



Ambulante psychiatrische Pflege und aufsuchende Peerarbeit (APPeer): Qualitative Untersuchung zur Implementierung von Peers in Spitexorganisationen

Schlussbericht

Christian Burr, Nora Ambord, Sabine Rühle Andersson, Melina Hasler, Anna Hegedüs

31. August 2024



Inhaltsverzeichnis

0	Danksagung	3
1	Zusammenfassung	3
2	Einleitung	5
	2.1 Wirkung von Peerarbeit	5
	2.2 Peerarbeit in der Schweiz	5
	2.3 Herausforderungen bei der Implementierung von Peerarbeit	6
3	Projektziel und Forschungsfragen	6
4	Methode	6
	4.1 Design	6
	4.2 Setting	6
	4.3 Peerarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege	7
	4.3.1 Eins-zu-Eins Peerarbeit als Intervention	7
	4.3.2 INGA: Das Beratungs- und Unterstützungsangebot für Peerarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege	7
	4.4 Datenerhebung	7
	4.5 Stichprobe	8
	4.6 Datenanalyse	9
	4.7 Ethische Aspekte	9
5	Ergebnisse	10
	5.1 Charakteristika der Intervention	10
	5.2 Äusseres Setting	12
	5.3 Inneres Setting und Charakteristika der Individuen	14
	5.4 Implementierung	15
	5.4.1 Planung und Umsetzung	15
	5.4.2 Engagement	17
	5.4.3 Reflexion und Evaluation	18
6	Diskussion	19
7	Schlussfolgerungen	22
8	Literaturverzeichnis	23

0 Danksagung

Ein besonderer Dank gilt der Ebnet-Stiftung, die diese Studie durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht hat. Weiter möchten wir den drei Spitexorganisationen, dem Verein Förderprogramm und Sozialfonds für ambulante Peer-Begleitung Psychische Gesundheit (VFSPB) sowie allen Teilnehmer*innen aus den Interviews und Fokusgruppen für ihre Zeit und ihr engagiertes Mitwirken danken. Ebenso sprechen wir unseren Dank den Teilnehmenden des Stakeholder-Workshops für ihre wertvollen und konstruktiven Beiträge.

1 Zusammenfassung

Einleitung: Der Einbezug von Peers in die psychiatrische Versorgung wird zunehmend empfohlen und gefordert. In der Schweiz ist die Peerarbeit im stationären psychiatrischen Setting bereits etabliert und gewinnt stetig an Verbreitung. Im ambulanten Bereich, insbesondere in der aufsuchenden Arbeit, ist der Einsatz von Peers jedoch noch wenig verbreitet. Unterstützt durch das Projekt INGA vom VFSPB haben nun erste Spitexorganisationen, die aufsuchende psychiatrische Pflege anbieten, Peerarbeit implementiert.

Ziel: Das Ziel war es aufzuzeigen, wie aufsuchende Peerarbeit innerhalb von Spitexorganisationen implementiert und umgesetzt wird, welche Herausforderungen die beteiligten Akteure dabei erleben und welche Lösungsansätze zu deren Überwindung beitragen.

Methode: Es wurde eine qualitative, an die Implementationsforschung angelehnte, partizipative Studie durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte von November 2023 bis Februar 2024 in drei Spitexorganisationen und umfasste Fokusgruppeninterviews mit Verantwortlichen des INGA-Projekts, Expert*inneninterviews mit Leitungen, Peers und Pflegefachpersonen der Spitexorganisationen sowie teilnehmende Beobachtungen von Peer-Klient*innen-Begleitungen. Zudem wurde im Juni 2024 ein Stakeholder-Workshop durchgeführt, bei dem vorläufige Ergebnisse präsentiert und diskutiert wurden. Als theoretischer Rahmen für die Analyse wurde der Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) verwendet, wobei die Ergebnisse anhand der 5 Domänen im Framework kategorisiert wurden.

Ergebnisse: Die Klient*innen waren sehr zufrieden mit der Peerarbeit. Die Befragten sahen die Nutzung des Erfahrungswissens als zentralen Aspekt an, um einen zusätzlichen Zugang zu den Klient*innen auf der Beziehungsebene zu finden. Peerarbeit als Intervention wurde hauptsächlich in der direkten Arbeit mit den Klient*innen beschrieben und weniger auf anderen Ebenen innerhalb der Organisation. Die Spitexorganisationen gaben den Peers keine klar definierten Tätigkeitsbereiche vor. Diese passten die Inhalte ihrer Begleitungen an die Bedürfnisse der Klient*innen an. Die Materialien und Tools, die sie für ihre Arbeit verwendeten, variierten stark. Die Peers hatten alle unterschiedliche Ausbildungshintergründe (EX-IN, Coaching etc.), absolvierten aber alle den Pflegehelfer*innen-Kurs, um über die Krankenkasse abrechnen zu können. Diese Leistungsabrechnung empfanden die Befragten als unzufriedenstellend, da sie nicht den eigentlichen Aufgaben der Peers entspricht. Das Arbeitsklima erlebten zwei von drei Peers gut. Eine Peer berichtete von Diskriminierung und fühlte sich alleine gelassen. Das tiefe Pensum der Peers erschwerte die Integration ins Team. Die Pflege und die Leitungen bemängelten das fehlende psychiatrische Fachwissen der Peers. Das Projekt INGA leistete wichtige Vernetzungs- und Pionierarbeit und wurde von den Spitexorganisationen vor allem in der Anfangsphase der Implementierung der Peerarbeit als sehr unterstützend erlebt. Langfristig gab es teilweise Unklarheiten über Zuständigkeiten. Zudem zeigte sich, dass die Weiterbildungen nicht systematisch angeboten wurden und vor allem Informationen beinhalteten. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Werten und Haltungen von Recovery und Peerarbeit fand selten statt. So wurde die Peerarbeit auch eher als eine isolierte Intervention betrachtet, als ein Thema, das auf die ganze Organisation und deren Kultur und Werte Auswirkungen hat. Personen aus dem Beratungsangebot von INGA, aber auch besonders engagierte Mitarbeitenden und solche mit viel Vorwissen, wurden als Change-Agents für die Implementierung identifiziert. Zudem sei für den Start und die Implementierungsphase eine Projektfinanzierung unumgänglich.

Diskussion: Das Projekt zeigt, dass die aufsuchende Peerarbeit in Spitexorganisationen von Klient*innen als bereichernd empfunden wird, insbesondere aufgrund des Wechsels zwischen Peer- und Fachpersonen, was zu einer effektiveren Alltagsbewältigung beiträgt. Auffallend war die isolierte Implementierung der Peerarbeit als Einzelintervention, die den Grundwerten der Recovery-Bewegung nur teilweise entspricht. Die Forderung nach mehr psychiatrischem Fachwissen bei den Peers verstärkte die Distanzierung zwischen den Peers und dem Pflegeteam und erschwerte die Team-Integration. Während INGA bei

der Implementierungsphase sehr hilfreich war, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine externe Unterstützung langfristig interne Prozesse der Integration der Peers behindern kann. Die derzeitige Finanzierung der Peerarbeit ist unzureichend und nicht kostendeckend. Weitere Forschungsergebnisse, z.B. zu den Wirkungen und Kosten der Peerarbeit, könnten Verhandlungen mit Krankenversicherern oder Kantonen unterstützen und zu einer nachhaltigen, zufriedenstellenden Finanzierung beitragen.

Schlussfolgerungen: Eine umfassendere Einführung der Peerarbeit sollte im Rahmen einer Recovery-orientierten Transformation der gesamten Organisation erfolgen, um Erfahrungswissen auf allen Ebenen zu nutzen. Gezielte Aus- und Weiterbildungen von Mitarbeitenden ermöglichen eine tiefere Auseinandersetzung mit den Recovery-Prinzipien, die den Transformationsprozess unterstützen. Eine externe Unterstützung sollte so gestaltet sein, dass sie die internen Prozesse nicht behindert. Weiterhin ist es wichtig, den Mehrwert der Peerarbeit durch qualitative und quantitative Forschung zu untersuchen. Solche Forschungsergebnisse könnten die Grundlage für Verhandlungen mit Kostenträgern schaffen und eine nachhaltige Finanzierung der Peerarbeit sichern.

2 Einleitung

Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben massive Beeinträchtigungen in ihrer gewohnten Lebensgestaltung und Lebensqualität. Oftmals ist die Behandlung und Unterstützung in Krisen mit stationären Aufenthalten verbunden, die wenig Verbindung zum gewohnten Lebensumfeld und dem Alltag der Personen haben (Burr et al., 2019). Die ambulante psychiatrische Pflege bietet eine gemeindenahere, Recovery-orientierte Unterstützung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen orientiert. Eine kürzlich publizierte Evaluation zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zeigt jedoch, dass es in der Schweiz an ambulanten, präferenzbasierten, psychosozialen Diensten und Hilfen mangelt (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022). Die WHO (2021) empfiehlt, bei der Entwicklung solcher Angebote den Einbezug von Menschen mit psychischer Erkrankung (sog. Peers). Peerarbeit beschreibt den Einsatz von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in der psychiatrischen Versorgung, aber auch in anderen Bereichen wie z.B. Forschung, Bildung oder Politik (Gillard et al., 2015). Gerade im ambulanten Setting kann die Peerarbeit eine wichtige Rolle bei der Beseitigung von Ungleichheit beim Zugang zu psychosozialer Versorgung für Randgruppen in der Gesellschaft spielen, insbesondere wenn sie im häuslichen Umfeld und nahe am Alltag der Personen angeboten wird (Gillard, 2019). Mehrere Leitlinien empfehlen Peerarbeit zur Unterstützung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019). Auch in der Schweiz wird eine systematische Unterstützung und Umsetzung des Einbezugs von Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrung zur Förderung der psychischen Gesundheit und in psychiatrischen Angeboten in allen Bereichen gefordert (Burr et al., 2022).

Das vorliegende Forschungsprojekt fügt sich diesen Forderungen, indem es die Peerarbeit und die ambulante psychiatrische Pflege – im speziellen die aufsuchende, eins-zu-eins Arbeit – in den Fokus nimmt und mit wissenschaftlichen Methoden Lösungsansätze erarbeitet, um die nachhaltige Implementierung dessen voranzutreiben. Ausserdem entspricht die Beteiligung einer Service Userin im Forschungsteam der Forderung der UN-BRK Konvention nach Inkludierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2.1 Wirkung von Peerarbeit

Obwohl Peerarbeit seit längerem gefordert wird, ist die Evidenz rund um die Wirkungen bei den Klient*innen eher bescheiden. Dies liegt daran, dass die aktuelle Evidenz zu Peerarbeit auf wenigen randomisierten kontrollierten Studien mit methodischen Schwächen basiert. So zeigt ein Review mit Meta-Analyse, dass eins-zu-eins Peerarbeit einen kleinen signifikant positiven Effekt auf die Recovery und das Empowerment der Klient*innen hatte, aber keinen signifikanten Einfluss auf die klinischen Symptome oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen (White et al., 2020). Besonders stark von Peerarbeit profitierten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Smith et al. (2022) empfehlen daher Peerarbeit als eine kostengünstige, relativ einfach zu implementierende Intervention, welche professionelle Unterstützungsangebote ergänzen kann.

