

**Bachelorarbeit**

# **Ergotherapie mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen**

## **Bedürfnisse und Schwierigkeiten dieser Klientengruppe**

---

**Blaser Ines, Chutzenstrasse 34, 3047 Bremgarten, S08257545**

**Zwicky Christine, Birkenstrasse 6, 8406 Winterthur, S08257453**

**Departement:                      Gesundheit**  
**Institut:                            Institut für Ergotherapie**  
**Studienjahr:                      2008**  
**Eingereicht am:                  20. Mai 2011**  
**Betreuende Lehrperson:        Brunhilde Matter, MME**

## Inhaltsverzeichnis

1 Abstract.....	1
2 Ergotherapie mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen .....	2
2.1 Themenfindung .....	2
2.2 Problemstellung.....	2
2.3 Abgrenzung.....	3
2.4 Fragestellung .....	3
2.5 Zielsetzung.....	3
2.6 Begriffsdefinitionen.....	4
3 Methodisches Vorgehen .....	7
4 Wissenschaftlicher Hintergrund .....	9
4.1 Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung .....	9
4.2 Alltag psychisch kranker Menschen .....	10
4.3 Bedürfnisse und Schwierigkeiten von obdachlosen, psychisch kranken Menschen	12
4.3.1 <i>Beurteilung der Studien</i> .....	15
4.4 Ergotherapeutische Massnahmen und Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen .....	16
4.4.1 <i>Beurteilung der Studien</i> .....	18
4.5 Situation in der Schweiz .....	19
4.5.1 <i>Beurteilung der Studie</i> .....	19
5 Theoretische Grundlagen .....	20
5.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	20
5.2 Enabling Occupation II .....	22
5.3 Occupational Justice .....	23
6 Resultate.....	24
7 Diskussion .....	26
7.1 Theorie-Praxis-Transfer .....	31
8 Schlussfolgerung .....	34
Literaturverzeichnis.....	36
Abbildungsverzeichnis .....	41
Abkürzungsverzeichnis.....	42
Wortzahl.....	43
Eigenständigkeitserklärung.....	44
Danksagung.....	45

## 1 Abstract

*Thema:* ErgotherapeutInnen arbeiten in verschiedenen Ländern mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen zusammen. Diese in der Schweiz wenig bekannte Klientengruppe, und die ergotherapeutische Arbeit mit ihr, werden näher betrachtet.

*Ziel:* Ziel dieser Arbeit ist, herauszufinden, welche Massnahmen ErgotherapeutInnen ergreifen können, um die möglichen betätigungsbasierten Schwierigkeiten obdachloser, psychisch kranker erwachsener Menschen zu verringern.

*Methode:* In gesundheitspezifischen Datenbanken wurden Studien zum Thema gesucht und kritisch analysiert. Sieben Hauptstudien, mehrere ergänzende Studien, Sekundär- und Tertiärliteratur wurden in die Arbeit integriert. Das Thema wird mit dem *CMOP-E*, den Richtlinien des *Enabling Occupation II* und dem Konzept *Occupational Justice* verknüpft.

*Resultate:* Zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung besteht ein enger Zusammenhang. Zudem haben obdachlose, psychisch kranke Menschen Bedürfnisse und Schwierigkeiten in der Bewältigung ihres Alltags. Studien, die konkrete Interventionen beschreiben, sind nur wenige vorhanden.

*Schlussfolgerung:* ErgotherapeutInnen bringen die erforderlichen Kompetenzen mit, um auf die Bedürfnisse von obdachlosen, psychisch kranken Menschen eingehen zu können. Ergotherapeutische Massnahmen mit dieser Klientel sollten klientenzentriert sein, die Ressourcen der obdachlosen, psychisch kranken Menschen berücksichtigen und in ihrem Lebensumfeld stattfinden. Die Erforschung dieser Klientengruppe, ihrer Bedürfnisse und Schwierigkeiten sollte im europäischen Kulturkreis noch vermehrt stattfinden.

*Keywords:* homeless persons, occupation, occupational therapy, needs, adult, mental disorders, intervention, poverty, participation, everyday life, Switzerland

## **2 Ergotherapie mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen**

Im nachfolgenden Abschnitt wird der Leser ins Thema eingeführt.

