

Januar 2013

Evaluationsbericht

Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs DAS Experienced Involvement

Anna Hegedüs, Mag^a ¹⁾
Regine Steinauer, MNSc ^{1) 2)}
Dr. Christoph Abderhalden, MNSc ¹⁾

¹⁾ Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik; Direktion Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

²⁾ Pflegeforschung; Pflege, Qualität und Dienste, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel UPK,

Dank

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

Inhalt

0 Zusammenfassung	7
1 Hintergrund	9
2 Fragestellungen	10
3 Methode	11
3.1 Design	11
3.2 Stichprobe	11
3.3 Instrumente	11
3.4 Datenerhebungsplan	12
3.5 Datenauswertung	12
3.6 Kommunikative Validierung der Ergebnisse	13
3.7 Datenschutz, ethische Überlegungen	13
4 Ergebnisse	14
4.1 Merkmale der Studierenden	14
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	14
4.1.2 Allgemeine soziale Situation	14
4.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	15
4.1.4 Strategien zur Bewältigung von Krisen	15
4.2 Gründe für eine Teilnahme am Studiengang	16
4.3 Erwartungen an die Arbeit als Experten durch Erfahrung und an die Entwicklung psychiatrischer Institutionen	16
4.3.1 Erwartungen an die Arbeit als Experten durch Erfahrung	16
4.3.2 Entwicklung psychiatrischer Institutionen	17
4.4 Bedürfnisse der Studierenden	17
4.4.1 Wie haben Sie den Studiengang bisher erlebt?	17
4.4.2 Zufriedenheit	18
4.4.3 Persönliche Entwicklung	19
4.4.4 Berufliche Zukunft	19
4.4.5 Verbesserungsvorschläge	20
4.5 Einschätzung des Curriculums	21
4.5.1 Aufteilung Theorie/Praxis	21
4.5.2 Profit/Relevanz der Themenmodule	22
4.5.3 Erfahrungen mit Peertätigkeit	23
4.6 Einsatz in der Praxis	24
4.7 Lebensqualität und Gesundheitszustand	24
4.7.1 Lebensqualität	24
4.7.2 Allgemeiner Gesundheitszustand	25
4.8 Wohlbefinden, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung	26
5 Diskussion	27
5.1 Diskussion der Ergebnisse	27
5.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung	29
6 Empfehlungen	29
6.1 Empfehlungen für EX-IN	29
6.2 Empfehlungen für die Evaluation weiterer EX-IN Studiengänge	29
6.3 Empfehlungen für weitere Studien	30

7	Schlussfolgerungen	30
8	Literatur	31
9	Anhänge	33
9.1	Anhang 1: Fragebögen der 1. Erhebung (nach 1. Modul)	33
9.1.1	Frabo + SozDem	33
9.1.2	SF-12	37
9.1.3	Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP-KF)	39
9.1.4	WHO-5, FERUS	41
9.2	Anhang 2: Fragebögen der Praktikumserhebung	43
9.2.1	Version Praktikumsverantwortlicher	43
9.2.2	Version Ex-In Studierende	44
9.3	Anhang 3: Fragebögen der 2. Erhebung (nach Abschluss)	45
9.3.1	Frabo	45
9.4	Anhang 4: Fragebogen der 3. Erhebung (1 Jahr nach Abschluss)	47
9.4.1	Frabo	47

0 Zusammenfassung

Der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) wurde 2010 zum ersten Mal in der Schweiz durchgeführt. 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.

Der Weiterbildungsstudiengangs EX-IN wurde begleitend evaluiert. Die Evaluation lieferte unter anderem Antworten auf folgende Fragen: Erfüllt der Studiengang die Erwartungen der Teilnehmenden? Wie erleben Studierende und Professionelle den Einsatz von Betroffenen in der Praxis? Verändern sich die Lebensqualität und der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden, die Selbstbeobachtung, die Hoffnung und die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden während und ein Jahr nach dem Studiengang?

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden. Eine schriftliche Befragung zu 3 verschiedenen Zeitpunkten wurde ergänzt mit 2 leitfadengestützten Gruppeninterviews mit den Teilnehmenden. Neben standardisierten Fragebögen (SF12, WHO5, FERUS, BELP-KF) wurde ein selbst entwickelter Fragebogen zu den Erfahrungen in den Praktika bei den Studierenden und Praktikumsbegleitenden eingesetzt.

Insgesamt haben 18 Personen den EX-IN Studiengang begonnen. Drei Personen (17%) brachen die Weiterbildung ab. Die Befragungen wurden von beim Ausbildungsbeginn von 16 und am Ausbildungsende sowie ein Jahr danach von 12 Personen retourniert (Rücklauf 89% bzw. 80%). Die individuellen Erwartungen der Teilnehmenden wurden erfüllt bzw. übertroffen. Die Praktika wurden von den Studierenden eher positiv, von den Institutionen überwiegend positiv („bereichernd“) erlebt. Die Studierenden wurden als „offen“, „interessiert“, „motiviert“ und „vorbereitet“ beschrieben. Einzelne negative Kommentare gab es sowohl bei den Studierenden („eher frustrierend“) als auch bei den Praktikumsbegleitenden („kurze intensive Arbeitstage“, „grosses Mitteilungsbedürfnis“). Es wurden Unklarheiten betreffend der Funktion von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag beschrieben. Die Beurteilung der Lebensqualität zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung im Bereich Qualität und Anzahl der Freundschaften und eine Verbesserung der finanziellen und beruflichen Situation der Studierenden 1 Jahr nach Abschluss. Die körperliche und psychische Gesundheit wurden durch die starke Belastung des Studiengangs nicht bzw. kaum beeinflusst. Das allgemeine Wohlbefinden der Studierenden nahm etwas ab. Die Einschätzung der Selbstbeobachtung und der Hoffnung veränderte sich nicht. Statistisch signifikant verbesserte sich die Selbstwirksamkeit bei den Studierenden während des Studiengangs.

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 (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004; World Health Organization, 2009, 2010).

Die Betroffenen sollen dabei vielfältige Rollen übernehmen, zum Beispiel im Bereich der Freiwilligenarbeit, in Selbsthilfeorganisationen, als BetroffenenvertreterInnen auf institutioneller Ebene (z.B. als Patientenfürsprecher, im Qualitätsmanagement) und in der Versorgungsplanung, in der Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen (bei der Curriculumentwicklung, als DozentInnen), in der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. in Anti-Stigma-Kampagnen), oder als „peer-worker“ in der direkten Betreuung.

Diese Partizipation soll die Qualität der psychosozialen Angebote durch eine vermehrte Berücksichtigung der Anliegen der Betroffenen verbessern, zum Abbau der gesellschaftlichen Stigmatisierung beitragen und gleichzeitig psychiatrieefahrenen Menschen eine sinnvolle und für die Gemeinschaft gewinnbringende Beschäftigung ermöglichen.

Psychiatrieeifahrene Menschen selbst werden durch ihre aktive Partizipation besser integriert, und, nicht zuletzt, werden sie durch die Übernahme solcher sinnstiftender Aufgaben und die damit verbundene Auseinandersetzung mit sich selbst in ihrer eigenen Gesundheit gefördert und in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt.

Bezahlte Partizipationstätigkeit kann einen Beitrag zur Reduktion von finanzieller Unterstützung und eventuell von Rentenleistungen leisten.

Erfahrungen aus dem europäischen Ausland zeigen, dass es sinnvoll ist, wenn sich Betroffene für die Tätigkeit als „Experte/Expertin durch Erfahrung“ systematisch vorbereiten können. In einem aus dem europäischen Programm Leonardo da Vinci geförderten Projekt wurde ein Curriculum (EX-IN, Experienced Involvement) für eine entsprechende Qualifizierung Psychiatrieeifahrener geschaffen und in verschiedenen europäischen Ländern erfolgreich umgesetzt (Utschakowski, 2010). Die Ausbildung (rund 250 Stunden Unterricht, 1 ¼ Jahre) bietet psychiatrieefahrenen Menschen die Gelegenheit, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als MitarbeiterIn in psychiatrischen Diensten, als DozentIn oder in einer anderen Betroffenenrolle zu arbeiten.

In der Schweiz bildet die Pro Mente Sana seit 2007 Psychiatrieeifahrene für die Leitung von Peer-Gruppen, in einem 40 stündigen Training, aus. Behandelte Themen waren die Konzepte Recovery und Salutogenese, der eigene Gesundheitsweg und der Umgang mit Krisen.

EX-IN unterscheidet sich von diesem Angebot durch den grösseren Umfang und die grössere Breite der Ausbildung in der eigene Erfahrungen reflektiert und Methoden- und Hintergrundwissen angeeignet werden. Die EX-IN-Ausbildung bereitet auf ein breiteres Spektrum von möglichen Aufgaben vor, welche die AbsolventInnen übernehmen können.

Um dies auch in der Schweiz zu ermöglichen, wurde die Ausbildung des europäischen EX-IN Projekts vom Verein EX-IN Bern übernommen und an Schweizer Verhältnisse angepasst.

Aufbau des Studiengangs

Angesiedelt als Weiterbildung mit der Möglichkeit zum Erwerb eines DAS (Diploma of Advanced Studies in Experienced Involvement) an der Berner Fachhochschule Gesundheit, startete der Studiengang 2010 das erste Mal in der Schweiz.

Der DAS-Studiengang gliedert sich in drei Bereiche: Basisstudium, Aufbaustudium sowie DAS-Abschluss-Modul.

Das Basisstudium im Umfang von 10 ECTS-Punkten¹ umfasst die 4 Module «Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden», «Dialog», «Erfahrung und Teilhabe», «Recovery». Das Aufbaustudium im Umfang von 15 ECTS-Punkten umfasst die 5 Module: «Unabhängige Betroffenen Fürsprecher», «Selbsterforschung», «Recovery-orientiertes Assessment», «Unterstützen und Begleiten, Krisen» und «Lernen und Lehren». Jedes dieser Module dauert 2-4 Tage. Das Basis- und Aufbaustudium werden während je 1 Semester absolviert. Auf Wunsch kann der Studiengang mit einem 5 ECTS-Credits umfassenden Diplommodul abgeschlossen werden. Dabei ist eine umfassende schriftliche Arbeit (Diplomarbeit) zu erstellen.

¹ Nach dem ECTS (European Credit Transfer System) bedeutet ein Punkt einen studentischen Arbeitsaufwand von 25 bis 30 Stunden.

Der inhaltliche Aufbau folgt einem erfahrungszentrierten Ansatz, das heisst, die Inhalte werden aus den reflektierten Erfahrungen der Studierenden heraus bearbeitet. Beim Thema Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden befassen sich die Studierenden beispielsweise zuerst mit ihrem persönlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Im Erfahrungsaustausch mit den StudienkollegInnen sowie mit Inhalten der Gesundheitsforschung (WHO-Definition, salutogenetische vs. pathogenetische Sichtweise, Resilienz etc.) wird das Erfahrungswissen reflektiert, vertieft und mit theoretischen Erkenntnissen angereichert.

Im Rahmen der Weiterbildung erstellen die Studierenden zudem ein Portfolio (eine zielgerichtete Sammlung von persönlichen Arbeiten und Leistungsnachweisen). Im Portfolio werden persönliche Lernfortschritte und Erkenntnisse dargestellt und diese der Gruppe klar und nachvollziehbar vorgestellt. Durch regelmässige Standortgespräche mit dem Studiengangsleiter erhalten die Studierenden Unterstützung bei der Erstellung des Portfolios. Am Schluss des DAS EX-IN Weiterbildungsstudiengangs wird das erarbeitete „persönliche professionelle Profil“ im Plenum präsentiert.

Nebst den 40 Studientagen absolvieren die Studierenden zwei Praktika in psychiatrischen Institutionen. Das erste gilt als Schnupperpraktikum (40h), in dem es darum geht, sich in einer psychiatrischen Institution in der Rolle als „Peer“ zu erleben und sich auf einen Perspektivenwechsel einzulassen. Beim zweiten Praktikum (150h) kann mehr Verantwortung übernommen werden, z.B. als Co-Dozierende an Fachhochschulen oder Co-Leitende einer Gesprächsgruppe. Während der Praktikumszeit werden die Studierenden mit Supervision begleitet.

Ziele des Studiengangs

Durch den praktischen Einsatz der AbsolventInnen des DAS-Studiengangs «Experienced Involvement» soll der Einfluss von Expertise durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem gestärkt werden. Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufriedenstellenderen, weniger diskriminierenden und weniger entwürdigenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.