Der starke Fokus auf quantitative Forschung rund um Peerarbeit stösst aber zunehmend auf Kritik. So sollte sich zukünftige Forschung nicht auf das klinische Modell stützen und Peerarbeit vermehrt abseits vom medizinischen, defizitorientierten Verständnis von psychischer Krankheit untersuchen. Gillard (2019) hebt daher die Bedeutung der qualitativen Forschung im Kontext der Peerarbeit hervor.

2.2 Peerarbeit in der Schweiz

In der Schweiz arbeiten Peers seit über zehn Jahren im psychiatrischen Setting, dies mit steigender Tendenz (Burr et al., 2022). Massgeblich zur Verbreitung von Peerarbeit in der Schweiz haben die Experienced-Involvement (EX-IN) Weiterbildungen beigetragen (Hegedüs et al., 2021; Zuaboni & Burr, 2022), die psychiatriee erfahrenen Menschen ermöglichen, ihre spezifischen Erfahrungen zu reflektieren, darauf aufbauend Fähigkeiten zu erlangen und diese Erfahrungen in einer formellen Tätigkeit gezielt einzubringen (Verein EX-IN Schweiz, 2022). Schätzungen zufolge waren 2017 schweizweit ca. 125 Peers mit EX-IN Weiterbildung tätig (Burr et al., 2021). Eine Umfrage bei diesen ergab, dass etwa 40% der 53 Befragten im ambulanten Setting (meist Tagesklinik oder Ambulatorium) arbeiteten (Burr et al., 2021). Typische Tätigkeitsfelder von Peers sind das Unterstützen von Klient*innen im Selbst-Management und Recovery sowie in der Führung eines unabhängigen Lebens im häuslichen Umfeld, die Vermittlung an weitere Fachpersonen und die Durchführung von verhaltenstherapeutischen Interventionen (White et

al., 2020). In der Befragung von Peers in der Schweiz wurden als konkrete Arbeitsaktivitäten mehrheitlich das Vermitteln von Zuversicht, Empowerment aber auch die Unterstützung beim Symptom- und Krankheitsmanagement der Klient*innen genannt (Burr et al., 2021). Um die Erschliessung der Peerarbeit im ambulanten Feld in der Schweiz zu unterstützen, wurde vom VFSPB das Projekt INGA lanciert. INGA steht für «Involvierung von Nutzer und Nutzerinnen (User-Involvement) zur Genesungsbegleitung und zum Austausch von Erfahrungswissen» und zielt darauf ab, die Peerarbeit in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Schweiz zu verankern. INGA bietet als Dienstleister und Lösungsanbieter Unterstützung für Spitexorganisationen bei der Vorbereitung, Rekrutierung, Implementierung und Weiterentwicklung von Peerarbeit an.

2.3 Herausforderungen bei der Implementierung von Peerarbeit

In der Literatur werden für die Implementierung von Peerarbeit in der Praxis mehrere Herausforderungen beschrieben. Auf Organisationsebene erschweren eine fehlende Recovery-Orientierung, negative Einstellungen der Mitarbeitenden und unklare Rollen der Peers den Prozess (Mutschler et al., 2022; Wall et al., 2022). Fehlende Stellenbeschreibungen und unklare Finanzierung sind weitere erkannte Herausforderungen (Burr et al., 2022; Hegedüs et al., 2016). Im ambulanten Setting ist die Integration von Peers in multiprofessionelle Teams besonders schwierig, da der Austausch mit Fachleuten und anderen Peers durch dezentrale Strukturen und kleine Teams erschwert wird (Burr et al., 2020). Auf Mitarbeiter*ebene belasten unklare Arbeitsrollen, Kompetenzdefizite und Stigmatisierung am Arbeitsplatz die Peers (Hegedüs et al., 2016; Wall et al., 2022). Zudem kann die Kombination aus geringer Entlohnung und unsicheren Anstellungsverhältnissen zu zusätzlichen Herausforderungen führen (Mancini, 2018; Wall et al., 2022).

3 Projektziel und Forschungsfragen

Die aufsuchende, eins-zu-eins Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Peers, die in Ergänzung zu ambulanter psychiatrischer Pflege von Spitexorganisationen angeboten wird, steht im Zentrum unseres Forschungsprojektes. Das Ziel dieses Projektes war aufzuzeigen, wie aufsuchende Peerarbeit innerhalb von Spitexorganisationen implementiert und umgesetzt wird, welchen Herausforderungen die involvierten Akteure begegnen und welche Lösungsansätze zu deren Überwindung beitragen.

Aufgrund dieser Zielsetzungen waren folgende Forschungsfragen für das Projekt leitend:

- 1) Wie gestaltet sich die aufsuchende Peerarbeit im Kontext der ambulanten psychiatrischen Pflege und welche Faktoren erleichtern bzw. behindern die Implementierung der aufsuchenden Peerarbeit im Kontext von Spitexorganisationen?
- 2) Welche Lösungsansätze können zu einer nachhaltigen Verankerung von aufsuchender Peerarbeit in Spitexorganisationen beitragen?

4 Methode

4.1 Design

Zur Erreichung der Zielsetzungen und Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine qualitative, an die Implementierungsforschung angelehnte, partizipative Studie durchgeführt.

4.2 Setting

Die Studie wurde mit drei Spitexorganisationen in der Region Bern und im Aargau, in Teams der aufsuchenden, ambulanten psychiatrischen Pflege durchgeführt. Die drei Organisationen bieten neben der psychiatrischen Pflege auch andere Dienstleistungen, wie beispielsweise somatische Pflege, an. Gesamthaft verfügen sie über je 70 bis 140 Mitarbeitende, wobei das Psychiatrieteam ca. 10 % der

Mitarbeitenden ausmacht. Alle drei Spitexorganisationen befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in unterschiedlichen Stadien der Implementierung der Peerarbeit (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht Praxispartner

	VFSPB	Spitex Brugg	Spitex Region Bern Nord	Spitex Aare Worblental
Erfahrung mit Peerarbeit	Bietet seit 2020 eine komplette Lösung für Peerarbeit im ambulanten Setting an	Aufsuchende Peerarbeit seit Herbst 2023	Ambulante Recoverygruppe seit 2021 und seit März 2023 aufsuchende Peerarbeit	Seit 2021 aufsuchende Peerarbeit

4.3 Peerarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege

4.3.1 Eins-zu-Eins Peerarbeit als Intervention

Die Peerarbeit im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege gilt in diesem Projekt als die zu untersuchende «Intervention». Diese wird in den Spitexorganisationen als aufsuchende Unterstützung von Klient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen verstanden. Die Spitexorganisationen hatten die Tätigkeiten der Peers bei Stand zu Beginn der Studie nicht klar vordefiniert. Die Ausarbeitung von Tätigkeitsbereichen sollte dann im Verlaufe des Projekts geschehen. Die in der Literatur beschriebenen Aufgaben umfassen Unterstützung im Umgang und Selbstmanagement mit den Auswirkungen der Erkrankungen, im Genesungsprozess (Recovery) sowie bei der Führung eines unabhängigen Lebens im häuslichen Umfeld und das Vermitteln von Zuversicht, Empowerment.

4.3.2 INGA: Das Beratungs- und Unterstützungsangebot für Peerarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Zu Projektbeginn waren der BFH vier Spitexorganisationen in der Schweiz bekannt, die aufsuchende Peerarbeit mit insgesamt 8 Peers und 200 Stellenprozent anbieten. Diese Organisationen werden alle im Rahmen des Projekts INGA, das 2021 von Netzwerk Gesundheit Schweiz (NGCH) lanciert und später vom VFSPB weitergeführt wurde, begleitet. Die Begleitung umfasst den gesamten Implementierungsprozess der Peerarbeit in den drei Spitexorganisationen, die in die Studie einbezogen wurden. Im Rahmen dieser Begleitung übernimmt INGA folgende Hauptaufgaben:

- Die Integration des Angebotes in die Spitexorganisationen und die Einbindung der Peers in das Psychiatriepflege-Team
- Die Integration in den Dauerbetrieb, inklusive Support und Weiterentwicklung des Angebots
- Die Förderung des kollektiven Lernens und des Erfahrungsaustausches

Diese Unterstützung erstreckte sich sowohl auf die Phase vor der Studiendurchführung als auch währenddessen und darüber hinaus.

4.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand von November 2023 bis Februar 2024 statt und beinhaltete mehrere Methoden: 1. Fokusgruppeninterview, 2. Leitfadengestützte Expert*inneninterviews sowie 3. Teilnehmende Beobachtungen und Gespräche mit Klient*innen. Als 4. wurde im Juni 2024 ein Stakeholder-Workshop durchgeführt, bei dem vorläufige Resultate vorgestellt sowie diskutiert wurden. Alle Interviews wurden digitalisiert aufgezeichnet und zum Zweck der Analyse transkribiert, angelehnt an die Transkriptionsregeln von Kuckartz und Rädiker (2022). Die Beobachtungen und ein Teil der Interviews wurden von einer Service Userin durchgeführt.

Als erstes wurde ein Fokusgruppeninterview mit Verantwortlichen vom INGA durchgeführt, wobei die Intervention, die externen Einflussfaktoren und der Implementierungsprozess (z.B. Schulungen, Coaching, Supervision) im Mittelpunkt standen. Fokusgruppeninterviews sind geeignet, um einen kollektiven Orientierungsrahmen zu erheben, was in diesem Fall die Absicht war (Kruse, 2015).

Weiter wurden pro Spitexorganisation je ein Expert*inneninterview mit einer Spitexleitung (GL), eine*m/r Peer und einer Pflegefachperson durchgeführt. Expert*inneninterviews eignen sich dazu, Fachwissen über einen bestimmten institutionellen Kontext zu gewinnen (Meuser & Nagel, 2005). Für die Interviews wurden, angelehnt an den «Consolidated Framework for Implementation Research Constructs (CFIR)», Leitfäden entwickelt, die für die drei befragten Berufsgruppen jeweils leicht angepasst waren. Der Fokus im Leitfaden für die Interviews mit den Geschäftsleitungen lag auf externen Einflussfaktoren (z.B. Finanzierung, Netzwerke) und dem Implementierungsprozess, bei denjenigen für die Peers und Pflegefachpersonen auf der Intervention, den internen Organisationsfaktoren (z.B. Kultur, Führung, Recovery-Orientierung) sowie auf den Merkmalen der Mitarbeitenden (z.B. Haltungen, Fähigkeiten, Motivation). Diese Interviews mit den Peers wurden von einer Service Userin mit eigener Erfahrung mit psychischer Erkrankung durchgeführt.