### **2.1 Themenfindung**

Der Artikel 25 „Recht auf einen angemessenen Lebensstandard“ der Menschenrechte (United Nations, 1948) besagt Folgendes:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

Jeder Mensch hat somit das Recht auf eine Wohnung und doch lässt sich die Tatsache, dass es obdachlose Menschen gibt, nicht verschweigen. Gemäss Wolff (2004) leben obdachlose Menschen in einer Welt der Ausgrenzung, einer Welt ohne Zuhause, Geld, Familie, Sicherheit und oft ohne grosse Perspektiven.

Die folgende Arbeit handelt von den Möglichkeiten, Schwierigkeiten und Bedürfnissen obdachloser, psychisch kranker erwachsener Menschen, sich zu betätigen. Weiter wird betrachtet, wie ErgotherapeutInnen mit dieser Klientel zusammenarbeiten können. Der Council of Occupational Therapists for the European Countries [COTEC] hat das Jahr 2010 zum Jahr der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung erklärt. Ein Statement des COTEC betrifft auch die Zusammenarbeit von ErgotherapeutInnen mit obdachlosen Menschen.

### **2.2 Problemstellung**

In Europa ist die Obdachlosigkeit ein Thema, das wissenschaftlich untersucht wird, auch aus ergotherapeutischer Sicht. ErgotherapeutInnen arbeiten in den USA, Kanada, Australien, Afrika und Europa mit obdachlosen Menschen zusammen (Chard, Faulkner, Chugg, 2009; Grandisson, Mitchell-Carvalho, Tang, Korner-Bitensky, 2009; Thomas, Gray, McGinty, 2010, 2011). Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf obdachlose, psychisch kranke Menschen, da gemäss Völlm, Becker und Kunstmann (2004) und Salize et al. (2001b) bei obdachlosen Menschen die psychiatrische Morbidität hoch ist und Zusammenhänge zwischen psychiatrischer Morbidität und niedriger Lebensqualität bestehen.

Die Zahlen der obdachlosen Menschen in der Schweiz werden vom Schweizerischen Bundesamt für Statistik [BFS] nicht erfasst. Gemäss M. Conzett (personal communication, September 29, 2010) von der Sozialhilfe Basel-Stadt und B. Strebel (personal communication, September 28, 2010) vom Sozialdepartement der Stadt Zürich nahmen die Übernachtungen in den Notschlafstellen in diesen Grossstädten in den letzten vier Jahren zu, was auf eine Zunahme der Obdachlosigkeit in der Schweiz hinweisen könnte.

Es stellt sich die Frage, ob die Arbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen, wie sie beispielsweise in den USA stattfindet, für die Ergotherapie in der Schweiz ein Thema ist, das in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Die Studie von Lauber, Lay und Rössler (2005) besagt, dass obdachlose Menschen in der Schweiz bei der psychiatrischen Versorgung im Nachteil sind. Martens (2001) sagt dazu, dass die Obdachlosigkeit generell ein grosses Problem des Gesundheitswesens darstellt, dem besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

### **2.3 Abgrenzung**

Die Arbeit befasst sich ausschliesslich mit erwachsenen Menschen. Weiter wird der Fokus auf die Betätigung obdachloser Menschen mit einer psychischen Erkrankung gelegt. Das Thema wird im schweizerischen Kontext betrachtet.

### **2.4 Fragestellung**

Die Autorinnen<sup>1</sup> vermuten, dass obdachlose, psychisch kranke Menschen betätigungsbasierte Schwierigkeiten haben. Für die Autorinnen resultiert aus der obgenannten Problematik folgende, für die Ergotherapie relevante, zentrale Fragestellung: Welche Massnahmen können ErgotherapeutInnen ergreifen, um die möglichen betätigungsbasierten Schwierigkeiten obdachloser, psychisch kranker erwachsener Menschen zu verringern?

### **2.5 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist, einen Überblick über die möglichen betätigungsbasierten Schwierigkeiten von obdachlosen, psychisch kranken Menschen zu erhalten, um somit diese in der Schweiz bisher wenig bekannte Klientel der Ergotherapie kennen zu lernen. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie die ergotherapeutische Arbeit mit dieser Klientel aussehen könnte und somit das Potenzial ergotherapeutischer Massnahmen in der Zusammenarbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen

---

<sup>1</sup> Mit Autorinnen sind die Autorinnen der vorliegenden Arbeit gemeint.

darzustellen. Es wird aufgezeigt, wie sich eine psychische Erkrankung auf den Alltag eines Menschen auswirken kann und zudem wird der mögliche Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung näher beleuchtet. Das Thema wird mit dem *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* [CMOP-E] (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2007), den Richtlinien des *Enabling Occupation II* (Townsend & Polatajko, 2007) und dem Konzept *Occupational Justice* (Wilcock & Townsend, 2008) verknüpft.<sup>2</sup>

## 2.6 Begriffsdefinitionen

Nachfolgend werden für ein besseres Verständnis der Arbeit in alphabetischer Reihenfolge Begriffe und Abkürzungen<sup>3</sup> erklärt.

