

„Personligt Ombud“

**Die schwedische Antwort auf die Ausgrenzung von Menschen mit
einer psychischen Beeinträchtigung**

NICOLE GREISDORFER

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades

Magistrat(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe

an der Fachhochschule St. Pölten

im September 2008

Erstbegutachter:

DSA Mag. Brandstetter

Zweitbegutachter:

FH-Prof. Prof DSA Kurt Fellöcker MA

Exekutive Summary

Personligt Ombud – die schwedische Antwort auf die Ausgrenzung von Menschen mit einer schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigung

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sind mehr als der Rest der Bevölkerung von Armut, Isolation und Ausgrenzung betroffen. Sie haben häufig eine geringere Chance sich am Arbeitsmarkt zu integrieren, eine Wohnung zu finden und sind weniger oft in soziale Netze eingebunden.

„*Personligt Ombud*“ ist ein Case Management Programm aus Schweden, das die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zum Ziel hat. Das Case Management Programm wurde bei der WHO Konferenz in Helsinki als Möglichkeit vorgestellt, um dem aktuellen Exklusionsdiskurs von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung entgegenzuwirken.

In der vorliegenden Arbeit wurden teilstrukturierte Interviews mit NutzerInnen, ExpertInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen des *Personligt Ombud* in Umeå, in Mittelschweden, durchgeführt. Die InterviewpartnerInnen wurden nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt. Von besonderem Interesse war, in wie fern es dem *Personligt Ombud* möglich ist, die soziale Inklusion von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu unterstützen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, richtungweisende Faktoren aufzuzeigen, damit die NutzerInnen am gesellschaftlichen System teilnehmen können. Dabei stellen sich NutzerInnenorientierung, pragmatisches Handeln und Advocacy in der Tätigkeit von *Personligt Ombud* als wesentliche Faktoren für den Inklusionsprozess von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung heraus.

Executive Summary

Personligt Ombud - the Swedish answer to exclusion of people with severe mental illness.

People with mental illness are more likely to live in poverty, isolation and exclusion than the rest of the population. They often have a lower chance in the labour market, to find an apartment and are less included in social networks.

The Case Management Program "*Personligt Ombud*" from Sweden is aimed to improve users living situation. The Program was adopted at the WHO conference in Helsinki. It was presented as an opportunity against the actual discourse of social exclusion of people with mental illness.

For this thesis semi-structured-interviews were completed. Users, experts, relatives and professionals of the *Personligt Ombud* told their experiences and perceptions. Interviews took place in Umeå, in the middle part of Sweden.

Results of the research are based on experiences and perceptions of the interviewees.

Data demonstrate how *Personligt Ombud* supports users inclusion process.

The aim is to identify factors of *Personligt Ombud*, which are essential for social inclusion of people with mental illness.

The conclusion of this thesis is that "user-driving", "pragmatic action" and "advocacy" are essential to include people with severe mental illness.

Diploma thesis, handed in at Fachhochschule St. Pölten in Sept. 2008

Vorwort

Ich danke den MitarbeiterInnen des Personliga Ombudsteamet. Durch sie wurde es mir möglich, einen Einblick in ihre Tätigkeit zu bekommen und Zugang zu NutzerInnen und Angehörigen zu finden.

Besondern Dank an Agnar Kagervall, der mich beim Übersetzen der Interviews unterstützte und nicht müde wurde all meine Fragen zum schwedischen Sozialsystem zu beantworten.

Danke allen InterviewpartnerInnen, die ihre Zeit zur Verfügung stellten und mir bereitwillig Antworten gaben.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei allen, die dazu beigetragen haben, dass es mir möglich war, meine Diplomarbeit in Schweden zu schreiben.

Danke Hermi für die emphatische, motivierende und unterstützende Begleitung. Danke meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, die mich über die gesamte Studienzeit geduldig und aufheiternd zur Seite gestanden ist. Herzlichen Dank Sandra für deine tatkräftige Unterstützung. Verena bei dir möchte ich mich vor allem für deine emotionale Unterstützung bedanken.

Der Dank zum Abschluss gilt meinem Freund Martin, der mich ganz besonders in der nervenaufreibenden Zeit der Erstellung dieser Arbeit geduldig und „beratend“ begleitet hat. *Det blir bra till slut!*

Inhalt

1.	Einleitung	1
2.	Erkenntnisinteresse	2
2.1	Forschungsfrage	4
2.2	Ziel der Arbeit	4
2.3	Forschungsfeld und Zielgruppe	5
2.3.1	Forschungsfeld	5
2.3.2	Zielgruppe	5
3.	„Case Management“	6
3.1	Definition und Zielsetzung	7
3.2	Case Management Modelle im psychosoz. Bereich	10
3.2.1	Standard Case Management Modelle	11
3.2.2	Rehabilitation Community Care	12
3.2.3	Intensive Comprehensive Care Models	13
3.3	Das Schwedische Case Programm	14
3.3.1	Das Schwedische Personliga Ombud Teamet i Umeå	16
3.3.2	Personliga Ombudsteamet i Umeå	20
3.4	Soziale Exklusion in Schweden	27
3.5	Definitionen	29
4.	Empirischer	31
4.1	Darstellung des Forschungsprozesses	31
4.2	Forschungssprache	32
4.3	Methoden und Durchführung	33
4.3.1	Teilstandardisierte Befragungen	33
4.3.2	Interviews mit den NutzerInnen	34
4.3.3	Interviews mit den ExpertInnen	35
4.4	Auswertung	36
4.5	Darstellung der Forschungsergebnisse	37
4.5.1	NutzerInnenorientierung	39
4.5.1.1	NutzerInnen im Mittelpunkt	40
4.5.1.2	NutzerInnen definieren Probleme und Lösungen	42
4.5.1.3	NutzerInnen bestimmen über Zweck, Richtung und Inhalt	43
4.5.1.4	Professionelle HelferInnen informieren und NutzerInnen entscheiden	44

4.5.1.5	NutzerInnen fordern passende Ressourcen selber ein	44
4.5.1.6	Die soziale Fertigkeit Bedürfnisse artikulieren zu können ist Voraussetzung	45
4.6	Autonomie	46
4.6.1	Pragmatische Unterstützung	47
4.6.2	Die Grauzone	48
4.6.3	Das Handeln in der Grauzone	50
4.6.4	Pragmatisches Handeln hat ethische Grenzen	51
4.7	Advocacy	53
5.	Resume	56
	Literatur	63
	Abbildungsverzeichnis	69
	Anhang	70
	Eidesstattliche Erklärung	86

1. Einleitung

Die Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen haben sich in den letzten drei Jahrzehnten dramatisch geändert. Psychiatrieanstalten wurden geschlossen und die gemeindenahere Betreuung wurde ausgeweitet. Im Zuge dieser Entwicklung wurden insbesondere Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen mitunter in ganz Westeuropa zunehmend zu Objekten verschiedener sozialpolitischer Maßnahmen, die eine soziale Integration zum Ziel haben.

Im Zuge der Dezentralisierung und der damit verbundenen „Spezialisierung“ von Unterstützungsleistungen, ist die Anerkennung von psychosozialen oder Case Management Dienstleistungen, die die Mobilisierung von zweckgeeigneten Unterstützungsleistungen fokussieren, auch gestiegen. (vgl. Björkman 2000:4)

Dieser Prozess ist früher oder später in den meisten westlichen Ländern ins Rollen gekommen. Im Falle Schwedens wurde die Entwicklung ganz besonders 1995 durch die Psychiatriereform¹, welche die soziale Integration von Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung zum Ziel hatte, vorangetrieben. (vgl. Lindqvist 2007:1)

Im Zuge jener Reform wurden unterschiedliche Case Management Pilotprojekte implementiert und evaluiert. Aus den Ergebnissen der Evaluierung dieser Projekte entstand im Jahr 2000 ein schwedisches Standardmodell. Dieses Modell wird *Personligt Ombud* genannt und hat die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zum Ziel. (vgl. Björkmann 2007:1)

¹ Die 1993 geplante Psychiatriereform trat 1995 in Kraft. Ziel war die Integration von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern. Im Rahmen der Reform wurde den Kommunen die Verantwortung über soziale Dienstleistungen, Rehabilitationsprogramme, Beschäftigungstrainings sowie Wohnformen übertragen. (vgl. Markstöm 2000:2)

Das so genannte schwedische *Personligt Ombud* Programm wurde bei der WHO² *European Ministerial Conference on Mental Health „Facing the Challenges, Building Solution on“* in Helsinki vorgestellt. In dieser Konferenz wurden Lösungen formuliert um dem Exklusionsdiskurs³ von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung entgegen wirken zu können.

Bei der Konferenz kamen die TeilnehmerInnen zum Schluss, dass sich das schwedische Model durch seine spezifische Haltung auszeichnet, wodurch Menschen unterstützt werden können, die von herkömmlichen standardisierten Programmen schwer zu erreichen sind. (vgl. WHO Regional Office for Europe 2005:12)

2. Erkenntnisinteresse

Jenes Case Management Modell habe ich während meines einjährigen Studienaufenthalts in Schweden kennengelernt. Ein Lehrbeauftragter⁴ der Universität Umeå informierte mich über das schwedische Case Management. Er verwies mich auf die Dissertation von Tommy Björkman⁵, die das Ergebnis der Evaluation der implementierten Case Management Pilotprojekte zum Inhalt hat.

² WHO: World Health Organization. Weltgesundheitsorganisation (Pschyrembel 1998:1691). Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch (1998): 258. Auflage, Berlin

³ Daten der WHO zeigen, dass. Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sind mehr als der Rest der Bevölkerung von Armut, Isolation und Ausgrenzung betroffen. Sie haben häufig eine geringere Chance sich am Arbeitsmarkt zu integrieren, eine Wohnung zu finden und sind weniger oft in soziale Netze eingebunden.
(vgl. World Health Organisation, 2005)

⁴ Urban Markström ist Lektor des Departments Social Work, Umeå Universitetet, Leiter des Forschungszentrums *Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum* und Mitarbeiter des nationalen Forschungszentrums *för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI)* der Universität Lund.

⁵ Die Evaluation der Pilotprojekte wurde von Tommy Björkman im Rahmen seiner Dissertation mit dem Titel *„Case Management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden“* an der Universität (Department of Psychiatry) in Lund durchgeführt. (vgl. Björkman, 2000)

Diese schriftlichen Ausführungen und die Erkenntnis der WHO-Konferenz machten mich neugierig, inwiefern das schwedische Case Management Programm NutzerInnen unterstützt am Gesellschaftssystem teilhaben zu können.

Meine Diplomarbeit wollte ich daher dazu nützen, um mit ExpertInnen und NutzerInnen vor Ort über das schwedische Case Management Programm „*Personligt Ombud*“ zu sprechen. Mein Interesse war es, Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung aufzuzeigen.

2.1 Forschungsfrage

Aus dem angeführten Erkenntnisinteresse und dem gerichteten Blick auf die Teilhabe von Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen System wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- Inwiefern ist es dem *Personligt Ombud* Programm möglich die soziale Inklusion (→4.5) von Menschen mit chronischer psychischer Beeinträchtigung und umfangreichem Hilfebedarf zu unterstützen?
- Welche Faktoren führten dazu dass die NutzerInnen im Inklusionsprozess unterstützt werden konnten?

2.2 Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Case Management Programm *Personligt Ombud*. Die Arbeit stellt nicht den Anspruch, die Möglichkeiten und Grenzen eines Rehabilitationsprogramms im Inklusionsprozess (→ 4.5) aufzuzeigen. Vielmehr werden an Hand des Case Management Programms Faktoren erläutert, die aus Sicht von NutzerInnen, von MitarbeiterInnen, von Angehörigen und von Interessensvertretungen wesentlich sind, damit Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung im Inklusionsprozess (→3.5) angemessen unterstützt werden können. Ziel der Arbeit ist es, anhand des *Personligt Ombud* Programms Faktoren zu erfassen, die sich im Unterstützungsprozess als förderlich herausstellten und möglicherweise maßgeblich für eine sozial-psychiatrische Dienstleistung sein könnten, welche die Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen und umfangreichem Unterstützungsbedarf zum Ziel hat.

Wegweisende Faktoren sollen daher aufgelistet und daraus mögliche Rückschlüsse gezogen werden.

2.3 Forschungsfeld und Zielgruppe

In den nachstehenden Ausführungen wird die Stadt Umeå skizziert, in der die Forschungstätigkeiten durchgeführt wurden, und die Zielgruppe der InterviewpartnerInnen erläutert.

2.3.1 Forschungsfeld

Die empirische Forschungstätigkeit wurde in Umeå durchgeführt. Umeå liegt in Mittelschweden und ist die Hauptstadt der schwedischen Provinz Västerbotten. Die Stadt hat 111.990 Einwohner, ist ebenfalls Hauptort der gleichnamigen Region und hat eine Stadtfläche von 33,46 km². (<http://www.Umeå.se/omkommunen/faktaomUmeå.4.bbd1b101a585d704800061691.html> abgerufen am 24.08.2008)

Im Rahmen der Implementierung der Case Management Pilotprojekte wurde 1996 auch in Umeå ein Projekt installiert und im Jahr 2000 über dessen Fortführung entschieden. (vgl. Verksamhetsberättelse år 2007 för Personliga Ombudsteamet i Umeå Region)

Dieses Case Management Programm wird *Personliga Ombudsteamet i Umeå Region* bezeichnet und umfasst den Zuständigkeitsbereich für die Stadt Umeå und die fünf umliegenden Kommunen⁶ Vännäs, Vindeln, Robertsfors, Bjurholm und Nordmaling.

2.3.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe der InterviewpartnerInnen setzt sich aus NutzerInnen, Angehörigen und ExpertInnen des *Personliga Ombudsteamet i Umeå* zusammen.

Im Konkreten wurden NutzerInnen interviewt, die aktuell Unterstützung in Anspruch nehmen, im Besonderen eine Nutzerin, die mittlerweile jedoch keine

⁶ Kommune (Gemeinde) ist die Bezeichnung für eine Verwaltungseinheit in Schweden (vgl. 2004, Langenscheidt Taschenwörterbuch)

Hilfestellung von *Personliga Ombudsteamet* mehr benötigt, weiters VertreterInnen zweier Interessensvertretungsorganisationen⁷ für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, ExpertInnen eines Forschungszentrums⁸, die sich im Rahmen von Evaluierungen mit dem *Personligt Ombud*-Programm beschäftigen und Fachkräften, die aktuell bei *Personligt Ombud* tätig sind.

Im nachstehenden Kapitel wird zu Beginn Case Management als Methode beschrieben und darauffolgend auf Modelle des psychosozialen Bereichs eingegangen. Im Anschluss daran wird das schwedische Programm demonstriert und im Konkreten auf das *Personliga Ombudsteamet i Umeå* eingegangen. Den Abschluss bilden Definitionen, die in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden.

3. „Case Management“

Case Management ist eine Methode, die sich aus dem klassischen Case Work in den USA entwickelt hat und bis heute an die Tradition der Einzelfallhilfe⁹ anknüpft.

Im deutschsprachigen Raum wird Case Management hauptsächlich im pflegerischen und medizinischen Bereich angewandt. Zunehmend öffnet sich auch die soziale Arbeit dieser, aus ihrer eigenen Praxis entstandenen,

⁷ *RSMH Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* ist eine Interessensvertretungsorganisation für Menschen mit psychischen Problemen (<http://www.karngarden.se/rsmh.html>)

IFS Intresseföreningen för schizofreni och liknande ist eine Interessensvertretungsorganisation für Menschen mit Schizophrenie und ähnlichen Psychosen sowie deren Angehörigen (<http://www.ifsume.se/>)

⁸ *Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum Västerbotten* ist ein Forschungs- und Wissenszentrum im Bereich psychosoziale Gesundheit des Landes Västerbotten (<http://socialpsykiatri.se/>)

⁹ Einzelfallhilfe gab es schon vor der Professionalisierung sozialer Arbeit, wurde jedoch dann von der Sozialarbeit, insbesondere durch Mary Richmond, als Methode aufgegriffen (vgl. Engelke 2002)

Methode. Case Management wird gegenwärtig noch nicht als eigenes Berufsfeld betrachtet, sondern vielmehr als ein spezifisches methodisches Vorgehen, für dessen Anwendung gewisse Kompetenzen erforderlich sind. Case Management kann daher von unterschiedlichen Berufsgruppen ausgeübt werden. (vgl. Neuffer, 2006)

3.1 Definition und Zielsetzung

Eine allgemein gültige Definition von Case Management gibt es bislang noch nicht.

Gegenwärtig werden Begriffsbestimmungen von Berufsverbänden und Versorgungseinrichtungen getroffen und in Abhängigkeit von der Disziplin, die diesen Begriff benutzt, und dem Setting, in dem Case Management angewandt wird, sehr unterschiedlich formuliert. Zudem wird der Begriff „Case Management“ in der Literatur synonym mit anderen Begriffen wie beispielsweise „Care Management“, „Managed Care“ oder „Unterstützungsmanagement“ verwendet. Während das Care Management die Aufgabe hat, die Unterstützung zu koordinieren – beispielsweise in einer bestimmten Region oder für eine spezifische Bevölkerungsgruppe (vgl. Ewers 2000) – liegt die Betonung beim Case Management bei der Begleitung eines individuellen Falls. Gemäß den Ausführungen von Wendt ist beim Case Management „der Zugang zu den Diensten, die Lage im Einzelfall, der Prozess der Zusammenarbeit, um die Situation zu bewältigen, ein planmäßiges Vorgehen und das zielwirksame Verhalten der Beteiligten“ (Wendt 1998:11) zu managen.

Eine erweiterte Definition von Case Management formulierte die Organisation *Case Management Society of America*. In jener Definition ist Case Management interpretiert als ein

„kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken.“ (Case Management Society of America, 2008:4)

Aus der Sozialarbeit heraus beschreibt Manfred Neuffer¹⁰ Case Management „als ein Verfahren, das einzelfallorientiertes Vorgehen mit sozialer Netzwerkarbeit verbindet. Durch das Case Management sollen den NutzerInnen differenzierte Hilfestellungen in der richtigen Form zum richtigen Zeitpunkt zukommen“. (Neuffer, 2006:43).

Obwohl eine Vielfalt unterschiedlicher Definitionen zum Begriff Case Management vorliegt, gibt es in einigen Punkten hohe Übereinstimmungen, die zu folgenden Prinzipien von Case Management führten (vgl. Goger, Vorlesung – Handout; 2007: S. 12-13):

Prinzipien des Case Management:

1. KundInnenorientierung
2. Empowerment
3. Prozedurale Fairness
4. Handeln nach Kontrakt
5. Effizienz und Effektivität
6. Qualität der Leistung
7. Rationalisierung und Rationierung

In der Sozialarbeit wurde die Entwicklung von Case Management als Methode vor allem von Peter Löcherbach und Wolf Rainer Wendt forciert.

Wendt beschreibt die fünf Kernelemente, die das Case Management als solches ausmachen und jene Methode von anderen unterscheidet. Diese fünf Elemente sind seit den 1990er-Jahren bekannt und gehen auf Moxley¹¹ zurück.

¹⁰ Manfred Neuffer ist Lehrender an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit in Hamburg, Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Pädagoge und Ausbilder/Case Management.

