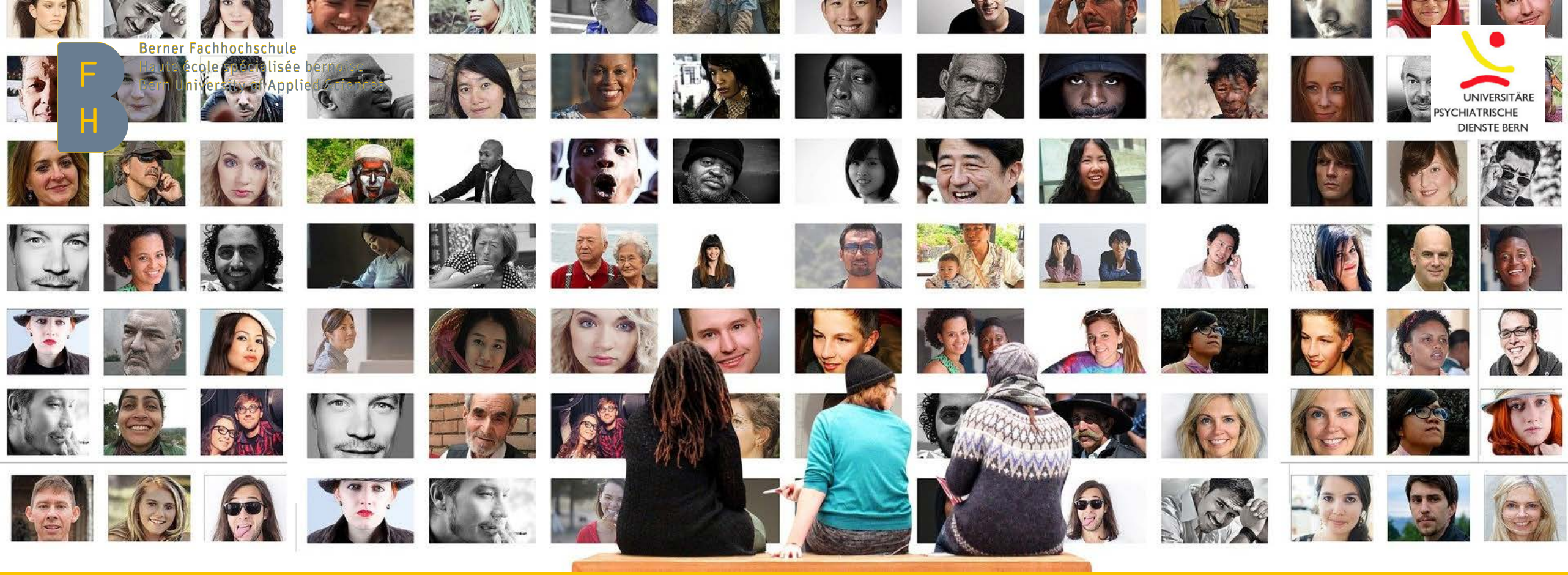


Der Einbezug von Expert*innen durch Erfahrung in psychiatrische Arbeitsfelder - aktuelle Situation, wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen

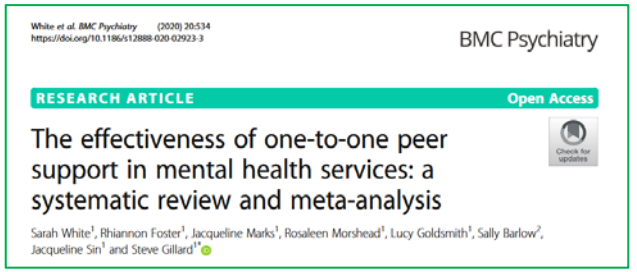
Dr. Christian Burr, *wiss. Mitarbeiter, BFH & klinischer Pflegeexperte UPD, Bern; Vorstand SO-PSY_D; Vorsitz wiss. Komitee SO-PSY; Co-Präsident, Akademische Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (VfP)*

- *Berner Fachhochschule BFH, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern*

Agenda

- *Ursprünge der Recovery und Peer-Bewegung und deren Entwicklung in die heutige psychiatrische Dienstleistung für eine ganzheitliche Einordnung bezüglich Fürsprachen und Kritiken*

- *Aktuelle Situation in der Praxis und wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit als Unterstützung zur Begründung und Rechtfertigung der Peer-Arbeit*



- *Leitlinien und Handlungshilfen zur sorgfältigen und nachhaltigen Einführung von Peer-Arbeit in psychiatrische und psycho-soziale Angebote*

- *Schritte und Ideen für die Zukunft*

Geschichte der Peer- und Recovery-Bewegung

- *Zusammenschluss von Menschen die von Fachpersonen als «austherapierter/unheilbar» beurteilt wurden in den USA (1990er)*
- *Kann als Bürgerrechtsbewegung bezeichnet werden*
  → «Nothing about us without us» → Gras-Roots → Bottom-Up

Positionen der Peer- und Recovery-Bewegung

Kritik an:

- *Paternalistischen Haltung der Fachpersonen resp. der Organisationen*
- *Vorherrschenden hierarchischen Strukturen im System*
- *Medizinisches Modell als vorherrschend → Hoffnungslosigkeit*
- *Zuwenig Partizipation der Personen die Hilfe in Anspruch nehmen (müssen) auf allen Ebenen*

Forderungen:

+

- *Gleichwertigkeit von Fach- und Erfahrungswissen*
- ⬆ *Partizipation in der Behandlung/Unterstützung und allen Ebenen der Organisation*
- *Diversität von Modellen und Theorien zur Erklärung von psychischen Problemen*

Symptomfokussierte Recovery

- *Rückkehr zur Normalität*
- *Komplette Remission der Symptome*
- *Teilzeit-, Vollzeitstelle oder Studium*
- *Unabhängige Lebensgestaltung ohne Aufsicht von Angehörigen*
- *Freunde haben und mit ihnen Aktivitäten teilen*
- *Dies über eine Periode von 2 Jahren*

Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. International Review of Psychiatry, 14(4), 256-272

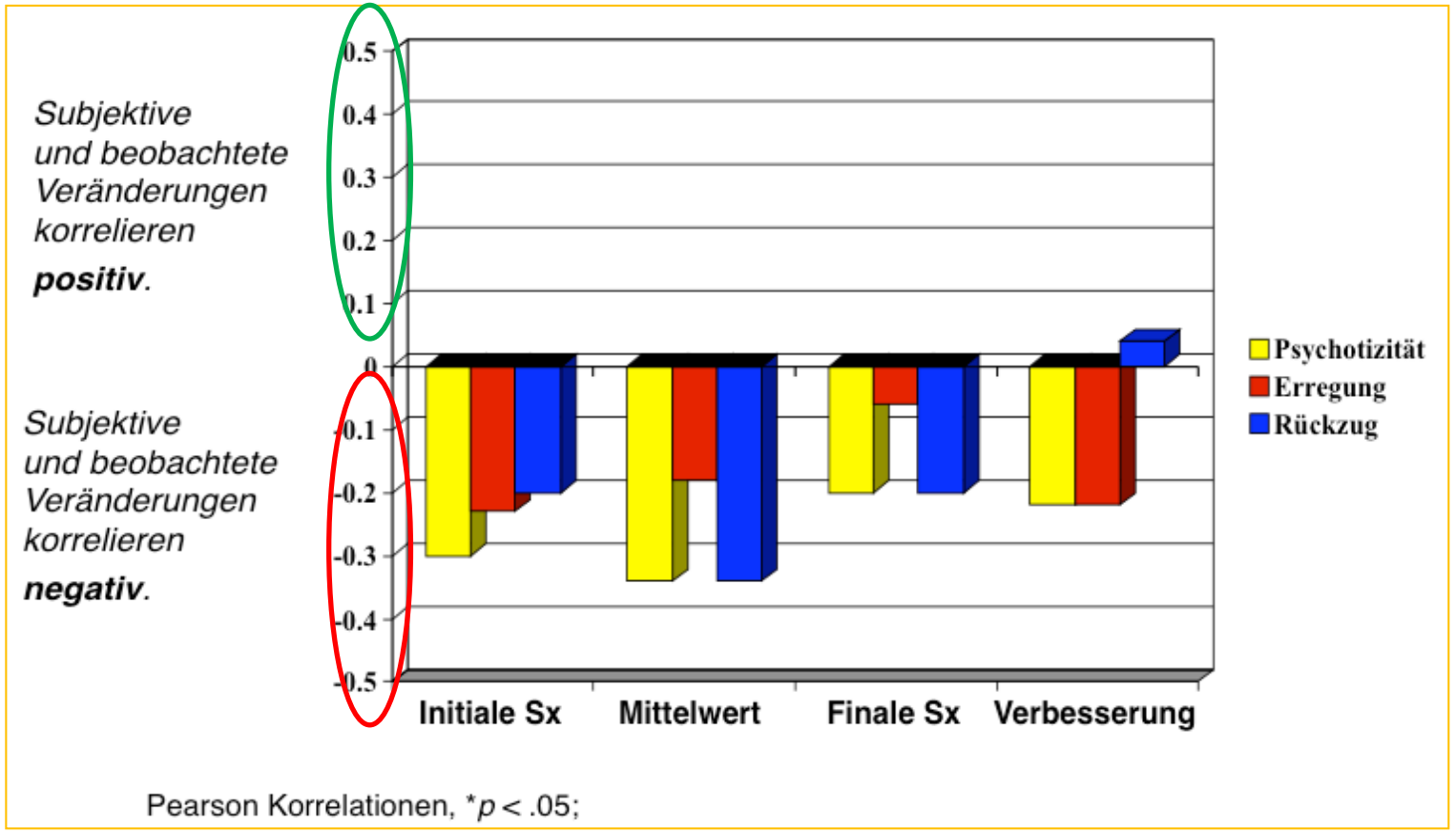
Personenzentrierte Recovery

«Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man "geheilt" oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird. Dies ist das Paradoxe an Recovery: ***Beim Akzeptieren dessen, was wir nicht werden tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, wer wir sein können und was wir tun können****. Recovery ist eine Art zu leben.»*

P. Deegan (1989): Vortrag gehalten an: Der sechsten Jahreskonferenz der Dienste für psychiatrische Gesundheit von Australien und Neuseeland, Brisbane, Australien

«Objektive» versus «Subjektive» Sicht

- *Fragestellung: Stimmen die beobachteten Symptomverbesserungen nach psychotischen Episoden mit der subjektiven Verbesserung überein?*



Kupper, Z. & Tschacher, W. (2008). Lack of concordance between subjective improvement and symptom change in psychotic episodes. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47, 75-93"

Ein Wachstumsmodell von Recovery

Wachstum (Growth)

Wiederaufbau (Rebuilding)