### *Assessment*

„[...] bedeutet soviel wie Befund- oder Stuserhebung. Das Assessmentverfahren ist ein Prozess, in dem systematisch Daten gesammelt werden. Laut Biefang et al. (1999) werden unter Assessmentverfahren quantitative oder standardisierte Methoden verstanden, die vor allem die Beurteilung der Behandlungseffekte oder Outcomes auf eine möglichst objektive und überprüfbare Basis stellen.“ (Harth & Pinkepank, 2007, S. 254)

### *Betätigung*

„Occupation refers to groups of activities and tasks of everyday life, named, organized and given value and meaning by individuals and a culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity).“ (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 1997/2002, S. 34)

### *Bottom-up-Ansatz*

“Der Bottom-up-Ansatz geht vom Speziellen zum Allgemeinen [...]. In der Befunderhebung nach diesem Prinzip stehen Störungen der Körperfunktionen und –strukturen im Vordergrund. [...]. Der Bottom-up-Ansatz beruht auf der Annahme, dass funktionelle Fähigkeiten eine Grundvoraussetzung für die Ausführung von Betätigung auf höheren Ebenen bilden und eine Verbesserung dieser Fähigkeiten

---

<sup>2</sup> Im Folgenden beziehen sich die Autorinnen jeweils auf diese Publikationen.

<sup>3</sup> Weitere Abkürzungen finden sich im Abkürzungsverzeichnis.

automatisch auch die Qualität der Betätigungsperformanz erhöht [...]. (Haase, 2007, S. 198)

#### *Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]*

“The Canadian Association of Occupational Therapists provides services, products, events and networking opportunities to assist occupational therapists achieve excellence in their professional practice. In addition CAOT provides national leadership to actively develop and promote the client-centred profession of occupational therapy in Canada and internationally.” (CAOT, 2011, Abs. 1)

#### *Canadian Occupational Performance Measure [COPM]*

„Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) ist ein für Ergotherapeuten entwickeltes Messinstrument, mit dem über einen bestimmten Zeitraum die Veränderung der Eigenwahrnehmung eines Klienten bezüglich seiner Betätigungsperformanz festgestellt werden kann“ (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 2009, S. 11).

#### *Council of Occupational Therapists for the European Countries [COTEC]*

„COTEC was established in 1986 with the purpose of coordinating the views of the National Associations of Occupational Therapy. The aim of COTEC is to enable National Associations of Occupational Therapists in Europe to work together to develop, harmonise and improve standards of professional practice and education, as well as advance the theory of Occupational Therapy throughout Europe. COTEC is the European organization for all Occupational Therapists through their National Associations, with the purpose of promoting and supporting mobility of individuals within Europe and increasing visibility of the profession. COTEC represents 27 European Occupational Therapy Associations and more than 120,000 Occupational Therapists.“ (COTEC, k.D., Abs. 1)

#### *Klientenzentrierte Praxis*

“Client-centred practice refers to collaborative approaches aimed at enabling occupation with clients who may be individuals, groups, agencies, governments, corporations or others. Occupational therapists demonstrate respect for clients, involve clients in decision making, advocate with and for clients in meeting clients' need, and otherwise recognize clients' experience and knowledge.” (Law et al., 1997/2002, S. 49)

### *Morbidität*

„Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population [...]“ (Pschyrembel, 1998, S. 1039).

### *Obdachlosigkeit*

Kreft und Mielenz (2005, S. 613) erklären den Begriff wie folgt: „Als obdachlos [...] gelten alle jene Familien und Einzelpersonen, die tatsächlich ohne Unterkunft sind [...], und jene, die in Obdachlosenunterkünften untergebracht sind [...]; weiterhin müssen jene hinzugerechnet werden, denen der Verlust der Unterkunft droht oder unmittelbar bevorsteht, und jene, die in absolut unzureichenden, nicht für ein menschenwürdiges Wohnen geeigneten Wohnungen leben.“

### *Paradigma*

„Ein Paradigma (wörtlich: Beispiel, Modell) ist ein Satz (Konstrukt) von Grundannahmen, der beschreibt, nach welchen Prinzipien, Modellen und Begriffen die Welt durch die wissenschaftliche Gemeinschaft überprüft, wahrgenommen und interpretiert wird. [...]“ (Götsch, 2007, S. 2).