¹¹ Moxley David ist Lehrender der Fakultät der Oklahoma University of School of Social Work und hat sich in zahlreiche Publikationen mit Case Management in der Rehabilitation für

Diese Funktionen beziehen sich aufeinander und laut Wendt machen sie nur zusammen das Case Management aus:

- Assessment: Analyse und die Einschätzung der Problemsituation, Bestandsaufnahme der Situation und der Bedürfnisse
- Planung: In Zusammenarbeit mit den NutzerInnen werden kurz-, mittel- und langfristige Ziele formuliert und in einem Hilfeplan festgehalten.
- Intervention: Die im Hilfeplan erarbeiteten Ziele werden mit NutzerInnen umgesetzt bzw. gegebenenfalls modifiziert.
- Monitoring: Regelmäßige Überprüfung, ob die Dienstleistungen noch dem Bedarf der NutzerInnen entsprechen und die Kosten-Nutzen-Relation zufrieden stellend ausfällt.
- Evaluation: Aufschluss über den Betreuungsverlauf, die Qualität der Betreuung, sowie über die Zielerreichung.

Gemäß den Ausführungen von Wendt darf sich Case Management nur als solches bezeichnen, wenn sich der Prozess an diesen fünf Elementen orientiert. Wenn professionelles Handeln nur einzelne Momente – wie Bedarfsbestimmung, Hilfeplanung oder Evaluation – vorsieht, kann nicht von Case Management gesprochen werden (vgl. Wendt, 2002:8f).

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass, im Gegensatz zu Europa, in den USA auf eine langjährige Anwendung von Case Management Programmen zurückgeblickt werden kann. Das schwedische Case Management Modell, das Inhalt der vorliegenden Arbeit ist, hat sich daher an den Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum orientiert.

Aus diesem Grund wird in den nachstehenden Ausführungen ausschließlich auf Modelle eingegangen, welche in den USA für PatientInnen mit psychischen Beeinträchtigungen konzipiert wurden.

psychisch beeinträchtigte Menschen beschäftigt. (vgl. <http://faculty-staff.ou.edu/M/David.P.Moxley-1/bio.htm>)

3.2 Case Management Modelle im psychosozialen Bereich

Die Entwicklung von unterschiedlichen Case Management Modellen im angloamerikanischen Diskurs spiegelt eine umfangreiche Erfahrung im Bezug auf die Komplexität der Leistungen für Menschen mit psychischen Problemen wider.

Während einige AutorInnen zwischen den *minimal*, *co-ordination* und *comprehensive* Modellen unterscheiden, machen andere AutorInnen eine Unterscheidung zwischen dem *care management* und dem *clinical management* Model. (vgl. Björkman 2000:14) Mueser fasst diese Case Management Ansätze in drei Kategorien zusammen, indem er zwischen den *standart*, den *rehabilitation-oriented community care* und den *intensive comprehensive care* Modellen unterscheidet. (vgl. Björkman 2000:14)

Die nachstehende Abbildung soll zur Veranschaulichung der Unterscheidung der Modelle dienen. Die Darstellung wurde der Dissertation von Tommy Björkman¹² entnommen, die die Evaluation der implementierten Case Management Pilotprojekte zum Inhalt hatte. Aus diesen Case Management Modellen wurde das schwedische Modell entwickelt.

Die darauffolgende Darstellung ist von Mueser (1988) und illustriert folgende Kategorien: Betreuungsschlüssel, Aufsuchende Kontaktaufnahme, Einzel/Teambetreuung, 24-Stunden-Verfügbarkeit, NutzerInnenorientierung, Unterstützung bei der Erweiterung von individuellen praktischen Fähigkeiten, Häufigkeit der Kontakte, Ort der Kontakte, integrierte Behandlung, direkte Serviceleistung und NutzerInnengruppe.

¹² Tommy Björkman ist Lehrender des Departments of Health Sciences, Division of Nursing der University Lund, Schweden. Seine Dissertation hat die Evaluation von 10 unterschiedlichen Case Management Pilotprogrammen zum Inhalt.

Er absolvierte sein Doktor-Examen mit dem Schwerpunkt Psychiatrie an der medizinischen Universität in Lund und beschäftigt sich fortfahrend mit Forschungsprojekten, die die Rehabilitation von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zum Inhalt haben. (vgl. http://www.vardalinstitutet.net/docs/internt/Vardal_Tommy_031201.pdf)

Table 3. Features of different case management models*

Program feature	Broker CM	Clinical CM	Strengths CM	Rehabilitation	Assertive community treatment	Intensive CM
Staff to patient ratio	1:50 (?)	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Outreach to patient	Low	Low	Moderate	Moderate	High	High
Shared caseload	No	No	No	No	Yes	No
24-hour coverage	No	No	No	No	Often	Often
Consumer input	No	Low	High	High	Low	Low
Emphasis on skills training	No	Low	Moderate	High	Moderate?	Moderate?
Frequency of patients contacts	Low	Moderate	Moderate	Moderate	High	High
Locus of contacts	Clinic	Clinic	Commun.	Clinic/Commun.	Commun.	Commun.
Integration of treatment	Low	Moderate	Low (?)	Low (?)	High	High (?)
Direct service provision	Low	Moderate	Moderate	Moderate	High	High
Target population	SMI	SMI	SMI	SMI	SMI high service users	SMI high service users

* Mueser 1988

Abbildung 1: Unterschiede Case Management Modelle Björkman 2000:18

Aus dem Datenbericht von Tommy Björkman geht nachstehende Beschreibung der Modelle hervor.

3.2.1 Standard Case Management Modelle

In der Kategorie „Standard Case Management Modelle“ befinden sich das ursprünglich als Broker bezeichnete und später in Care Management umbenannte Modell sowie das Clinical Case Management Model. In beiden Modellen wird problemorientiert und vorwiegend in der Klinik oder in einer Einrichtung gearbeitet.

- **Broker Model / Care Management Model**

Das Broker Model stammt aus der Community Care Bewegung in England und gilt als das erstentwickelte Case Management Programm überhaupt. Charakteristisch ist der hohe Case ManagerIn-NutzerIn Schlüssel, welcher sich bei 30 bis zu 50 beläuft. Die Häufigkeit der Kontakte ist dementsprechend gering und im Gegensatz zu den Rehabilitationsmodellen liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit in der Klinik beziehungsweise in der eigenen Einrichtung. Im Gegensatz zu den anderen Modellen sind in diesem

Ansatz auch Unterstützungen über kürzere Zeiträume, beispielweise unter einem Monat, vorgesehen.

- **Clinical Case Management Model**

Im Vergleich zum Broker Model ist im Clinical Case Management Model zwar eine etwas niedrigere NutzerInnenkontaktzahl vorgesehen, im Gegenzug dazu werden jene Kontakte aber als Therapieeinheiten genutzt. Die Orientierung am/an der NutzerIn und die Betonung auf dessen/deren Kompetenzerweiterung sind zwar gegeben, spielen aber nur eine untergeordnete Rolle.

3.2.2 Rehabilitation Community Care

Als Alternative zu den Standardmodellen wurden das Strengths- und das Rehabilitations-Modell entwickelt. Der Schwerpunkt dieser Modelle liegt daher in den individuellen Ressourcen der NutzerInnen, der Aktivierung des persönlichen Potentials sowie der Ressourcen in der unmittelbaren Umgebung. Im Gegensatz zum Brokermodell betonen diese Modelle ressourcenorientierte Ansätze. Die beiden Ansätze unterscheiden sich weniger durch ihr Setting, sondern eher durch die inhaltliche Ausgestaltung ihrer Herangehensweise.

- **Rehabilitation-oriented community Care Modelle – Strengths Modelle**

Das Strengths Modell hat einen Betreuungsschlüssel von 20 bis zu 30 NutzerInnen, arbeitet lebensweltorientiert und berücksichtigt im Gegensatz zum Rehabilitations Modell die Unterstützung zur Erweiterung der eigenen Kompetenzen der NutzerInnen nur mittelmäßig.

- **Rehabilitations Modell**

Das Rehabilitationsmodell ist dem Strengths Modell sehr ähnlich, beide arbeiten ressourcenorientiert mit dem einen Unterschied, dass dieses Modell die Verbesserung der funktionalen und sozialen Fähigkeiten vorsieht.

3.2.3 Intensive Comprehensive Care Models

Diese Kategorie beinhaltet das *Assertive Community Treatment* (Case Management) und das *Intensive Case Management* (Case Management), welche Gegenpole zu Standard Modellen darstellen und sich durch einen sehr niedrigen Case ManagerIn/NutzerInnenschlüssel, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit und die Häufigkeit der NutzerInnenkontakte auszeichnen. Weiters ist die aufsuchende NutzerInnenarbeit in der Gemeinde und das Angebot eigener therapeutischer Unterstützung berücksichtigt.

- **Assertive Community Treatment Model**

Das Assertive Community Treatment (Case Management) wurde in den 70er Jahren von Stein & Test als *community based treatment und rehabilitations program* in Wisconsin in den USA entwickelt. Dieses Programm wurde als so genanntes „Spezialparkett“ entwickelt, um den Bedürfnissen von Menschen mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung und von Menschen mit umfangreichem Unterstützungsbedarf gerecht werden zu können. Im Modell vorgesehen ist ein interdisziplinäres Team, das Psychiater, diplomiertes Krankenpflegepersonal und mindestens zwei CasemanagerInnen voraussetzt. Eine therapeutische Behandlung ist daher beinhaltet. Zudem sind der niedrige Betreuungsschlüssel von 10:1 und die 24-Stunden-Erreichbarkeit der professionellen Fachkräfte charakteristisch. Im Modell berücksichtigt ist, im Gegensatz zu den anderen Modellen, die ausdrückliche Betonung der Unterstützung zum Leben in der Gemeinde.

Das ursprüngliche Modell *ACT Model* hat insofern weitere Ausprägungen erfahren, indem es auf spezielle Zielgruppen ausgerichtet wurde. In der Praxis konnte sich jenes Model vor allem in der Arbeit mit schizophrenen und substanzabhängigen Menschen, mit Personen mit Doppeldiagnosen und obdachlosen Menschen auszeichnen. (Björkman, 2000:19)

- **Intensive Case Management Model**

Jenes Model ist dem *ACT Model* bis auf die „Bezugsbetreuung“ sehr ähnlich. Im Gegensatz zum ACT Model wird der/die NutzerIn immer von ein/einer und dem-/derselben Case ManagerIn begleitet.

Gemäß Björkman handelt es sich bei diesen erläuterten Modellen um Ansätze, die für sich allein nicht zur Geltung kommen können. Die Ansätze müssen je nach Zielgruppe und Arbeitsfeld zu einem passenden Programm ausgestaltet werden. (vgl. Björkman 2000:12)

In den nachstehenden Ausführungen wird das schwedische Case Management Programm erläutert.

3.3. Das Schwedische Case Programm

Im Rahmen der schwedischen Psychiatriereform 1995, die die soziale Integration von psychisch kranken Menschen zum Ziel hatte, wurden zehn Pilotprojekte unterschiedlicher Case Managementmodelle in Schweden implementiert. Diese Modelle wurden vier Jahre später evaluiert. Das Ergebnis¹³ jener Evaluation führte dann zur Ausgestaltung eines eigenen schwedischen Case Management Programms.

¹³ Die Evaluierung der Pilotprojekte ergab, dass sich bei NutzerInnen aller implementierten Case Management Projekte der Bedarf an Pflege im Gegensatz zur Standardbetreuung stark gesenkt hatte, dass sich die Krankenhausaufenthalte erheblich reduzierten, Verbesserungen im Bezug auf die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der psychosozialen Dienste und die NutzerInnenzufriedenheit äußerst positiv ausfiel. Aufgezeigt werden konnte aber vor allem, dass sich die subjektive Lebensqualität in den Bereichen soziale Funktionen und Fertigkeiten im Gegensatz zur Standardbetreuung verbesserten, sowie sich bei einigen NutzerInnen die psychiatrischen Krankheitssymptome reduzierten und das soziale Netzwerk durchgehend verstärkt wurde. (vgl. Björkman, 2000)

Die Ergebnisse der Evaluation von 2000 finden sich im Anhang

Die Ergebnisse von Tommy Björkman, der im Namen des *Departments of clinical neuroscience, Division of Psychiatry* der Lund University die Evaluation der Pilotprojekte durchführte, war der Anstoß für eine Ausweitung der Case Management Programme als Standardmodelle auf ganz Schweden (vgl. Socialstyrelsen 2004:4). Auf Grund der hohen NutzerInnenzufriedenheit und der Senkung von stationären Aufenthalten der Betroffenen, die aus dem Ergebnis hervor ging, wurde im Jahr 2000 die Implementierung weiterer Case Management Programme forciert und Prinzipien und Methoden formuliert, die den schwedischen Case Management Programmen gemein sein sollten (vgl. Socialstyrelsen 2000:6). Seitdem unterstützt der Staat die Implementierung der Programme, indem er bei 40.000 EinwohnerInnen ein Case Management zu 40 Wochenstunden finanziert. Die Umsetzung d.h. die Bereitstellung für Arbeitsmittel, Büroräumlichkeiten, Dienstfahrzeuge usw. obliegt aber der Kommune.

Dieses Angebot wurde im Laufe der Zeit zunehmend in Anspruch genommen. 85 % der schwedischen Kommunen bieten zurzeit Case Management für Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen an. (vgl. Socialstyrelsen 2000:7)

Eine im Vorjahr abgeschlossene Langzeitstudie¹⁴ (vgl. Björkman 2007:58) wurde im Jahr 2000 vom *Swedish National Board of Health and Welfare* in Auftrag gegeben und von Tommy Björkman und Lars Hansson¹⁵ durchgeführt. Das Ergebnis der Evaluation zeigt eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität der NutzerInnen.

¹⁴ *Case Management for individuals with a Severe Mental Illness: A 6-Year Follow-up-Study*, Ergebnisse: <http://isp.sagepub.com/cgi/content/abstract/53/1/12>

¹⁵ Lehrender des *Departments of Health Sciences, Division of Nursing*, Lund University, Sweden

Aus den Ergebnissen hervor geht, dass soziale Veränderungen während der Periode von sechs Jahren in den Bereichen Bildung und Wohnen statt gefunden haben. In der Kategorie Wohnen erhöhte sich die Zahl der NutzerInnen, die alleine wohnten. Ebenfalls konnten erhebliche Veränderungen im Bezug auf die psychosozialen Funktionen der untersuchten Personen verzeichnet werden. Im Bereich soziale Kontakte und Arbeit zeigten die Ergebnisse, dass die Zahl der arbeiteten NutzerInnen von 28 auf 45 anstieg und in Bezug auf die sozialen Kontakte bewies die Untersuchung, dass 75 Personen der befragten 92 angaben, dass sie Freunde mehr als einmal im Monat treffen. Zu Beginn der Studie waren es nur 36 NutzerInnen. Die Reduzierung der Krankenhausaufenthalte konnte ebenfalls in dieser Studie nachgewiesen werden. Wie in der Evaluation der Pilotprojekte war auch die NutzerInnenzufriedenheit sehr hoch.

Eindeutig belegt werden konnten Verbesserungen im Bereich Psychosoziale Funktionen im Hinblick auf die Beschäftigungssituation und die sozialen Kontakte. Zudem zeigt die Langzeitstudie, dass weniger professionelle Unterstützung in den Bereichen Beschäftigung, soziale Kontakte und im Zugang von finanziellen und staatlichen Bezügen in Anspruch genommen wurden. Die Lebensqualität der NutzerInnen steigerte sich, was mit einer Zufriedenheit ihres Netzwerkes und einer Reduzierung der psychiatrischen Symptome einherging.

Schon als Vorgriff auf den empirischen Forschungsteil, wo das *Personligt Ombud*-Programm nochmals genau beleuchtet wird, dienen die nachstehenden Ausführungen zur Erläuterung des schwedischen Case Management Modells.

3.3.1 Das schwedische Personliga Ombud Teamet i Umeå

Das schwedische *Personligt Ombud*-Programm wurde an Hand der Kriterien der Evaluierung von Tommy Börkman von einem staatlichen Gremium im Jahr 2000 formuliert. Diese Kriterien sind jedoch nicht in eine spezielle Kategorie wie

ACT oder das Broker Modell einzuteilen. Vielmehr handelt es sich um eine Mischform der Standard-, Rehabilitations- und Intensiv Comprehensive Care Modelle von Mueser (vgl. Markstöm 2006).

Das schwedische Case Management Programm hat einen ressourcenorientierten Ansatz. Es geht daher nicht um die Bearbeitung von Schwächen und Mängeln, sondern um die Anpassung der Interventionen an die Interessen, Fähigkeiten und Ziele der NutzerInnen. Im Konkreten sprechen die ExpertInnen von einem nutzerInnengeführten Ansatz (→3.3.2), welcher „*client in charge*“ bezeichnet wird. (vgl. Socialstyrelsen 2000:34) Client in charge meint, dass der/die NutzerIn den Unterstützungsprozess leitet; in anderen Worten bestimmt der/die NutzerIn darüber, was gemacht wird und trifft die wesentlichen Entscheidungen. Zudem hat das *Personligt Ombud* einen sehr geringen (vgl. Markström 2006:2), im konkreten 10:1 NutzerInnen-CasemanagerInnenschlüssel, welcher wiederum den Intensive Comprehensive Care Modellen ähnlich ist. Im Gegensatz zu den *intensive comprehensive care models*, welche in der Unterstützung ein interdisziplinäres Team vorsehen und daher klinische Dienste selbst ausführen, ist der/die Case ManagerIn des schwedischen Modells nicht befugt, therapeutische und pflegerische Tätigkeiten zu leisten. Hingegen dürfen jedoch Begleitung und Beratung sowie anwaltschaftliche Vertretung angeboten sowie unterstützende Tätigkeiten im alltäglichen Bedarf ausgeführt werden. Dem Broker Modell ähnlich ist, dass das schwedische Programm auch Begleitungen über einen kurzen Zeitraum vorsieht. Das heißt, dass auch Begleitungen unter zwei Monaten stattfinden. Allerdings können sich die Betreuungen auch auf einen längeren Zeitraum, beispielweise zwischen fünf bis sieben Jahre ausdehnen. (vgl. ExpertInneninterview vom 20.11.2007) Für den/die Case ManagerIn von *Personligt Ombud* ist die nahe Beziehung zu den NutzerInnen in seiner/ihrer Arbeit als Basis für die gesamte ausführende Tätigkeit zu sehen.

Als Besonderheit des schwedischen Modells (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007) ist die Position im wohlfahrtsstaatlichen System des Programms zu erwähnen. Der Staat gibt dem Modell eine Sonderstellung. Auf nationaler Ebene wurden Richtlinien bestimmt, die von den Kommunen bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen. Aus diesen geht hervor, dass die Case ManagerInnen zwar Teil der kommunalen Sozialdienste sein sollten,

jedoch unabhängig von diesen Einrichtungen sein müssen, um die Loyalität den NutzerInnen gegenüber bewahren zu können. Ferner hat der/die Case ManagerIn die Beaufsichtigung der kommunalen und staatlichen Einrichtungen zur Aufgabe. (vgl. Socialstyrelsen 2003:24) Konkret ist damit gemeint, dass der/die *Personligt Ombud* das wohlfahrtsstaatliche Versorgungssystem beaufsichtigt und auf Fehler hinweisen muss.

