

User Involvement im ambulanten Bereich (Pilotprojekt)

Rähle Sandra

Matrikelnummer 21-251-160

Rahls1@bfh.ch

Master-Arbeit

Berner Fachhochschule, Gesundheit

Master of Advanced Studies (MAS) Physiotherapeutische Rehabilitation

Begleitperson: Manuela Grieser, MaA

Studienleitung: Maurizio Trippolini, PhD, PT

15. Mai 2022

Abstract

User Involvement ist im psychiatrischen stationären Bereich bereits weit verbreitet. Der Mehrwert wird durch Studien belegt. Im ambulanten Bereich ist User Involvement noch nicht etabliert, die Daten fehlen weitestgehend. Diese Arbeit evaluiert ein Peer-Pilotprojekt im Spitexbereich. Es wird den Fragen nachgegangen, wie sich das Recoveryerleben der Klienten verändert, wie die Haltung des Pflegefachpersonals gegenüber den Peereinsätzen ist, wie sich die Selbstwirksamkeit der Peers verändert, welche Themen die Peers während ihrer Einsätze beschäftigen und ob die eingesetzten Instrumente geeignet sind.

Das Pilotprojekt wird bei zwei Spitexorganisationen als Evaluationsstudie im Prä-Post-Design durchgeführt. Klienten, Fachpersonen und Peers werden vor, während und nach einem halben Jahr nach Projektstart untersucht. Es werden Auswertungen von Fokusgruppeninterviews, Fragebögen und Supervisionsgruppen durchgeführt. Das Recoveryerleben der Klienten war zum Zeitpunkt T1 bereits hoch und konnte während dieses halben Jahres noch gesteigert werden. Vor Start des Pilotprojektes war die Haltung des Fachpersonals gegenüber den Peereinsätzen sehr positiv und offen. Sie sehen den Bedarf und viele positive Auswirkungen. Zum Zeitpunkt T2 haben sich die meisten Erwartungen der Fachpersonen bestätigt oder sogar vermehrt zum Positiven gewendet. Was von ihnen jedoch etwas unterschätzt wurde, waren die neuen Rollenaufgaben und die dadurch entstandenen Schwierigkeiten. Die Peers hatten bereits zum Zeitpunkt T1 eine hohe erwartete Selbstwirksamkeit. Diese hatte sich bis zum Zeitpunkt T2 bei allen Peers verbessert. In den Peersupervisionen wurden Themen wie die eigene Psychohygiene, die Abgrenzung, die Beziehungsgestaltung zu Klienten und das Zeitmanagement besprochen und über das eigene Verhalten reflektiert. Das Pilotprojekt kann als sehr gelungen beurteilt werden. Auf allen Ebenen hat sich eine Verbesserung gezeigt. Die Instrumente scheinen anwendbar zu sein. Ob es sinnvoll ist ein Instrument einzusetzen, welches die Recoveryorientierung einer Organisation misst, muss geprüft werden. Um den Effekt und die Nachhaltigkeit des Projektes zu erhöhen sind weitere Erhebungszeitpunkte notwendig, sowie teilstrukturierte Einzelinterviews um qualitative Daten im Bereich «schwierige Situationen» genauer zu erheben.

Keywords: User Involvement, Recovery, Peerarbeit, Spitex

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
Zielsetzung und Fragestellung	9
Theoretischer Hintergrund	10
Methodik	13
Quantitative Methodik	15
Qualitative Methodik	17
Ergebnisse	20
Ergebnisse der Klienten T1 und T2 quantitativ	20
Ergebnisse der Fachpersonen T1 quantitativ	28
Ergebnisse der Fachpersonen T1 qualitativ	29
Ergebnisse der Fachpersonen T2 quantitativ	35
Ergebnisse der Fachpersonen T2 qualitativ	37
Ergebnisse der Peers T1 und T2 quantitativ	40
Ergebnisse der Peersupervisionen	41
Diskussion	47
Klienten	47
Fachpersonen	47
Peers	51
Schlussfolgerung	54
Literaturverzeichnis	56
Einverständniserklärung	61
Selbständigkeitserklärung	62
Einwilligung zur Ausleihe	63
Anhang	64

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: QPR Klienten im Vergleich T1 und T2.....	23
Abbildung 2: RSA Dienstleistungen T1	25
Abbildung 3: RSA Dienstleistungen T2	25
Abbildung 4: RSA Hoffnung T1	26
Abbildung 5: RSA Hoffnung T2	26
Abbildung 6: RSA Zielorientiert T1	27
Abbildung 7: RSA Zielorientiert T2.....	27
Abbildung 8: Antizipationen der Fachpersonen zum Peereinsatz T1.....	29
Abbildung 9: VAS Fachpersonen im Vergleich T1 und T2	36
Abbildung 10: Erlebnisse der Fachpersonen zum Peereinsatz T2.....	37
Abbildung 11: Entwicklung SWE Peer 1-4 im Vergleich zum Mittelwert	40
Abbildung 12: Themen während den vier Peersupervisionen	41
Tabelle 1: Fragebogen QPR Auswertung auf Itemebene T1	20
Tabelle 2: Fragebogen QPR Auswertung auf Personenebene T1.....	21
Tabelle 3: Fragebogen QPR Auswertung auf Itemebene T2	22
Tabelle 4: Fragebogen QPR Auswertung auf Personenebene T2.....	22
Tabelle 5: RSA «nicht anwendbare Items»	24
Tabelle 6: VAS der Fachpersonen zum Peereinsatz T1	28
Tabelle 7: VAS der Fachpersonen zum Peereinsatz T2	35
Tabelle 8: SWE Score Peers T1 und T2	40

Abkürzungsverzeichnis

FG.....	Fokusgruppe
FP	Fachperson
PS	Peersupervision
QPR.....	Questionnaire Process of Recovery
RSA.....	Recovery Self Assessment
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
VAS.....	Visuelle Analogskala
WHO	Weltgesundheitsbehörde

Einleitung

User Involvement und Recovery werden im deutschsprachigen Raum zunehmend mit psychiatrischer Begleitung assoziiert. Der Begriff Recovery kann mit Gesundheit, Erholung oder Wiederherstellung umschrieben werden. Im Bereich der psychischen Gesundheit bezeichnet Recovery eine subjektive und individuelle Erfahrung. Slade (2009) unterscheidet zwischen »Clinical Recovery« und »Personal Recovery«. Die »Clinical Recovery« entspricht Vorstellungen, die aus den Erfahrungen psychiatrischer Fachpersonen heraus entstanden sind. Dabei geht es um die Reduktion von Symptomen, die Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und darum, wieder zur Normalität zurückzukehren. Die »Personal Recovery« ist hingegen eine Vorstellung, die auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen beruht.

Recovery ist seit 2013 in den S3-Leitlinien »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde als Zielsetzung psychosozialer Interventionen definiert (Falkai, 2013, S. 32). In den USA, Neuseeland und Großbritannien ist Recovery ein Bestandteil gesetzlicher Vorgaben für die psychiatrische Gesundheitsversorgung (Slade et al., 2008). International wurde Recovery im Strategieplan der Weltgesundheitsbehörde (WHO) als eine wichtige Maßnahme zur Förderung der Gesundheit aufgeführt (WHO, 2013).

User Involvement meint, dass Personen mit Krankheitserfahrung (Peers) in der Bildung, Forschung und im Angebot von Gesundheitsdienstleistungen mitwirken (Lacroix et al., 2015; Utschakowski et al., 2013). Studien haben gezeigt, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Peers, ermöglicht den professionellen Fachpersonen

- eine neue Sicht- und Herangehensweise an praktische Problemstellungen zu erhalten,
- ein phänomenologisches lebensweltbezogenes Bild auf die Erfahrungen mit der Erkrankung zu gewinnen,
- den Realitätsbezug zum Krankheitserleben und
- innovative Konzepte zum Thema Coping und Krankheitsverarbeitung zu erhalten (Gillard & Holley, 2014; Hegedüs et al., 2016; C. Mahlke et al., 2015; Walker & Bryant, 2013).

Peers profitieren ihrerseits von der Zusammenarbeit von neuen Erfahrungen und Wissensgewinn. Sie werden durch den partnerschaftlichen Einbezug in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Selbstkompetenz gestärkt. Man unterscheidet zwischen traditionellen psychiatrischen Dienstleistungen und recoveryorientierten Dienstleistungen. Traditionelle Dienstleistungen fokussieren vor allem auf die Symptomreduktion. Recoveryorientierte Dienstleistungen zeichnen sich durch eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zum Klienten aus. Das beinhaltet, dass Fachpersonen und Peers Informationen, Skills, Strategien, Netzwerke und Unterstützungsangebote den Klienten unterbreiten, welche helfen sollen, den eigenen Gesundheitszustand zu handhaben. Recoveryorientierte Dienstleistungen sind laut Farkas et al. (2005) von folgenden Werten getragen:

- Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Klienten: Die Klienten haben die Freiheit über Ziele, Ergebnisse und Dienstleistungen in ihrem Genesungsprozess selbst zu bestimmen.
- Personenzentriertheit: Es werden die Stärken, Talente, Interessen sowie die Grenzen eines Menschen betrachtet und nicht nur dessen Krankheit.
- Personeneinbezug: Die Klienten werden als vollständige Partner im Prozess betrachtet, sie haben das Recht, ihren Prozess mitzusteuern.
- Hoffnung: Die grundlegende Haltung ist ein tiefes Wissen darum, dass jeder Mensch in der Lage ist, zu genesen, auch wenn es Zeiten gibt, in denen Menschen von ihrer Krankheitssituation überwältigt erscheinen.

Laut Shepherd et al. (2008) ist ein weiteres Merkmal einer recoveryorientierten Dienstleistung, dass die Lebensqualität der Klienten hoch gewichtet wird. Was Lebensqualität ist, definieren die Klienten selbst. Recoveryorientierte Dienstleistungen lassen demnach nicht nur Veränderungen auf der Personenebene zu, sondern es muss auch auf der Organisationsebene eine Haltungsänderung vollzogen werden.

In der Schweiz gibt es bisher noch keine systematischen Erhebungen zum Umsetzen von User Involvement im Spitex-Bereich und auch keine Erfahrungen dazu, inwieweit sich User Involvement auf die Recoveryerfahrung der Klienten auswirkt. Burr et al. (2021) schreibt im Positionspapier von der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, der Akademische Fachgesellschaft für psychiatrische Pflege, vom Réseau des pairs praticiens

en santé mentale sowie von dem Fachverband der Expert*innen durch Erfahrung in psychischer Erschütterung und Genesung, dass der Fokus auf die Entwicklung und Evaluation von Angeboten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention gelegt werden soll. Dadurch kann die Peerarbeit und Expertise aus Erfahrung bekannter und nutzbarer gemacht werden. Die folgende Arbeit evaluiert ein Pilotprojekt im ambulanten Bereich.

Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist, die neu eingesetzte peergestützte Dienstleistung von zwei Spitexunternehmen in Hinblick auf die Recoveryentwicklung der Klienten zu evaluieren, sowie die Haltung des Fachpersonals in Bezug zum User Involvement / Peereinsatz zu erfassen. Die Selbstwirksamkeitserwartung der eingesetzten Peers wird evaluiert und die Themen, welche sie während ihres Einsatzes in Supervisionen bewegen, werden erfasst.

Es wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie verändert sich das Recoveryerleben bei Klienten durch den Einsatz von Peers im Spitexbereich?
- Wie verändert sich die recoveryorientierte Arbeitsweise des Spitexfachpersonals durch den Einsatz von Peers aus Sicht der Klienten?
- Wie antizipieren Spitexmitarbeitende aus dem Pfllegeteam die Zusammenarbeit mit den Peers vor deren Einsatz und ein halbes Jahr nach deren Einsatz?
- Wie verändert sich die Selbstwirksamkeitserwartung von Peers, welche in Spitexorganisationen als Delegierte von Pfllegenden eingesetzt werden?
- Welche Themen bewegen die Peers während ihres Einsatzes im Spitexbereich?
- Sind die eingesetzten Instrumente geeignet, um Recoveryerleben der Klienten, Recoveryorientierung der Spitexdienstleistung, Antizipation und Erleben der Pfllegenden und Selbstwirksamkeitserleben der Peers zu messen?

Theoretischer Hintergrund

Die eigentliche Peerarbeit bei psychiatrischen Klienten ist erst in den letzten 15 Jahren als eigenständiges Angebot entstanden (C. Mahlke et al., 2015). Peerspezialisten sind Menschen mit Lebenserfahrung in der Genesung von psychischer Erkrankung. Sie sind ausgebildet, um Dienstleistungen zu erbringen welche Genesung, Belastbarkeit und Wohlbefinden fördern (MFP, 2021). Es wurden zunehmend Studien über die Perspektive und den Nutzen der Peerarbeit durchgeführt. Davidson et al. (2012) bestätigt in einem Review, dass Peerarbeitende fähig sind zu arbeiten. Peers können das Fachpersonal jedoch nicht ersetzen. Der Nutzen der Peerarbeit sei am grössten, wenn sie zusätzlich zu «Usual Care» angeboten wird (Cabassa et al., 2017; C. Mahlke et al., 2015; C. I. Mahlke et al., 2017; White et al., 2020).

Recoveryorientierte Dienstleistungen mittels Peers werden von der WHO (2013) und in den Versorgungsleitlinien der National Institute for Health and Care Excellence (2014) als anzustrebende Grundlage beschrieben. Die Patientensicherheit Schweiz (2017) schreibt in ihrem Aktionsplan für psychisch erkrankte Menschen, dass Peers als fester Bestandteil in den Behandlungsplan aufgenommen werden müssen.

In der Schweiz ist die Peerarbeit seit gut zehn Jahren bekannt und entwickelt sich stetig weiter (Burr et al., 2021). Die meisten Peers sind in Kliniken angestellt (Burr et al., 2021). Seit 2010 gibt es eine Ausbildung für Peers bei EX-IN Schweiz. Zentrale Eigenschaften der Peerarbeit werden als hoffnungsvoll, tolerant, respektvoll, einfühlsam, ehrlich, gegenseitig, gleichberechtigt, auf Stärken und Fähigkeiten fokussiert, unterstützend von Veränderungen und als Freiwilligkeit während beschrieben (C. Mahlke et al., 2015).

Verschiedene Studien haben die Effekte der Peerarbeit auf die Klienten untersucht. Der Einsatz von Peers bringt den Klienten mehr Empowerment (Gillard & Holley, 2014; C. Mahlke et al., 2015; Tola, 2018; White et al., 2020). Dadurch, dass der Peer den Klienten seine eigene Geschichte erzählt, sehen diese allgemein mehr Hoffnung sowie mehr Hoffnung auf Genesung (Davidson et al., 2012; Hegedüs et al., 2016; C. Mahlke et al., 2015; Walker & Bryant, 2013). Die Klienten partizipieren verstärkt und können besser eine soziale Beziehung aufbauen (Hegedüs et al., 2016; Tola, 2018; White et al., 2020). Ihr soziales Netzwerk wird gestärkt und sie sind weniger sozial isoliert (Gillard & Holley, 2014). Das Selbstvertrauen und die Selbstbestimmung wird gefördert (Gillard & Holley, 2014; Tola,

2018). Die Klienten fühlen sich besser unterstützt beim Symptom- und Krankheitsmanagement (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Kozel et al., 2020). Das Wohlbefinden und die Lebensqualität wird verbessert (Davidson et al., 2012; Gillard & Holley, 2014; C. I. Mahlke et al., 2017; Walker & Bryant, 2013). Alles in allem führt die Peearbeit zu einer verbesserten Recovery der Klienten (C. Mahlke et al., 2015; White et al., 2020).

Einige Studien haben auch die Auswirkungen auf die Peers selbst untersucht. Der Einsatz wird von den Peers selbst grösstenteils als positiv gewertet. Sie können sich weiterbilden und finden den Wiedereinstieg ins Berufsleben (Hegedüs et al., 2016). Die Peers sind nicht mehr die Klienten selbst, sondern werden zu partizipierenden Subjekten (Tola, 2018). Peers berichten, dass sie dadurch einen neuen Sinn in ihrer Erkrankung sehen (Hegedüs et al., 2016). Sie berichten über eine hohe Zufriedenheit bei der Arbeit und einer selbstwahrgenommenen verbesserten eigenen Gesundheit (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020). Die Peers entwickeln arbeitsspezifische Skills und ihre finanzielle Situation verbessert sich. Gillard & Holley (2014) sowie Moran et al. (2013) berichten zudem, dass Peers besser Beziehungen knüpfen können, sich ihr Zeitmanagement verbessert, sie sich eine Karriere anbahnen können, sich ihr Selbstwertgefühl erhöht und sie mehr Hoffnung und Empowerment haben. Dies wird ebenfalls von Walker & Bryant (2013) unterstützt.

Die Peers erleben auch negative Auswirkungen. Am häufigsten wird Stigmatisierung, Diskriminierung und fehlende Wertschätzung durch das Fachpersonal genannt (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Kozel et al., 2020; Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020; Gillard & Holley, 2014; C. Mahlke et al., 2015; Moran et al., 2013; Walker & Bryant, 2013). Die Integration im multiprofessionellen Team sowie eine suffiziente Kommunikation ist häufig eine Schwierigkeit (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Kozel et al., 2020; Vandewalle et al., 2016). Häufig sind die Rollen und Aufgaben der Peers zu wenig klar beschrieben, was zu Rollenkonflikten führen kann (Moran et al., 2013; Vandewalle et al., 2016; Walker & Bryant, 2013).

Der Effekt auf Fachpersonen wurde ebenfalls in einigen Studien untersucht. Fachpersonen erhalten durch den Peereinsatz ein besseres Verständnis für die Klienten und den Recoveryansatz (Gillard & Holley, 2014; C. Mahlke et al., 2015; Walker & Bryant, 2013). Die Fachpersonen glauben eher an die Genesung der Klienten (Walker & Bryant, 2013). Die

Behandlung wird effizienter, die Klienten haben mehr Vertrauen in die Fachpersonen (Hegedüs et al., 2016). Als negativ wurde erwähnt, dass Fachpersonen sich durch Peers bedroht fühlen könnten und geben an, dass sie Angst haben, dass Fachpersonal abgebaut werden könnte (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020).