### *Partizipation*

„Partizipation (Teilhabe): Das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (Fischer, 2007, S. 97).

### *Prävalenz*

„Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (Periodenprävalenz) [...]“ (Pschyrembel, 1998, S. 1288).

### *Psychiatriepatientenrecord [PSYREC]*

„Die Medizinische Statistik PSYREC (Psychiatriepatientenrecord) beinhaltet Informationen über die medizinischen Diagnosen und Behandlungen. Daneben werden verschiedene weitere Merkmale erhoben, die die behandelten Patienten beschreiben“ (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2007, S. 6).

### *Psychische Störung*

Gemäss Amelang und Schmidt-Atzert (2006, S. 501) sind wichtige Komponenten für die Definition psychischer Störungen folgende: „persönliches Leid, Abweichung



von Normen (statistisch, gesellschaftlich, individuell), Funktionseinschränkung und/oder Behinderung, Selbst- oder Fremdgefährdung [...].“

### *Social learning theory*

“Bandura’s Social Learning Theory posits that people learn from one another, via observation, imitation, and modeling. The theory has often been called a bridge between behaviorist and cognitive learning theories because it encompasses attention, memory, and motivation” (Social Learning Theory, 2008).

### *Top-down-Ansatz*

„Im Gegensatz zum Bottom-up-Ansatz orientiert sich der Top-down-Ansatz an den übergeordneten Ebenen der ICF oder der Betätigungshierarchie. Am Anfang der Befunderhebung und Therapieplanung stehen Partizipation, Alltagssituationen oder die Rollen eines Individuums“ (Haase, 2007, S. 199).

## **3 Methodisches Vorgehen**

Die wesentlichen Schritte der vorliegenden Arbeit werden nachfolgend erläutert. In den Datenbanken Pubmed, Medline, CINHAL, Cochrane Library, PsychInfo, PsychIndex, OTDBASE, OTseeker, Francis, Sociological Abstracts, WISO und AMED wurde die systematische Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellung durchgeführt. Alle Datenbanken sind aus dem Gesundheitsbereich. Die Datenbanken OTDBASE und OTseeker wurden miteinbezogen, da sie spezifisch den Bereich der Ergotherapie abdecken. In den Datenbanken Pubmed, Medline, CINHAL, Cochrane Library und AMED wurde ebenfalls nach Studien aus dem Bereich der Ergotherapie gesucht. Die Datenbanken Francis, PsychInfo, PsychIndex, Sociological Abstracts und WISO wurden berücksichtigt, um auch Studien aus anderen Berufsfeldern (Psychologie und Sozialarbeit) zu erhalten.

Mit Hilfe der Keywords *homeless persons, occupation, occupational therapy, needs, adult, mental disorders, intervention, poverty, participation, everyday life* und *Switzerland* sowie deren Synonyme und mittels MeSH-Begriffen wurde nach relevanter Literatur gesucht. Die Keywords wurden dabei durch die Booleschen Operatoren *AND* oder *OR* verbunden und mit Hilfe von Einschränkungen wie zum Beispiel der Suche nach Artikeln mit Volltextanzeige nach Studien gesucht. In den Datenbanken wurde die Option *find similar* gewählt, um ähnliche Artikel zu finden. Weiter wurden die Referenzen der gefundenen Artikel durchgesehen und relevante Artikel mit einbezogen.