Aus dem Socialstyrelsen 2002 geht folgende Zusammenfassung hervor. (vgl. Socialstyrelsen¹⁶ 2002:56)

Die Kommune hat sich bei der Umsetzung an folgende Richtlinien zu halten:

- Die Verantwortung *Personligt Ombud* anzubieten obliegt den Bezirken.
- *Personligt Ombud* muss ein Teil der sozialen Dienste der Kommune sein.
- Die *Personligt Ombud* Teams müssen unabhängig von den sozialen Diensten sein.
- Der Aufsichtsrat von *Personligt Ombud* soll aus VertreterInnen der Bezirke, VertreterInnen der psychiatrischen Dienste, VertreterInnen von lokalen NutzerInnen, Organisationen und VertreterInnen anderer Stakeholder bestehen.
- Der *Personligt Ombud* darf nicht für eine wohlfahrtsstaatliche Organisation stehen und keine Dienste der Behörden oder anderer Organisationen ausführen.
- Der *Personligt Ombud* ist beauftragt, die erbringenden Leistungen der wohlfahrtsstaatlichen Dienste zu beaufsichtigen und auf Fehler, Mängel und Unzulänglichkeiten in den Bereichen Pflege und Unterstützung hinzuweisen. Mängel sind der Kommune zu melden und dürfen keine Folgewirkungen mit sich bringen.
- Die Zugänglichkeit zur *Personligt Ombud* Unterstützung muss für NutzerInnen gewährleistet sein.
- Dokumentation ist nur im Rahmen der Tätigkeit als Case ManagerIn zu führen. Diese Dokumentation muss gemeinsam mit dem/der NutzerIn verfasst werden und dient der Transparenz. Der/die *Personligt Ombud*

¹⁶ *Socialstyrelsen* ist das Amt für Gesundheits- und Sozialwesen des National Board of Health and Welfare (vgl. <http://www.socialstyrelsen.se/>)

darf nur mit und nicht über die NutzerInnen schreiben. Der/die *Personligt Ombud* muss, ausgenommen von einem jährlichen Tätigkeitsbericht an den Staat und das Land, keine Dokumentation vorlegen.

- Die Fachkräfte von *Personligt Ombud* müssen Fachkräfte aus dem psychiatrischen, dem juristischen oder dem sozialarbeiterischen Bereich sein.
- Zielpersonen für die Unterstützung von *Personligt Ombud* sind Erwachsene mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung und Menschen mit psychischen Problemen und umfangreichem Hilfebedarf.
- Das Ziel der NutzerInnen muss gleichzeitig die Mission des *Personligt Ombud* sein.
- Die Beziehung zu den NutzerInnen muss das wichtigste Werkzeug in der Tätigkeit der Case ManagerInnen darstellen (vgl. Socialstyrelsen 2000).
- Die hauptsächliche Aufgabe des *Personligt Ombud* liegt darin, den NutzerInnen in vielen unterschiedlichen Situationen und zuletzt auch in Verbindung mit seinen/ihren Kontakten mit den Behörden zu assistieren bzw. zu vertreten.
- Der/die *Personligt Ombud* muss eine feldorientierte, pragmatische und flexible Arbeitsmethode anwenden.
- Der/die *Personligt Ombud* hat kein Büro, denn Büro ist Macht den NutzerInnen gegenüber.

Auf diese Richtlinien aufbauend, haben sich die schwedischen Programme, je nach lokalen Umständen wie Demographie und dem Angebot von sozialen Unterstützungsleistungen, in unterschiedliche Richtungen entwickelt. (vgl. Markstöm 2006:2)

Den nachstehenden Ausführungen kommt eine besondere Bedeutung zu.

Im folgenden Punkt werden wesentliche Grundzüge des *Personligt Ombudsteamet* in Umeå demonstriert, welche erst während der empirischen Forschung im Rahmen dieser Arbeit in Erfahrung gebracht wurden.

Da sich der empirische Forschungsteil auf diese Grundzüge konzentriert, werden vorab grundlegende Erläuterungen für wesentlich erachtet.

Die folgenden Erläuterungen sind dem Datenmaterial der empirischen Forschung entnommen. Ergänzungen zu den einzelnen Punkten werden aber erst im Hauptkapitel behandelt.

3.3.2 Personliga Ombudsteamet i Umeå

Das *Personliga Ombudsteamet i Umeå* besteht aus fünf Fachkräften, im Konkreten aus zwei Männern und drei Frauen. Die in weiterer Folge auch als *Personliga Ombud* Bezeichneten haben eine professionelle Ausbildung im psychosozialen Bereich und im Bereich der Sozialarbeit.

Die Fachkräfte sind zwischen sechs und zwölf Jahren in der Funktion als *Personliga Ombud* in Umeå tätig. Nur einer der Fachkräfte ist zu 100% beschäftigt, die restlichen üben ihre Tätigkeit im Rahmen einer 20- oder 30-Stundenwoche aus. Der Betreuungsschlüssel variiert je nach Anstellungsverhältnis zwischen fünf und 14 NutzerInnen pro *Personliga Ombud*.

Gemäß den nationalen Richtlinien haben die Fachkräfte die Verbesserung der Lebensqualität der NutzerInnen zum Ziel. Die Aufgabe, Menschen dabei zu unterstützen, ihr Recht auf Gesundheitsversorgung, soziale Sicherheit, soziale Dienstleistungen und Arbeitsmarktpolitik einzufordern, steht für das Team dabei im Vordergrund. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.04.2008)

In den weiteren Ausführungen werden wesentliche Punkte des Programms in Umeå skizziert. Die Erläuterung geht aus dem Datenmaterial der empirischen Forschung hervor.

- Zielgruppenformulierung

Ursprünglich war das Angebot in Umeå ausschließlich auf Menschen mit einer chronischen psychischen Beeinträchtigung ausgerichtet. Im Laufe der Zeit hat sich jedoch herausgestellt, dass auch zunehmend Menschen ohne Diagnose Unterstützung benötigen. *Personligt Ombud* in Umeå betreut daher seit 2003 ebenso obdachlose Menschen sowie Menschen, die Opfer sexuellen

Missbrauchs geworden sind. (vgl. Mitarbeiterinneninterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Urban Markstöm, ein interviewter Experte des Forschungszentrums *KunskC*, sagt beim ersten Zusammentreffen, dass *Personligt Ombud* Menschen unterstützt „which are falling between the cracks“. (ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007)

Die Zielgruppe, die Inhalt der vorliegenden Arbeit ist, ist an die Zielgruppe des *Personligt Ombud* Programms angelehnt.

Die Zielgruppendefinition lautet folgendermaßen (vgl. Verksamhetsberättelse för Personliga Ombudsteamet i Umeå Regioner 2007:1):

- Menschen ab 18 Jahren mit psychiatrischer Beeinträchtigung und umfangreichem Unterstützungsbedarf.
- Menschen ab 18 Jahren mit psychischen Problemen, die über keine psychiatrische Diagnose verfügen, sich jedoch in komplexen Lebenslagen befinden, die umfangreiche Unterstützung erfordert.
- Ausgenommen von der Unterstützung sind Menschen in kurzzeitigen Lebenskrisen, Personen mit der Diagnose Burn-out, Menschen mit Persönlichkeits- oder mit Essstörungen. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

- **Zugänglichkeit**

Da der/die *Personligt Ombud* auch eine Menschengruppe erreichen soll, die durch Isolation und Rückzug gekennzeichnet ist (vgl. Teamprotokoll vom 23.04.2008), wird in Umeå wie auch generell in Schweden der Zugang über Internet ermöglicht. (vgl. Teamprotokoll vom 18.01.2008) Menschen können

mittlerweile entweder über Internet¹⁷ oder über Telefon Kontakt zum *Personligt Ombud* aufnehmen.

- **Dauer der Unterstützung**

Die Dauer des Kontakts ist zeitunabhängig und hängt vom jeweiligen Unterstützungsbedarf ab. Erfahrungsgemäß wird ein Vertrag vorerst maximal für zwei Jahre vereinbart. Bisherige Kontakte zeigen, dass sich die Dauer der Begleitung zwischen einem Monat und sieben Jahren beläuft. (vgl. MitarbeiterInneninterviewprotokoll vom 23.01.2008)

- **„Client in charge“**

Mit dem Prinzip „client in charge“ ist ein nutzerInnengeführter, im englischen als consumer-driven bezeichneter Unterstützungsprozess gemeint. Ein Experte definiert diesen Begriff indem er betont, dass sich *Personligt Ombud*, im Gegensatz zu vielen anderen Case Management Modellen, im Unterstützungsprozess konsequent an den Bedürfnissen der NutzerInnen orientiert und nicht an den vorgegebenen Abläufen der Organisation ausrichtet. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007) Die MitarbeiterInnen fügen dem hinzu, dass sie nicht die Mission einer Einrichtung zu verfolgen hätten, sondern dass das Ziel der NutzerInnen ihre Mission darstellt. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Angelehnt an Moxley spricht Klug¹⁸, von der Unterscheidung zwischen eines consumer-driven (nutzerInnengeführt) und eines system-driven (institutionsgeführt) Case Management Ansatzes. Gemäß Klug definiert sich ein nutzerInnengeführter Ansatz vor allem dadurch, dass die NutzerInnen und nicht die professionellen HelferInnen Problem und Lösung definieren sowie über Ziel, Inhalt und Ablauf bestimmen. (vgl. Klug 2003:47)

¹⁷ Die Homepage von Personliga Ombudsteamet lautet: <http://poac.se/umearegionen/index.htm>

¹⁸ Wolfgang Klug ist ein Vertreter der Methode Case Management aus dem deutschsprachigen Raum

Die nachstehende Gegenüberstellung soll den Unterschied zwischen einem nutzerInnengeführten und einem institutionsgeführten Case Managementansatzes verdeutlichen. (vgl. Klug, 2003:46)

System-driven	Consumer-driven
<ul style="list-style-type: none"> • Professionelle HelferInnen definieren Probleme der NutzerInnen • Professionelle HelferInnen formulieren die Lösung • Professionelle HelferInnen bestimmen über Zweck, Richtung und Inhalt der Unterstützung • Professionelle HelferInnen begleiten den Prozess • Ziel ist die Optimierung der Abläufe der Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bedürfnisse der NutzerInnen stehen im Mittelpunkt • NutzerInnen definieren Problem • NutzerInnen formulieren die Lösung • NutzerInnen bestimmen selbst über Zweck, Richtung und Inhalt der Unterstützungen. • Die NutzerInnen werden bei der Befriedigung ihrer Bedürfnisse unterstützt • Das Ziel ist erreicht, wenn die Ziele der NutzerInnen erreicht sind

Abbildung 1: Unterschiede system-driven und consumer-driven in Anlehnung an Klug 2003:46

- **Autonome Stellung**

Den nationalen Grundprinzipien zu entnehmen ist, dass der/die *Personligt Ombud* keinesfalls für eine wohlfahrtstaatliche Organisation der Kommune steht sowie nicht über dementsprechende Ressourcen verfügen darf. (vgl. Socialstyrelsen 2000:23)

Vielmehr soll er/sie unabhängig von wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen der Kommune sein und eine neutrale Stellung einnehmen. Ferner hat der/die *Personligt Ombud* die Beaufsichtigung der wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen zur Aufgabe. (vgl. Socialstyrelsen 2000:24) Im Konkreten ist damit gemeint, dass der/die *Personligt Ombud* auf Mängel im Versorgungssystem hinweisen muss. (vgl. Socialstyrelsen 2000:25)

Paradoxerweise soll der/die *Personligt Ombud* aber trotzdem mit dem Ziel der Erleichterung des Zugangs zu vorhandenen Ressourcen innerhalb der Kommune integriert sein. (vgl. Markstöm 2006:2)

Zusammenfassend soll der/die *Personligt Ombud* frei von kommunalen Autoritäten arbeiten, um auf Unzulänglichkeiten im Unterstützungssystem aufmerksam machen zu können, aber trotzdem in das kommunale Kommunikationsnetz eingebunden sein, um örtliche Ressourcen für die NutzerInnen mobilisieren zu können. (vgl. Markstöm 2006)

Im Falle des *Personligt Ombud* Programms in Umeå sind daher die Fachkräfte bei der eigens dafür von der Kommune gegründeten *NGO Stiftelsen Samsyn*¹⁹ beschäftigt, deren VertreterInnen in Absprache mit dem *Socialstyrelsen*²⁰ für wesentliche Rahmenbedingungen und Bestimmungen innerhalb der Kommune zu sorgen haben.

Über fachliche Vorgehensweisen und methodisches Handeln bestimmt wiederum ein Aufsichtsrat auf nationaler Ebene. (vgl. Markström 2000:3)

- **Arbeitsmethode und Tätigkeitsfeld**

Der/die *Personligt Ombud* wendet eine Vielfalt an Arbeitsmethoden an. Die Methoden sind in den nationalen Prinzipien verankert und reichen von Casemanagement (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008), der klassischen Einzelfallhilfe und Empowerment bis hin zu feldorientierten, flexiblen und pragmatischen Ansätzen. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 05.02.2008)

Wesentliche Tätigkeiten des/der *Personliga Ombud* sind Information, Beratung, Betreuung, Vertretung, Krisenintervention, anwaltschaftliche Vertretung,

²⁰ Der Vorstand des *Stiftelsen Samsyn* besteht aus 12 Personen. Die Personen sind VertreterInnen von folgenden Organisationen: IFS, RSMH, Landstyrelsen, Socialtjänsten Vindeln, Vännäs und Bjurholm und VertreterInnen der Umeå Kommun

Ressourcenerschließung, Vernetzung und Koordination. (vgl. Socialstyrelsen 2000:14)

Den nationalen vereinbarten Prinzipien zu entnehmen ist jedoch, dass ein/e *Personligt Ombud* im Grunde Tätigkeiten ausführen darf, die dem übergeordneten Ziel des/der *Personligt Ombud* dienen.

Wörtlich zitiert steht:

„Der PO darf Tätigkeiten ausführen, wenn diese zur Verbesserung der Lebenssituation des/der NutzerIn beitragen, ungeachtet dessen ob diese Tätigkeiten in das Aufgabenfeld einer Nachbarorganisation fällt, beispielsweise wie Schuldenberatung, Unterstützung bei Alltagstätigkeiten, oder um finanzielle Unterstützungen bei wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen an zuzusuchen“. (Socialstyrelsen 2003:23a)

Ausgenommen davon sind pflegerische Unterstützung sowie therapeutische Tätigkeiten.

Urban Markström sagt beim ersten Treffen, dass sich innerhalb Europas zwar ähnliche Case Management Programme entwickelt hätten, jedoch das Schwedische Modell einzigartig auf Grund der autonomen Stellung im Wohlfahrtsstaatlichen System sei. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.10.2007)

Diesbezüglich hat die Verfasserin im Internet nach ähnlichen Modellen im Internet recherchiert.

Das Ergebnis der Recherche zeigt, dass es zwar nennenswerte ähnliche Modelle in den USA, in England, in Italien, in Schweden, in Deutschland, in Finnland und auch in Österreich gibt. Diese Programme orientieren sich jedoch, im Gegensatz zum schwedischen Model, stärker an ein einziges der vorhin erwähnten Modelle. Beispielsweise wurden in England, in Italien und in Österreich Case Management Programme installiert, die sich hauptsächlich am Assertive Community Treatment Modell orientieren. Hingegen sich die Programme in Deutschland und den USA am Intensive Case Management Modell orientieren.

Bei der World Psychiatry Association Konferenz in Hamburg (1999), bei welcher die zwei Ansätze der Intensive Comprehensive Care Models an Hand der Länder Schweden, USA; England, Deutschland und Italien verglichen wurden, kamen ExpertInnen zum Schluss, dass Case Management Ansätze nicht verglichen werden können. (vgl. World Psychiatry Association 1999:3)

Im Rahmen der Konferenz wurde verdeutlicht, dass der Vergleich derselben Ansätze unterschiedliche Ergebnisse bringt. Eine mögliche Erklärung, warum dieselben Ansätze innerhalb Europas unterschiedlich Ergebnisse zeigen, gibt der kulturelle Aspekt eines Landes. Die Untersuchung zeigt, dass es von der jeweiligen Kultur abhängt inwiefern ein Case Managementansatz von den NutzerInnen angenommen wird. (vgl. World Psychiatry Association 1999:3)

Urban Markström sagt desweiteren, dass der/die *Personligt Ombud* im Gegensatz zu anderen Case Management Programmen auch mit Obdachlosen arbeitet und dadurch vor allem Menschen erreicht, die psychische Probleme haben bzw. wohnungs- und beschäftigungslos sind. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.10.2007)

Nach Einschätzungen von ExpertInnen wird es für Menschen mit psychischen Problemen durch die fortschreitende Spezialisierung immer schwieriger, sich in Teilsysteme zu inkludieren. (vgl. ExpertInneninterview 6 und ExpertInneninterview 7)

Daten der WHO (2005) sowie auch aktuelle Daten aus Österreich (vgl. Presseunterlagen zur 7. österreichischen Armutskonferenz, 2008) bestätigen, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung mehr als der Rest der Bevölkerung von Armut, Isolation und Ausgrenzung betroffen sind. Aus den Presseunterlagen der erst kürzlich stattgefundenen Armutskonferenz geht hervor, dass psychisch beeinträchtigte Menschen oft die Tätigkeit, die sie einmal erlernt und über lange Zeit ausgeübt haben, nicht mehr ausüben können, zum einen weil sie dem Stress nicht mehr standhalten können und zum anderen weil kognitive Einschränkungen durch die Erkrankung entstanden sind.

„Wenn auch viel Geld in Beschäftigungsangebote für diese Personen fließt, haben sie nie eine Chance, sich durch Arbeit Geld

zu verdienen, weil sie nicht arbeitsfähig sind. Die können nicht sozial versichert werden, haben keine Pensionsversicherung, und ihr Status für die Zukunft ist völlig ungeklärt. Sie haben zwar eine Tagesstruktur. Aber dass sie selbstständiger werden und selbst die Möglichkeit haben, an die Zukunft zu denken, das ist nicht gegeben. Sie bleiben immer abhängig.“ (Presseunterlagen zur 7. österreichischen Armutskonferenz, 2008:3)

In nachstehenden Ausführungen soll daher ein Exkurs über das Exklusionsrisiko von psychisch kranken Menschen in Schweden informieren.

3.4 Exkurs: Soziale Exklusion in Schweden

Der Exkurs dient dazu einerseits den Begriff „Soziale Exklusion“ zu definieren und andererseits auf das Exklusionsrisiko von Menschen mit psychischen Problemen in Schweden aufmerksam zu machen.

Die EU sieht für soziale Exklusion folgende Definition vor:

„Soziale Exklusion ist ein Prozess, durch den bestimmte Personen an den Rand der Gesellschaft gedrängt und durch ihre Armut bzw. wegen unzureichender Grundfertigkeiten oder fehlender Angebote für lebenslanges Lernen oder aber infolge von Diskriminierung an der vollwertigen Teilnahme gehindert werden.“ (zit. 2004 Europäischen Kommission)

Es ist nicht vom Einzelnen abhängig exkludiert zu werden, sondern von den Strukturen inwieweit Betroffene an der Gesellschaft teilhaben oder nicht teilhaben. Soziale Exklusion hat das Konzept der Armut im öffentlichen Diskurs insofern erweitert, als dass sich Ausgrenzung nicht in erster Linie an materiellen Bestimmungsgrößen orientiert, sondern dass im Gegensatz zum statischen Begriff „Armut“ Ausgrenzung als sozialer Prozess zu verstehen ist. Zudem wurde die Aufmerksamkeit auf die Mehrdimensionalität des Begriffs erweitert. Der Exklusionsbegriff geht davon aus, dass gesellschaftliche Zugehörigkeit

grundsätzlich immer mehrdimensional zu fassen ist und die Bereiche Ökonomie, Kultur, Politik, Institutionen und soziale Beziehungen beinhalten muss. (vgl. Berger, 2007)

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung wurden in Schweden zur Risikogruppe ernannt sozial ausgeschlossen zu werden. Im Jahr 2007 wurde daher die Bekämpfung der Ausgrenzung zur Verhinderung von Obdachlosigkeit als Ziel formuliert, das es bis zum Jahr 2010 zu erreichen gilt.

