

Die schwedische Psychiatrie im Wandel

Der Paradigmenwechsel durch die Psychiatriereform 1995

Claudia Dalla Mora, 1710406004

Bachelorarbeit 2
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 13.05.2020
Version: 1

Begutachter*in: FH-Prof. Dr. Tom Schmid, Pascal Laun, BA MA

Abstrakt (Deutsch)

Anfang der siebziger Jahre setzte der nationale Trend der De-Institutionalisierung der schwedischen Psychiatrie ein. Die Psychiatriereform im Jahre 1995 hat die Verantwortung der zuständigen Behörden geändert und zu einer anhaltenden Nachfrage nach neuen Formen der Behandlung und Intervention geführt. Die Analyse des Zeitraums nach der Reform zeigte, Fortschritte in Richtung der gemeindebasierten Versorgung, auch wenn Defizite wahrgenommen wurden. Gegenwärtige Entwicklungen zeigen die Merkmale des aktuellen Psychiatriesystems auf und die Herausforderungen, die sich dem Wohlfahrtsstaat Schweden, 25 Jahre nach der Reform, in jenem Feld weiterhin stellen. Um eine analytische Auswertung der verwendeten Literatur zu gewährleisten, wurde die qualitative Inhaltsanalyse angewendet.

Abstract (English)

In the early 1970s, the national trend of de-institutionalization of the Swedish psychiatry began. The 1995 mental health reform changed the responsibilities of the competent authorities, resulting in a continuing need for new forms of treatment and intervention. The analysis of the period after the reform showed progress towards community-based care, although deficits were perceived. Current developments show the characteristics of the current psychiatric system and the challenges that the Swedish welfare state, 25 years after the reform, still faces in this field. In order to ensure an analytical evaluation of the literature used, the Qualitative Content Analysis was applied.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Vom Erkenntnissinteresse zur Forschungsfrage	6
2.1 Projektgruppe: Langzeitpsychiatriepatient*innen	6
2.2 Persönliches Interesse – Warum die schwedische Psychiatriereform?	6
2.3 Psychiatriereform als Umbruchs-Ära der Psychiatrie – Vorannahmen	7
2.4 Forschungsfrage	7
3 Forschungskontext und Forschungsdesign	8
3.1 Die schwedische Psychiatrie als Forschungsfeld	8
3.2 Methodenwahl – Literaturarbeit.....	8
3.2.1 Literaturrecherche anhand Datenbanken	8
3.3 Literaturauswahl und Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	9
3.3.1 Ausgewählte Literatur	9
3.4 Auswertungsmethode.....	11
4 Begriffsbestimmungen.....	12
4.1 Paradigma	12
4.2 Psychiatriereform	12
4.3 Wohlfahrtsstaat	13
4.3.1 Das Klassifizierungsmodell der Wohlfahrtsstaaten nach Esping-Andersen	14
5 Der schwedische Wohlfahrtsstaat in Interaktion mit psychisch erkrankten Bürger*innen.....	16
6 Der Wandel des schwedischen Psychiatriesystems	17
6.1 De-Institutionalisierung als nationaler Trend: Der Weg zur Psychiatriereform.....	17
6.2 Die große Reform der schwedischen Psychiatrie 1995	18
6.2.1 Staatliche Subventionen zur Förderung der kommunalbasierten Versorgung ...	19
6.2.2 Neue Gesetzgebungen	20
6.3 Die Entwicklungen nach der Reform.....	22
6.3.1 Kooperation und Zusammenarbeit.....	22
6.3.2 Wissen und Kompetenzen der Mitarbeiter*innen	23
6.3.3 Klient*Innenorientierte Unterstützung	23
6.3.4 Unterstützung für Angehörige	24
6.3.5 Öffentlichkeitsarbeit in den Kommunen	24
6.4 Der Ist-Stand der schwedischen Psychiatrie	25
6.4.1 Organisation und Finanzierung	25
6.4.2 Zugang zum Psychiatriesystem	26
6.4.3 Soziale Dienstleistungen.....	29
7 Von der landkreisansässigen Medizin zu kommunalen Sozialdiensten – Resümee und Empfehlungen.....	32
7.1 Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken des schwedischen Psychiatriesystems.....	32

7.2 Empfehlungen	34
7.3 Empfehlungen für die Forschung	35
7.4 Reflexion des Forschungsprozesses	35
Literatur	37
Tabellen	40
Anhang	40
Eidesstattliche Erklärung	41

1 Einleitung

„Tempora mutantur, et nos mutamur in illis.“

Jenes Sprichwort kommt aus dem lateinischen und bedeutet so viel wie „Die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns mit ihnen“. Die Denkweisen und Werteinstellungen, die sogenannten Paradigmen des Menschen, befinden sich in einem ständigen Kreislauf der Veränderung (vgl. Schurz 2014: 48). Auch die schwedische Psychiatrie war von solch einem Wechsel der allgemeinen Normen betroffen. Die hohe Anzahl an Patient*innen, welche sich in stationärer Behandlung befanden, führte zu einer Debatte, welche den De-Institutionalisierungsprozess einleitete (vgl. Rosenberg 2009: 24). Neben der Förderung von Rechten und Ansprüchen psychisch beeinträchtigter Bürger*innen, hatte die Psychiatriereform im Jahr 1995 das Ziel, gemeindenähe und lokale Versorgungs- und Betreuungsangebote auszubauen, um Betroffenen ein bedürfnisorientiertes Leben in der Gemeinde zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Die vorliegende Forschungsarbeit ist Teil eines Forschungsprojekts der Fachhochschule St. Pölten, welches den Namen „Erfahrungen von Menschen mit Langzeitpsychiatrieerfahrungen in Gesundheitseinrichtungen“ (Fachhochschule St. Pölten 2019) trägt. Das Projekt wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges Soziale Arbeit von insgesamt 12 Projektteilnehmer*Innen durchgeführt. In dieser Arbeit wird der Paradigmenwechsel innerhalb der schwedischen Psychiatrie, durch die Psychiatriereform 1995, thematisiert. Dabei wird sowohl der Weg zur Psychiatriereform als auch die Reform selbst beschrieben. Der Ist-Stand wird im Anschluss thematisiert und aktuelle Entwicklungen der Psychiatrie in Schweden werden aufgezeigt.

Die Verwirklichung dieser Forschungsarbeit, gelang durch meinen Auslandsaufenthalt in Schweden, wo ich an der Umeå Universität fünf monat lang studierte. Da es sich bei dieser Arbeit um eine Literaturarbeit handelt, wurden die Ergebnisse anhand bereits bestehender Literatur gewonnen. Die Recherche erfolgte einerseits durch die Verwendung von Datenbanken, andererseits wurden mir einige Quellen durch Empfehlungen von Professor*innen der Umeå Universität sowie der Fachhochschule St. Pölten weitergeleitet, wofür ich meinen großen Dank aussprechen möchte.

2 Vom Erkenntnissinteresse zur Forschungsfrage

2.1 Projektgruppe: Langzeitpsychiatriepatient*innen

Diese Forschungsarbeit wurde im Rahmen einer Projektgruppe der FH St. Pölten erstellt, welche insgesamt aus 12 Gruppenmitglieder*innen, Studierende der Sozialen Arbeit, besteht. Das Projekt legt den Fokus auf Erfahrungen von Langzeitpatient*innen in der Psychiatrie. Es wird erfasst, wie sich die Erfahrungen von Patient*innen darstellen lassen, die vor der Reform in einer psychiatrischen Versorgungseinheit untergebracht waren (vgl. Fachhochschule St. Pölten 2019).

Da ich mich während des Forschungsprozesses in Schweden befand, konnte ich mich nicht aktiv an den Erhebungen in Österreich beteiligen, weshalb sich meine Arbeit auf die schwedische Psychiatrie bezieht.

2.2 Persönliches Interesse – Warum die schwedische Psychiatriereform?

Der Grund, weshalb ich mich einem Forschungsprojekt im Bereich der Psychiatrie angeschlossen habe, liegt darin, dass ich bereits während meines ersten Praktikums im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe großes Interesse an dem Handlungsfeld entwickelt habe. Im Rahmen meines Studiums an der Fachhochschule St. Pölten habe ich bereits im 4. Semester in meiner Bachelor Arbeit I an einer Forschungsfrage im Psychiatrischen Bereich gearbeitet (Dalla Mora 2019). Aus diesen Gründen habe ich mich erneut dazu entschieden, meine Forschungen in diesem Feld fortzuführen.

Ein erstes Interesse an meiner Forschungsfrage entstand während meines Auslandssemesters an der schwedischen Universität in Umeå. Im Rahmen verschiedener Lehrveranstaltungen hatte ich die Chance, das schwedische Wohlfahrtssystem und dessen unterschiedliche Facetten kennenzulernen. Während meines Studiums in Umeå konnte ich mit mehreren Lehrenden in Kontakt treten, unter anderem mit dem Universitätslektor der Sozialen Arbeit David Rosenberg. Dieser ist Teil einer Forschungsgruppe an der Umeå Universität, die sich „Mental health and well-being in social and health care settings“ (Umeå University 2020) nennt. Aufgrund großen Interesses führte mich Herr Rosenberg in das Psychiatriesystem in Schweden ein und erzählte mir von der Reform im Jahre 1995. Nach jenem Gespräch gewann ich bereits den Eindruck, dass es mit der Psychiatriereform zu einer grundlegenden und wichtigen Veränderung im Psychiatriesystems Schwedens kam, weshalb ich mich dazu entschieden habe, diese im Rahmen meiner Bachelorarbeit II zu erforschen.

2.3 Psychiatriereform als Umbruchs-Ära der Psychiatrie – Vorannahmen

Meine Vorannahmen wurden stark von den Erfahrungen beeinflusst, die ich während meines Studiums an der Umeå Universität gesammelt habe. In meinen ausgewählten Lehrveranstaltungen konnte ich bereits die Kenntnis erlangen, dass die Psychiatriereform im Jahr 1995 einen erheblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der schwedischen Psychiatrie sowie auf die Lebensbedingungen der psychisch erkrankten Bevölkerung hatte. Während meines Aufenthalts in Schweden stellte ich ebenso fest, dass die sozialen Dienste für Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen, stark kommunenabhängig sind. Dienstleistungen unterscheiden sich je nach dem wo man sich befindet, um ein möglichst angepasstes Angebot für Nutzer*innen anzubieten (vgl. Anell et. al. 2012). Die Aufmerksamkeit dafür entwickelte sich im Rahmen der Lehrveranstaltung „Social Work in Sweden“, in welcher ich die Möglichkeit hatte, verschiedene soziale Institutionen kennenzulernen. Damit ging gleichzeitig die Erkenntnis einher, dass Kommunen selbstständig über das Dienstleistungsangebot für verschiedene Zielgruppen entscheiden können (vgl. ebd.), woraus für die weitere Forschung letztendlich folgende zwei Annahmen resultierten:

- Die Psychiatriereform im Jahr 1995 hat einen grundlegenden Veränderungsprozess, sowohl für betroffene Bürger*innen als auch für Mitarbeiter*innen, der schwedischen Psychiatrie in Gang gesetzt.
- Psychosoziale Dienstleistungen werden kommunenabhängig bereitgestellt, um ein möglichst angepasstes Angebot für Zielgruppen zu schaffen.

2.4 Forschungsfrage

Aus dem von mir beschriebenen Erkenntnisinteresse ergibt sich besonders eine Frage, welche im Rahmen meiner Forschung bearbeitet wird. Gegenstand meiner Forschungsfrage ist es, die nationalen Bewegung in Schweden von der institutionellen zur gemeindebasierten Versorgung, welche sich besonders durch die Psychiatriereform im Jahr 1995 kennzeichnete, zu untersuchen. Dabei gehe ich auf die Veränderung der Grundauffassung sowie grundlegender Rahmenbedingungen des schwedischen Psychiatriesystems ein. Daraus kristallisiert sich folgende Forschungsfrage:

- Wie lässt sich der Paradigmenwechsel in der schwedischen Psychiatrie durch die Psychiatriereform 1995 darstellen?

Es galt dabei zu untersuchen, welche historischen Beweggründe es für die Psychiatriereform in Schweden gab und was die konkreten Ziele sowie das Vorhaben der Reform waren. Außerdem sollte der Zeitraum unmittelbar nach der Psychiatriereform erforscht und erörtert werden welche Herausforderungen sich angesichts des Systemwandels ergeben haben. Zusätzlich wird der aktuelle Ist-Stand der schwedischen Psychiatrie, 25 Jahre nach der Reform, erläutert.

3 Forschungskontext und Forschungsdesign

3.1 Die schwedische Psychiatrie als Forschungsfeld

Das Forschungsfeld, welches ich für meine Bachelorarbeit und im gesamten Forschungsprozess ausgewählt habe, siedelt sich im Bereich „Gesundheit“ an. Es handelt sich hierbei um die stationäre Psychiatrie in Schweden. Da es sich bei meiner Arbeit um eine Literaturarbeit handelt, erfolgt der Zugang zum Feld lediglich über die beschriebene Literatur. Außerdem wurde mir ein erster Zugang zum Feld, durch mein Auslandssemester an der Umeå Universität in Schweden begünstigt. Durch die verschiedenen Inhalte der Lehrveranstaltungen sowie durch Gespräche mit Professor*innen, konnte ich mich näher mit der schwedischen Psychiatrie auseinandersetzen.