Pro Spitexorganisation wurde je eine teilnehmende Beobachtung von Peer-Klient*innen-Begleitungen durchgeführt und Gespräche mit Klient*innen geführt, um das tatsächliche praktische Handeln und die Zufriedenheit der Klient*innen zu erfassen (Legewie, 1995; Soom Ammann & van Holten, 2017). Die Beobachtungen wurden schriftlich protokolliert.

Die Ergebnisse aus diesen Datenerhebungen wurden in einem Stakeholder-Workshop diskutiert und daraus wurden wiederum Empfehlungen abgeleitet. An diesem Anlass nahmen Personen aus allen an der Studie teilnehmenden Organisationen sowie weitere interessierte Personen aus anderen Spitexorganisationen teil. Zudem wurden explizit Personen aus Peer-, und Angehörigen-Verbänden und Expertinnen zum Thema Peerarbeit eingeladen.

4.5 Stichprobe

Folgende Personen wurden bei der Datenerhebung eingeschlossen:

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Teilnehmende aus Spitexorganisationen

Funktion	Einschlusskriterien
Spitexleitung (GL)	<ul style="list-style-type: none"> • (Mit-)Verantwortung bei der Entscheidung Peerarbeit im Betrieb umzusetzen (z.B. Geschäfts- oder Teamleitung) • Wissen zum Implementierungsprozess (strategische Ebene) • gute Deutschkenntnisse
Ansprechperson für Peers	<ul style="list-style-type: none"> • regelmässiger Kontakt zu Peers • gute Deutschkenntnisse
Peer	<ul style="list-style-type: none"> • aufsuchende Tätigkeit als Peer • aufsuchende Begleitung von mind. 1 Klient*in • gute Deutschkenntnisse
Klient*in	<ul style="list-style-type: none"> • mind. 18 Jahre alt • Begleitung durch Peer • Ambulante psychiatrische Pflege durch Spitex • zum Zeitpunkt der Beobachtung bereits mind. 2 Peer-Begleitungen erhalten • gute Deutschkenntnisse

Tabelle 3: Beschreibung Teilnehmende Fokusgruppeninterview

Funktion	Beschreibung
Leiter INGA	Leiter des INGA-Projektes, neben der Arbeit im Peer-Projekt war er auch der Gründer und Initiator der Organisation hinter INGA.
Mitarbeiterin INGA	Zuständig für die Supervision und Beratung der Peers bei der Vorbereitung und Einführung zur Anstellung, Mitarbeit bei INGA beim Aufbau der Projektidee.
Leiter*in Spitex	Leitung des Psychiatrie Teams einer Spitexorganisation, die Peerarbeit bereits implementiert hat und mehrere Jahre damit arbeiten. Die Spitex gilt als Pionierin im Feld bezüglich aufsuchender Peerarbeit.
Peer-Mitarbeiter*in Spitex	Peer-Mitarbeiter*in der oben genannten Spitexorganisation. Hat schon Erfahrung mit Peerarbeit im stationären und ambulanten Setting.

4.6 Datenanalyse

Alle Textdateien aller Datenquellen wurden in MAXQDA (VERBI GmbH, 2024) integriert und analysiert. Die Textdateien wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei orientierten wir uns am deduktiven Vorgehen nach Elo und Kyngäs (2008) sowie Saldaña (2013). Die Domänen des «Consolidated Framework for Implementation Research Constructs (CFIR)» (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al., 2022) wurden dabei als theoretischer Rahmen für die Definition der Kategorien verwendet. Das CFIR ist ein umfassender und in der Implementierungswissenschaft weit verbreiteter Bezugsrahmen, das dabei hilft, Schlüsselfaktoren zu identifizieren und anzugehen, die die Umsetzung evidenzbasierter Interventionen beeinflussen können. Das CFIR hilft bei der Evaluierung von Implementierungsstrategien, der Kontextanalyse und Identifizierung von Implementierungsbarrieren.

Es gliedert sich in folgende 5 Domänen:

1. Charakteristika der Intervention/Innovation: z.B. Definition von den Kern- und den adaptierbaren Komponenten der Intervention
2. Äusseres Setting: z.B. lokale Gegebenheiten, kritische Ereignisse, Werte, Haltungen, politischer und finanzieller Kontext
3. Inneres Setting: z.B. interne, organisationsspezifische Aspekte wie Teamkultur, Infrastruktur, Kommunikation, Beziehungen
4. Charakteristika der Individuen: z.B. verschiedene Rollen, Motivation, Bedürfnisse
5. Implementierungsprozess: z.B. Bedürfnisorientierung, Planung, Anpassung Strategien, Beteiligung, Implementierung, Reflektion, Evaluation

Wichtige Erkenntnisse aus der Datenanalyse wurden im Rahmen eines Memberchecks den drei Peers aus den Expert*innen-Interviews vorgestellt und die Interpretation gemeinsam diskutiert. Inhaltliche Anpassungsvorschläge und Ergänzungen wurden in die Auswertung der Ergebnisse integriert.

4.7 Ethische Aspekte

Eine Zuständigkeitsabklärung wurde bei der kantonalen Ethikkommission in Bern eingefordert. Diese entschied, dass eine Ethikbewilligung nicht nötig ist, da die Studie (Req-2023-01242) nicht unter das Humanforschungsgesetz fällt. Alle Studienteilnehmer*innen erhielten vorab ausführliche Informationen über die Studie, einschliesslich des Hinweises, dass ein Ausstieg jederzeit möglich ist. Vor Beginn der Interviews hatten sie die Gelegenheit, offene Fragen zu klären. Anschliessend gaben alle Teilnehmenden ihre schriftliche Einverständniserklärung ab und bestätigten die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme. Sie erhielten alle eine Kopie dieses Dokuments.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse sind nachfolgend anhand des CFIR gegliedert. Dieser beinhaltet neben verschiedenen Domänen zur Intervention (Peerarbeit) sowie der Organisation auch eine Domäne zur Implementierung. Die klare Abgrenzung dieser Domänen war nicht immer einfach. Da wo Themen in verschiedenen Domänen mehrfach vorkamen, wurde in einem Konsensverfahren entschieden, zu welcher Domäne sie zugeteilt wurde, mit dem Ziel Redundanzen zu minimieren.

5.1 Charakteristika der Intervention

Dieser Teil der Ergebnisse umfasst die Beschreibung der Intervention Eins-zu-Eins Peerarbeit, einschliesslich ihrer Vorteile, ihrer Komplexität und wie sich die Intervention in die Organisation einfügt.

Die Arbeitsumgebung der Peers wurde grösstenteils mit den Klient*innen zuhause oder bei einem Treffen draussen beschrieben. Die Auswahl der Klient*innen, die von Peers begleitet werden sollen, erfolgte ebenfalls unterschiedlich. In einigen Fällen wurden alle Klient*innen der psychiatrischen Spitex durch einen Flyer über das Peer-Angebot informiert, in anderen lag die Auswahl bei den fallführenden Pflegefachpersonen. Eine Pflegefachperson betonte, dass es dabei kein Wunschkonzert der Klient*innen sein sollte.

Häufig gehen die Peers und Pflegefachpersonen alternierend alle zwei Wochen zu den Klient*innen. Das vorherige Festlegen von Zielen gemeinsam mit den Klient*innen für die Peerarbeit scheint dabei eher unüblich zu sein. Zwei der drei Peers berichten zudem, dass sie bei der Gestaltung ihrer Arbeit mit den Klient*innen weitgehend frei sind, während sich die dritte Peer mehr Freiheiten wünscht.

«Die Spitex hat jetzt, die haben mir jetzt keinen Katalog gegeben. So muss das sein. Da bin ich auch sehr dankbar. Sie haben mich eigentlich frei arbeiten lassen.» (Interview Peer Spitex a, S. 11)

Es wurde in keiner der drei Organisationen über einen Stellenbeschrieb, der die Aufgaben der Peers klar definiert, berichtet. Die nachfolgenden Beschreibungen der Tätigkeiten basieren daher auf den Informationen aus den Interviews und den teilnehmenden Beobachtungen. Die Peers beginnen ihre Klient*innen-Besuche oft damit, nach der aktuellen Befindlichkeit zu fragen und zu erkunden, womit sich die Klient*innen an diesem Tag beschäftigen möchten. Es kommen verschiedene Tools wie Spiele, Apps, Arbeitsbücher oder Unterlagen mit sozialpsychiatrischen Informationen zum Einsatz, die je nach Peer recht variieren. Konkrete Beispiele für Peer-Tätigkeiten, die genannt wurden, umfassen Unterstützung bei der Wohnungs- und Arbeitssuche, Ermutigung zu gesunden Verhaltensweisen wie Bewegung (u. a. gemeinsame Aktivität wie «Walking mit Stöcken»), Vermitteln von Hoffnung, Unterstützung bei Telefonaten, aktives Zuhören, das Besprechen von Strategien zur Verminderung von Zwängen, Unterstützung bei der Selbstfürsorge, das Vermitteln regionaler Unterstützungsangebote oder das gemeinsame Erledigen von „Hausaufgaben“ aus der Psychotherapie.

«Als letztes erzählt die Klientin von Blättern, die sie von der Psychiaterin erhalten hat und ausfüllen muss. Damit ist sie überfordert und die Peer sagt ihr, dass sie diese beim nächsten Mal zusammen anschauen.» (Teilnehmende Beobachtung Spitex c)

Als Hauptbestandteil der Peerarbeit wurde am häufigsten die Nutzung des Erfahrungswissens genannt, um einen zusätzlichen Zugang auf der Beziehungsebene zu den Klient*innen zu finden. Dies wurde auch durch die Rückmeldungen der Klient*innen bestätigt, die fast ausschliesslich von hoher Zufriedenheit mit der Peerarbeit berichteten. Die Klient*innen fühlten sich verstanden, hoffnungsvoll und bestärkt durch den Austausch auf Augenhöhe. Die Interviews zeigten jedoch, dass Peerarbeit überwiegend beschränkt auf die direkte Arbeit mit den Klientinnen als isolierte Massnahme verstanden wurde. Nur zwei der neun Befragten erwähnten auch den Austausch und die Beratung vom Team als Teil der Peerarbeit, wie sie in ihrer Organisation umgesetzt wird. Es wird folglich eher erwartet, dass sich die Peers ans vorhandene System anpassen, anstatt die Intervention als Chance zu sehen, Dinge in der Organisation neu zu denken.

«Und wie können wir ihnen trotzdem eben zum Beispiel den Pflegeprozess vermitteln, auch wenn sie nicht vom Fach kommen. Sie müssen trotzdem eine Ahnung haben, wie wir arbeiten. Was ist eine Pflegediagnose? Wie orientieren wir uns daran. Das waren so die Herausforderungen.» (Interview Pflege Spitex b, S. 4)

Um im Spitex-Setting arbeiten zu können, nannten die Interview-Partner*innen folgende Anforderungen, die die Peers erfüllen müssen: hohe Selbstständigkeit, Bereitschaft alleine unterwegs zu sein, Proaktivität bei Fragen oder Problemen, psychische Stabilität, teilweise ein spezifischer krankheitsbezogener Erfahrungshintergrund oder weitere Qualifikationen wie ein Führerschein.