Aus einer Studie geht hervor, dass in Schweden 17.800 Menschen obdachlos²¹ sind. Diese Zahl wurde im Jahr 2005 im Rahmen einer Feldstudie vom *Swedish National Board of Health and Welfare* erfasst. (vgl. Swedish National Board of Health and Welfare, 2005) Aus der Studie geht ebenfalls der Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung hervor. Das Ergebnis der Studie demonstriert, dass 40% dieser obdachlosen Menschen an einer psychischen Beeinträchtigung litten. (vgl. Ministry of Health and Social Affairs, 2005)

Folgendes Zitat bezieht sich auf die Studie von 2005:

“There are groups of people who run a bigger risk than others of being evicted, for instance people with psychiatric disabilities and people with addiction problems. In the last few years, noted as vulnerable for eviction has also been young people with an insecure economy, as well as elderly people with dementia who in consequence of their illness have got difficulties in handling their housing.” (Ministry of Health and Social Affairs, 2007)

Diese Worte verdeutlichen, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Schweden einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind ökonomisch ausgegrenzt und in weiterer Folge vom Wohnungsmarkt ausgeschlossen zu werden.

²¹ In dieser Studie als obdachlos bezeichnet wurden Menschen, die entweder in Notunterkünften lebten oder auf der Straße waren (vgl. 2005, Ministry of Health and Social Affairs)

Vor diesem Hintergrund wurde die empirische Forschungstätigkeit durchgeführt.

Der Abschluss des Kapitels gilt den Definitionen, die für die vorliegende Arbeit herangezogen wurden und welche als Grundlage für den darauffolgenden empirischen Forschungsteil gelten.

3.5 Definitionen

Exklusion / Soziale Ausgrenzung: Die Begriffe „Exklusion“ und „Soziale Ausgrenzung“ werden in dieser Arbeit synonym gebraucht. Man versteht den Begriff als Prozess und verbindet damit

„die Kumulation von Benachteiligung und Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen mit strukturell verweigeren Zugangschancen und Teilhabemöglichkeiten, die aus eigener Kraft nicht mehr erreicht werden können.“ (Bartelheimer, 2004:51)

Ökonomische Ausgrenzung: Ökonomische Ausgrenzung bezeichnet den Verlust des Zugangs zum Arbeitsmarkt und damit zu einer gesellschaftlich anerkannten Rolle, den Verlust von Einkommen und sozialem Ansehen und damit auch Kontaktmöglichkeiten sowie das Absinken des Lebensstandards unter das gesellschaftlich als angemessen angesehene Minimum. (vgl. Berger, 2007)

Institutionelle Ausgrenzung: Der Verlust von sozialen Schutzrechten und Möglichkeiten der Interessenvertretung führt zur Benachteiligung in oder dem Ausschluss von der institutionellen Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen. Es entsteht einseitige Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaat bei gleichzeitigem Statusverlust („Sozialhilfeempfänger“). (vgl. Berger, 2007)

Soziale Ausgrenzung: Mit diesem Begriff wird soziale Isolation durch die Verringerung der sozialen Kontakte bzw. Einengung der sozialen Beziehungen

auf ein homogenes Milieu mit geringer sozialer Reichweite und geringen Ressourcen verstanden. (vgl. Berger, 2007)

Kulturelle Ausgrenzung: Diskriminierung kultureller bzw. ethnischer Eigenarten, negative Etikettierung, Stigmatisierung abweichender normativer Orientierungen und Verhaltensweisen führen zum Verlust der Möglichkeiten, das Leben entsprechend den in einer Gesellschaft möglichen und allgemein anerkannten Lebenszielen zu gestalten. (vgl. Berger, 2007)

Gesellschaftliche Zugehörigkeit: Kronauer folgend wird gesellschaftliche Zugehörigkeit interpretiert als „(...) Einbindung in Erwerbsarbeit, Einbindung in soziale Nahbeziehungen und Teilhabe am gesellschaftlich erreichten Lebensstandard und Lebenschancen“ (Kronauer 2002: 139)

Integration: Der Begriff Integration wird soziologisch als Eingliederung, Angleichung oder Anpassung verstanden und meint im Gegensatz zu Inklusion die Eingliederung in ein bestehendes System. (Bloemers 2006a, 21)

Inklusion: Inklusion geht von einer Artenvielfalt und von einer Verschiedenheit aus. Inklusion beschreibt dabei die Gleichwertigkeit eines Individuums. (vgl. Wansing 2006:112) Im Gegensatz zum Begriff Integration geht es bei der Inklusion nicht um die Eingliederung von Menschen, sondern um die Teilhabe an den Ressourcen der Gesellschaft und um die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. (vgl. Kleve 2000 b: 45)

In Anlehnung an Wansing (2006) ist für die Realisierung von Inklusionschancen die Einbindung in Erwerbsarbeit (Arbeit), Einbindung in soziale Netze, materielle Teilhabe (angemessener Lebensstandard), politisch-institutionelle Teilhabe (Zugang zu Rechten und Institutionen sowie deren Nutzung) und kulturelle Teilhabe (Bildung/Kultur) notwendig.

Folgende Kategorien waren grundlegend für den gegenständlichen Forschungsprozess.

Inklusionsprozess: Inklusion wird als Prozess betrachtet, wobei davon auszugehen ist, dass es nicht bei der/dem Einzelnen liegt, sich zu inkludieren, sondern an den Strukturen, die eine Teilhabe zulassen. (vgl. Berger 2007)

Inklusionsarbeit: Inklusionsarbeit wird von Schablon (2001) als Unterstützung zur Inanspruchnahme von gesellschaftlichen Leistungen interpretiert. „Es geht um ein Hereinkommen in die Leistungszusammenhänge der modernen Gesellschaft“. (Schablon 2001:2). Gemäß den Ausführungen von Trube hat Inklusionsarbeit die „Eröffnung von gesellschaftlichen Kontexten zum Ziel“. (Trube, 2000a: 20)

Psychische Beeinträchtigung: In der vorliegenden Arbeit wird von psychischer Beeinträchtigung gesprochen. Der Krankheitsbegriff wird daher nicht materialistisch sondern systemisch gesehen. Für die vorliegende Arbeit wurde das systemtheoretische Krankheitskonzept herangezogen. Dieses sieht Krankheit als „Störung biologischer und psychosozialer, zur Informationsverarbeitung fähiger Regelkreise. Deutlich wird bei diesem Ansatz, dass Krankheit ein dynamischer Prozess ist“. (Hoffmann-Richter 2005:71)

4 Empirischer Forschungsteil

Im folgenden Hauptteil der Diplomarbeit wird einleitend auf den Forschungsprozess eingegangen, weiterführend die angewandte Forschungs- und Auswertungsmethode dargestellt und abschließend die Ergebnisse der Auswertung detailliert erläutert.

4.1 Darstellung des Forschungsprozesses

Die empirische Forschung wurde von Ende November 2007 bis Ende Juni 2008 im Rahmen des Auslandsaufenthaltes in Umeå, Schweden, durchgeführt.

Der Kontakt zu ExpertInnen, Fachkräften und NutzerInnen des *Personligt Ombud* Programms wurde im November, Dezember und Jänner aufgenommen. Dabei zeigte sich, dass der Zugang zu den InterviewpartnerInnen nicht

schwierig war, vielmehr jedoch die Sprache eine Barriere für die beabsichtigte Forschungstätigkeit darstellte. Die Beteiligten waren bald bereit, über das schwedische Case Management Programm Auskunft zu geben, allerdings nicht vor einem laufenden Tonbandgerät in englischer Sprache Rede und Antwort zu stehen.

Da die InterviewpartnerInnen sich in persönlichen Gesprächen in einem guten Englisch ausdrückten, führte vermutlich die persönliche Unsicherheit dazu, dass die Interviews auf Schwedisch durchgeführt werden mussten.

Demzufolge fanden im Zeitraum von Jänner bis Mai zahlreiche persönliche Kontakte zu den Beteiligten statt, die Interviews wurden dessen ungeachtet aber im schriftlichen Kontakt abgewickelt und unter der Berücksichtigung der sprachlichen Unsicherheit der Beteiligten in deren Muttersprache realisiert.

4.2 Forschungssprache

Beck-Gernsheims (2004:136) stellte fest, dass alleine das Finden einer gemeinsamen Sprache eine besondere Herausforderung für die Forschenden darstellt. In der gegenständlichen Forschung ist dieses Problem wörtlich zu verstehen, weil in der vorliegenden Arbeit Englisch und Schwedisch als Forschungssprachen verwendet werden. Dies stellte Probleme aus dreierlei Hinsicht dar:

- Zum einen erkannte die Verfasserin, dass eine verminderte Ausdrucksmöglichkeit zu erheblichen Missverständnissen führen kann. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)
- Zum anderen wurde offensichtlich, welche Schwierigkeit es darstellt Gefühle in einer Fremdsprache auszudrücken. (vgl. Interview 5)
- Zum dritten sei erwähnt, dass der Wert einer Forschung durch sprachliche Barrieren vermindert ist. (vgl. Interview 2)

Die Ergebnisse wurden unter Bedachtnahme dieser Problematiken erstellt, trotzdem sind die Erkenntnisse mit der Bemerkung Beck-Gernsheims zu lesen,

dass es „weit wahrscheinlicher ist, dass die Forscher gar nicht bemerkten, wo sie an entsprechende Hindernisse gerieten“. (Beck-Gernsheim 2004:184)

Um den Inhalt des Datenmaterials sinngemäß in die deutsche Sprache übersetzen zu können, wurde ein Übersetzer aus Umeå herangezogen. Einzelne Passagen wurden von der Verfasserin der Diplomarbeit übersetzt²².

4.3 Methoden und Durchführung

In den folgenden Ausführungen wird auf die Methoden, mit denen die Interviews, die als Daten im empirischen Forschungsteil dienen, sowie auf die konkrete Durchführung der Interviews eingegangen.

4.3.1 Teilstandardisierte Befragungen

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 17 Interviews durchgeführt. Einerseits fanden Forschungsgespräche mit zwei Experten vom Forschungszentrum *Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum Västerbotten*, die am Aufbau des *Personliga Ombudsteamet* beteiligt waren und zwei Evaluierungen²³ durchführten, statt. Zudem wurden vier MitarbeiterInnen des *Personliga Ombudsteamet* befragt und zwei VertreterInnen der Interessensorganisation *IFS - Intresseföreningen för schizofreni och liknande*²⁴, die zugleich auch Angehörige von NutzerInnen von *Personliga Ombudsteamet* waren und auch Vorstandsmitglieder des *Stiftelsen Samsyn*. Andererseits wurde eine ehemalige Nutzerin von *Personliga Ombudsteamet* in Umeå, die

²²Die Verfasserin hat während der Forschungstätigkeiten vier Schwedisch-Kurse an der Universität in Umeå belegt. Die Kurse wurden erfolgreich belegt. Die Zertifikate sind im Anhang ersichtlich.

²³ 1999 - 2001 Evaluierung von *Personliga Ombudsteamet i Umea*
2002 - 2004 Evaluierung der *Personliga Ombudsteamet* am ländlichen Bereich

²⁴ *IFS Intresseföreningen för schizofreni och liknande* ist eine Interessensvertretungsorganisation für Menschen mit Schizophrenie und ähnliche Psychosen sowie deren Angehörigen (<http://www.ifsume.se/>)

mittlerweile bei *RSMH - Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*²⁵ Umeå beschäftigt und Vorstandsmitglied des *Stiftelsen Samsyn* ist, befragt. Daneben fanden schriftliche Interviews mit den insgesamt acht NutzerInnen, die gegenwärtig die Unterstützung des Case Management Programms in Anspruch nehmen, statt.

4.3.2 Interview mit den NutzerInnen

Der Interviewleitfaden für teilstrukturierte Interviews bei den NutzerInneninterviews wurde in Anlehnung an Marotzki erstellt. Die Erstellung des Interviewleitfadens wurde aus zweierlei Sicht für sinnvoll erachtet. Erstens kann durch die Befragungsvariante sichergestellt werden, dass bestimmte Themenbereiche angesprochen werden und trotzdem Raum für narrative Potenziale der InformantInnen gelassen wird (vgl. Marotzki in Bohnsack/Marotzki/Meuser 2006:114). Zweitens können teilstrukturierte Interviews verglichen werden.

„Der Vorteil eines Leitfadens besteht darin, dass die interessierenden Aspekte auch angesprochen werden und insofern eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag, möglich ist.“ (Marotzki in Bohnsack/Marotzki/Meuser 2006:114)

Außerdem wurde eine Tabelle erstellt, die im Anhang ersichtlich ist und die Kategorien Arbeit, Wohnen, Geld, geeignete Unterstützung von den Sozialdiensten, Besuch kultureller Veranstaltungen, Schule, Ausbildung sowie FreundInnen und PartnerInnen beinhaltet. Diese Tabelle brachte zum einen die Erhebung der Situation kurz bevor die Unterstützung von *Personliga Ombudsteamet* in Anspruch genommen wurde zum Ausdruck und zum anderen die aktuelle Lebenssituation der Befragten. Diese Tabellen wurden anschließend miteinander verglichen.

Die NutzerInneninterviews hatten die Beantwortung folgender Fragen zum Ziel:

²⁵ RSMH: Interessensvertretung von Menschen mit psychischen Problemen (<http://www.karngarden.se/rsmh.html>)

- Inwiefern hat sich die Lebenssituation seitdem die NutzerInnen die Unterstützung von *Personligt Ombud* in Anspruch nehmen verändert?
- Durch welche Faktoren wurden die Veränderungen unterstützt?

4.3.3 Interviews mit den ExpertInnen

Der Leitfaden der teilstrukturierten ExpertInneninterviews wurde an das leitfadengestützte ExpertInneninterview nach Bobens (2003) angelehnt. Seiner Ansicht nach kann dadurch das „spezifische und konzentrierte Wissen ausgewählter Personen zu einem eingegrenzten Themenbereich“ (Bobens 2003:1) abgefragt werden. Zunächst wird ein Gesprächsleitfaden entwickelt, entlang dessen die Autorin als Interviewerin Fragen an die/den GesprächspartnerIn richtet. Die Reihenfolge der Fragen ist offen und lässt Raum für andere Themen, Bobens sieht durch den Leitfaden ebenfalls die Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet. (vgl. Marotzki 2003:8)

Überdies wurden auch für die ExpertInneninterviews Tabellen erstellt, die dieselben Kategorien wie die der NutzerInnen zum Inhalt hatten. Die Tabellen sollten einen allgemeinen Überblick geben.

Die ExpertInneninterviews sollen verwertbare Informationen zur jeweils aufklärenden Problemsituationen, welche insbesondere für den/die AußenstehendeN schwierig zu erfassen ist, liefern. (vgl. Bobens, 2003)

Die Interviews hatten die Beantwortung folgender Fragen zum Ziel:

- Inwiefern ist es dem *Personligt Ombud* Programm möglich die NutzerInnen im Inklusionsprozess zu unterstützen?
- Durch welche Faktoren wird der Inklusionsprozess unterstützt?

Ähnlichkeiten zu den Ergebnissen der NutzerInneninterviews wurden herausgearbeitet und in Kategorien zusammengefasst. (vgl. Mayering 2003)

Dabei zu erwähnen gilt abschließend, dass der Begriff „Faktor“ deshalb gewählt wurde, weil der Begriff Antwortmöglichkeiten offen lässt und nicht von vornherein auf bestimmte Kategorien einschränkt. Auf diese Weise wurde

sichergestellt, dass je nach den Einschätzungen der Befragten strukturelle, methodische, organisatorische oder inhaltliche Faktoren genannt werden konnten.

4.4 Auswertung

Das Datenmaterial wurde in zwei Phasen ausgewertet. Die erste Phase diente der Beantwortung der zentralen Forschungsfrage, *ob und inwiefern das Personligt Ombud Programm den Inklusionsprozess ihrer NutzerInnen unterstützt?*

Die Autorin hat versucht, Antworten auf diese zentrale Forschungsfrage herauszuarbeiten.

Mit der Methode der generalisierenden Inhaltsanalyse nach Bobens (2003) wurde das vorliegende Datenmaterial einer Auswertung unterzogen, wobei die Gemeinsamkeiten der Interviews herausgearbeitet wurden. Die daraus gewonnenen für die Forschungsfrage richtungweisenden Merkmale sowie die Konzentration auf die zweite Forschungsfrage bildeten Grundtendenzen in den einzelnen Interviews als Basis für die zweite Phase der Auswertung.

In dieser ging es um die Beantwortung folgender Frage: *Durch welche Faktoren ist es dem Personligt Ombud Programm möglich, die NutzerInnen zu unterstützen, die für sie passenden Hilfeleistungen zu erhalten?*

Primäres Ziel dieser Fragestellung war, eine umfassende Einschätzung darüber zu erhalten, durch welche Faktoren sich die nutzbringende Unterstützung von *Personligt Ombud* kennzeichnen lässt?

In der zweiten Phase der Auswertung wurde ebenfalls nach der Methode der generalisierenden Inhaltsanalyse nach Bobens (2003) vorgegangen, indem Gemeinsamkeiten der Interviews herausgearbeitet und für die Generalisierung herangezogen wurden. Dem ersten Schritten der Ergebnisauswertung folgte im nächsten Schritt eine Reduktion des gewonnenen Datenmaterials durch Strukturierung nach Mayring (2003). Gemäß Mayring wurde in Gestalt der Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion das Datenmaterial strukturiert. Mit diesem Schritt bildete sich die zentrale Forschungserkenntnis in Gestalt der

Leitkategorien NutzerInnenorientierung, Autonomie und Advocacy heraus, welche im nachstehenden Kapitel erläutert werden.

4.5. Darstellung der Forschungsergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Forschungsergebnisse dargestellt und darauf aufbauend die Faktoren erläutert, die aus Sicht der Befragten erforderlich sind, um NutzerInnen von *Personligt Ombud* in gesellschaftliche Teilsysteme zu inkludieren.

Vorausgehend wird demonstriert, inwiefern es den NutzerInnen gelang, sich durch die Unterstützung von *Personligt Ombud* zu inkludieren. Darauffolgend werden die Faktoren, die dazu beigetragen haben, dass sich die Betroffenen in Teilsysteme inkludieren konnten, erläutert. Mitunter wird dabei auf Schwierigkeiten aufmerksam gemacht und auf mögliche Konsequenzen hingewiesen.

Der Abschluss gilt einem Resümee der Institution *Personligt Ombud* unter Berücksichtigung dieser Faktoren.

Das Ergebnis zeigt, dass NutzerInnen bevor sie die Unterstützung von *Personligt Ombud* in Anspruch nahmen, den Kontakt zu professionellen HelferInnen der Psychiatrie und der kommunalen Dienste komplett abgebrochen hatten und zurückgezogen und isoliert lebten. (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 08.03.2008, NutzerInneninterviews 12, 13, 15)

In diesem Zusammenhang geben NutzerInnen an, sich von den professionellen HelferInnen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen nicht respektiert gefühlt zu haben. Ferner sagt eine dieser NutzerInnen, dass sie den Kontakt zur Sozialarbeiterin abgebrochen hatte, weil...

„(...)sie glaubte zu wissen, was gut für mich war. Aber ich wollte doch nur meinem Kind eine gute Mutter sein. Ich wollte meinem Kind all das geben, was ich nicht bekommen hatte. Wärm, Liebe und Geborgenheit, das sollten alle Kinder bekommen, ich hätte das auch bekommen sollen (...) sie sagte, dass es besser wäre, mein Kind bei einer Pflegefamilie aufwachsen zu lassen aber das wäre das Schlimmste für mich gewesen.