3.2 Methodenwahl – Literaturarbeit

Um meine gewählte Forschungsfrage zu bearbeiten, habe ich mich für die Methode der „Literaturarbeit“ entschieden. Im Rahmen der Literaturarbeit wird das Thema mit bereits vorhandenen Quellen und Daten bearbeitet, wobei das Ergebnis es den Leser*innen ermöglichen soll, das Forschungsfeld besser und umfassender zu verstehen. (vgl. Rödiger 2018: 25). Das Ziel dieser Methode besteht darin, wissenschaftliche Informationen aus den ausgewählten Literaturquellen und anderen Inhaltsquellen zusammenzufassen, zu vergleichen, zu bewerten und sich kritisch mit diesen auseinanderzusetzen, damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann (vgl. ebd.). Die Auseinandersetzung mit den Literaturquellen erfolgt anhand der „qualitativen Literaturanalyse“ nach Mayring (Mayring / Brunner 2006: 455), worauf ich im Abschnitt „Auswertungsmethode“ genauer eingehen werde.

3.2.1 Literaturrecherche anhand Datenbanken

Ein entscheidender Bestandteil einer wissenschaftlichen Literaturarbeit ist die Literaturrecherche. Darunter versteht sich „die Ermittlung von Literatur zu einem bestimmten Thema bzw. Sachgebiet“ (Sommersguter-Reichmann 2006: 473). Meine Literaturrecherche beschränkte sich auf den Zeitraum März 2020 – April 2020. Bei meiner Recherche habe ich mich hauptsächlich auf Datenbanken gestützt, bis auf drei Quellen welche ich direkt zur Verfügung gestellt bekommen habe. Für die Datenbankrecherche habe ich die Online Ressourcen der FH St. Pölten, der Universität Wien sowie der Universität Umeå genutzt. Die folgenden Datenbanken kamen dabei zur Verwendung:

- ResearchGate
- ScienceDirect
- SpringerLink
- Taylor and Francis
- Wiley Online Library

Bei den genutzten Datenbanken handelt es sich um sogenannte „Fakten- und Volltextdatenbanken“ (vgl. ebd.: 475). Im deutschsprachigen Raum konnte ich keine stichhaltigen Forschungen über das Psychiatriesystem in Schweden finden, weshalb meine Literaturrecherche ausschließlich auf englischsprachiger Forschung basiert.

3.3 Literaturauswahl und Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

3.3.1 Ausgewählte Literatur

Um die Auswahl der Literatur, welche ich für die Bearbeitung meiner Forschungsfrage herangezogen habe, zu begründen habe ich eine Tabelle erstellt, welche die Auswahl der Literatur darstellen soll, zu welchem Zweck diese ausgewählt wurde, auf welche Kriterien geachtet wurde und was die wichtigsten Informationen jener Quellen sind.

Was wurde ausgewählt?	Wozu? / Wie?	Wichtige Informationen/Notizen
Anell / Glenngård / Merkur (2012): Sweden: Health system review.	Der Bericht wurde gewählt, um einen Überblick über das gesamte schwedische Gesundheitssystem und dessen Organisation zu erörtern. Der WHO Bericht, beschreibt das Gesundheitssystem in allen Bereichen, weshalb ich mich für diesen entschied.	Allgemeine Beschreibung des gesamten schwedischen Gesundheitssystems, Beschreibung von Veränderungen und Ist-Stand, Statistiken zum schwedischen Gesundheitssystem, Psychiatrie jedoch nur kurz erklärt.
Bergmark / Bejerholm / Markström (2017): Policy Changes in Community Mental Health.	Die Auswahl erfolgte aufgrund der kritischen Auseinandersetzung der Autoren mit den Entwicklungen der De-Institutionalisierung in Schweden in den vergangenen Jahren. Ebenfalls wichtiges Kriterium: Reaktion der Regierung auf Interventionen, die sich an Benutzer*innen*innen psychischer Gesundheitssysteme richten.	Der Artikel beschreibt die Entwicklungen der De-Institutionalisierung, insbesondere wie Schweden in den letzten 20 Jahren auf der Ebene der Regierungspolitik auf diese neuen Entwicklungen reagiert hat.
Esping-Andersen (1993): The Three Worlds of Welfare Capitalism.	Durch mein Studium an der Umeå University habe ich mich bereits mit der Wohlfahrtstypologie Esping-Andersen's auseinandergesetzt, weshalb ich mich bei der Beschreibung des Wohlfahrtsstaates auf seine Literatur beziehe.	Definition sowie Kriterien des Begriffs „Wohlfahrtsstaat“ nach Esping-Andersen, Beschreibung der drei verschiedenen Typen.

Hadlaczky / Stefenson / Wasserman (2012): The state of psychiatry in Sweden.	Ist-Stand der Psychiatrie in Schweden beschreiben. Statistiken und Studien geben einen soliden Überblick über die aktuelle Lage der Psychiatrie und deren Herausforderungen.	Statistiken sowie relevante Studien zum Ist-Stand, aktuelle Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge.
Ismayr (Hrsg.) (1999): Die politischen Systeme Westeuropas.	Auf Empfehlung zugeschickt bekommen. Ich habe diese Quelle ausgewählt, um einen Einblick in das politische System des schwedischen Wohlfahrtsstaates zu erlangen, wobei hier besonders auf die Deskription der Kommunalpolitik geachtete wurde.	Einweisung in den politischen Aufbau des Landes und seine staatliche Verwaltung, Kommunalpolitik besonders relevant für den Gesundheitssektor.
Melke (2012): Mental health policy and the welfare state.	Quelle, welche mir auf Empfehlung weitergeleitet wurde, aktuelle Auseinandersetzung mit dem Psychiatriesystem in verschiedenen Wohlfahrtsstaaten, unter anderem in Schweden.	Beschreibung von Zugang und Nutzung des Psychiatriesystem sowie finanzielle Unterstützungsangebote.
Rosenberg (2009): Psychiatric disability in the community.	Diese Literatur wurde gewählt, da sie mir vom Autor selbst übermittelt und zur weiteren Bearbeitung meiner Forschungsfrage empfohlen wurde. Das Werk beschreibt unter anderem die Ziele der Psychiatrie-Reform in Schweden, geht aber auch auf die Studie des National Board of Health and Welfare ein, welche die Reform vier Jahre nach der Durchführung evaluiert hatte. Auch für die Beschreibung des Wohlfahrtssystems wurde das Buch genutzt.	Schwedische Gesundheitsversorgung und Behindertenpolitik, Die Psychiatrie Reform 1995, Ziele der Reform, die Zeit nach der Reform: Studie zu den Auswirkungen der Reform vier Jahre nach der Umsetzung.
Silverhielm / Kamis-Gould (2000): The swedish mental health system: Past, Present, Future.	Kriterium für die Auswahl war die kritische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie-Reform unmittelbar nach ihrer Umsetzung und fünf Jahre später. Beschreibung verschiedener Dienstleistungen. Die Literatur wurde gewählt, um die Zeit direkt nach	Beschreibung des schwedischen Psychiatriesystems, Historischer Rückblick, Stand fünf Jahre nach der Reform, Aufzählung möglicher Problematiken, Kritische Auseinandersetzung mit der Reform, Pläne für die Zukunft.

	der Psychiatriereform darzustellen.	
Stefansson / Hansson (2001): Mental health care reform in Sweden, 1995.	Inhalte der Psychiatriereform werden dargestellt und Auswirkungen auf die Zielgruppen werden aufgezeigt. Ausschlaggebendes Auswahlkriterium: Erscheinung nur wenige Jahre nach der Reform ermöglicht Einsicht in das System zeitnahe zur Reform.	Verwendung von Register, Fragebögen, Interviews und Fallstudien, um Änderungen der Lebensbedingungen für psychisch Erkrankte auf lokaler und nationaler Ebene sowie die Ressourcen der für sie erbrachten Dienstleistungen zu bewerten.

Tabelle 1: Die ausgewählte Literatur im Überblick (2020)

3.4 Auswertungsmethode

Um eine wissenschaftliche Auswertung der gesammelten Literatur vornehmen zu können, habe ich mich für die „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Mayring (Mayring / Brunner 2006: 455) entschieden. Mithilfe dieser qualitativen Inhaltsanalyse soll eine „Zuordnung von Textstellen zu inhaltsanalytischen Kategorien, die durch genaue Regeln [...] beschrieben wird“ (ebd.: 456 – 457) stattfinden. Dies bedeutet, dass die Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet werden sollte, um das erforderliche Wissen aus den Texten auf methodengesteuerte Weise herauszufiltern. Um die Ergebnisse weiter zu strukturieren und die Forschungsfrage zu beantworten, werden sie mithilfe einer Tabelle einem Kategoriesystem zugeordnet (vgl. Knapp 2008: 20). Dabei wird der untersuchte Text in Hauptkategorien zerlegt, woraufhin die „induktive Kategorienbildung“ folgt, in welchen Subkategorien gebildet werden. Die Inhalte werden in einzelne Teile aufgebrochen und strukturiert, um im Anschluss paraphrasiert zu werden. Ich habe mich für diese Auswertungsmethode entschieden, da es mir mit ihr möglich war, mich mit den Inhalten der Literatur kritisch auseinanderzusetzen und das gesammelte Material so zu reduzieren, dass es den wesentlichen Inhalt behält und einen prägnanten Überblick über das Grundmaterial herstellt (vgl. Mayring 2010: 66).

Um die gesammelten Ergebnisse, nochmals im Überblick darzustellen, wurden diese anhand der sogenannten „SWOT-Analyse“ (vgl. Pelz 2018) beschrieben. Mithilfe der angeführten Analyse werden Systeme anhand ihrer Stärken, Schwächen, Chancen sowie Risiken (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats) bewertet (vgl. ebd.). Das Ziel der Analyse ist es die Faktoren zu kombinieren, um daraus Empfehlungen für die Zukunft ableiten zu können.

4 Begriffsbestimmungen

4.1 Paradigma

Unter einem sogenannten Paradigma wird eine Denkweise oder ein Denkmuster verstanden, welches das wissenschaftliche Weltbild sowie die Weltsicht zu einem bestimmten Zeitpunkt prägt (vgl. Römer / Averhage 2006). Der Wissenschaftstheoretiker Thomas Kuhn hat in seinem Werk „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ (Kuhn 2003) den Begriff Paradigma geprägt. Laut Kuhn ist das Paradigma nicht rein durch theoretische Inhalte geprägt „sondern auch [durch] methodologische Normen und Werteinstellungen“ (vgl. Schurz 2014: 47). Paradigmen haben laut Kuhn einen bestimmten Lebenszyklus, welcher sich wie ein Kreislauf versteht (vgl. Römer / Averhage 2006). Werden im Laufe der Zeit neue Denkmuster und Erkenntnisse angesammelt, so kommt es zu der Suche nach neuen Paradigmen (vgl. Schurz 2014: 48):

„Mit einem Wechsel des Paradigmas sind jedoch, gemäß der ‚radikalen‘ Lesart Kuhns, alle gemeinsamen Rationalitätsstandards weggefallen, alle bisherigen Erfahrungsdaten werden neu interpretiert.“ (ebd.)

Der Prozess wird von den Autor*innen auch als Paradigmenwechsel beschrieben. Zu Beginn eines Paradigmenwechsel steht ein „visionärer Entwurf“ (vgl. Römer / Averhage 2006) welcher dann in eine Phase geleitet wird, in der die Umsetzung getestet wird. Alte Paradigmen werden in jenem Prozess hinterfragt, neue werden diesem direkt gegenübergestellt. Da das alte Paradigma als überholt gilt, wird dieses durch aktuellere Denkweisen ersetzt (vgl. ebd.).

4.2 Psychiatriereform

Die Psychiatriereform ist ein Terminus für den international fortlaufenden Prozess zur Neuorganisation der Psychiatrien, wobei die einzelnen Reformen auf nationaler Basis verschiedene Inhalte enthalten (vgl. Schott / Tölle 2006: 306). Darunter fallen besonders die „Veränderungen und Erneuerungen der Nachkriegsjahrzehnte in der Psychiatrie“ (ebd.). Das Ziel jener Reformen ist es, die allgemeine Situation und das Wohlergehen psychisch erkrankter Menschen weitgehend durch sozialpolitische Initiativen der Regierung, zu verbessern (vgl. ebd.).

„Fragt man, was die Psychiatriereform in Gang gebracht hat, sind verschiedene Bedingungen und Initiativen zu nennen. Das Unbehagen an den herkömmlichen misslichen Verhältnissen im Anstaltswesen nahm zu.“ (ebd.)

Darunter lässt sich verstehen, dass die veralteten Therapiemethoden sowie der Einsatz von bestimmten Psychopharmaka zu Ablehnung der bestehenden Versorgungsverhältnisse in der Gesellschaft führte, woraus schließlich resultierte, dass herkömmliche Verhältnisse hinterfragt wurden und in Richtung einer Renovierung der Psychiatrie gearbeitet wurde (vgl. ebd.). Um

die Ziele einer Reform festzuschreiben und zu erreichen, braucht es neue Gesetzgebungen, welche die Rahmenbedingungen schaffen sollen. So beschreibt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) den Reformierungsprozess als einen Prozess der Änderungen der formalen Rahmenbedingungen, einschließlich neuer Gesetze und Vorschriften, um Probleme innerhalb eines Systems zu lösen oder Ziele zu erreichen. Dies sei laut der OECD oftmals ein komplexer politischer Ablauf (vgl. OECD 2006).