Um von der Peerarbeit den grösstmöglichen Nutzen zu haben ist es wichtig, dass die Kommunikation auf gleicher Augenhöhe und mit Respekt erfolgt (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020). Eine klare Rollenverteilung und Aufgabenbeschreibung der Peers mit einem Kompetenzprofil ist wichtig (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020). Eine Ausbildung der Peers sowie Supervisionen für das gesamte Team erleichtern die Einführung der Peerarbeit und die Zusammenarbeit im Team (Davidson et al., 2012; Gillard & Holley, 2014; C. Mahlke et al., 2015; Walker & Bryant, 2013).

Methodik

Um die Zielsetzung zu erreichen, wird eine Evaluationsstudie im Prä-Post-Design durchgeführt. Eine Evaluationsstudie ist sinnvoll, um eine unabhängige Bewertung von einer Intervention machen zu können (Döring et al., 2016). Bei den Klienten werden die persönliche Recoveryorientierung und die Recoveryorientierung der Spitexorganisation vor und nach Einsatz der Peerarbeit gemessen. Es werden bei Fachpersonen Antizipationen zum Peereinsatz vor und nach Einsatz der Peers erfasst. Bei den Peers wird die Selbstwirksamkeitserwartung vor und nach Einführung der Peerarbeit gemessen. Zudem werden Themen, welche die Peers in angebotenen Supervisionen bewegen, erfasst. Qualitative und quantitative Forschungsmethoden werden zu zwei Erhebungszeitpunkten kombiniert. Der Zeitpunkt T1 liegt vor dem Projektstart (August 2021 bis September 2021) und der Zeitpunkt T2 (März 2022 bis April 2022) ein halbes Jahr nach dem Projektstart. Drei Zielgruppen werden untersucht: Klienten, Pflegende/Fachpersonen und Peers. Es wird versucht, eine Vollerhebung durchzuführen.

Stichprobenbeschreibung

Die Zusammenarbeit für das Projekt erfolgt mit den zwei Spitexverbänden Nidau und Worb. In die Erhebung fliessen Fragebögen und Interviews von vier Peers im Alter zwischen 41 und 57 ein. Es handelt sich um drei männliche und eine weibliche Peer. Zwei der Peers haben eine Peerausbildung.

In die Befragung fliessen zum Zeitpunkt T1 13 Fragebögen und drei Fokusgruppeninterviews von diplomierten Pflegefachpersonen und neun Fragebögen und zwei Fokusgruppeninterviews zum Zeitpunkt T2 ein. Aus der Spitex Nidau kommen Rückmeldungen von vier Personen zum Zeitpunkt T1 und T2, eine männliche und drei weibliche Fachperson. Aus der Spitex Worb kommen zum Zeitpunkt T1 Antworten von neun Fachpersonen und zum Zeitpunkt T2 Antworten von fünf Fachpersonen. Alle Fachpersonen sind weiblich.

Von den Peers werden insgesamt 14 Personen betreut. Davon sind elf weiblich und drei männlich. Keiner der betreuten Klienten hatte eine vorgängige Peererfahrung. Die Altersverteilung ist folgendermassen: drei Personen > 60 Jahre, acht Personen 50-60 Jahre,

eine Person 41-50 Jahre, eine Person 31-40 Jahre und eine Person 21-30 Jahre. Zum Zeitpunkt T1 wurden elf Fragebögen und zum Zeitpunkt T2 wurden sechs Fragebögen zurückgesandt.

Ethische Überlegungen

Bei der Evaluation in Zusammenhang mit Klienten, Betroffenen und Angehörigen müssen ethische Überlegungen vorgenommen werden. Alle Teilnehmenden haben sich freiwillig zur Mitarbeit entschieden, eine Einwilligungserklärung liegt vor. Die Daten der Peers und Pflegefachpersonen werden durch eine externe Psychologin erhoben. Sie sind gegenüber der Autorin und ihrer Begleitperson anonymisiert. Die Daten der Klienten werden von den Peers erhoben und sind ebenfalls gegenüber der Autorin und deren Begleitperson anonymisiert. Mit dem Ausfüllen der Fragebögen sind keine Gefahren oder Risiken verbunden, welche die physische und/oder psychische Integrität verletzen. Möglicherweise könnten von Peers oder Klienten Befangenheiten auftreten, wenn Sie negative Erfahrungen berichten.

Beschreibung des Peereinsatzes

Der Erstkontakt zwischen Klienten und Peers findet zusammen mit einer Fachperson statt. Die Peer-Einzelgespräche mit den Klienten im ambulanten Setting lehnen sich Gesprächen auf Stationen und in Tageskliniken an. Der Austausch von Erfahrungswissen bietet emotionale, soziale, gegebenenfalls instrumentelle und, je nach Peer-Qualifikation, auch administrative Unterstützung. Mit dem Recovery und Empowerment Ansatz von EX-IN wird eine Genesungsbegleitung ermöglicht. Je nach Peer-Qualifikation wird das Gespräch mit oder ohne Coaching-Elementen angereichert. Zudem kann auch eine Peer-Advokatur als Zusatzleistung bestellt werden. Im Gegensatz zur stationären Einrichtung finden sich im Spitexbereich weniger akute Fälle. In der Regel werden Klienten erst in der Restgenesungsphase durch einen Peer begleitet. Die Gespräche können auch Körperübungen, Visualisierungen, Spaziergänge und dergleichen beinhalten. Die Dauer eines Peereinsatzes beträgt jeweils 45-60 Minuten. Peerbegleitungen finden ohne Best Practice statt, sie stellen keine Fachberatung, auch nicht zur Medikation, dar und basieren auf dem Spektrum eigener Erfahrungen. Die Begleitung und Inspiration sind zentrale Aspekte (Altmann, 2021).

Quantitative Methodik

Im Rahmen der quantitativen Methodologie wird an zwei Zeitpunkten gemessen, wie weit sich eine Person im Recoveryprozess befindet, wie recoveryorientiert die Dienstleistungen der Spitexorganisationen sind, wie die Selbstwirksamkeitserwartung der Peers ist und wie Spitexmitarbeitende (Fachpersonen) die Zusammenarbeit mit Peers antizipieren.

Quantitative Instrumente

Folgende Instrumente wurden für das Evaluationsprojekt ausgewählt:

Klienten Der Questionnaire Process of Recovery- Kurzversion (QPR-K) ist ein Fragebogen, welcher mit 15 Items das interpersonelle und intrapersonelle Recovery misst (Neil et al., 2007). Er erfüllt die psychometrischen Evaluationskriterien und gilt als peer-reviewed (Shanks et al., 2013; Sklar et al., 2013). Die Klienten können zwischen den Skalen 0-4 pro Item bewerten, wobei 0= „stimmt gar nicht“ und 4= „ich stimme voll zu“ entspricht. Der Maximalwert liegt bei 60. Es gilt, je höher die Summe der Punkte, desto höher das Recoveryerleben (Neil et al., 2009).

Die Recovery Self Assessment Skala in Deutsch (RSA-D Skala) ist ein von Zuaboni et al. (2015) ins Deutsche übersetztes Instrument. Die RSA-Scale wurde von O'Connell et al. (2005) auf der Grundlage von Literatursichtung zum Thema Recovery und einer qualitativen Studie entwickelt. Sie gilt als inhaltlich valide und intern konsistent $\alpha = 0,96$ (McLoughlin & Fitzpatrick, 2008). Sie ist ein vielfach in der Praxis eingesetztes Instrument. Sie erfasst recoveryorientierte Faktoren wie Hoffnung und Zielorientierung und die Recovery-Ausrichtung von Dienstleistungen.

Fachpersonen Die Visuelle Analogskala (VAS) ist ein Instrument, welches pragmatisch subjektive Meinungen erfasst. Um die Antizipationen der Fachpersonen zu den Peereinsätzen zu messen, wurden zwölf Fragen auf Basis einer vorgehenden Literaturrecherche entwickelt und in Form von Statements verfasst. Die Bewertenden können einen subjektiven Wert auf einer 10 cm Skala angeben, welcher anschliessend ausgemessen wird.

Peers Der Fragebogen zur Messung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer & Jerusalem (2003) wurde auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts

(perceived self-efficacy) entwickelt, das Bandura erstmalig 1977 formuliert hat und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie ausmacht (Bandura, 2012). Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (Jerusalem & Hopf, 2002). Das Instrument verfügt über eine sehr hohe interne Konsistenz $\alpha=0,76$ und $0,9$ und ein Kriterium bezogene Validität. Korrelationsbefunde mit anderen Studien sind gegeben (Schwarzer et al., 1999; Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Quantitative Auswertung

Klienten Der QPR wird bei den Klienten zum Zeitpunkt T1 und T2 erhoben. Die Daten werden in Office 365, Excel in einer Tabelle erfasst. Häufigkeiten, Mittelwertvergleiche und Standardabweichungen werden zu beiden Zeitpunkten auf Itemebene und auf Personenebene beschrieben. Um einen Vergleich zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 auf Personenebene zu machen, sollten die Klienten, um eine Anonymisierung zu gewährleisten, einen Code zum Zeitpunkt T1 erstellen (Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens der Mutter, sowie eine Ziffer aus deren Geburtsdatum) und diesen zum Zeitpunkt T2 erneut verwenden. Eine Zuordnung der Codes nach der Zweiterhebung war nur in vier Fällen möglich. Die RSA-D Skala wird bei den Klienten zu beiden Zeitpunkten erhoben. Die recoveryorientierten Dienstleistungen der Spitexunternehmen werden damit gemessen. Die RSA-D wird auf Itemebene ausgewertet und beide Zeitpunkte werden verglichen.

Fachpersonen Die VAS wird für die Teams Worb und Nidau erhoben und mittels Lineals ausgemessen. Mittelwerte, Minimum, Maximum und Standardabweichungen werden pro Team auf Itemebene zum Zeitpunkt T1 und T2 durchgeführt. Ein Vergleich zwischen T1 und T2 wird grafisch mittels Boxplots dargestellt.

Peers Der SWE wird zum Zeitpunkt T1 und T2 auf Personenebene erhoben. Die Items des SWE werden einzeln und im Gesamtscore zu beiden Zeitpunkten auf Personenebene miteinander verglichen. Veränderungen werden mittels Liniendiagramm im Vergleich zum Standardmittelwert dargestellt.

Qualitative Methodik

Fachpersonen Im Rahmen der qualitativen Methodologie wird zum Zeitpunkt T1, vor Einsatz der Peers, ein teilstrukturiertes Fokusgruppeninterview mit den Fachpersonen der involvierten Spitexorganisationen durchgeführt. Fokusgruppeninterviews eignen sich gut für eine qualitative Gruppenbefragung (Döring et al., 2016). Dabei werden Einstellungen zu einem definierten Bereich in einer offenen, freundlichen Atmosphäre erhoben (Vogel, 2014). Den Interviews liegt ein Leitfaden zugrunde, der diese strukturiert. Er besteht aus einer Liste mit offenen Fragen und soll flexibel gehandhabt werden. Es ist wichtig, dass die Moderatorin auf weitere Aspekte eingehen kann (Vogel, 2014).

Die Fokusgruppeninterviews verfolgen die Frage, was Fachpersonen vor dem Einsatz der Peermitarbeitenden antizipieren. Als Grundlage werden die zwölf Statements des VAS Fragebogens vorgelesen und die Ideen und Meinungen der Fachpersonen dazu gesammelt. Die Fokusgruppeninterviews werden durch eine Psychologin geleitet.

Zum Zeitpunkt T2, ein halbes Jahr nach dem Start des Peereinsatzes, wird erneut ein teilstrukturiertes Fokusgruppengespräch durchgeführt. Es wird nach dem Erleben der Zusammenarbeit mit den Peers, nach gemeinsamen Schnittpunkten, sowie nach schönen und nach schwierigen Situationen gefragt.

Peers Die Peers nehmen regelmässig an Peersupervisionen (PS) teil. Im entsprechenden Zeitraum (August 2021 bis April 2022) haben vier Supervisionen stattgefunden. Die Supervisionen werden durch eine Psychologin geleitet. Ihnen liegt kein Leitfaden zu Grunde. Die Supervisionen haben das Ziel, dass die Peers Themen, die sie beschäftigen, sowie besonders herausfordernde Situation besprechen können. Um die Supervision zu leiten handelt die Moderatorin nach den folgenden Prinzipien nach Kühn & Koschel (2011).

- Rückkoppelndes Widerspiegeln: Paraphrasieren und aktives Zuhören
- Entschleunigung, um Details sichtbar zu machen
- Projektive Techniken, um Emotionen aufzudecken

Qualitative Auswertung

Fachpersonen Die Fokusgruppeninterviews werden per Mikrofon als Audiofile aufgezeichnet und anschliessend anonymisiert wörtlich transkribiert. Die Transkription erfolgt nach den einfachen Transkriptionsregeln wie sie in Rädiker & Kuckartz (2019, S. 44–45)

beschrieben sind. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Diese werden mit einer Leerzeile getrennt. Die interviewende Person wird durch I abgekürzt, die Befragten durch B1, B2, etc. Es wird wörtlich transkribiert. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern ins Hochdeutsche übersetzt. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet. Die Wortstellung wird beibehalten. Deutlich längere Pausen werden durch (...) markiert. Zustimmungende beziehungsweise bestätigende Lautäußerungen der Interviewerin werden nicht mit transkribiert. Lautäußerungen der Befragten werden in einfachen Klammern notiert. Unverständliche Wörter und Passagen werden durch (unv.) gekennzeichnet. Alle Angaben werden anonymisiert. Die qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Interviews erfolgt nach der Anleitung nach Maguire & Delahunt (2017). Dies ist eine klare Anleitung, welche auf dem Sechs-Stufen-Framework von Braun & Clarke (2006) basiert. Um die Glaubwürdigkeit des Forschungsprozesses hoch zu halten, sind klare Leitlinien sehr wichtig (Nowell et al., 2017). Die thematische Analyse ist der Prozess der Identifizierung von Mustern oder Themen innerhalb qualitativer Daten (Maguire & Delahunt, 2017). Dieser Prozess erfolgt induktiv. Das heisst, es werden von den Transkriptionsdokumenten ausgehend Themen kodiert. Folgende sechs Schritte werden für die qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt:

- Schritt 1: Durch wiederholtes Lesen der Transkripte sich mit den Daten vertraut machen. Erste Eindrücke und Ideen zu Codes werden notiert.
- Schritt 2: Es werden erste Codes mittels offenem Codierens generiert. Dies ist ein induktiver Zugang zum Datenmaterial. Es sind keine Kategorien vordefiniert. Die Codes werden entwickelt und angepasst.
- Schritt 3: Passende Codes werden zu Themen zusammengeordnet. Gleiche Codes können auch zu mehreren Themen verknüpft werden.
- Schritt 4: Hier werden die entwickelten Themen überprüft, modifiziert und weiterentwickelt. Machen die Themen mit den Codes Sinn? Es werden alle Daten zu jedem Thema zusammengestellt und überprüft. Unterstützen die Daten die Themen? Die Themen sollten sich voneinander unterscheiden.
- Schritt 5: Nun werden die Themen definiert. Was ist die Aussage des Themas? Welche Unterthemen gibt es?
- Schritt 6: Es wird alles nach Themen aufgeschrieben.

Peers Die Supervisionsgruppen werden per Mikrofon als Audiofile oder Videofile im Falle einer Onlinesitzung aufgezeichnet und anschliessend anonymisiert transkribiert. Die Transkription erfolgt nach den einfachen Transkriptionsregeln wie sie in Rädiker & Kuckartz (2019, S. 44–45) beschrieben sind. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Diese werden mit einer Leerzeile getrennt. Die interviewende Person wird durch I abgekürzt, die Befragten durch B1, B2, etc. Aufgrund der grossen Datenmenge und einem engen Zeitmanagement erfolgt die Transkription selektiv (Hussy et al., 2010, S. 235–238). Es werden ausschliesslich die Interviewstellen wörtlich transkribiert, die persönliche Themen der Peers im Zusammenhang mit ihrer Peerarbeit oder Interaktionsthemen der Peers in Zusammenhang mit Klienten hervorbringen. Diese Anpassung wurde gewählt, um im geplanten Zeitplan zu bleiben, weil die Supervisionen nahe am Abschluss des Projektberichtes lagen und möglichst alle Supervisionsthemen im Projektbericht zusammengefasst sein sollten. Der Rest wird zusammenfassend transkribiert. Unverständliche Wörter und Passagen werden durch (unv.) gekennzeichnet. Alle Angaben werden anonymisiert. Die qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Interviews erfolgt wie bei der Auswertung der Fachpersonen nach der Anleitung nach Maguire & Delahunt (2017).

Ergebnisse

Als erstes werden die quantitativen Ergebnisse der Auswertungen des Recoveryerlebens der Klienten zum Zeitpunkt T1 und T2 dargestellt. Dann folgen die quantitativen Auswertungen der Fragebögen der Fachpersonen zum Zeitpunkt T1 und T2. Gleich im Anschluss an den quantitativen T1 und T2 Vergleich ist jeweils die qualitative Auswertung der Fokusgruppen der Fachpersonen angefügt. Als letztes erfolgt die Auswertung der Peers. Die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Themen der Peersupervisionen werden erläutert.

Ergebnisse der Klienten T1 und T2 quantitativ

Zum Zeitpunkt T1 wurden elf Fragebögen von 14 involvierten Klienten zurückgegeben. Die Fragebögen wurden jeweils allein durch die Klienten oder mit Unterstützung der Peers ausgefüllt. Die Peers meldeten zurück, dass das Ausfüllen der zwei Fragebögen mit gesamthaft mehr als 50 Items sehr anspruchsvoll für die Klienten war.