(...) ich brach den Kontakt dann ab und zog mich mit meinem Sohn zurück.“ (zit. NutzerInneninterview 5, Absatz 4, Zeile 1-7)

Das Ergebnis zeigt im Weiteren, dass die NutzerInnen angeben, erst durch die Unterstützung von *Personligt Ombud* Zugang zu geeigneten ökonomischen, sozialen, institutionellen und kulturellen Ressourcen²⁶ erhalten zu haben.

Im konkreten hat *Personligt Ombud* die NutzerInnen dabei unterstützt

- seine/ihre Rechte in Anspruch zu nehmen,
- eine passende Arbeitsstelle zu finden,
- Zugang zu einer Praktikumsstelle zu bekommen,
- die angemessenen Sozialhilfeleistungen zu erhalten,
- die zweckentsprechende Unterstützung von psychosozialen Diensten zu bekommen,
- kulturelle Veranstaltungen besuchen zu können,
- sich bei einer Interessensvertretungsorganisation zu beteiligen,
- Freunde zu finden,
- eine Grundschulausbildung nachzuholen und erfolgreich abzuschließen,
- ein Studium zu absolvieren.

Ferner zeigt das Ergebnis auf, dass es dem/der *Personligt Ombud* möglich ist soziale, kulturelle und ökonomische Ressourcen so auszugestalten, dass die NutzerInnen ihre persönlichen Ziele erreichen konnten. (vgl. Interview 5)

Das Ergebnis wird durch das Fallbeispiel einer ehemaligen NutzerIn verdeutlicht.

Eine ehemalige NutzerIn erzählt, dass sie sich von ihrem *Personligt Ombud* darin gestärkt fühlte, eine gute Mutter zu sein und dass dieser sie dabei unterstützt habe, selbstständig mit ihrem Kind leben zu können. Mit der Unterstützung von *Personligt Ombud* hat sie ihre Grundschulausbildung

²⁶ Gemäß Wansing sollten Menschen damit sie am Gesellschaftssystem teilhaben können über ökonomische (Arbeit/Geld/Wohnung) über soziale (FreundInnen/PartnerInnen), über politische- und institutionelle (über soziale Rechte und Hilfeleistungen) und kulturelle (Bildung/Kultur) Ressourcen verfügen (Wansing, 2006:45)

nachgeholt und diese auch abgeschlossen, sowie eine geeignete Arbeitsstelle gefunden und ist in Kontakt mit Menschen aus ihrer umliegenden Umgebung getreten. Jene Frau ist mittlerweile Mutter eines 14-jährigen Sohnes, ist zu 85% erwerbstätig, wohnt eigenständig in einer Wohnung in Umeå, gibt an Freunde zu haben und keine professionelle Unterstützung mehr in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus schreibt sie:

„Heute habe ich ein besseres Selbstbewusstsein und mehr Selbstvertrauen. Ich habe Freunde und Arbeitskollegen und die Sozialdienste und Behörden sind heute ebenso nicht mehr bedrohlich für mich. Ich hab begonnen mein eigenes Leben in die Hand zu nehmen. Ich bin in die Schule gegangen und habe eine Arbeitsstelle gefunden. Heute bin ich glücklich und das habe ich nur meinem *Personligt Ombud* zu verdanken“ (Interview 5, Absatz 3, Zeile 3-7)

In den weiteren Ausführungen wird der Fokus auf die Beantwortung der Frage gelegt, welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass NutzerInnen, die für sie angemessenen und passgenauen Ressourcen erreichen konnten.

Ergebnis ist, dass den Faktoren NutzerInnenorientierung, Autonomie und Advocacy im Unterstützungsprozess ein zentraler Stellenwert zukommt. Diesen Faktoren kommt in der nachstehenden Darstellung strukturierende Bedeutung zu. Das bedeutet, dass die Forschungsergebnisse anhand der Faktoren „NutzerInnenorientierung“, „Autonomie“ und „Advocacy“ erörtert werden. Subkategorien, welche die genannten zentralen Faktoren näher bestimmen sowie illustrieren, finden sich genauso wie Passagen aus den Roh-Daten, welche die Ergebnisse untermauern sollen.

4.5.1 NutzerInnenorientierung

Die Auswertung des Datenmaterials zeigt, dass befragte NutzerInnen, die für sie passende Unterstützungsleistung erhalten haben, weil sie im Unterstützungsprozess von Anfang an miteinbezogen wurden. (vgl. Interview 5, 12) Konkret bestimmten die NutzerInnen über den Unterstützungsprozess und trafen wesentliche Entscheidungen. Zum Beispiel berichtet eine NutzerIn, dass sie darüber bestimmen konnte, inwiefern sie eine Hilfestellung der

*socialtjänster*²⁷ bei der Erziehung ihres Kindes benötigte (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 08.03.2008)

Im Grunde wird die erfolgversprechende Unterstützung von *Personligt Ombud* auf die NutzerInnenführung zurückgeführt. Demzufolge spricht ein Experte des Forschungszentrums *Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum Västerbotten* (→4.3.3) davon, das *Personligt Ombud* im Gegensatz zu konventionellen Einrichtungen, wie die Psychiatrie oder der psychosoziale Dienst, im Auftrag der NutzerInnen arbeitet und die Bedürfnisse der NutzerInnen in den Mittelpunkt der Unterstützung rückt und diese zur Partizipation auffordert. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007)

Indem die NutzerInnen kurzerhand in den Unterstützungsprozess involviert wurden, konnten natürliche Ressourcen, wie beispielsweise der Kontakt zu Personen aus dem nahen Lebensumfeld des/der NutzerInnen (vgl. Interview 5, 12) und professionelle Ressourcen wie beispielsweise der Kontakt zu einer Bezugsperson an der Psychiatrie (vgl. Interview 5,12) so ausgestaltet werden, dass diese für die Betroffenen als passend galten. Eine Nutzerin spricht davon, dass sie Freunde gefunden hätte, durch die sie sich unterstützt fühlte, worauf die Kontakte zu ihrem Bezugsbetreuer an der Psychiatrie zunehmend weniger wurden, jedoch auf ihren Wunsch hin nicht komplett abgebrochen werden mussten. Hervor hebt die NutzerIn, dass es für sie wichtig war, zu wissen, dass sie jederzeit wieder hingehen konnte. (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 08.03.2008)

In weiterer Folge werden auf wesentliche Aspekte der NutzerInnenorientierung eingegangen, durch die sich die NutzerInnen unterstützt fühlen.

4.5.1.1 NutzerInnen im Mittelpunkt

Die Fachkräfte betonen in den Gesprächen ihre eingangs passive Unterstützungstätigkeit. Im Konkreten sehen sie ihre Aufgabe darin, dass ihnen die NutzerInnen vorläufig „nur zuhören“ (Interview 2, Absatz 3) und sie dadurch die Bedürfnisse der Betroffenen erheben können. Fortfahrend lassen die MitarbeiterInnen die NutzerInnen das Problem und die Lösung selbst definieren.

²⁷ Kommunale Sozialdienste (Langenscheidt, 2004:165)

Infolgedessen setzen die Fachkräfte erst aktive handelnde Schritte, nachdem die Bedürfnisse deutlich sind und das Problem sowie die Lösung von den Betroffenen adäquat formuliert wurden. Die mehr oder minder ersten handelnden Schritte der professionellen HelferInnen sind daher Ermitteln und Auskundschaften von genauen Unterstützungsleistungen (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 08.03.2008), die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden können. (vgl. Interview 3)

Dadurch, dass sich der/die *Personligt Ombud* im Unterstützungsprozess zurücknimmt und seine/ihre Aufmerksamkeit ausschließlich auf die Wünsche und Bedürfnisse der NutzerInnen richtet, können individuelle Anliegen der Betroffenen erfragt (vgl. NutzerInnenprotokoll vom 05.04.2008) und im weiteren Verlauf des Unterstützungsprozesses sowie in der Zieldefinition berücksichtigt werden. (vgl. Interview 5, Absatz 3) Ferner zeigt das Ergebnis der Analyse, dass NutzerInnen ihre/ihren *Personligt Ombud* als persönliche Assistenz bezeichnen, der/die sie bei der Erreichung ihrer persönlichen Ziele unterstützt. (vgl. Interview 5, Absatz 4)

Beiläufig tun NutzerInnen darüber kund, anfangs Schwierigkeiten gehabt zu haben, ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse vor ihrem/ihrer *Personligt Ombud* artikulieren zu können. (vgl. Interview 5, 14)

Die Schwierigkeit der NutzerInnen ihre Bedürfnisse zu formulieren, wird darin erklärt, dass Betroffene vielfach dahin gehend sozialisiert sind, sich nach professionellen Beschlüssen zu formen und sich die Erhebung der Bedürfnisse daher mehrfach schwierig gestaltet. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Dabei schreiben NutzerInnen aber, dass sie sich von ihrem/ihrer *Personligt Ombud* durchaus unterstützt fühlten, ihre Anliegen in Worte fassen zu können, indem dieser/diese überaus geduldig war. Ferner betonen die Betroffenen, dass sie ausreichend Zeit hatten, um ihre eigenen Bedürfnisse deutlich und erkennbar machen zu können. (vgl. Interview 5, 12, 14).

Desweiteren berichten Vertreter der Interessensorganisation *Intresseföreningen för schizofreni och liknande*, dass die Gewährleistung der Anonymität, die Unabhängigkeit von anderen psychosozialen Einrichtungen und die Tatsache, dass es außer dem Hilfeplan keine Dokumentation gibt, dazu beitragen, dass

Betroffene ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse offen und ehrlich kundtun. (vgl. Interview 8,9)

4.5.1.2 NutzerInnen definieren Probleme und formulieren Lösungen

Das Ergebnis zeigt, dass geeignete Hilfsangebote mobilisiert werden können, wenn der/die NutzerIn das Problem und die Lösung dafür selbst definieren (vgl. Interview 5, 10, 14) Im Konkreten schreiben NutzerInnen, dass Einsamkeit, niedriges Selbstbewusstsein und finanzielle Schwierigkeiten zu ihrer komplexen Lebenssituation geführt hätten. Deshalb wurde die Aufstellung eines Haushaltsplanes, die Begleitung beim Besuch von kulturellen Veranstaltungen innerhalb ihrer Gemeinde und das Ausfindigmachen von Freizeitmöglichkeiten, die den Fähigkeiten der Betroffenen entsprachen, angestrebt. Jene NutzerInnen geben an, gegenwärtig die passende Unterstützungsleistung zu erhalten. (vgl. Interview 10, 14)

Beiläufig sprechen die MitarbeiterInnen von der Schwierigkeit, keine eigenen Ideen und Vorschläge im Prozess des Formulierens von Problem und Lösung der NutzerInnen einbringen zu dürfen. Daraus ergab sich die negative Folge, dass im Unterstützungsprozess nicht die Probleme der NutzerInnen, sondern die aus Sicht der MitarbeiterInnen ins Auge gefasst werden. Beispielsweise würde eine regelmäßige Unterstützung der *socialtjänsten* mobilisiert werden, obwohl die NutzerInnen angeben, ihr Leben selbst in den Griff bekommen zu wollen und genug von den Ratschlägen der professionellen Fachkräfte zu haben. (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 05.04.2008) Eine Nutzerin sagt, dass sie den Kontakt zu den Unterstützungsdiensten abgebrochen hatte, weil sie „...nicht mehr hören wollte, wie sie leben sollte und was gut für sie war.“ (NutzerInneninterviews 5, Absatz 1 Zeile 2-3) Demzufolge wurde die Mobilisierung der *socialtjänsten* als unpassend empfunden. (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 08.03.2008)

Wenn die Sichtweise der MitarbeiterInnen jedoch nicht mit der des Nutzers einhergeht führt das letztendlich dazu, dass der Betroffene die „falsche“ (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008) Unterstützungsleistung erhält. Das Ergebnis wird durch nachstehende Ausführungen eines/einer MitarbeiterIn

bestätigt, die sich über die Herausforderung für professionelle Fachkräfte bei der Begleitung eines nutzerInnengeführten Unterstützungsprozesses äußert:

"The key challenge is not to have a ready solution for a client, directly, when you get the mission and hear a story. I can admit that before I had an idea of how this person might be better off, and now is the time to try to be professional, not having the finished idea, but deleted from this particular individual and actually working on what she wants, no matter what I think. It is really hard and it is extremely frustrating many times to do things that you might think that this will not hold, it will not work, but I think that is what is most important, that the clients know that I do not has finished the solution for them, to listen to what they want and what they want to do. Otherwise we are planing wrong things“
(Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

4.5.1.3 NutzerInnen bestimmen über Zweck, Richtungen und Inhalt

Indem NutzerInnen selbst über Zweck, Richtung und Inhalt der Unterstützung bestimmen und den Prozess steuern, kann der Unterstützungsprozess und die in Anspruch genommenen Hilfeleistungen stets an die verändernde Situation der NutzerInnen angepasst werden. (vgl. Protokoll vom 23.04.2008)

In diesem Zusammenhang berichtet ein/eine MitarbeiterIn von einem ihrer Nutzer, der aus seinem Wunsch heraus die Unterstützung seines Sachwalters nur in Ausnahmesituationen in Anspruch nimmt. In Zeiten, in denen es ihm besser geht (zit. Interview 1, Absatz 3, Zeile 2) kann er seinem Wunsch entsprechend eigenständig über sein Vermögen verwalten. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

4.5.1.4 Professionelle HelferInnen informieren und NutzerInnen entscheiden

Der/die *Personligt Ombud* unterstützt die NutzerInnen, indem er/sie die Betroffenen über zur Verfügung stehende Hilfsmittel informiert und der/die NutzerIn darüber entscheidet, welche davon am besten geeignet ist, die definierten Ziele zu erreichen. (vgl. Interview 5) Verdeutlicht wird das Ergebnis durch das Fallbeispiel einer ehemaligen NutzerIn, die angibt, dass der *Personligt Ombud* sie über offene Arbeitsstellen informierte, sie infolge dessen aber erst an ihre gegenwärtige Arbeitsstelle mit einer Bewerbung herangetreten ist. (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 04.03.2008)

Was die Informationsweitergabe im Unterstützungsprozess betrifft gehen die Aussagen der MitarbeiterInnen und die der ExpertInnen der Forschung konform. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass MitarbeiterInnen über ein umfangreiches Wissen über Anspruchsberechtigungen und vorhandene Unterstützungsleistungen verfügen müssen um die NutzerInnen gewissenhaft informieren zu können. (vgl. Teamprotokoll vom 24.01.2008, ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007 und vom 14.12.2007)

4.5.1.5 NutzerInnen fordern passende Ressourcen selbst ein

Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass der/die *Personligt Ombud* die NutzerInnen darin bestärkt, die für sie passenden Ressourcen selbst einzufordern. Im Konkreten geben die Fachkräfte an, dass sie mit ihren NutzerInnen Rollenspiele durchführen. Ferner berichtet eine ehemalige NutzerIn, dass ihre *Personligt Ombud* mit ihr geübt hätte, wie man sich selbstbewusst gegenüber VertreterInnen einer Behörde verhält. In diesem Zusammenhang schreibt sie in ihrem Interview:

Ich habe gelernt selbst hinzugehen und deutlich zu sagen, was ich will.“
(Interview 5, Absatz 3, Zeile 5)

Das Ergebnis zeigt im Weiteren, dass ein Unterstützungsprozess, der auf die Bedürfnisse der NutzerInnen aufbaut, auf Grenzen stößt, wenn Betroffene nicht die Fertigkeit besitzen, sich artikulieren zu können.

4.5.1.6 Die soziale Fertigkeit Bedürfnisse artikulieren zu können ist Voraussetzung

Die Ausarbeitung der ExpertInneninterviews demonstriert das Manko eines nutzerInnengeführten Ansatzes. Das Ergebnis zeigt, dass eine Dienstleistung, die konsequent auf die individuellen Bedürfnisse der NutzerInnen ausgerichtet ist, auf Grenzen stößt, wenn NutzerInnen nicht die nötigen sozialen Fertigkeiten besitzen ihre Bedürfnisse in Wort und Schrift auszudrücken. Das Ergebnis wird im Zusammenhang der Schilderungen eines Mitarbeiters deutlich. Konkret tut er Mitarbeiter darüber kund, dass die Unterstützungstätigkeit von *Personligt Ombud* abgebrochen wird, wenn NutzerInnen ihre Bedürfnisse nicht formulieren. Dieser Mitarbeiter berichtet von einem aktuellen Fallbeispiel, in welchem einer seiner Nutzer so schwer krank ist, dass dieser mit ihm nur über andere Stimmen spricht und nach der Zeit von vier Monaten noch kein Auftrag zustande gekommen ist. Ein Mitarbeiter berichtet:

„In that case, I consider cancelling *Personligt Ombud* support, because I have no mission” (Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008).

Dieses Beispiel illustriert, dass die NutzerInnen die Fertigkeit besitzen müssen, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu verbalisieren um die Unterstützung von *Personligt Ombud* auch in Anspruch nehmen zu können.

Zusammengefasst kann daher gesagt werden, dass eine Dienstleistung, die ihren Unterstützungsprozess auf den/die NutzerIn ausrichtet, zur Mobilisierung passender Hilfeleistung führen kann, jedoch jene Menschen von der Unterstützung ausschließt, die es nicht schaffen, Wünsche und Bedürfnisse adäquat in Wort und Schrift zu formulieren. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

4.6 Autonomie

Bei der Auswertung des Datenmaterials war bemerkenswert, dass die Begriffe Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit, die wie vermutet nur den NutzerInnen eigen sein sollten, auch für die professionellen MitarbeiterInnen einen zentralen Stellenwert erhielten. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.04.2008)

Das Resultat der Analyse zeigt, dass Autonomie²⁸ im Unterstützungsprozess für NutzerInnen und Fachkräfte im Unterstützungsprozess förderlich ist (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 05.02.2008).

Die befragten VertreterInnen von IFS sowie RSMH und die NutzerInnen des *Personliga Ombudsteamet* sprechen von der Selbstbestimmung, Unterstützung in vielfältigen Belangen einfordern zu können. Eine NutzerIn schreibt:

„Unterstützung in allen nur erdenklichen Dingen“ (Interview 10, Absatz 3, Zeile 4) „und zur richtigen Zeit zu bekommen.“ (Interview 10, Absatz 3, Zeile 8)

Im Gegensatz dazu unterstreichen die Fachkräfte die erfolgversprechende Unterstützung des *Personligt Ombud* Programms mit ihrer Eigenverantwortlichkeit, anwendungsbezogen und pragmatisch auf die Bedürfnisse der NutzerInnen reagieren zu können zurück. Dieser Zusammenhang wird durch die Aussage einer Fachkraft verdeutlicht:

„Because we are free to do, what we want to do.“ (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Demhingegen bezeichnen die Experten des Forschungszentrums die Unabhängigkeit des/der *Personligt Ombud* zu anderen wohlfahrtsstaatlichen

²⁸ **Autonomie** (griech.) A. bezeichnet das Recht einer natürlichen oder juristischen Person zur Regelung der eigenen Rechtsverhältnisse. 1) Staatliche A. liegt dann vor, wenn ein politisches Gemeinwesen in der Lage ist, die eigenen Angelegenheiten zu regeln, politische Entscheidungen zu treffen und durchzusetzen, ohne sich ausländischen Einflüssen unterordnen zu müssen. 2) Innerstaatliche A. liegt dann vor, wenn bestimmte Organisationen oder Institutionen mit Selbstverwaltungsrechten ausgestattet sind und ihre Angelegenheiten eigenverantwortlich regeln können. (<http://www.bpb.de/wissen>)

Einrichtungen als entscheidenden Faktor für die erfolgreiche Unterstützung. (vgl. ExpertInneninterview 6, 7)

Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass konkret zwei Punkte für den erfolgreichen Unterstützungsprozess von Bedeutung sind. Einerseits ist der erfolgreiche Prozess dem pragmatischen Handeln der MitarbeiterInnen und andererseits der unabhängigen Rolle des *Personligt Ombud* zuzuschreiben.