4.3 Wohlfahrtsstaat

Der Begriff des Wohlfahrtsstaates wird durch Autor*innen verschieden aufgefasst und definiert. Dies könnte durchaus der Tatsache entspringen, dass der Begriff in verschiedenen Ländern sowie Kulturen unterschiedlich wahrgenommen wird (vgl. Andersen 2012: 12). Der Historiker Asa Briggs hat in seinem Werk „The Welfare State in Historical Perspective“ eine Definition hergestellt, welche den Begriff auf seine Kernpunkte zusammenfasst:

“A welfare state is a state in which organized power is deliberately used (through politics and administration) in an effort to modify the play of the market forces in at least three directions.” (Briggs 1961:)

Briggs stellt mit dieser Aussage fest, dass der Wohlfahrtsstaat die Auswirkungen des Marktes durch die Politik und Verwaltung in drei verschiedene Richtungen verändert (vgl. ebd.). Diese drei Richtungen werden durch den Historiker wie folgt beschrieben:

- Der Wohlfahrtsstaat zeichnet sich durch die Gewährleistung eines Mindesteinkommens von Individuen und Familien aus, welches jedoch unabhängig von Eigentum, Arbeit oder Status der Personen gewährt wird (vgl. ebd.).
- Der Staat muss Einzelpersonen sowie Familien im Falle von Alter, Krankheit sowie Arbeitslosigkeit, Sicherheit bieten, um jene Personen sowie Familien vor eventuellen Krisen zu bewahren (vgl. ebd.).
- Soziale Dienste müssen den Bürger*innen, unabhängig von Status oder Klasse, unter denselben Voraussetzungen sowie denselben Standards zu Verfügung stehen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der Wohlfahrtsstaat den Bürger*innen eine Art Mindestgarantie bietet, die sich durch eine Armutsbekämpfung, einer Abdeckung verschiedener sozialer Risiken sowie eine Versorgung durch verschiedenste Dienstleistungen kennzeichnen lässt (vgl. Andersen 2012: 4). Er bezieht sich auf ein soziales System, in dem der Staat Autorität und Verantwortung trägt, die Sicherheit und das Wohlergehen der Mitbürger*innen in sozialer sowie wirtschaftlicher Hinsicht zu fördern (vgl. Vogliotti / Vattai 2014: 12). Ein Wohlfahrtsstaat zeichnet sich nicht nur durch die politischen Entscheidungen eines Staates aus, sondern ist ebenfalls „eng mit den Beziehungen verbunden, die zwischen

den drei Akteuren (Staat, Familie, Markt) und der Form der Ergänzung zwischen Wirtschaft und Gesellschaft (Umverteilung, Gegenseitigkeit, Marktaustausch) herrschen“ (ebd.: 12).

4.3.1 Das Klassifizierungsmodell der Wohlfahrtsstaaten nach Esping-Andersen

Zwischen den verschiedenen Studien zu den Wohlfahrtstypologien zählt jene vom dänischen Soziologen Gøsta Esping-Andersen zu einer der bekanntesten (vgl. Vogliotti / Vattai 2014: 15). In seinem Werk „The Three Worlds of Welfare Capitalism“ knüpft er an die Typologie des Sozialwissenschaftlers Richard Titmuss an und geht auf die Beschreibung eines Wohlfahrtsstaates ein. Seine Definition des Wohlfahrtsstaates beruht auf der Aussage, dass „die Summe des sozialen Wohlbefindens von der Art und Weise abhängig ist, mit der die Inputs des Staates, des Marktes und der Familie miteinander verbunden werden“ (ebd.: 16). Somit geht Esping-Andersen in seinem Werk darauf ein, dass die Produktion des Wohlstands eines Staates nicht allein vom Staat abhängig zu machen ist, sondern ein Zusammenspiel der verschiedenen Akteure sei.

Dem Soziologen zufolge sind die beiden Grundmerkmale des Wohlfahrtsstaates Dekommodifizierung und Stratifizierung (vgl. Esping-Andersen 1993: 22 – 26). Dekommodifizierung beschreibt die Interaktion zwischen dem Markt, den im Wohlfahrtsstaat lebenden Menschen und dem Staat selbst (vgl. ebd.: 22). Je stärker die Unabhängigkeit des*der Arbeitnehmers*in oder des*der Einzelnen vom Markt ist, desto größer ist der Dekommodifizierungseffekt des Wohlfahrtsstaates, das heißt, der Einfluss des Staates zur Sicherung der Wohlfahrt ist größer (vgl. ebd.). Durch die Stratifizierung möchte Esping-Andersen zeigen, wie Individuen in verschiedenen Schichten angeordnet oder eingeordnet sind und welche Maßnahmen der Wohlfahrtsstaat zur Verhinderung sozialer Ungleichheit ergriffen hat (vgl. ebd.: 25). Anhand jener Unterschiede hat Esping-Andersen drei Wohlfahrtstypen ausgearbeitet:

- Der liberale Wohlfahrtstyp

Der liberale Sozialstaat ist vor allem auf den Markt angewiesen. Es gibt staatliche Fürsorge für die Bedürftigsten, aber nach qualifizierten Kriterien (vgl. ebd.: 26). Das Angebot selbst erfolgt über den Markt oder über die Individuen selbst. Die Dekommodifizierung ist in diesem System gering (vgl. ebd.). Als Beispiel nennt Esping-Andersen hier die Länder USA, Kanada und Australien (vgl. ebd.: 27).

- Der konservative Wohlfahrtstyp

Zu dieser Gruppe werden hier von Esping-Andersen beispielsweise die Länder Österreich, Frankreich, Deutschland und Italien gerechnet (vgl. ebd.). Das Subsidiaritätsprinzip wird in diesem Modell allgemein übernommen. Dieses, auch als korporatistischer Typ bezeichnete Wohlfahrtsregime regelt sozialpolitische Leistungen über Vereinbarungen der Verbände der Dienstgeber und Dienstnehmer, seine Leistungskultur ist sehr arbeitsmarktbezogen. Das Hauptaugenmerk dieses Modells liegt auf der traditionellen Familienkonstellation (vgl. ebd.).

Die Schichtung ist normalerweise sehr hoch und die Dekommodifizierung ist nur für Personen mit einer höheren Rolle auf dem Markt zutreffend (vgl. ebd.).

- Der sozialdemokratische Wohlfahrtstyp

Der sozialdemokratische (oder skandinavische) Wohlfahrtsstaat strebt einen hohen Grad an Dekommodifizierung an (vgl. ebd.: 28). Charakteristisch für das sozialdemokratische Modell ist es, Statusunterschiede weitgehend auszugleichen und der Markt spielt dabei keine große Rolle. Soziale Unterstützung der Gesellschaft wird staatlich organisiert und die sozialen Rechte erstrecken sich auf alle Klassen (vgl. ebd.: 27). Zu diesem Typus zählt Esping-Andersen vor allem die skandinavischen Länder Schweden, Norwegen und Finnland.

5 Der schwedische Wohlfahrtsstaat in Interaktion mit psychisch erkrankten Bürger*innen

Die Regierung Schwedens, oft beschrieben als sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaat, orientiert sich im Gegensatz zu anderen skandinavischen Ländern am „ostskandinavischen Modell“ (vgl. Jahn 1999: 120). Das Modell besagt, dass Kommunen und Gemeinden einen größeren Freiraum in der Entscheidungstätigkeit gegenüber der staatlichen Verwaltung haben. Die schwedischen Kommunen, auf schwedisch „kommun“ genannt, übernehmen die Kommunalverwaltung. Derzeit gibt es 290 Kommunen, welche auf 21 Provinzen („län“) aufgeteilt sind (vgl. Rosenberg 2009: 18). Die medizinische Behandlung wird zwar durch das nationale Gesetz über Gesundheit und medizinische Dienstleistungen geregelt, wird jedoch auf Provinzebene verwaltet, dazu zählt auch die Versorgung und Betreuung psychisch erkrankter Bürger*innen (vgl. ebd.).

Soziale Dienstleistungen werden durch die Kommunen bedarfsabhängig bereitgestellt, um lokal angemessene Lebensbedingungen zu ermöglichen (vgl. ebd.: 19). Die kommunalen Dienstleistungen beinhalten meist Dienste für Pensionist*innen, Dienste für Kinder, Jugendliche und Familien sowie Dienste für Personen mit psychischen, kognitiven oder körperlichen Einschränkungen (vgl. ebd.).

Neben den kommunalen Sozialdiensten, findet auch eine enge Interaktion mit anderen Wohlfahrtsbehörden statt. Dazu zählen unter anderem die provinzansässige Fachpsychiatrie, Arbeits- und Sozialversicherungsämter aber auch das kommunale Primärversorgungszentrum (vgl. ebd.). Bei der Bereitstellung kommunaler Dienstleistungen orientiert sich der Wohlfahrtsstaat am sogenannten „Social Services Act“, einem Rahmengesetz, das auf der Grundlage der örtlichen Gegebenheiten Raum für die Entwicklung von Dienstleistungen schaffen soll (vgl. ebd.). Der Social Services Act wurde das erste Mal 1982 beschlossen und beinhaltet folgende Gesetzgebung:

“Public social services shall, on a basis of democracy and solidarity, promote peoples
- Economic and social security
- Equality of living conditions
- Active participation in the life of the community.
[...] social services shall be aimed at liberating and developing the innate resources of individuals and groups.” (Social Services Act 2001, Chapter 1, Section 1)

Daraus lässt sich also schließen, dass alle Gemeindemitglieder das Recht haben, auf der Grundlage von Respekt, Selbstbestimmung und Integrität aktiv am Gemeinschaftsleben teilzunehmen (vgl. ebd.).

6 Der Wandel des schwedischen Psychiatriesystems

6.1 De-Institutionalisierung als nationaler Trend: Der Weg zur Psychiatriereform

Zu Beginn der siebziger Jahre setzte in Schweden der Prozess der De-Institutionalisierung ein. Da kaum ambulante Hilfen für psychisch erkrankte Bürger*innen zur Verfügung standen, sollte eine Wandlung der Unterstützungsangebote von der institutionellen hin zur gemeindebasierten Versorgung stattfinden (vgl. Rosenberg 2009: 23). Zu einem Zeitpunkt, als die psychiatrische Versorgung in der allgemeinen Debatte häufig in Frage gestellt wurde, verfügte Schweden über mehr stationäre psychiatrische Betten als jedes andere Land. So war ein wichtiger Schritt im Rahmen der De-Institutionalisierung die Entwicklung alternativer kommunaler psychosozialer Dienste, deren Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung liegen (vgl. Bergmark et. al. 2017: 96). Sozialdienste sollten es den Menschen ermöglichen, außerhalb von Institutionen zu leben und durch ambulante Hilfsangebote sollten lange Krankenhausaufenthalte verringert werden. Aufgrund mangelnder Qualifikationen des medizinischen sowie sozialen Versorgungsteams in den außerklinischen Einheiten, wurde eine Erweiterung der fachlichen Zusammensetzung ambulanter Teams angeregt, weshalb das Personal vor Ort durch Krankenpfleger*innen, Psychiater*innen und Sozialarbeiter*innen ergänzt wurde, welche speziell auf das Fachgebiet der Psychiatrie ausgebildet wurden. Dies wurde durch die Entscheidung initiiert, die Verantwortung für die Befriedung der allgemeinen Bedürfnisse psychisch Erkrankter vom Staat an die Gemeinden zu übertragen (Stefansson / Hansson 2001: 82). In Verbindung mit dem schwedischen Gesetz über soziale Dienstleistungen von 1982 wurde die Verantwortung für soziale Unterstützungsangebote, besonders in Bezug auf die Wohnsituation der Patient*innen sowie auf die Alltagsbeschäftigung, auf die kommunalen sozialen Dienste übertragen (vgl. Rosenberg 2009: 23). Anfang der neunziger Jahre, hat der parlamentarische Ausschuss für Psychiatrie in Schweden jedoch betont, dass die Bemühungen um die Erbringung sozialer Dienstleistungen für die psychisch erkrankten Menschen im Land noch längst unzureichend waren (vgl.ebd.).

„While policy began to point in the direction of an increase in outpatient services, the development and implementation of such services lagged“ (Rosenberg 2009: 23).

Da die gewünschten Entwicklungen nicht eingetreten waren und der Staat die Herausforderungen, die bei der Implementierung der De-Institutionalisierung entstanden, erkannte, wurde im Jahr 1992 eine Studie durchgeführt, die vom parlamentarischen Ausschuss für Psychiatrie gesponsert worden war. Die Untersuchung sollte eine allgemeine Beurteilung der aktuellen Situation für psychisch Erkrankte in Schweden darstellen (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 295). Wie diese Untersuchung nachweist, war der allgemeine Zustand von psychisch Erkrankten weit unter dem durchschnittlichen Standard im Vergleich zum Zustand anderer Bürger*innen (vgl. ebd.).

“For example, among persons receiving disability payment due to mental illness, two thirds stated that they could not afford a holiday trip. The corresponding figure was 47% for the physically disabled, and 30% for the general population.” (ebd.: 294)

Die Autorinnen betonen an dieser Stelle, dass die Invaliditätsbeihilfe für Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung um 17% höher war, als jene für psychisch erkrankte Bürger*innen, weshalb zwei Drittel psychisch erkrankter Personen angaben, sich keinen Urlaub leisten zu können. Außerdem wurden unter anderem Menschen mit einer langfristig psychischen Erkrankung nicht durchgehend zufriedenstellend behandelt. Die medizinische Behandlung stand im Mittelpunkt, andere Bedürfnisse, unter anderem psychosoziale Unterstützungen wie die Alltagsbewältigung, konnten nicht befriedigt werden (vgl. Bergmark et. al. 2017: 96). Demnach wurde festgestellt, dass sich die Koordination zwischen dem medizinischen Behandlungsdienst des Landeskreises und den kommunalen Sozialdiensten als unzulänglich erwies. Der Untersuchungsbericht des Parlaments zur psychischen Gesundheit war der Ausgangspunkt für die Umsetzung der Psychiatrie-Reform von 1995 (vgl. Bergmark et. al. 2017: 98).

