebnisse nur geringfügig von jenen vom Pilot 2010 und den Folgestudiengängen 2012 und 2014.

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.

Alle bisher stattgefundenen EX-IN Weiterbildungen wurden 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 wurde 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. Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen der bisherigen EX-IN Weiterbildungen?

3 Methode

3.1 Design

Die Evaluation erfolgte mit quantitativen Erhebungsmethoden, die an die bisherigen Evaluationen von EX-IN angepasst waren. Es fanden zwei schriftliche Befragungen (zu Beginn und nach Abschluss der Weiterbildung) statt.

3.2 Stichprobe

Alle Teilnehmenden 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 zu Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten und den bisherigen Behandlungen.

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

Der Gesundheitszustand wurde mit dem **SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand** erfasst. Der 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 24 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 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.

3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen

Alle Teilnehmenden 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.

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

17 von 21 Teilnehmenden (81 %) haben 2017 die Weiterbildung abgeschlossen. Zum Zeitpunkt t1 (vor Beginn der Weiterbildung) retournierten 15 Personen (71 %) die Fragebögen, zum Zeitpunkt t2 (nach Abschluss) waren es 9 (43 %).

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 40.6 Jahre und war somit ca. drei Jahre niedriger als im Studiengang 2012 und ein Jahr niedriger als 2014. Der/die Jüngste war 29, der/die Älteste 53 Jahre alt. 80% der Teilnehmenden waren weiblich.

Sechs Personen (40 %) gaben als höchsten erreichten Abschluss eine abgeschlossene Lehre an, drei Personen (20 %) die Hochschule, jeweils zwei Personen (13 %) die Matura/Lehrerseminar oder die abgeschlossene Primarschule und jeweils eine Person (7 %) die höhere Fachschule oder die Meisterprüfung.

(siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale und andere Angaben der Teilnehmenden

Variable	Mittelwert (Min-Max)
Alter in Jahren	40.6 (29-53)
Beschäftigungsgrad in %	37 (10-100)
Bildungsstatus (höchster Abschluss)	n (%)
Primarschule	2 (13)
Berufslehre	6 (40)
Meisterprüfung	1 (7)
Höhere Fachschule	1 (7)
Matura	2 (13)
Hochschule	3 (20)
Alter in Jahren bei der ersten psychiatrischen Behandlung	23 (9-41)
Alter in Jahren beim ersten stat. Aufenthalt	26 (19-40)
Anzahl der stat. Aufenthalte gesamt	7 (0-20)
Dauer des letzten stat. Aufenthaltes in Wochen	10 (3-35)

4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung

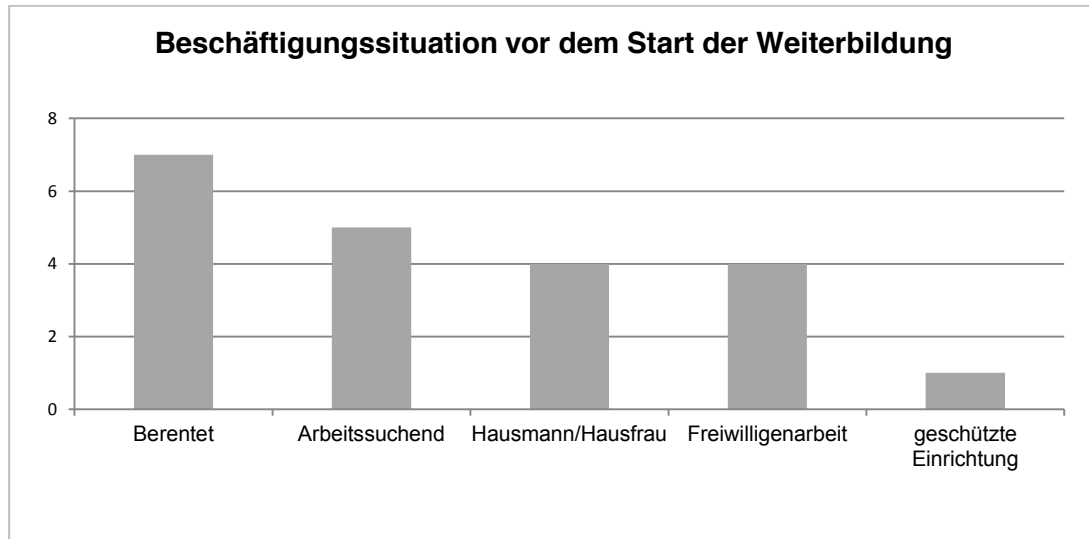
Etwa die Hälfte (n=8) der Teilnehmenden lebte alleine, circa ein Viertel (n=4) mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten, etwa ein Drittel (n=5) mit Kindern, zwei Personen lebten in einer Wohngemeinschaft. Neun Personen waren ledig, fünf geschieden oder getrennt und eine verheiratet.