In den weiteren Ausführungen wird daher vorangehend auf die pragmatische Tätigkeit des *Personligt Ombud* und auf dessen Möglichkeiten, Menschen im Inklusionsprozess zu unterstützen, eingegangen.

4.6.1 Pragmatische Unterstützung

Die Auswertung des Datenmaterials zeigt, dass befragte NutzerInnen, die für sie passende Unterstützungsleistung erhalten haben, indem sie von ihrem/ihrer *Personligt Ombud* selbst in Alltagstätigkeiten unterstützt wurden, wie im folgenden Punkt erläutert ist.

Detailliert schreiben NutzerInnen, dass sie der/die *Personligt Ombud* beim Siedeln (vgl. NutzerInneninterview 10), beim Entrümpeln von angesammelten Gegenständen (vgl. NutzerInneninterview 10), bei der Erstellung eines Finanzplanes (vgl. NutzerInneninterview 14), beim Füttern der Katze während eines stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008), beim Busfahren auf Grund sozialphobischer Ängste (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008), beim Arztbesuch (vgl. NutzerInneninterview 13), im Kontakt mit der Behörde und bei der Regulierung ihrer Schulden (vgl. Interview 12, 11, 5, 14) unterstützt habe. Die Auswertung der Analyse zeigt, dass der *Personligt Ombud* pragmatisch²⁹ handelt und in einem bestimmten Handlungsfeld selbst Tätigkeiten ausführen darf.

²⁹ Im socioweb ist pragmatisch als eine sach- und anwendungsbezogene Tätigkeit beschrieben die auf konkrete Handlungsmöglichkeiten ausgerichtet ist. (vgl. http://www.socioweb.de/lexikon/lex_geb/begriffe/pragmati.htm)

4.6.2 Die Grauzone

Der *Personligt Ombud* bewegt sich in einem Graubereich, in dem NutzerInnen keine Unterstützung erhalten. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008) Als Beispiel sei erwähnt, wenn NutzerInnen die Unterstützung einer sozialen Dienstleistung benötigen würden, die Betroffenen jedoch nicht in die Zielgruppe der gewünschten Institution fallen. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Im Konkreten zeigt das Ergebnis, dass der/die *Personligt Ombud* einerseits Tätigkeiten ausführen darf, die eigentlich in den Tätigkeitsbereich einer anderen Einrichtung fallen und andererseits dafür zuständig ist, den NutzerInnen Unterstützung zu bieten, wo keine Unterstützung vorgesehen ist. (vgl. ExpertInneninterviews 6,7)

Das Ergebnis wird vorangehend durch die Aussagen der MitarbeiterInnen verdeutlicht und anschließend durch ein Modell illustriert:

Beiläufig schildern die Fachkräfte aus ihrer langjährigen Tätigkeit heraus, dass NutzerInnen mehrfach von einer zur anderen Stelle geschickt werden weil sich niemand für den/die Betroffene zuständig fühlt. (vgl. Interview 1)

Die Aussage einer Mitarbeiterin verdeutlicht das Ergebnis, indem sie sagt:

„Oft handelt es sich nur um Kleinigkeiten, die von den NutzerInnen als hinderlich betrachtet werden, für die sich aber gerade eben niemand zuständig fühlt oder für die keine Unterstützung in seiner Umgebung angeboten wird“. (Interview 3, Absatz 5, Zeile 1)

MitarbeiterInnen sprechen aber auch davon, dass Menschen oft Unterstützung benötigen würden, für welche im Versorgungssystem aber keine Hilfeleistung vorgesehen ist. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Beispielsweise erzählt eine Mitarbeiterin, dass ihr Nutzer bei der Wohnungsräumung seine Wohnung innerhalb eines Wochenendes verlassen musste. Obwohl der Nutzer in einer Notschlafstelle untergebracht werden konnte, gab es keine Unterstützung, die sich so kurzfristig bereit erklärt hätte, ihm beim Ausräumen seiner Wohnung zu helfen, ihm beispielsweise ein Auto dafür bereit zu stellen. In diesem Fall hatte sie ihm dabei geholfen. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 05.02.2008)

In den folgenden Ausführungen soll der Tätigkeitsbereich, in dem die MitarbeiterInnen selbst ihre Unterstützung anbieten dürfen, durch ein Modell³⁰ illustriert werden. Die nachstehende Beschreibung des Modells³¹ ist den Ausführungen des *Socialstyrelsen* entnommen. (vgl. Modell, *Socialstyrelsen*, 2005:48)

³¹ Das Model wurde vom Ministry of Health and Social Welfare erstellt. Die Illustration ist im *Socialstyrelsen* zur Erläuterung der Tätigkeitsbeschreibung der MitarbeiterInnen abgebildet (vgl. *Socialstyrelsen*, 2005)

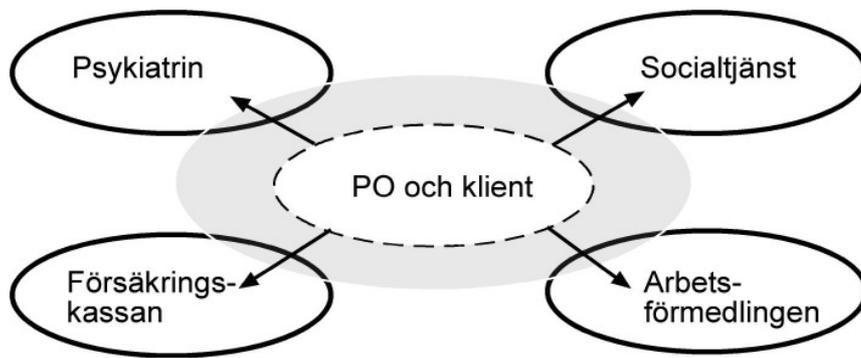


Abbildung 2: Graubereich als Tätigkeitsfeld Socialstyrelsen, 2005:46

Mitte beim/bei der NutzerIn innerhalb des Unterstützungssystems, in diesem Abbild dargestellt, im Kontakt mit Sozialdiensten, dem Arbeitsmarktservice, der Psychiatrie und der Krankenversicherungsanstalt, befindet. Die schwarze Umrahmung der Ellipsen der AkteurInnen des Unterstützungssystems stellt die Zugangsbarriere für NutzerInnen dar, sich in dieses System inkludieren zu können.

Die Aufgabe des/der *Personligt Ombud* ist es daher, die NutzerInnen in Tätigkeiten dieser Grauzone zu unterstützen und zum anderen ihnen dabei zu helfen, den Zugang zu den einzelnen Einrichtungen zu erlangen. Die Fachkräfte schildern, dass sie den MitarbeiterInnen der einzelnen Einrichtungen meist verdeutlichen, wie notwendig ihre Unterstützung für die NutzerInnen wäre. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

In weiterer Folge wird durch Fallbeispiele aufgezeigt, dass Fachkräfte NutzerInnen durch pragmatisches Handeln unterstützen können.

4.6.3 Das Handeln in der Grauzone

Das Ergebnis zeigt, dass der/die *Personligt Ombud* seine/ihre NutzerInnen dabei unterstützt, sich wieder in ein Teilsystem zu inkludieren, indem der *Personligt Ombud* selbst Unterstützung anbietet.

Das Ergebnis wird durch ein Fallbeispiel eines Nutzers verdeutlicht:

In jenem konkreten Fall handelt es sich um einen Nutzer, der angibt, erst durch die Unterstützung von *Personligt Ombud* sein Studium wieder aufgenommen zu haben. Dadurch, dass sein persönlicher Ombud ihm unterstützt hat, Struktur in

seinen Alltag zu bringen, war es ihm auch in Zeiten in denen es ihm nicht so gut ging trotzdem möglich, Vorlesungen zu besuchen und die Prüfungstermine wahrzunehmen (Interview 10, Absatz 5).

“She helped me a lot of practical things (...) she was really important for me.” (Interview 10, Absatz 3, Zeile 1-2)

Das Ergebnis der Analyse zeigt im Weiteren, dass der/die *Personligt Ombud* indem er/sie Unterstützung selbst anbietet, dazu beiträgt, dass NutzerInnen eine verfügbare Ressource in Anspruch nehmen können. Das Ergebnis wird durch die Ausführungen einer Mitarbeiterin verdeutlicht. Diese professionelle Mitarbeiterin berichtet von einem konkreten Fallbeispiel, in dem sie es nach unendlichen Bemühungen letztendlich dennoch geschafft hatte, eine geeignete Praktikumsstelle für eine Nutzerin zu finden. Unglücklicherweise war es der NutzerIn auf Grund ihrer Ängste vor engen Räumen und der damit verbundenen Furcht in einem Bus mit vielen anderen Menschen sitzen zu müssen nicht möglich die Strecke der acht Kilometer entfernt liegenden Praktikumsstelle mit dem Bus zu bewältigen. Die Mitarbeiterin schreibt im Interview:

„Nach langen Überlegungen wollte die NutzerIn, dass ich sie auf ihrer Busfahrt begleite, was ich dann auch getan habe (...) Nach drei Wochen hat es die NutzerIn geschafft, allein mit dem Bus zu fahren (...) Heute ist die Nutzerin bei dieser Stelle fix beschäftigt.“
(zit. Interview 3, Absatz 6, Zeile 2-3)

4.6.4 Pragmatisches Handeln hat ethische Grenzen

Das Ergebnis der Analyse ist, dass dem „freizügigen“ Handeln der Fachkräfte durch ethische Richtlinien Grenzen gesetzt sind. Das Ergebnis wird durch die schriftlichen Ausführungen eines Mitarbeiters demonstriert.

Jener professionelle Helfer berichtet von einem konkreten Fallbeispiel, in dem sein Nutzer von ihm wollte, dass er ihn beim „Kauf einer Frau aus Russland“ (Interview 2, Absatz 3, Zeile 5) unterstützt. Der Mitarbeiter sagt, dass er in

jenem konkreten Fall dem Wunsch des Nutzers nicht nachgekommen sei. (vgl. Interview 2, Absatz 3, Zeile 6)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die autonome Stellung des *Personligt Ombud* Programms den MitarbeiterInnen gestattet ist, in einem bestimmten Rahmen praktisch, anwendungsbezogen und flexibel handeln zu können. Grenzen gibt es bei der Erreichung von Zielen, die das Menschenleben anderer gefährden (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.04.2008), die eine gesunde Entwicklung eines minderjährigen Kindes beeinträchtigen (Teamprotokoll vom 23.01.2008) sowie wenn Verdacht auf Missbrauch besteht. (Interview 1, Absatz 3)

Unabhängigkeit von wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen

Das Ergebnis der Auswertung zeigt, dass der *Personligt Ombud* durch seine unabhängige Stellung die Mobilisierung passender Hilfeleistung unterstützen kann, indem er auf so genannte „Mängel im System“ aufmerksam macht. (vgl. Protokoll vom 20.11.2007) Im Konkreten berichtet eine Mitarbeiterin, dass ihre NutzerIn auf Grund ihrer ökonomischen Situation Anspruch auf finanzielle Unterstützung der *socialtjänsten* hatte, die zuständige SozialarbeiterIn das jedoch übersehen hatte. In diesem Fall ist sie mit der NutzerIn zur SozialarbeiterIn gegangen und hat sie darauf aufmerksam gemacht. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 05.02.2008)

Beiläufig erwähnen die Befragten, dass die von ihnen geübte Kritik von professionellen HelferInnen in den meisten Fällen positiv aufgenommen werde. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 05.02.2008)

Nur in Einzelfällen wird die Kritik negativ ausgelegt. Eine der Befragten schildert einen Fall, wo die Kritik vom Gegenüber persönlich genommen wurde, was Auswirkungen auf die weitere Kooperation hatte. Im Konkreten ging es um eine professionelle Helferin der mobilen Hilfsdienste, von welcher sich die Nutzerin nicht respektiert und daher auch nicht unterstützt fühlte. Die Befragte sagt, dass sie ab diesem Moment, wo sie das der Helferin gesagt hatte, als so genannte „Gegnerin“ (Interview 3, Absatz 2) von ihr betrachtet wurde, wodurch sich jede weitere Kooperation schwierig gestaltete. (vgl. Interview 3, Absatz 2)

4.7 Advocacy³²

Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass NutzerInnen die für sie passende Unterstützung erhalten, weil der/die *Personligt Ombud* an Stelle der NutzerInnen mit Verantwortungs- und EntscheidungsträgerInnen kommuniziert. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 04.04.2008)

Eine Mitarbeiterin berichtet von einem Nutzer, der eine schwere psychische Funktionsstörung nach einem Selbstmordversuch hatte, der es nicht schaffte seine Wohnung zu verlassen, außer den Kontakten zu seinen Eltern überhaupt keine sozialen Kontakte hatte und jede Unterstützung von professionellen HelferInnen verweigerte. Im Interview schreibt jene Mitarbeiterin:

(...) Erst nach einer Zeit sagte er mir, dass er sich vom Betreuungspersonal der Sozialdienste nicht respektiert fühlte und sich deshalb zurückzog und die Unterstützungen abbrach.(...) In jenem Fall intervenierte ich, indem ich aus meiner Rolle als Fürsprecher Kontakt zu den Sozialdiensten aufnahm und für ihn sprach(...) Seit dem nimmt er wieder Unterstützung professioneller Helfer in Anspruch. (Interview 1, Absatz 7, Zeile2-7)

Gegenwärtig bekommt jener Nutzer Hilfe in seiner Wohnung von einem Personal, das ihm mit Respekt gegenüber tritt und welchem er emotional verbunden ist. (vgl. Interview 1, Absatz 5)

Fürsprache „gegen“ die NutzerInnen

Ergebnis der Analyse ist ebenfalls, dass Advocacy auf Grenzen stößt wenn Fachkräfte aus ihrer professionellen Rolle fallen.

³² Advocacy ist ins Deutsche mit Fürsprache zu übersetzen und bezeichnet den Prozess, der die Menschen unterstützt und sie dazu befähigt, ihre Ansichten und Besorgnisse zu äußern, der ihnen Zugang zu Informationen und Diensten eröffnet und sie instand setzt, ihre Rechte und Pflichten zu verteidigen und zu fördern und ihre Wahl- und Handlungsmöglichkeiten auszuloten. (vgl. 2000:3 Kelley)

Ein Fallbeispiel zeigt, dass es vorkommt, dass Fachkräfte für andere Akteure sprechen und dem/der NutzerIn die Interessen des/der professionellen HelferIn präsentieren. (vgl. Protokoll vom 23.04.2008)

In jenem Fall kann Fürsprache daher auch dazu führen, dass die Mobilisierung inadäquater Hilfe unterstützt wird, indem die eigentlichen Interessen aus den Augen verloren werden und als Ziel „eine ‚glückende‘ Intervention in die Rolle der Behörde fällt und diese vor dem Nutzer repräsentiert“. Eine Mitarbeiterin berichtet von einem Beispiel, wo sie sich selbst dabei ertappt hat, für die Sozialarbeiterin zu sprechen. Im Konkreten wollte die Sozialarbeiterin, dass der Nutzer zu einer Praktikumsstelle geht, was der Nutzer jedoch verweigerte. Die Mitarbeiterin sagt, dass sie dem Nutzer gesagt habe, er solle es wenigsten probieren. In diesem Zusammenhang schildert sie, dass die falsche Unterstützungsleistung mobilisiert wurde und der Nutzer das Praktikum abgebrochen habe. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Legitimität

Das Ergebnis der Forschung zeigt, dass dem Begriff Legitimität³³ für den/die *Personligt Ombud* von besonderer Bedeutung ist. Die Anerkennung als professioneller/professionelle MitarbeiterIn ist wichtig, wenn es darum geht geeignete Ressourcen für NutzerInnen zu mobilisieren. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Das *Personligt Ombud* Programm wird im HelferInnennetzwerk als „Luxury“ Dienstleistung bezeichnet. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008) Professionelle HelferInnen anderer Dienstleistungen bezeichnen die Institution als solche, weil der/die *Personligt Ombud* im Gegensatz zu traditionellen Einrichtungen einen sehr geringen Betreuungsschlüssel hat und pragmatisch handeln darf. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 03.05.2008) MitarbeiterInnen kommunaler Dienstleistungen stellen das professionelle Handeln des/der

³³ Legitimität meint als gleichwertig, auf denselben Werten und Normen passierend anerkannt zu werden. „Legitimacy is a generalized perception of assumption that the actions of an entity are desirable, proper or appropriate within some socially constructed systems of norms, values and beliefs.“ (Suchmann 1995:574)

Personligt Ombud in Frage, weil es nach außen hin nicht transparent ist, ob er/sie eine professionelle Methode anwendet, oder einfach nur nach seinem privaten Ermessen handelt. (Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Urban Markström sagt, dass eine erst kürzlich von ihm durchgeführte Studie im Bezug auf die rechtmäßige Anerkennung als professionelle Fachkräfte von *Personligt Ombud* aufzeigt, dass die Legitimität der MitarbeiterInnen innerhalb der Kommune sehr gering ist. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007)

ExpertInnen sind daher zum Schluss gekommen, dass sich MitarbeiterInnen von *Personligt Ombud* in einem Spannungsfeld zwischen Freiheit und Zugehörigkeit bewegen. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 20.11.2007, ExpertInneninterview 7) Einerseits benötigen die MitarbeiterInnen die Freiheit, unabhängig von anderen Einrichtungen zu sein, um die Loyalität den NutzerInnen gegenüber bewahren zu können. Andererseits sollen *Personligt Ombud* die Kooperation zu lokalen sozialen Einrichtungen anstreben, um nötige Kontakte zu knüpfen und Ressourcen innerhalb der Kommune vermitteln zu können. (Teaminterviewprotokoll vom 24.01.2008)

Beispielsweise sind MitarbeiterInnen nicht befugt an Behörden (zum Beispiel die Polizei) Auskünfte über die NutzerInnen zu geben, aber dennoch wird Unterstützung von den entsprechenden Stellen erwartet. (Teaminterviewprotokoll vom 04.04.2008)

In diesem Zusammenhang berichtet eine Mitarbeiterin von einer ihrer NutzerInnen, die über ein Jahr vermisst wurde und deswegen im Mittelpunkt zahlreicher medialer Berichterstattungen war. Sie als *Personligt Ombud* wusste darüber bescheid, war dennoch nicht befugt Auskunft zu geben. (Teaminterviewprotokoll vom 08.03.2008) Dies wurde im speziellen Fall als vorenthalten von Informationen interpretiert, was sich negativ auf die weitere Zusammenarbeit auswirkte. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 08.03.2008)

MitarbeiterInnen geben darüber Auskunft, dass Missverständnisse die weitere Kooperation erschweren und sich auf die Anerkennung als Institution innerhalb der Kommune Einfluss nehmen. (Teaminterviewprotokoll vom 08.03.2008)

MitarbeiterInnen versuchen daher Unklarheiten aufzuklären, indem sie ihr Handeln rechtfertigen. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Es gibt Studien, die illustrieren wie die Legitimität des/der *Personligt Ombud* erhöht werden kann. (vgl. Socialstyrelsen 2002) Jedoch finden sich keine Daten dazu, inwiefern sich die niedrige Legitimität tatsächlich auf die Mobilisierung von Ressourcen auswirkt.

5. Resume

Die Ergebnisse der vorangegangenen Analyse tragen insgesamt zur Klärung der Forschungsfragen bei. Die eingangs gestellte Frage, inwiefern *Personligt Ombud* die NutzerInnen dabei unterstützt, sich in das Gesellschaftssystem zu inkludieren, kann folgendermaßen beantwortet werden.