6.2 Die große Reform der schwedischen Psychiatrie 1995

Die Ergebnisse des erwähnten Untersuchungsberichts haben den klaren Bedarf einer Umstrukturierung des psychiatrischen Systems in Schweden aufgezeigt. Durch die im Januar 1995 in Kraft getretene Reform der psychischen Gesundheit wurden daher die Aufgaben der lokalen Sozialdienste geklärt. Diese sollten es der Zielgruppe ermöglichen, außerhalb der Einrichtung zu leben, und psychiatrische Versorgungsorganisationen sollten ihre Bemühungen anpassen und geeignete Behandlungen entwickeln (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83). Die kommunalen Sozialen Dienste und psychiatrische Behandlungseinrichtungen müssen sich in Zusammenarbeit mit Zielgruppen gegenseitig unterstützen.

Die zur Umsetzung des Mandats vorgenommenen Änderungen sind teilweise auf Gesetzesänderungen und teilweise auf verschiedene Formen staatlicher Unterstützung und Subventionen zurückzuführen (vgl. ebd.). Die Reform richtet sich an Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen.

Das Ziel der Psychiatrie Reform war es psychisch erkrankten Menschen soziale Integration und ein bestmögliches Leben in Gleichberechtigung und Respekt zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurden folgende Absichten formuliert (vgl. Rosenberg 2009: 24):

- Anspruch auf die gleichen Rechte und Pflichten wie alle anderen Bürger*Innen
- Qualitativ hochwertiger Service wird basierend auf persönlichen Umständen und Bedürfnissen entwickelt
- Hilfeleistungen, sollen so zur Verfügung gestellt werden, dass diese auf den eigenen Entscheidungen und Prioritäten des Einzelnen beruhen
- Die Bereitstellung von Dienstleistungen soll möglichst lokal und vor Ort stattfinden, so dass diese einfach zu erreichen sind.
- Soziale Dienste werden so gestaltet, dass sie Unabhängigkeit und Integrität beim*bei der Einzelnen fördern

- Gestaltung der Services sollen das persönliche Wohlbefinden der Zielgruppe unterstützen (vgl. ebd.)

Die Dienste sollten so gestaltet sein, dass sie den Bedürfnissen und Präferenzen der Menschen in offener und normaler Form entsprechen und die Unabhängigkeit und Integration der Nutzer*innen in der Gesellschaft unterstützen (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83). Dabei steht die Verbesserung der Lebensbedingungen stets im Fokus. Spezialisierte Fachpsychiatrien in der Region wurden angewiesen, ihre Bemühungen anzupassen, geeignete Behandlungsmethoden zu entwickeln und die Arbeit der lokalen Sozialdienste zu unterstützen (vgl. Rosenberg 2009: 24). Die Kommunen sollten die Hauptverantwortung für die Umsetzung des Konzepts der schwedischen Psychiatriereform tragen. Darüber hinaus sollten sich die Organisationen innerhalb der Kommunen und Landeskreise darauf einigen, wie sie in Zukunft bei der Reform der psychiatrischen Versorgung zusammenarbeiten können, um den Bedürfnissen von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung gerecht zu werden (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 84). Diese Programme beinhalteten unter anderem Entwicklung von Unterstützung und Interaktion im Zusammenhang mit Drogenkonsumenten mit schweren psychischen Erkrankungen, da es große Schwierigkeiten gibt, wirksame Hilfen und Programme in diesem Bereich bereitzustellen (vgl. ebd.). Des Weiteren wurden Familienprogramme, mit besonderem Schwerpunkt auf Familienerziehung sowie Informationsaktivitäten und Unterstützung für Kinder deren Angehörigen unter einer psychischen Erkrankung leiden, entwickelt. Zusätzlich wurde die Entwicklung von Nutzer*innenverbänden gefördert, die sich auf benutzerorientierte Aktivitäten konzentrieren, um Isolation zu vermeiden, positive Unterhaltungsaktivitäten unterstützen und bessere soziale Netzwerke zu stärken (vgl. ebd.).

6.2.1 Staatliche Subventionen zur Förderung der kommunalbasierten Versorgung

Um die Reformvorschläge umsetzen zu können, wurden allgemeine staatliche Subventionen ausgezahlt. Diese betragen zum Zeitpunkt der Reform 1,2 Milliarden schwedische Kronen (\approx 113, 6 Millionen Euro) (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83). Die Provinzen haben Subventionen erhalten, welche auf drei Jahre aufgeteilt wurden, um einen Übergang von der institutionellen zur kommunalen und ambulanten Versorgung zu erleichtern. Die Zuschüsse wurden je nach Bevölkerung in jeder Region verteilt und hauptsächlich zur Verbesserung der Interaktion zwischen psychiatrischer Versorgung und kommunalen Sozialdiensten verwendet (vgl. ebd.). Damit die Subventionen gewährt werden konnten, mussten die psychiatrischen Versorgungseinheiten sowie die Sozialdienste eine Vereinbarung eingehen, die besagte, dass die Rehabilitationseinheiten der psychiatrischen Versorgungskliniken in die kommunalen Sozialdienste, gemeinsam mit dem vorhandenen Budget der jeweiligen Einheit, überführt werden (vgl. ebd.). Gemeinsam sollten dann Programme erarbeitet werden, welche im Sinne der Psychiatriereform wirken. Die Programme werden durch die Subventionen finanziert. Zusätzlich gingen 15% des staatlichen Budgets für den Bereich psychische Gesundheit im Jahr 1995 an die Kommunen, um Alternativen zum Krankenhausaufenthalt für psychisch Erkrankte zu errichten (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 297).

6.2.2 Neue Gesetzgebungen

Im Rahmen der Reformierung wurden durch die schwedische Regierung Gesetzgebungen erneuert und erweitert. Es folgte die Entwicklung eines neuen Leitfadens für körperlich, kognitiv sowie psychisch beeinträchtigte Bürger*innen, der ein Dienstleistungsrecht schafft, das individuell umgesetzt werden kann (vgl. Maycraft Kall 2014: 609).

Der „Swedish Disability Act“ (ebd.) wurde durch das Parlament so formuliert, dass die Bürger*innen, welche unter einer Beeinträchtigung jeglicher Art leiden, Unterstützung und soziale Dienstleistungen innerhalb der Kommune genießen können, unter denselben Voraussetzungen wie alle anderen Bewohner*innen. Der Reformprozess ist jedoch dualistisch (vgl. ebd.: 610). Die Behindertenkommission hat Richtlinien für körperliche und Lernbehinderungen entwickelt, während sich ein Komitee für psychische Gesundheit mit psychisch Erkrankten befasst (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83).

“The Act specified ten concrete [...] services: county healthcare organizations provided medical treatments and counseling; whereas [mentally; d. Verf.] disabled people could demand specified social support services from municipalities: personal assistance,⁵ companions, contact persons, respite care, adapted housing, daily activities, communication and translation services and daily activities or adapted work.” (Maycraft Kall 2014: 611).

Das Gesetz sieht vielerlei spezifische Formen der Hilfe vor, die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung erhalten können, einschließlich Beratung und Unterstützung, persönliche Hilfe, besondere Dienste, Kontaktpersonen und Begleitung (vgl. ebd.). Eine Bewertung der Auswirkungen des Gesetzes zeigt, dass dieses Menschen mit langfristigen psychiatrischen Beeinträchtigungen nicht angemessen betrifft (vgl. ebd.). Betroffene müssen selbst Hilfe bei den sozialen Diensten anstreben. Infolgedessen erhielten nur wenige schwer psychisch erkrankte Patient*innen, die nach diesem Gesetz Anspruch auf Intervention haben, tatsächlich eine Intervention oder Unterstützung. Die Gesetzgebung wurde von der Regierung als „rights-based law“ (Maycraft Kall 2014: 614) beschrieben, was bedeutet, dass es sich um eine ergänzende Gesetzgebung handelt, die den Bedarf an Unterstützung, auf den diese Person nach anderen Gesetzen Anspruch hat, nicht verringern kann (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83). Die Konstruktion des Gesetzes ergab, dass die Rahmenbedingungen durch die Regierung vorgegeben wurden, die Entscheidungsmacht über wichtige Faktoren wie Anspruchsvoraussetzungen und Dienstinhalt der Kommunalverwaltung überlassen wurde.

Auch der "Social Service Act" wurde im Rahmen der Reform erneut präzisiert. Der Social Service Act ist eine allgemeine Wohlfahrtsgesetzgebung für alle Bürger*innen, die öffentliche Unterstützung benötigen und beschränkt sich nicht nur auf Menschen mit psychiatrischen, körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. ebd.). Die Gesetzgebung für soziale Dienste bietet verschiedene Arten finanzieller und praktischer Hilfe, ist jedoch weit von der Großzügigkeit des Swedish Disability Acts entfernt (vgl. Maycraft Kall 2014: 611). Das Gesetz legt auch die Verantwortlichkeiten von psychiatrischen Organisationen, Primärversorgungszentren und der kommunalen Sozialdienste für Rehabilitation und Anpassung fest. Die Dienstleistungen dieser Gesetzgebung waren bedürftigkeitsabhängig.

Diese Änderungen verpflichten unter anderem die kommunale Sozialabteilung, Öffentlichkeitsarbeit für psychisch beeinträchtigte Menschen durchzuführen (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83).

“Outreach activities are meant to engage a large audience and to bring knowledge and expertise on a particular topic to the general public. Outreach activities can take several forms, such as school presentations, workshops, public talks. [...] Outreach implies an interaction between the sender and the receiver of the message.” (Europäische Kommission 2020)

Damit die Zielgruppen von den kommunalen Angeboten erfahren, sollten die Träger der sozialen Dienstleistungen daran arbeiten, den Service möglichst bürgernah zu vermitteln. Die Form und Art der Öffentlichkeitsarbeit blieb den Kommunen selbst überlassen, verpflichtend war jedoch allgemein die Durchführung solcher Aktivitäten sowie die Vernetzung zu Bürger*Innen, anderen sozialen Diensten und Versorgungseinheiten (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83).

Mit dem „Municipal Financial Responsibility Act“ (vgl. ebd.) wurde im Jahr 1995 ein weiteres Gesetz verabschiedet. Der Municipal Financial Responsibility Act schreibt vor, dass die kommunalen Behörden für die Versorgungskosten der Patient*innen aufkommen müssen, von denen angenommen wird, dass sie im stationären psychiatrischen System eine angemessene medizinische Behandlung erhalten haben, nachdem sie drei aufeinanderfolgende Monate von Fachärzt*Innen und Psychiater*innen behandelt worden sind, aber aufgrund von unzureichenden kommunalen Dienstleistungen nicht in ein gemeinschaftsbasiertes unabhängiges Leben oder ein betreutes Wohnen integriert werden konnten (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 294). Dies sollte die Entwicklung eines ausreichenden Angebots von qualitativen Wohneinrichtungen innerhalb der Kommunen anregen, besonders für Patient*innen die von Langzeit Krankenhausaufenthalten betroffen sind (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83).

Diese Gesetze zielen gemeinsam darauf ab, die sozialen Investitionen in psychosoziale Dienstleistungen für das Leben der Betroffenen zu erhöhen, indem qualitativ hochwertiges Wohnen, tägliche Aktivitäten, Arbeit, Unterhaltung, Rehabilitation und soziale Beziehungen sichergestellt werden (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 294).

“Roles and responsibilities for social welfare and primary health care for mentally disabled persons are assigned by these statutes to social services and medical care organizations, respectively.” (ebd.)

Sie implizierten auch, dass Sozialdienste und Organisationen für psychische Gesundheit klare Verantwortlichkeiten für psychiatrische und Sozialhilfeprojekte für psychisch beeinträchtigte Menschen erhalten (vgl. ebd).

6.3 Die Entwicklungen nach der Reform

Die Zeit nach der Reform in Schweden war (1995 – 2003) von verschiedenen Facetten geprägt. Auch wenn sie einige positive Effekte auf das Psychiatriesystem hatte, brachte sie auch zeitgleich Problematiken mit sich welche das zerbrechliche Fundament der weitläufigen Reform zum Vorschein brachten. Vier Jahre nach der Reform wurde das „National Board of Health and Welfare“ durch die Regierung beauftragt, die Auswirkungen der Psychiatriereform zu untersuchen (vgl. Rosenberg 2009: 25). Das Komitee ist verantwortlich für die Festlegung von Normen und Standards, die Bereitstellung von Unterstützung, die Überwachung der Einhaltung durch Datenerfassung und -analyse sowie die Verbreitung von Informationen (vgl. Anell et.al. 2012: 25). Die Untersuchung konzentrierte sich auf die Auswirkungen der Reform auf die Lebensbedingungen und die allgemeine Lebensqualität von Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern.