«Genau und psychiatriespezifisch haben wir dann schon geschaut, dass sie dort auch einen Hintergrund haben, wo sie dann unseren Klienten auch etwas weitergeben können als Betroffene, wo wir ja hier auch haben. Wir haben ja viele Leute mit Ängsten oder Depressionen.» (Interview GL Spitex c, S. 2)

Die Ex-In Peer-Weiterbildung war in keiner der drei Organisationen eine Voraussetzung für die Anstellung. Die Ausbildungshintergründe der Peers in den drei Organisationen waren heterogen, jedoch mussten alle Peers einen Pflegehelfer*innen Kurs machen, um über die Krankenkasse (KK) abrechnen zu können. Dieser Kurs erleben sie als inhaltlich nicht passend, da er nur Theorie zur Somatik beinhaltet und müsse deshalb für die Psychiatrie-Spitex angepasst werden. Von verschiedenen Personen aus unterschiedlichen Organisationen wurde das Fachwissen der Peers zu psychiatrischen Krankheitsbildern bemängelt. Von GL und Pflege wurde teilweise beschrieben, dass die Peers hauptsächlich das Fachwissen zur eigenen Diagnose und Erkrankung haben. Dies könne zu Überforderung führen, wenn Peers dann Klient*innen betreuen, die andere Diagnosen haben.

«Und da fehlt auf der Peerseite, das Fachwissen zu Krankheitsbildern. Da müssen sie schwer nochmals dahinter. Das sie auf Stand kommen. Sonst komme ich einfach ins Bedenken, dass sie das stemmen können. Mit der Art der Klienten, die ihnen da begegnen.» (Interview GL Spitex b, S. 10)

Es wurden in keiner der drei Organisationen klare Ziele oder Outcomes der Peerarbeit vordefiniert. Trotzdem kristallisierten sich in den Interviews einige Ziele und Outcomes implizit heraus. Neben den positiven Outcomes auf der Ebene der Klient*innen, erhofft man sich auf der Organisationsebene durch die Peerarbeit eine verbesserte Aussenwirkung zu erreichen und als innovativ und fortschrittlich gesehen zu werden. Ausserdem helfe Peerarbeit den Mitarbeitenden, Dinge aus neuen Perspektiven zu sehen, ihren Horizont zu erweitern, ihre Sprache zu sensibilisieren, sie auch zur Selbstreflexion anregen und sei generell eine menschliche Bereicherung. Auf Mitarbeiter*innenebene wurde zudem die Entlastung für das Team durch die Peers thematisiert. Pflegenden müssen seit der Anstellung von Peers weniger zu gewissen Klient*innen gehen und haben so mehr Zeit für anderes. Es sei jemand mehr im Team der "mitträgt". Diese Entlastung wird teils als reine Personalentlastung, teils differenzierter als unterstützende Ergänzung wahrgenommen.

«Und das Ziel war schon und diesen Fokus habe ich nie verlassen, dass es eben auch eine Entlastung sein sollte für uns. Und das ist tatsächlich so. Wenn ich jetzt sage ich habe jemand alle vier Wochen und ich habe einen Peer, die jede Woche geht, dann ist das eine Entlastung aber auch eine Ergänzung. Sie ersetzen uns nicht, das war auch nie das Ziel. Es ist sicher eine Unterstützung oder eine Entlastung, wo ich finde, es ist eine Bereicherung.» (Interview GL Spitex c, S. 4)

Eine Aussage zeigt auch, dass es ambivalente Einschätzungen gibt, ob sich die Integration der Peerarbeit gelohnt hat. Insbesondere besteht die Unsicherheit darin, ob die Klient*innen vielleicht nicht plötzlich zu stark auf die Peer-Mitarbeitenden hören oder mit ihren positiven Erfahrungen stärker wirken als die Fachpersonen und es so zu konträren Einschätzungen oder Themen kommt, die vom eigentlichen vereinbarten Ziel abweichen und falsche Vorstellungen oder Wünsche geschürt werden:

«Und bin dort auch ein wenig unschlüssig und ambivalent. [...]. Auf der einen Seite [...] ich denke es ist wichtig, aber im ambulanten Setting ist es eben auch anspruchsvoll, weil die eben auch allein unterwegs sind. Und wie schaffst du es, [...], dass es dann im Behandlungsverlauf plötzlich nicht konträre oder zu fest parallele Themen aufgetan werden [...] und dann nicht plötzlich die Kundin, der Kunde nur noch auf die Peer hört und sagt, du hast mit dem Erfolg gehabt. Ich möchte dies doch genauso und kopiere. Das man dort sagt "ja wir haben doch mit dir ein anderes Ziel" [...]. Nicht dass man plötzlich sagt, ich möchte das, weil der Peer dort Erfolg gehabt hatte, machen sie das jetzt auch bei mir. Dann kommt es ja dann gut.» (Interview GL Spitex a, S. 9)

Förderliche Faktoren

- Entlastung für das Team, da zusätzliche Mitarbeiter*in
- Hohe Zufriedenheit der Klient*innen mit der Peerarbeit
- Motivation, die Spitex durch die Peerarbeit gegen aussen als innovativ und fortschrittlich darzustellen
- Hohes Mass an Selbstständigkeit der Peers, da Austausch im Team und mit anderen Peers durch das Setting nur bedingt möglich ist

Hemmende Faktoren

- Mangelndes psychiatrisches Fachwissen bei Peers, keine Ausbildung diesbezüglich (z.B. Ex-In)
- Unklarer bzw. nicht vorhandener Stellenbeschrieb
- Unpassendes Abrechnungssystem über KK für Peerarbeit in Spitex
- Diskrepanz von SRK-Kurs, da dieser nur somatische und keine psychiatrischen Inhalte vermittelt, die Absolvierung aber ein Muss ist
- Zu wenig Arbeit für Peers

5.2 Äusseres Setting

Im Bereich der externen Richtlinien wurde insbesondere das Thema Entlohnung der Peers in Zusammenhang mit der Verrechenbarkeit ihrer Leistungen und entsprechenden Vorgaben der KK angesprochen. Der von INGA definierte Lohn (Hinweis: zwischen FaGe und HF-Pflege angesiedelt), wurde von den Spitexorganisationen teilweise als zu hoch angesehen. Dies weil sie mit ihrem FA-SRK-Kurs nur C-Leistungen abrechnen können, und so ihre Lohnkosten nicht gedeckt sind oder aber auch weil ein solcher Lohn nicht vertretbar ist gegenüber anderen Fachpersonen, die eine Berufsausbildung gemacht haben:

«Ich weiss natürlich nicht, was es auslöst bei den Kolleginnen und Kollegen. Dann würde vielleicht eine sagen, ja ähm dann soll ich mal depressiv werden, dann kann ich mich als Peer anstellen und dann verdiene ich ja besser als drei Jahre arbeiten und eine Grundbildung machen.» (Interview GL Spitex a, S. 16)

Die gleichen Personen äusserten sich aber auch, dass sie es allen Peers gönnen würden, einen guten Lohn zu haben. Die von der KK definierten Leistungsabrechnungsbereiche werden als für die Peerarbeit nicht passend beschrieben, wenn es auch als eine Chance beurteilt wird, dass Peers so überhaupt abrechnen können. Problematisch bezüglich der Peerarbeit sei insbesondere die C-Leistung, die in der Psychiatrie so gar nicht vorgesehen ist, weil sie nur Grundpflegeleistungen beinhaltet. Da nun Peers über diese abrechnen, werde vermehrt von Seiten der KK nachgefragt und es müsse vermehrt begründet werden.

«Auch die Unsicherheit mit der Krankenkasse. Die reagieren jetzt nicht nur positiv, wenn man mit C Leistungen kommt im psychiatrischen Setting. Es ist nicht etwas, das vorgesehen ist. Da springen sie gerade darauf an. [...] Und da mussten wir Leistung "auseinanderbeineln". Was kann man und was kann man nicht.» (Interview GL Spitex b, S. 3)

Es wird als wichtig erachtet und positiv gewertet, dass eine Abrechnungsmöglichkeit für Peers gefunden wurde. Es wird aber auch gefordert, dass sich dies nun ändern müsse und Gespräche und Beratung auch als Teil der Leistung der Peers berücksichtigt werden sollte. Da müsse mehr Druck gemacht werden. Aber genau diese Vernetzungs- und Lobbyarbeit wird nicht als die Aufgabe von Spitexorganisationen gesehen.

«Das war [...] nicht nötig. Wenn es ausserhalb vom Setting, dann ist es [...] nicht meine Aufgabe [...]. Sondern dann müssen andere in diese Vorreiterrolle oder diese Verhandlungspartner diese Rolle darstellen.» (Interview GL Spitex a, S. 10)

Es zeigte sich, dass die externe Vernetzung, insbesondere die enge Zusammenarbeit mit INGA, vor allem in der Anfangsphase der Implementierung eine zentrale Rolle spielte. INGA förderte nicht nur die Vernetzung innerhalb der Peer-Community, sondern bot auch Supervision und sonstige Unterstützung bei der Implementierung an. Allerdings waren die Aufgaben und Rollen in dieser Vernetzung nicht ganz klar. Eine individuelle Anpassung des Angebots an die Spitexorganisation wurde als wichtig erachtet – obwohl es nicht immer so erlebt wurde. Zusätzlich zur Vernetzung mit anderen Spitexorganisationen, die den Austausch von Erfahrungen ermöglichte, bestanden weitere Verbindungen, etwa zum Recovery College für die Weiterbildung von Mitarbeitenden und Peers sowie zu anderen Organisationen wie dem Sozialdienst, niedergelassenen Psychiater*innen oder psychiatrischen Kliniken.

Weiter trug das äussere Umfeld auch zu einem externen Druck bei, sich mit dem Thema Peerarbeit zu beschäftigen. Die sehr aktive und enthusiastische Informations- und Lobbyarbeit von INGA führte zu viel Motivation, sich als Pionier*innen in diesem Bereich zu engagieren.

«Indem der Gründer des Projektes dieses vorgestellt hat mit sehr viel Enthusiasmus. Da er auch selbst betroffen war und das gegründet hatte. Und seine Idee und seine Art hat uns sehr dazu bewegt als Pionierspitex in diesem ersten Projekt mitzuarbeiten.» (Interview Pflege Spitex c, S. 1)

Dies führte bei anderen Spitexorganisationen zu einem Druck, sich auch damit zu beschäftigen oder da mitzugehen. Dieser wurde teilweise als Belastung wahrgenommen. Es führte aber auch dazu, dass sich weitere Organisationen entschlossen mitzumachen und dass die beteiligten Organisationen von aussen als positiv wahrgenommen wurden.