2 Fragestellungen

Die Evaluation liefert Angaben zu folgenden Fragen:

1. Welche soziodemografischen, krankheits- und behandlungsbezogene Merkmale haben die Teilnehmenden?
2. Welches sind die Gründe für die Teilnahme an diesem Studiengang?
3. Welche Erwartungen haben die Teilnehmenden an die Arbeit als Experten durch Erfahrung und an die Entwicklung psychiatrischer Institutionen?
4. Erfüllt der Studiengang die Bedürfnisse der Teilnehmenden?
5. Verändert sich die Einschätzung des Curriculums während dem Studiengang?
6. Wie erleben Studierende und Professionelle den Einsatz von Betroffenen in der Praxis?
7. Verändern sich die Lebensqualität und der Gesundheitszustand während der Teilnahme und 1 Jahr nach Abschluss des Weiterbildungsstudiengangs?
8. Verändern sich das Wohlbefinden, die Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und die Hoffnung während und nach dem Studiengang?

3 Methode

3.1 Design

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden (Mixed-methods-Ansatz). Neben einer schriftlichen Befragung zu 3 verschiedenen Zeitpunkten (zu Beginn, nach Abschluss des Studiengangs und 1 Jahr danach) und einer Praktikumsevaluation fanden 2 Fokusgruppen mit den Teilnehmenden in der Mitte und am Ende des Studiengangs statt.

3.2 Stichprobe

Alle Studierenden des Weiterbildungslehrgangs wurden schriftlich über die Durchführung einer Evaluation informiert und zur Teilnahme an der Evaluation angefragt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig nach Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung.

3.3 Instrumente

Die soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, soziale Situation) der Studierenden haben wir mit Fragen basierend auf dem **Anamnesebogen der „Aktion Psychisch Kranke“ (SozDem)** schriftlich erhoben ("Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie.," 2005). Ausserdem beinhaltet der Bogen Fragen zur Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten und den bisherigen Behandlungen.

Aus den **Motivationsschreiben (MO)**, die zur Bewerbung an der Fachhochschule eingereicht wurden, ergaben sich die Beweggründe für die Teilnahme am Studiengang sowie die Erwartungen an die Arbeit als Experten durch Erfahrung und an die Entwicklung psychiatrischer Institutionen.

In zwei **Fokusgruppengesprächen** haben wir die Frage nach beruflichen Perspektiven gestellt. Ausserdem haben wir die Bedürfnisse der Studierenden, die Zufriedenheit mit dem Weiterbildungslehrgang sowie Verbesserungsvorschläge für künftige Lehrgänge und Praktika diskutiert. Die Gespräche wurden von einer Moderatorin anhand eines Leitfadens geführt und von einer Co-Moderatorin überwacht.

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 1. Praktikums sowohl die Studierenden als auch die zuständige Begleitperson am Praktikumsort schriftlich zu den ausgeführten Tätigkeiten und zur Qualität des Einsatzes befragt

Die subjektive Lebensqualität erfassten wir mit dem **Berliner Lebensqualitätsprofil BELP-KF**. Die Betroffenen schätzen die Zufriedenheit mit 12 Lebensaspekten auf je einer 7-stufiger Likert-Skala ein (1 = könnte nicht schlechter sein bis 7 = könnte nicht besser sein). Zur Auswertung wird für jedes Item der Durchschnittswert berechnet (Kaiser, Isermann, Hoffmann, Huxley, & Priebe, 1999).

Der Gesundheitszustand wurde mit dem **SF12 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 (Bullinger & Kirchberger, 1998). 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. Der durchschnittliche Wert für die körperliche Gesundheit liegt bei diesen bei 49.0 und jener für die psychische Gesundheit bei 52.2 (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Zur Erhebung des Wohlbefindens setzten wir den **WHO-5-Fragebogen** ein. Der Selbstbeurteilungsbogen besteht aus 5 Fragen, die mit einer 6-stufigen Likert-Skala (0 = zu keinem Zeitpunkt bis 5 = die ganze Zeit) beantwortet werden (World Health Organization, 1998b). Ein Summenwert kleiner gleich 13 entspricht einem schlechten Wohlbefinden und ist möglicherweise ein Anzeichen für Depression (World Health Organization, 1998a).

Der **FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten** (Jack, 2007) wurde zur Erfassung der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Er besteht aus 26 Items, die mit einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet werden. Zur Auswertung werden Summenwerte von 3 Subskalen gebildet:

- Die Subskala Selbstbeobachtung (7 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 (9 Fragen) bildet die Ausprägung der Grundüberzeugung ab, dass man ein Verhalten beherrscht und in der Lage ist, es einzusetzen.
- Die Skala Hoffnung (10 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 Datenerhebungsplan

Monat		SF 12	WHO 5	FERUS	BELP-KF	Frabo	SozDem	Fokusgruppe	MO	PR
0	Vor Beginn								X	
1	Nach Modul 1	X	X	X	X	X	X			
5	im 4. Modul							X		
6	Nach 1. Praktikum									X
11	im letzten Modul							X		
11	Nach Abschluss	X	X	X	X	X				
24	1 Jahr nach Abschluss	X	X	X	X	(X)				

3.5 Datenauswertung

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 17 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Wir berechneten sowohl individuelle wie auch Gruppenveränderungen mittels t-Tests für abhängige und gepaarte Stichproben oder der einfachen Varianzanalyse mit Messwiederholungen.

Unterschiede waren dann statistisch signifikant, wenn der p-Wert ≤ 0.05 war.

Wenn nicht anders angegeben, wurden die Daten aller retournierter Fragebögen ausgewertet (auch von jenen Personen, die den Studiengang abgebrochen haben).

Zur Auswertung des WHO-5 Fragebogens wurden Mittelwerte der Summen für alle Befragten, die an beiden Zeitpunkten geantwortet haben, berechnet.

Die Textantworten sowie die Fokusgruppengespräche wurden qualitativ mittels eines kategorisierenden Verfahrens durch 3 Mitarbeitende der Abteilung F&E der UPD Bern ausgewertet.

3.6 Kommunikative Validierung der Ergebnisse

Die Gültigkeit der qualitativen Ergebnisse und ihrer Interpretation überprüften wir, indem wir diese den Studierenden vorstellten und mit ihnen diskutierten. Die Teilnehmenden erhielten dadurch die Gelegenheit die Ergebnisse zu validieren, zu bestätigen und zu reinterpretieren und dabei sicherzustellen, dass mit den Ergebnissen die Realität widerspiegelt wird.

3.7 Datenschutz, ethische Überlegungen

Alle Studierenden des Weiterbildungslehrgangs 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 jedeR TeilnehmerIn eine Studiennummer, welche auf jedem Fragebogen vermerkt ist. Die Liste mit den Codierungen wurde separat verwaltet und ist nur von den Evaluationsbeauftragten einsehbar. Die Ergebnisse wurden so zusammengefasst, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen unmöglich sind.

Die Gespräche 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 Studierenden

4.1.1 Soziodemografische Merkmale

Insgesamt hatten 18 Personen den EX-IN Studiengang begonnen. 16 davon retournierten den Fragebogen der 1. Befragung (Rücklauf 89%). 3 Personen (17%) brachen die Weiterbildung ab. Bei der 2. Befragung am Ende des Studienganges wurden die Fragebögen von 12 Personen ausgefüllt (Rücklauf 80%). An der 3. Befragung 1 Jahr nach Abschluss des DAS nahmen ebenfalls 12 Personen Teil (Rücklauf 80%).

Das durchschnittliche Alter der Studierenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 48 Jahre, der/die Jüngste war 28, der /die Älteste 57 Jahre alt. Drei Viertel der Teilnehmenden waren weiblich.

Jeweils ein Viertel der Befragten war verheiratet oder geschieden, ein Drittel ledig, der Rest lebte getrennt. Die Hälfte der Studierende lebte alleine, die andere Hälfte mit Ehepartner bzw. Lebensgefährten, mit Kindern, oder Freundinnen.

3 Personen hatten eine Hochschule abgeschlossen, 2 Studierende gaben die Matura/Lehrerseminar als höchsten erreichten Abschluss an. 5 Teilnehmende hatten eine höhere Fachschule absolviert, 4 Personen eine Lehre. Darüber hinaus absolvierte eine Person die Handelsschule, eine Person gab bei einer abgebrochenen Matura die besuchte Grundschule als höchsten erreichten Bildungsabschluss an.

4.1.2 Allgemeine soziale Situation

Zur aktuellen Beschäftigungssituation zu Beginn des Weiterbildungsstudiengangs wurden folgende (zum Teil Mehrfach-) Angaben gegeben: Jeweils 7 Personen waren in der Freiwilligenarbeit tätig bzw. arbeiteten als Hausfrau/Hausmann. 5 Teilnehmende waren selbständig erwerbstätig und 3 befanden sich in einem Angestelltenverhältnis. 2 Personen waren arbeitslos, eine Person übernahm Gelegenheitsarbeiten und eine Person arbeitete in einer geschützten Einrichtung.

1 Jahr nach Abschluss des DAS hatte eine höhere Anzahl der Studierenden eine Anstellung. Weniger Personen gaben an selbständig erwerbend, Hausfrau/Hausmann, arbeitslos zu sein, Gelegenheits-/Freiwilligenarbeit oder in einer geschützten Einrichtung tätig zu sein (siehe Tabelle 1). Ihrer Tätigkeit gingen die Studierenden in einem Pensum von durchschnittlich knapp 30% nach (5-60%, Median 20%). Als ihre aktuelle Berufsbezeichnung gaben 1 Jahr nach Ex-In Abschluss 8 Personen „Betroffenenvertreter“, „Genesungsbegleitende“ oder „Experte aus Erfahrung“ an. 2 Personen gaben andere Berufe an (Pflegefachperson, Redaktor).

Einkommen beziehen die Befragten vor allem durch ihre Peerarbeit (5 Personen) und von der IV Rente (7 Personen). Andere beziehen Lohn aus in einer anderen (nicht Peer-)Anstellung (2 Personen), oder vom Unterhalt von Ehepartnern (je 1 Person).

11 (92%) der 12 befragten Personen waren sehr zufrieden bis zufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Eine Person gab an eher unzufrieden mit der Situation zu sein.

Tabelle 1: Beschäftigungssituation

	2010		2012	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	3	20%	9	75%
selbständig erwerbend	5	33%	3	25%
Gelegenheitsarbeit	1	7%	1	8%
Hausfrau/Hausmann	7	47%	5	42%
Freiwilligenarbeit	7	47%	4	33%
arbeitslos	2	13%	0	0%
geschützte Einrichtung	1	7%	0	0%

Alle Studierenden tauschten sich regelmässig mit anderen Personen über psychische Belange aus. Bei 88% der Befragten fand ein regelmässiger Austausch mit FreundInnen und professionellen Helfenden statt. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden sprachen mit Angehörigen über ihre psychische Gesundheit. Weitere Ansprechpartner waren ArbeitskollegInnen, StudienkollegInnen (EX-IN) und Betroffene (PatientInnen in der Klinik, Psychosese seminar).

Am Häufigsten wurden bedeutsame soziale Kontakte zu Freunden (15 Teilnehmende) und Angehörigen (10 Teilnehmende) gepflegt, dicht gefolgt von Nachbarn/Mitbewohnern (9 Teilnehmende) und Lebenspartnern (8 Teilnehmende). Weitere wichtige Kontakte waren der Verein/Club, die persönliche Assistentin, KollegInnen bzw. ArbeitskollegInnen, professionelle Helfer (Psychiater), Empowermentgruppen und der Ergotherapeut.

4.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte

Folgende Angaben wurden von den Studierenden in Bezug auf die Diagnose der psychischen Erkrankung gemacht: affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung), Angst- und Panikstörung, Anpassungsstörung, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Politoxikomanie, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörung. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass 13 der 16 Befragten mehr als eine Diagnose nannten.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei mehr als der Hälfte der Befragten im Alter von 17 bis 25 Jahren, bei 3 Teilnehmenden erst nach dem 40. Lebensjahr.

Im Durchschnitt waren die Studierenden bisher 8 Mal stationär aufgenommen, wobei eine Person noch nie in einer psychiatrischen Klinik stationär untergebracht war. Die Anzahl der häufigsten Aufenthalte betrug 30.

Die meisten Teilnehmenden waren in den vergangenen 10 Jahren ein- oder mehrmals stationär in Behandlung, Die Dauer des letzten Aufenthalts betrug durchschnittlich 8 Wochen, wobei mindestens 2 und längstens 16 Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden.