6.3.1 Kooperation und Zusammenarbeit

Die Verbesserung der Zusammenarbeit und Integration zwischen sozialen und psychiatrischen Diensten ist das zentrale Ziel der Reform. Bis zu einem gewissen Grad ist diese Art der Zusammenarbeit jedoch immer noch von Interessenskonflikten auf struktureller und kultureller Ebene geprägt und die Verantwortlichkeiten in einigen Bereichen sind noch nicht klar (vgl. Rosenberg 2009: 25). So bleibt beispielsweise die soziale Rehabilitation, die psychiatrische Rehabilitation und die arbeitsorientierte Rehabilitation in der Verantwortung verschiedener Behörden (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 86). Case Management wird im kommunalen Zentrum für psychische Gesundheit angeboten, wobei die Verantwortlichkeiten eine stärkere koordinierte Organisationsstruktur zwischen den Sozialdiensten und den psychiatrischen Kliniken erfordern. Die Studie betont die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur*innen zu verbessern, um organisatorische Probleme zu beseitigen und eine gemeinsame Wissensbasis zur Lösung dieser Probleme aufzubauen (vgl. Rosenberg 2009: 26).

“These results point out that better co-operation is necessary, not only between social services and psychiatric services, but between all community-based services targeting the severely mentally ill.” (Stefansson / Hansson 2001: 87)

Jedoch haben die Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten auch Auswirkungen auf die Patient*innen. Dies bedeutet, dass psychisch schwerkranke Menschen trotz der laufenden Reformarbeit nach wie vor mit einer Betreuungs- und Unterstützungssituation konfrontiert sind, die in vielerlei Hinsicht durch eine Zersplitterung der gemeindenahen Dienste gekennzeichnet ist. Diese sind nicht umfassend und koordiniert, wie es nötig wäre, um den Bedürfnissen der Betroffenen am besten gerecht zu werden (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 86).

6.3.2 Wissen und Kompetenzen der Mitarbeiter*innen

Mit der Psychiatrie-Reform wurde der größte Teil der Bereitstellung von Sozialdiensten und Unterstützung des Personals für psychische Gesundheit an die örtlichen Kommunen übertragen. Somit wurde ein Teil der früheren Mitarbeiter*innen von den Kommunen angestellt; diese erhielten zeitgleich die Verantwortung für die gemeinschaftsbezogene Arbeit (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 200: 300). Dieses Personal hat, laut des Berichtes unzureichende Möglichkeiten zur Verfügung gestellt bekommen, sich angepasstes Wissen und Kompetenzen anzueignen.

Laut des Berichtes ist es unabdingbar, dass neue Aufgaben neue Fähigkeiten erfordern und das erforderliche Fachwissen sollte den gesamten Bereich von der Kenntnis der Lebensbedingungen und sozialen Bedingungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen bis zum Verständnis der Art von Beeinträchtigungen abdecken (vgl. Rosenberg 2009: 26). Zusätzlich entsteht bei den Mitarbeiter*innen aufgrund von (durchaus nicht ungewöhnlichen) Drohungen und Gewalttaten im psychiatrischen Alltag ein erhöhter Druck. Die unrealistischen Erwartungen von Politiker*innen, Patient*innen und ihren Familien haben auch die Schwierigkeiten und das Risiko der Erschöpfung des Personals erhöht (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 200: 300).

6.3.3 Klient*Innenorientierte Unterstützung

Einer der Schwerpunkte der Reform war die klient*innenorientierte Unterstützung. Die Entwicklung von diversen zielgruppenorientierten Aktivitäten wurde durch staatliche Subventionen gefördert (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 86).

“The development and strengthening of the target group's social lives in general and their social networks were considered of great significance.” (ebd.)

Die meisten der zielgruppenbezogenen Aktivitäten beschäftigen sich mit täglichen Aktivitäten wie kleinen Bauarbeiten und mit Bildung. Jedoch berichtete die Studie des National Board of Health and Welfare, dass die Betroffenen nach wie vor wenig bis keinen Einfluss auf die Art der Unterstützung sowie Behandlung hätten. Die Möglichkeit, dass Benutzergruppen die Form und den Inhalt von Aktivitäten beeinflussen, erwies sich als unzureichend (vgl. Rosenberg 2009: 26). Aufgrund dessen wurde aufgedeckt, dass viele Bedürfnisse hinsichtlich der täglichen Beschäftigung und sozialen Beziehungen unzureichend gedeckt wurden (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 86). Demnach wurde weiterhin daran gearbeitet, nutzer*innenorientierte Aktivitäten zu unterstützen und ins Leben zu rufen. Laut Expert*innen steht es fest, dass nutzer*innengesteuerte Peer-Unterstützung, beispielsweise auf der Grundlage von Selbsthilfegruppen, bei der Entwicklung guter Berufs- oder Freizeitaktivitäten wirksam ist (vgl. ebd.: 87).

6.3.4 Unterstützung für Angehörige

Da Familien viel Förderung in ihrer Rolle der Unterstützer für die Betroffenen benötigen, müssen die Akteur*innen des psychischen Gesundheitssystems Methoden entwickeln, um die Familien der Nutzer*innen zu unterstützen. Besonderer Wert wurde daher in der Reform auf die Familienbildung und -information gelegt (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 86). Verschiedene Projekte wurden durch die Interessensgruppen ins Leben gerufen, um Familienaktivitäten zu unterstützen (vgl. ebd.). Dabei stellte sich heraus, dass Kinder von psychisch erkrankten Menschen besonderen Unterstützungsbedarf haben und dass keine adäquaten Hilfen für diese Zielgruppe zur Verfügung stehen (vgl. ebd.). Obwohl verschiedene Projekte entwickelt wurden und eine erhöhte Aufmerksamkeit für Familien psychisch beeinträchtigter Personen herrschte, spiegelte sich dies nicht in einer geringeren Belastungswahrnehmung dieser Familien wider. Die Studie zeigte auch, dass Angehörige weiterhin eine geringe Teilnahme am Therapieprozess erleben und der Meinung sind, dass sie nicht vollständig an der Behandlung von Patienten beteiligt seien (vgl. ebd.). Außerdem berichteten Familien, dass diese selbst Unterstützung von den Sozialdiensten und Psychiatrischen Einrichtungen benötigen, die jedoch nicht ausreichend gegeben ist. Deswegen beschloss der Ausschuss, dass die Unterstützungsprogramme im Bereich der Familienunterstützung einen breiteren Ansatz entwickeln müssen (vgl. ebd.).

6.3.5 Öffentlichkeitsarbeit in den Kommunen

Eine weitere Studie des National Board of Health and Welfare ergab, dass deutlich weniger Bürger*innen Soziale Dienste in Anspruch nahmen, als man dies zuvor erwartet hatte (vgl. Rosenberg 2009: 27). Das Resultat wurde auf die unzureichende Öffentlichkeitsarbeit der kommunalen Sozialabteilung zurückgeführt, welche sich im Rahmen der Reform zur Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet hatte. Die Autor*innen Silfverhielm und Kamis-Gould sehen, das Problem auch im Social Sevices Act:

“A major shortcoming of the [...] Services Act is that it expects the disabled person to seek assistance on his/her own. This is especially true in Sweden where, seeking help entails the capacity to take initiative, contact the authorities, submit applications, etc.” (Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 304)

Die Aussage impliziert, dass psychisch erkrankte Bürger*innen in Schweden beim Aufsuchen eines kommunalen Sozialdienstes Eigeninitiative zeigen und selbst Kontakt zur Einrichtung aufnehmen müssen. Jedoch soll dies, in Anbetracht des gesundheitlichen Zustands von Langzeiterkrankten, eher unrealistisch sein (vgl. ebd.). Tatsächlich benötigen die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen persönliche und qualifizierte Unterstützung, um Hilfe zu beantragen (vgl. ebd.). Außerdem braucht es, um Eigeninitiative zu zeigen und sich ohne Hilfe an die Einrichtungen zu wenden, ausreichendes Wissen über das Angebot in der Kommune. Dies könnte sich in Anbetracht der Konsequenzen zu einer Problematik entwickeln, wenn psychisch Erkrankte nicht wissen, was die Kommunen anbieten und daher soziale Dienste nicht nutzen (vgl. Rosenberg 2009: 27). Hier setzt die Öffentlichkeitsarbeit ein, welche von den Sozialdiensten intensiviert werden sollte, um Menschen mit psychischen

Beeinträchtigungen den Zugang zu sozialen Unterstützungsangeboten zu erleichtern (vgl. ebd.).

6.4 Der Ist-Stand der schwedischen Psychiatrie

Der De-Institutionalisierungs-Prozess der Psychiatrie in Schweden hat zur Entwicklung eines neuen Gesundheitssystems geführt. Die spezialisierten psychiatrischen Krankenhäuser in Schweden wurden geschlossen und durch stationäre Behandlungen in psychiatrischen Stationen von Allgemeinkrankenhäusern ersetzt. Stationäre Aufenthalte wurden stark reduziert, Langzeitaufenthalte wurden vermindert, in dem die Verantwortung der Rehabilitation sowie der psychosozialen Betreuung den örtlichen Kommunen übergeben wurde. So lag der Bestand an psychiatrischen Betten im Jahr 1967 bei etwa vier psychiatrischen Betten pro 1000 Bewohner*innen und wurde im Jahr 2006 auf etwa 0,50 Betten reduziert (Rosenberg 2009: 23). Die Primärversorgung bildet das Fundament des Gesundheitssystems und es gibt mehr als 1.100 Primärversorgungszentren im Land. Auf Bezirksebene gibt es etwa 70 Krankenhäuser, welche fachärztliche sowie Notfallversorgung bieten. (vgl. Anell et. al. 2012: 17).

6.4.1 Organisation und Finanzierung

Wie bereits im dritten Kapitel dieser Arbeit erwähnt wurde, ist das schwedische Gesundheitssystem in nationaler, regionaler und kommunaler Ebene gegliedert. So ist die Verantwortung für die psychosozialen Dienste zwischen den Provinzen, die für die Bereitstellung von Gesundheits- und medizinischen Diensten zuständig sind, und den Kommunen, die für soziale und allgemeine Dienste zuständig sind, aufgeteilt. Der Zentralstaat ist durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales für die allgemeine Gesundheitspolitik verantwortlich (vgl. Anell et. al. 2012: 17). Die medizinischen Dienste inkludieren sowohl institutionelle wie ambulante Hilfen. Einzugsgebiete für die einzelnen Einrichtungen wurden durch die schwedische Regierung eingeführt, welche das Ziel hatte, die strukturellen Einheiten für die Finanzierung, personelle Besetzung und Bereitstellung aller psychiatrischen Dienste in einem geographisch definierten Region bereitzustellen (vgl. Rosenberg 2009: 21). Seit dem Jahr 2005 gibt es im gesamten Land 100 dieser Gebiete, wobei jedes Gebiet über eine ambulante Betreuungseinheit verfügt und somit die Verantwortung für außerklinische Hilfen trägt (vgl. ebd.).

Die Finanzierung der Gesundheitskosten wird durch die „Swedish Social Insurance Agency“ (ebd.) gewährleistet. Die Versicherung gewährt Familien und Kindern, Menschen mit Beeinträchtigungen, die durch Krankheit, einen Unfall oder Alters resultiert sind, finanzielle Hilfen (vgl. ebd.). Jedoch machen die Patient*innenkosten nur einen kleinen Teil der gesamten Gesundheitskosten aus. Jährlich werden rund 80 Millionen schwedische Kronen (≈ 70 Millionen Euro) von den Sozialversicherungen an die Provinzen überwiesen, um die kommunalen Sozialdienste für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu unterstützen (vgl. Silfverhielm / Kamis Gould 2000: 297). Um das Gesundheitssystem zu finanzieren, gibt

es in Schweden direkte Nutzer*innengebühren sowohl für Krankenhausbesuche als auch für Besuche in der Primärversorgung. Die Höhe der Gebühren wird durch die Provinzen festgelegt (vgl. Anell et. al. 2012: 62). Jedoch gibt es einen maximalen Zuzahlungsbetrag, welchen die Bürger*innen jährlich bezahlen müssen. Im Jahr 2012 lag dieser Maximalbetrag für Arztbesuche bei 1100 schwedischen Kronen (\approx 101 Euro) für 12 Monate (vgl. ebd: 63). Die Nutzer*innengebühren werden zwischen Krankenhausaufenthalten und ambulanten Versorgungen unterschieden. Patient*innen im Alter über 20 Jahren müssen pro Tag etwa 80 SEK (\approx 7 Euro) an Krankenhausgebühren zahlen, mit geringfügigen Unterschieden zwischen den Provinzen (vgl. ebd.). Für Krankenhausaufenthalte gibt es keinen maximalen Zuzahlungsbetrag. (vgl. Melke 2010: 101). In Bezug auf Dienstleistungen für Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen müssen die von der Kommune erbrachten Dienstleistungen separat bezahlt werden. Im Juli 2002 wurde ein maximaler monatlicher Zuzahlungsbetrag für kommunale Sozialdienste für beeinträchtigte Bewohner*innen gesetzlich festgelegt (vgl. Anell et. al. 2012: 105). Der maximale Zuzahlungsbetrag für diese Dienstleistungen betrug im Jahr 2011 etwa 1712 schwedische Kronen monatlich (\approx 160 Euro).