«Und das hat sich bei den Klienten schnell rumgesprochen und die haben das sofort als positiv empfunden. Und das war dann auch so, dass es relativ schnell gegangen ist, dass dann die Spitex XY oder auch Spitex XX, die sind dann auch so dazugekommen. Und die haben das auch alle als gut erlebt und sonst von aussen. Und es hatte zwei bis drei Psychiater, die das toll fanden und auch unterstützend.» (Interview GL Spitex c, S. 5)

Förderliche Faktoren

- Möglichkeit über die KK abzurechnen
- Vernetzung mit externer Organisation (INGA), die viel Fachexpertise im Peer-Bereich hat und Vernetzung zur Peer-Community herstellen kann
- Vernetzung mit anderen Spitexorganisationen, die schon Erfahrungen mit Peerarbeit haben
- Externer Druck als Motivation, sich auch zu beteiligen

Hemmende Faktoren

- Zu wenig Einbezug von anderen externen Organisationen wie KK oder Politik
- Bestehende Leistungsabrechnung (C-Leistung) entspricht nicht den Aufgaben der Peers
- Von aussen definierter Lohn, der mit der bestehenden Leistungsabrechnung nicht gedeckt werden kann

5.3 Inneres Setting und Charakteristika der Individuen

In diesem Bereich werden die Werte, Normen und Annahmen innerhalb der verschiedenen Teams und einzelnen Mitarbeitenden sowie das Klima in der Organisation hinsichtlich der Umsetzung, Unterstützung und Erwartungen an die Intervention beschrieben.

Zwei der drei Spitexen wurden als flach hierarchisch und offen für Neues beschrieben und die Peers fühlten sich akzeptiert und wohl im Team. Dies stand im Kontrast zur dritten Organisation, in der die Peer ein «dauergestresstes» und distanzierendes Klima erlebte und sich nicht einbezogen fühlte. Sie äusserte, keine Ansprechperson zu haben und dass sie sich oft darum bemühen musste, wenn sie Fragen hatte und mit jemandem reden wollte. Ausserdem erlebte sie teilweise wegen ihrer Krankheitsgeschichte Diskriminierung.

«Also ich habe auch schon erlebt einen Spruch wie, ich weiss jetzt nicht, ob Peer X in einen Raum hineindarf, in dem Medikamente sind. Wo ich dann sagen muss, erstens ist es diskriminierend und zweitens ähm ich habe kein Problem, also ich hatte noch nie einen Medikamentenmissbrauch. Da fühle ich mich schon angegriffen. Nur weil ich Peer bin.» (Interview Peer Spitex c, S. 5)

Die Arbeitskultur war je nach Organisation unterschiedlich von Recovery geprägt. Oft waren einzelne Personen Treiber, weil sie sich schon zuvor mit Recovery auseinandergesetzt hatten. In zwei von drei Organisationen waren diese Personen auch in Führungspositionen. Eine Geschäftsleitung nennt, dass ihr Team sehr Recovery-orientiert sei. Gewisse Erzählungen der Interviewpartner*innen zeigen, dass die Recovery-Prinzipien nicht immer gleich gut umgesetzt werden. So liegt die Entscheidung in zwei von drei Organisationen bei den fallführenden Pflegenden, welche Klient*innen von Peers begleitet werden sollen, was im Widerspruch zu Partizipation steht. In allen drei Organisationen war auch eine gewisse Ambivalenz bezüglich der Gleichbehandlung der Peers ersichtlich. Mehrere Personen sagten zwar, dass es ihnen wichtig sei, die Peers nicht anders als andere Mitarbeitende zu behandeln. In konkreten Beispielen wurde dann aber ersichtlich, dass dies nicht immer umgesetzt wird. Besonders wenn es darum geht, Peers nicht überfordern und «schützen» zu wollen, wurden in allen drei Organisationssituationen genannt, in welchen sie sich anders verhielten.

«Ja, bei einer normalen Mitarbeiterin kann man das eher noch aushalten. Da sagt man "Das darf ich von dir erwarten". Aber mit diesem Hintergrund ist man sensibler (...).» (Interview GL Spitex a, S. 7)

Es wurde mehrmals genannt, dass die Integration der Peers in die Pflege-Teams eine Herausforderung darstellt. Dies hauptsächlich, weil sie in einem sehr tiefen Pensum (ca. 20%) arbeiten und so beispielsweise bei gemeinsamen Mittagessen oder Teamsitzungen häufig nicht anwesend seien. Das Fehlen der Peers an den Teamsitzungen wurde auch durch die Peer-Austausch-Gefässe (sozusagen äquivalent für die Teamsitzung), welche von INGA angeboten werden, begründet. Von zwei unterschiedlichen Personen wurde ausserdem das fehlende Fachwissen als Hinderungsgrund für die Team-Integration genannt.

«Es ist vor allem auf der Teamebene. Den Austausch ist wirklich schwierig und schwierig sie kennen zu lernen. Für die einen sind sie immer noch ein wenig fremd und ich weiss nicht, wie man dies löst mit dem Pensum. Ohne Fachwissen.» (Interview GL Spitex b, S. 14)

Förderliche Faktoren

- Meinungsträger, die Peerarbeit schon kennen und helfen, sie in der Organisation voranzutreiben
- Teamkultur, die offen für Neues ist
- Recovery-Orientierung im Team
- Flache Hierarchien und zugängliche Führungsebene
- Personen in Führungsposition mit positiver Einstellung zur Peerarbeit mit enger Einbindung im Implementierungsprozess (z.B. Beteiligung Arbeitsgruppe)
- Vorhandensein von klarer Ansprechperson für Peers innerhalb vom Team
- Ähnliche administrative Prozesse in der Anstellung der Peers, wie bei anderen Mitarbeitenden

Hemmende Faktoren

- «Dauergestresstes» und hierarchisches Klima in der Organisation
- Fehlendes Wissen zu Recovery und Peerarbeit innerhalb vom Team
- Fehlendes Wissen zu Krankheitsbildern / fehlende psychiatrische Ausbildung der Peers
- Tiefe Pensen der Peers
- Nicht-Teilnahme an Teamsitzungen der Peers (u.a. bedingt durch Peer-spezifischen Angebote von INGA)

5.4 Implementierung

In dieser Kategorie werden die wichtigsten Ergebnisse des Implementierungsprozesses beschrieben. Dazu gehört die *Planung* des Projektes und der Implementierung sowie *die Umsetzung, das Engagement* von Personen währenddessen sowie die *Reflexion und Evaluation* dieser beiden Phasen. Dabei liegt der Fokus nicht auf der Peerarbeit im Regelbetrieb, sondern auf dem Implementierungsprozess.

5.4.1 Planung und Umsetzung

Bei der *Planung und Umsetzung der Implementierung* konnten alle drei beteiligten Spitexorganisationen auf die bestehenden Erfahrungen mit Peerarbeit im Gruppensetting aus einem Vorprojekt zurückgreifen. Dabei wurde von INGA betont, dass die Planung und Unterstützung auf die individuelle Situation der Organisationen angepasst sein sollten. Bei allen Organisationen wurden in einem ersten Schritt Top-down-Strategien gewählt und im Anschluss dann auch Bottom-up-Initiativen ermöglicht, was als hilfreich empfunden wurde. Die konkrete Ausgestaltung der Vorbereitungen der Implementierung verlief in den Teams unterschiedlich. In einer Organisation wurden viele Arbeiten und Verantwortung an eine Projektgruppe von interessierten Mitarbeitenden delegiert, bei anderen waren die Leitungen der Psychiatrieteams zuständig. In allen Organisationen wurde aber über den Einbezug der Teammitglieder in die Entscheidungen berichtet und dieser als sehr wichtig hervorgehoben. Dazu gehörte auch, die Widerstände und Ängste der Mitarbeitenden aufzunehmen.

«Dann gibt es die Skeptiker, die denken [...] geht das überhaupt und was machen die überhaupt. [...]. Wir haben dann auch bewusst ca. zwei Teamsitzungen genutzt und haben [...] versucht das Positive und Negative aufzunehmen. [...] Sorgen, Ängste und Fragen. Was sind aber auch Chancen? Und dieses Flipchart, ist immer noch an der Wand bei uns hinten.» (Interview Pflege Spitex b, S. 2)

Entsprechend der oben beschriebenen Strategien wurden Informationen und Unterlagen zum Projekt und dem Thema Peerarbeit stufenweise vermittelt. Zuerst wurde die Geschäftsleitung in einem externen Termin mit anderen Organisationen informiert. Nach einer Abklärung im Team bezüglich der grundsätzlichen Bereitschaft, wurden dann alle Mitarbeitenden in mehreren Terminen von einer Person von INGA und von der Leitungspersonen informiert. Entsprechende Dokumente waren in einer Organisation wenig bekannt und zugänglich.

«Und von dem her, ist mir gerade Nichts bekannt, [...] auf das wir zurückgreifen würden. Wobei speziell neu erarbeitet worden wäre, für die Peerbegleitung.» (Interview GL Spitex a)

In einer anderen Spitexorganisation wurden Informationen und Unterlagen von INGA zur Vorbereitung des Teams und der Peer-Mitarbeitenden sowie Information für Klient*innen und anderen Personen von allen interviewten Personen erwähnt. Weiter wurden auch Weiterbildungen zum Thema Recovery und Peer-Einbezug angeboten, um die Grundlagen und Haltungen zu entwickeln, um die Peerarbeit auf eine gute Basis zu stellen.

«Recovery Haltung zieht Peerarbeit nach sich. Oder umgekehrt. [...]. Das eine ist die Kultur und das andere eher die technische Umsetzung und beides geht Hand in Hand».
(Fokusgruppeninterview, S. 17)

Bei den Schulungen sei es aber vor allem um Informationen gegangen und weniger um vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Ein Team lehnte die Weiterbildung ab, da sie mit dem Thema Peerarbeit und Recovery schon sehr vertraut waren. Dies verdeutlicht, dass versucht wurde, die Individualität der Organisationen bei der Implementierung zu berücksichtigen und das Angebot dahingehend anzupassen.

Die Unterstützung bei der Rekrutierung bestand insbesondere aus der Vorauswahl der möglichen Peer-Mitarbeitenden. Diese und auch die Berücksichtigung der Auswahlkriterien der Spitex habe den Rekrutierungsprozess für die Spitexorganisationen sehr erleichtert und wurde als sehr hilfreich angesehen - auch von Seite der Peers. Auch im Sinne davon, dass sie sich einfach bei INGA melden konnten und von einer Personalvermittlungsstelle beim Finden einer passenden Stelle unterstützt wurden.