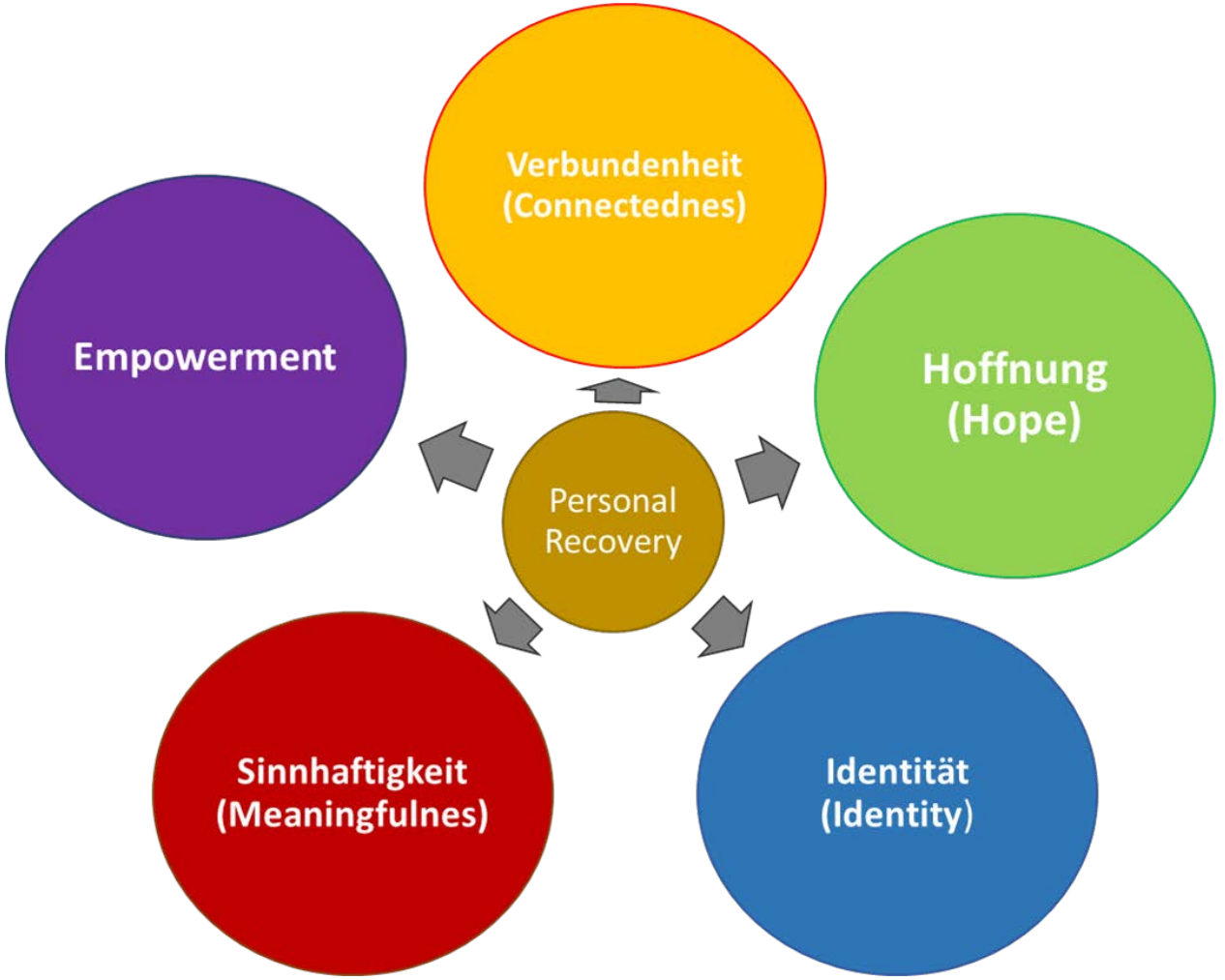
Vorbereitung (Preparation)

Erkenntnis (Awarness)

Moratorium

Andresen, R., P. Caputi, and L. Oades, Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006. 40(11-12): p. 972-980.

Der konzeptuelle Rahmen - Recoveryprozesse



Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445-452.

Recovery in psychiatrischen Institutionen

Vier Schlüsselwerte*:*

- **Personenorientierung** *(an individueller Person mit Stärken, Talenten und Grenzen; nicht als „Fall“)*
- **Nutzenden-Einbezug** *(Peer‘s, partnerschaftl. Umgang, Mitbestimmung in allen Bereichen, Anstellung als Peer‘s)*
- **Selbstbestimmung / Wahlfreiheit** *(u.a. in den Bereichen Wohnen, Betreuungsziele, Auswahl der Hilfen, Kontakt zur Einrichtung)*
- **Wachstumspotenzial** *(Potenzial zur Genesung, Hoffnung als essenzieller Bestandteil von Recovery, Recovery als langdauernder Prozess)*

Farkas, M., The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry, 2007. **6***: p. 68-74.*

Einbezug von Expert*innen durch Erfahrung

Inhalt der Zusammenarbeit
Pflege-/Behandlungsprozess
Ausbildung
Management/Qualitätssicherung
Versorgungsplanung
Forschung

Systemebene
Individuum/
Station/Stationsgruppe
Institution/Klinik
Region/Versorgungssystem
Gesellschaft/Politik

- Peer-Mitarbeiter*in
- Expert*in durch Erfahrung

Inhalt der Zusammenarbeit	Systemebene
Pflege-/Behandlungsprozess	Individuum/
Ausbildung	Station/Stationsgruppe
Management/Qualitätssicherung	Institution/Klinik
Versorgungsplanung	Region/Versorgungssystem
Forschung	Gesellschaft/Politik

Kontinuum der Zusammen-arbeit

Information — Konsultation — Partnerschaft — Nutzerkontrolle

Betroffenenorganisationen
Demokratie; Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen; Wahl-möglichkeiten

Entlohnung von Peer-Workern)
Fehlende gesetzliche Vorgaben
Ungenügendes Interesse/Engagement Betroffener

Peer-Umfrage in der Deutschschweiz (2017; n=54)

International Journal of Mental Health Nursing (2020) 29, 212–223 doi: 10.1111/inm.12665

ORIGINAL ARTICLE

Peer support in Switzerland – Results from the first national survey

Christian Burr,[1] Katja Rother,[1] Laila Elhilali,[1] Andréa Winter,[1] Katja Weidling,[2] Bernd Kozel[1] and Caroline Gurtner[3]
[1]University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University Berne Psychiatric Services, Bern, Switzerland, [2]Florence Nightingale Hospital, Düsseldorf, Germany, and [3]Department of Health Professions, Bern University of Applied Sciences, Bern, Switzerland