6.4.2 Zugang zum Psychiatriesystem

Der Zugang zum schwedischen Psychiatriesystem ist für alle Bürger und Bürgerinnen offen. Jede Person mit einem psychischen Gesundheitsproblem kann in Schweden medizinische Versorgung durch Primärversorgung, spezialisierte psychiatrische Versorgung oder Notaufnahmen erhalten (vgl. Hadlaczky et. al. 2012: 358). Daher gibt es kein Bedürftigkeits- oder Beitragssystem, das die Patient*innenversorgung verhindern würde (vgl. Melke 2010: 100). Auch gibt es keine Hindernisse hinsichtlich der Überweisung: Patient*innen in Schweden können sich bei ihrem ersten Besuch direkt an einen Allgemeinarzt/ eine Allgemeinärztin oder Psychiater*in in ihrer Nähe wenden (vgl. ebd.: 102). In der Grundversorgung können Allgemeinmediziner*innen psychopharmakologische Behandlungen oder psychosoziale Unterstützung für kleinere psychische Gesundheitsprobleme anbieten. Schwerwiegendere Fälle werden jedoch an spezialisierte psychiatrische Einrichtungen weitergeleitet (vgl. Hadlaczky et. al. 2012: 358 - 359). Eine Bedarfsanalyse aller Personen mit lang andauernder psychischer Erkrankung in einem der Einzugsgebiete in Schweden ergab, dass 20% der Zielgruppe keine spezialisierte Psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen, sondern sich eher an die Primärversorgungszentren wenden (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 297). Menschen mit akuten psychischen Problemen suchen jedoch in der Regel direkt in spezialisierten psychiatrischen Diensten Hilfen (vgl. Anell et.al. 2012: 88). Bei der Ankunft in einer psychiatrischen Versorgungseinheit gibt es für Patient*innen die Möglichkeit von verschiedenen Professionist*innen untersucht zu werden. Sie werden entweder von einem*r Psychiater*in, einem*r Psycholog*in oder einer psychiatrischen Krankenpflegeperson untersucht. Diese¹ verschreiben der betroffenen Person dann eine psychopharmakologische Behandlung, Psychotherapie oder beides. Die Recherche ergab, dass lediglich 25% der Patient*innen tatsächlich von Psychiater*innen untersucht werden, der Rest trifft im Rahmen des Arztbesuches auf Allgemeinmediziner*innen oder psychiatrische Krankenpflegepersonen

¹ Krankenpflegepersonen können in Schweden unter bestimmten Voraussetzungen auch Rezepte ausstellen (vgl. Gatermann 2004).

(vgl. Hadlaczky et. al. 2012: 359) Dies könnte daran liegen, dass Schweden derzeit an einer allgemeinen Knappheit an Psychiater*innen leidet (vgl. ebd.: 356) Die schwedische psychiatrische Vereinigung betrachtet dies als großen Nachteil, da Patient*innen in hohem Maße von in Psychotherapie ausgebildeten Psychiater*innen profitieren werden, da Psychiater*innen alle Aufgaben übernehmen können, einschließlich Untersuchungen, Diagnosen, Verschreibungen von Medikamenten und verschiedene vorgeschlagene Behandlungsmöglichkeiten für psychische Probleme (vgl. ebd.).

Ambulante Hilfen werden in Form verschiedener sozialer Dienste angeboten. Eine der bedeutendsten Rollen kommt hier den Primärversorgungszentren der Kommunen zu, diese bilden nämlich die Grundlage des Gesundheitssystems in Schweden (vgl. Rosenberg 2009: 22). Die Primärversorgung umfasst Dienstleistungen, für die keine aufwendigen medizinischen Geräte erforderlich sind (vgl. Anell et. al. 2012: 88). Diese Dienstleistungen sind dafür verantwortlich, die Patient*innen auf die richtige Ebene innerhalb des Gesundheitssystems zu führen. Für Erwachsene mit kleineren psychischen Problemen bieten Allgemeinmediziner*innen in der Regel die erste Anlaufstelle für die Gesundheitsversorgung. Sie können ohne Voranmeldung von Bewohner*innen aufgesucht werden und haben in den meisten Gebieten rund um die Uhr geöffnet (vgl. ebd). Während der Recherche stellte sich heraus, dass die Zahl an Arztbesuchen pro Einwohner*in in der Primärversorgung zwischen 2005 und 2009 um mehr als 10% angestiegen ist (vgl. ebd.). Eine Möglichkeit weshalb die heutige ambulante Arbeitsbelastung höher ist, wäre, dass Patient*innen, die in der Vergangenheit in Krankenhäusern stationär behandelt wurden, jetzt in den ambulanten Primärversorgungszentren betreut werden (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 299).

Im Laufe der Jahre sind die stationären Krankenhauskapazitäten für psychisch Erkrankte stetig zurückgegangen, die Einrichtung gemeindenaher Dienste haben zu einem kontinuierlichen Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Dienste geführt (vgl. ebd.: 297). Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern ist Schweden ein Land mit sehr wenigen Krankenhausbetten geworden (vgl. Melke 2012: 103). Nicht nur die stationären Kapazitäten wurden verringert, auch die Aufenthaltsdauer der Patient*innen hat sich im Laufe der Jahre deutlich gekürzt. So konnte festgestellt werden, dass im Jahr 1997 einige Regionen 50% der Patient*innen einen über einjährigen Krankenhausaufenthalt hatten, wobei sich diese Zahl nach der Reform auf etwa 22% verringerte (vgl. Silfverhielm / Kamis-Gould 2000: 297). Aufgrund der relativ niedrigen Anzahl an stationären Kapazitäten für psychisch Erkrankte entstand im Jahr 2003 eine Debatte darüber, ob der aktuelle Stand überhaupt ausreichend sei, um die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen in der Gemeinde zu befriedigen. Dies wurde dadurch begründet, dass Menschen, deren Bedürfnisse bewusst wahrgenommen wurden und die daher um Hilfe in den psychiatrischen Versorgungseinheiten der Provinz ansuchten, nicht angemessen unterstützt werden konnten (vgl. Melke 2012: 103).).

„In the aftermath of this debate, the government appointed a national coordinator who would investigate the field for the coming years“ (ebd).

Meine Recherche ergab, dass sowohl Mitarbeiter*innen der psychiatrischen Versorgungseinheiten sowie deren Patient*innen einen Bettenmangel in der stationären Behandlung wahrnehmen. Es wurde betont, dass es schwerwiegende Mängel in diesem

Bereich gäbe, die den Zugang zur stationären Behandlung erschweren (vgl. ebd.). Spätere Evaluierungen ergaben, dass derzeit etwa 3.000 stationäre Betten für Patient*innen in psychiatrischer Behandlung zur Verfügung stehen, was nach wie vor zu wenig ist (vgl. ebd.).

Die Wartezeiten des schwedischen Psychiatriesystems werden stark kritisiert (vgl. Hadlaczky et. al. 2012: 361). Aufgrund der Tatsache, dass nicht jede Provinz den gleichen Standard an psychiatrischer Betreuung und Behandlung anbieten konnte, entstanden bei verschiedenen Versorgungseinheiten lange Wartelisten (vgl. Melke 2012: 103). Die Reduzierung dieser Wartezeiten, besonders im psychiatrischen Bereich, sind essentiell, um frühe Diagnosen zu stellen und die Betroffenen bereits in einem frühen Stadium ihrer Erkrankung zu behandeln (vgl. Hadlaczky et. al. 2012: 361). Diese Recherche ergab, dass sich Symptome psychischer Erkrankungen innerhalb der ersten 60 Tage verbessern können, was dazu führen kann, dass Patient*innen, bei längerer Wartezeit, den Termin wieder absagen. Diese haben aber dann später schwerwiegender und schwieriger zu behandelnde Symptome (vgl. ebd.). Aufgrund dessen beschloss der schwedische Reichstag im Jahr 2005 die sogenannte „Care Guarantee“ (Melke 2012: 104) einzuführen (vgl. Anell et al. 2012: 106). Die Care Guarantee beinhaltet folgende Ziele:

- Keine Wartezeit in der Primärversorgung, das heißt Patient*innen können sich per Anruf anmelden und am selben Tag ärztlich versorgt werden.
- Ein Arztbesuch wird, bei Bedarf, innerhalb von sieben Tagen garantiert.
- Wird ein*e spezialisierte*r Fachärzt*in benötigt, wird den Patient*Innen innerhalb von 90 Tagen ein Termin versichert.
- Eine bedarfsorientierte Behandlung wird durch eine*n Spezialist*in innerhalb von 90 Tagen eingeleitet (vgl. ebd: 116).

Das Projekt hat Wirkung gezeigt, so ergab die Recherche (Annell et. al. 2012), dass sich die Wartezeiten im Jahr 2010 um 50% gegenüber 2008 verringert hatten. Aufgrund der positiven Resonanzen hat sich das schwedische Parlament dazu entschieden, die Care Guarantee im Juni 2010 in das schwedische Gesetz aufzunehmen (vgl. ebd.). Trotz der nationalen Wartezeitgarantie scheint es weiterhin einen Mangel an Ressourcen zu geben, welche nicht zulassen, dass Wartezeiten möglichst kurz gehalten werden.

“The Swedish national waiting-time guarantee is quite modest in international comparisons, but is still not reached in full by any of the 21 county councils for all patients and diagnoses.” (ebd: 125)

Daraus lässt sich schließen, dass die Wartezeitgarantie abhängig ist von den Diagnosen der Patient*innen. Professionist*innen betonen, dass die Gefahr dieser Wartezeitgarantie darin besteht, dass Patient*innen mit schwereren Erkrankungen von einer längeren Wartezeit betroffen sind als jene mit schwächeren Erkrankungen (vgl. ebd.: 123). Die Analyse (Melke 2012) ergab, dass es signifikante Unterschiede innerhalb der verschiedenen Provinzen gibt und einige Patient*innen länger als 13 Wochen warten müssen, bevor diese eine spezialisierte psychiatrische Versorgungseinheit besuchen können (vgl. Melke 2012: 104). Offiziell ermöglicht das schwedische Gesundheitssystem den Patient*innen, zwischen

Versorgungseinheiten in der Region zu wählen, außerhalb der Region dürfen Anbieter*innen nur gewählt werden, wenn das Angebot in der eigenen Provinz nicht ausreichend ist (vgl. ebd.).

6.4.3 Soziale Dienstleistungen

Nach der Übertragung der Verantwortung über die psychosoziale Betreuung von psychisch erkrankten Bürger*innen an die Kommunen, wurden in Schweden verschiedene soziale Dienstleistungen entwickelt um der Zielgruppe im Bereich Wohnen, Arbeit sowie Alltagsbeschäftigung und Alltagsbewältigung diverse Angebote zu bieten (vgl. Melke 2012: 142).

Der Prozess der De-Institutionalisierung widmete dem Sektor „Wohnen“. Erhöhte Aufmerksamkeit Es lag in der Verantwortung der Kommunen, ein Angebot mit verschiedenen Wohnformen für psychisch Erkrankte anzubieten sowie eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Wohlfahrtsvermitteln zu erarbeiten, um den Übergang von der institutionellen zur ambulanten Betreuung zu ermöglichen. Dies wird im Social Service Act sowie im Disability Act festgehalten. Um Hilfen im Bereich Wohnen in Anspruch nehmen zu können, müssen sich Nutzer*innen selbst an die Sozialdienste wenden (vgl. ebd.: 145). Zusätzlich wird der Anspruch nur gewährt, wenn die hilfesuchende Person aufgrund der Erkrankung umfangreiche Bedürfnisse hat, die in ihrer aktuellen Wohnsituation nicht berücksichtigt werden können. Das bedeutet, dass lediglich ein Anspruch besteht, wenn es die aktuelle Situation nicht anders zulässt. Wie auch bei den medizinischen Angeboten unterschieden sich die Angebote im Bereich Wohnen von Kommune zu Kommune. Eine der gängigsten Möglichkeiten ist die Unterstützung der sozialen Dienste bei der Suche nach einer eigenen Wohnung (vgl. ebd.). Dies können Wohnungen auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt sein oder Wohnungen, die speziell an Menschen mit speziellen Bedürfnissen vergeben werden. Die Institutionen haben auch die Möglichkeit, an den privaten Vermieter einen Vertrag auszuhändigen, in dem der Sozialdienst für Nutzer*innen bürgt (vgl. ebd.). Wenn Nutzer*innen nicht unabhängig leben können, gibt es verschiedene Arten betreuter Unterkünfte, bei denen das Personal rund um die Uhr oder nur zu bestimmten Zeiten zur Verfügung steht. Gruppenwohnungen sind eine Möglichkeit. Hier verfügen Nutzer*innen meist über ein eigenes Zimmer, müssen sich jedoch allgemeine Räumlichkeiten wie die Küche oder ein Wohnzimmer teilen. Es gibt auch die Möglichkeit, ein eigenes Apartment innerhalb einer Wohn-Einrichtung zu erhalten, dies variiert jedoch nach den Ressourcen der jeweiligen Kommune (vgl. ebd.).

Diese Wohnformen werden meist von Personen benutzt, die bereits einen stabilen Gesundheitszustand erreicht haben. Für Personen mit schwerwiegenderen Beeinträchtigungen gibt es die Möglichkeit, in Wohnhäusern untergebracht zu werden, in der medizinische Versorgung rund um die Uhr zur Verfügung steht (vgl. ebd.). Trotz der intensiven medizinischen Betreuung gilt diese Wohnform als ambulant und ist somit unabhängig vom institutionellen Kontext. Im Gegensatz zu den anderen Wohnformen ist diese auf einen gewissen Zeitraum beschränkt, der abhängig vom gesundheitlichen Zustand der Nutzer*innen ist (vgl. ebd.). Die Kommunen tragen die Entscheidung, ob die Nutzer*innen Kosten für die jeweiligen Wohnformen tragen müssen und wovon die Kosten abhängig gemacht werden. Während meiner Recherche ergab sich die Problematik, dass in den vergangenen Jahren viele

Kommunen mit der Knappheit an Ressourcen im Bereich Wohnhilfen zu kämpfen hatten. Um diese zu umgehen, werden Nutzer*innen an andere Kommunen innerhalb der Region verwiesen, was jedoch nicht den Prinzipien der gemeindenahen Versorgung entspricht (vgl. ebd.). Nutzer*innen müssen sich auf die Verfügbarkeit verlassen und wenn diese nicht gewährleistet werden kann, werden auf langer Sicht die Bedürfnisse der Zielgruppe nicht erfüllt (vgl. ebd.:147).