Nr.	Item QPR	Summe	Max	Min	MW	SD
1	Ich habe ein besseres Gefühl über mich.	29	4	1	2.6	0.8
2	Ich fühle mich fähig, Risiken im Leben einzugehen	16	3	0	1.5	1.4
3	Ich bin fähig, positive Beziehungen mit anderen Menschen zu entwickeln.	25	4	1	2.3	0.9
4	Ich fühle mich als Teil der Gesellschaft und nicht isoliert.	19	4	1	1.7	0.9
5	Ich bin in der Lage, mich zu behaupten.	25	4	0	2.3	0.9
6	Ich habe das Gefühl, das mein Leben einen Sinn und Zweck hat.	25	3	1	2.3	1.0
7	Meine Erfahrungen haben mich zum Guten verändert.	25	4	0	2.3	1.0
8	Ich habe es geschafft, mit Dingen, die mir in der Vergangenheit passiert sind, zurecht zu kommen.	26	3	0	2.4	0.9
9	Ich bin im Grunde genommen stark motiviert, gesund zu werden.	33	4	2	3.0	0.8
10	Ich kann die positiven Dinge, die ich getan habe, anerkennen.	29	4	1	2.6	0.8
11	Ich bin in der Lage, mich besser zu verstehen.	32	4	1	2.9	0.8
12	Ich kann die Kontrolle über mein Leben übernehmen.	23	2	0	2.1	1.1
13	Ich kann mich aktiv mit dem Leben auseinandersetzen.	24	4	0	2.2	1.3
14	Ich kann die Kontrolle über Teile meines Lebens ergreifen.	31	4	1	2.8	0.9
15	Ich kann die Zeit finden, Dinge zu tun, die ich genieße.	30	4	1	2.7	0.9

Tabelle 1: Fragebogen QPR Auswertung auf Itemebene T1

Betrachtet man die Auswertung des QPR auf Itemebene (Tabelle 1), so fällt auf, dass die Items «Kontrolle über das Leben ergreifen», «Motivation gesund zu werden» und «Sich selbst verstehen können» sehr hoch bewertet wurde. Themen wie «Risiken eingehen» oder «Sich als Teil der Gesellschaft fühlen» werden eher mit «stimmt gar nicht» beziehungsweise

«ich stimme nicht zu» bewertet. Items zu den Themen «Risiken im Leben eingehen», «Kontrolle über das Leben übernehmen», «Sich aktiv mit dem Leben auseinandersetzen» weisen eine grössere Streubreite auf und müssten nochmals differenzierter untersucht werden. Es wäre interessant qualitativ mehr darüber zu erfahren, was die Klienten unter diesen Items verstehen.

Die Summe zum Recoveryerleben auf Personenebene zum Zeitpunkt T1 (Tabelle 2) liegt bei den elf Klienten zwischen 22 und 46. Bei einem maximalen Gesamtwert von 60 ist damit das Recoveryerleben zum Zeitpunkt T1 bereits recht hoch. Der Mittelwert liegt bei sieben Personen zwischen 2 und 3 («teils teils» und «ich stimme zu») und bei vier Personen zwischen 1 und 2 («stimme nicht zu» bis «teils teils»).

Code	MK26	FR01	EK01	CJ13	AP13	MS02	SB04	JK10	AL12	EZ05	KA04
Summe	45	36	40	39	22	28	39	26	43	46	28
Min	2	0	2	1	0	1	2	0	2	2	0
Max	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3
MW	3	2.4	2.6	2.6	1.4	1.8	2.6	1.7	2.8	3.0	1.8

Tabelle 2: Fragebogen QPR Auswertung auf Personenebene T1

Zum Zeitpunkt T2 wurden sechs Fragebögen von 14 involvierten Klienten zurückgegeben. Die Fragebögen wurden jeweils allein durch die Klienten oder mit Unterstützung der Peersausgefüllt. Betrachtet man die Auswertung des QPR auf Itemebene zum Zeitpunkt T2 (Tabelle 3), so fällt auf, dass das Item «Fühle mich als ein Teil der Gesellschaft und nicht isoliert» von den Klienten grösstenteils mit «ich stimme nicht zu» geratet wurde. Hingegen wurde das Item «Ich bin in der Lage, mich zu behaupten» hoch bewertet. Themen wie «Ein besseres Gefühl über sich haben», «Risikobereitschaft», «Lebenssinn», «Sich als Teil der Gesellschaft fühlen» und «Integration von Erfahrungen in das eigene Leben» werden eher mit «stimmt gar nicht», «ich stimme nicht zu» und «teils teils» bewertet. Items zu den Themen «Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte integrieren» und «Dinge genussvoll für sich tun» weisen eine grössere Streubreite auf. Hier könnte man die Klienten noch einmal genauer untersuchen, was sie unter diesen Items verstehen und erfahren, warum sie in dieser Weise bewertet haben.

Nr.	Item QPR	Summe	Max	Min	MW	SD
1	Ich habe ein besseres Gefühl über mich.	11	3	0	1.8	1.0
2	Ich fühle mich fähig, Risiken im Leben einzugehen	11	3	0	1.8	1.0
3	Ich bin fähig, positive Beziehungen mit anderen Menschen zu entwickeln.	13	4	1	2.2	1.2
4	Ich fühle mich als Teil der Gesellschaft und nicht isoliert.	9	3	0	1.5	1
5	Ich bin in der Lage, mich zu behaupten.	17	3	2	2.8	0.4
6	Ich habe das Gefühl, das mein Leben einen Sinn und Zweck hat.	10	3	0	1.7	1.2
7	Meine Erfahrungen haben mich zum Guten verändert.	12	3	1	2.0	0.9
8	Ich habe es geschafft, mit Dingen, die mir in der Vergangenheit passiert sind, zurecht zu kommen.	10	3	0	1.7	1.2
9	Ich bin im Grunde genommen stark motiviert, gesund zu werden.	14	4	1	2.3	1.2
10	Ich kann die positiven Dinge, die ich getan habe, anerkennen.	13	4	0	2.2	1.5
11	Ich bin in der Lage, mich besser zu verstehen.	13	4	1	2.2	1.2
12	Ich kann die Kontrolle über mein Leben übernehmen.	13	4	1	2.2	1.2
13	Ich kann mich aktiv mit dem Leben auseinandersetzen.	13	4	1	2.2	1.2
14	Ich kann die Kontrolle über Teile meines Lebens ergreifen.	14	4	1	2.3	1.0
15	Ich kann die Zeit finden, Dinge zu tun, die ich genieße.	13	4	0	2.2	1.5

Tabelle 3: Fragebogen QPR Auswertung auf Itemebene T2

Die Summe zum Recoveryerleben auf Personenebene zum Zeitpunkt T2 (Tabelle 4) liegt bei den sechs Klientinnen und Klienten zwischen 20 und 46. Der Mittelwert liegt bei zwei Personen zwischen 2 und 4 («teils teils» bis «stimme völlig zu») und bei vier Personen zwischen 1 und 2 («stimme gar nicht zu» bis «teils teils»).

Code	AP13	MS02	RH12	JK10	AL12	HM16
Summe	34	21	24	46	36	20
Min	0	0	0	2	2	0
Max	4	3	4	4	3	3
MW	1.2	1.4	1.6	3.1	2.7	1.3

Tabelle 4: Fragebogen QPR Auswertung auf Personenebene T2

Um einen Vergleich auf Personenebene beim QPR zwischen den Zeitpunkten T1 und T2 vorzunehmen, konnten lediglich vier Klienten identifiziert werden, die einen Fragebogen zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt hatten (Abbildung 1). Bei zwei der Klienten (AP13 und JK10) lässt sich sechs Monate nach dem Peereinsatz ein höheres Recoveryerleben erkennen. Die Streuung um den Median hat sich bei AP13 reduziert und bei JK10 erhöht. Das heisst, die Antworttendenz hat sich bei AP13 bei den Items stärker in eine Richtung «stimme voll zu» bewegt, wohingegen bei JK10 die Streuung zwischen «teils teils» und «ich stimme voll zu» im Vergleich zu T1 grösser wurde. Bei einer Person (MS02) hat sich das Recoveryerleben reduziert. Zum Zeitpunkt T2 liegt deren Antworttendenz bei den Items mehrheitlich zwischen «ich stimme gar nicht zu» und «teils teils». Bei einer Person (AL12) ist das Recoveryerleben unverändert gleich hoch geblieben. Diese Person hat bereits zum Zeitpunkt

T1 die Items mehrheitlich mit «ich stimme zu» und ich «stimme voll zu» geratet und zum Zeitpunkt T2 zwischen «ich stimme voll zu» und «teils teils» variiert.

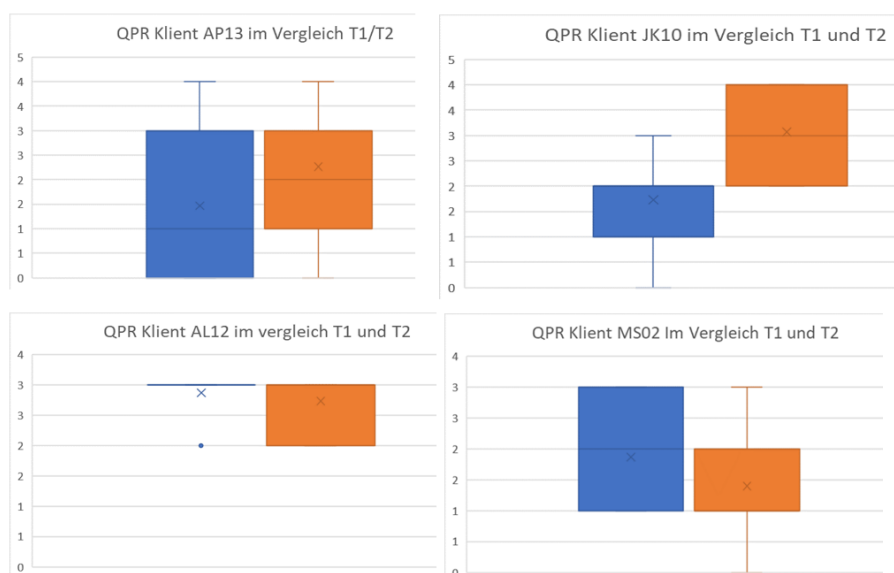


Abbildung 1: QPR Klienten im Vergleich T1 und T2

Die RSA-D erfasst recoveryorientierte Faktoren wie Hoffnung, Zielorientierung und die Recovery-Ausrichtung von Dienstleistungen. Bei der Erhebung T1 fiel auf, dass einzelne Items im ambulanten Bereich «nicht anwendbar» sind. Tabelle 5 zeigt eine Aufstellung der Items, welche die Klienten mit «nicht anwendbar» bewertet haben. Dabei wurden die Items «Unterstützung bei Arbeitsplatzsuche», «Wege finden einen Beitrag in der Gesellschaft zu leisten», «Ermutigung zur Mithilfe bei Gruppen- und Programmentwicklung», «Ermutigung zur Teilnahme an Beiratsgremien», «Teilnahme an Weiterbildungen/Fortbildungen für das Personal» und «Das Personal ist informiert über Gruppen und Aktivitäten in der Umgebung» sehr häufig (N>6) als «nicht anwendbar» oder «weiss nicht» bewertet. Die anderen gelisteten Items wurden häufig (N>3) mit «nicht anwendbar» oder «weiss nicht» bewertet.

Nr.	Item
4	Ich kann meinen Arzt oder meine Bezugsperson wechseln, wenn ich das will
14	Ich bekomme Gelegenheit über Glaubens- und Sinnfragen religiöser und spiritueller Art zu diskutieren, wenn ich das wünsche
15	Ich bekomme Gelegenheit über meine sexuellen Bedürfnisse und Interessen zu diskutieren, wenn ich das wünsche
17	Das Personal hilft mir bei der Arbeitsplatzsuche
18	Das Personal unterstützt mich auch bei nicht behandlungsrelevanten Aktivitäten
19	Das Personal hilft mir dabei, für mich wichtige Personen in die Behandlung einzubeziehen
21	Das Personal bietet Unterstützung, damit ich mit Selbsthilfegruppen, Triage Gruppen oder ähnlichem in Kontakt komme
22	Das Personal hilft mir Wege zu finden, um einen Beitrag in der Gesellschaft zu leisten
23	Ich werde dazu ermutigt, dem Personal dabei zu helfen, neue Gruppen, Programme oder Angebote zu entwickeln.
25	Ich werde dazu ermutigt, an Beiratsgremien teilzunehmen, wenn ich das möchte
26	Das Personal spricht mit mir darüber, was erforderlich ist, um die Behandlung erfolgreich abzuschliessen
28	Das Personal arbeitet intensiv mit mir daran, meine persönlichen Ziele zu verwirklichen
29	Ich nehme oder kann an Weiterbildungen für das Personal und an Fortbildungsprogrammen der Einrichtung teilnehmen
30	Das Personal interessiert sich für meine Kultur, meine Herkunft und damit verbundene Interessen
31	Das Personal ist gut informiert über spezielle Interessengruppen und Aktivitäten in meiner Umgebung

Tabelle 5: RSA «nicht anwendbare Items»

Die Klienten weisen bei den dienstleistungsbezogenen Items (Abbildung 2 und 3) eine hohe Zufriedenheit auf. Grosse Streuung besteht bei den Items «Ich werde ermutigt, mich an der Einschätzung der Qualität der Behandlungsangebote zu beteiligen», «Ich nehme oder kann an Weiterbildungen für das Personal und an Fortbildungsprogrammen der Einrichtung teilnehmen», «Das Personal interessiert sich für meine Kultur, meine Herkunft und damit verbundene Interessen». Die Einschätzung der Qualität der Behandlungsangebote, die Teilnahme an Bildungsveranstaltungen für Fachpersonal scheint keine übliche Dienstleistung im Spitexbereich zu sein und ist damit schwer zu bewerten. Dass das Item zum Thema «Interesse an der Herkunft und Kultur» so divers bewertet wurde, könnte damit zu tun haben, dass sich die Teilnehmenden nicht einer besonderen Kultur/Herkunft zuordnen, der gesondertes Interesse geschenkt werden muss. Vergleicht man die Antworttendenzen zwischen T1 und T2, bezogen auf die Items zum Thema Dienstleistungen, dann lassen sich keine grossen Unterschiede erkennen.

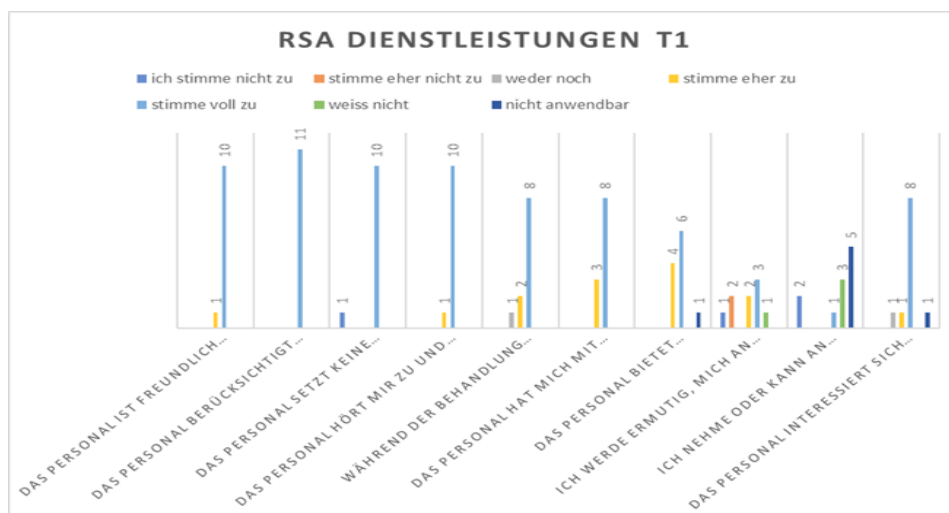


Abbildung 2: RSA Dienstleistungen T1

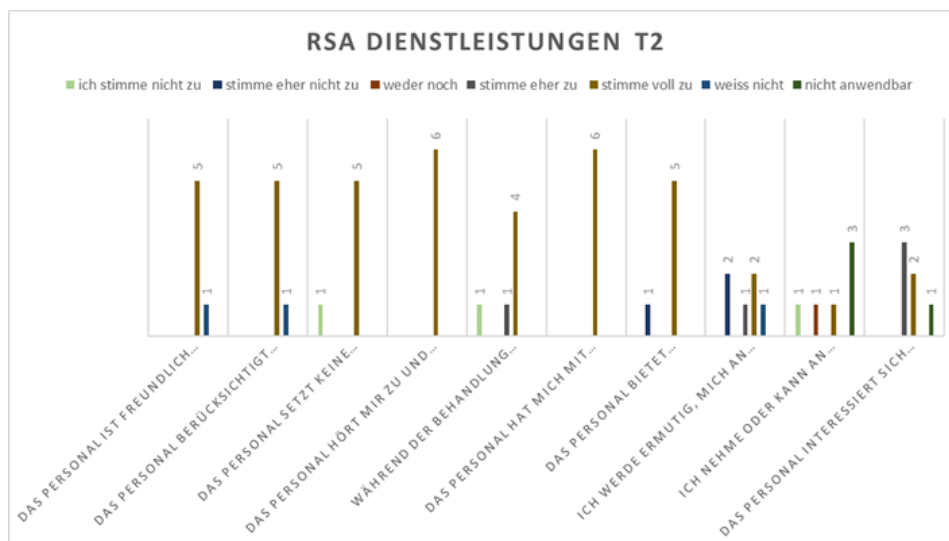


Abbildung 3: RSA Dienstleistungen T2

Bei den auf Hoffnung bezogenen Items (Abbildung 4 und 5) bewerten die Klienten zu beiden Zeitpunkten folgende Items hoch: «Das Personal ermuntert mich, hoffnungsvoll und optimistisch bezüglich meiner Genesung zu sein», «Das Personal glaubt daran, dass ich genesen kann», «Das Personal glaubt daran, dass ich in der Lage bin, meine Symptome zu handhaben» und «Das Personal ist überzeugt, dass ich Entscheidungen über mein Leben selbst treffen kann». Die Items, welche sich auf "Reden über Glaubens- und Sinnfragen", "Reden über sexuelle Bedürfnisse", "Unterstützen bei einem Platz in der Gesellschaft", "Programmentwicklung" und "Information über Aktivitäten und Interessengruppen in der Umgebung beziehen", werden eher breit bewertet beziehungsweise sind nicht anwendbar.