Originalarbeit Thieme

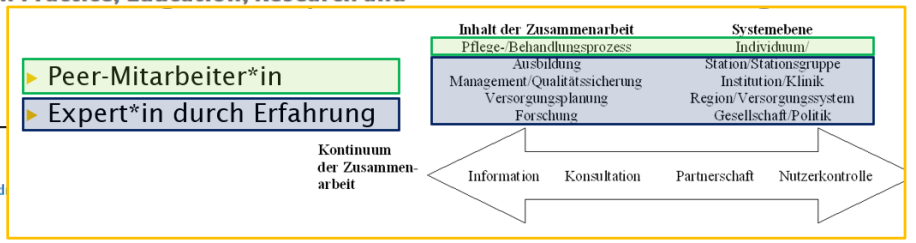
Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie

Ergebnisse einer Umfrage aus der Schweiz

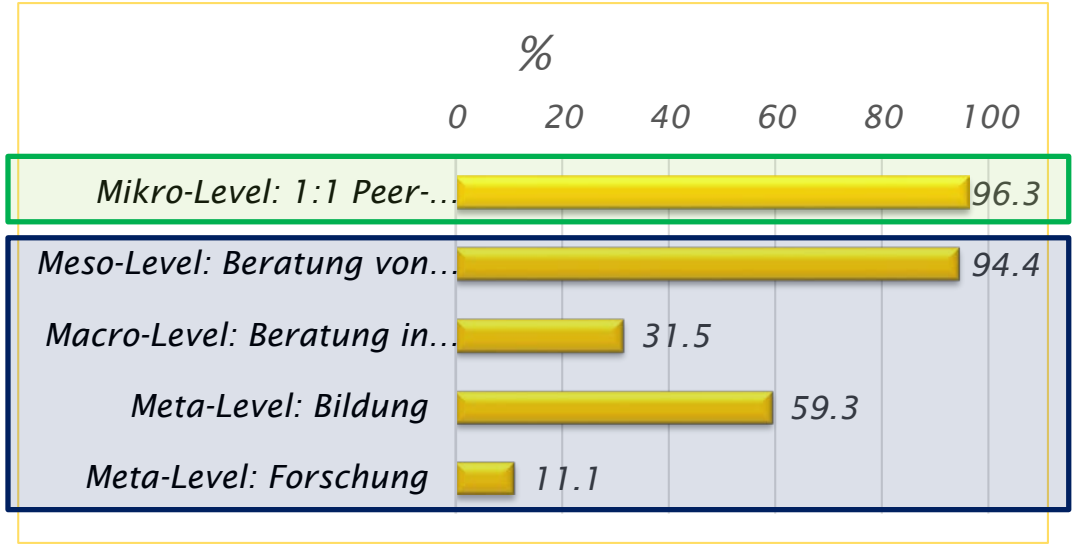
Roles and Work Content of Peer Workers and Experts by Experience in Mental Health Practice, Education, Research and Development

Results of a Survey in Switzerland

Autoren
Christian Burr[1], Katja Rother[1], Laila Elhilali[1], And

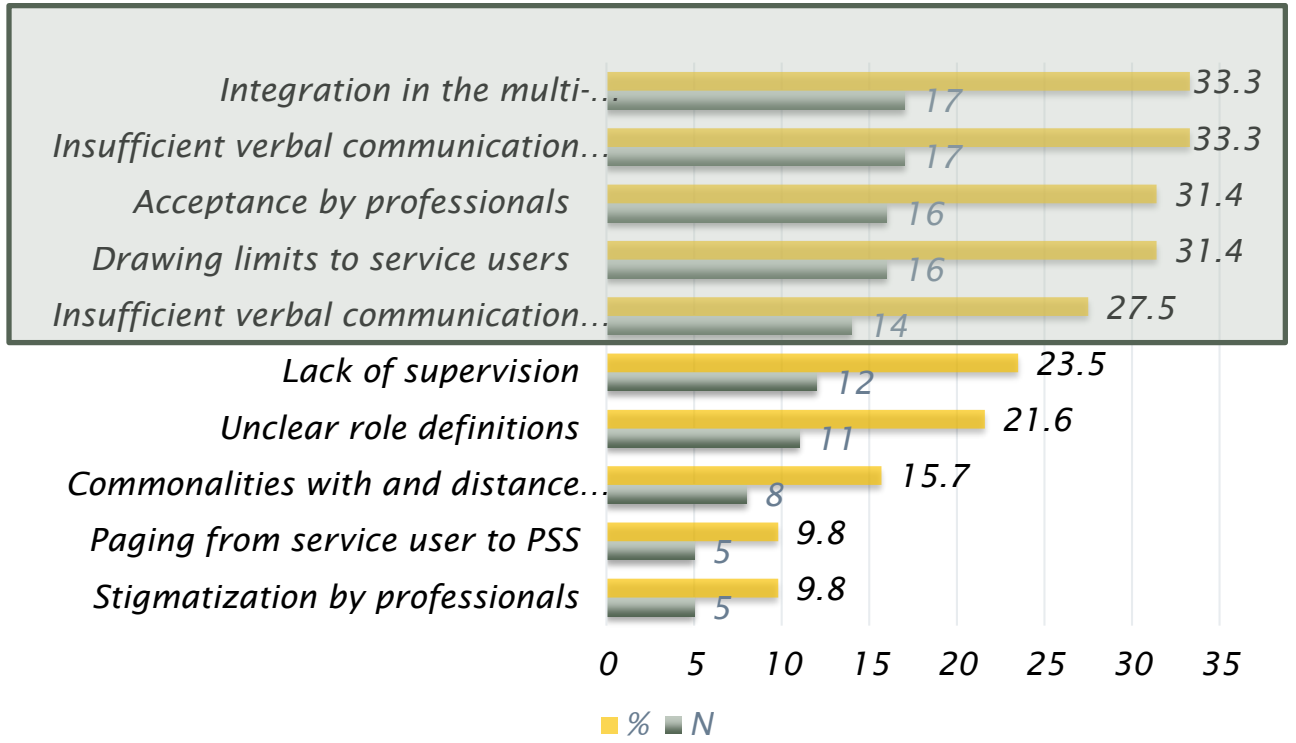


	N	%
Angestellt	49	92.5
Arbeitsbereiche		
• Psychiatrische Kliniken	41	85.4
• Interessenvertretungsorganisationen	6	12.5
Setting		
• Stationär	38	77.6
• Ambulant	20	40.8