Ebenfalls von großer Bedeutung nach der Reform waren die Bereiche Alltagsaktivitäten sowie Alltagsbewältigung. Ein besonderer Fokus wurde auf die ambulante Versorgung, direkt bei Nutzer*innen zu Hause, gelegt (vgl. ebd.: 152).

„Two services are used for support in the home: home help and what is usually called *boendestöd*. They can contain the same support (and sometimes municipalities do not differ between them).“ (ebd. 152)

Laut dieser Quelle lässt sich der Begriff „boendestöd“ nicht genau übersetzen, er soll jedoch so viel wie „Unterstützung zu Hause“ bedeuten (vgl. ebd.). Die beiden Unterstützungsangebote ähneln einander inhaltlich stark. Meistens beinhalten diese Formen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Haushaltsführung und Kochen, können jedoch auch auf soziale Aktivitäten und Hilfe bei Amtswegen oder der Medikation ausgeweitet werden (vgl. ebd.). Die Programme zielen darauf ab, Nutzer*innen in ihrem alltäglichen Leben zu aktivieren, ohne von ihnen Leistungen zu fordern, die sie nicht bewältigen könnten. Auch hier können Kommunen über die Kosten selbst entscheiden, wobei der Unterstützungsservice zu Hause meist kostenfrei zur Verfügung gestellt wird (vgl. ebd.). Wenn Personen keine Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten, jedoch bei persönlichen oder administrativen Angelegenheiten benötigen, können die Kommunen Kontaktpersonen anbieten, die dann den Nutzer*innen zur Verfügung stehen (vgl. ebd.: 153).

Die Eruierung meiner Forschungsergebnisse ergab, dass die Beschäftigungsquote von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen niedriger ist als bei anderen schwedischen Bürger*Innen (vgl. ebd.: 148). Statistiken ergaben, dass nur wenige Befragte angaben, an einer beruflichen Aktivität beteiligt zu sein, unabhängig davon, ob es sich um einen festen Arbeitsplatz handelt oder nicht (vgl. ebd.). Meine Analyse der zur Verfügung stehenden Literatur lässt darauf schließen, dass diese Beschäftigungssituation an den Defiziten am Arbeitsmarkt liegen könnte (vgl. ebd.). Die meisten Menschen mit psychischen Problemen sind in der Lage und bereit, zu arbeiten, aber der Arbeitsmarkt ist nicht auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten, um ihre Arbeit an ihre Fähigkeiten anzupassen. Die Aufgabe der öffentlichen Arbeitsämter besteht darin, Arbeitssuchende mit offenen Stellen zu vermitteln (vgl. ebd.). Wenn dies aufgrund der gesundheitlichen Verfassung der Nutzer*innen nicht möglich ist, besteht die Option, beim staatlichen Unternehmen „Samhall“ mitzuarbeiten (vgl. ebd.: 149)

„Samhall is a state-owned company with a mandate to create work that furthers the development of people with functional impairment causing reduced working capacity“ (Samhall AB 2020).

Dieses Unternehmen bietet Beschäftigungen in vielen Bereichen, wie der Fertigung von Produkten, Reinigung, Administration und vieles mehr. Es werden vertraglich geregelte Gehälter ausbezahlt und ein fairer Umgang wird stets angestrebt. Jedoch ist eine Beschäftigung in diesem Unternehmen nur befristet, bis das Arbeitsamt eine passende Stelle für den Bürger/die Bürgerin gefunden hat (vgl. Melke 2012: 149).

Wie ich bereits im Kapitel 6.2.2 beschrieben habe, wurden im Swedish Disability Act (vgl. Stefansson / Hansson 2001: 83) verschiedene Leistungen genannt, die von der Kommune den Bürger*innen zur Verfügung gestellt werden sollen. Darunter fallen unter anderem Beratung und persönliche Unterstützung, alternative Wohnformen mit angepassten Dienstleistungen und lokale Hilfen zur Unterstützung des täglichen Lebens der Betroffenen (vgl. ebd.; 87). Meine Recherche konnte nicht eruieren, ob es einen Unterschied zwischen den verschiedenen Diensten gibt bzw. wie man diese von den im Swedish Disability Act beschriebenen Angeboten unterscheidet. Die Interpretation der Bedeutung kann je nach Kommune und Provinz variieren, weshalb es schwierig ist, die allgemeine Gültigkeit des Disability Acts in den Kommunen zu belegen (vgl. Melke 2012: 153-154).

Das Büro der “National Psychiatry Services Coordinators” (vgl. Rosenberg 2009: 27), auch NPSC genannt, wurde errichtet und mit den Untersuchungen der Mängel des schwedischen Psychiatriesystems beauftragt (vgl. ebd.). Diese Untersuchungen sollten dem Zweck dienen, die Standards der sozialen Dienstleistungen für psychisch Erkrankte zu erhöhen sowie Betroffene und deren Familien zu unterstützen (vgl. ebd.). Die Ziele der NSCP orientieren sich stark an dem Social Services Act und beinhalten unter anderem Förderung der Partizipation, Angebote von alternativen Wohnformen, Jobs sowie Hilfen zur Alltagsbewältigung (vgl.ebd.:28).

7 Von der landkreisansässigen Medizin zu kommunalen Sozialdiensten – Resümee und Empfehlungen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeit anhand der „SWOT-Analyse“ (vgl. Pelz 2018) dargestellt. Mithilfe der angeführten Analyse werden Systeme anhand ihrer Stärken, Schwächen, Chancen sowie Risiken bewertet. Die Ergebnisse werden nochmals im Überblick dargestellt, um daraufhin Empfehlungen für die Zukunft abzuleiten (vgl. ebd.).

7.1 Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken des schwedischen Psychiatriesystems

Die durch die SWOT-Analyse erhobenen **Stärken** der schwedischen Psychiatriereform zeigen, dass die psychosoziale Versorgung, die nach dem jahrelangen De-Institutionalisierungsprozess von den Kommunen bereitgestellt wird, eine deutliche Stärke des Systems bildet. Die kommunalen Dienste ermöglichen eine bedürfnisorientierte Versorgung angepasst an die lokalen Verhältnisse der Kommune. Die Dienste sind somit möglichst nahe an den Nutzer*innen. Somit kann einfacher auf die psychosozialen Notwendigkeiten der Bürger*innen eingegangen werden als im früheren System und somit wurde ein auf die Gemeinde zugeschnittenes System geschaffen. Als weiter Stärke lässt sich die nutzer*innenorientierte Unterstützung für psychisch Beeinträchtige darstellen. Je nach Bedarf und Dringlichkeit können entsprechende Dienste in den Bereichen Wohnen, Arbeit sowie Alltag zur Verfügung gestellt werden, die gemeinsam mit den Nutzer*innen gestaltet werden. Klient*innen verfügen somit über einen möglichst hohen Einfluss auf die in Anspruch genommenen Dienste. Der gute Ausbau an ambulanten Hilfen nach der Psychiatriereform 1995 führte zu einer erheblichen Senkung der Aufenthaltsdauer von Patient*innen in psychiatrischen Kliniken. Somit wurde ein System entwickelt, welches die Hospitalisierung von Langzeitpatient*innen verhindern soll. Grundbausteine des schwedischen Gesundheitssystems und somit eine wichtige Stärke sind die Primärversorgungszentren in den Gemeinden. Diese bieten Nutzer*innen einen niederschwülligen Zugang zur medizinischen Versorgung, ohne Wartezeit und meist rund um die Uhr. Sie stellen eine wichtige ambulante Versorgungseinheit dar, die unabhängig von den Erkrankungen der Bürger*innen von diesen genutzt werden können.

Meine Analyse hat die die **Schwäche** gezeigt, dass Patient*innen oftmals sehr langen Wartezeiten ausgesetzt sind. Die Verkürzung der allgemeinen Wartezeiten und die Verbesserung des Zugangs zu Diagnose und Behandlung sind nach wie vor wichtige und unerfüllte politische Ziele. Trotz der Gesetzgebung, welche eine garantierte maximale Wartezeit versichert, können aufgrund von fehlenden Ressourcen die Maximal-Wartezeiten nicht eingehalten werden. Dies äußert sich besonders dann als Schwäche, wenn Patient*innen mit akuten und schwerwiegenden psychischen Erkrankungen nicht zeitgerecht behandelt werden können, was den Krankheitsverlauf durchaus verschlechtern kann. Die fehlende Anzahl an Psychiater*innen, welche spezialisierte und fachgerechte Behandlungen anbieten

können, lassen sich ebenfalls als Schwäche des Psychiatriesystems bezeichnen. Patient*innen befinden sich im Nachteil, da nur in etwa 25% der Nutzer*innen in Kontakt mit Psychiater*innen treten. Ein weiterer Nachteil äußert sich im Bettenmangel in den psychiatrischen Versorgungseinheiten. Patient*innen und Personal beklagen, dass der drastische Rückgang an psychiatrischen Betten zu einer unzureichenden Bedürfniserfüllung von psychisch schwerwiegend erkrankten Personen führt. Der Swedish Disability Act sieht Hilfen für psychisch beeinträchtige Bürger*innen vor, welche durch die sozialen Dienste zur Verfügung gestellt werden. Jedoch müssen die Bürger*innen sich selbstständig an die Institutionen wenden, weshalb es oftmals dazu kommt, dass Betroffene keine Unterstützungen erhalten.

In den unmittelbaren Jahren nach der Reform erscheinen sich **Chancen** zu ergeben, das ambulante Angebot in den Kommunen weiterzuentwickeln. Meine Analyse ergab, dass Wissen und Kompetenzen von Mitarbeiter*innen, die nach der Reform durch die Kommunen angestellt wurden, ausgebaut werden könnte. Mitarbeiter*innen sollten gezielter geschult werden, um die Lebenswelt von Betroffenen verstehen zu können sowie deren Bedürfnissen mit angepassten Kompetenzen zu begegnen. Verbesserte Kooperation zwischen den sozialen Diensten und psychiatrischen Versorgungseinheiten können als Chance genutzt werden, um den Informationsfluss im Sinne der Nutzer*innen sowie der Organisation in Zukunft besser zu gestalten sowie Klarheit über die verschwimmenden Grenzen der Zuständigkeitsbereiche zu schaffen. Fehlende Angebote für Angehörige können als Chance gesehen werden, um diese auszubauen und die Integration von Familien, insbesondere von Kindern psychisch Erkrankter in den Behandlungs- und Beratungsprozess zu fördern. Um die Beteiligung der Betroffenen am Behandlungsprozess zu erhöhen, konnten Chancen ergriffen werden, klient*innenorientierte Unterstützungen auszubauen, um die Partizipation der Betroffenen zu steigern.

Die SWOT-Analyse ergab schließlich, dass die Institutionalisierung vor der Reform sich zu einem potenziellen **Risiko** entwickeln hätte können. Als Land, welches europaweit die höchsten Zahlen an stationär behandelten Patient*innen in der Psychiatrie hatte, entwickelt sich das Risiko eines erhöhten Anstiegs der Zahl von Langzeitpatient*innen, was gleichzeitig das Risiko an hospitalisierten Patient*innen steigen lässt. Das Fehlen von ambulanten Hilfen ermöglicht es Betroffenen nicht, unabhängig von Kliniken zu leben. Ein weiterer Aspekt, der risikoreich erscheint, ist das Fehlen von gemeindenahen Angeboten, welche vor der Reform kaum existiert hatten. Aufgrund der nicht adäquaten lokalen Verhältnisse, konnten die Bedürfnisse der Bürger*innen nicht ausreichend befriedigt werden. Lange Wartezeiten erschweren Patient*innen den Zugang zu spezialisierten Psychiater*innen, was ein Risiko darstellt, da unbehandelte Symptome den Krankheitsverlauf von psychisch erkrankten Patient*innen durchaus negativ beeinflussen können. Somit würde die Anzahl an Bürger*innen mit schwerwiegenden Erkrankungen im Land ansteigen. Der Mangel an Psychiater*innen sowie die fehlenden Interventionen basierend auf dem Swedish Disability Act tragen zusätzlich dazu bei, das Risiko zu erhöhen, Patient*innen keine bedürfnisorientierte Versorgung bieten zu können.

7.2 Empfehlungen

Die vorliegende Arbeit legt dar, dass der De-Institutionalisierungsprozess den schwedischen Bürger*innen den Zugang zu gemeindenahen Versorgungen und bedürfnisorientierten Dienstleistungen. Ambulante Dienste ermöglichen es, Langzeitaufenthalte auf ein geringstes zu minimieren und Patient*innen ein niederschwelliges Angebot an Versorgung anzubieten.

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde ersichtlich, dass es nach der schwedischen Psychiatrie-Reform Defizite in verschiedenen Bereichen gab, denen durch Gesetzgebungen und Projekte entgegengewirkt werden sollte. Um angepasste Angebote anbieten zu können, empfehle ich, weiterhin an der Kooperation der Versorgungskliniken und den sozialen Diensten zu arbeiten. Gemeinsame Ziele sowie Visionen sollten formuliert werden, um eine benutzer*innenorientierte Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Einheiten sollte verstärkt werden, um Zuständigkeitsbereiche zu klären sowie organisatorische Konflikte zu vermeiden. Zusätzlich stellte die De-Institutionalisierung das Wissen sowie die Kompetenzen der Mitarbeiter*innen auf die Probe. Strukturelle Neuheiten erfordern auch neue Kompetenzen, weshalb ich empfehle, großen Wert auf die Personalentwicklung zu legen, damit Service- und Behandlungsbedürfnisse auf Grundlage von fachspezifischem Wissen abgedeckt werden können.