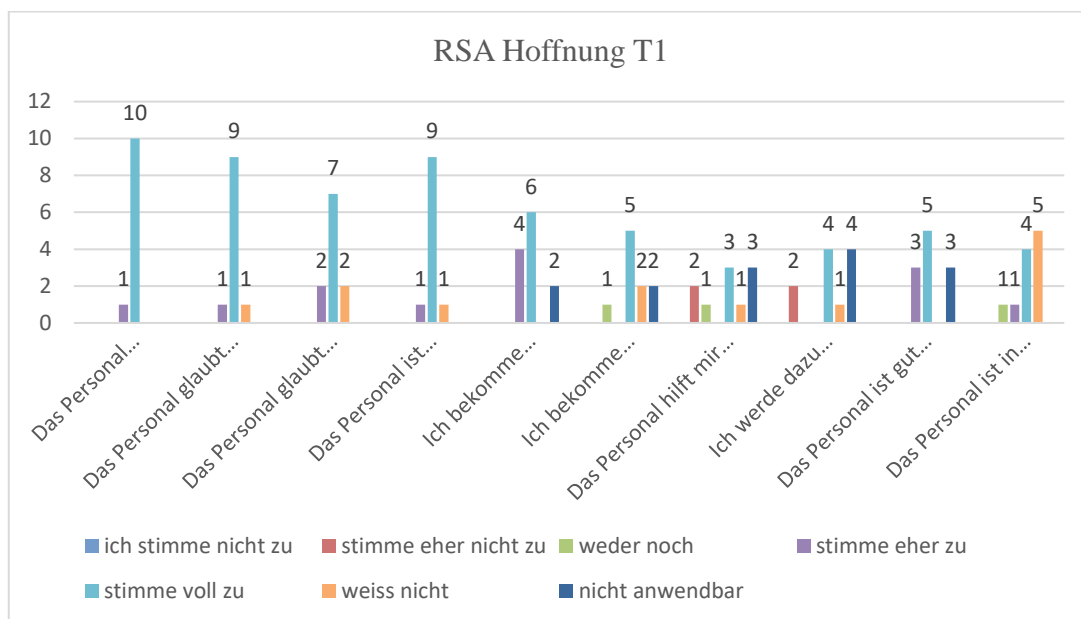


Abbildung 4: RSA Hoffnung T1

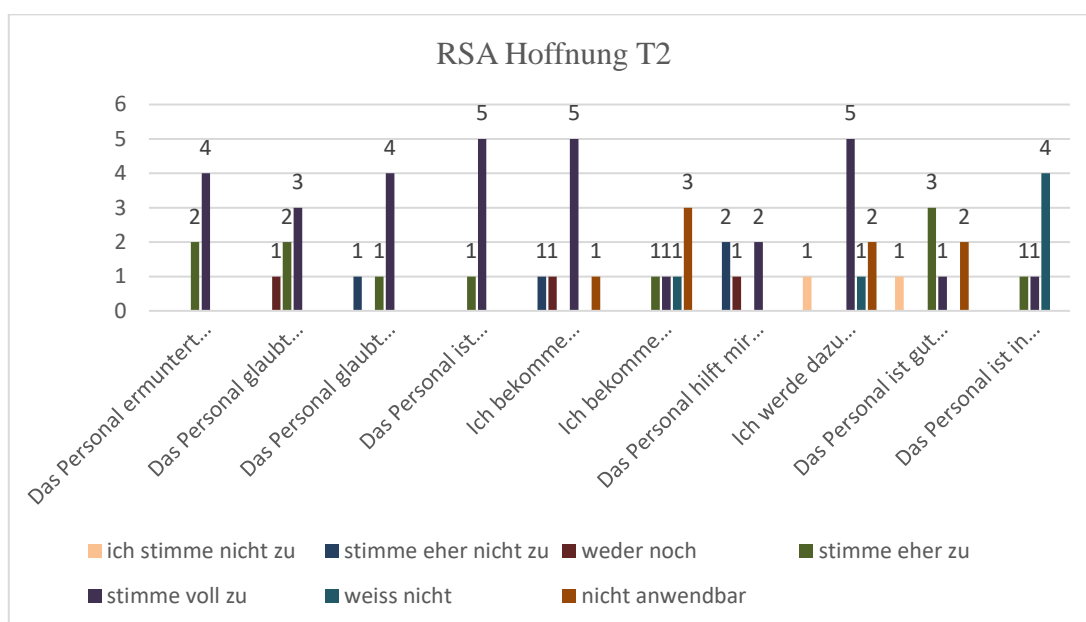


Abbildung 5: RSA Hoffnung T2

Bei den zielorientierten Items (Abbildung 6 und 7) scheint den Klienten zu beiden Zeitpunkten wenig dazu bekannt zu sein, ob sie Bezugspersonen wechseln oder Einsicht in die Krankenakte bekommen können. Grosse Zufriedenheit besteht bei Items wie: «Das Personal fragt mich regelmässig nach meinen Interessen zu den Dingen, die ich im Alltag in meiner sozialen Umgebung gerne tun möchte», «Das Personal ermutigt mich etwas zu wa-

gen und neue Dinge auszuprobieren», «Das Personal hilft mir bei der Planung und Gestaltung von Lebenszielen», «Das Personal arbeitet intensiv mit mir daran, meine persönlichen Ziele zu verwirklichen». Unsicherheiten Bestehen bei Items wie: «Das Personal hilft mir, meine Fortschritte zu verfolgen, die ich in Bezug auf meine persönlichen Ziele mache», «Das Personal hilft mir bei der Arbeitsplatzsuche» oder «Das Personal hilft mir, meine Fortschritte zu verfolgen, die ich in Bezug auf meine persönlichen Ziele mache».

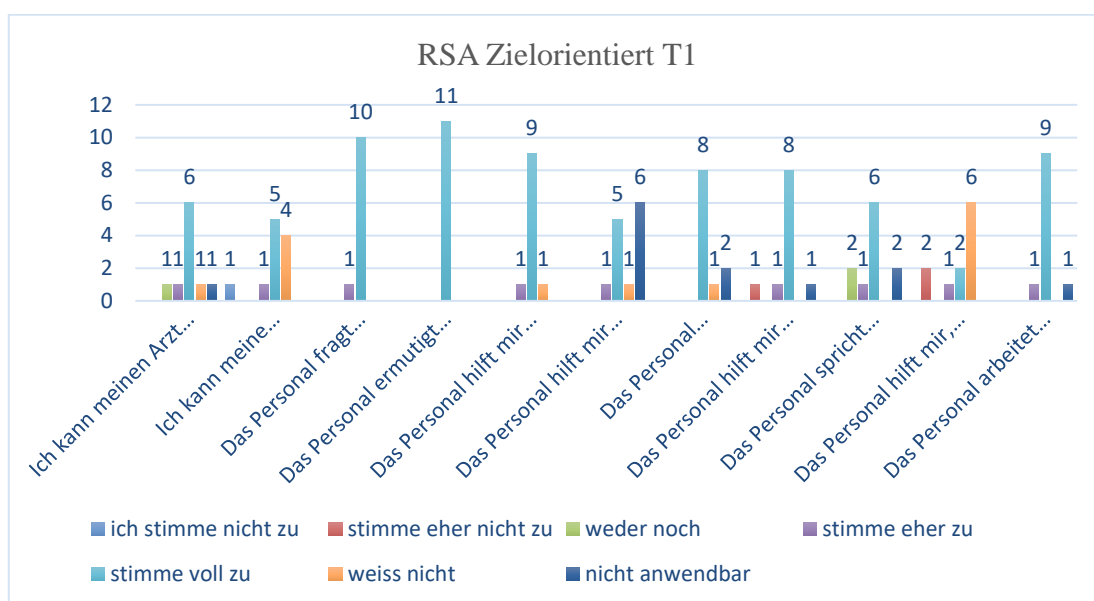


Abbildung 6: RSA Zielorientiert T1

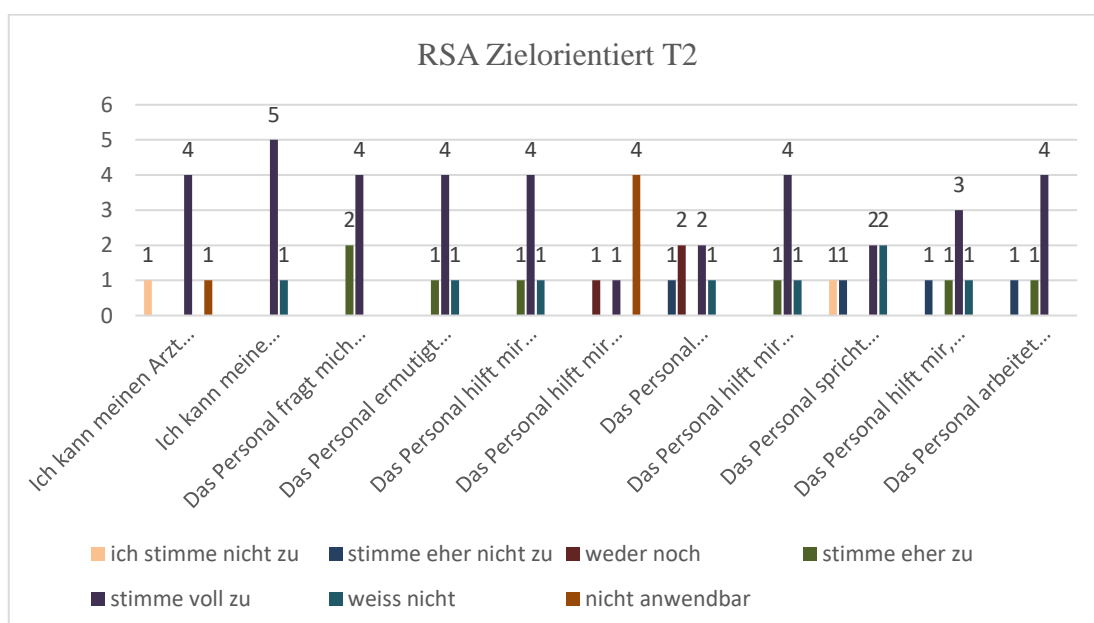


Abbildung 7: RSA Zielorientiert T2

Die Recoveryorientierung der Dienstleistungen in den beiden Spitexvereinen scheint sich während des halben Jahres kaum verändert zu haben. Das heisst, das User Involvement hat in der Haltung und im Wertebereich der Organisation keinen Einfluss. Klienten werden nicht stärker in die Organisationsentwicklung, in die Organisationstransformation oder in die Qualitätssicherung eingebunden.

Ergebnisse der Fachpersonen T1 quantitativ

Für die quantitative Erhebung wurden zum Zeitpunkt T1 neun Fragebögen in Worb und vier Fragebögen in Nidau erhoben. Es wurden mittels Excel Mittelwerte (MW), Minimum (Min), Maximum (Max) und Standardabweichung (SD) jeweils für beide Gruppen gerechnet. Dabei stellte sich kein entscheidender Unterschied im Vergleich der beiden Gruppen dar. Infolgedessen wurden die Gruppen Nidau und Worb in eine Gesamtgruppe T1 überführt (N=13). In Tabelle 6 ist erkennbar, dass Fachpersonen den Peereinsatz bereits sehr positiv antizipieren und diesem offen gegenüberstehen.

Fragen	MW	Min	Max	SD
Ich befürworte den Einsatz von Peers in unserem Unternehmen.	8.5	6.5	10	1.1
Der Einsatz von Peers ergänzt die Arbeit, die wir machen.	8.7	6.5	10	1.2
Peereinsätze erhöhen die Behandlungszufriedenheit.	6.9	4.6	8.5	1.2
Peereinsätze erhöhen die Adherence des Patienten.	6.8	4.5	8	1.4
Peereinsätze erhöhen die Selbstwirksamkeit des Patienten.	7.5	4.5	9	1.4
Peereinsätze wirken sich positiv aufs Image unseres Spitexunternehmens aus.	7.7	6	9.5	1.2
Peereinsätze sind nur wieder so eine neue Unternehmensidee, die bald verpufft.	1.0	0	6	1.6
Es wird schwierig werden mit Peers zusammen zu arbeiten.	1.6	0.1	6.2	1.6
Mit Peers zu arbeiten ist ein Risiko für Patienten.	0.8	0.1	2	0.7
Mit Peers arbeiten könnte mich entlasten.	6.2	1	9	2.3
Es wird Rollenkonflikte geben, zwischen dem was ich mache und dem was Peers am Patienten machen.	4.7	1	8	2.2
Wenn Peers eingesetzt werden, wird Pflegepersonal abgebaut.	1.6	0	4	1.4

Tabelle 6: VAS der Fachpersonen zum Peereinsatz T1

Ergebnisse der Fachpersonen T1 qualitativ

Die Fokusgruppen (FG) der drei Spitexverbände der Fachpersonen (FP) zum Zeitpunkt T1 dauerten zwischen 17 und 29 Minuten. Die Antizipationen zu den Themen, «Was antizipieren Spitexmitarbeitende mit dem Peereinsatz» und «Wie antizipieren sie die Zusammenarbeit mit den Peers vor deren Einsatz», sind in Abbildung 8 dargestellt.



Abbildung 8: Antizipationen der Fachpersonen zum Peereinsatz T1

Allgemeine Stimmung

Die allgemeine Stimmung bei den Fachpersonen zu dem Projekt ist sehr positiv und erfreut. Sie sind gespannt, was auf sie zukommen wird. Es motiviert sie, dass sie Teil dieses Projektes sein dürfen.

«Das andere was mich immer interessiert hat ist etwas Neues mitzuentwickeln und zu gestalten. Das ist ein grosser Treiber von mir» (FG Nidau, Z. 38–39).

Gründe für den Peereinsatz

Fachpersonen sagen, dass die Nachfrage nach Peereinsätzen seitens der Klienten vorhanden sei. Peereinsätze seien eine Ergänzung zum bestehenden Angebot, damit sich Klienten

ten besser verstanden fühlten. Das Projekt hat den Leistungsauftrag des Kantones bekommen, damit Peers wieder ins Berufsfeld integriert werden und sie einer Arbeit nachgehen können. Das Leistungsangebot der Spitex wird durch den Peereinsatz erweitert. Dies sei zeitgemäss und notwendig für die Zukunft. Die Fachpersonen erhoffen sich, dass die Grenzen der Hierarchie durch dieses Projekt fließender werden.

„Weil wir im 21. Jahrhundert sind! (...) Und ich finde, wenn du ein modernes Unternehmen bist, musst du mit solchen Themen arbeiten. Es muss transparent sein und Peers, das ist eine super Ressource, wo man nutzen kann. Und ich glaube, es ist auch die Zukunft, dass man diese Grenzen, die wir haben, so ein bisschen fließender werden“ (FG Bern Nord, Z. 94–104).

Erfahrung mit Peereinsätzen

Einige Fachpersonen haben bereits gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Peers im stationären Bereich gesammelt. Andere kennen es von Weiterbildungen oder der Grundausbildung. Einige haben noch keine Erfahrungen mit Peers gemacht. Eine Person konnte von einer Eigenerfahrung berichten.

„Nein, Erfahrungen habe ich noch keine gemacht. In der Fachhochschule wurde es uns vorgestellt und es tönt sehr interessant. Es kann nur eine Bereicherung sein“ (FG Nidau, Z. 15–16).

Qualität des Peereinsatzes

Die Fachpersonen denken, dass der Peereinsatz echter wirkt, als das Wissen, welches sie aus Fachbüchern den Klienten erzählen können. Die Peers haben ein besseres Krankheits- / Genesungsverständnis. Der Peer kann dem Klienten ein Thema viel näher bringen als die Fachperson. Der Peer hat durch das erlebte Wissen ein anderes Verständnis für die Klienten. Die Behandlung wird ganzheitlicher, der Peer kann besser nachempfinden, wie es den Klienten ergeht. Der Peer arbeite mit den Klienten mehr auf Augenhöhe, da er kein Fachwissen, sondern ein Erfahrungswissen hat. Der Einsatz des Peers sei glaubwürdiger und der Klient werde weniger stigmatisiert. Die Hoffnung, dass es für den Klienten anders, besser werden, dass er wieder arbeiten könnte, wird durch das positive Vorzeigebeispiel des Peereinsatzes erhöht.

„Aber ihnen dort auch Hoffnung geben können. Und die Hoffnung, dass man nicht anders ist als, oder sich anders fühlen muss, nur weil man psychisch erkrankt ist. Das können wir schon weniger. Wir versuchen es, aber es geht weniger. Oder sie glauben es uns nicht, da wir wie normal sind“ (FG Worb Z. 48–51).

Ergänzung zur fachlichen Arbeit

Die Fachpersonen denken, dass die Arbeit der Peers sehr ergänzend sein wird. Durch die Erfahrung der Peers ergibt sich einen anderen Blickwinkel und sie können andere Bewältigungsstrategien aufzeigen. Die Selbsterfahrung der Peers könnte besonders bei komplexeren Diagnosen, wie zum Beispiel Psychosen, von grossem zusätzlichem Nutzen sein. Die Peers können ein anderes Verständnis für den Klienten aufbringen und dem Behandlungsteam wertvolle Optionen aufzeigen, wie etwas auch noch angegangen werden könnte.

„Das denke ich auch, es ist nochmals ein anderer Blickwinkel. Das mit der Selbsterfahrung, man mehr auf Augenhöhe sprechen kann mit dem Klienten. Dass man noch auf andere Bewältigungen kommt, als dass wir dies würden“ (FG Nidau, Z. 44–46).

Welche Klienten profitieren?

Die Fachpersonen denken, dass viele Klienten von dem Angebot profitieren können. Sie haben nicht den Anspruch, dass alle Klienten gleich darauf ansprechen werden. Die Erfahrung werde dies zeigen. Zu Beginn bräuchte es speziell bei stark traumatisierten Personen Zeit für den Vertrauensaufbau. Da müssten Doppelbehandlungen zum Einsatz kommen.