Peer-Umfrage in der Deutschschweiz (2017; n=54)

- *Herausforderungen der Arbeit und Integration ins System*



Empfehlungen und Wissenschaftliche Evidenz

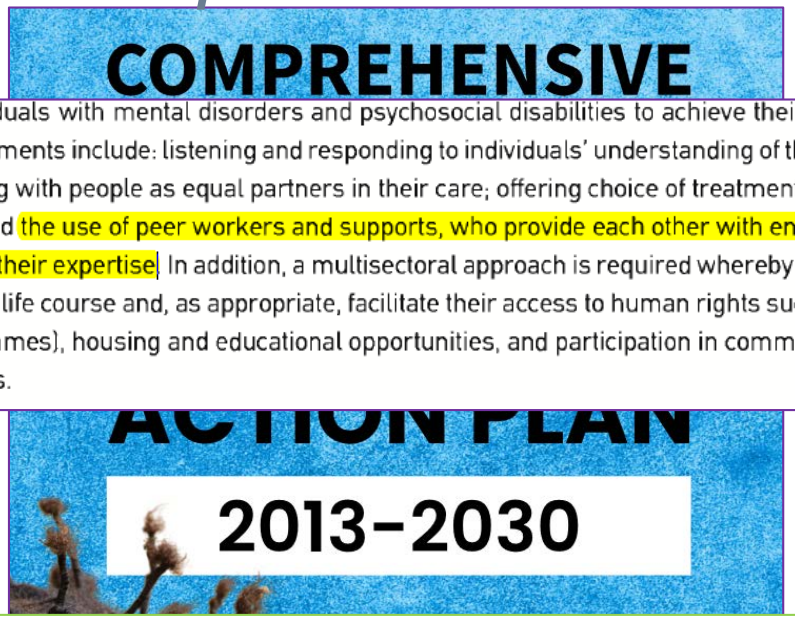
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.)

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

- Statement 13

Peer-Beratung kann die Erreichbarkeit und Compliance von Patienten und Angehörigen verbessern.



sis on supporting individuals with mental disorders and psychosocial disabilities to achieve their own aspirations and goals. The core service requirements include: listening and responding to individuals' understanding of their condition and what helps them to recover; working with people as equal partners in their care; offering choice of treatment and therapies, and in terms of who provides care; and the use of peer workers and supports, who provide each other with encouragement and a sense of belonging, in addition to their expertise. In addition, a multisectoral approach is required whereby services support individuals, at different stages of the life course and, as appropriate, facilitate their access to human rights such as employment (including return-to-work programmes), housing and educational opportunities, and participation in community activities, programmes and meaningful activities.

3. The international mental health community **should promote and support the development of service users' organizations** *and carers' organizations.*

5. local professional organizations (..) are expected to seek **meaningful involvement of service users** *and carers in their own activities where appropriate.*

7. Education, research and quality improvement in mental health care requires **collaboration between mental health practitioners, service users** *and carers.*

WPA RECOMMENDATIONS

Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers

Jan Wallcraft[1], Michaela Amering[2], Julian Freidin[3], Bhargavi Davar[4], Diane Froggatt[5], Hussain Jafri[6], Afzal Javed[7], Sylvester Katontoka[8], Shoba Raja[9], Solomon Rataemane[10], Sigrid Steffen[11], Sam Tyano[12], Christopher Underhill[9], Henrik Wahlberg[13], Richard Warner[14], Helen Herrman[15]

[1]School of Social Policy, Universities of Birmingham and Hertfordshire, UK; [2]Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Aust
[3]Psychiatry Department, Alfred Hospital, Melbourne, Australia; [4]Center for Advocacy in Mental Health, Pune, India; [5]World Fellowship for Schizophrenia and
Allied Disorders, Toronto, Canada; [6]Alzheimer's Pakistan, Lahore, Pakistan; [7]Medical Centre, Nuneaton, UK; [8]Mental Health Users Network of Zambia, Lusa
Zambia; [9]BasicNeeds; [10]University of Limpopo, South Africa; [11]European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness; [12]University o
Aviv, Israel; [13]Nordic Network for Cultural Psychology and Psychiatry; [14]University of Colorado, Denver, CO, USA; [15]University of Melbourne, Australia