Zu Beginn des DAS waren 14 der 16 Befragten in regelmässiger Behandlung, die meisten bei einem Psychiater (92%). Darüber hinaus erfolgte die Behandlung durch ambulante psychiatrische Pflege, Psychologen, Casemanager, Neurologen sowie unterstützend mit alternativen Behandlungsformen (Radiance, Klangbehandlung).

4.1.4 Strategien zur Bewältigung von Krisen

In den 13 ausgewerteten Motivationsschreiben gaben die Studierenden an, wie sie bisher (vor Beginn der Weiterbildung) Krisen bewältigten.

In Krisen suchten die meisten der Studierenden professionelle Hilfe im stationären oder ambulanten Setting. Auch die Einnahme von Medikamenten stellte eine mögliche Krisenbewältigung dar. Viele beschrieben die Wichtigkeit der Eigeninitiative, des Austausches mit sich selbst und anderen, Achtsamkeit sowie des Selbstvertrauens und einer positiven Grundhaltung.

- Eigeninitiative: *Sich aktiv selber Hilfe (Arzt/Therapeut/etc.) organisieren, sich mitteilen*
- Austausch: *Soziales Umfeld (Angehörige, Partner, Freunde), Mitpatienten/Peers*
- Sich selbst kennen: *Gefühle, Stärken/Schwächen, Frühwarnzeichen, Reflexion, Auseinandersetzung mit der pers. Krankheit*
- Achtsamkeit
- Selbstvertrauen, Selbstakzeptanz: *Orientieren nach eigenen Massstäben*
- Positive Haltung: *Keine Angst vor Schwankungen, positive Erkenntnisse aus der Krankheit, Glauben an Vergänglichkeit der Krisen, Akzeptanz*

Auch das Verändern von alten Gewohnheiten, Strukturen und das Reduzieren von Stress wurden mehrfach beschrieben.

- Altes loslassen: *Vergangenheit/Krankheit, Wohnsituation ändern, Umgestaltung des „Lebens“, Beziehungen abbrechen (zu Personen /zu Orten etc.)*
- Struktur: *Gute Gewohnheiten, Tagesrückblick, Zeit sinnvoll gestalten, Schlafrhythmus*
- Reduzieren von Stress: *kein Druck, keine Überforderung, sich Zeit nehmen, Teilzeitbeschäftigung*

Ausserdem wurden das Annehmen von Hilfe und das Entwickeln von eigenen Strategien und die Religion, der Glaube als mögliche Bewältigung von Krisen erwähnt.

- Strategien entwickeln: *Skillstraining, Radiance Technik, schreiben, lesen, Bewegung, Meditation, Malen, Musik, mit Kindern (Fussball) spielen, Selbsthilfegruppen, Notfallkoffer zulegen*

- Religion/Glaube

4.2 Gründe für eine Teilnahme am Studiengang

Die schriftlichen Aussagen von 13 Studierenden lieferten folgende zusammengefassten Antworten:

Die Studierenden begründeten ihre Motivation am Studiengang „Experienced Involvement“ teilzunehmen damit, ihre Erfahrung und ihr Wissen einerseits zu vertiefen, andererseits weitergeben zu wollen, Öffentlichkeitsarbeit zu leisten sowie sich neue berufliche Perspektiven zu erarbeiten.

- Persönliche Erfahrung: *gerne gebe ich meine Erfahrung weiter; die vertiefte Auseinandersetzung mit mir, der Krankheit und der Gruppe*
- Wissen: *das bisherige „learnig by doing“ durch Wissen zu festigen; mein Engagement mit der dazu gehörigen Ausbildung und Anerkennung zu stärken; unser Wissen für andere nutzbar machen*
- Öffentlichkeitsarbeit: *erhoffe mir mehr Resonanz im Versorgungssystem und der Öffentlichkeit*
- Berufliche Perspektiven: *Ich möchte Recovery leben und bekannt machen*
- Entstigmatisierung: *Psychiatrieerfahrung vom negativen ins positive wenden*

4.3 Erwartungen an die Arbeit als Experten durch Erfahrung und an die Entwicklung psychiatrischer Institutionen

4.3.1 Erwartungen an die Arbeit als Experten durch Erfahrung

Die 13 Studierenden stellten sich ihre zukünftigen Aufgaben vor allem als Peertätigkeiten in psychiatrischen Diensten, in der Politik sowie im Bildungswesen vor. Dabei betonten sie die Wichtigkeit der Entlohnung für ihre Arbeit.

- Peertätigkeit in psychiatrischen Diensten: *Einzel- und Gruppengespräche, Empowerment, Mitarbeit in betreutem Wohnen, Teammitglied auf Akutabteilung*
- Peertätigkeit in politischen Belangen: *Verbindung zw. Entscheidungsträgern und Betroffenen, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung der psychiatrischen Krankheit, mehr Resonanz, Betroffenenvertreterin*
- Peertätigkeit im Bildungswesen: *Mitarbeit in der Aus-/ Weiterbildung von Fachleuten in der Psychiatrie, Integration von Erfahrung, Ärzte aufmerksam machen auf Aspekte, die sie nicht stark beachten, Mitarbeit in EX-IN Ausbildung*
- Bezahlte Anstellung als Peer: *in Klinik, Tagesklinik, Forschung, finanzielle Unabhängigkeit/Reduzierung der IV*

Perspektiven möchten sie erarbeiten in der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Institutionen und in der Begleitung von Betroffenen.

- Zusammenarbeit mit Psychiatrischen Institutionen: *Vermittlungsperson zwischen Professionellen und Betroffenen, beratende Funktion für Betroffene und Professionelle, Inputs einbringen*
- Begleitung von Betroffenen: *Menschen in verschiedenen Lebenslagen kompetent, klar, liebevoll begleiten, Lebensqualität gestalten, Genesungsbegleitung, Hoffnung vermitteln*

Des Weiteren wurden individuelle Ziele und das Verbreiten von speziellen Techniken erwähnt, der Austausch mit anderen Psychiatrieerfahrenen sowie Referententätigkeit, Onlineberatung und beruflicher Wiedereinstieg wurden formuliert.

- Individuelle Ziele: *Mit meinen Kräften angemessen umgehen, Neues lernen, Fähigkeiten weiterentwickeln, vertiefte Auseinandersetzung mit Themen zu Recovery, Reflektion und Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen, Unterstützung in Entwicklung persönlicher Ziele*
- Verbreiten von speziellen Techniken: *Radiance Technik, emotionale Regulationsgruppe*

4.3.2 Entwicklung psychiatrischer Institutionen

Auf die Frage, wie psychiatrische Institutionen sich entwickeln sollen, antworteten die Studierenden mit dem Wunsch nach mehr Recovery, Einbezug von Betroffenen und Angehörigen, einer patientenzentrierten Behandlung und einer veränderten Haltung.

- Recoveryansatz fördern: *Patienten mehr am „normalen“ Leben teilhaben lassen, Empowerment*
- Einbezug von Betroffenen: *Weiterbildung von Fachkräften (Teilnahme von Ärzten am Psychoseseminar), Behandlung von Patienten, Supervision für Peers, Theorie & Praxis vermischen*
- Einbezug von Angehörigen
- Patientenzentrierte Behandlung: *Verantwortung zurückgeben, Ressourcenorientierung*
- Haltung gegenüber Patienten verändern: *gleichberechtigt, achten, respektieren, Menschlichkeit, mehr Mitgefühl, Lern- und Dialogbereitschaft auf beiden Seiten*

Der Ausbau des Psychiatrieangebotes, Nachbetreuung und vermehrte Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenfalls gefordert.

- Ausbau des Psychiatrieangebots: *Psychiatrie wandlungsfähig und offen für Ideen und neue Ansätze, alternative Behandlungsmethoden, Verbesserung der Notfallaufnahme, ambulant vor stationär, Psychiatrische SpiteX ausbauen, Aufbau einer von Betroffenen geleiteten Anlaufstelle, Qualitätskontrolle von Wohngemeinschaften, Geschützte Werkstätten revidieren*
- Nachbetreuung: *Übergang zwischen Akutklinik und selbständigem Wohnen optimieren*
- Öffentlichkeitsarbeit: *Entstigmatisierung, Schulaufklärungsunterricht zur psych. Gesundheit mit Betroffenen*

Des Weiteren wurde die Ausbildung und Anstellung von Betroffenen sowie deren Arbeit formuliert.

- Ausbildung von Betroffenen
- Anstellung von psych. Fachpersonen mit Psychiatrieerfahrung
- Evaluationsforschung: Wirksamkeit von Peers überprüfen

4.4 Bedürfnisse der Studierenden

Die Frage nach den Bedürfnissen der Studierenden wurde in zwei Fokusgruppengesprächen mit jeweils 13 Studierenden diskutiert.

Das erste Gruppengespräch fand innerhalb des 4. Moduls (5 Monate nach Beginn der Weiterbildung) und das zweite Gruppengespräch innerhalb des letzten Moduls (11 Monate nach Beginn) an 2 Nachmittagen statt (jeweils die Hälfte der Studierenden an einem Nachmittag). Die Stimmung in allen Fokusgruppen war angenehm, interessiert, wohlwollend. Es wurden folgende Fragen gestellt:

1. Wie haben Sie den bisherigen Studiengang erlebt? Wie ist ihre grundsätzliche Zufriedenheit mit dem Studiengang? (Fokusgruppe 1 und 2)
2. Worin sehen Sie ihre persönliche Entwicklung während des Studienganges? (Fokusgruppe 2)
3. Welche beruflichen Perspektiven haben Sie im Verlaufe des Jahres entwickelt? (Fokusgruppe 2)
4. Gibt es Anregungen, was verändert/verbessert/angepasst werden müsste? (Fokusgruppe 1 und 2)

In den folgenden Abschnitten sind die verschiedenen Aussagen aufgelistet. Die Reihenfolge ist willkürlich und folgt keiner Wertung. Aussagen aus der Fokusgruppe 1 sind mit ¹ und jene aus den Fokusgruppen 2 mit ² gekennzeichnet.

4.4.1 Wie haben Sie den Studiengang bisher erlebt?

Grundsätzlich beschrieben die Studierenden den bisherigen Verlauf des Studiengangs in der 1. Fokusgruppe als überwiegend positiv. Sie nannten viele gute aber auch einzelne schwierige Erfahrungen, die sie im **persönlichen Bereich** sowie im sozialen Umfeld gemacht hatten.

- *Besseres Selbstwertgefühl durch Ausbildung*¹
- *Wohl fühlen*¹
- *Sensibilisierung und mehr Aufmerksamkeit auf das was im psychischen Bereich läuft*¹
- *Persönlicher Nutzen*¹
- *grössere Gelassenheit*¹
- *Ausbildung stabilisiert*¹
- *Prestige – Fachhochschule, Studentenausweis*¹
- *Vorbereitet sein auf Kritik von Personen, die gegen EX-IN sind*¹
- *Umfeld nimmt positive Veränderung wahr*¹
- *Positive Unterstützung vom direkten Umfeld*¹
- *intensive Auseinandersetzung mit Erfahrungen*¹
- *Zeit zum Verarbeiten nötig*¹
- *Reaktion auf Besuch des Studienganges unterschiedlich: Unverständnis, Hemmungen, nicht mehr trauen zu fragen, selbst gestrickt bzw. mehr Interesse gezeigt*¹
- *Outing schwierig, schäme mich*¹

Zudem nannten sie die **Gruppendynamik** als wichtigen Faktor im Erleben des Studiengangs

- *Gute Gruppe: wertschätzend*¹
- *Offenheit, Sympathie*¹
- *Wir-Gefühl*¹
- *Austausch über individuelle Geschichte der TN: mehr gewünscht, bzw. mehrheitlich nicht gewünscht*¹

Auch die **Struktur** des Studiengangs trug zum positiven Grunderleben der Teilnehmenden bei. Einzelne Punkte wurden kritisch diskutiert

- *Gute Struktur*¹
- *Götti/Pate als wertvolle Stütze*¹
- *Viele Inhalte schon bekannt*¹
- *Professionelles Vokabular dazugelernt*¹
- *Lernen aus Erfahrung (ist neue Erfahrung), durch Kommunikation*¹
- *Bereitschaft der Dozenten und Leitung Fragen zu beantworten und Unterstützung zu bieten*¹
- *Anlehnung an Studienaufbau in Deutschland als positiv empfunden*¹
- *Sharepoint gut*¹
- *Modullänge, Pausen dazwischen: 3 Tage ist das Limit bzw. am liebsten möglichst schnell fertig. Längere Pausen zwischen Modulen*¹
- *Anspruchsvoller, zeitintensiver und emotionaler als erwartet*¹
- *Viele Informationen, die in der Zeit nicht verarbeitet werden können*¹
- *Eine schlechte Co-Moderatorin, aber kann ja vorkommen*¹
- *Kritische Bemerkung zum Evaluations-Fragebogen*¹

4.4.2 Zufriedenheit

Die **allgemeine Zufriedenheit** der Studierenden im letzten Modul war sehr hoch. Alle würden den Studiengang weiterempfehlen und waren dankbar für die Möglichkeit, dass sie ihn absolvieren konnten.