«Ich hatte in Spitex x angefangen mit 20% und ich wollte einfach mehr Prozent arbeiten. Und ich habe mich dann einfach bei INGA gemeldet, weil sie die Connections hatten. Wenn irgendetwas in meiner Umgebung frei werden würde, oder eine neue Spitex dazu kommt, die mit Peers arbeiten, dass sie dann an mich denken würden.» (Interview Peer Spitex c, S. 2)

Eine weitere Unterstützung von INGA bestand in der Vorbereitung der Spitexorganisationen auf die Einführung der Peers bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit in der Organisation. Dabei ging es insbesondere um Peer-spezifische Aspekte und wie diese in bestehende Strukturen oder Unterlagen der Organisation berücksichtigt werden. Dazu gehörte, dass vorgesehen war, die Aufgaben der Peers in einer Stellenbeschreibung zu definieren. Insgesamt wurde die Vorbereitung auf den Einsatz der Peers und Einführung in den Spitexorganisationen als positiv bewertet, auch von den Peers:

«Ich habe sie sehr gut organisiert erlebt. Ich habe es umfangreich erlebt. Ich wurde gut eingeführt in diesem Sinn, ich wurde gut informiert und gebrieft. Man hat mir die Chance gegeben, dass ich immer nachfragen konnte und Rücksprache nehmen könnte.» (Interview Peer Spitex a, S. 16)

Zudem bestand die Unterstützung durch INGA auch aus Supervisionen und Coachings für die Peers. Dies wurde insbesondere für die Implementierungsphase von allen als sehr unterstützend empfunden. Die Peers empfanden insbesondere die Form der Fallbesprechungen als sehr hilfreich.

Neben positiven Rückmeldungen von Peers und Mitarbeitenden der Organisationen, gab es auch Hinweise auf Herausforderungen oder Schwierigkeiten. So habe die Vorbereitung nicht in jedem Falle zu einer gelungenen Einführung geführt. Teilweise haben die Peer-spezifischen Aspekte gefehlt. Beispielsweise war es für die Peers nicht klar, was sie erwartet, wenn sie allein zu Klient*innen gehen. Zudem waren die Aufgaben der Peers und auch die Stellenbeschreibung nicht bekannt.

«manchmal wissen wir auch nicht ganz genau, was die Peers können müssen [...]. Es gibt ja auch keinen Stellenbeschrieb bei uns, nein» (Interview Pflege Spitex a, S. 14)

Dies sei aber wichtig und müsse verbessert werden. Eine weitere Herausforderung war der Zeitdruck. Insbesondere die Leitungen von zwei Organisationen empfanden einen Druck von INGA, schneller vorgehen zu müssen, weil andere Organisationen im Vergleich mit ihnen schneller unterwegs gewesen seien.

«Offensichtlich haben andere Spitexorganisationen den Blinker gesetzt. Haben (...) schneller eine Gruppengrösse erreicht, [...]. Wir sind dann ein wenig unter Druck gekommen bei den Gesprächen oder das Fachteam ist unter Druck gekommen.» (Interview GL Spitex a, S. 2)

Dieser Druck war aber kombiniert mit selbst auferlegtem Druck, berichteten die Leitungen. Von den Pflegefachpersonen oder Peers gab es dagegen keine Äusserungen von Druck. Von einer Peer-Mitarbeitenden wurde sogar berichtet, dass ein wichtiger Grund war, die Stelle anzunehmen, dass ihr genügend Zeit eingeräumt wurde.

Auch wenn versucht wurde, das Unterstützungsangebot individuell an die Organisationen anzupassen, wurde teilweise auch bemängelt, dass Aspekte der Organisationskultur nicht berücksichtigt wurden. Erwähnt wurde ausserdem auch der Pauschalpreis und dass Leistungen, die nicht in Anspruch genommen wurden, trotzdem bezahlt werden mussten. So wurde eine klare Trennung des Angebots und der Finanzierung zwischen Implementierung und Regelbetrieb bemängelt sowie die Transparenz bezüglich den finanziellen Interessen von INGA, was zumindest in einer Organisation auch zur Infragestellung des Projektes und der Struktur führte.

«Man möchte ja auch Geld verdienen. Auch INGA. [...] welche Interessen sind dahinter und wie fliessen jetzt auch die Finanzströme und ich zahle, wen für was. [...] Es hat dort auch so Fragestellungen (...) die eine Dimension erreicht haben, bei denen ich mich frage, ist es noch die richtige Projektstruktur?» (Interview GL Spitex a, S. 10)

Von Seiten INGA war die Herausforderung, das Angebot kostendeckend anzubieten und die finanzielle Belastung für die Spitexorganisationen tief zu halten. Dafür seien externe Förderorganisationen nötig gewesen. Die Spitexorganisationen haben das Support-Angebot aus eigenen Mitteln bezahlt, teilweise aus dem Kerngeschäft oder aus für solche Projekte eingerichteten, organisationsinternen Fonds.

Förderliche Faktoren

- Vorerfahrung mit Recovery und Peerarbeit
- Spezifische Thementräger*innen im Team übernehmen mehr Verantwortung
- Bestehende Unsicherheiten und kritische Perspektiven regelmässig thematisieren
- Vertiefte Weiterbildungen, in denen es um die Entwicklung von Haltungen geht
- Kombinierte Ausrichtung der Implementierung an Top-Down und Bottom-Up
- Zugriff auf Projektförderungsmittel zur Finanzierung

Hemmende Faktoren

- Unklare Informationen und nicht transparente Kommunikation
- Druck, schneller vorgehen zu müssen
- Schulungen, die vor allem Information und nur wenig Austausch enthalten
- Unklare Trennung der Kosten der externen Beratung zwischen Implementierung und Regelbetrieb

5.4.2 Engagement

Das Thema *Engagement* beinhaltet die Beschreibung von Meinungsführer*innen oder Change-Agents sowie relevante verantwortliche Personen für die Implementierung.

INGA als externe Partner*in und wichtige Meinungsträger*in versteht seine Beratung und Unterstützung als ein Dienstleistungsangebot für Peers und Organisationen, um diese beiden Seiten individuell zu unterstützen und zusammen zu bringen. Insbesondere für die Implementierungsphase wurde das Angebot von INGA von den Organisationen als hilfreich und entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung beschrieben. Herausgestrichen wurden die vorhandenen Erfahrungswerte, die zeitnahe und verständnisvolle Unterstützung, die verständlichen Instruktionen sowie auch der Zugang zum Feld der Peer-Mitarbeitenden, der vor allem für die Rekrutierung der Peers wichtig war.

«Also INGA hat einfach viel Vorarbeit geleistet. Und ganz klare Verträge und ganz klare Abmachungen gemacht. Es hat einen Leitfaden gehabt und jemand der ganz enthusiastisch hinter diesem Projekt steht, war viel hier.» (Interview Pflege Spitex c, S. 16)

Von INGA wird betont, dass sie es als ihre Aufgabe ansehen, beide Seiten zusammen zu bringen, sie sich dabei eher auf die Seite der Peers stellen. Das Angebot Supervision und Coaching für die Peers wird insbesondere für diese Startphase der Implementierung als wichtig beschrieben. Aus Sicht von INGA geht es dabei vor allem um sehr spezifische Peer-Themen, wie die Unterstützung bei Krisen und dem

Umgang der Peers damit oder die Begleitung während der Ausbildung und den benötigten Kursen. Die Organisationen sollen davon entlastet werden und es wird auch so wahrgenommen.

«Sie haben ihre eigene Supervision mit INGA. Auch die ganze Betreuung [...]. Da entfällt sehr viel für uns. [...]. Damit wir auch nicht den Mehraufwand haben.» (Interview Pflege Spitex c, S. 11)

Auch wenn das Angebot von den Peers und Organisationen geschätzt wird, soll es aus Sicht der Leitungen nicht über die Implementierungsphase hinaus von INGA angeboten werden.

«Aber wiederum muss ich dann sagen, es ist ein gutes Angebot und es ist schön, dass wir das implementiert haben, und irgendwann ist das Projekt dann für uns abgeschlossen.» (Interview GL Spitex c, S. 18)

Aber auch innerhalb der Organisationen wurden Personen oder Gruppen als Meinungsführer*innen genannt. So eine Teamleitung oder eine Person aus dem Pflorgeteam, die besonders viel Vorwissen zum Thema hatten und grosses Engagement zeigten. In einer Institution wurde aus dem Team eine Projektgruppe gebildet mit Mitarbeitenden, die schon Vorwissen hatten. Diese galten dann als Hauptansprechpersonen für die Leitung und haben im Team geschaut, was das Team noch braucht, was sie vermitteln können, um Unsicherheiten und Unklarheiten zu beseitigen.

Förderliche Faktoren

- INGA als externe Beratung mit spezifischer Fachkompetenz und Erfahrung für das Thema
- Engagement und Enthusiasmus für das Thema bei Schlüsselpersonen
- Aktiver Einbezug von Personen im Team, die spezielles Wissen und Engagement zum Thema mitbringen

5.4.3 Reflexion und Evaluation

Bezüglich *Reflexion und Evaluation der Implementierung* wird an dieser Stelle insbesondere auf positive und unterstützende Aspekte sowie Herausforderungen aus den verschiedenen Perspektiven eingegangen.

Die Implementierung wird als laufender Anpassungsprozess beschrieben, im Sinne einer lernenden Organisation. Zu Beginn der Implementierung war der Aufwand und das Engagement für die Spitex sehr hoch, trotz der Unterstützung von INGA. Diese habe erst nach der ersten Phase, also nach den Informationsveranstaltungen und den ersten paar Wochen der Einführung der Peers, entlastend gewirkt, da vieles zu Beginn noch nicht geklärt war. So waren zu Beginn Dokumente nicht vorhanden oder bekannt und mussten im Verlauf erstellt oder zugänglich gemacht werden. Diese Lücken zu schliessen sei mit viel Aufwand verbunden gewesen. Deshalb sei in dieser Phase genügend Zeit wichtig. Dies auch weil die Peers zum ersten Mal in den Teams sind und die Einführung durch die tiefen Beschäftigungsgrade der Peers mehr Zeit benötigt, was von den Peers bestätigt wurde. Sie betonten, dass die Einführung, die über eine längere Zeit verlief, sowie Führungspersonen, die immer ein offenes Ohr haben oder bei welchen die Türe zum Büro immer offensteht, unterstützend waren für das Gelingen.

Verschiedenen Hinweise zeigen, was in Zukunft bei der Implementierung zu berücksichtigen ist. INGA übernahm während der Implementierung, aber auch darüber hinaus, die Unterstützung der Peers mit Supervision und Beratung. Dies auch als Entlastung für das Team. So nahmen die Peers aus Zeitgründen nicht an Teamsitzungen teil.

«Sie sind nicht an Teamsitzungen, ausser sie haben ein Anliegen spezifisch. Sie haben ihre eigene Supervision mit Netzwerk Gesundheit. Auch die ganze Betreuung läuft über Netzwerk Gesundheit.» (Interview Pflege Spitex c, S. 11)

Dadurch wurden sie teilweise nicht als Teil des Teams gesehen. Aber auch die tiefen Beschäftigungsgrade der Peers scheinen dabei relevant zu sein. Diese hätten aus Sicht der Leitung, der Pflege, aber auch der Peers dazu geführt, dass der Austausch zwischen den Fachpersonen und den Peers noch nicht zufriedenstellend umgesetzt ist. Dabei wird gefordert, dass die Peers, insbesondere während der Implementierung, hochprozentiger angestellt werden sollten.