Empfehlungen und Wissenschaftliche Evidenz

- *Einige Systematic-Reviews zu Peer-Support Interventionen*

Systematic-Review: Mahlke et al. 2015

Publikation	Methode	Zeitraum/Studien	Ergebnisse summarisch; Evidenzlevel; Empfehlung
Repper & Carter 2011	inklusive Literatur-Review	1995 bis 2010 20 Studien: qualitative und quantitative Methoden	positive Effekte für Nutzer: reduzierte Hospitalisierung, größere Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, geringere Psychopathologie, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Effekte für Peers: Recovery, Selbstbewusstsein, soziale Netzwerke, mehr Arbeitsmöglichkeiten, Stigmatisierung/ Diskriminierung durch andere Mitarbeiter keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Doughty & Tse 2011	inklusive Literatur-Review NHMRC-System	1980 bis 2008 27 Studien: 17 RCT, drei quasi-randomisierte und sieben Vergleichsstudien	positive Effekte für Nutzer: höhere Behandlungszufriedenheit, höhere Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, soziale I soziales Netzwerk partizipative Forschung: Peers als Rater oder Interviewer erhiel ve und kritische Antworten keine negativen Effekte Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Walker & Bryant 2013	Literatur-Review mit Metasynthese; STARLIGHT-Format	1990 bis 2010 20 qualitative Studien (z. B. Interviews Fokusgruppen)	positive Effekte für Nutzer: Rollenvorbilder, stärkere Hoffnung, ziales Netzwerk, bessere, schnellere vertrauensvolle therapeuti Effekte für Peers: höhere Zufriedenheit, Recovery, Selbstbewus soziale Netzwerke; niedrige Bezahlung und Stigmatisierung/Di Effekte für andere Mitarbeiter: mehr Empathie und Recovery-Orie keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Rolle, Training und Supe
Pitt et al. 2013	systematisches Review mit Metaanalyse: Cochrane Collaboration; CONSORT	1979 bis 2011 11 RCT (n = 2 796)	positive, signifikante Effekte für Nutzer: weniger Notaufnahmen; mehr gedeckte Bedürfnisse keine negativen Effekte für Nutzer; niedrig-moderate Evidenz Empfehlung der gründlichen Vorbereitung bei Implementierung von Peer-Arbeit
Mahlke et al. 2014	narratives Review der aktuellen Literatur	2012 bis 2013	Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Peer-spezifischer Rolle, Ausbildung und Vorbereitung in Institutionen. Da keine negativen Effekte unbedingt empfohlen zur stärkeren Recovery-Orientierung, Zwangsreduktion und entgegen Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung keine negativen Effekte für Nutzer
Lloyd Evans et al. 2014	systematisches Review mit Metaanalyse, Evidenzlevel nach GRADE	Beginn bis 2013 18 RCT (n = 5 597)	positive, signifikante Effekte: weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, Lebensqualität, größere Hoffnung, Empowerment und Recovery keine negativen Effekte für Nutzer; niedrige Evidenz; nicht ausreichend für Empfehlung
Chinman et al. 2014	Literatur-Review, drei Evidenzlevel nach AEB	1995 bis 2012 elf RCT, sechs quasi-experimentelle; drei Korrelationsstudien	positive, inkonsistente Effekte: höhere Adhärenz, weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, stärkere Aktivierung, höheres soziales Funktionsniveau, größere Hoffnung, Selbstbestimmung und Recovery keine negativen Effekte für Nutzer; moderate Evidenz; Empfehlung von Peer-Arbeit und Kostendeckung

Mahlke, C., Kraemer, U., Kilian, R., & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde, 34(4), 235-239.

Systematic-Reviews: White et al. 2020; Lyons et al., 2021

White *et al. BMC Psychiatry* (2020) 20:534
https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis

Sarah White[1], Rhiannon Foster[1], Jacqueline Marks[1], Rosaleen Morshead[1], Lucy Goldsmith[1], Sally Barlow[2], Jacqueline Sin[1] and Steve Gillard[1*]

Lyons *et al. BMC Psychiatry* (2021) 21:315
https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions

Natasha Lyons[1*], Chris Cooper[2] and Brynmor Lloyd-Evans[1]

Study or Subgroup	One-to-one peer support Mean	SD	Total	Control Mean	SD	Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Chinman 2013	85.66	15.9	122	80.52	16.54	116	38.5%	0.32 [0.06, 0.57]
Johnson 2018	60	13	128	58	70	127	40.3%	0.04 [-0.21, 0.29]
Salzer 2016	81.92	10.68	50	77.97	10.68	50	21.2%	0.37 [-0.03, 0.76]
Total (95% CI)			**300**			**293**	**100.0%**	**0.22 [0.01, 0.42]**

Heterogeneity: Tau² = 0.01; Chi² = 3.11, df = 2 (P = 0.21); I² = 36%
Test for overall effect: Z = 2.04 (P = 0.04)

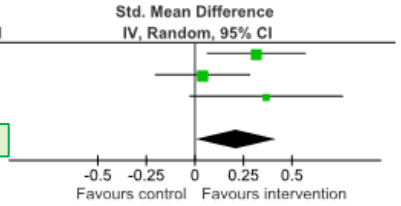


Fig. 3 Forest plot for recovery outcome

Study or Subgroup	One-to-one peer support Mean	SD	Total	Control Mean	SD	Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Chinman 2013	39.31	5.41	122	39.09	5.37	116	42.7%	0.04 [-0.21, 0.29]
Mahlke 2017	26	6.72	74	23.8	7.13	54	25.2%	0.32 [-0.04, 0.67]
Salzer 2016	2.94	0.28	50	2.83	0.28	50	20.6%	0.39 [-0.01, 0.79]
Yamaguchi 2017	52.28	18.13	26	45.78	10.82	27	11.5%	0.43 [-0.11, 0.98]
Total (95% CI)			**272**			**247**	**100.0%**	**0.23 [0.04, 0.42]**

Heterogeneity: Tau² = 0.01; Chi² = 3.48, df = 3 (P = 0.32); I² = 14%
Test for overall effect: Z = 2.32 (P = 0.02)

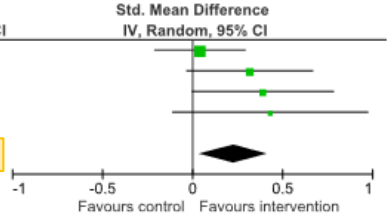


Fig. 4 Forest plot for empowerment outcome

Table 2 Results of the main analysis

Outcome	Number of trials	N	SMD (95% CI), *p*-value	Heterogeneity, I^2; Chi,^{2} df	Duration of follow-up, post end of treatment
Post-intervention					
Recovery [52, 55, 56, 58, 62]	5	1265	0.18 (0.07 to 0.29), $p = 0.002$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 4.01$, df = 4	
Hope [53, 56, 58]	3	1029	MD = 0.18 (−0.34 to 0.69), $p = 0.50$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 1.68$, df = 2	
Empowerment [57, 58, 61, 62]	4	750	0.17 (−0.07 to 0.40), $p = 0.17$	$I^2 = 55\%$; $Chi^2 = 6.67$, df = 3	
Global symptoms [52, 54, 58]	3	823	−0.13 (−0.27 to 0.01), $p = 0.07$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 1.11$, df = 2	
Depression [52, 55, 58, 62]	4	929	−0.09 (−0.22 to 0.04), $p = 0.18$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 0.99$, df = 3	
Follow-up					
Recovery [52, 55, 56, 62]	4	983	0.21 (0.08 to 0.34), $p = 0.002$	$I^2 = 5\%$; $Chi^2 = 3.16$, df = 3	3 to 6 months
Empowerment [57, 61, 62]	3	487	0.13 (−0.05 to 0.31), $p = 0.14$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 0.37$, df = 2	3 weeks to 6 months
Depression [52, 55, 62]	3	674	−0.12 (−0.27 to 0.03), $p = 0.11$	$I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 0.95$, df = 2	3 to 6 months

Means and Standard Deviations for TAU and clinician-led comparator group were combined for Eisen 2012. *MD* Mean Difference, *SMD* Standardised Mean difference, *CI* confidence interval, *SMDs* are reported unless stated otherwise, *N* number of participants providing outcome data, *df* degrees of freedom

Und wie umsetzten?