„Das denke ich auch, es muss nicht unbedingt bei jedem angewendet werden können. Zum Beispiel bei Traumatisierten, Beziehungsgestaltung oder Aufbau wo sehr schwierig ist. Wo auch wir Jahrelang gebraucht haben“ (FG Nidau, Z. 72–74).

Erhöhte Adherence

Die Fachpersonen denken, dass die Wirksamkeit der Behandlung durch den Peereinsatz erhöht wird. Die Peers können durch ihre Eigenerfahrung die Wichtigkeit der Therapieangebote, wie zum Beispiel die regelmässige Einnahme von Medikamenten oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, unterstreichen. Der Einsatz des Peers wirke durch die Offenlegung der Eigenerfahrung glaubwürdiger, die Beziehungsbindung zu Klienten ist besser und das Coping erhöht.

Die Adherence könnte schwierig werden, wenn die Peers eine andere Erfahrung gemacht haben, als der aktuelle Behandlungsplan des Klienten ist. Dafür ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Peer, Fachperson und Klient wichtig, um die Adherence hoch zu halten.

„Plötzlich switchen meine Patienten aufgrund der Erfahrung des Peers weg von unserem Behandlungsplan und möchten den gleichen Plan machen wie der Peer. (...) Dabei brauche ich einen guten Peer, wo das auch differenziert überbringen kann“ (FG Bern Nord, Z. 42–45).

Selbstwirksamkeit

Die Fachpersonen sind überzeugt, dass die Selbstwirksamkeit der Klienten durch den Einsatz der Peers erhöht wird. Die Klienten werden durch die positive Vorbildfunktion des Peers ermutigt, dass sie es auch schaffen können. Die Klienten seien durch die Peers weniger schnell überfordert, das Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen steigt. Der innere Antrieb der Klienten wird erhöht.

„Ich kann zwar dies erzählen und gluschtig machen, aber dann kommt immer gleich Überforderung, dass sie denkt: ‘Du kannst ja das schon aber ich nicht’. Aber wenn jetzt jemand kommt, der dies durchgemacht hat und so ein Peer ist, habe ich das Gefühl, steigt das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen“ (FG Worb, Z. 77–81).

Image der Spitex

Der Ruf der Spitex könnte durch dieses Projekt besser werden. Dies wäre auch sehr erwünscht, da die Anerkennung für ihre Arbeit aktuell nicht genügend sei. Für die Spitex wäre dieses Projekt eine Vorzeigeleistung. Durch die Öffentlichkeitsarbeit könnten sie zeigen, was sie alles können und dass sie offener sind als andere. Sie würden als Arbeitgeber attraktiver und könnten besser Mitarbeitende rekrutieren.

„Wir leiden schon unter dem Ruf, dass wir einfach ein wenig spazieren gehen. Aber ich denke, wir haben viel mehr auf dem Kasten. Und mit dem Peer haben wir eine Gelegenheit, in die Öffentlichkeit zu gehen und zu sagen: ‘Wir machen diese und jene Arbeit’“ (FG Nidau, Z. 129–132).

Nachhaltigkeit des Projektes

Die Fachpersonen sagen, dass die Peerarbeit nicht mehr so neu sei. Sie habe sich bereits in anderen Settings bewährt. Der Einsatz der Peers werde sich wahrscheinlich im Laufe

der Zeit noch verändern. Er sei zeitgemäss und die Nachfrage ist da. Die Leitung und der Betrieb fördern dieses Projekt stark.

„Es ist von oben nach unten in einem Tempo umgesetzt worden, wo ich hier eigentlich nicht so kenne. (...) Weil es eine Vorgeschichte hat wo 2009 angefangen hat. (...) Das ist nun ein weiterer Schritt in der ganzen Entwicklung. Das ist nicht eine Eintagsfliege würde ich mal so sagen“ (FG Nidau, Z. 150–153).

Zusammenarbeit mit Peers

Die Fachpersonen denken, dass die Zusammenarbeit mit den Peers grundsätzlich gleich gut gehen wird wie mit anderen Fachpersonen. Zu Beginn werde es sicher einen Mehraufwand sein, da die Fachpersonen sich für die Peers verantwortlich fühlen und mehr Zeit für Vor- und Nachbesprechungen brauchen. Der Leistungsdruck darf nicht unterschätzt werden. Es sei wichtig, dass die Peers in den ganzen Prozess miteinbezogen werden und ein Teil des Ganzen sind. Ein offener und respektvoller Austausch wird als sehr wichtig erachtet. Zudem brauche es klare Regeln, wer für was zuständig ist. Wenn der Peer selbst wieder in eine Krise fällt, könnte die Zusammenarbeit schwierig werden. Es wäre hilfreich eine zentrale Ansprechperson für die Peerbegleitung zu haben, damit die Peers weiterhin als Mitarbeitende gesehen werden kann.

„Steht und fällt mit der Person“ (FG Bern Nord, Z. 131).

Risiko für Klient

Die Fachpersonen sind sehr positiv eingestellt und sehen grundsätzlich kein Risiko für die Klienten. Die zwischenmenschliche Ebene zwischen Klienten und Peers muss passen, so wie zwischen Fachperson und Klient auch. Sie denken, dass die Peers vom Betrieb her gut ausgewählt und ausgebildet werden. Das Einzige, was sich negativ auf die Klienten auswirken könnte wäre, wenn ein Peer selbst in eine Krise fällt und die Klienten mitziehen würde. Dafür braucht es eine Ansprechperson, welche die Krise zeitnah erkennt und handelt.

„Also ich würde jetzt nicht jeden auf jeden loslassen. Aber das würde ich auch sonst nicht. Das hat für mich etwas mit Antipathie, Sympathie, Chemie zu tun. Geht das mit der oder so, also wenn ich mir jetzt gerade Sie vorstelle. (...) Aber das ist menschlich“ (FG Worb, Z. 166–169).

Entlastung durch Peer

Die Fachpersonen denken, dass die Peers sie im besten Fall qualitativ und quantitativ entlasten könnten. Zu Beginn werde es aber einen Mehraufwand sein, bis alles gut koordiniert sei. Die Peers könnten administrative Arbeiten und Aufgaben, welche nicht zum eigentlichen Aufgabengebiet der Fachpersonen gehören, übernehmen. Die mögliche Entlastung ist abhängig von der Aufgabenteilung und den Kompetenzen der Peers. Die Peers sollen nicht grundsätzlich die Arbeit von den Fachpersonen übernehmen, sondern ergänzen. Die Klienten haben eine zusätzliche Ansprechperson, welche Zeit mit ihnen verbringt. Die Peers könnten je nachdem auch allein zu den Klienten gehen und gewisse Gruppentherapien übernehmen. Die Peers könnten auch eine Entlastung durch ihre fachliche Ergänzung bringen, da sie in gewissen Bereichen besser mit den Klienten umgehen können.

„Thematisch können sie mich entlasten. Es kommt einen Mehrwert dazu, durch die Eigenerfahrung. Und man kann ganz rudimentär sagen, es gibt eine Entlastung, weil ich viele Anmeldungen habe, und gewisse stabile Klienten kann ich ganz gut auch mit Peers begleiten lassen“ (FG Nidau, Z. 219–221).

Rollenkonflikte

Die Fachpersonen gehen nicht grundsätzlich davon aus, dass es Rollenkonflikte geben wird. Sie nehmen an, dass die Rollen und Aufgaben von der Projektleitung klar vorgegeben werden. Es sei jedoch sehr wichtig, dass die Rahmenbedingungen von allen auch in schwierigen Situationen eingehalten werden. Zudem sei eine gute Absprache im Team unabdingbar. Ansonsten werde es zu Rollenkonflikten kommen.

„Das würde ich wie erwarten von euch, die das Projekt entwickeln, dass Rollen und Aufgabenverteilung primär ganz klar sind. Und wir schon mal ein Grundgerüst haben. Und wir dann selber noch ergänzen können. Das muss thematisiert sein, ansonsten gibt es ganz sicher Missverständnisse“ (FG Worb, Z. 235–238).

Angst um eigenen Job

Die Fachpersonen haben aktuell keine Angst um ihre Arbeitsstelle. Die Peers hätten einen anderen Auftrag als sie. Zudem haben sie zu wenig Fachpersonal. Durch dieses Projekt könnten mehr Klienten angeworben werden, was wieder mehr Personal benötigt. Falls der Kostendruck weiterhin steigt und durch den Einsatz der Peers wenig qualitativer Verlust

gemessen wird, könnten sich einige schon vorstellen, dass sie durch die Peers ersetzt würden und nur noch als Management gebraucht würden. Dies wäre sehr schlimm für sie.

„Ich habe sehr gelacht darüber. Das wird auf jeden Fall nie stattfinden. In meiner Vision sind wir hier im Aufbau und Ausbau als am Abbau“ (FG Nidau, Z. 290–291).

„Ja, ich meine, es geht ja mehrheitlich ums Geld und es wäre eine Kosteneinsparung und das kann ich mir schon vorstellen, dass es plötzlich jemand entdeckt“ (FG Bern Nord Z. 264–265).

Ergebnisse der Fachpersonen T2 quantitativ

Für die quantitative Erhebung wurden zum Zeitpunkt T2 fünf Fragebögen in Worb und vier Fragebögen in Nidau erhoben. Es wurden mittels Excel Mittelwerte, Min, Max und SD jeweils für die Gruppen Nidau und Worb gerechnet. Dabei stellte sich kein entscheidender Unterschied im Vergleich der beiden Gruppen dar. Infolgedessen wurden die Gruppen Nidau und Worb in eine Gesamtgruppe T2 überführt (N=9). In Tabelle 7 ist erkennbar, dass Fachpersonen den Peereinsatz sechs Monate nach Beginn als sehr positiv erleben. Alle Items haben sich im Vergleich zu T1 verbessert. Einschätzungen zur Behandlungszufriedenheit, zur Selbstwirksamkeit der Klienten, zu den erfahrenen Rollenkonflikten, zum Entlastungsempfinden durch Peers und das Erleben der Zusammenarbeit mit Peers hat sich um mehr als einen Punktwert auf der visuellen Analogskale verbessert.

Fragen	MW	Min	Max	SD
Ich befürworte den Einsatz von Peers in unserem Unternehmen.	9.4	7.5	10	4.2
Der Einsatz von Peers ergänzt die Arbeit, die wir machen.	9.1	6.5	10	1.3
Peereinsätze erhöhen die Behandlungszufriedenheit.	8.9	7	10	1.0
Peereinsätze erhöhen die Adherence des Patienten.	7.8	6	10	1.3
Peereinsätze erhöhen die Selbstwirksamkeit des Patienten.	7.7	6.3	9.5	1.2
Peereinsätze wirken sich positiv aufs Image unseres Spitexunternehmens aus.	8.4	6.5	10	1.1
Peereinsätze sind nur wieder so eine neue Unternehmensidee, die bald verpufft.	1.4	0	8	2.6
Es wird schwierig werden mit Peers zusammen zu arbeiten.	3.1	0.1	9	3.5
Mit Peers zu arbeiten ist ein Risiko für Patienten.	1.2	0	8	2.6
Mit Peers arbeiten könnte mich entlasten.	7.4	4.5	10	2.2
Es wird Rollenkonflikte geben, zwischen dem was ich mache und dem was Peers am Patienten machen.	3.5	0.1	9	2.7
Wenn Peers eingesetzt werden, wird Pflegepersonal abgebaut.	2.3	0	9	3.2

Tabelle 7: VAS der Fachpersonen zum Peereinsatz T2

In Abbildung 9 sind die Daten VAS zu beiden Zeitpunkten mittels Boxplot dargestellt. Jedes Boxplot steht dabei für eines der 12 Items.

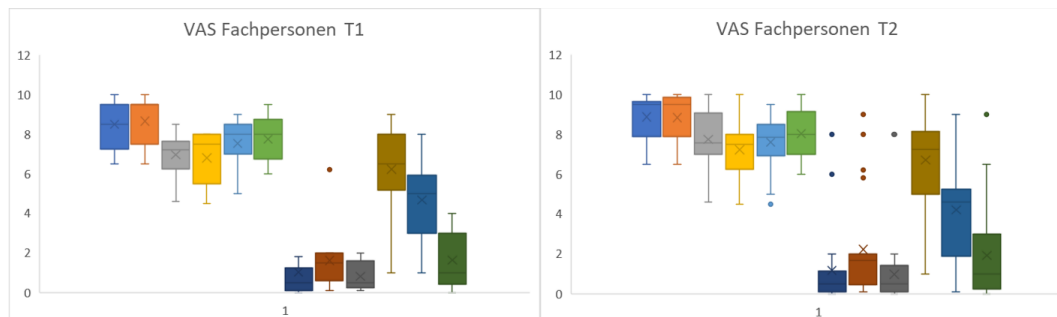


Abbildung 9: VAS Fachpersonen im Vergleich T1 und T2

Nach sechs Monaten Zusammenarbeit mit den Peers lässt sich erkennen, dass die Fachpersonen generell mit dem Konzept User Involvement für die Klienten und in Bezug auf die Organisation positiv beeindruckt sind. Die ersten und dritten Quartile zeigen sich enger um den Median gehäuft als zum Zeitpunkt T1. Das heisst, die Antworttendenz der Fachpersonen liegt enger beieinander. Einzig bei der Einschätzung «Es ist schwierig mit Peers zusammen zu arbeiten» zeigt sich zum Zeitpunkt T2 eine grössere Streuung der Antworttendenzen um den Median als zum Zeitpunkt T1. Dies könnte mit etwas schwierigen gemachten Erfahrungen von einzelnen (wenigen) Fachpersonen im Laufe der sechs Monate erklärt werden. Scheinbar gab es in der Zusammenarbeit einzelner Fachpersonen mit Peers Probleme, die zu einem hohen Wert bei dieser Frage auf der VAS führten. Der Mittelwert (MW 1.6/3.5) und Median (0.9/ 2.4) weisen ebenfalls eine Differenz auf. Eine Beschreibung für mögliche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Peers liefert die qualitative Auswertung «schwierige Situationen» (vgl. S. 39).

Ergebnisse der Fachpersonen T2 qualitativ

Ein Spitexverband hat keine Peers im Einzelsetting eingesetzt, nur in Recoverygruppen. Deshalb wurden zum Zeitpunkt T2 nur noch zwei Spitexverbände interviewt. Die Fokusgruppen der zwei Spitexverbände der Fachpersonen zum Zeitpunkt T2 dauerten zwischen 32 und 35 Minuten. Es wurde nach dem Erleben der Zusammenarbeit, nach Schnittstellen, sowie nach schönen oder schwierigen Situationen gefragt. Eine Übersicht ist in Abbildung 10 zu sehen.



Abbildung 10: Erlebnisse der Fachpersonen zum Peereinsatz T2

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit erfolgt mündlich oder schriftlich per Mail, Peers schreiben Berichte über ihre Einsätze. Die Zusammenarbeit mit den Peers wird von den Fachpersonen durchwegs positiv erlebt. Die Zusammenarbeit wird von «recht gut», über «sehr bereichernd», «sehr interessant», «sehr angenehm» bis «sehr erfrischend» beschrieben. Im ganzen Projekt wird die Zusammenarbeit als sehr gut erlebt. Zu Beginn mussten sich alle neu orientieren. Was im Verlauf auch geglückt ist.

„Ich erlebe die Zusammenarbeit mit den Peers, für mich ist es eine Bereicherung. Für meine Klienten auch, wo ein Peer im Einsatz ist. Ich denke, sicher am Anfang, das ist jetzt

so beim Pilotprojekt, gab es auch Punkte, wo man sich zuerst finden musste.“ (FG Worb T2, Zeile 5–7)

Qualität des Einsatzes

Die Klienten erhalten durch den Einsatz der Peers eine zusätzliche Bezugsperson. In diesem Einsatz fließen Eigenerfahrungen der Peers mit ein. Es werden andere Themen und Ansätze für die Genesung besprochen. Die Peers werden als positives Vorzeigebeispiel wahrgenommen. Bei den Klienten können andere Türen geöffnet werden. Die Fachpersonen erleben die Einsätze der Peers als qualitative und quantitative Entlastung. Der Austausch mit den Peers ist für die Fachpersonen fachlich und zwischenmenschlich sehr wertvoll. Zudem können sie Themen von den Peers in ihren Sitzungen weiterverfolgen.

„Sie spricht anders mit der Peer als mit mir. Sie kann dort ein anderes Gebiet ansprechen, wo, weil sie näher ist und auch etwas erlebt hat, das ich merke, sie kann eine andere Tür aufmachen bei ihr.“ (FG Nidau T2, Z 19–22)

Schnittpunkte

Die Fachpersonen und die Peers gehen beim ersten Termin jeweils zu zweit zu den Klienten. Der weitere Austausch zwischen Peer und Fachperson war zu Beginn sehr spontan. Um die Zusammenarbeit effizienter zu gestalten, wurden die Schnittpunkte aufgebaut und terminiert. Die meisten haben wöchentlich eine fixe Besprechungszeit. Die Zeit ist oft sehr kurz, um über Klienten und administrative Sachen sich zu besprechen. Bei der Recoverygruppe gehört immer eine Vor- und Nachbesprechung dazu. Dies wird als sehr wertvoll empfunden. Die Peers fordern jeweils ein Feedback von den Fachpersonen ein. Den Fachpersonen ist es sehr wichtig, dass die Peers zum Team gehören. Einige Fachpersonen finden, dass die Peers noch mehr integriert werden könnten. Peers nehmen nun teilweise am gemeinsamen Mittagessen teil und im Mai ist ein gemeinsamer Ausflug geplant, um sich besser kennenzulernen.