Zur aktuellen Beschäftigungssituation wurden folgende (zum Teil Mehrfach-)Angaben gemacht: sieben Personen (47 %) waren berentet, fünf Personen (33 %) arbeitssuchend, jeweils vier Personen (27 %) waren angestellt oder Hausfrau/Hausmann, zwei Teilnehmende (13 %) leisteten Freiwilligenarbeit und je eine Person (7 %) war selbstständig erwerbend oder in einer geschützten Einrichtung tätig (siehe Grafik 1). Der

Beschäftigungsgrad der Befragten (n=6) lag zwischen 10 und 100 %; im Durchschnitt arbeiteten sie zu 37 % (Median = 25 %).

Hauptsächliches Einkommen bezogen sechs Befragte (40 %) aus der IV Rente plus Ergänzungsleistungen, je drei Personen (20 %) aus der IV Rente oder aus dem Lohn, zwei Personen (13 %) Arbeitslosentaggeld und eine Person (7 %) lebt von dem Einkommen des Ehepartners.

Im Vergleich zum Studiengang in 2014 waren zu Beginn der Weiterbildung 2016 weniger Personen erwerbstätig/angestellt und mehr arbeitssuchend.



Grafik 1: Beschäftigungssituation

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), Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, dissoziative Störung, posttraumatische Belastungsstörung und traumatische Erfahrungen, Sucht und Politoxikomanie, Angststörungen, ADS, soziale Phobie.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Teilnehmenden durchschnittlich mit 23 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt war der/die Jüngste 9, der/die Älteste 41 Jahre alt. Beim ersten stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik war die jüngste Person 19 und die älteste Person 40 Jahre alt, durchschnittlich waren sie im Alter von 26 Jahren. Die Teilnehmenden geben an, im Schnitt 7 Mal stationär aufgenommen worden zu sein. Die Anzahl der häufigsten Aufenthalte betrug 20. Eine Person hatte keinen stationären Aufenthalt erfahren (siehe auch Tabelle 1).

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden (n=7) waren in den drei 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 19 Jahre zuvor. Die Dauer des letzten Aufenthalts betrug im Schnitt 10 Wochen, wobei mindestens 3 und längstens 35 Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden.

Zu Beginn der Weiterbildung befanden sich 87% (n=13) in regelmässiger Behandlung. Davon suchten knapp 70 % (n=9) einen Psychiater auf, 39 % (n=5) konsultierten einen Hausarzt. Je 23 % (n=3) erhielten Unterstützung durch die ambulante psychiatrische Pflege oder einen Spitex-Dienst, 15% (n=2) besuchten eine Tagesstätte/Tagesklinik und eine Person wurde durch eine Sozialdienst betreut. Alle Angaben zur Behandlung und Krankheitsgeschichte waren ähnlich zu den Angaben der Teilnehmenden der letzten Weiterbildungen.

4.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung

Zu diesem Thema wurde nach der Weiterbildung die Frage gestellt, ob die Teilnehmenden die Aufteilung der Theorie (Module) und der Praxis (Praktika) zufriedenstellend empfanden (Tabelle 2) und welche Ideen sie zur Verbesserung hätten.

4.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)

Die Einschätzung bezüglich Theorie geht stark auseinander. Fünf Teilnehmende fanden es sei zu viel Theorie, vier es sei zu wenig und niemand empfand es gerade richtig. Im Gegensatz dazu fanden die Meisten die Praxis sei gerade richtig gewesen und nur einzelne fanden es zu viel (1) oder zu wenig (2).