- *Zufriedenheit hoch*²
- *Erwartungen übertroffen*²
- *Geschenkte Ausbildung*²
- *Zufriedenheit hoch mit Leitung und Dozenten: danke*²
- *Benötigt Zeit und Energie*²

Als sehr positiv wurde die **Interaktion** in der Gruppe bezeichnet und auch, dass Krisen der Studierenden im Unterricht Platz hatten. Als negativ wurden Zu-spät-Kommen, Nicht-Erfüllen von Aufgaben und mangelndes Engagement einzelner Teilnehmender erlebt, welche sich auf die Gruppendynamik auswirkten.

- *Sehr gute Gruppe, persönliche Begegnungen*²
- *Selbst- und Fremdwahrnehmung als spannend erlebt*²
- *Krisen von Studierenden hatten Platz*²
- *Rückhalt in Klasse sehr gut*²
- *Gruppendynamik kann auch negative Auswirkungen haben (bei zu wenig Engagement)*²

Bezüglich **Methodik und Inhalt** überwogen die positiven Rückmeldungen.

- *Ressourcenorientierung*²
- *Aus Erfahrung gelernt: gute Methode*²
- *Wissensvermittlung-Erfahrungsaustausch ausgewogen*²
- *Von Themen (Vielfalt und Inhalt) profitiert*²
- *Kennenlernen von neuen Krankheitsbildern und -geschichten*²

Als kritisch angesehen wurden hingegen **strukturelle Aspekte** wie z.B. die Zusammenlegung zweier Module zu einem Modul, der Zeitaufwand und der damit einhergehender Energiebedarf.

- *Module zeitlich sehr gedrängt (unterschiedliche Meinungen), Arbeit/Alltag musste angepasst werden*²
- *Emotionale Prozesse brauchen Zeit zur Verarbeitung, intensiv*²
- *Praktika zu wenig in Gruppe nachbesprochen*²
- *Keine Zeit für vertiefende Literatur*²
- *Supervision unterschiedlich wahrgenommen, Zeitpunkt vor allem nach den Praktika wichtig*²
- *Abrupter Abbruch am Ende „es läuft aus“*²
- *Frage, ob Studiengang an FH sinnvoll (Lösung in Deutschland möglicherweise sinnvoller)*²
- *Spagat FH- individuelle Bedürfnisse. Während der Ausbildungen Anpassungen erfolgt (Feingefühl der Dozenten war da)*²

4.4.3 Persönliche Entwicklung

Hinsichtlich des Einflusses der Kursteilnahme auf die persönliche Entwicklung fielen die Äusserungen positiv aus. Die Krankheit wurde neu bewertet und nicht mehr als Defizit, sondern als eine Ressource angesehen. Auch verstärkte sich die Zugehörigkeit und die Studierenden sahen sich nicht mehr als Einzelkämpfer.

- *Stabilisierend, normalisierend*²
- *Erhöhtes Selbstbewusstsein, „coming out“, mutiger geworden*²
- *Akzeptanz*²
- *Sinnerfüllend*²
- *Sensibilisierung auf sich selbst schauen, auf Gesundheit achten*²
- *Von ICH Wissen zu WIR Wissen*²
- *Eigener Lernprozess verbessert*²
- *Therapeutische Ausbildung*²
- *Theorie in Praxis umsetzen ist schwierig*²

4.4.4 Berufliche Zukunft

Auf die Frage nach konkreten beruflichen Perspektiven und Vorstellungen nach dem Studiengang gaben die Studierenden vielfältige Antworten. Die mit ³ markierten Aussagen sind schriftliche Rückmeldungen die als Antworten im Rahmen des selbst entwickelten Fragebogens als Freitextantwort gegeben wurden.

- Leitung Selbsthilfegruppen ³
- Vorträge halten ³
- Aufbau einer emotionalen Regulationsgruppe ³
- Aufbau Triolog Borderline ³
- telefonische Beratung ³
- Aufsuchende Pflege, Spitex ³
- Peergruppe, Einzel-Peer Beratungen/Begleitungen, Peerarbeit in Institutionen ³
- weiter alle Aufgaben jonglieren ³
- Mitarbeit in Vorständen ³
- Mitarbeit als Peer im Weiterbildungsangebot für Fachleute am psychiatrischen Dienst ³
- Eigenes Projekt entwickeln
- Weiterführende Studien, CAS (Certificate of Advanced Studies) Suizidprävention geplant ³
- noch zu früh um etwas auszusagen ³
- nicht als Peer arbeiten, nicht viel verändern ³
- Mitwirkung in Seminaren und Vorträgen (Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit) ³
- Angebot für Leute, die sich wiederfinden möchten (wandern, malen) ³
- *Diplomarbeit in Praxis umsetzen* ²
- Ziel: selbsttragende Beschäftigung ohne Rente ²
- *Keine aktive Stellensuche, keine berufliche Veränderung geplant* ²

Besonders hervorgehoben wurde die Bedeutung des **Portfolios** im Zusammenhang mit der Erarbeitung beruflicher Perspektiven. Nach anfänglicher Skepsis gegenüber der Erstellung eines persönlichen Portfolios zeigte sich bei den ersten Bewerbungen der Nutzen eines solchen.

- Unklarheiten bei Gestaltung Portfolios bei Studierenden und Leitung ¹
- Portfolio Gespräch super ²

In den Aussagen der Studierenden kamen aber auch **Bedenken und Unsicherheiten** in Bezug auf die berufliche Zukunft zum Ausdruck.

- *Berufliche Zukunft eher unklar, noch keine Anschlussbeschäftigung* ²
- *Ungewissheit wie und ob Arbeit und Gesundheit zu vereinbaren ist* ²
- *Tätigkeit im Umfang von max. 30-40% im psychiatrischen Bereich* ²
- *Rollenwechsel als Herausforderung* ²
- *Bewerbung als Übung* ²
- *Direkte Beschäftigung nötig, um Anschluss nicht zu verlieren* ²

4.4.5 Verbesserungsvorschläge

Auf die Frage nach Anregungen, wie der Studiengang verbessert/angepasst werden könnte nannten die Befragten einerseits **Inhalte für zusätzliche Module**

- *Information über finanzielle Situation (IV, EL), Umgang mit Einkünften, Lohn* ¹
- *Rechtliches* ²
- *Auftreten nach aussen (wie beschreiben ich den Studiengang meinen Kollegen/Bekanntem? Wie vermittele ich das?)* ¹
- *Perspektiven nach dem Studium aufzeigen (Zukunft, was danach?)* ¹
- *Suizidprävention (ausführlicher)* ²

Andererseits wurden Verbesserungen zu **bestehende Strukturen** diskutiert.

- *Studiengang um mindestens ein Semester verlängern* ²
- *Keine Module zusammenlegen* ²
- *Mehr praktische Übungen ausserhalb der Module* ²
- *Unterrichtsbeginn an Zugfahrplan anpassen* ²
- *Umgang mit Fehlzeiten klären und kommunizieren* ²

- *Mehr Verbindlichkeit²*
- *Supervision: wieso? zu welchem Zeitpunkt (vor, nach, während Praktikum)? Zuteilung. Mehr Supervisoren, höhere Flexibilität. Kosten, Räumlichkeiten. Supervision nur in Gruppen¹*
- *Adressliste vor Beginn des Studiums austeilen¹*
- *Unterlagen schon vor dem Modul zu Verfügung stellen¹*
- *Schwierig mit englischem Ausdruck „EX-IN“, anderer Titel als Aushängeschild¹*
- *Selbststudium kommt zu kurz¹*

Ausserdem wurden Anregungen zu den **Praktika** gegeben.

- *Rollenklärung (Pfleger oder Patientenvertreter?), Funktion¹*
- *Stellen/Praktika auch ausserhalb BE erwünscht¹*
- *Zeitpunkt ungünstig (Schulferien)¹*
- *Nachbesprechung der Praktika in Gruppe wäre wichtig: wer, wo, was, welche Erfahrungen etc. (z.B. Extramodul Praktikumsnachbesprechung)²*

Im Gespräch nannten Teilnehmende den Wunsch nach weiterführenden Angeboten, zum Erfahrungsaustausch und zur fachlichen Unterstützung nach Ende des Studienganges.

- *Treffen nach Ende des Studiengangs organisieren²*
- *Nach Studiengang jährliche Tagung/WB über Themen, die in Modulen zu kurz kommen²*
- *Coaching durch FH nach Ende des DAS²*
- *Stellenpool über FH erwünscht²*
- *Angebote von Peers sichtbar machen²*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Studierenden mit dem Studiengang sehr zufrieden waren.

4.5 Einschätzung des Curriculums

In den folgenden Abschnitten wurden Ergebnisse aus der ersten und der zweiten schriftlichen Befragung verglichen.

4.5.1 Aufteilung Theorie/Praxis

Die Aufteilung der Module (Theorie) wurde von fast allen befragten Personen als gerade richtig empfunden, dies sowohl bei Beginn (t1) als auch nach Abschluss des Studiengangs (t2). Jeweils einer Person erschien die Theorie zu wenig (bei Beginn) bzw. als zu viel (nach Abschluss).

Die Zufriedenheit mit der Aufteilung der Praktika sank von 80% der Befragten bei Beginn auf 66.7% am Ende des Studiengangs. Als „zu wenig“ stuften zu Beginn 6.7% und am Ende 33.3% den Praktikumsanteil ein. Die Rückmeldung über „zu viel Praktikum“ sank von 13.3% zu Beginn auf 0% am Ende (Abbildung 1).

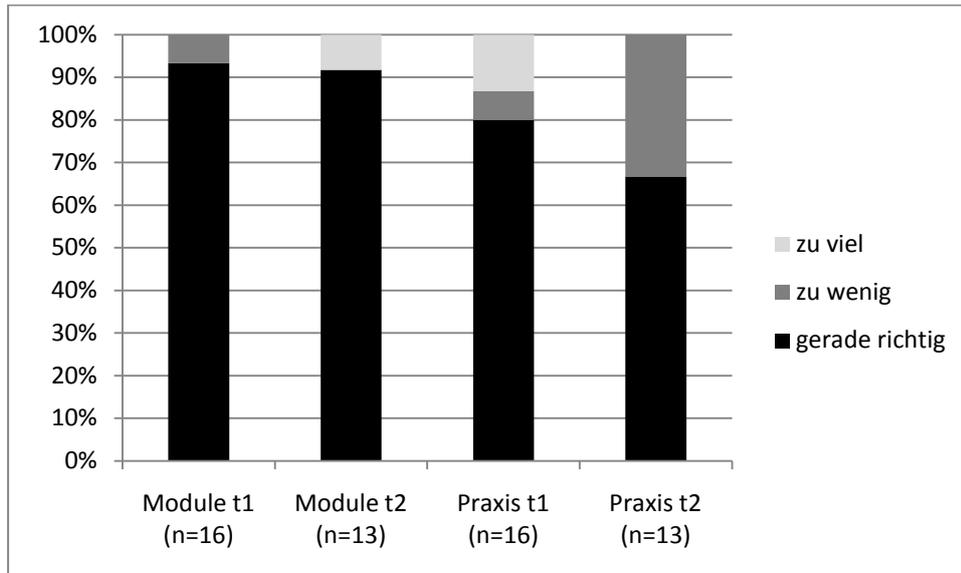


Abbildung 1: Aufteilung Theorie/Praxis

4.5.2 Profit/Relevanz der Themenmodule

Die Studierenden nannten zu Beginn der Ausbildung (t1) je drei Module von denen sie erwarteten am meisten bzw. am wenigsten zu profitieren. Von welchen Modulen sie tatsächlich am meisten profitiert bzw. welche weniger relevant waren, wurde nach Abschluss erfragt (t2).

Die Antworten verteilten sich sehr heterogen auf die vorgegebenen Module. Kein einziges Modul hob sich deutlich von den anderen ab bzgl. Profit oder Relevanz.