Und wie umsetzten?

*Peer-Arbeit ist (nur) **ein** Teil einer Recovery-Orientierten Organisation*

Vorarbeit:

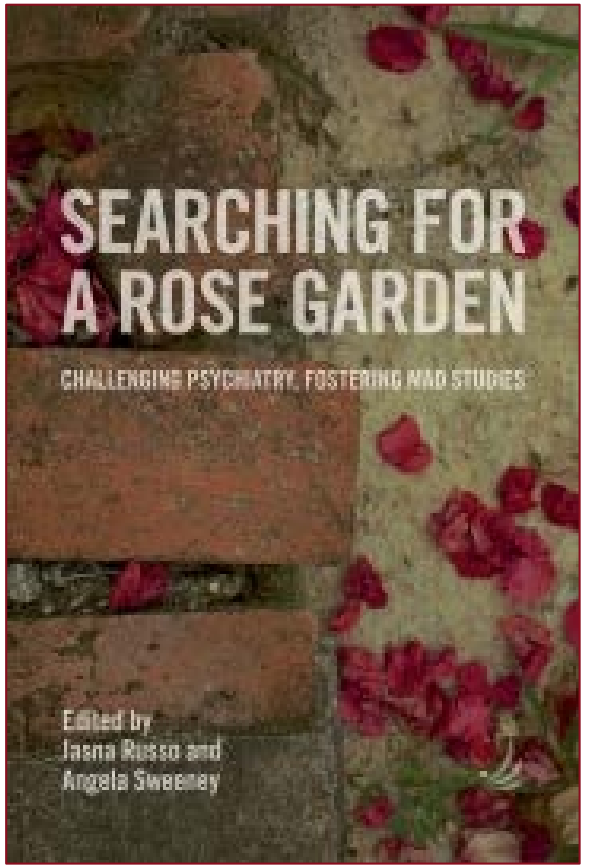
- **Auseinandersetzung in der Leitung und den Teams mit dem Thema Recovery-Orientierung**: *Schulung und Reflexion → z.B. Recovery Praktisch Schulungsunterlagen*
- **Ideen entwickeln zu Themen und Aufgaben für Peers** – *diese sollten aber mit den entsprechenden Personen zusammen zu Ende gedacht und definiert werden*
- **Anstellungsbedingungen klären definieren** *(Lohn, Unterstellung, Supervision usw.)*
- **Anstellung von mind. 2 Peer-Mitarbeitenden**: *Bedingungen schaffen, dass mindestens zwei Peers gleichzeitig am gleichen Ort oder nahe beieinander Arbeiten*
- *……*

Aber → es gib auch kritische Stimmen

«Auf der Suche nach dem Rosengarten: Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen»

- *[..] die Forderung aus der Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen und –Betroffenen geht über das nur Einbeziehen hinaus*

- *Die Recovery Bewegung entstand ausserhalb des psychiatrischen Systems und stellte dieses zu grossen Teilen in Frage → Peer-Mitarbeitende, Genesungsbegleitende oder Expertinnen und Experten aus Erfahrung u.a. sollen als Angestellte desselben Systems dieses verändern → Gefahr, für dessen Zwecke «kolonialisiert» zu werden*



Aber → es gib auch kritische Stimmen: Jasna Russo, 2017

Bei den Sachen anfangen, die in der eigenen Macht stehen

Andréa Winter, Christian Burr

Im Rahmen des dritten internationalen Psychiatriekongresses Seelische Gesundheit und Recovery 2016 in Bern hatten wir das Glück und die Ehre, Jasna Russo als Referentin und ihr neu erschienenes Buch „Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies" kennen zu lernen. Dies ermöglichte uns, ihr nach dem Kongress einige Fragen per E-Mail zu stellen. Auf diese Art und Weise entstand dieses Interview mit Ihr

Andréa Winter und Christian Burr: Wie schätzen Sie die Entwicklung der Peer-Arbeit im deutschsprachigen Raum ein?

Jasna Russo: Die Einführung von Peer-Arbeit in die Psychiatrie betrachte ich im Kontext der Psychiatriereform. Persönlich bin ich kein Fan von reformistischen Ansätzen, da ich bezweifle, dass sich die Psychiatrie aus sich selbst heraus grundsätzlich verbessern kann. Was der Staat und die Gesellschaft an die Psychiatrie delegieren, gehört eigentlich nicht in die Psychiatrie. Probleme des Lebens, extreme Probleme inklusive, können nicht medizinisch gelöst werden. Noch weniger von einer Medizin, die nicht mal den notwendigen Abstand zu den Pharmakonzernen wagt.

Deshalb denke ich, dass es grundsätzlich nicht möglich ist, die Institution Psychiatrie so zu verbessern, dass sie der komplexen Aufgabe gewachsen sein wird, Verrücktheit,

Jasna Russo. Foto: Nana Runte.