Tabelle 2: Zufriedenheit Aufteilung Theorie und Praxis

Variable / Einschätzung	Zu wenig	Grade richtig	Zuviel
Theorie (n=9); n (%)	4 (44.4)	-	5 (55.6)
Praxis (n=8) ; n (%)	2 (25)	5 (62.5)	1 (12.5)

4.2.2 Ideen zur Verbesserung

Die Teilnehmenden gaben die **Ideen für die Verbesserung des Studiengangs** in einem Freitextfeld an. Dabei gab es Rückmeldungen zu den folgenden Themenbereichen:

- Mehr Supervision oder sonstige Möglichkeiten untereinander Probleme oder Ähnlichkeiten aus der Praxis zu besprechen
- In den Modulen mehr Unterricht zu folgenden Themen / Inhalten:
 - Umgang mit Trauma
 - Gewalt und der Umgang damit
 - Zwangsmassnahmen
 - Rahmenbedingungen zu Peertätigkeit (Anstellungen, Abrechnen als selbständige Arbeitskraft, Lohn usw)
 - Mehr Werkzeuge für die Praxis wie z.B Fallbesprechungen durchführen, Aufbau und Leiten von Gruppen (z.B. Skillsgruppe) usw.
 - Diagnosen und Symptome kennen lernen
 - Agogik
- Vertiefung der bestehenden Themen

Zudem wird von einer Person empfohlen eine gleiche Weiterbildung für Angehörige psychisch erkrankter Mitmenschen anzubieten, nach dem Vorbild von Deutschland.

4.3 Erfahrungen mit Peer-Tätigkeit

Zwei Teilnehmende (13 %) hatten bereits vor der EX-IN Weiterbildung Erfahrungen mit einer Peertätigkeit in psychiatrischen Diensten und hatten dabei positive Erfahrungen gemacht. Eine Person hatte sich bereits politisch für die Interessen Betroffener eingesetzt. Zwei von 15 Befragten hatten sich im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert.

4.4 Berufliche Entwicklung

Die Frage nach der beruflichen Perspektive wurde vor und nach der Weiterbildung (WB) gestellt. Vor Beginn wollten 67 % der Teilnehmenden eine Anstellung von mehr als 50 % in der Rolle eines Peers erlangen. Nach Abschluss sank dieser Wert auf 22 %. Vor Beginn wollten 47 % als InteressenvertreterIn tätig sein, nach Abschluss waren es noch 11 %. Im Gegensatz dazu wollte nach Abschluss ein höherer Anteil der Teilnehmenden eine Stelle mit weniger als 50 % Beschäftigungsgrad oder eine ehrenamtliche Tätigkeit aufnehmen (Tabelle 3). Die Befragten gaben folgende zukünftige Beschäftigungsmöglichkeiten an: GenesungsbegleiterIn, Peer, DozentIn.

Die Ausgangslage der Weiterbildungsteilnehmenden 2016 unterschied sich deutlich in Bezug auf die Beschäftigungssituation der Teilnehmenden im Jahr 2014 (Tabelle 4). Im Jahrgang 2016 waren zu Beginn weniger Personen angestellt oder selbstständig erwerbend, jedoch mehr Personen arbeitssuchend oder als Hausfrau/Hausmann tätig, als bei der Weiterbildung in 2014. Nach Abschluss (EX-IN 2016) ging eine höhere Anzahl Personen einer Freiwilligenarbeit nach, prozentual waren mehr Personen arbeitssuchend und als Hausfrau/Hausmann tätig, weniger waren angestellt, als zu Beginn.

Tabelle 3: Berufliche Perspektiven vor und nach EX-IN

	Vor der WB (n=15)		Nach der WB (n=9)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bezahlte Stelle (1/2 – voll)	10	67 %	2	22 %
geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle)	7	47 %	7	78 %
auf Honorarbasis tätig werden	7	47 %	5	56 %
als InteressensvertreterIn arbeiten	7	47 %	1	11 %
sich ehrenamtlich engagieren	1	7 %	5	56 %
etwas für sich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt)	1	7 %	1	11 %

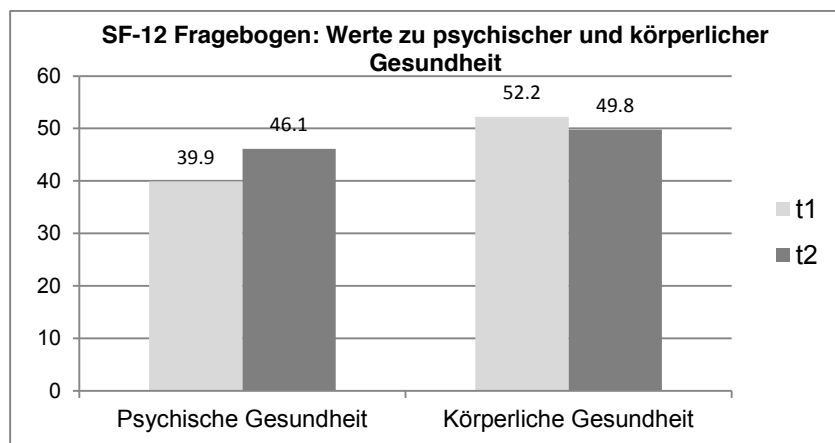
Zu Beginn der Weiterbildung gaben 9 von 15 Personen (60%) an, das hauptsächliche Einkommen über die IV Rente bzw. IV Rente plus EL zu erhalten. Drei (20%) gaben Lohn als hauptsächliches Einkommen an. Dieser Wert veränderte sich durch die Weiterbildung kaum. Bei der 2. Messung gaben 6 von 9 Personen (67%) als hauptsächliches Einkommen die IV Rente bzw. IV Rente plus EL und zwei (22%) den Lohn an.