Die Module, von denen die 16 Teilnehmenden am meisten zu profitieren erwarteten, waren zu Beginn des Studiengangs „Lernen und Lehren“ (56.3%), „Recovery-orientiertes Assessment“ (43.8%) sowie „Unterstützen und Begleiten“ (43.8%). Nach Abschluss des Studienganges wurden am häufigsten die Module „Förderung von Gesundheit“, „Selbsterforschung“, „Unterstützen und Begleiten“ sowie „Lernen und Lehren“ (von je 41.7%) als am meisten relevant genannt (Abbildung 2).

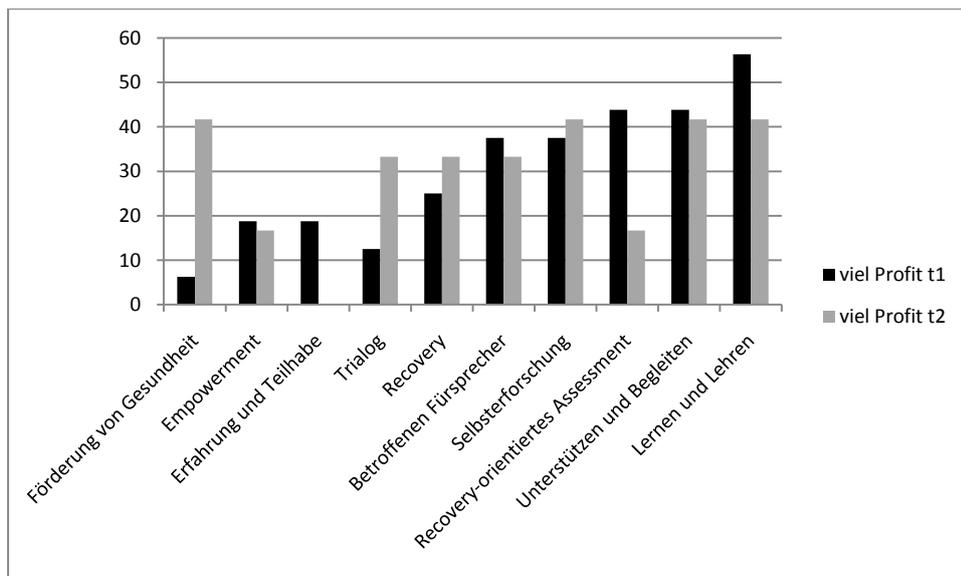


Abbildung 2: Module mit viel Profit

Als am wenigsten relevant wurden vor Beginn des Studiengangs mit 40% das Modul „Selbsterforschung“ und mit jeweils 33.3% die Module „Förderung von Gesundheit“ und „Trialog“ angegeben. Am Ende des Studienganges beurteilten sie als am wenigsten Relevant die Module „Förderung von Gesundheit“, „Betroffenen Fürsprecher“ und „Lernen und Lehren“ (jeweils 41.7%) (Abbildung 3).

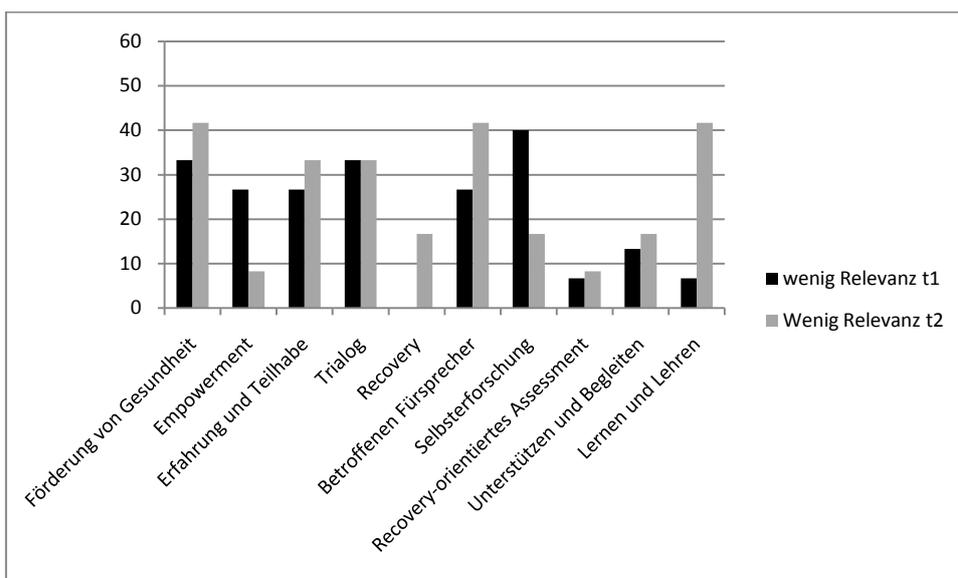


Abbildung 3: Module mit wenig Relevanz

Folgende zusätzliche Themen wurden von den Studierenden zur Bearbeitung im Rahmen des Studiums vorgeschlagen:

Verhältnis von Peer zu Profi im Praktikum, Rollenkonflikte, Psychische Krankheitsbilder, Erstellen eines Lebensgeschichtenbuches, Fragen bezüglich IV-Rente, Fragen bezüglich der Arbeit nach dem Studium, Arbeiten in der Selbständigkeit, Gesetze, Honorare, Anwendung der Radiance Technik und Positive Stressbewältigung.

4.5.3 Erfahrungen mit Peertätigkeit

Zu Beginn des Studienganges gaben 50% der Studierenden, die zu beiden Zeitpunkten an der Befragung teilnahmen, an bereits Erfahrungen mit Peertätigkeiten in psychiatrischen Institutionen gemacht zu haben. Nach Abschluss der Ausbildung gaben 84.6% an, eine solche Tätigkeit während der Ausbildung gemacht zu haben. Erfahrungen im politischen Tätigkeitsbereich hatte vor der Ausbildung 25%, in der Zeit während des Studiums engagierten sich 23.1%. Das Engagement im Bildungswesen stieg von 43.7% auf 53.8% während dem Studiengang (Abbildung 4).

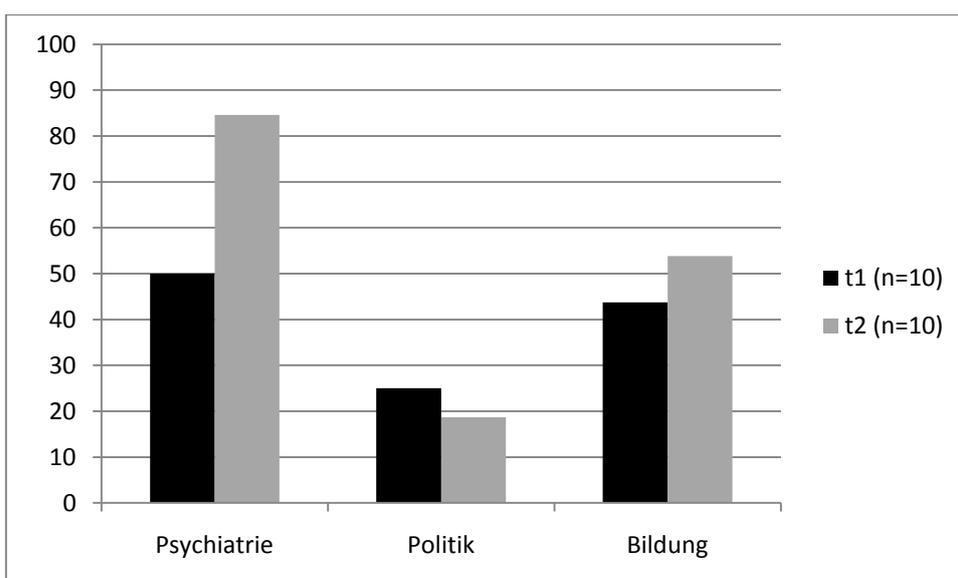


Abbildung 4: Peertätigkeiten

Als Peertätigkeiten in psychiatrischen Institutionen wurden genannt: Peerberatung, Peerbegleitung, Betroffenenvertretung, Selbsthilfegruppen, wöchentlicher Stammtisch für Psychiatererfahrene, Begleitung älterer Menschen mit psychischen Problemen, Leitung einer Kochgruppe, Pflegeforschung, Betreuungsdienst (Sintegra) sowie Windhorse.

Folgende Angaben wurden zur Art der politischen Interessensvertretung gemacht: Vorstandsarbeit in politischen Verbänden, Pressekonferenz, Leserbriefe in Zeitungen, Öffentlichkeitsarbeit, Tätigkeit als Betroffenenvertreterin in einer Ethikkommission, die Gründung einer Peergewerkschaft, die Werbung für Peertätigkeit bei Betroffenen, Aufbau einer Lobbyingstelle in einem Kanton sowie Logistik.

Im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagierten sich die Befragten in folgenden Bereichen: Leitung einer Recoverygruppe, Aufklärung im Rahmen von Schulprojekten, Selbsthilfegruppe Depression, Leitung von Ferienwochen, Weiterbildung an psych. Klinik, Vorträge und/oder Seminare an Kongressen, in Fachhochschulen oder anderen Institutionen und/oder Vereinen.

Die Erfahrungen mit der Peertätigkeit wurden sowohl zu Beginn als auch nach Abschluss des Studiengangs als sehr bzw. mehrheitlich positiv bewertet.

4.6 Einsatz in der Praxis

Die Evaluationsbögen wurden von 14 Studierenden und 11 PraktikumsbegleiterInnen ausgefüllt und retourniert. Die meisten Praktika fanden in den UPD Bern statt, ausserdem im Sanatorium Kilchberg, in den Psychiatrischen Diensten der Region Solothurn und des Kantons Thurgau, im Psychiatriezentrum Münsingen und in der Tagesklinik Interlaken.

Die Praktika wurden von den Studierenden eher positiv, von den Institutionen überwiegend positiv („bereichernd“) erlebt. Die Studierenden wurden als „offen“, „interessiert“, „engagiert“, „motiviert“ und „vorbereitet“ beschrieben. Einzelne negative Kommentare gab es sowohl bei den Studierenden („eher frustrierend“, „lange Arbeitstage“) als auch bei den PraktikumsbegleiterInnen („kurze intensive Arbeitstage“, „grosses Mitteilungsbedürfnis“).

Den Studierenden wurde in den meisten (11 von 14) Praktika eine Person als Ansprechperson zugeteilt.

Als hauptsächliche Aufgaben beschrieben die Studierenden ihre Rolle als BeobachterIn oder TeilnehmerIn am Geschehen auf der Abteilung. Einzelne wurden gebeten ein gezieltes Feedback zum Umgang mit PatientInnen oder zu Abteilungskonzepten zu geben. Auch kurze Weiterbildungen zu Themen wie Recovery oder EX-IN wurden innerhalb des Praktikums durchgeführt.

Die Studierenden erlebten sich als gut bzw. eher gut ins Team integriert. Eine der eher negativen Angaben war auf die Kürze (1 Tag) des Praktikums zurückzuführen. Meist (aber nicht immer) war eine übereinstimmende Wahrnehmung von Studierende und PraktikumsbegleiterIn vorhanden.

Vorgestellt wurden die Studierenden am häufigsten als PraktikantIn (13 von 25), gefolgt von EX-IN Studierende (8) und Betroffene (1).

In der Ausübung ihrer Funktion als Betroffene im professionellen Team erlebten sich die Studierenden als eher positiv, d.h. auf gleicher Augenhöhe wahrgenommen, ins Team integriert, an ihrer Meinung interessiert. Den Praktikantenstatus bezeichneten sie als eher positiv, einzelne jedoch auch als abwertend. Auch von der Institution wurde die Funktion als positiv beschrieben. Teilweise auch als etwas schwierig, da professionelle Distanz fehlte („eigene Wünsche/Ansichten/Erlebnisse etwas zu dominant“).

Schwierig war sowohl für die Studierenden als auch für die PraktikumsbegleiterInnen, dass es keine konkrete Funktionsbeschreibung gab. So war die Grenze, wie viel man einbringen oder auch erwarten kann, nicht klar.

Alle Institutionen sowie zwei Drittel der Studierenden konnten sich einen weiteren Einsatz vorstellen.

4.7 Lebensqualität und Gesundheitszustand

4.7.1 Lebensqualität

Bei der Beurteilung der Lebensqualität liess sich kaum eine Veränderung zwischen vor Beginn und nach Abschluss des DAS feststellen. In manchen Bereichen werden aber Veränderungen zum Zeitpunkt t3 (1 Jahr nach Abschluss) ersichtlich (Abbildung 5).