„Bei der Recoverygruppe ist das vorbereitende Gespräch und die Nachbereitung, wo wir quasi zusammen dies anschauen. Das finde ich sehr wertvoll, dass beide die Eindrücke voneinander hören.“ (FG Nidau T2, Z. 105–108)

Schöne Situationen

Die Fachpersonen haben viele schöne Situationen erlebt. Sie haben sehr viel positives Feedback von den Klienten über die Peereinsätze erhalten. Die Klienten sind fröhlicher, sie warten auf die Peers und sind von ihrer Art begeistert. In der Recoverygruppe wird die Atmosphäre von den Fachpersonen als sehr schön erlebt. Es entstehen vermehrt zwischenmenschliche Interaktionen, auch ausserhalb der geplanten Gruppe. Die Fachpersonen schätzen den Austausch mit den Peers über schwierige Situationen sehr. Die Fachpersonen können von der Eigenerfahrung und den Eindrücken der Peers lernen. Das Projekt ist schnell und gut gestartet und sie haben keine grossen Spannungen erlebt. Die Fachpersonen spüren die Unterstützung durch die Projektleitung und den Vorstand der Spitex. Für schwierige Situationen steht ihnen ein Coach zur Verfügung. Die Freude der Peers über ihre Einsätze und die gelungene Arbeitsintegration ist spürbar.

„Ja, besonders schön finde ich den ganzen Start. Wie schnell sie Zugang hatten zu unseren Klienten. Ich habe bei beiden Peers Klienten drin und ich staune, dass es eigentlich überall positiv ist. Also wir haben nirgends Ecken und Kanten gehabt.“ (FG Nidau T2, Z. 159–161)

Schwierige Situationen

Die Fachpersonen konnten von keinen wirklich schwierigen Situationen berichten. Sie finden, dass es bei einem Pilotprojekt normal ist, dass man sich zuerst finden muss. Auseinandersetzung und Diskussionen gehören dazu und daran kann und soll man arbeiten und wachsen. Am Ende habe sich jede schwierige Situation zum Positiven gewendet. Die Fachpersonen erleben durch die Peereinsätze eine höhere Belastung. Sie übernehmen zusätzliche organisatorische Aufgaben und fühlen sich verantwortlich für die Peers und ihre Gesundheit. Die Fachpersonen fanden es schwierig, wenn die Peers überfordert waren. Etwa mit Verhaltensweisen, wie die Klienten zu tage legten, oder wenn ihnen mitgeteilt werden musste, dass ein Klient keine Peerbegleitung wünscht. Die Aufgabenteilung wäre klar vorgegeben gewesen. In der Umsetzung hat dies jedoch zu Diskussionen geführt und musste erneut geklärt werden. Die Peerarbeit ist noch nicht genügend bei Klienten und anderen Fachpersonen etabliert. Dies bedarf weiterer Aufklärung. Fachpersonen wünschen sich mehr Zeit, damit sie sich mit den Peers optimal austauschen können.

„Was ich als sehr schwierig empfunden habe, war die erste Recoverygruppe. Theoretisch wären die Aufgaben klar verteilt gewesen. Ich als Fachperson und die Peer als Leitung. Ich habe dies sehr schlecht ausgehalten, weil ich jemand bin der leitet, die Sachen so macht wie sie sein sollten. Ich hatte Schwierigkeiten mit meiner Rolle“ (FG Worb T2, Z. 199–202).

Ergebnisse der Peers T1 und T2 quantitativ

Die Erhebung bei den Peers bezog sich auf deren erwartete Selbstwirksamkeit (SWE). Der SWE misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Jedes Item bringt eine Erfolgserwartung zum Ausdruck. Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Addieren aller zehn Antworten, so dass eine Score zwischen zehn und 40 entsteht. Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei 29 Punkten bei einer Standardabweichung von vier Punkten. Beim Aufsummieren der Antworten aller vier Peers ergab sich zum Zeitpunkt T1 eine Selbstwirksamkeitserwartung im Normalbereich (MW 29/ SD 4).

	SWE T1 Summe	SWE T2 Summe
Peer 1	28	37
Peer 2	34	35
Peer 3	32	33
Peer 4	33	37

Tabelle 8: SWE Score Peers T1 und T2

Zum Zeitpunkt T2 hat sich die SWE bei allen Peers verbessert. Eine Übersicht zeigt die Tabelle 8 und die Abbildung 11. Dabei hat sich die SWE bei Peer 2 und 3 um einen Punktwert verbessert. Bei Peer 1 hat sich die SWE um neun Punkte und bei Peer 4 um vier Punkte verbessert.

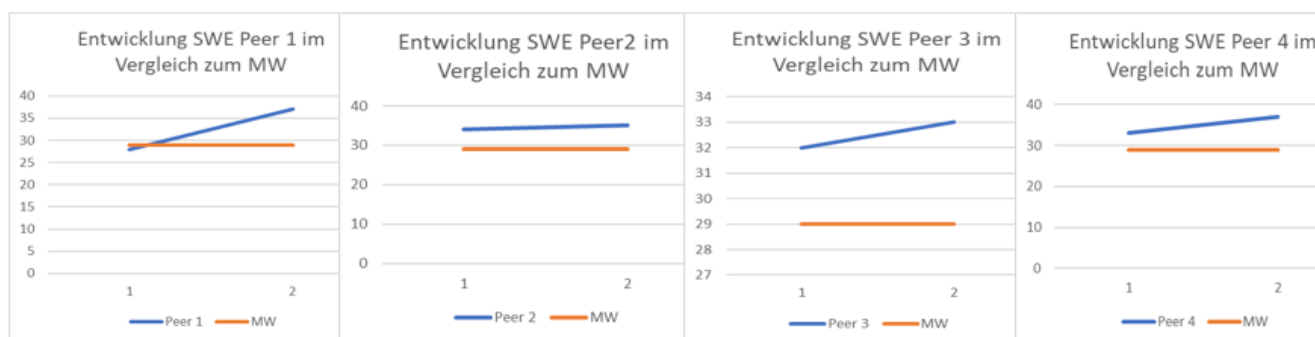


Abbildung 11: Entwicklung SWE Peer 1-4 im Vergleich zum Mittelwert

Ergebnisse der Peersupervisionen

Die vier Peersupervisionen (PS) dauerten zwischen 75 und 120 Minuten. Die besprochenen Themen sind in Abbildung 12 aufgelistet.



Abbildung 12: Themen während den vier Peersupervisionen

Nutzen der Supervisionen

Die Peers freuen sich auf die Supervisionen und sehen diese als einen wichtigen Teil für ihre Peearbeit. Für einige ist es die Begleitung in ihrem ersten Schritt als Peermitarbeitende. Für die Peers ist der Erfahrungsaustausch sehr wichtig, welcher sie in ihrem Selbstvertrauen und ihrer Intuition bestärkt und Sicherheit gibt. Die Supervisionen helfen, um zielorientierter arbeiten zu können. Einige empfinden die Supervisionsgruppe psychisch sehr anstrengend.

„Für mich war es auch sehr gut, viele Infos. Es gibt mir Bestärkung, mehr Sicherheit. Es macht mich stärker. Aber es ist auch anstrengend, intensiv so viel zu sprechen“ (PS1, Z. 470–471).

Eigene Genesung

Durch den Einsatz als Peers erhalten diese Menschen die Chance einer beruflichen Neuorientierung. Dies wird als Teil der eigenen Genesung gesehen. Die Peers erhalten eine kleine Ausbildung. Der erlernte Recovery Ansatz kann nicht nur in ihrem Einsatz als Peer bei Klienten, sondern auch für sich selbst genutzt werden. Die Peers werden achtsamer und sind sich ihren Kraftquellen bewusster.

„Ich bin widerstandsfähiger als vorher und weiss, was ich machen muss. Ich kenne die sieben Säulen der Resilienz und nehme sie hervor, wenn ich sie brauche. Ich erzähle dies meinen Klienten auch und setze sie selbst auch mehr um“ (PS4, Z. 43–45).

Gut für die Psychohygiene

Damit es den Peers selbst auch langfristig gut geht, ist es wichtig, dass sie sich bewusst abgrenzen. Mein Leben, dein Leben. Sie kreieren bewusst einen Abstand zwischen der Peerarbeit und sich selbst. Eine Freizeitaktivität kann sie dabei unterstützen, um sich von der emotionalen Belastung zu erholen. Zudem hilft es ihnen, sich mit Menschen zu treffen. Während der Peerarbeit ist es wichtig, dass sich die Peers selbst auch wohlfühlen und eine gesunde Portion an Egoismus haben. Das Modell Rational Choice wird als unterstützender Rahmen genannt. Das Eingeständnis an sich selbst, nicht helfen zu können und die Verantwortung mit einer zweiten Person zu teilen, wird als entlastend erwähnt. Zeit für einen regelmässigen Austausch mit der Spitex, Fallbesprechungen sowie eine Peeransprechperson sollten als Grundlage vorhanden sein.

„Egoismus finde ich sehr wichtig. Theorie unterstützt dies. Eigeninteresse und Zeitaspekt sind sehr wichtig. Das hat mir sehr geholfen. Wichtig, nicht nur ich bin für den Klienten verantwortlich, da ist noch ein grosses Team mit dabei“ (PS1, Z. 432–434).

Schlecht für die Psychohygiene

Für die Psychohygiene der Peers ist es schlecht, wenn sie zu stark unter Stress sind, sich während der Peerarbeit unwohl fühlen und sich danach zu wenig abgrenzen können. Dies kommt verstärkt bei Themen vor, welche die Peers selbst auch betrafen. Die Peers haben die Tendenz zu viel Verantwortung für den Klienten übernehmen zu wollen. Sie möchten zu stark helfen und die Klienten heilen. Sie haben teilweise sehr hohe Ansprüche an sich selbst.

Dabei erkennen sie ihre eigene Hilflosigkeit, denn sie möchten unter keinen Umständen scheitern.

„Ich wollte nicht scheitern, das Organisieren der Fallbesprechung und des Netzwerks. Dies ist wie ein Eingeständnis, dass ich gescheitert bin mit ihr. Ich habe geglaubt, ich möchte diese Person heilen“ (PS2, Z. 94–96).

Abgrenzung

Das Thema Abgrenzung ist ein sehr wichtiges und gleichzeitig auch schwieriges Thema für die Peers. Die Peers hatten vor allem zu Beginn ihrer Peerkarrieren Mühe sich abzugrenzen. Es ist wichtig, dass die besprochenen Themen den Peers nicht zu nahe gehen. Die eigene Privatsphäre muss gewahrt werden. Die Peers hatten Mühe, die Verantwortung an die Klienten zurückzugeben und nicht zu viel für sie zu übernehmen. Es ist hilfreich, wenn das Thema «Abgrenzung» mit den Klienten von Beginn an offen thematisiert wird. Es sollte klar sein, was die Peers anbieten und leisten können und was nicht in ihren Kompetenzbereich gehört. Mehr Selbstvertrauen und Erfahrung in der Arbeit mit Klienten machen das Abgrenzen einfacher. Der theoretische Rahmen des Recoveryansatzes wird als hilfreich genannt. Die Peers wünschen sich eine klare Ansprechperson, um schwierige Situation zu besprechen, wie zum Beispiel einen guten Abschluss mit dem Klienten zu machen. Die Ansprechperson soll dann beispielsweise unterstützen, wenn sich die Wege trennen. Die Abgrenzung ist nicht nur für die Peers wichtig, sondern auch für die Genesung der Klienten.

„Das war mir dann irgendwann zu viel und ich habe gesagt, dass dies nicht mehr für mich geht. Es war nicht einfach mir dies einzugestehen und dass ich der Klientin dies sagen darf. Habe ihr gesagt, Recovery hat folgende Aspekte und unsere Arbeit wird sich in Zukunft um dies drehen, damit wir weiter zusammenarbeiten können“ (PS2, Z. 71–74).

Beziehung zu Klienten

Für eine erfolgreiche Peearbeit ist eine gute Beziehung mit den Klienten essenziell. Um die Beziehung mit den Klienten optimal aufbauen zu können, brauchen die Peers zwei bis drei Sitzungen. Es sei hilfreich, wenn die Peers genügend Zeit mitbringen und zu Beginn keine grossen Anforderungen an die Klienten haben. Sie sollten einfach nur zuhören und

probieren, dies auszuhalten. Bedeutet auch, dass die Klienten nicht mit Tipps und Anweisungen überfordert werden. Das Tempo der Klienten sollte angenommen werden. Zudem ist es wichtig, dass die Peers mit den Klienten mitfühlen, aber nicht mitleiden.

„Mit genug Zeit geben dem Gegenüber. Genug Zeit für Antworten und Fragen geben. Bewusst länger gestalten. Keine Anforderungen an den Klienten haben. Nicht mit der Tür ins Haus fallen, so jetzt sprechen wir über dein Leben“ (PS2, Z. 47–49).

Sie oder Du?

Ein Peer ist sich unsicher, ob es in Ordnung wäre, wenn sie mit ihren Klienten per Du ist. Sie nimmt es wunder, wie es die anderen handhaben, ob sie per Sie oder per Du sind. Bei den anderen Peers ist dies je nach Setting unterschiedlich. In der Klinik ist es klar per Sie und in der Spitex ist es per Du. In der Spitex sind die Peers bei den Klienten zu Hause und möchten eine Nähe herstellen, deshalb sei das Du passender. Aber schlussendlich muss es für die Peers stimmen, wieviel Nähe und Distanz sie mit der Anrede herstellen möchten.

„In der Spitex per Du. Ich finde es richtig, eine Nähe herzustellen mit dem Du mit dem Klienten“ (PS1, Z. 443–444).

Medikamente

Wenn Klienten den Peers mitteilen, dass sie selbstständig ihre Medikation geändert haben und sie sich oder andere dadurch gefährden, wissen die Peers, dass sie dies weiterleiten müssen. Um die Vertraulichkeitsregel zwischen Peer und Klient nicht zu brechen, werden die Klienten motiviert, ihre veränderte Medikamenteneinnahme selbst dem Fachpersonal zu melden. Es ist nicht in der Kompetenz der Peers mit dem Klienten die Medikation anzupassen. Die Peers können ihre eigenen Erfahrungen teilen. Zudem können sie die Klienten unterstützen, so dass sie ihr Anliegen gut dem Fachpersonal vorbringen können.

„Da ich selbst auch Antidepressiva nehme, habe ich ihr erzählt, wie diese wirken. Ich habe sehr offen mit ihr darüber gesprochen und ihr nahegelegt, sie solle dies unbedingt mit ihrem Psychiater besprechen. Sie hat dies auch gemacht und nun die Antidepressiva bekommen“ (PS3, Z. 192–196).

Unterstützung

Die Peers können die Klienten in administrativen und einfachen organisatorischen Angelegenheiten sehr gut unterstützen. Dabei sei es sehr wichtig, dass die Klienten die Unterstützung zur Selbsthilfe erhält und nicht, dass die Peers für die Klienten die Sache erledigt. Die Peers haben weniger Zeitdruck als die Fachpersonen, was für die Spitex hilfreich ist. Doppelspurigkeiten mit der Spitex sollten vermieden werden.

„Es wäre besser gewesen ihr zu sagen: „Rufen sie nochmals an“. Und da denke ich schon, da ist auch bei mir sicher ein wenig eine Challenge. Ich bin ein lieber, wo den Menschen helfen möchte und auch manchmal dann zu viel“ (PS1, Z. 201–203).

Zeitmanagement

Die Peers haben wöchentlich oder alle zwei Wochen eine stündige Sitzung mit den Klienten. Ihre Präsenzzeit sollte dies nicht um mehr als 15 Minuten überschreiten. Dies empfinden die Peers als sehr schwierig. Einerseits, dass sie pünktlich aufhören können und andererseits, um ein gutes Ende der Sitzung zu finden. Wenn ein Klient gerade in einer sehr emotionalen Phase ist, bleiben die Peers meist viel länger. Als hilfreich wird genannt, dass der Abschluss 15 Minuten vorher angekündigt wird, sei es mündlich oder mit dem Blick auf die Uhr. Zudem ist es nützlich, bereits zu Beginn dies klar zu kommunizieren. Falls am Ende noch offene Themen sind, können diese notiert werden, um bei der nächsten Sitzung daran weiterzuarbeiten.

„Aber ich persönlich, wenn ich das spüre, dass sie jetzt noch etwas braucht und dann heisst es jetzt muss ich gehen. Das finde ich nicht gut. Mit dem hadere ich. Ich war jetzt bei allen viel länger“ (PS1, Z. 295–297).

Wann mache ich einen guten Job?

Die Peers machen sich oft Gedanken darüber, was die Spitex und die Auftraggeber von ihnen erwarten. Das Rollenverständnis ist noch nicht für alle klar. Die Peers denken, dass sie da sind, um Gespräche zu führen und eine Beziehung mit dem Klienten aufzubauen. Die Peers leisten auch Krankheitsaufklärung. Ihnen ist es wichtig, dass es in die richtige Richtung geht und dass es den Klienten kurzfristig etwas besser geht. Zudem ist es auch wichtig, dass es den Peers selbst auch gut geht, damit sie den Job langfristig ausüben können.

Die Peers sind froh um externe Feedbacks von Fachpersonen oder auch Klienten. Peers wünschen sich eine konkrete Zielvereinbarung, wo der Fortschritt objektiv überprüft werden könnte.

„Das es messbar ist, was ich erreichen konnte. Ich gebe wöchentlich einen Kurzrapport an die Spitex, über was wir gesprochen und was wir gemacht haben. Ich habe bei ihr aber keine wirkliche Rückmeldung. Die Klientin sagt, es habe ihr gut getan, aber es ist wie nicht messbar. Konnte ich wirklich etwas Aktives dazu beitragen?“ (PS3, Z. 74–77).