Tabelle 4: Beschäftigungssituation Vergleich der Weiterbildungen 2014 und 2016 vor (t1) und nach (t2) EX-IN

	2014 (t1)		2016 (t1)		2014(t2)		2016 (t2)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	5	46 %	4	27%	8	67 %	2	22 %
selbständig erwerbend	2	18 %	1	7 %	1	8 %	1	11 %
Gelegenheitsarbeit	0	0 %	1	7 %	0	0 %	1	11 %
Hausfrau/Hausmann	1	9 %	4	27 %	2	17 %	3	33 %
Freiwilligenarbeit	3	27 %	2	13 %	2	17 %	4	44 %
arbeitssuchend	0	0 %	5	33 %	2	17 %	4	44 %
geschützte Einrichtung	1	9 %	1	7 %	1	8 %	0	0 %

4.5 Gesundheitszustand

Die Werte der körperlichen Gesundheit der Teilnehmenden verschlechterte sich während der Weiterbildung leicht, aber nicht signifikant; die Werte der psychischen Gesundheit verbesserte sich während der Weiterbildung (psychische: von 39.9 auf 46.1; körperliche: von 52.2 auf 49.8) (Grafik 2) signifikant ($p < .00$). Die Werte und auch die Tendenz der Verbesserung der psychischen Gesundheit unterscheiden sich von den Ergebnissen vom Studiengang in 2012 und 2014, dort verschlechterten sich die psychische und auch die körperliche Gesundheit leicht, aber nicht signifikant.

**Grafik 2: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (höhere Werte = besserer Zustand) (n = 9)**

4.6 Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recoveryorientierung

Die Einschätzungen der Selbstwirksamkeit und der Stigmaresistenz veränderten sich kaum während der Weiterbildung, die Einschätzungen der Hoffnung sowie der Selbstbeobachtung verbesserten sich leicht. Auch wenn der Anstieg der Selbstbeobachtung von 27.7 auf 28.4 Punkte als statistisch signifikant angegeben wird, scheint er doch eher gering, um eine Relevanz für die Praxis davon abzuleiten. Die Recoveryorientierung verbesserte sich während der Weiterbildung signifikant (Tabelle 5). Der Mittelwert (MW) stieg von 91.7 auf 93.7 Punkte. Insgesamt liegen alle Werte im oberen Drittel der gesamten Skala (Tabelle 5) und sind ähnlich zu jenen der Weiterbildung in 2014.

Tabelle 5: Mittelwertvergleiche der Fragebögen FERUS, ISMI und RAS (n = 9)

	Max.	MW t1	MW t2	p-Wert
Selbstwirksamkeit	45	34.0	33.8	0.56
Selbstbeobachtung	35	27.7	28.4	0.04
Stigmaresistenz	20	16.9	16.4	0.86
Hoffnung	50	38.5	41.6	0.07
Recovery	120	91.7	93.7	0.04

5 Diskussion

Die Ergebnisse entsprechen im Wesentlichen jenen von den bisherigen Weiterbildungen, wobei sich dieser Jahrgang in der Ausgangsposition der Beschäftigungsverhältnisse deutlich zu den Jahrgängen zuvor unterschied. Ein weiterer Unterschied zeigte sich in der Verbesserung der psychischen Gesundheit. Die Teilnehmenden äusserten generell eine hohe Zufriedenheit mit der EX-IN Weiterbildung. Diese etwas anders gelagerten Ergebnisse als in den bisherigen Studiengängen können verschiedene Gründe haben. Zum einen sind bei solchen eher kleinen Gruppen auch grössere Unterschiede zwischen den Gruppen zu erwarten. Zum anderen lässt das Selektionsverfahren für die Zulassung zum Studiengang auch solche individuellen Unterschiede zu, da es nicht nur an harten Fakten orientiert ist, sondern auch Subjektives zulässt.