Zwischen dem Beginn und dem Abschluss des DAS nahm die Zufriedenheit der Teilnehmenden in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung und Anzahl/Qualität der Freundschaften leicht ab (statistisch nicht signifikant

(t-Test gepaarte Stichproben)). Sie erhöhte sich aber in beiden Bereichen erheblich 1 Jahr nach Abschluss (signifikanter Unterschied t2-t3 Zufriedenheit mit Freundschaften, $p=0.46$, Zufriedenheit aktuelle Arbeit nicht signifikant $p=0.64$). Auch die Zufriedenheit mit der finanziellen und der familiären Situation veränderten sich positiv, waren aber nicht statistisch signifikant.

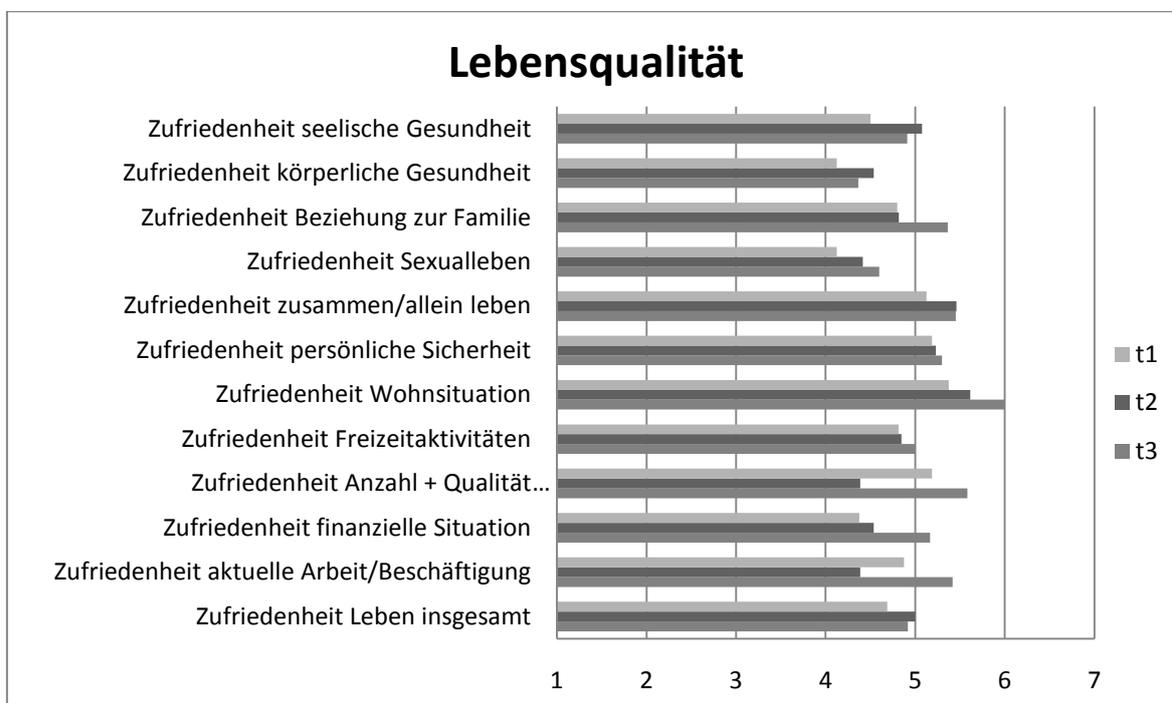


Abbildung 5: Lebensqualität (1=könnte nicht schlechter sein; 7=könnte nicht besser sein)

4.7.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die durchschnittliche Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit der EX-IN Studierenden lag nur leicht unter der der Normalbevölkerung (Bullinger & Kirchberger, 1998) (Abbildung 6). Bei jenen 8 Studierenden, die den Fragebogen zu allen drei Befragungszeitpunkten ausgefüllt hatten, veränderte sich die durchschnittliche körperliche Gesundheit nicht. Ihre psychische Gesundheit beurteilten sie jedoch durchschnittlich etwas schlechter nach Abschluss des Weiterbildungskurses. Ein Jahr danach verbesserte sich die psychische Gesundheit wieder etwas. Weder die körperliche noch psychische Gesundheit der Teilnehmenden wurde durch den Studiengang statistisch signifikant (Varianzanalyse mit Messwiederholung) beeinträchtigt.

Wenn man alle ausgefüllten Fragebögen betrachtet ($n=10-13$), liegt der durchschnittliche Wert für psychische Gesundheit deutlich niedriger als bei jenen, die bei allen 3 Befragungszeitpunkten teilnahmen. Vor allem die Befragung bei t1 fällt deutlich schlechter aus.

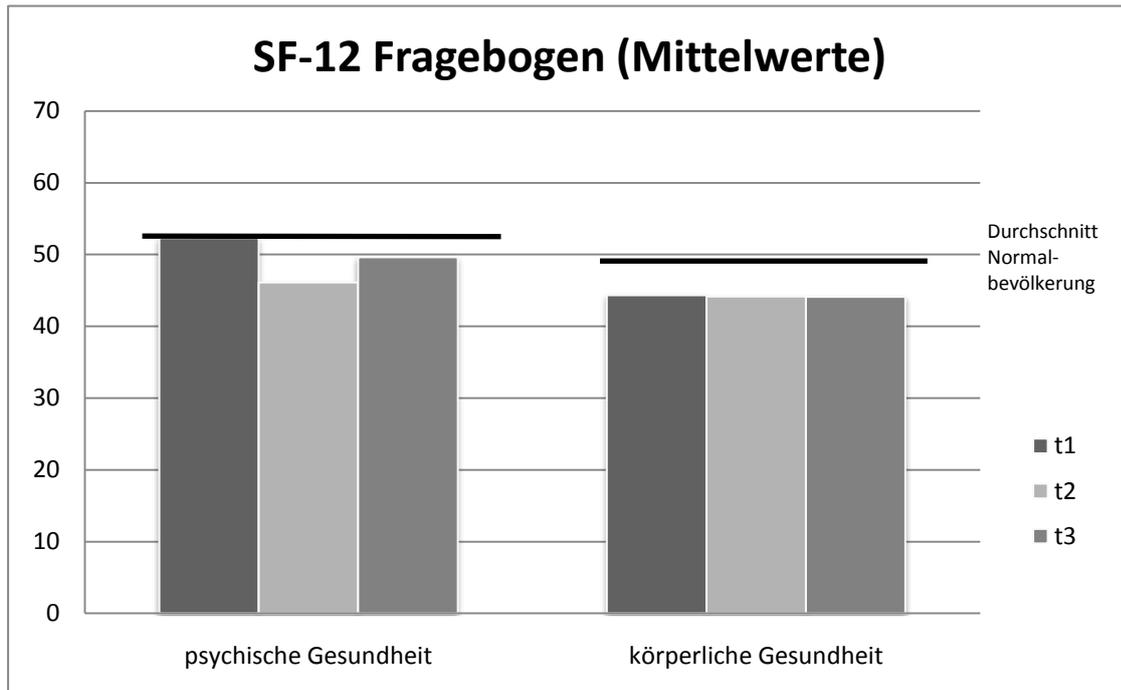


Abbildung 6: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (höhere Werte = besserer Zustand) (n=8)

4.8 Wohlbefinden, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung

Das allgemeine Wohlbefinden der Studierenden nahm während dem Studiengang etwas ab und verbesserte sich 1 Jahr nach Abschluss wieder etwas. Die Selbstbeobachtung veränderte sich während der 2 Jahre leicht positiv. Statistisch signifikant verbesserte sich die Selbstwirksamkeit bei den Teilnehmenden im Zeitraum von t1 zu t2. Die durchschnittliche Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden war 1 Jahr später sogar noch etwas höher. Die Hoffnung stieg während dem DAS an, wobei die Veränderung statistisch mit $p=0.06$ knapp nicht signifikant war, fiel aber nach Abschluss bis zur Befragung 1 Jahr später wieder etwas ab (Tabelle 2). Bei Betrachtung jener 12 Personen, die bei allen 3 Erhebungszeitpunkten teilgenommen haben, konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen während des Untersuchungszeitraumes festgestellt werden (Varianzanalyse) (Abbildung 7).

Tabelle 2: Mittelwertvergleiche der Fragebögen WHO Well-Being und FERUS

	bester mögl. Wert	MW t1 (n=13)	MW t2 (n=13)	MW t3 (n=12)	p-Wert ⁴ (t1-t2)	p-Wert ⁴ (t2-t3)	p-Wert ⁴ (t1-t3)
Well-Being	25	15.8	14.1	15.3	0.42	0.55	0.31
Selbstbeobachtung	35	27.9	27.9	29.7	0.93	0.1	0.34
Selbstwirksamkeit	45	30.7	33.2	34.3	0.03	0.56	0.93
Hoffnung	50	37.9	41.5	40.4	0.06	0.38	0.37

⁴ t-Test gepaarte Stichproben

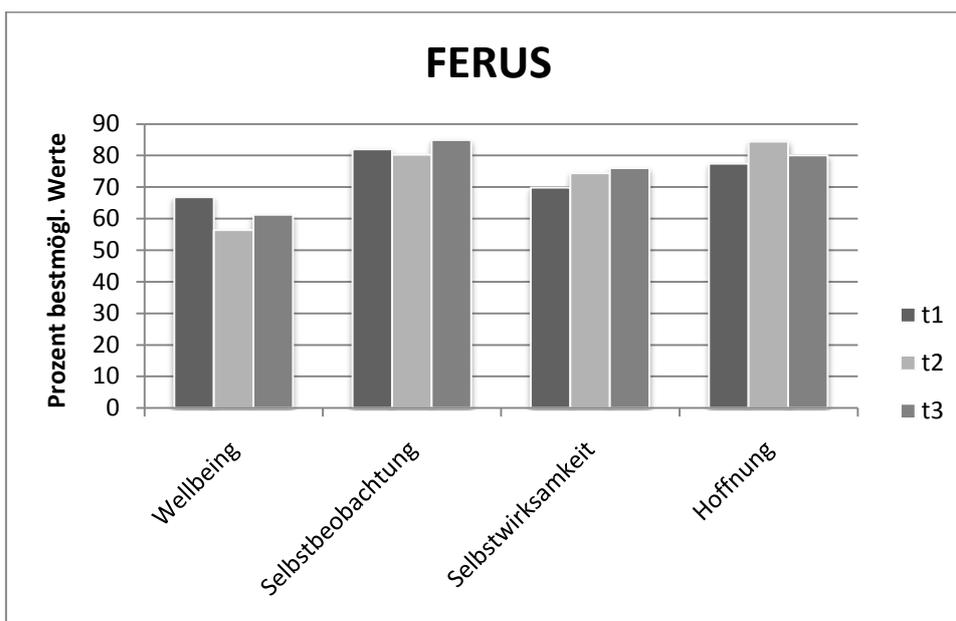


Abbildung 7: FERUS (höhere Prozente= bessere Werte) (n=12)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten im Wesentlichen die von uns erwarteten Veränderungen. Sowohl in den Fokusgruppen als auch in den schriftlichen Befragungen zeigte sich generell eine hohe Zufriedenheit mit dem Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement an der Fachhochschule Bern. So würden alle Befragten den Studiengang nochmals machen bzw. ihn weiter empfehlen.

Merkmale der Studierenden

Die Studierendengruppe war heterogen im Hinblick auf Alter, Geschlecht, bisheriger Bildungsweg und aktuelle Beschäftigungssituation. Auch die Diagnosen der psychischen Erkrankung waren vielfältig. Somit lässt sich schlussfolgern, dass der EX-IN Studiengang ganz unterschiedliche Menschen angesprochen hat. Die Gemeinsamkeit aller Studierenden waren ihre Erfahrungen mit Krisensituationen und ihren Bewältigungsstrategien. Die vorhandenen Ressourcen und Erfahrungen der Studierenden bereicherten den Unterricht und ermöglichten einen Erfahrungsaustausch.

Berufliche Perspektiven

Die beruflichen Perspektiven waren bei den meisten Teilnehmenden auch am Ende der Ausbildung noch nicht konkretisiert. Bei den wenigsten Studierenden war die unmittelbare berufliche Zukunft nach dem Weiterbildungsstudiengang geklärt. Und doch haben sie während des Studienganges verschiedene, neue Ideen entwickelt. Erfahrungen aus EX-IN Studiengängen in Deutschland zeigen, dass etwa 50% der AbsolventInnen eine bezahlte regelmässige Beschäftigung gefunden haben (Utschakowski, 2009). Ein Jahr nach Abschluss des Studienganges in der Schweiz gaben dreiviertel (75%) der Befragten an, angestellt zu sein (wenn auch nicht mit grossem Pensum). Und dies häufig auch in der Rolle eines/einer Experten/Expertin aus Erfahrung. Die von mehreren angestrebte finanzielle Unabhängigkeit bzw. Loslösung von der IV Rente liess sich im überprüften Zeitraum nicht verwirklichen.