Diskussion

Klienten

Die Klienten füllten zwei Fragebögen mit gesamthaft 50 Items aus. Es wurde rückgemeldet, dass dies zu viel sei. Sinnvoll wäre zu prüfen, welche Kriterien aus Klienten- und Organisationssicht wichtig sind, um diese quantitativ zu erfragen. Das Recoveryerleben bei den Klienten ist zum Zeitpunkt T1 schon hoch und konnte bei zwei Klienten zum Zeitpunkt T2 gesteigert werden. Im QPR gab es Items mit einer hohen Streubreite, hier könnte man durch qualitative Forschung evaluieren, wie Klienten aus dem Spitexbereich diese verstehen, es handelt sich um Themen wie «Lebensrisiken eingehen», «Kontrolle über das Leben» und «sich mit dem Leben auseinandersetzen». Auf der RSA-D Skala bewerten die Klienten zu beiden Zeitpunkten eine relativ hohe Zufriedenheit mit den Dienstleistungen. Themen wie «Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche», «Gespräche über Spiritualität», «Gespräche über Sexualität», «Einbezug in Weiterbildungsprogramme», «Einbezug in Dienstleistungsentwicklungen» scheinen nicht zum bisherigen Programm der Spitexverbände gehört zu haben und konnten auch nach sechs Monaten nicht ausgebaut werden. Bei einer grösseren Anzahl Items auf der RSA-D Skala kreuzten die Teilnehmenden «nicht anwendbar» an oder bewerteten diese sehr inkonsistent: es handelt sich dabei um Themen wie «Reden über Glaubens- und Sinnfragen», «Reden über sexuelle Bedürfnisse», «Unterstützung bei einem Platz in der Gesellschaft», «Programmentwicklung und Information über Aktivitäten und Interessengruppen in der Umgebung». Bei diesen müsste man genauer prüfen, ob es sich um Dienstleistungen handelt, für die sich die Spitex nicht zuständig fühlt, ob es Items sind, die für die individuelle Person «nicht zutreffend» sind oder ob es Items sind, die grundsätzlich selten im Pflegebereich Berücksichtigung finden.

Fachpersonen

In den VAS Befragungen zum Zeitpunkt T1 konnte festgestellt werden, dass die Fachpersonen gegenüber dem Peereinsatz sehr positiv gestimmt und offen sind. Alle Erwartungen zu Adherence, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit der Klienten liegen zwischen Mittelwerten (MW) 6.9 und 7.8. Erwartungen, die mit dem Unternehmen zu tun haben, wie

Peerarbeit als ergänzende Dienstleistung, als Imagegewinn, als persönliche Entlastung und als sinnvolles Konzept im Spitexbereich, liegen bei Werten MW 7.7 bis 8.5. Negative Antizipationen, wie erwarteter Stellenabbau, Rollenkonflikte, Qualitätseinbuße oder kurzfristige Marketingstrategie durch Peerarbeit, haben sehr tiefe Mittelwerte (0.8 bis 4.7). In den Fokusgruppeninterviews zum Zeitpunkt T1 wurde erfasst, was die Fachpersonen zum bevorstehenden Peereinsatz antizipieren. Einige der Fachpersonen haben bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Peers im stationären Setting gesammelt. Die allgemeine Stimmung bei den Fachpersonen gegenüber den Peereinsätzen ist sehr positiv. Sie sehen mehrere gute Gründe für einen Peereinsatz. In der Literatur wird diese Antizipation bestätigt. Die Fachpersonen denken, dass die Peers auf die Klienten glaubwürdiger wirken und sie mit mehr Hoffnung auf Genesung erfüllen (Davidson et al., 2012, Hegedüs et al., 2016, C. Mahlke et al., 2015 und Walker & Byrant, 2013). Die Peers hätten ein besseres Krankheits- / Genesungsverständnis und die Klienten fühlten sich weniger stigmatisiert (Burr et al., 2021; Gillard & Holley, 2014 und C. Mahlke et al., 2015). Byrne et al. (2021) beschreiben inkonsistente Resultate in ihrer Arbeit. Teilweise werden Peers sehr geschätzt und lautstark gelobt, teilweise wird ihr Einsatz auch nicht gewertschätzt, eine «Nicht-Wertschätzung» ist in unserer Untersuchung nicht nachgewiesen worden. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich die Spitexunternehmen bewusst für das Projekt entschieden haben und auch Investitionen getätigt haben und somit ein hohes Commitment besteht. Die Fachpersonen finden, dass die Peereinsätze sehr ergänzend sein werden, da die Peers durch ihre Selbsterfahrung ein anderes Verständnis haben und andere Optionen aufzeigen können. Welche Klienten von den Peereinsätzen am meisten profitieren können, müsse herausgefunden werden. Die Fachpersonen können sich vorstellen, dass die Adherence erhöht wird, sofern der Behandlungsplan der gleiche ist und die Peers in die gleiche Richtung ziehen wie das Behandlungsteam. Fachpersonen in der vorliegenden Untersuchung antizipierten, die Selbstwirksamkeit der Klienten werde durch die Peereinsätze erhöht. Dies fanden auch Burr et al. (2021), Cabassa et al. (2016), C. Mahlke et al. (2015), C. I. Mahlke et al. (2017), Tola (2018) und White et al. (2020) in ihren Untersuchungen heraus. Burr et al. (2021) schreiben, dass in der Schweiz der Einsatz von Peers seit mehr als zehn Jahren bekannt ist und sich ständig weiterentwickelt und erweitert. Die Fachpersonen im vorliegenden Projekt denken ebenfalls, dass dieses Projekt nachhaltig sei und das Image der Spitex zum Positiven verbessern werde. Burr, Rother,

Elhilali, Winter, Weidling et al. (2020) beschreiben, dass eine gute Integration der Peers im Team sehr wichtig sei. Fachpersonen in der vorliegenden Untersuchung antizipieren, dass die Zusammenarbeit mit den Peers wahrscheinlich herausfordernd und bereichernd sein wird. Sie bringt eine zusätzliche Verantwortung mit sich. Die Fachpersonen wünschen sich eine zentrale Ansprechperson und denken, dass es wichtig ist, dass die Peers überall miteinbezogen werden. Die Fachpersonen sehen keine Risiken für die Klienten, solange der Peer stabil ist. C. Mahlke et al. (2015) fanden keine negativen Auswirkungen durch den Einsatz durch Peers heraus. Der Einsatz von Peers werde die Fachpersonen mit der Zeit qualitativ und quantitativ entlasten. Dies unterstützt Hegedüs et al. (2016) in ihrer Untersuchung ebenfalls. Zu einem Rollenkonflikt sollte es nicht kommen. Die Fachpersonen gehen davon aus, dass die Rollenverteilung klar vorgegeben ist. Peers erwähnen in den Supervisionen, dass sie Angst haben, dass es Doppelspurigkeiten zwischen den Handlungen einer Fachperson und eines Peers gibt. Eine gute Kommunikation bildet die Grundlage für einen sinnvoll strukturierten Peereinsatz. Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al. (2020), Davidson et al. (2012) und C. Mahlke (2015) schreiben, dass eine klare Job- und Rollenbeschreibung sehr wichtig ist. Moran et al. (2013) fanden, dass die Rollen häufig zu wenig klar beschrieben sind. Die Fachpersonen fühlen sich durch die Peers grundsätzlich nicht bedroht. Sie denken, es benötige eher noch mehr Fachpersonen und Peers. Falls der Kostendruck steigen würde und die Qualitätseinbusse durch die Peers nur gering wäre, könnten sie sich vorstellen, dass Fachpersonen abgebaut werden könnten. Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al. (2020) schreiben, dass Fachpersonen sich durch Peers bedroht fühlen könnten und Angst haben, dass Fachpersonal abgebaut werden könnte.

Die Auswertung der VAS zum Zeitpunkt T2 zeigt, dass sich die Mittelwerte der Items, die einen Gewinn für die Patienten beschreiben, (Adherence, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit der Klienten), nach oben in Richtung «stimmt sehr» verbessert haben (MW 7.7-8.9). Diejenigen Items, die einen Gewinn fürs Unternehmen beschreiben (Peerarbeit als ergänzende Dienstleistung, als persönliche Entlastung, als Imagegewinn und als sinnvolles Konzept im Spitexbereich), haben sich ebenfalls nach oben in Richtung «stimmt sehr» verbessert (MW 7.4-9.4). Items, die schwierige Momente in der Peerarbeit beschreiben (erwarteter Stellenabbau, Rollenkonflikte, Qualitätseinbusse oder kurzfristige Marketingstrategie durch Peerarbeit), haben sich in beide Richtungen minimal verändert. Dabei sind die zwei Items

besonders hervorzuheben: «Die Zusammenarbeit mit Peers gestaltet sich als schwierig» (MW 1.6 auf 3.1) sowie das Item «Es wird Rollenkonflikte geben, zwischen dem was ich mache und dem was die Peers machen». Der MW sank dabei von 4.7 auf 3.5.

In den Fokusgruppen zum Zeitpunkt T2 wurde nach dem Erleben der Zusammenarbeit, nach Schnittstellen, sowie nach schönen oder schwierigen Situationen gefragt. Die Zusammenarbeit wird von allen Fachpersonen in dieser Untersuchung als sehr positiv erlebt. Die Klienten erhalten durch die Peereinsätze eine zusätzliche Bezugsperson, welche ihre Eigenerfahrung einfließen lässt und andere Themen und Ansätze bespricht. Dies wird von Gillard et al. (2014) unterstützt. Die Schnittpunkte mussten zuerst etabliert werden. Der Austausch wird von den Fachpersonen in dieser Untersuchung als sehr wertvoll empfunden. Ihnen ist es sehr wichtig, dass die Peers gut integriert sind. In den Untersuchungen von Walker et al. (2013) und Burr et al. (2021) wird dies als Herausforderung sowie als wichtiger Bestandteil für einen erfolgreichen Peereinsatz beschrieben. Die Fachpersonen in der vorliegenden Untersuchung erzählen von vielen positiven Erlebnissen und Feedbacks von den Klienten. Die zwischenmenschliche Interaktion, auch ausserhalb der geplanten Recoverygruppe, findet vermehrt statt. White et al. (2020) schreiben, dass der Peersupport eine Unterstützung sein kann, um soziale Netzwerke zu verbessern. Die Fachpersonen in diesem Projekt schätzen den Austausch sehr und profitieren durch die Erfahrungen der Peers. Gillard et al. (2014) und Walker et al. (2013) schreiben in ihren Untersuchungen, dass die Fachpersonen durch die Peers ein erhöhtes Einfühlungsvermögen sowie ein besseres Verständnis für Klienten in Recovery haben. Der Start des Projektes wird von den Fachpersonen in dieser Untersuchung als schnell und gut beschrieben. Sie erhalten gute Unterstützung durch die Projektleitung und von einem Coach. Walker et al. (2013) und Gillard et al. (2014) sagen, dass dies ein wichtiger Teil zum Gelingen der Peereinsätze ist. Die Freude der Peers für ihre Einsätze sowie die gelungene Arbeitsintegration wird von den Fachpersonen als sehr positiv gewertet. Walker et al. (2013) und Gillard et al. (2014) schreiben, dass Personen in der Funktion als Peer eine grössere Chance haben, eine Arbeit zu finden und längerfristig auszuüben. Die Fachpersonen in dieser Untersuchung erlebten keine Situation als extrem schwierig. Zu Beginn mussten sie sich mit den Peers finden und einige Sachen, wie zum Beispiel die Aufgabenteilung in der Umsetzung, nochmals diskutieren und klären. Jede Situation konnte zum Positiven gewendet werden. Die Fachpersonen fühlen sich für die Organisation der Peers

und deren Gesundheit verantwortlich. Dies führt zu einer erhöhten Belastung der Fachpersonen, da sie oft unter Zeitdruck sind. Burr et al. (2021) schreibt, dass die Integration der Peers im Team und deren neuen Funktion eine grosse Herausforderung für das ganze Team sei. Die Rollenunklarheit wird ebenfalls von mehreren Studien (Moran et al., 2013; Vandevalle et al., 2016 und Walker & Bryant, 2013) als Konfliktpotential beschrieben. Alle beteiligten Personen in diesem Projekt sind hochmotiviert und bereit, sich den Herausforderungen eines Pilotprojektes zu stellen, daran zu Arbeiten und zu wachsen. Sie erhalten genügend Unterstützung und empfinden wahrscheinlich deshalb keine Situation als wirklich schwierig. In Fokusgruppeninterviews werden womöglich einzelne Teilnehmende von den anderen beeinflusst. Sie sind womöglich gehemmt, schwierige oder unangenehme Situationen zu erzählen. Um schwierige Situationen und Rollenkonflikte umfassender untersuchen zu können, wären Einzelinterviews angezeigt.

Peers

Die Auswertung der Selbstwirksamkeit (SWE) bei den Peers zeigt auf, dass alle Peers zum Zeitpunkt T1 bereits eine Selbstwirksamkeitserwartung im Normalbereich hatten. Zum Zeitpunkte T2 zeigen alle vier Peers nochmals eine gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung. Es kann interpretiert werden, dass sie an Sicherheit gewonnen haben und sich befähigter fühlen, Situationen positiv und selbstwirksam zu beeinflussen. Die SWE Skala scheint sensitiv genug zu sein, um Veränderungen in der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb eines halben Jahres zu beschreiben. Sie deckt jedoch nicht die Themen ab, die Peers sonst noch beschäftigen, wie die qualitative Untersuchung ergeben hat (eigene Genesung, Einflüsse auf die Psychohygiene, Abgrenzung, Beziehungs- und Termingestaltung, Rollenklärung, die Frage nach «Wann mache ich einen guten Job»). Um das Peererleben umfassender zu beschreiben, müssten weitere Instrumente hinzugezogen werden.

In der Auswertung der Peersupervisionen wurden Themen identifiziert, welche die Peers während ihrer Einsätze beschäftigten. In der Literatur werden einige dieser Themen bereits beschrieben, anderes ist neu dazugekommen und wurde noch nicht so ausführlich erhoben. Wie zum Beispiel der Nutzen der Supervisionen für die Peers, Einflüsse auf ihre Psychohygiene, die Beziehungsgestaltung zu den Klienten sowie der Umgang mit eigenständigen Medikationsanpassungen.

Die Peersupervisionen werden in der vorliegenden Untersuchung von den Peers als sehr hilfreich empfunden, sei es, um mehr Selbstvertrauen zu erhalten oder auch zielorientierter Arbeiten zu können. Davidson et al. (2012) beschreibt, dass Supervisionen für das gesamte Team sehr unterstützend wirken können, wenn der Peereinbezug konzeptuell verankert ist. Peers schaffen Raum zur Selbsthilfe bei administrativen Aufgaben. Durch das Erzählen der eigenen Geschichte vermitteln sie Hoffnung und neue Ideen. Die eigene Genesung wird durch einen Peereinsatz unterstützt (Burr, Rother, Elhilali, Winter, Weidling et al., 2020; Hegedüs et al., 2016). Die Antwort auf die Frage «Wann mache ich einen guten Job?» ist häufig unklar. Peers sind unsicher, anhand welcher Kriterien sie erkennen, ob das was sie machen gut ist. Dies wird auch in Studien von Moran et al. (2013), Vandewalle et al. (2016) und Walker & Bryant (2013) beschrieben. Als weitere Themen beschrieben Peers in der vorliegenden Untersuchung gute und schlechte Einflüsse auf die Psychohygiene sowie die Schwierigkeit sich abgrenzen zu können. Hegedüs et al. (2016) erwähnen in ihrer Arbeit, dass Peers die Belastung der Arbeit wahrscheinlich stärker wahrnehmen im Vergleich zu einer Fachperson. Moran et al. (2013) beschreiben, dass Peers emotionalen Stress erleiden, wenn der Klient eine sehr ähnliche Geschichte hat. Dies könnte sogar zu einem Rezidiv ihrer Krankheit führen. Vandewalle et al. (2016) kamen ebenfalls zum Schluss, dass Peers Schwierigkeiten haben Grenzen zu ziehen, sei es persönlich oder professionell, sowie dass es für die Peers eine Herausforderung sei, ihr Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Der Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung zu den Klienten werden aus Sicht der Peers als nicht immer einfach beschrieben. Es braucht viel Zeit und Geduld. Aus der Untersuchung von Moran et al. (2013) geht hervor, dass die Peers dies jedoch besser können als die Fachpersonen. Der Umgang mit eigenständigen Medikationsanpassungen durch die Klienten ist klar geregelt. Die Peers haben Strategien wie sie damit umgehen müssen. Dieses Thema wird in der Literatur nicht erwähnt. In einem der Fokusgruppeninterview der Fachpersonen wurde dies kurz thematisiert. Die Adherence der Klienten könnte durch unterschiedliche Behandlungspläne vermindert werden. (vgl. S. 31) Die Peers haben vor allem am Anfang ihrer Karriere grosse Mühe das Zeitmanagement einer Sitzung einzuhalten. Speziell, wenn der Klient instabil ist. Dies wird durch die Studie von Moran et al. (2013) unterstützt. Für die Peers ist nicht ganz klar, was von ihnen erwartet wird. Die eigenen Erwartungen an die Rolle sind zu wenig klar definiert. Sie wünschen sich mehr Rückmeldungen damit ihre Rolle

klarer wird. Laut Burr, Rother, Elhilali, Winter, Kozel et al. (2020), Moran et al. (2013), Walker & Bryant (2013) und Vandewalle et al. (2016) ist eine suffiziente Kommunikation und klare Rollenbeschreibung eine Grundvoraussetzung für das Gelingen eines erfolgreichen Peereinsatzes. Das Erleben der Peers während ihres halbjährigen Einsatzes und die Fragen, die sie sich stellen - Einflüsse auf die Psychohygiene, Abgrenzung, Beziehungs- und Termingestaltung, Rollenklärung, die Frage nach- wann mache ich einen guten Job- unterscheiden sich nicht wesentlich von Fragen, die sich auch Fachpersonen stellen. Gemeinsame Supervisionen, Weiterbildungen und Fallbesprechungen mit Einbezug der Klienten, wäre eine Empfehlung und würde einer lernenden Organisation dienlich sein.