- *«Was der Staat und die Gesellschaft an die Psychiatrie delegieren, gehört eigentlich nicht in die Psychiatrie. Probleme des Lebens, […] können nicht medizinisch gelöst werden»*
- *«Verrücktheit, Verzweiflung und psychische Not zu verstehen und unterstützend zu begegnen […] ist im Rahmen der biomedizinischen Herangehensweise nicht möglich»*
- *«die Ausrichtung der Behandlung und die herkömmlichen Methoden der Psychiatrie, haben sich durch den Einsatz von Peers nicht geändert»*

Winter, Burr, Russo (2019). Bei den Sachen anfangen die man verändern kann. Psychiatrische Pflege, 4 (1), 40–42.

Aber → es gib auch kritische Stimmen: Recovery in the Bin, 2023

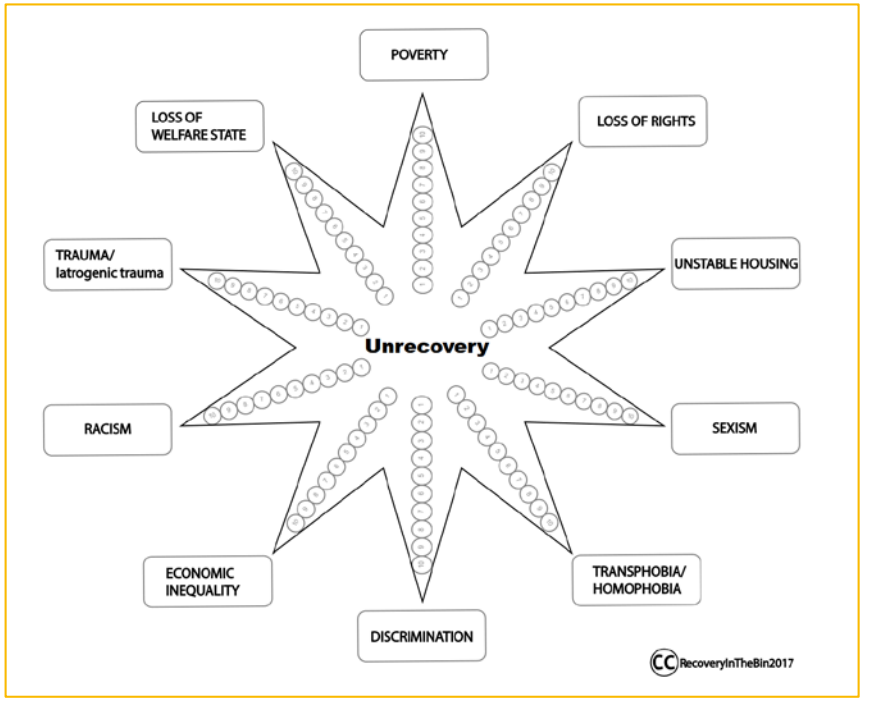
Recovery in the Bin

A critical theorist and activist collective.

- **«Recovery» als Konzept zur Disziplinierung und Kontrolle** *derer die versuchen einen Platz in der Welt zu finden, um mit den sehr realen psychischen Problemen umzugehen*

- **Robustes «Sozialmodell des Wahnsinns, der Not und der Verwirrung»** → *stellt psychische Gesundheit in den Kontext der sozialen Gerechtigkeit und des allgemeinen Klassenkampfes*

- **«Unrecovered» ist genauso gültig und legitim wie «Recovered»** → *Das bedeutet jedoch nicht, dass wir «unwohl» oder «krank» bleiben wollen, sondern dass wir das neue neoliberale Eindringen in das Wort «Recovery" ablehnen*



Wege in die Zukunft zu Recovery und Peer-Arbeit

!Rückbesinnung darauf, von wo die Peer- und Recovery-Bewegung herkam!

- **Fokus vermehrt auf Menschenrechte und soziales System**
  - *Menschenrechte und deren Berücksichtigung im System*
  - *Soziale Aspekte und das System und weniger auf das Individuum*

- **Bedingungen schaffen für mehr Diversität psychiatrischer (Peer-)Angebote***:*
  - *Stark formalisierte Peer-Ausbildung (z.B. EX-IN) & weniger formalisierte Kurse (Intentional Peer Support, IPS u.a.)*
  - *Formale Peer-Arbeit in bisherigen Institutionen & Unterstützungsangebote ausserhalb der Psychiatrie (Peer-Led Services, Weglauf-Haus u.a)*
  - *Zentrale Perspektive bei der Entwicklung und Planung von Angeboten → User*innen → User-Designed Mental Health Care*

Unterstützung auf dem Weg in die Zukunft

MINIREVIEW

Position paper: Peer support and involvement of people with lived experience with mental health problems and recovery in psychiatry

DOI: https://doi.org/10.4414/sanp.2022.03252
Publication Date: 01.05.2022
Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother. 2022;173:w03252
https://sanp.ch/article/doi/sanp.2022.03252

Burr Christian[a], Jaeger Matthias[b], Suter Caroline[c], Berchtold Judith[d], Zwicknagl Andrea [e]

Die 5 Statements:

- die politische Verortung der Peerarbeit und Einbindung in alle Angebote im Bereich psychischen Gesundheit
- die strukturelle und finanzielle Förderung der Selbstorganisation von Peer-Verbänden und Angeboten
- die Etablierung und Sicherstellung der Finanzierung von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten von Peers
- die Schaffung einer Finanzierungsgrundlage der eigenständigen Peer-Arbeit
- die Integration der Themen Recovery und Peerarbeit in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen

Initiativen auf dem Weg in die Zukunft

Peer-Dach Organisation

Madnesst

MAD NEST

Neuroleptika Trialoge

Recovery Colleges

RECOVERY COLLEGE BERN

Samstag, 7. Oktober 2023
Lausanne

MAD PRIDE

Gemeinsam für die psychische Gesundheit

Madpride

Fragen

Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Abteilung Pflege

Dr. Christian Burr, *Wissenschaftlicher Mitarbeiter*

Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern
Telefon direkt +41 31 848 54 43
Mobil: +41 79 957 69 72
Telefon Zentrale +41 31 848 35 00
christian.burr@bfh.ch