Einschlusskriterien waren Studien in deutscher, englischer und französischer Sprache, die zwischen 2000 und 2011 herausgegeben wurden. Zudem wurden nur für die Ergotherapie relevante Studien berücksichtigt, bei denen erwachsene Menschen die Stichprobe bildeten, und solchen den Vorrang gegeben, die sich mit Betätigung befassen. Es wurde darauf geachtet, Studien des europäischen Kulturkreises mit einzubeziehen, um die Relevanz für unsere Kultur zu gewährleisten. Es wurden jedoch auch Studien aus anderen Kulturkreisen mit einbezogen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich ausschliesslich mit Menschen befassen, bei denen die Gefahr droht, obdachlos zu werden. Insgesamt wurden sieben Hauptstudien gefunden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Die Hauptstudien wurden mittels der Formulare *Kritische Besprechung quantitativer Studien* (Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch & Westmorland, 1998) und *Kritische Besprechung qualitativer Studien* (Law et al., 1998) kritisch beurteilt. Das systematische Literaturreview, das auch zu den Hauptstudien zählt, wurde mit Hilfe des Formulars *Critical Appraisal Skills Programme* (Public Health Resource Unit, 2006) kritisch beurteilt. Die Studien wurden bezüglich Studienzweck, Hintergrundliteratur, Design, Methode, Stichprobenauswahl, Datenerhebung, Datenanalyse, Ergebnisse, Interventionen, Vertrauenswürdigkeit und Limitationen bewertet.

Weiter wurden via NEBIS-Recherche und mit der Suche in google books Sekundär- und Tertiärliteratur gesucht, um an Informationen zu den gewählten Theorien, dem Modell und ergänzender Literatur zu gelangen. Die Datenbanken der Institutionen und Organisationen, die für das Thema relevant sind, wurden ebenfalls konsultiert. Aus den untersuchten Studien ergaben sich folgende fünf Hauptthemen:

- Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung
- Alltag psychisch kranker Menschen
- Bedürfnisse und Schwierigkeiten von obdachlosen, psychisch kranken Menschen
- Ergotherapeutische Massnahmen und Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen
- Situation in der Schweiz

Diese Themen bilden Kapitel im nachfolgenden Teil der Arbeit, der als wissenschaftlicher Hintergrund bezeichnet ist. Die wichtigsten Erkenntnisse der Studien werden in diesen Kapiteln dargestellt. Die kritische Beurteilung der Hauptstudien findet sich jeweils am Ende der Kapitel.

Im Teil der theoretischen Grundlagen wird das *CMOP-E*, Inhalte des Werkes *Enabling Occupation II* und das Konzept *Occupational Justice* erläutert. Das Werk

*Enabling Occupation II* wurde ausgewählt, da es nach dem neuen Paradigma der Ergotherapie verfasst wurde. Weil dieses Werk dem *CMOP-E* zugrunde liegt, wurde dieses ebenfalls berücksichtigt. Das *CMOP-E* eignet sich zur Darstellung und Verknüpfung der Thematik in dieser Literaturlarbeit. Das Konzept *Occupational Justice* wurde hinzugezogen, da die Autorinnen es als wichtig erachten, bei obdachlosen, psychisch kranken Menschen, also Menschen aus der untersten sozialen Schicht, den Aspekt der Gerechtigkeit mit einzubeziehen.

Informationen zum Zweck, zum Design, zur Methode und zur Stichprobe der Hauptstudien finden sich im Resultatteil der Arbeit. Anschliessend werden die Ergebnisse kritisch diskutiert und mit den Theorien und dem Modell verknüpft. Es wird ein möglicher Theorie-Praxis-Transfer aufgezeigt und eine Synthese über die ganze Arbeit hergestellt.

Die Arbeit enthält Zitate und einzelne Wörter, die in der Sprache des Originaltextes belassen wurden (Englisch), um die Bedeutung dieser nicht zu verfälschen. Die Autorinnen verwenden in der Arbeit die Begriffe ErgotherapeutInnen, KlientInnen und PatientInnen und meinen damit beide Geschlechter. Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine themengeleitete Literaturlarbeit.

## **4 Wissenschaftlicher Hintergrund**

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studien themengeleitet dargestellt und die Hauptstudien kritisch beurteilt.

### **4.1 Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung**

„Absolute Armut – die Nichterfüllung grundlegender Lebensnotwendigkeiten – ist weiterhin selbst in den reichsten Ländern Europas anzutreffen. Arbeitslose, viele ethnische Minderheiten, Gastarbeiter, Behinderte, Flüchtlinge und Obdachlose sind besonders gefährdet“ (World Health Organization [WHO], 2004, S. 18).