NutzerInnen von *Personligt Ombud* in Umeå erhalten Zugang zu wesentlichen Teilsystemen (→4.2). Im konkreten erhalten sie den Zugang zu einer passenden Arbeits- (→4.2) und Praktikumsstelle (→4.3.1), bekommen die angemessenen Sozialhilfeleistungen (→4.2), absolvieren eine Grundschulausbildung (→4.2), sowie ein Studium (→4.3.3), finden Freunde, sind bei einer Interessensvertretungsorganisation beteiligt (→4.2) und besuchen kulturelle Veranstaltungen (→4.2).

Die Unterstützung des *Personligt Ombud* ist aus dreierlei Hinsicht für den Inklusionsprozess von Bedeutung.

Das Programm und dessen MitarbeiterInnen zeichnen sich einerseits durch die „nutzerInnengeführte“ Haltung im Unterstützungsprozess aus. Da sich die professionellen HelferInnen von *Personligt Ombud* komplett zurück halten und die NutzerInnen ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Ziele formulieren lassen, können die für die Betroffenen geeigneten Ziele angestrebt werden (→4.2). Professionelle HelferInnen informieren zwar über Möglichkeiten, wie diese Ziele erreicht werden können (→4.2), letzten Endes obliegt es jedoch den NutzerInnen welche Interventionen gesetzt werden und wie dabei vorgegangen wird (→4.2.).

Zum zweiten unterstützen die MitarbeiterInnen ihre NutzerInnen, die formulierten Ziele zu realisieren, auch wenn im HelferInnennetzwerk dafür keine Unterstützung vorgesehen ist. Wenn die NutzerIn keinen Anspruch auf eine Unterstützung hat, oder in Ihrer Umgebung keine Unterstützung zur Erreichung der Ziele vorgesehen ist, kann die/der professionelle HelferIn auch selbst die erforderliche Tätigkeit ausführen.

Dadurch kann sichergestellt werden, dass die formulierten Ziele auch erreicht werden (→4.2.).

Als dritter wesentlicher Faktor wurde Advocacy genannt. Indem professionelle HelferInnen die NutzerInnen auf ihren Weg begleiten, gewinnen die NutzerInnen Vertrauen zu ihrem/ihrer *Personligt Ombud*. Es kommt vor, dass NutzerInnen die professionellen HelferInnen über unzureichende Unterstützung von anderen Dienstleistungen informierten. Folglich ist es nötig, dass die professionellen HelferInnen für ihre NutzerInnen sprechen. Betroffene fühlen sich dadurch unterstützt (→4.2.).

Das Resultat zeigt aber auch, dass der Faktor Legitimität dabei nicht außer Acht gelassen werden darf, wenn es für den/die *Personligt Ombud* darum geht Ressourcen auf kommunaler Ebene zu vermitteln. Das Ergebnis demonstriert, dass sich die Profession bei der wirksamen Tätigkeit in einem Spannungsfeld zwischen den NutzerInnen und der Öffentlichkeit bewegt. Die Vermittlung passender Ressourcen wird dadurch erschwert.

Im konkreten demonstriert die vorliegende Arbeit jedoch, dass die Kombination aller drei genannten Faktoren für den Inklusionsprozess wesentlich ist (→4.2.).

Die NutzerInnenorientierung stellt dabei jedoch die wesentliche Grundlage dar, weil der gesamte Unterstützungsprozess auf die Bedürfnisse der NutzerInnen aufbaut. Mitunter gelingt es dem/der *Personligt Ombud* durch seine/ihre NutzerInnenführung Menschen in schwierigen komplexen Lebenssituationen im Gegensatz zu traditionellen Einrichtungen zu erreichen (→4.2.).

Das Ergebnis zeigt daher, dass sich *Personligt Ombud* genau an einer Stelle auszeichnet, wo Sozialarbeit in traditionellen Einrichtungen oftmals scheitert (vgl. NutzerInneninterviewprotokoll vom 04.03.2008) Genau dort wo die Interessen der NutzerInnen und die Interessen der Dienstleistung aufeinanderprallen beziehungsweise auseinanderklaffen, gestaltet sich eine konsequente NutzerInnenorientierung für die professionellen HelferInnen besonders schwierig (→4.2).

In diesem Zusammenhang schreiben Markström und Björkman in ihren Ausführungen, dass viele wohlfahrtsstaatliche Programme auf jene NutzerInnen ausgerichtet sind, die die größte Chance haben sich zu inkludieren. (vgl. Markström 2000 & Björkman 2000) Im Konkreten spricht Markström davon, dass es viele Angebote für Menschen gibt, die fähig sind sich in einer sozialen Gruppe zu inkludieren. Für ihn heißt dies, dass diese Betroffenen an existierenden Beschäftigungsprogrammen teilnehmen können. All jenen, denen es nicht möglich ist sich in bestehende Strukturen zu integrieren, werden ökonomisch, sozial und institutionell ausgegrenzt. (vgl. Markström 2000:31) Vor allem bei Menschen mit einer schweren chronischen Erkrankung und Menschen mit umfangreichem Unterstützungsbedarf führt dies zu einer sozialen Isolation. (vgl. ExpertInneninterviewprotokoll vom 23.01.2008)

Das Angebot von Personliga Ombudsteamet ist auf genau jene genannte Zielgruppe ausgerichtet und arbeitet mit diesen Menschen, deren Bedarfe von traditionellen Einrichtungen offensichtlich nicht abgedeckt werden können. (vgl. Teaminterviewprotokoll 23.01.2008)

Das schwedische *Personligt Ombud* ist das Konzept einer Dienstleistung, dass jene oben genannten Faktoren berücksichtigt. Mit dem Ziel für Randgruppen nutzerInnenengeführte Unterstützungsprozesse anzubieten, sieht das Konzept über bürokratische Regelungen, institutionelle Interessen, sowie umfangreiche Vorschriften für MitarbeiterInnen hinweg.

Das Losbinden von traditionellen Regelungen und Interessen ermöglicht den MitarbeiterInnen das sogenannte doppelte Mandat³⁴ (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 23.03.2008) abzulegen und den NutzerInnen gegenüber Loyalität zu gewährleisten (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 31.03.2008) Ferner haben die MitarbeiterInnen, ausgenommen von einem jährlichen Tätigkeitsbericht, der zu verfassen ist, dem Staat sowie der Kommune keine Dokumentation vorzulegen. Für ihr Handeln müssen die MitarbeiterInnen lediglich gegenüber den NutzerInnen Rechenschaft ablegen. Dies wird über einen Hilfeplan und Verträge schriftlich festgehalten. Diese Dokumentation muss wiederum so verfasst sein, dass es für den/die NutzerIn möglich ist, diese auch zu unterschreiben. Demzufolge steht nicht die Transparenz gegenüber der Trägerorganisation, sondern die Transparenz gegenüber den NutzerInnen im Vordergrund. (vgl. Teaminterviewprotokoll vom 31.03.2008)

Der nutzerinnengeführte Ansatz in der sozialen Arbeit bei *Personligt Ombud* entspricht der Ausführung von Wansing (2006), die diesen Ansatz als Voraussetzung für die generelle Nutzerinnenorientierung im wohlfahrtsstaatlichen System erachtet.

„Nicht nur die Beziehung zwischen Produktion, das heißt dem Leistungsanbieter und Konsumtion, dem/der NutzerIn wird fokussiert, sondern auch die Stellung des/der Betroffenen im wohlfahrtsstaatlichen Bindungsgefüge bzw. das Verhältnis des/der NutzerIn als Anspruchsberechtigter zum Rehabilitationsträger als „Garanten“ des Ausgleichs gesellschaftlicher Benachteiligungen. Die soziale Adressierung der NutzerInnen sozialer Leistungen erfolgt dann in der funktionalen Codierung des Rechts- bzw. Politiksystems und nicht mehr ausschließlich im Kontext sozialpädagogischer, psychiatrischer oder betriebswirtschaftlicher Kommunikation. Damit kann sich das Inklusionsprofil vom Adressat im Hilfesystem zur vollen Inklusion als Bürger verändern.“ (Wansing 2006:169)

³⁴ Gemäß P.Pantucek beschreibt das doppelte Mandat das Spannungsfeld in dem sich ein/eine SozialarbeiterIn bewegt, da sie/er Teil des Machtapparats ist und auf der Seite der NutzerInnen zu stehen hat (vgl. 2006 Pantucek)

Dies veranlasst die Forscherin zum Schluß, dem Projekt *Personligt Ombud* die vollständige Intergration und unabkömmliche Dringlichkeit des Bestehens zu verleihen. Bestätigung für diese Auslegung findet die Autorin in der erst kürzlich stattgefundenen Konferenz für Soziale Dienstleistungen in Paris.

Im Rahmen der abschließenden Tätigkeiten für diese vorliegende Arbeit ist die Autorin im Internet auf Daten gestoßen, woraus hervor geht, dass *Personligt Ombud* sich im Gegensatz von anderen Dienstleistungen auszeichnet.

Im Vergleich zu anderen Dienstleistungen gelingt es dem/der MitarbeiterIn von *Personligt Ombud* ausgegrenzte wohnungslose Menschen wieder zu inkludieren. Aus diesem Grund wurde bei der Konferenz *Personligt Ombud* als Institution vorgestellt, welche dem aktuellen Exklusionsdiskurs von Menschen mit psychischen Problemen entgegen wirken kann. (vgl. 2008, European Social Service Conference)

Deshalb wurden bei der Zielformulierung für 2007 zwei Methoden zur Bekämpfung der aktuellen Ausgrenzung von Menschen aus dem Wohnungsmarkt genannt, wobei eine dieser beiden Methoden dem *Personligt Ombud* gilt. Aus dem Bericht der Konferenz geht ebenfalls hervor, dass das schwedisch *Personligt Ombud* als Instiution im wohlfahrtsstaatlichen Bezug nicht mehr wegzudenken ist, und daher die Implementierung weiterer Programme angestrebt wird. (vgl. 2008, European Social Service Conference)

In der Konferenz wird das schwedische Case Management Programm auf Grund dessen Nutzerinnenorientierung ausgezeichnet. Es wird dargestellt, wenn die NutzerInnen in den Unterstützungsprozess mit einbezogen werden, ist es auch für schon ausgegrenzte Menschen möglich wieder am Gesamtsystem teilhaben zu können. (vgl. 2008, European Social Service Conference)

In dieser Arbeit zeigt sich, dass *Personligt Ombud* „eine“ Chance aufzeigt, um der aktuellen Ausgrenzung zu begegnen.

Die Autorin hat ein Jahr in Schweden gelebt, um die Forschungsarbeit für vorliegende Diplomarbeit durchzuführen. Dabei konnte sie ein Projekt kennen

lernen, welches nach ihrer Rückkehr nach Österreich zu folgenden kritischen Fragen veranlasst:

Ist es zielführend, wenn die Arbeitsabläufe und die Räumlichkeiten, in denen die Unterstützung von NutzerInnen statt finden, von MitarbeiterInnen gestaltet und definiert werden?

Innerhalb mancher Einrichtungen entwickeln sich eigene Teams, die in Zusammenarbeit vor allem dann, wenn es sich um Betroffene handelt, die mehr als nur ein Angebot nutzen, mit verschiedenen anderen HelferInnenteams stehen. Ist es angebracht, dass sich der Unterstützungsprozess an den Absprachen, HelferInnenkonferenzen und an unterscheidenden Arbeitskonzepten orientiert?

Wenn ein einzelnes Angebot nicht mehr passt, muss der/die NutzerIn zu einer anderen Stelle weitervermittelt werden. Dies ist wiederum verbunden mit Abbrüchen gewachsener Beziehungen und einem Informationsverlust. Erschwert dies nicht die Kontinuität der Begleitung?

Wie schwierig mag es für NutzerInnen sein, sich wieder an neue Rahmenbedingungen sowie an neue professionelle HelferInnen zu gewöhnen? Wie hoch ist die Anforderung an die NutzerInnen, sich wieder in den nächsten Unterstützungsdienst zu „integrieren“?

Welche Schwierigkeiten haben NutzerInnen mit einer schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigung sowie NutzerInnen mit Multiproblemlagen? Diese Menschen werden häufig von einer Einrichtung zur nächsten verwiesen und fallen letzten Endes aus dem psychiatrischen Netz heraus. Erreicht werden meist die „angenehmen“ NutzerInnen, für deren Probleme die Einrichtungen Lösungen vorgesehen haben. Orientieren sich Unterstützungsprozesse an organisatorischen und finanziellen Regelungen durch Vorgaben des Trägers, institutionelle Interessen sowie den Vorschriften der Kostenträger und weniger an den Interessen der NutzerInnen?

Mit all diesen Fragen steht die Autorin nach ihrer Rückkehr vor der großen Herausforderung, anstatt der „schwedischen Antwort“ in ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld eine österreichische Antwort zu suchen und zu finden.

Literatur

Bartelheimer, P. (2004), Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung. SOFI-Mitteilungen Nr. 32, S. 47 – 61

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in die andere Moderne*. Sonderausgabe 2003. Frankfurt/Main: Edition Suhrkamp.

Beck-Gernsheims, Elisabeth (2004): *Wir und die Anderen. Vom Blick der Deutung auf Migranten und Minderheiten*, 1. Auflage, Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Berger (2007) Handout, Armut und Reichtum <http://www.wiwi.uni-rostock.de/soziologie/makrosoziologie/lehrveranstaltungen/berger0/> abgerufen am 23.04.2008

Bloemers, W.(2006): Vielfalt / Verschiedenheit als Wert - Zum Begriff und Verständnis von Inklusion - . In: Bautz, W.et. al. (Hg.): *Europäische Anregungen zu Sozialer Inklusion*. Berlin 15- 26

Björkman, Hansson (2007): Case Management for individuals with a Severe Mental Illness: A 6-Year Follow-up Study *International Journal of Social Psychiatry* 2007; 53; 12 <http://isp.sagepub.com/cgi/content/abstract/53/1/12> abgerufen am 19.09.2008

Björkman (2000): *Case Management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden*, Lund University

Bobens, Claudia (2003): Experteninterviews. In: Falker, Vito/SCHMID, Tom (2006): *Sozialforschung – von der Idee zur Forschungsarbeit*. Wien 1-15

Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.) (2003): *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*, Opladen, Leske und Budrich.

Bohnsack, Winfried Marotzki, Michael Meuser (2006) *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*, Stuttgart

Engelke, Ernst (2003): *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen*. Freiburg/Breisgau

European Commission (2007), *Special Euro barometer 279 / Wave 67.1 – TNS Opinion & Social “Poverty and Exclusion”*
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_279.pdf abgerufen am 04.01.2008

European Social Services Conference (2008) *Combating homelessness and exclusion from the housing market – two methods 2008*, Paris www.esn-eu.org/paris/Presentations abgerufen am 09.08.2008

- European Social Services Conference (2008) Combating homelessness and exclusion from the housing market – two methods 2008, Paris <http://www.esn-eu.org/paris/eng/> abgerufen am 09.08.2008
- Europäische Kommission, Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Einliederung [http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final joint inclusion report 2004 de.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2004_de.pdf) abgerufen am 04.01.2008
- Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg) (2000): Case Management in Theorie und Praxis, Bern
- Goger (2007) Handout zur Vorlesung „Methoden der Sozialen Arbeit“ vom 23.04.2007
- Kleve, H. (1997). Soziale Arbeit zwischen Inklusion und Exklusion. In: neue praxis Heft 5, S. 412 – 432
- Kleve, H. (2000). Integration/Desintegration und Inklusion/Exklusion. Eine Verhältnisbestimmung aus sozialarbeitswissenschaftlicher Sicht. In: Sozialmagazin Heft 12, S. 38 - 46
- Klug, Wolfgang (2003): Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Rummel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (2003): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. München
- Kronauer Martin (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt am Main/New York.
- Langenscheidt Taschenwörterbuch (2004), Schwedisch - Deutsch / Deutsch – Schwedisch, 2. Ausgabe
- Lindqvist, Markström & Sandlund (2007): Welfare Entrepreneurs with no limits? Case Management for the psychiatrically disabled in Sweden, Umeå
- Markström, (2003) den svenska psykiatireformen, Boréa Bokförlag, WS Bookwell, Finland 2003
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Ministry of Health and Social Affairs (2005) Sweden´s national action plan for social protection and social inclusion 2006 – 2008, Stockholm
- Ministry of Health and Social Affairs (2007) Sweden´s strategy report for social protection and social inclusion 2006 – 2008– 2008, Stockholm
- Neuffer, Manfred (2006): Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Wendt, Wolf Rainer/ Löcherbach, Peter (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Economica Verlag: Heidelberg, München, Landsberg, Berling und MedizinRecht.de Verlag: Heidelberg, S 43-53

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch (1998): 258. Auflage, Berlin

Presseunterlagen (2008), 7. österreichischen Armutskonferenz "Schande Armut. Stigmatisierung und Beschämung", www.armutskonferenz.at abgerufen am 23.08.2008, Wien

Schablon, Kai-Uwe. (2001) Inclusionspädagogik als Konsequenz auf die Community Care Philosophie

Socialstyrelsens (2000) Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud/Meddelandeblad nr 14/2000 Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2003) *Mål och metoder: att arbeta som personligt ombud*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2004) *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder: en sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005) Arbetar på klientens uppdrag/Förhandlare och gränsöverskridare: Stockholm Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2005) Homelessness in Sweden – scale and character. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen & Länsstyrelsen i Skåne Län (2006) *Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stickweed, Rudolf (2002), Inclusion/Exclusion and Sociocultural Identities. Sträheli Urs (Hg.) Stuttgart

Swedish National Board of Health and Welfare (1999), Case Management for persons with mental disabilities. Report from the evaluation of the psychiatric reform 1999 (In Swedish: Personligt ombud för psykiskt funktionshindrade personer. Psykiartiuppföljningen.) Stockholm: Socialstyrelsens kundtjänst.

WHO (2007) Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty. Mental Health Core to Development Information Sheet, Geneva.

Stichwort Case Management: <http://cms.ukkoeln.de/live/casemanagement/content/e59/e72/DefinitionenzumCaseManagement.pdf> abgerufen am 23.05.2008

Stichwort Case Management: Case Management Society of America (URL: <http://www.cmsa.org/ABOUTUS/DefinitionofCasemanagement> abgerufen am 23.03.2008).

Stichwort Pragmatik:

http://www.socioweb.de/lexikon/lex_geb/begriffe/pragmati.htm abgerufen am 23.02.2008

Stichwort Moxley: <http://faculty-staff.ou.edu/M/David.P.Moxley-1/bio.htm> abgerufen am 23.04.2008

Stichwort Autonomie: <http://www.bpb.de/wissen> abgerufen am 21.06.2008

Stichwort Advocacy: Kelly N. (2000), *The Mind guide to advocacy*. London, <http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Mind+guide+to/advocacy.htm>

Stichwort Tommy Björkman: http://www.vardalinstitutet.net/docs/internt/Vardal_Tommy_031201.pdf

Stichwort Legitimation: Suchmann (1995) elpub.bib.uni-wuppertal.de/edocs/dokumente/fbb/wirtschaftswissenschaft/arbeitspapiere/206/ab0603.pdf

Stichwort Doppeltes Mandat: Pantucek (2006), Vorlesung Methoden der Sozialarbeit

Trube, Achim (2002): Vom Wohlfahrtsstaat zum Workfarestate – Sozialpolitik zwischen Umstrukturierung und Neujustierung; in: Dahme, Hans-Jürgen; Otto, Hans-Uwe; Trube, Achim; Wohlfahrt, Norbert: *Soziale Arbeit für den neuen Sozialstaat – Analysen und Perspektiven zu aktuellen Herausforderungen*, Münster

Gudrun Wansing (2006) *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, unveränderter Nachdruck, Wiesbaden

Wendt , W.R. (1998): Case Management I: Einheit von Organisation und Verfahren. In: *social management - Zeitschrift für Organisation und Innovation*, 8. Jg., H. 4, 11 f.