Curriculum und Bedürfnisse

Die individuellen Erwartungen der Teilnehmenden wurden erfüllt bzw. übertroffen. Die Studierenden konnten im Austausch mit anderen Betroffenen ihr Erfahrungswissen erweitern, reflektieren und neue Fähigkeiten erlernen.

Die Evaluation zeigte, dass sich die Vorstellungen über den persönlichen Profit bzw. die Relevanz einzelner Module während dem Studiengang veränderten. Dies lässt sich dadurch erklären, dass zu Beginn des Studienganges viele Studierende sich noch keine Vorstellung über die einzelnen Module machen konnten, die Einschätzung zu jenem Zeitpunkt also sehr vage war.

Die Stärkung des Selbstwertgefühls wurde von den Teilnehmenden vor allem in den Fokusgruppen beschrieben. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls in der signifikanten Erhöhung der Selbstwirksamkeit und einem deutlichen Anstieg der Hoffnung bei Abschluss des DAS.

Praxiserfahrungen

Die Studierenden erlebten ihren ersten Praxiseinsatz häufig als positiv. Ebenso waren die Rückmeldungen der Institutionen überwiegend positiv. Diese positiven Rückmeldungen zeigen das Potential der Weiterbildung, Vorurteile von Professionellen gegenüber dem Einsatz von ExpertInnen aus Erfahrung abzubauen. Eine solche Anti-Stigma-Wirkung von EX-IN wurde auch schon in anderen Untersuchungen erwähnt (Utschakowski, 2010).

Bestehende Unklarheiten betreffend der Funktion von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag können nur durch gemeinsame Gespräche mit interessierten Abteilungen, Institutionen und Betroffenen geklärt werden und müssen sich in zukünftigen, weiteren Erfahrungen im Einsatz von Peers bestätigen. Der Anteil an Peertätigkeiten hat sich während des Studienganges nur leicht erhöht. Es bleibt zu hoffen, dass die Vorstellungen und Ideen der Studierenden nach dem Studiengang in der Praxis umgesetzt werden können.

Lebensqualität, Gesundheitszustand

Die Beurteilung der Lebensqualität zeigte keine signifikante Veränderung während des Studiengangs, jedoch eine signifikante Verbesserung der Zufriedenheit mit der Anzahl und Qualität der Freundschaften 1 Jahr nach Abschluss. Dies erstaunt nicht, tragen doch Veränderungen meist erst später ihre Wirkung. Das grosse Engagement durch Weiterbildung und die Auseinandersetzung mit einer neuen Rolle erklären möglicherweise die gering tiefere Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeit direkt nach Abschluss des DAS. 1 Jahr danach verbesserte sich die Lebensqualität jedoch vor allem in den Bereichen Arbeit und Finanzen deutlich. Diese Veränderung geht Hand in Hand mit der positiven Entwicklung, dass zu diesem Zeitpunkt dreiviertel der Studierenden einer Anstellung nachgingen.

Es ist erfreulich, dass die Einschätzung ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit durch die starke Belastung des Studiengangs nicht bzw. wenig beeinflusst worden ist. Dies obwohl einige Studierende von Krisen berichten, die während des Studienganges zu intensiver, teils stationärer Behandlung geführt haben und die sich in der leicht tieferen Einschätzung der psychischen Gesundheit zeigt. Durch einen guten Rückhalt im Klassenverband und den vielfältigen Strategien, die sie während der Bewältigung vorangegangener Krisen entwickelt haben, gefährdeten die Krisen die Ausbildung nicht. Sie wurden vielmehr als Teil des Recoveryprozesses gedeutet und in die Erfahrungsarbeit integriert. So fällt denn auch nach einem Jahr die Einschätzung der psychischen Gesundheit wieder etwas höher aus.

Es lässt sich somit schlussfolgern, dass der Studiengang stabilisierend auf viele Teilnehmende wirkte. Die Verbundenheit mit den Mitstudierenden, die während des Studienganges sehr positiv, intensiv und wichtig erachtet wurde, erschwerte hingegen den Abschluss zusätzlich.

Wohlbefinden, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung

Das durchschnittliche Wohlbefinden der Studierenden hat während der Weiterbildung etwas abgenommen. Bei Unterschreitung eines Grenzwertes (Summenscore ≤ 13) empfiehlt die WHO eine Abklärung von einer depressiven Erkrankung. Bei den befragten Studierenden liegt der Wert jedoch über dem von der WHO angegebenen Grenzwert. 1 Jahr nach Abschluss stieg das Wohlbefinden wieder etwas an. Innerhalb dieses Jahres haben sich vermutlich der Alltag und die berufliche Situation wieder normalisiert, was sich auf das Wohlbefinden auswirkte.

Während sich die Einschätzung der Selbstbeobachtung nicht verändert bzw. sich bis zu Nachuntersuchung nur leicht verbessert hat, stieg der Wert in der Beurteilung der Selbstwirksamkeit stetig an (zwischen t1 und t2 sogar statistisch signifikant). Dies lässt vermuten, dass die Teilnehmenden aufgrund ihrer langjährigen Psychiatrieerfahrung bereits eine gute Reflexionsfähigkeit ins Studium mitgebracht haben und den Anforderungen der zukünftigen Peertätigkeit schon vorher gerecht wurden. Durch die Inhalte des Studienganges und die Erfahrungen haben sie jedoch zusätzlich gelernt, ihre Fähigkeiten besser zu erkennen und wertzuschätzen und somit einen weiteren Schritt in ihrem Recoveryprozess unternommen.

Obwohl die berufliche Zukunft der Betroffenen bei Abschluss noch unklar schien und mit Bedenken verwunden war, stieg die Hoffnung der Teilnehmenden während dem Studiengang an. Die Studierenden sahen hoffnungsvoller in die Zukunft als zu Beginn der Weiterbildung. Dies zeigte sich auch an der Mehrzahl an Ideen zur Gestaltung ihrer beruflichen Zukunft, die sie während dem Studiengang entwickelt haben. Ein Jahr nach Abschluss ist die Hoffnung allerdings wieder etwas geringer. Erste Schwierigkeiten bei den gefundenen Anstellungen könnten ein möglicher Grund hierfür sein.

5.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Die Evaluation des Studiengangs „Experienced Involvement“ an der Berner Fachhochschule Gesundheit ist die erste systematische Untersuchung mit den vorliegenden Fragestellungen. Die Evaluation wurde mit einer Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden durchgeführt. Durch die regelmässige Befragung der Studierenden konnte ein guter Überblick über die Entwicklung und Zufriedenheit der Teilnehmenden während und auch nach dem Studiengang gewonnen werden. Auch konnten dadurch aktuell anfallende Verbesserungsvorschläge der verantwortlichen Leitung des Studiengangs rückgemeldet und schon während der Ausbildung übernommen werden.

Die Ergebnisse der Evaluation wurden mit den Studierenden diskutiert und validiert.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind weitgehend international bzw. im deutschsprachigen Raum verbreitet. Wir haben Fragebögen zur Messung des psychiatrischen (allgemeiner Gesundheitszustands (SF-12)) aber auch der recovery-orientierter Outcomes (Wohlbefinden (WHO-5), Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung (FERUS)) verwendet. Dadurch war es uns möglich Veränderungen festzustellen, die die Betroffenen in ihrer subjektiven Wahrnehmung bestätigen.

Eine Schwäche der Untersuchung liegt im Zeitpunkt der ersten Befragung. Aus organisatorischen Gründen war eine Ersterhebung vor Beginn des Studiengangs nicht möglich. Die ersten Einschätzungen, welche von den Studierenden nach dem ersten Modul der Ausbildung vorgenommen wurden, können deshalb leicht verzerrt sein.

Auch wurde auf eine Befragung der zwei Studierenden, welche den Studiengang abgebrochen haben, verzichtet und somit lassen sich die gefundenen Ergebnisse nicht vergleichen.

Nichtsdestotrotz ermöglichen die Erkenntnisse aus dieser Evaluation die folgenden EX-IN Weiterbildungskurse zu optimieren.

6 Empfehlungen

6.1 Empfehlungen für EX-IN

- Dem ersten Studiengang „Experienced Involvement“ an der Fachhochschule Bern sollen unbedingt weitere folgen.
- Das Curriculum des Studiengangs könnte eventuell erweitert werden um einzelne Themen bzw. ein Semester, in dem Nachsorge der Studierenden und Begleitung in der Praxis vermehrt fokussiert werden.
- Eine Funktionsbeschreibung für Studierende und Praktikumsbegleitende kann zur Klärung der Rolle und zur klaren Unterscheidung zu sonstigen Praktikanten/Vorpraktikanten/Auszubildenden beitragen.

Um den Studierenden Praktikumsort in der Nähe ihres Wohnortes bieten zu können, sollten weitere Praktikumsorte rekrutiert werden (ZH, SO, LU, AG etc.)

6.2 Empfehlungen für die Evaluation weiterer EX-IN Studiengänge

In zukünftigen Evaluationen des Weiterbildungsstudiengangs EX-IN soll aufgrund der geringen Aussagekraft oder Sensitivität bzgl. Veränderungen auf folgendes verzichtet werden:

- Auswertung der Motivationsschreiben
- WHO-5-Fragebogen zur Erfassung des Wohlbefindens
- Berliner Lebensqualitätsprofil BELP-KF zur Erfassung der Lebensqualität

- Fragen zu Relevanz und Profit der Module zu Beginn des Studienganges

Zusätzlich sollten folgende Informationen erfragt werden:

- Einkommenssituation (IV-Rente?)
- Erwartungen der EX-IN Studierenden an mögliche Einsatzorte

Um mögliche längerfristige Veränderungen feststellen zu können, werden die Studierenden des 1. EX-IN Weiterbildungsstudienganges 1 Jahr nach Abschluss erneut mit den Fragebögen SF-12, FERUS, WHO-5, BERP-KF befragt. Zusätzlich sollen durch qualitative Befragungen ihre Arbeitserfahrungen als ExpertInnen aus Erfahrung gesammelt werden.

6.3 Empfehlungen für weitere Studien

Ob die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufriedenstellenderen, weniger diskriminierenden und weniger entwürdigenden psychiatrischen Dienstleistungen beiträgt, wie es als eines der Ziele der Fachhochschule formuliert ist, sollte in weiterführenden Studien untersucht werden.

7 Schlussfolgerungen

- Die Studierenden verfügten über vielfältige Erfahrungen und Ressourcen im Umgang mit Krisen.
- Der Studiengang war belastend, hatte aber keine langfristigen negativen Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit der Studierenden.
- Die Rolle von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag muss noch weiter geklärt bzw. definiert werden.
- Die verbesserte Selbstwirksamkeit und Hoffnung sind gute Voraussetzungen für ihre zukünftige Arbeit als ausgebildete Experten mit Erfahrung.
- Obwohl die berufliche Zukunft der Studierenden nach Abschluss der Weiterbildung eher unklar und noch durch Unsicherheiten geprägt war, fand die Mehrzahl eine Anstellung/Tätigkeit als ExpertIn aus Erfahrung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Curriculum der EX-IN Weiterbildung bewährt hat. Der Weiterbildungsstudiengang sollte weitergeführt werden, um Psychiatrie-Erfahrenen die Möglichkeiten zu bieten, auf ihre Arbeit als „ExpertInnen aus Erfahrung“ gut vorbereitet zu sein.

8 Literatur

- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie. (2005). In Aktion Psychisch Kranke (Ed.), *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jack, M. (2007). *FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaiser, W., Isermann, M., Hoffmann, K., Huxley, P., & Priebe, S. (1999). Zur Kurzfassung subjektiver Lebensqualität. Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF). *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67(9), 413-425.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern.
- Utschakowski, J. (2009). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Eds.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2010). Licht am Ende des Tunnels. *pflügen:psychosozial*(2), 29-33.
- World Health Organization (1998a). *Mastering depression in primary care (version 2.2)*. Frederiksberg: Regional Office for Europe Psychiatric Research Unit.
- World Health Organization (1998b). WHO-5, from <http://www.who-5.org/>
- World Health Organization (2009). *Improving health systems and services of mental health*.
- World Health Organization (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*.