Die vorliegende Literaturlarbeit befasst sich mit obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Aus der Literatur geht hervor, dass zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung ein enger Zusammenhang besteht. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die schwierigen Lebensumstände von obdachlosen Menschen eine psychische Erkrankung begünstigen können. Gemäss Völlm et al. (2004) und Salize et al. (2001b) ist die psychiatrische Morbidität bei obdachlosen Menschen hoch. Die WHO (2004) besagt:

„Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände haben das gesamte Leben der Menschen hindurch einen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand. Alle, die ihren Platz weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie haben, laufen zumindest doppelt so häufig Gefahr, schwer zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie die Menschen an der Spitze der Gesellschaftspyramide.“ (S. 10)

Grandisson et al. (2009) bestätigen dies, indem sie sagen, dass obdachlose Menschen oft Schwierigkeiten mit ihrer physischen und psychischen Gesundheit haben. Sullivan, Burnam, Koegel und Hollenberg (2000) und Salize et al. (2001a) zeigen auf, dass obdachlose Menschen mit psychischer Erkrankung ihre Lebensqualität als niedriger einstufen, als solche, die keine Diagnose haben. Sie beschreiben auch, dass obdachlose, psychisch kranke Menschen grössere Probleme mit Diskriminierung, Abhängigkeitserkrankungen und physischer Gesundheit haben. Laut Sullivan et al. (2000) sind psychisch kranke Menschen zudem länger obdachlos, als Menschen ohne psychische Erkrankung.

Griner (2006) hingegen schreibt, dass viele obdachlose Menschen einen Hintergrund mit einer psychischen Erkrankung haben. Dies könnte bedeuten, dass eine psychische Erkrankung ein erhöhtes Risiko für Obdachlosigkeit darstellt.

#### **4.2 Alltag psychisch kranker Menschen**

Um die möglichen Betätigungsprobleme obdachloser, psychisch kranker Menschen besser zu verstehen, wird vorerst der Alltag psychisch kranker Menschen, die nicht von der Obdachlosigkeit betroffen sind, näher betrachtet. Die Autorinnen gehen davon aus, dass psychisch kranke Menschen in ihrem Alltag in der Ausführung ihrer bedeutungsvollen Betätigungen eingeschränkt sind. Diese Vermutung wird in den untersuchten Studien, die im Anschluss dargestellt werden, bestätigt.

Die Studie von Ivarsson, Carlsson und Sidenvall (2004) zeigt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Probleme speziell in den Betätigungsbereichen Spiel, Freizeit, Arbeit und Produktivität haben. Unter Arbeit und Produktivität wird in dieser Studie die bezahlte Arbeit, jedoch auch Freiwilligenarbeit und Haushaltarbeit verstanden. Die Schwierigkeiten in diesen Bereichen liegen darin, dass die Probanden Aktivitäten meiden, unterbrechen und als anstrengend oder unangenehm empfinden. Weiter benötigen sie auch Unterstützung in Situationen, die Organisation und Planung voraussetzen. Im Betätigungsbereich Aktivitäten des täglichen Lebens beschreiben die Probanden nur wenig Schwierigkeiten (Ivarsson et al., 2004).

Bedeutend für das Verständnis der Situation von psychisch kranken Menschen sind nicht nur die Schwierigkeiten im Alltag, sondern auch die Bedürfnisse, die psychisch kranke Menschen haben. Haertl und Minato (2006) beschreiben folgende Themen, die für psychisch kranke Menschen wichtig sind:

„(1) engagement in normalizing occupations, (2) the role of productive activities in contributing to life satisfaction, (3) the need for structure amidst opportunities for personal occupational choice, (4) the relationship between a lack of daily routine and personal dissatisfaction, and (5) the importance of occupational engagement in activities perceived as life balancing, including the balance between personal and social occupations.“ (S. 28)

Gemäss Haertl et al. (2006) haben psychisch kranke Menschen also unter anderem das Bedürfnis nach sozialer Partizipation. Darauf geht Zolnierek (2011) in ihrem Literaturreview näher ein. Den psychisch kranken Menschen ist das Leben in der Gemeinschaft wichtig, da es ihnen Integration und positive zwischenmenschliche Beziehungen ermöglicht. Sie sind so in bedeutungsvolle Betätigungen eingebunden und erleben eine gewisse Normalität (Anthony, 2008; Borg, Davidson, 2008; Borg, Kristiansen, 2004; Bradshaw, Armour, Roseborough, 2007; Hardiman, 2004; Hitch, 2009; Iannelli, Wilding, 2007; Kowlessor, Corbett, 2008; Perry, Taylor, Shaw, 2007; Pitt, Kilbride, 2006; Read, Rickwood, 2009; Shattell, Starr, Thomas, 2007; Tryssenaar, Chui, Finch, 2003; Villena, Chesla, 2010; zit. nach Zolnierek, 2011, S. 69). Therapeutische, soziale und familiäre Beziehungen spielen eine wichtige und unterstützende Rolle für psychisch kranke Menschen (Zolnierek, 2011).