Berufliche Perspektiven

Schon zu Beginn der Weiterbildung waren deutlich weniger Personen in einem Beschäftigungsverhältnis als in den Jahrgängen zuvor. Bei Abschluss gingen mehr Personen einer Beschäftigung nach als noch zu Beginn, jedoch waren die Personen mehrheitlich in der Freiwilligenarbeit. Hier stellt sich die Frage, ob es Hinweise gibt, ob dies eine natürliche Variation gegenüber den anderen Studiengängen ist, oder ob dies eine Veränderungstendenz abbildet. Es könnte sein, dass sich mehr Personen als bisher, die keine Arbeit haben oder wollen, für den Studiengang interessierten und auch aufgenommen wurden. Eine Befragung 1 Jahr nach Abschluss könnte Aufschluss darüber bringen, ob die Absolvierenden eine Anstellung als Peer angestrebt und erreicht haben.

Die anfänglich hohe Erwartung eine Vollzeit-Stelle nach Abschluss von EX-IN zu erhalten, sank während der Weiterbildung. Dies war auch schon bei den bisherigen Weiterbildungen der Fall. Die meisten Teilnehmenden streben nach Ende der Weiterbildung eine Teilzeitanstellung an. Dies kann damit zusammenhängen, dass der Studiengang auch hilft, die Erwartungen mit den eigenen Möglichkeiten in Einklang zu bringen und sich die Erwartungen diesbezüglich verändern.

Curriculum

Im hier evaluierten Studiengang waren die Teilnehmenden sehr zufrieden mit dem Praxisanteil in der Weiterbildung. Bezüglich dem Anteil an Theorie zeigt sich eine Ambivalenz: einen Teil der Teilnehmenden wünschen sich mehr und der andere Teil weniger Theorie. Niemand fand den Theorieteil gerade richtig. Bei der Betrachtung der im Freitextfeld angegebenen Ideen zur Verbesserung der Weiterbildung, kann diese Ambivalenz etwas besser eingeordnet werden. Die Beiträge weisen darauf hin, dass in den Modulen mehr Wert auf das Erlernen von Skills für die Praxis gelegt werden sollte. Es geht also nicht nur um die Theorie, sondern wie diese konkret für die Praxis genutzt werden kann. Diese Resultate weichen etwas von der sehr positiven Beurteilung des Studiengangs 2014 ab, es zeigen sich aber Ähnlichkeiten mit der Evaluation von 2012.

Gesundheitszustand, Recoveryorientierung, Selbstbeobachtung

Die psychische Gesundheit verbesserte sich im Laufe der Weiterbildung signifikant, dies war bei den vorherigen Jahrgängen anders. Dort verschlechterte sich die Einschätzung sowohl der körperlichen als auch der psychischen Gesundheit. Bei Betrachtung der effektiven Werte fällt auf, dass sich der Wert nach der

Weiterbildung 2016 kaum von dem von 2014 unterscheidet, aber viel tiefer gegenüber den vorhergehenden (2010, 2012) ist. Es kann sein, dass dieser Umstand einen Einfluss auf dieses Resultat gehabt hat (mit tieferen Ausgangswerten ist es leichter, positive Resultate zu erzielen). Im Studiengang 2014 war der Ausgangswert etwas höher als 2016 und sank danach noch etwas ab. Der Wert nach der Weiterbildung von 2016 ist dem vom 2010 (46) gegenüber sehr ähnlich und gegenüber dem von 2012 (54) auf deutlich tieferem Niveau, wobei damals diese Werte keinen Unterschied zum Beginn der Weiterbildung darstellten. Insgesamt kann also kein Trend erkannt werden bezüglich dem Einfluss der Weiterbildung auf die psychische Gesundheit.

Bezüglich der körperlichen Gesundheit war der Trend bei diesem Studiengang ähnlich dem der vorhergehenden. In diesem Studiengang ist dieser sicherlich auch dem Umstand geschuldet, dass es mehrere Teilnehmende gab, die schwere, körperliche Erkrankungen hatten. Es scheint plausibel, dass sich der Aufwand und Stress, die eine solche Weiterbildung mit sich bringt, auch darauf auswirken kann.

Die Recoveryorientierung und die Selbstbeobachtung stiegen signifikant und auch die Hoffnung stieg im Laufe der Weiterbildung an. Diese Werte deuten auf eine stabilisierende Wirkung der Weiterbildung hin.

Stärken und Schwächen der Evaluation

Die Evaluation der vierten Weiterbildung „Experienced Involvement“ bestätigt die meisten Resultate der ersten drei 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. Hogrefe 1998, 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.