9 Anhänge

9.1 Anhang 1: Fragebögen der 1. Erhebung (nach 1. Modul)

9.1.1 Frabo + SozDem

Gerne wüssten wir, welche **Erwartungen** Sie an den Studiengang haben und welche **Erfahrungen** Sie bereits mit Peer-Tätigkeiten gemacht haben. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Erachten Sie die Aufteilung von Modulen (Theorie) und Praktika (Praxis) innerhalb des Studiengangs als geeignet?

	zu wenig	zu viel	Gerade richtig
Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Von welchen Modulen erwarten Sie sich am meisten persönlich zu profitieren? (Kreuzen Sie bitte drei Module an)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> Betroffenen Fürsprecher |
| <input type="checkbox"/> Empowerment | <input type="checkbox"/> Selbsterforschung |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment |
| <input type="checkbox"/> Trialog | <input type="checkbox"/> Unterstützen und begleiten |
| <input type="checkbox"/> Recovery | <input type="checkbox"/> Lernen und Lehren |

3. Welche Module erachten sie als am wenigsten relevant? (Kreuzen Sie bitte drei Module an)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> Betroffenen Fürsprecher |
| <input type="checkbox"/> Empowerment | <input type="checkbox"/> Selbsterforschung |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment |
| <input type="checkbox"/> Trialog | <input type="checkbox"/> Unterstützen und begleiten |
| <input type="checkbox"/> Recovery | <input type="checkbox"/> Lernen und Lehren |

4. Welche zusätzlichen Ideen würden Sie gerne bearbeiten?

5. Tauschen Sie sich regelmässig mit anderen Personen über ihre psychische Gesundheit aus?

- Ja nein
- mit Angehörigen
- mit Freundinnen oder Freunden
- mit Arbeitskollegen
- mit professionellen Helfern (Psychiater, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter etc.)
- mit anderen Personen: _____

6. Haben Sie bereits vor diesem Ex-In Studiengang Peer-Tätigkeiten in psychiatrischen Diensten ausgeübt?

- Ja nein (weiter bei Frage 7)

6.1. Wenn ja, beschreiben sie diese (Art, Dauer, Arbeitgeber etc.)

6.2. Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

- ausschliesslich positive
- mehrheitlich positive
- mehrheitlich negative
- ausschliesslich negative Erfahrungen

7. Haben Sie sich bisher politisch für die Interessen Betroffener engagiert?

- Ja
- nein (*weiter bei Frage 8*)

7.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

8. Haben Sie sich bisher im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert?

- Ja
- nein

8.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre **soziale Situation und Krankengeschichte**. Bitte beantworten Sie jede Frage.

9. Jahrgang: _____**10. Geschlecht:** männlich weiblich**11. Amtlicher Zivilstand**

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt

12. Lebensform (Mehrfachantworten möglich)

- alleinlebend
- mit Ehepartner/in, Lebensgefährte/in
- mit Kindern
- mit Eltern
- mit Mutter
- mit Vater
- andere: _____

13. Zu wem haben Sie bedeutsame soziale Kontakte? (mindestens 1 Kontakt/Woche)

(Mehrfachantworten möglich)

- zu Angehörigen
 zu Freunden
 zum Lebenspartner/zur Lebenspartnerin
 zu Kollegen
 zu Nachbarn, Mitbewohnern
 durch Vereins- oder Clubtätigkeiten (auch Selbsthilfegruppen, Besuch von Begegnungsstätten)
 sonstige (bitte angeben) _____

14. Schulbildung: (höchster erreichter Abschluss)

- abgeschlossene Primarschule
 Lehre, Berufsschule
 Meisterprüfung
 höhere Fachschule
 Matura/Lehrerseminar
 Hochschule (Fachhochschule, Uni, ETH)
 anderer: _____

15. Aktuelle Beschäftigungssituation

- arbeitslos
 Hausfrau/Hausmann
 angestellt*
 selbstständig erwerbend*
 Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit*
 Freiwilligenarbeit*
 erwerbstätig zu _____ %*
 Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstatt, Wiedereingliederungsstätte)

* aktuelle Berufsbezeichnung: _____

16. Bitte geben Sie an welche Diagnose bei Ihnen gestellt wurde (z.B. Schizophrenie, Depression, Angst, Zwang, Persönlichkeits-/Verhaltensstörung,...)

17. In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische Behandlung?

Mit _____ Jahren

18. In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung?

Mit _____ Jahren

19. Wie viele stationäre Aufenthalte hatten Sie bisher? _____**20. In welchem Jahr war Ihr letzter stationärer Aufenthalt?** _____**21. Wie viele Wochen dauerte dieser?** _____**22. Sind Sie derzeit in regelmässiger Behandlung?**

- Ja nein

22.1 Wenn ja, bei wem? (Mehrfachantworten möglich)

- Hausarzt
- Psychiater
- ambulante psychiatrische Pflege
- Spitex-Dienst
- Sozialdienst (z.B. Gemeinde)
- Klinikambulatorium
- Tagesklinik/Tagesstätte
- andere: _____

Besten Dank für Ihre Angaben!

9.1.2 SF-12

Monika Bullinger und Inge Kirchberger

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12

Selbstbeurteilungsbogen

Zeitfenster 4 Wochen

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
<i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen auf Grund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die seinem/ihrer Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manch- mal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw. beeinträchtigt)?	1	2	3	4	5

Vielen Dank.

9. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer persönlichen Sicherheit?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

10. Wie zufrieden sind Sie mit den Leuten mit denen Sie zusammenleben; oder falls Sie alleine leben mit dieser Situation?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

12. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beziehung zu Ihrer Familie?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

14. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7

könnte nicht schlechter sein	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	wechselnd	überwiegend zufrieden	völlig zufrieden	könnte nicht besser sein
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	---------------------	-----------------------------

Besten Dank für Ihre Angaben!

Vorstellungen durchzusetzen.						
14.	Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>				
15.	Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>				
16.	In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.	<input type="checkbox"/>				
17.	Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme.	<input type="checkbox"/>				
18.	Was auch immer passiert, ich weiss, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	<input type="checkbox"/>				
19.	Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung.	<input type="checkbox"/>				
20.	Wenn Probleme auftauchen, weiss ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen.	<input type="checkbox"/>				
21.	Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/>				
22.	Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	<input type="checkbox"/>				
23.	Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/>				
24.	Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird.	<input type="checkbox"/>				
25.	Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spass machen.	<input type="checkbox"/>				
26.	Ich glaube, das Leben wird für mich noch viele Chancen bereithalten.	<input type="checkbox"/>				
27.	Meine jetzigen Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung zur Bewältigung künftiger Probleme.	<input type="checkbox"/>				
28.	Ich setze viel Hoffnung in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>				
29.	Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben.	<input type="checkbox"/>				
30.	Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche.	<input type="checkbox"/>				
31.	Manche Dinge, die vor mir liegen, sind zwar schwer zu bewältigen, aber ich werde es schon schaffen.	<input type="checkbox"/>				

Besten Dank für Ihre Angaben!

9.2 Anhang 2: Fragebögen der Praktikumserhebung

9.2.1 Version Praktikumsverantwortlicher

1. In welcher Institution/welchem Bereich war der/die Ex-In Studierende während dem Praktikum tätig?

2. Wie haben Sie den Einsatz der/des Ex-In Studierenden erlebt?

3. Wurde der/des Ex-In Studierenden eine Ansprechperson zur Verfügung gestellt?

- Ja, eine Person während dem ganzen Praktikum
 Ja, jeden Tag eine andere Person
 Nein

4. Welche Aufgaben hat der/die Ex-In Studierende übernommen?

5. War der/die Ex-In Studierende in das Team integriert?

- ja eher ja eher nein nein

6. Wie haben Sie den/die Ex-In Studierenden dem Behandlungsteam/den PatientInnen vorgestellt? (z.B. PraktikantIn, Ex-In StudentIn,...)

7. Beschreiben Sie, wie Sie die Funktion des/der Ex-In Studierenden während des Einsatzes erlebt haben.

8. Können Sie sich vorstellen weiterhin Personen mit dieser Funktion einzusetzen?

- ja nein

Bemerkung: _____

9. Ergänzende Bemerkungen:

9.2.2 Version Ex-In Studierende**1. Wo haben Sie ihr Praktikum absolviert?**

2. Wie haben Sie Ihren Einsatz im Praktikum erlebt?

3. Stand Ihnen während des Einsatzes eine Ansprechperson zur Verfügung?

- Ja, eine Person während dem ganzen Praktikum
 Ja, jeden Tag eine andere Person
 Nein, keine Person

4. Welche Aufgaben haben Sie übernommen?

5. Fühlten Sie sich dem Behandlungsteam zugehörig?

- ja eher ja eher nein nein

6. Wie wurden Sie dem Behandlungsteam/den PatientInnen vorgestellt? (z.B. PraktikantIn, Ex-In StudentIn,...)

7. Beschreiben Sie, wie Sie Ihre Funktion während des Einsatzes erlebt haben.

8. Können Sie sich vorstellen diese Funktion weiterhin auszuführen?

- ja nein

Bemerkung: _____

9. Ergänzende Bemerkungen:

9.3 Anhang 3: Fragebögen der 2. Erhebung (nach Abschluss)

9.3.1 Frabo

Gerne wüssten wir, wie Sie den gesamten DAS Studiengang erlebt haben und welche **Erfahrungen** Sie während der Ausbildung mit Peer-Tätigkeiten gemacht haben. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. War die Aufteilung von Modulen (Theorie) und Praktika (Praxis) innerhalb des Studiengangs zufriedenstellend?

	zu wenig	zu viel	Gerade richtig
Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Von welchen Modulen haben Sie am meisten persönlich profitiert? (Kreuzen Sie bitte drei Module an)

<input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> Betroffenen Fürsprecher
<input type="checkbox"/> Empowerment	<input type="checkbox"/> Selbsterforschung
<input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe	<input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment
<input type="checkbox"/> Trialog	<input type="checkbox"/> Unterstützen und begleiten
<input type="checkbox"/> Recovery	<input type="checkbox"/> Lernen und Lehren

3. Welche Module waren am wenigsten relevant? (Kreuzen Sie bitte drei Module an)

<input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden	<input type="checkbox"/> Betroffenen Fürsprecher
<input type="checkbox"/> Empowerment	<input type="checkbox"/> Selbsterforschung
<input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe	<input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment
<input type="checkbox"/> Trialog	<input type="checkbox"/> Unterstützen und begleiten
<input type="checkbox"/> Recovery	<input type="checkbox"/> Lernen und Lehren

4. Welche zusätzlichen Ideen würden Sie gerne bearbeiten?

5. Tauschen Sie sich regelmässig mit anderen Personen über ihre psychische Gesundheit aus?

Ja nein

mit Angehörigen

mit Freundinnen oder Freunden

mit Arbeitskollegen

mit professionellen Helfern (Psychiater, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter etc.)

mit _____ anderen Personen: _____

6. Haben Sie während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2010) Peer-Tätigkeiten in psychiatrischen Diensten ausgeübt?

Ja nein (weiter bei Frage 7)

6.1. Wenn ja, beschreiben sie diese (Art, Dauer, Arbeitgeber etc.)

6.2. Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

- ausschliesslich positive
- mehrheitlich positive
- mehrheitlich negative
- ausschliesslich negative Erfahrungen

7. Haben Sie sich während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2010) politisch für die Interessen Betroffener engagiert?

- Ja nein (*weiter bei Frage 8*)

7.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

8. Haben Sie sich während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2010) im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert?

- Ja nein

8.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

9. Wie sieht Ihrer Meinung nach, Ihre persönliche Zukunft nach dem DAS Ex-In aus?

Besten Dank für Ihre Angaben!

9.4 Anhang 4: Fragebogen der 3. Erhebung (1 Jahr nach Abschluss)

9.4.1 Frabo

Gerne wüssten wir wie, Deine derzeitige berufliche Situation aussieht. Wir bitten Dich deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

Aktuelle Beschäftigungssituation

- selbstständig erwerbend*
- angestellt*
- erwerbstätig zu _____ %*
- Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit*
- Hausfrau/Hausmann
- ehrenamtliche Freiwilligenarbeit*
- Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstatt, Wiedereingliederungsstätte)
- arbeitslos

* aktuelle Berufsbezeichnung: _____

Hauptsächliches Einkommen

- Peerarbeit
- IV-Rente
- IV-Rente plus Ergänzungsleistungen
- IV Taggeld
- Sozialhilfe
- Arbeitslosentaggeld
- anderes: _____

Zufriedenheit

Wie zufrieden bist du mit deiner derzeitigen beruflichen Situation?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Sonstige Bemerkungen, Kommentare