Da nur ein Viertel der Betroffenen während ihrer Versorgung in Kontakt zu einem*r Psychiater*in tritt, können fachspezifische Versorgungsangebote, wie spezielle Therapieformen nicht in Anspruch genommen werden. Ein möglicher Grund dafür ist die unzureichende Anzahl an Spezialist*innen und somit professioneller Ressourcen. Damit Menschen mit psychischen Erkrankungen rechtzeitig behandelt werden können, ist es wichtig, die Anzahl an Psychiater*innen zu erhöhen. Deshalb schlage ich vor, Aktivitäten durchzuführen die zur Steigerung des Interesses neu graduiertär Ärzt*innen an der Psychiatrie beizutragen. Dies könnte sich ebenfalls positiv auf die kritisierten Wartezeiten auswirken. Durch die Erhöhung personeller Ressourcen können Wartezeiten verkürzt und schwerwiegende Erkrankungen frühzeitig behandelt werden. Im Allgemeinen hat die Verkürzung der Wartezeit den Vorteil, die öffentliche Gesundheit zu fördern, gleichzeitig aber auch die medizinischen Kosten, die durch Komplikationen durch verzögerte Behandlung verursacht werden, zu senken.

Damit der Service der sozialen Dienstleistungen in Anspruch genommen werden kann, sieht der Social Services Act vor, dass Betroffene sich selbst an die Institutionen wenden und Unterstützung ansuchen müssen. Einige Betroffene kennen die Angebote ihrer Kommune nicht, weshalb angebotene Interventionen gar nicht in Anspruch genommen werden. Durch Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit, können Patient*innen auf die lokalen Angebote aufmerksam gemacht werden und somit einen Zugang zu den Diensten erhalten. Eine Möglichkeit wäre, Veranstaltungen in öffentlichen Begegnungsräumen anzubieten, in denen verschiedene Angebot für verschiedene Zielgruppen in der Kommune vorgestellt werden.

7.3 Empfehlungen für die Forschung

Das Hauptziel der hier vorliegenden Arbeit war es, den Paradigmenwechsel innerhalb der schwedischen Psychiatrie durch die Psychiatriereform 1995 darzustellen. Von Interesse wäre daher zu erforschen, wie sich die schwedische Psychiatriereform auf die Erfahrungen der Patient*innen ausgewirkt hat. Wie wurde der De-Institutionalisierungsprozess von Betroffenen wahrgenommen? Auch die Erfahrungen aus Sicht der Professioist*innen könnten in einer Folgeforschung dargestellt werden. Zur Erhebung können hier sowohl Expert*innen-Interviews als auch Interviews mit Betroffenen einen durchaus spannenden Blickwinkel auf die schwedische Psychiatrie ermöglichen.

Diese Arbeit könnte daher einen möglichen Denkanstoß für weitere Forschung bilden. Spannend wäre, zu eruieren, ob das schwedische Psychiatriesystem auch auf andere Länder, wie zum Beispiel Österreich, anwendbar wäre und wo hier die Grenzen der Übertragung liegen: Wie wäre das dargestellte neue schwedische System in Österreich zu implementieren und (wie) würden sich die Grundsätze der schwedischen Psychiatriereform auf Österreich übertragen lassen? Wo würden Schwierigkeiten entstehen? Auf diese Weise können Unterschiede in den verschiedenen Psychiatriesystemen aufgezeigt werden und anhand der Ergebnisse könnten Empfehlungen an die jeweiligen Länder ausgesprochen werden.

7.4 Reflexion des Forschungsprozesses

Die Forschung über das schwedische Psychiatriesystem ergab, wie sich Denkweisen und Weltbilder innerhalb kürzester Zeit ändern können. Durch den Ausbruch des Coronavirus fand ich mich selbst im Prozess eines Paradigmenwechsels wieder. Angepasste Lebensbedingungen durch die globale Pandemie haben mir das Arbeiten an meiner wissenschaftlichen Arbeit erschwert. Das Land befand sich in einem nationalen Shut-Down. So konnten für die Recherche bis auf ein Buch nur Online-Ressourcen verwendet werden, welche nur begrenzt zu freier Verfügung stehen. Die Recherche innerhalb der verschiedenen Datenbanken hat sich als langwieriger als zuvor vermutet herausgestellt. Nichtsdestotrotz habe ich, so gut es mir gelang, mit den mir zu Verfügung stehenden Ressourcen gearbeitet. Eine Herausforderung, die sich mir im Laufe des Forschungsprozesses stellte, war, oftmals keine aktuelle Literatur zur Verfügung zu haben, weshalb ich mich in meiner Arbeit nicht immer auf den aktuellsten Stand der Forschung beziehen konnte. Der Arbeitsprozess gestaltete sich aufgrund der globalen Pandemie einzigartig und war geprägt von einigen spannenden Herausforderungen aber auch Erfahrungen.

Die Erkenntnis, welche ich mir aus dieser Arbeit mitnehmen ist, dass sich der Zugang zu Systemen in fremden Ländern aus dem Blickwinkel der Auslandsstudent*in nicht einfach gestaltet. In meinem Auslandsemester durfte ich die Erfahrung machen, dass der Zugang zum Feld durch mehrere Hürden erschwert wurde. Nach mehreren Versuchen Kontakt zu verschiedenen Organisationen aufzunehmen, gelang es mir nicht, eine Antwort zu erhalten. Dies könnte an den verschiedenen Auffassungen der Kulturen liegen, was bei wissenschaftlichen Arbeiten, welche sich über eine Landesgrenze erstrecken, durchaus zu

beachten ist. Durch die Universität gelang es mir, Zugang durch Lehrveranstaltungen sowie durch Gespräche mit Professor*innen zu erhalten. Sprachbarrieren erschweren die Kontaktaufnahme zusätzlich, weshalb sich dies als ein zeitintensiver Prozess erwies. Forschungen, die über die Grenzen eines Landes hinausgehen, können durch ein Ereignis wie die Ausbreitung des Coronavirus, eingeschränkt werden, weshalb ich es umso wichtiger finde, Studierenden genügend digitale Ressourcen in internationalen Datenbanken zur Verfügung zu stellen, damit der Zugang zu weiterführenden Literaturquellen erleichtert wird.

Trotz der genannten Umstände erwies sich die Ausarbeitung meiner Forschungsfrage als besonders aufschlussreich, da meine Vorannahmen durch die Auswertung meiner Untersuchung bestätigt wurden. Darüber hinaus konnte ich neue Erkenntnisse zum schwedischen Psychiatriesystem gewinnen.

Literatur

Andersen, Jørgen Goul (2012): Welfare States and Welfare State Theory. Hochschularbeit. Aalborg University.

Anell, Anders / Glenngård, Anna H. / Merkur, Sherry (2012): Sweden: Health system review. In: *Health Systems in Transition*, 14/5, 2012, S. 1 – 159.

Bergmark, Magnus / Bejerholm, Ursula / Markström, Urban (2017): Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. In: *Social Policy & Administration*, 51/1, 2017, S. 95 – 113.

Boigner, Sarah (2020): Beziehungsgestaltung in der stationären Psychiatrie. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Briggs, Asa (1961): The Welfare State in Historical Perspective. In: *European Journal of Sociology*, 2/1961, S. 221 – 258.

Eitljörg, Denise (2020): Erlebte Fremdbestimmung in der stationären Psychiatrie (Arbeitstitel). Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Esping-Andersen, Gøsta (1993): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press.

Europäische Kommission (2020): Outreach and Communication Activities in the MSCA under Horizon 2020. https://ec.europa.eu/assets/eac/msca/documents/documentation/publications/outreach_activities_en.pdf [Zugriff am 11. Mai 2020].

Gatermann, Reiner (2004): Schweden: Wo aus Krankenschwestern Professorinnen werden. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 45/2004, A 3006

Hadlaczky, Gergö / Stefenson, Anne / Wassermann, Danuta (2012): The state of psychiatry in Sweden. In: *International Review of Psychiatry*, 24/4, 2012, S. 356 – 362.

Husar, Johanna (2020): „Das Gwirx mit de Pulverl“ – Medikation und Psychiatrie. Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Jahn, Detlef (1999): Das politische System Schwedens. In: Ismayr, Wolfgang (Hrsg.) (1999): Die politischen Systeme Westeuropas. Opladen: Leske + Budrich. S. 93 – 123.

Kenan, Dilara (2020): Aufklärung in der Psychiatrie. Einfluss auf das Wohlbefinden der Patient*innen. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Knapp, Werner (2008): Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht. In: Mayring, Philipp / Gläser-Zikuda, Michaela (Hg.Innen) (2008): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Verlag, S. 20 – 36.

Kuhn, Thomas S. (2003). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. 2. Auflage, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Linner, Katharina (2020): Der Weg aus dem Maßnahmenvollzug – Therapie statt Strafe oder Strafe ohne Ende? Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Maycraft Kall, Wendy (2014): Same law-same rights? Analyzing why Sweden's disability legislation failed to create equal rights in mental health. In: International Journal of Law and Psychiatry, 37/2014, S. 609 – 618.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp / Brunner, Eva (2006): Qualitative Textanalyse – Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.Innen) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaften. Wien / Köln / Weimar: Böhlau Verlag, S. 453 – 461

Melke, Anna (2010): Mental health policy and the welfare state. A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins. Göteborg: Intellecta Infolog AB.

Mohnl, Madlene (2020): Lost in Transition – Ethik im Maßnahmenvollzug. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Moser, Sabrina (2020): Der TBS-Maßnahmenvollzug in den Niederlanden. Resozialisierung durch Therapie. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Nikisch, Stefanie (2020): Diagnose Psychiatrie lebenslang. Wenn ein Aufenthalt dich prägt. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

OECD (2007): Glossary of Statistical Terms. Policy Reform. <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=7239> [Zugriff am 07. Mai 2020].

O'Malley, Jonathan (2020): Ein Ausnahmefall wird zur Normalität. Angebote der stationären Psychiatrie aus Sicht der Betroffenen. Bachelorarbeit, FH St. Pölten (erscheint im Herbst 2020).

Pelz, Waldermar (2018): SWOT – Analyse. Definition, Beispiele und Vorlagen zum Erstellen einer SWOT-Analyse*. <https://www.wpelz.de/swot-analyse/SWOT-Analyse.pdf> [Zugriff am 7. Mai 2020].

Reicher, Moritz (2020): Psychiatriereform (Arbeitstitel) Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Rödiger, Voss (2018): Wissenschaftliches Arbeiten leicht verständlich. 6. Auflage, München: UVK Verlag.

Römer, Tobias / Averhage, Sebastian (2006): Paradigmenwechsel in der Marketingwissenschaft. http://www3.wbs.de/JPR/downloads/f_1169/MV_Handout_Paradigmenwechsel.pdf. [Zugriff am 07. Mai 2020].

Rosenberg, David (2009): Psychiatric disability in the community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era. Dissertation, Umeå Universität Schweden.

Samhall AB (2020): In English. <https://samhall.se/in-english/>. [Zugriff am 11. Mai 2020].

Schott, Heinz / Tölle, Reiner (2006): Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck oHG.

Schurz, Gerhard (2014): Koexistenz und Komplementarität rivalisierender Paradigmen: Analyse, Diagnose und kulturwissenschaftliches Fallbeispiel. In: Kornmesser, Stephan / Schurz, Gerhard (2014) (Hg.Innen): Die multiparadigmatische Struktur der Wissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 47 – 62.

Silfverhielm, Helena / Kamis-Gould, Edna (2000): The Swedish Mental Health System. Past, Present, Future. In: International Journal of Law and Psychiatry, 3/4, 2000, S. 293 – 307.

Sommersguter-Reichmann, Margit (2006): Recherche in Datenbanken. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.Innen) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaften. Wien / Köln / Weimar: Böhlau Verlag, S. 473 – 483.

Stefansson, C-G / Hansson, L. (2001): Mental health care reform in Sweden, 1995. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 410/104, 2001, S. 82 – 88.

Titze, Birte Svenja (2020): Großteil bist du eine Nummer. Durchhalten in der totalen Institution - Maßnahmenvollzug. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Umeå University (2020): Research: Mental health and well-being in social and health care settings. <https://www.umu.se/en/research/groups/mental-health-and-well-being-in-social-and-health-care-settings/> [Zugriff am 7. Mai 2020].

Vogliotti, Silvia / Vattai, Sara (2014): Der Wohlfahrtsstaat. Bozen: AFI.

Graue Literatur:

Dalla Mora, Claudia (2019): Die Rolle der Sozialen Arbeit im multidisziplinären Team auf der psychiatrischen Station im SMZ Baumgartner Höhe. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Fachhochschule St. Pölten (2019): Erfahrungen von Menschen mit Langzeitunterbringungen in Gesundheitseinrichtungen. Informationsfolder. St. Pölten.

Tabellen

Tabelle 1: Dalla Mora, Claudia (2020): Die ausgewählte Literatur im Überblick. Eigene Darstellung.

Anhang

Tabelle, welche für die Auswertung mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) verwendet wurde:

	Subkategorie	Paraphrase	Ankerbeispiel
Hauptkategorie			
Hauptkategorie			

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Claudia Dalla Mora**, geboren am **24.01.1998** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am **13.05.2020**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Claudia Dalla Mora".