«Oder zumindest, dass man hochprozentig beginnen würde und anschliessend reduzieren. Dann wäre man drinnen, oder? Dann arbeitet man zwei Monate und dann kennt man es. Und so muss man fast jede Woche von Neuem beginnen.» (Interview GL Spitex b, S. 14)

Von Leitungspersonen wird die situative Führung als sehr wichtig genannt, um das Implementierungskonzept und entsprechende Interventionen wie Weiterbildung individuell an die Bedürfnisse der Teams anzupassen.

«Ja da kommt es jetzt schon auf das Erfahrungslevel der Mitarbeitenden an, die damit arbeiten. Wenn das jetzt ein kleineres, unerfahrenes Team wäre, dann bräuchten sie wahnsinnig viel Begleitung. [...] Das ist sehr individuell. Da muss man sehr die Erfahrungsniveaus im Fokus haben, denke ich.» (Interview GL Spitex b, S. 9-10)

Beim Thema Finanzierung wird für die Implementierungsphase eine Zusatzfinanzierung, so wie sie in einigen Spitexorganisationen vorlag, empfohlen. Zur nachhaltigen Implementierung wird das Tempo des Vorgehens als relevant genannt. Qualität wird vor Quantität gestellt und demnach sollte der Implementierung genügend Zeit eingeräumt werden.

«Finde ich es auch nicht schlecht, wenn es zwei bis drei Gänge langsamer gefahren wird, dafür die Furchen vielleicht ein bisschen tiefer gegraben werden können, damit es Bestand behält.» (Interview GL Spitex a, S. 17)

Für die Implementierung wurden Ziele und deren Evaluation nicht strukturiert definiert und geplant. In einer Organisation wurde bewusst entschieden, das Projekt zielfrei anzugehen, auch wenn dies neben Chancen auch Limitationen mit sich brachte. Vereinzelt gab es Hinweise zu implizit definierten Zielen. Diese bezogen sich aber eher auf die Intervention (Peerarbeit) als auf den Implementierungsprozess. Zum Teil war es unklar, wer im Projekt dafür zuständig ist. In einer Organisation wurde es nicht als die eigene Aufgabe, sondern die von INGA gesehen. Alle bestätigten jedoch, dass eine Evaluation wichtig ist.

Förderliche Faktoren

- Kultur der Lernenden Organisation – laufende Anpassung der Implementierung
- Offenheit und Zugänglichkeit der Leitungspersonen bei Problemen - insbesondere für Peers
- Projektfinanzierung über Drittmittel
- Qualität vor Quantität - genügend Zeit für Implementierungsphase

Hemmende Faktoren

- Im Vorfeld unklare und nicht definierte Bereiche im Implementierungskonzept
- Wenig Zeit und tiefe BG's der Peers
- Unklare oder fehlende Finanzierung
- Mangelnde Klarheit bezüglich der Unterscheidung zwischen Implementierung und Regelbetrieb
- Fehlende Ziele und Evaluationskriterien

6 Diskussion

In den letzten Jahren hat sich im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der psychiatrischen Versorgung, ein Wandel vollzogen. Die Nutzung der sogenannten Erfahrenen-Perspektive erlaubt die bessere Umsetzung von psychiatrischer Gesundheitsversorgung (Burr et al., 2022). Dieser neue Weg wurde durch den Einbezug von Peers in die Spitexorganisationen in einem ersten Schritt vollzogen. Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen, sowie Genesung als Expertise und das Einbringen dieser Perspektive, eröffnet neue Möglichkeiten in der aufsuchenden Peerarbeit.

Die Ergebnisse unseres Projekts zeigen, dass beinahe alle Teilnehmende ein Mehrwert für die aufsuchende Peerarbeit in den Spitexorganisationen und eine hohe Zufriedenheit bei den Klient*innen sehen. Letztere wurde insbesondere in den durchgeführten Beobachtungen bei der aufsuchenden Peerarbeit deutlich. Die Klient*innen empfinden den Wechsel zwischen den Besuchen von Peers und Spitex-Fachpersonen als bereichernd. Sie schätzen es, mit den Fachpersonen theoretische und therapeutische

Maßnahmen zu besprechen und finden es hilfreich, dass die praktische Alltagsbewältigung (z.B. das Helfen bei Aufgaben, welche sie von Therapeut*innen erhalten haben) im Zentrum der Peer-Begleitungen steht. Die Klient*innen fühlen sich auf Augenhöhe abgeholt und finden, dass ihnen die Expertise der Peers mit einer eigenen psychischen Erkrankung, einen neuen Zugang in der Alltagsbewältigung ermöglicht. Dies insofern, als dass sie das Gefühl haben, dass die Peers Ähnliches erlebt haben und sich somit schneller in die Probleme der Klient*Innen einfühlen können. Dies sehen sie als eine wertvolle Ergänzung zum bestehenden Angebot der Spitexorganisationen. Verbesserungspotential besteht im Hinblick auf die Aufgabenverteilung innerhalb der Spitexorganisationen. Diese sollte noch klarer definiert werden.

Auch im Stakeholder-Workshop wurde explizit von den teilnehmenden Peers auf die Relevanz des Einbezugs von Peers in die Spitexorganisationen hingewiesen. So könne auch im ambulanten Bereich auf die Ressourcen der Peers zurückgegriffen werden, wie das im stationären Bereich schon länger der Fall ist. Dabei weisen sie auf die typischen Tätigkeitsfelder von Peers, wie das Unterstützen von Klient*innen im Selbst-Management und Recovery, sowie in der Führung eines unabhängigen Lebens im häuslichen Umfeld hin (White et al., 2020). Diese Tätigkeitsfelder entsprechen der aufsuchenden Peearbeit in den Spitexorganisationen, wie sie in diesem Projekt untersucht worden sind. Interessant dabei ist, dass in quantitativen Interventionsstudien ein Mehrwert der Peearbeit nur bedingt festgestellt werden konnte (White et al., 2020). So stösst der starke Fokus auf quantitative Forschung rund um Peearbeit zunehmend auf Kritik. Gillard (2019) hebt daher die Bedeutung der qualitativen Forschung, wie sie in diesem Projekt angewandt wurde, im Kontext der Peearbeit hervor.

Neben diesen positiven Aspekten konnte unser Forschungsprojekt auch Herausforderungen in der Implementierung von Peearbeit aufzeigen. Dazu gehört die Grundanlage des Projektes, die Peearbeit als Einzelintervention für die Patient*innen in bestehende Organisationen zu implementieren. Dies entspricht in Teilen nicht den Grundwerten und Forderungen der Recovery-Bewegung, aus welcher die Peearbeit entsprang. Entstanden aus dem Zusammenschluss von Nutzenden, die psychiatrische Dienstleitungen als nicht hilfreich oder sogar schädlich erlebten, forderte die Recovery-Bewegung nicht nur der Einbezug von Peers, sondern eine Transformation der gesamten Organisation (Slade, 2009). Dabei sollte es um mehr Transparenz gegenüber und Partizipation von Nutzenden gehen sowie auch um eine stärkere Orientierung an deren individuellen Verständnissen von Genesung (Recovery). Die Peearbeit stellt in diesem Transformationsprozess nur ein Teil dar (Farkas, 2007). Weitere Grundwerten und Forderungen sind die Personen-Orientierung, nicht nur auf der Ebene der direkten Unterstützung und Behandlung, sondern auch bei der Weiterentwicklung der Organisation, die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Personen, sowie Hoffnung als Grundhaltung in der Behandlung und Unterstützung. Entsprechend wird der Einbezug von Peermitarbeitenden und deren Erfahrungswissen bspw. auch auf der Ebene der Organisation in der Beratung von Fachpersonen bei Fallbesprechungen, bei der Entwicklung von Konzepten oder in Veränderungsprozessen der Organisation gefordert (Burr et al., 2022).

Die in diesem Projekt geplante und umgesetzte, isolierte Implementierung der Peers in die Organisationen, wäre demnach nur ein Teil einer Recovery-orientierten Organisation. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses Verständnis für Recovery und eine Transformation der gesamten Organisation wenig präsent war. Bei den Schulungen der Mitarbeitenden handelte es sich vorwiegend um Information bezüglich Recovery, sowie den Abläufen und Aufgaben von Peers und weniger um die systematische Auseinandersetzung mit den Grundwerten von Recovery und deren Implikationen für die Organisation. Es zeigt sich aber auch an der fehlenden Partizipation bei der Klient*innen-Auswahl, dem übermässigen Schützen und Abschirmen der Peers oder beim Thema Gleichwertigkeit von Erfahrungs- und Fachwissen und dem Lohn. Obwohl das Erfahrungswissen der Peers immer wieder als sehr wichtig und gleichwertig zum Fachwissen benannt wird, forderten die Pflegenden und Leitungen teilweise dezidiert, dass die Peers mehr psychiatrisches Fachwissen bräuchten. Die Forderung nach mehr Erfahrungswissen für die Fachpersonen gab es jedoch nicht, was auf eine ungleiche Bewertung der entsprechenden Wissensquellen schliessen lässt. Hinzu kommt, dass das eigentliche Potenzial der Peearbeit unterdrückt wird, wenn Peers sich gezwungen fühlen, sich in medizinischer Fachsprache auszudrücken (Repper & Carter, 2011). Die Sprache spiele eine entscheidende Rolle bei der Abgrenzung der Peers von der traditionellen psychiatrischen Versorgung.

Bezüglich Lohn verhielt es sich ähnlich. Auf der einen Seite wurde ein guter Lohn von den Pflegefach- und Leitungspersonen als wichtig und gerecht angesehen. Auf der anderen Seite wird ein ähnlich hoher Lohn, wie bei Fachpersonen, als nicht vertretbar angesehen, da diese eine Berufsausbildung hätten – und die Peers nicht. Diese Beispiele zeigen, dass es hier eher um die Anpassung der Peerarbeit in das bestehende System geht, als darum das System bezüglich den entsprechenden Werten zu transformieren. Dies wurde auch schon in der Literatur als eine Herausforderung bei der Implementierung der Peer-Arbeit beschrieben (Mutschler et al., 2022; Wall et al., 2022).

Ein weiterer Aspekt, der für die Auseinandersetzung und den Austausch in den Teams zum Teil hinderlich war, ist das Peer-Beratungs- und Supervisionsangebot von INGA. Das Angebot an sich wurde von den Peers als sehr unterstützend erlebt und von den Mitarbeitenden als entlastend beschrieben – insbesondere zu Beginn der Implementierung. Trotzdem gaben die Peers auch an, dass sie sich nicht immer als Teil des Spitex-Teams fühlten und den Austausch mit dem Team als mangelhaft sehen. Unter anderem weil sie nicht an Teamsitzungen und anderen Austauschgefässen dabei sind. Aus Sicht der Pflegenden habe das auch damit zu tun, dass die ganze Unterstützung und Betreuung der Peers extern durch INGA abgedeckt und nicht als Aufgabe von Mitarbeitenden in der Organisation verstanden wird. Auch hier zeigt sich wieder die Tendenz, dass es nicht um Austausch und Transformation geht, sondern eher, dass man die Peers unterstützt, dass sie bestmöglich im bestehenden System funktionieren.