Wendt , W.R. (2002): Case Management - Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach , P. et al. (Hrsg.): *Case Management - Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied, 13-36.

WHO Regional Office for Europe (2005) Briefing, www.euro.who.int/document/MNH/ebrief05.pdf

Graue Literatur:

Lundberg, Verksamhetsberättelse, (2007) år 2007 för Personliga Ombudsteamet i Umeå Regionen

Lundberg, (2006) Verksamhetsberättelse år 2006, för Personliga Ombudsteamet i Umeå Regionen, Umeå

Markström, (2006) Personligt Ombud – Vårdsentreprenörer utan Gränser, Umeå

Internet:

http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html.

<http://www.Umeå.se/>

<http://poac.se/Umeåregionen/index.htm>

<http://www.socialstyrelsen.se/>

Abkürzungen

- WHO: World Health Organization.
- RSMH: *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* ist eine *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* ist eine Interessensvertretungsorganisation für Menschen mit psychischen Problemen
- IFS: Intresseföreningen för schizofreni och liknande ist eine Interessensvertretungsorganisation für Menschen mit Schizophrenie und ähnliche Psychosen sowie deren Angehörigen
- KusC: *Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum Västerbotten* ist ein Forschungs- und Wissenszentrum im Bereich psychosoziale Gesundheit des Landes Västerbotten
- CEPI Forschungszentrum für psychosoziale Kriseneinsätze

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abbildung 1: Unterschiede Case Management Modelle

Björkman (2000:18): Case Management for individuals with severe mental illness. A process-outcome study of ten pilot services in Sweden, Lund University

Abbildung 2: Unterschiede system-driven und consumer-driven in Anlehnung

an Klug, Wolfgang (2003:46): Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Rummel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (2003): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. München

Abbildung 3: Graubereich als Tätigkeitsfeld Socialstyrelsen, 2005:46

Socialstyrelsen (2005:46) Arbetar på klientens uppdrag/Förhandlare och gränsöverskridare: Stockholm Socialstyrelsen

Anhang

Durchgeführte Interviews:

- Interview 1: Maine Lundberg, durchgeführt am 31.03.2008
Fachkraft bei Personliga Ombudsteamet i Umeå seit 1996,
Mitarbeiterin des Socialpsykiatriskt KunskapscentrumVästerbotten
- Interview 2: Anders Walterholm, durchgeführt am 31.03.2008
Fachkraft bei Personliga Ombudsteamet i Umeå seit 2000
- Interview 3: Ulla Lundgren, durchgeführt am 08.03.2008
Fachkraft bei Personliga Ombudsteamet i Umeå seit 2002
- Interview 4: Sonja Westermark, durchgeführt am 08.03.2008
Fachkraft bei Personliga Ombudsteamet i Umeå seit 2000
- Interview 5: Gunilla Brandstöm, durchgeführt am 12.03.2008
Ehemalige NutzerIn des Personliga Ombudsteamet i Umeå,
sie nahm die Unterstützung von 1996 – 1999 in Anspruch, sie ist
seit 6 Jahren bei RSMH-Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
beschäftigt und ist Vorstandsmitglied (in Vertretung für RSMH)
des Stiftelsen Samsyn
- Interview 6: Urban Markström durchgeführt am 17.03.2008
Leiter des Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten,
Lehrender an der Universität in Umeå, Department für Sozialarbeit
und Mitarbeiter des Forschungszentrums für Psychosoziale
Akuteinsätze (CEPI)
- Interview 7: Mikael Sandlund durchgeführt am 11.04.2008
Mikael Sandlund ist Psychiater und Dozent an der Psychiatrie. An
der Universität in Umeå ist hat er den Verantwortungsbereich

medizinische Ethik über, Mitarbeiter beim Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten.

Durchgeführte Forschungstätigkeiten des Personliga Ombudsteamet i Umeå:

- Aufbau des schwedischen PO's 1996 - 1998
- Evaluierung des PO's in Umeå 1999 - 2001
- Evaluierung der PO Teams am ländlichen Bereich 2002 - 2004

Interview 8: Carl Eric Cederholm durchgeführt am 08.04.2008
Mitglied des Steftelysn Samsyn, ehemaliger Leiter des IFS -
Intresseföreningen för schizofreni och liknande, Vater einer
Nutzerin von Personliga Ombudteamet Umeå

Interview 9: Bengt Stahlberg, durchgeführt am 18.04.2008
Mitglied des Steftelysn Samsyn, Leiter des IFS -
Intresseföreningen för schizofreni och liknande, Vater einer
Nutzerin von Personliga Ombudteamet Umeå

Interview10: 49jähriger Nutzer, anonym

Interview 11: 35jährige NutzerIn, anonym, durchgeführt am 22.04.2008

Interview 12: 43jährige Nutzerin, anonym, durchgeführt am 06.05.2008

Interview 13: anonym, durchgeführt am 21.04.2008

Interview 14: 35jährige Nutzerin, anonym, durchgeführt am 08.05.2008

Interview 15: 49jährige Nutzerin, anonym, durchgeführt am 05.05.2008

Interview 16: 42jährige Nutzerin, anonym, durchgeführt am 08.05.2008

Interview 17: 34jährige Nutzerin, anonym, durchgeführt am 24.04.2008

Ergebnisdarstellung der Langzeitstudie des Personligt Ombud 2000-2007:

18

Table 2
Significant improvements during the follow-up period (*N* = 92)

Outcome	Baseline (A)	18 months (B)	6 years (C)	Significance (*)		
				A-B	B-C	A-C
Needs for care (<i>N</i> = 90)						
Total needs	7.0 ± 3.5	5.1 ± 3.8	5.9 ± 3.5	***	ns	**
Unmet needs	2.5 ± 2.4	1.4 ± 2.0	1.5 ± 2.1	***	ns	*
Psychiatric symptoms (<i>N</i> = 67)	98.1 ± 70.6	97.0 ± 73.4	75.1 ± 53.6	ns	**	*
Overall psychosocial functioning (<i>N</i> = 90)	9.8 ± 3.0	11.1 ± 2.9	11.6 ± 2.9	***	ns	***
Work/occupation	1.6 ± 1.6	1.9 ± 1.6	2.2 ± 1.8	ns	ns	**
Social contacts	2.8 ± 1.3	3.2 ± 1.1	3.4 ± 1.0	**	ns	***
Quality of life (<i>N</i> = 67)						
Global quality of life	3.9 ± 1.3	4.3 ± 1.2	4.6 ± 1.3	**	ns	**
Overall quality of life	4.5 ± 0.7	4.6 ± 0.8	4.7 ± 1.0	**	ns	*
Family relationship	4.4 ± 1.3	4.5 ± 1.3	5.0 ± 1.7	ns	**	***
Physical health	4.1 ± 1.7	4.2 ± 1.6	3.6 ± 1.5	ns	ns	*
Mental health	3.6 ± 1.5	3.8 ± 1.7	4.2 ± 1.7	ns	ns	**
Social network (<i>N</i> = 67)						
Availability of attachment	4.0 ± 1.6	4.3 ± 1.6	4.7 ± 1.9	ns	ns	**
Adequacy of attachment	5.5 ± 3.1	6.1 ± 2.9	7.3 ± 2.5	ns	*	***
Availability of social integration	1.4 ± 1.6	2.8 ± 1.8	1.8 ± 1.8	***	***	*
Adequacy of social integration	3.1 ± 2.6	4.1 ± 2.7	4.7 ± 2.8	*	*	***
Overall social network	12.9 ± 6.7	16.5 ± 6.6	17.4 ± 6.6	***	ns	***

(*) Wilcoxon matched pairs test * *p* < 0.05; ** *p* < 0.01; *** *p* < 0.001.

Table 3
Use of psychiatric services during the follow-up periods (*N* = 92)

	(A)	(B)	(C)	Sign A-B*	Sign B-C*	Sign A-C*
Voluntary						
Inpatient days (m)	61	24	4	.01	.001	.001
All admissions	91	62	34	.01	.018	.001
Compulsory						
Inpatient days (m)	13	10	19	ns	ns	ns
All admissions	11	14	11	ns	ns	ns
Outpatient visits (m)	48	41	27	ns	.000	.001

* Wilcoxon matched pairs test.
(A) 18 months before admission to CM service;
(B) 18-month follow-up period;
(C) 18 months before 6-year follow-up.

Ergebnis der Evaluation 1996-1999 von Tommy Björkmann

Satisfaction domain	Case management			Standard care			P-level*
	Mean	s.d.	N	Mean	s.d.	N	
Relationship with the case manager/key worker	4.61	0.50	28	3.94	1.01	32	0.002
Confidence in case manager/key worker	4.39	0.79	28	3.75	1.02	32	0.008
Case manager's/key worker's competence	4.29	0.85	28	3.66	1.23	32	0.024
Extent of service	4.11	0.74	28	3.72	0.89	32	ns
Right kind of support and help	4.30	0.78	27	3.59	1.13	32	0.007
Influence on planning of service	4.11	0.93	27	3.19	1.20	32	0.002
Overall satisfaction	4.54	0.58	28	3.91	1.00	32	0.004

*Student's t-test.

Follow-up Period	Case management (N=33)		Standard Care (N=44)		P-value*
	Mean	s.d.	Mean	s.d.	
0-12 months	7.8	34.9	24.1	43.0	0.01
12-24 months	12.0	40.2	27.4	56.1	0.07
24-36 months	5.9	20.3	14.6	43.6	0.29

*Mann-Whitney U-test.

INTERVIEWLEITFADEN: **NutzerInnen/MitarbeiterInnen/VertreterInnen**

Interviewleitfaden NutzerInnen:

Projekt: _____ **Avhandling i socialarbetet på:**

University of Applied Sciences/Fachhochschule St. Pölten

Matthias Corvinus-Straße 15

3100 St. Pölten, Austria

E-mail: <http://www.fh-stpoelten.ac.at/>

Intervju

Svar och personuppgifter på frågorna förblir anonyma!

Data specifikation:

Datum: 	Nummer 	Namn:
Ställe: 	Man/Kvinna 	

A Frågor om din person

A -1

Hur gammal är du?

B - Frågor om din personliga situation

B – 1

Vad är dina situation? Skulle du kunna berätta om dina personliga situation? *Bara några få meningar, tack!*

C - Frågor om dina personliga situation innan du var klienten till ett personligt ombud?

C – 1

Förut hade jag.....

Kryssa **Ja eller Nej**

Tack!

.....hade jag jobbet....

..... bo jag i egen lägenhet

.....hade jag tillräckligt med pengar

..... var jag integrerat i skolan (folkhögskola,.....)

.....fick jag lagom med hjälp av socialtjänster.....

..... var jag Integrerat i någon organisation (Interesseföreningen)

.....var jag integrerat i kulturella evenemang (besöka bio, teater, idrotte, jippon,

.....hade jag utveckla sociala kontakter (sambo, vänner,..).....

C – 2

Skulle du kunna berätta om dina personliga situation förut? *Bara några få meningar, tack!*

D – Frågor om dina personliga situation nu?

D – 1

Nu har jag.....

Kryssa **Ja eller Nej**

Tack!

..... jobbet....

..... bo jag i egen lägenhet

.....har jag tillräckligt med pengar

..... är jag integrerat i skolan (folkhögskola,.....)

.....få jag lagom med hjälp av socialtjänster.....

..... är jag Integrerat i någon organisation (Interesseföreningen)

.....är jag integrerat i kulturella evenemang (besöka bio, teater, idrotte, jippon,)

.....har jag utveckla sociala kontakter (sambo, vänner,..).....

E – Frågor om personligt ombud

E – 1

Vad är din åsikt om personligt ombud programmet?

Skriv några få meningar, tack.

E – 2

Varför är personligt ombud betydande för dig?

F – Är du intresserad av resultatet av denna studie?

Kryssa **Ja eller Nej** Tack!

0 ja

0 nej

Tack för hjälpen!

Interviewleitfaden VertreterInnen der Interessensorganisationen:

Projekt: _____ Avhandling i socialarbetet på:

University of Applied Sciences/Fachhochschule St. Pölten

Matthias Corvinus-Straße 15

3100 St. Pölten, Austria

E-mail: <http://www.fh-stpoelten.ac.at/>

Intervju

Svar och personuppgifter på frågorna förblir anonyma!

Data specifikation:

Datum:	Nummer	Namn:
Ställe:	Man/Kvinna	Funktion:

A Frågor om IFS

A -1

Vad var din position i IFS?

B Frågor om IFS

B -2

Vad är dina funktioner in Stiftelsen Samsyn?

B -3

Vad är Stiftelsen Samsyns uppgift?

C Frågor om din personliga situation

C -1

Är du också en närstående av en person med psykisk sjukdom?

Kryssa **Ja eller Nej** Tack!

0 ja

0 nej

Vem?

C - 2

Skulle du kunna berätta om din dotters situation? *Bara några få meningar, tack!*

C – 3

Är din dotter också klient till ett personligt ombud?

Kryssa **Ja eller Nej** Tack!

0 ja

0 nej

D Frågor om personligt ombud (PO)?

D – 1

Vad är din åsikt om PO - Programmet?

Skriv några få meningar, tack.

D – 2: Vad tycker du: Hur mycket stödjer PO personer med psykiskt funktionshinder?

Kryssa på tal **1,2,3 eller 4** Tack!

Inget stöd (1); lite stöd (2); ganska mycket stöd (3); mycket stöd (4)

PO stödjer personer med funktionshinder att.....

..... hitta till jobbet....	1	2	3	4
..... bo i egen lägenhet	1	2	3	4
.....ha tillräckligt med pengar	1	2	3	4
..... integrera i skolan eller universitetet (folkhögskola, student hälsan.....)	1	2	3	4
.....få lagom med hjälp av socialtjänster.....	1	2	3	4
..... Integrera i någon organisation (Interesseföreningen)	1	2	3	4
.....integrera i kulturella <u>evenemang</u> (besöka bio, teater, idrotte, jippo,)	1	2	3	4
.....utveckla sociala kontakter (sambo, vänner,..).....	1	2	3	4

D – 3:

Vad anser du är styrkorna med PO – Programmet?

D – 4: Vad anser du är svagheter med PO – Programmet?

Data specification (please fill in)

Date:	Datenblatt	Interviewee:
Place	Male/Female:	Funktion:

B -1

How many years have you been working as PO?

B – 1a

For how many % are you employed?

Please mark with a cross!

- 50%
- 75%
- 100%

B – 2:

How many clients do you assist?

B – 2a:

From which clinical characteristics (diagnosis) are your clients suffering?

B – 2b:

What are the most difficulties for your clients to cope with?

B – 3:

How much are the estimate percentages of people among your clients which feel excluded in...

▪in economical subsystems:

%

Labour market (occupational situation)	%
Housing market (accommodate in supported Housing)	%
Material Participation (financial condition for reasonable and suitable economic level of living)	%

▪in Educational subsystems

In education (university, school, advanced training...)	%
---	---

▪in Society and social services

In political and institutional participation which means to have access to suitable services and organisations	%
In cultural participation in society	%
in social networks (social contacts)	%

C – 1:

What do you understand among the terms empowerment and advocacy?

C – 2:

Is in your opinion POs advocacy supporting social inclusion of clients?

Please mark with a cross!

Yes No

C – 3a:

In which extend is in your opinion PO supporting or not supporting social inclusion of your clients?

Please mark with a cross!

no support (1); less support (2); support (3); strong support (4)

▪in economical subsystems:

Labour market (occupational situation)	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Housing market (<i>accommodate in supported Housing</i>)	1	2	3	4
Material Participation (<i>financial condition</i>) for reasonable and suitable economic level of living)	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> ▪in Educational subsystems 				
In education (university, school, advanced training...)	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> ▪in Society and social services 				
In political and institutional participation <i>which means to have access to suitable services and organisations</i>	1	2	3	4
In cultural participation in society	1	2	3	4
in social networks	1	2	3	4

C – 3b:

Do you have any example, in which PO was successful in supporting social inclusion of a client? Would you give a short description?

C – 4:

Which of the PO principles are in your opinion the most important for assisting clients?
What are in your opinion the limits of PO?

D - 2:

Do you have any example in which PO was not successful?

F – 1:

Are there any other aspects of PO which are supporting social inclusion of clients?

G – 1:

Do you have to recommend anything else?

H – 1:

Do you are interested in the results of the research project?

0 yes

0 no

Thanks for
cooperation!

Interviewleitfaden ExpertInnen/Forschung:

Interview

Project: Final thesis in social work on the University of Applied social science in St.Pölten (AUT)

University of Applied Sciences/Fachhochschule St. Pölten

Matthias Corvinus-Straße 15

3100 St. Pölten, Austria

E-mail: <http://www.fh-stpoelten.ac.at/>

Issue: **Social inclusion of individuals with severe mental illness**

Interviewer: Nicole Greisdorfer

Interviewees: Experts of KunsKC - Centre for Research and Development in Social Psychiatry in Västerbotten County

A Introduction

My final thesis is about social inclusion of individuals with severe mental illness.

I'm interested in the Swedish Personligt Ombud (PO) model and its potentiality to assist individuals with severe mental illness in process of social inclusion.

The term social inclusion which is used in my thesis means individuals participation in basic subsystems as labour market, educational system, housing market, social network, material, political, institutional and cultural systems.

The data and answers to my questions will be completely anonymous!

Data specification (*please fill in*)

Date:

Datenblatt
7

Name:

Place:

Female/Male

Funktion:

B - General questions to you

B -1

What is the aim of KuskC (Västerbotten County)?

B – 2

What is your function within KuskC (Västerbotten County)?

B – 3

Do you know the Swedish personal ombudsman (PO) system for patients with severe mental illness?

Please mark with a cross. **Yes or No**

0 yes

0 no

B - 4

Did you ever have contact to PO?

Please mark with a cross. **Yes or No**

0 yes

0 no

B – 4

Why did you have contact to PO?

C - Questions to PO

C – 1: What is your own opinion about the PO System? *Please write a few sentences.*

C – 2

In which extend is in your opinion PO able to support clients inclusion?

Please mark with a cross. **Yes or No**

no support (1); less support (2); support (3); strong support (4)

▪in economical subsystems:

Labour market (<i>occupational situation</i>)	1	2	3	4
Housing market (<i>accommodate in supported Housing</i>)	1	2	3	4
Material Participation (<i>financial condition</i>) for reasonable and suitable economic level of living)	1	2	3	4

▪in Educational subsystems

In education (university, school, advanced training...)	1	2	3	4
---	---	---	---	---

▪in Society and social services

In political and institutional participation <i>which means to have access to suitable services and organisations</i>	1	2	3	4
In cultural participation in society	1	2	3	4
in social networks	1	2	3	4

D – Strengths of the Swedish PO –System?

D – 1:

What are in your opinion the Strengths of the Swedish PO System?

E –Shortcomings of the Swedish PO System?

E – 1:

What are in your opinion the shortcomings of the Swedish PO System?

Thanks for cooperation!

Do you are interested in the results of my research project?

Please mark with a cross. **Yes or No**

0 yes

0 no

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Nicole Greisdorfer, geboren am 07.06.1980 in Brodersdorf,
erkläre,

dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen
als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich
auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland
in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Obbola, am 30.8.2008



Unterschrift