Stärken und Schwächen der Arbeit

In dieser Arbeit wurde ein neues Setting untersucht. Erstmals wurde ein Pilotprojekt im ambulanten Bereich in der Spitex evaluiert. Die bisherigen Studien haben vorwiegend das stationäre Setting untersucht. Somit ist ein Vergleich der Ergebnisse nur bedingt möglich. Die untersuchte Stichprobe ist sehr klein. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist nicht möglich, es ist jedoch eine erste Tendenz bezüglich Haltung, Selbstwirksamkeit und Recoveryentwicklung erkennbar und kann durch Vergleichsliteratur validiert werden. Die Datenerhebung bei den Peers erfolgte durch das Netzwerk «Gesundheit Bern» und bei den Spitexmitarbeitenden durch eine externe Psychologin. Die Klientendaten wurden durch die Peers erhoben. Die Fokusgruppeninterviews und die Supervisionen wurden durch die externe Psychologin durchgeführt. Die Datenanalyse wurde durch die Autorin dieser Arbeit und die Begleitperson durchgeführt. Da der Datenerhebungsprozess auf mehrere Personen verteilt war, ist eine nicht wahrgenommene Beeinflussung durch die verschiedenen Erhebungspersonen nicht auszuschliessen. Es wurde nur eine deskriptive statistische Datenanalyse durchgeführt. Zusammenhänge und Abhängigkeiten zwischen den Merkmalen konnten so nicht beschrieben werden. Die Codierung der Transkripte erfolgte durch die Autorin dieser Arbeit. Um eine höhere Validität der Codes zu erreichen, wurden Teile der Codierung durch eine Berufskollegin validiert. Die Autorin hat keine eigenen Erwartungen und von einem bestimmten Resultat keinen Vorteil. Die Interviews wurden transparent erhoben, transkribiert und analysiert. Dies erhöht die Reliabilität des methodischen Vorgehens und der Datenanalyse.

Schlussfolgerung

Das Pilotprojekt kann als sehr gelungen beurteilt werden. Auf allen Ebenen hat sich trotz sehr kleiner Stichprobengrösse eine Verbesserung gezeigt. Die Instrumente scheinen anwendbar zu sein, müssten aber für ein Weiterführen des Projektes folgendermassen angepasst werden:

- Zielgruppe Peers: hier könnten weitere Instrumente verwendet werden, die Rollen, Zeit, Psychohygiene, Genesungserleben berücksichtigen.
- Zielgruppe Klienten: der QPR ist gut einsetzbar und scheint veränderungssensitiv zu sein. Die RSA-D müsste genauer evaluiert werden. Es wäre sinnvoll, bei den Klienten nachzufragen, woran die «nicht Anwendbarkeit» der Items lag bzw. Items mit grosser Streubreite sollten qualitativ evaluiert werden. Zudem sollte mit den Spitexorganisationen genauer abgeklärt werden, inwieweit eine recoveryorientierte Entwicklung des Unternehmens angestrebt wird.
- Zielgruppe Fachpersonen: Die VAS ist ein pragmatisches Instrument zur Antizipation von Peearbeit und für einen ersten Erkenntnisgewinn. Für die Weiterführung des Projektes sollte überlegt werden, andere Instrumente hinzuzuziehen oder die VAS durch andere Instrumente zu ersetzen, welche die Entwicklung der Fachpersonen im recoveryorientierten Denken und Handeln untersuchen, bestenfalls kombinierbar mit der RSA-D Skala.

Das Recoveryerleben der Klienten sowie die recoveryorientierte Arbeitsweise der Spitexfachpersonen aus Sicht der Klienten hat sich verbessert. Für eine Weiterführung des Projektes muss die Codierung der Fragebögen überdacht werden, die bisherige Vorgehensweise hat sich nicht als effizient gestaltet. In zwei Fällen war kein Fragebogenpaar zum Zeitpunkt T2 zuordenbar.

Die Antizipationen der Fachpersonen sind vor Projektstart ausgesprochen positiv. Sie sehen den Bedarf für die Peereinsätze. Die Qualität der Peereinsätze wird als sehr hoch, ergänzend und entlastend erwartet. Die Fachpersonen denken, dass sich dadurch die Selbstwirksamkeit und die Adherence der Klienten erhöht. Das Image der Spitex profitiert ebenfalls von der Vorzeigeleistung. Die Zusammenarbeit werde wahrscheinlich herausfordernd.

Zu Rollenkonflikten sollte es aufgrund der klaren Struktur jedoch nicht kommen. Die Antizipationen der Fachpersonen haben sich grösstenteils nach einem halben Jahr bestätigt. Sie konnten über viele schöne Situationen erzählen. Schwierige Situationen, wie zum Beispiel Rollenkonflikte, hat es mehr als erwartet gegeben. Sowie auch vermehrte Herausforderungen durch die zusätzliche Verantwortung für die Peers und den administrativen Mehraufwand. Um schwierige Situationen und Rollenkonflikte genauer untersuchen zu können, wären Einzelinterviews mit den Fachpersonen oder als Paarinterviews zusammen mit den betreffenden Peers von Vorteil. Es ist auch nicht auszuschliessen, dass in Fokusgruppen einzelne Teilnehmende womöglich von den anderen beeinflusst oder im Redefluss gehemmt werden.

Die Selbstwirksamkeitserwartung hat sich bei allen Peers gesteigert. In den Peersupervisionen wird deutlich, dass sie an Sicherheit gewonnen haben, strukturierter arbeiten, sich besser Abgrenzen sowie den Recoveryansatz auch für die eigene Psychohygiene nutzen können. Nicht immer haben alle Peers an den Peersupervisionen teilgenommen. Die Peersupervisionen waren sehr offen und durch die Peers gesteuert. Um mehr über Problemthemen aller Peers zu erfahren, wären teilstrukturierte Einzelinterviews von Vorteil.

Um den Effekt und die Nachhaltigkeit des Projektes zu erhöhen sind weitere Erhebungszeitpunkte notwendig. Es müssten grössere Klientengruppen untersucht werden, die bestenfalls randomisiert und mit vergleichender Statistik untersucht werden, um einen Wirksamkeitsnachweis des User Involvements zu ermöglichen. Um eine recoveryorientierte Organisationsentwicklung zu gestalten, müsste das Gesamtprojekt konzeptionell noch einmal mit den Spitexvereinen überarbeitet werden und in diese Zielrichtung aufgegleist werden.

Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (2012). *Self-efficacy: The exercise of control* (13. printing). Freeman.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burr, C., Jäger, M., Suter, C., Zeltner, C. & Zwicknagel, A. (2021). Entwurf Mini-Review Positionspapier der SO-PSY, AFG psych Pflege Peer+, re-pairs Positionspapier: Einbezug von Krankheits- und Genesungserfahrung in der Psychiatrie.
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Kozel, B., Weidling, K. & Zuaboni, G. (2020). Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie [Roles and Work Content of Peer Workers and Experts by Experience in Mental Health Practice, Education, Research and Development - Results of a Survey in Switzerland]. *Psychiatrische Praxis*, 2021(48), 135–142. <https://doi.org/10.1055/a-1287-6074>
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B. & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland - Results from the first national survey. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 212–223. <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Cabassa, L. J., Camacho, D., Vélez-Grau, C. M. & Stefancic, A. (2017). Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of psychiatric research*, 84, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.021>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Döring, N., Bortz, J., Pöschl, S., Werner, C. S., Schermelleh-Engel, K., Gerhard, C. & Gåde, J. C. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). *Springer-Lehrbuch*. Springer Berlin Heidelberg. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-41089-5.pdf>

- Falkai, P. (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-30270-1>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141–158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Gillard, S. & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 286–292. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011940>
- Hegedüs, A., Zanoni, S. & Bischofberger, I. (2016). Patienten und Angehörige wirken mit: Experten durch Erfahrung. *NOVAcura*, 2016(10/16). <https://www.researchgate.net/publication/320472232>
- Jerusalem, M. & Hopf, D. (Hrsg.). (2002). *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft: Bd. 44. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. Beltz.
- Lacroix, A., Degano-Kieser, L., Utschakowski, J [J.], Gonther, U. & Eikmeier, G. (2015). Besseres Milieu – Peer-Beratung auf allen Stationen. *Nervenheilkunde*, 34(04), 167–171. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627585>
- Maguire, M. & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Higher Education*, 9(3). <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R. & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenheilkunde*, 34(04), 235–239. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627580>
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K. & Bock, T [T.] (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 42, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>
- McLoughlin, K. A. & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-reports of recovery-oriented practices of mental health nurses in state mental health institutes: development of a measure.

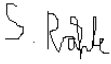
- Issues in Mental Health Nursing*, 29(10), 1051–1065.
<https://doi.org/10.1080/01612840802319738>
- MFP. (2021, 12. Oktober). https://mfpc.samhsa.gov/ENewsArticles/Article03b_2018.aspx
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V. & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community mental health journal*, 49(3), 281–291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>
- Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W. & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145–155.
<https://doi.org/10.1080/17522430902913450>
- Neil, S. T., Pitt, L., Kilbride, M., Morrison, A. P., Nothard, S., Welford, M. & Sellwood, W. (2007). *The Questionnaire about the Process of Recovery (the QPR): Guidelines for Clinicians, researchers and Service Users for the uses, administration and scoring of the QPR*. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/early-intervention-in-psychosis-teams-\(eipn\)/eipn-questionnaire-about-the-process-of-recovery-15-item.pdf?sfvrsn=a754873b_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/early-intervention-in-psychosis-teams-(eipn)/eipn-questionnaire-about-the-process-of-recovery-15-item.pdf?sfvrsn=a754873b_2)
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384.
<https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378–386.
<https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- Patientensicherheit Schweiz. (2017). *Aktionsplan Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen*. https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/5_Ueber_uns/Jahresberichte/jahresbericht_d_17.pdf

- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Schwarzer, R., Mueller, J. & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress & Coping*, 12(2), 145–161. <https://doi.org/10.1080/10615809908248327>
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. https://www.researchgate.net/profile/ralf-schwarzer/publication/315606769_skalen_zur_erfassung_von_lehrer-_und_schulermerkmalen_dokumentation_der_psychometrischen_verfahren_im_rahmen_der_wissenschaftlichen_begleitung_des_modellversuchs_selbstwirksame_schulen
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2003). *SWE - Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.4515>
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C. & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(10), 974–980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). Putting recovery into mental health practice. *Mental health today (Brighton, England)*, 28–31.
- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L. & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 1082–1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>
- Slade, M., Amering, M. & Oades, L. G. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12(2), 128-137.
- Tola, E. (2018). Genesungs- und Krankheits-erfahrungswissen dem Fachwissen ebenbürtig vermitteln. *PADUA*, 13(1), 21–28. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000411>
- Utschakowski, J [Jörg], Sielaff, G. & Bock, T [Thomas]. (2013). *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (5. Aufl.). *Fachbuch*. Psychiatrie-Verl. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-88414-470-1>

- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International journal of nursing studies*, *60*, 234–250.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Vogel, S. (2014). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 581–586). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Walker, G. & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(1), 28–34.
<https://doi.org/10.1037/h0094744>
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J. & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 534.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- WHO. (2013). *Mental health action plan 2013 - 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Zuaboni, G., Degano Kieser, L., Kozel, B., Glavanovits, K., Utschakowski, J [Jörg] & Behrens, J. (2015). Recovery Self Assessment - Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes [Recovery Self Assessment: Translation and cultural adaption of a recovery oriented assessment instrument]. *Pflege*, *28*(4), 233–243. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000436>

Einverständniserklärung

Ich, Sandra Rähle, bestätige die an dieser Arbeit beteiligten und darin beschriebenen Patienten vollständig über meine Arbeit informiert zu haben. Ich habe alle entsprechenden Informationen vollständig anonymisiert. Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten kann bei mir eingesehen werden.

Name, Vorname	Rähle Sandra
Matrikelnummer	21-251-160
Ort, Datum	Mollis, 15. Mai 2022
Elektronische Unterschrift	

Selbständigkeitserklärung

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit,

- sämtliche Stellen der vorliegenden Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- die beschriebenen Fallbeispiele und Tatsachen tatsächlich vorhanden und wahrheitsgetreu beschrieben wurden;
- sämtliche fremden Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken, Abbildungen und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht zu haben;
- die vorliegende Arbeit bisher weder ganz noch in Teilen oder in ähnlicher Form, weder an der Berner Fachhochschule oder an einer anderen Bildungsinstitution vorgelegt zu haben.

-

Ich bin mir bewusst, dass es sich bei Plagiarismus um schweres akademisches Fehlverhalten handelt, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Titel der Arbeit	User Involvement im ambulanten Bereich
Name, Vorname	Rähle Sandra
Matrikelnummer	21-251-160
Ort, Datum	Mollis, 15. Mai 2022

Elektronische Unterschrift 

Einwilligung zur Ausleihe

Ich als Verfasser / Verfasserin der Arbeit mit dem Titel User Involvement im ambulanten Bereich,

- bin einverstanden, dass die vorliegende Arbeit ausgeliehen und/oder elektronisch zugänglich gemacht werden darf
- bin nicht einverstanden, dass die vorliegende Arbeit ausgeliehen und/oder elektronisch zugänglich gemacht werden darf

Name, Vorname Rähle Sandra
Matrikelnummer 21-251-160
Ort, Datum Mollis, 15. Mai 2022

Elektronische Unterschrift 

Anhang

Studieninformation



Projekt: Entwicklung User-Involvement Spitex-Modell I

Fragebögen für Peers

Liebe Peer, lieber Peer

Wir führen im Spitex Worblen Emmental eine Zusammenarbeit von Fachpersonen mit Peers ein. Solche ein Projekt bedarf immer einer Evaluation, um herauszufinden, welchen Auswirkungen dieses Projekt hat. Studien haben gezeigt, dass der Einbezug von Peers in Gesundheitsdienstleistungen die Selbstwirksamkeitserfahrung SWE von Peers beeinflussen kann. Wir möchten herausfinden, ob auch Sie, eine solche Veränderung der SWE erleben. Dazu möchten wir Sie bitten, den folgenden SWE Fragebogen auszufüllen. Sie erhalten den gleichen Fragebogen zwei Mal- einmal am Anfang und einmal am Ende des Projektes, nach einem halben Jahr.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens sind keine Gefahren oder Risiken verbunden, welche Ihre physische und/oder psychische Integrität verletzen. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme an der Befragung entstehen für Sie keine Nachteile. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Befragung verweigern, ohne, dass sie in irgendeiner Form benachteiligt werden. Alle im Rahmen der Befragung erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Persönliche Angaben, Personennamen und personenbezogene soziale Daten werden anonymisiert erfasst.

Wenn Sie dies wünschen, erhalten Sie nach Projektabschluss Einsicht in die Projektergebnisse.

Wenn Sie sich einverstanden erklären, füllen Sie bitte nachfolgende Seite aus.

Fragebogen

Peereinsätze für psychische Gesundheit im Spitex-Modell 1

Werte Fachperson

Wir möchten zukünftig Peers (Menschen mit einer psychiatrischen Krankheitserfahrung) im Spitexbereich im Rahmen der Dienstleistungsentwicklung einsetzen. In Ihrem Spitexunternehmen starten wir ein Pilotprojekt. Uns ist es wichtig, Ihre Meinung zu diesem Projekt vor dem Projektstart abzuholen. Deshalb erlauben wir uns, Ihnen den folgenden Fragebogen auszuhandigen. Wir erheben Ihre Antworten anonymisiert einmal vor und einmal 4 Monate nach dem Projektstart.

Damit wir den Fragebogen anonymisiert auswerten können, ohne Rückschlüsse auf Ihre Person zu ziehen, tragen Sie bitte eine Kennung in das vorgegebene Feld ein, welche aus dem Vor-, Nachname und dem Monatstag vom Geburtsdatum Ihrer Mutter besteht. Beispiel: *Meine Mutter hiess/heisst **Marlies Müller** und hat am **25. Mai 1959** Geburtstag, Kennung **MM25***. So können wir Vergleiche zwischen den zwei Zeitpunkten vor- und nach dem Projektstart ziehen, ohne Rückschlüsse auf Ihre Person machen zu können.

Ihre Kennung:

Die folgenden Fragen enthalten eine Skala von 10 cm, man nennt diese Skala visuelle Analogskala. Sie dient dazu, ein subjektives Erleben vereinfacht auszudrücken. Setzen Sie bitte, möglichst ohne viel zu überlegen, einen Strich auf der Skala zwischen den Werten 0 und 10, in der Höhe wo Sie es nach Ihrem Empfinden für richtig halten.

Beispiel:



Geben Sie bitte an, wie stark das Licht jetzt in diesem Moment ist.



Die Ergebnisse der Erhebung teilen wir Ihnen gerne nach der Gesamtauswertung in 6 Mona-

VAS Skala, 12 Statements

Frage Antwortskalen

1. Ich befürworte den Einsatz von Peers in unserem Spitexunternehmen.

0 |-----| 10 (sehr)

2. Der Einsatz von Peers ergänzt die fachliche Arbeit, die wir machen.

0 |-----| 10 (sehr)

3. **Erwartete Effekte von Peearbeit**

Peerarbeit erhöht die Behandlungszufriedenheit meiner PatientInnen.

0 |-----| 10 (sehr)

Peerarbeit erhöht die Adherence meiner PatientInnen.

0 |-----| 10 (sehr)

Peerarbeit erhöht die Selbstwirksamkeit meiner Patientinnen.

0 |-----| 10 (sehr)

4. Peerarbeit wird sich positive aufs Image unseres Spitexunternehmens auswirken.

0 |-----| 10 (sehr)

5. Peerarbeit ist nur wieder so eine neue Unternehmensidee, die bald verpufft.

0 |-----| 10 (sehr)

6. Ich denke, es wird schwierig werden, mit Peers zusammen zu arbeiten.

0 |-----| 10 (sehr)

7. Ich denke, mit Peers zu arbeiten, ist ein Risiko für die PatientInnen.

0 |-----| 10 (sehr)

8. Ich denke, mit Peers zu arbeiten, könnte mich entlasten.

0 |-----| 10 (sehr)

9. Ich denke, es wird Rollenkonflikte geben zwischen dem was ich an den PatienInnen mache und dem was der Peer macht.

0 |-----| 10 (sehr)

10. Ich denke, wenn Peers eingesetzt werden, wird Pflegefachpersonal abgebaut.

0 |-----| 10 (sehr)