Auch im Stakeholder-Workshop wurde die Weiterbildung der Spitex-Mitarbeitenden, aber auch der Peers, als Vorbereitung auf die Peerarbeit ausführlich diskutiert. Dabei wurden die Wichtigkeit der Entwicklung der entsprechenden Haltung im Team, der dialogische Ansatz in der Aus- und Weiterbildung sowie ein kontinuierliches internes Weiterbildungsprogramm betont. Seitens der Peers ist zu beachten, dass deren Ausbildungen sehr heterogen waren und nur eine der drei Peers die für die Schweiz standardgemässe EX-IN-Peer-Ausbildung absolvierte. Die EX-IN-Ausbildung könnte den Peers helfen, sich sicherer in ihrer Rolle zu fühlen und diese auch so zu vertreten (Hegedüs et al., 2016).

Die nachhaltige Implementierung von Peerarbeit im ambulanten Setting kann nicht ohne eine kostendeckende Finanzierung gelingen. Dabei sollte einerseits die Finanzierung der Peer-Klient*innen Begleitungen, aber auch von INGA diskutiert werden. Die Finanzierung von Peerarbeit wurde bereits vor einigen Jahren als grosse Herausforderung für die Weiterentwicklung der Peerarbeit identifiziert (Burr et al., 2022). Im Rahmen der (Weiter-)Entwicklungen von INGA wurden über die Jahre hinweg verschiedene Finanzierungsmodelle probiert / erarbeitet. Die aktuelle Praxis, dass Peers eine Pflegehelfer*innen-Ausbildung absolvieren, und ihre Leistungen so über KLV C-Leistungen abgerechnet werden können, ist für die Befragten nur teilweise zufriedenstellend. Diese Abrechnungspraxis ermöglicht es zwar, dass Leistungen den Krankenversicherern in Rechnung gestellt werden, jedoch konnten die Lohnkosten der Peers nicht vollständig gedeckt werden. Hinzu kommt, dass die Tätigkeiten der Peers nicht den Grundpflegeleistungen der C-Kategorie entsprechen, sondern auch Tätigkeiten durchgeführt werden, die B- oder A-Leistungen entsprechen würden. Beim Stakeholder-Workshop kam der Wunsch auf, dass eine EX-IN Weiterbildung auf der Ebene Pflegefachperson anerkannt werden sollte, so dass eine Abrechnung von A- und B-Leistungen möglich wird.

Um eine kostendeckende Finanzierung langfristig zu sichern, müssten Gespräche mit Krankenversicherern, deren Verbänden und Kantonen geführt werden. Für solche Verhandlungen wären weitere Erkenntnisse über die Peerarbeit nötig – wie z.B. ein Nachweis über ihre Wirksamkeit, die Kosten und auch das Tätigkeitsspektrum der Peers müsste vertiefter aufgezeigt werden. Zusätzlich wäre Vernetzungs- und Lobbyarbeit nötig. Diese wurde von den Befragten aber nicht als Aufgabe der Spitexorganisationen angesehen. Hier wäre eine gute Zusammenarbeit nötig z.B. mit dem Spitexverband und dem Dachverband für Peerarbeit, welcher im Sommer 2024 gegründet wurde. Gerade im Hinblick auf die Peerarbeit zeigten die letzten Jahre, dass Peers in der Schweiz schlecht organisiert waren und keine gute Lobby hatten. Mit dem neuen Dachverband könnte sich dies nun ändern. Für die Spitexorganisationen bedeutet dies aber, dass auch sie sich entsprechend organisieren und für die Peerarbeit im ambulanten Feld einsetzen sollten.

Ein weiterer Faktor für die nachhaltige Implementierung ist die Finanzierung der Unterstützungsangebote durch INGA. Diese Unterstützung erwies sich in allen Spitexorganisationen als hilfreich, wobei aber die Kosten teilweise unterschiedlich bewertet wurden. Im Rahmen des Stakeholder-Workshops wurde

die Idee skizziert, dass individuell einkaufbare Dienstleistungen von INGA für Peers und Organisationen eine Möglichkeit darstellen könnten, die der Individualität der Spitexorganisationen gerecht wird. So könnte der von den Studienteilnehmenden erwähnten Ungleichbehandlung, wegen der Pauschalfinanzierung der Implementierungsphase, entgegengewirkt werden.

Die notwendige Regulierung der Peerarbeit, um sie als Leistung in der KLV abzubilden, wird von Teilen der Peer-Community abgelehnt oder zumindest kritisch diskutiert (Gillard, 2019). Eine solche Regulierung wäre stark von einem System geprägt, das vorwiegend aus der Fachperspektive entwickelt wurde. Wie bereits erwähnt, widerspricht dies den Ursprüngen und Grundideen der Peerarbeit und könnte deren ursprüngliche Intention untergraben. Die Peerarbeit im ambulanten Setting (ähnlich wie im stationären Bereich) steht hier vor einem Dilemma: Einerseits besteht der Wunsch, Peer-Begleitungen auch im herkömmlichen System breit nutzbar zu machen; andererseits besteht das Risiko, dabei wichtige Grundwerte der Peerarbeit zu verlieren.

7 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Implementierung der aufsuchenden Peerarbeit in den Spitexorganisationen überwiegend als isolierte Intervention erfolgte, von der vor allem die Klient*innen profitierten. Das Potenzial der Peerarbeit und des damit eingebrachten Erfahrungswissens wurde daher bisher hauptsächlich auf der Klient*innen-Ebene genutzt. Idealerweise sollte die Einführung von Peerarbeit jedoch bereits mit ersten Schritten in Richtung einer Recovery-orientierten Transformation der gesamten Organisation einhergehen. Dies würde eine solide Grundlage für den umfassenden Einsatz von Peerarbeit und die Integration von Erfahrungswissen auf allen Ebenen der Organisation schaffen.

Ein weiteres zentrales Ergebnis des Projekts ist, dass das fehlende Wissen zur Recovery und Peerarbeit bei den Mitarbeitenden der Spitexorganisationen zu Hindernissen bei der Integration führte. Diese Hindernisse könnten durch eine gezielte und vertiefte Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden erheblich reduziert werden. Entsprechend bestehender Empfehlungen (Mutschler et al., 2022) könnten klare Vorgaben bei der Schulung sowie dem Austausch aller Mitarbeitenden im Team dazu beitragen, das Verständnis für Recovery und entsprechenden Grundwerten zu fördern. Aus den Resultaten geht hervor, dass die vollständige Auslagerung der Unterstützung und Supervision der Peers außerhalb der Organisation hinderlich sein kann. Deshalb sollte die notwendige externe Unterstützung, wie die durch INGA, in solchen Projekten so in die Organisation integriert sein, dass die nötige Transformation innerhalb der Organisation unterstützt in dem die Beratungen und Supervision vor Ort geschehen und teilweise zusammen mit anderen Mitarbeitenden oder den Leitungen. Zuletzt sollte in weiteren Forschungsprojekten mit qualitativen und quantitativen Methoden der Mehrwert der Peerarbeit untersucht werden. Solche Forschungsergebnisse könnten nicht nur für Verhandlungen mit Kostenträgern wie Krankenkassen oder dem Staat nützlich sein, sondern auch dazu beitragen, eine nachhaltige und kostendeckende Finanzierung der Peerarbeit zu sichern.

8 Literaturverzeichnis

- Burr, C., Hahn, S., Jäggle, S., & Richter, D. (2019). Die Sichtweise von Pflegenden sowie Patientinnen und Patienten zur Recovery-Orientierung auf psychiatrischen Akutstationen: eine Sekundäranalyse qualitativer Daten einer kontrollierten Interventionsstudie. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft* 6(1).
- Burr, C., Jäger, M., Suter, C., Berchtoldd, J., & Zwicknagl, A. (2022). Position paper: Peer support and involvement of people with lived experience with mental health problems and recovery in psychiatry. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.4414/sanp.w10082>
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Koziel, B., Weidling, K., & Zuaboni, G. (2021). Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax*, 48(3), 135-142.
<https://doi.org/10.1055/a-1287-6074>
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Koziel, B., & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland - Results from the first national survey. *Int J Ment Health Nurs*, 29(2), 212-223.
<https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2022). *Concluding observations on the initial report of Switzerland*.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/CHE/CRPD_C_CHE_CO_1_4_8261_E.docx
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4, 50.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. u. N. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (Vol. 2). Springer.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 68-74.
- Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there? *Journal of Mental Health*, 28, 1-4.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608935>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 682-694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Hegedüs, A., Burr, C., Pfluger, V., Sieg, D., Nienaber, A., & Schulz, M. (2021). Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *Int J Ment Health Nurs*, 30(2), 451-460.
<https://doi.org/10.1111/inm.12805>
- Hegedüs, A., Seidel, E., & Steinauer, R. (2016). Participants' employment status and experiences in the year after the Experienced Involvement training. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 214-220. <https://doi.org/10.1177/0020764015623969>
- Kruse, J. (Ed.). (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Grundlagentexte und Methoden* (2 ed.). Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.

- Legewie, H. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel, & S. Wolff (Eds.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz Psychologie Verlags Union.
- Mancini, M. (2018). An Exploration of Factors that Effect the Implementation of Peer Support Services in Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 54, 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4>
- Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Eds.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag.
- Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2022). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*, 19(2), 360-374. <https://doi.org/10.1037/ser0000531>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2 ed.). SAGE.
- Slade, M. (2009). What is recovery. In M. Slade (Ed.), *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals* (pp. 35-40). Cambridge University Press.
- Soom Ammann, E., & van Holten, K. (2017). Mit allen Sinnen ins Feld – Teilnehmende Beobachtung als Methode. *QuPuG*, 4(1), 6-14.
- VERBI GmbH. (2024). *MAXQDA - The Art of Data Analyses*. Retrieved 22.08.2024 from <https://www.maxqda.com/de/produkte/maxqda>
- Verein EX-IN Schweiz. (2022). *Weiterbildung EX-IN Schweiz*. Retrieved 19.10.2022 from <https://www.ex-in-schweiz.ch/weiterbildung/>
- Wall, A., Lovheden, T., Landgren, K., & Stjernsward, S. (2022). Experiences and Challenges in the Role as Peer Support Workers in a Swedish Mental Health Context - An Interview Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 344-355. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978596>
- 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>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*.
- Zuaboni, G., & Burr, C. (2022). War es das schon oder geht es erst richtig los? *Psychiatrische Pflege*, 7(1), 13-16. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000404>