Iannelli et al. (2007) beleuchten mit ihrer Studie einen weiteren Aspekt des Alltages von psychisch kranken Menschen. Sie untersuchen das Erleben psychisch kranker junger Erwachsener bezüglich der Ausführung von produktiven Betätigungen und zeigen deren Wichtigkeit für diese Menschen auf. Das Ausführen von produktiven Betätigungen kann gemäss Haertl et al. (2006) einen Beitrag zur verbesserten Lebensqualität leisten. Mit produktiven Betätigungen ist gemäss Iannelli et al. (2007) das Innehaben einer Arbeitsstelle oder ein Vollzeitstudium gemeint. Die Forscherinnen stellen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausführen von produktiven Betätigungen und der psychischen Gesundheit fest. Das Ausführen produktiver Betätigungen bedeutet für die Probanden der Studie unter anderem, dass sie Verantwortung übernehmen können und aktiv involviert sind. Es erhöht ihre Selbstachtung, verbessert ihre psychische

Gesundheit und gibt ihnen Befriedigung. Weiter bedeutet es für die Probanden Hoffnung auf ein Gesundwerden (Iannelli et al., 2007).

Auch bei obdachlosen, psychisch kranken Menschen könnten Schwierigkeiten in den Bereichen Freizeit, Produktivität und soziale Partizipation auftreten. Die Autorinnen sehen obdachlose, psychisch kranke Menschen beispielsweise in Hinsicht auf das Bedürfnis nach Produktivität mit Schwierigkeiten konfrontiert. Gemäss Ivarsson et al. (2004) benötigen psychisch kranke Menschen Unterstützung in Situationen, die Organisation und Planung voraussetzen. Obdachlosen Menschen fehlt zusätzlich die Infrastruktur für organisatorische und planerische Aktivitäten, die gemäss den Autorinnen eng mit der Produktivität zusammenhängen. Auch das Bedürfnis nach sozialer Partizipation könnte nach den Autorinnen bei obdachlosen, psychisch kranken Menschen nur mangelhaft befriedigt werden. Soziale Betätigungen können mit finanziellen Mitteln verbunden sein, die obdachlosen Menschen fehlen. Dazu kommt, dass die familiären Kontakte von obdachlosen Menschen gemäss Grandisson et al. (2009) oft nur spärlich oder gar nicht mehr vorhanden sind. Auf die Bedürfnisse und Schwierigkeiten von obdachlosen Menschen und obdachlosen, psychisch kranken Menschen wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen.

#### **4.3 Bedürfnisse und Schwierigkeiten von obdachlosen, psychisch kranken Menschen**

In diesem Abschnitt betrachten die Autorinnen die Bedürfnisse und möglichen Schwierigkeiten von obdachlosen Menschen und obdachlosen, psychisch kranken Menschen. Die Autorinnen gehen der Frage auf den Grund, ob obdachlose, psychisch kranke Menschen betätigungs-basierte Schwierigkeiten und Bedürfnisse haben, und wie sie diese beschreiben.

Salize et al. (2001a) ermitteln in ihrer Studie die Lebensqualität obdachloser Menschen. Sie schreiben, dass die Probanden ihrer Studie, die obdachlos und auch zu einem grossen Teil psychisch krank sind, in den Bereichen Selbständigkeit im Alltag, geistige Leistungsfähigkeit, körperliche Leistungsfähigkeit, medizinische Behandlung und gesundheitliche Verfassung zufrieden sind. Unzufriedenheit wird in den Bereichen berufliche Situation, finanzielle Situation, Wohnsituation, Familie und Sexualleben genannt (Salize et al., 2001a).

Chard et al. (2009) befassen sich in ihrer Studie mit der Bedeutung von alltäglichen Aktivitäten obdachloser Männer. Mit einem Zitat eines Probanden stellen Chard et al.

(2009, S. 122) einen Aspekt der Obdachlosigkeit dar: „And I miss turning that key and hearing that door unlock [...]“ In ihrer Untersuchung zeigen sich folgende bedeutsame Themen, die das Erleben der obdachlosen Männer beschreiben. Ein wichtiges Thema ist das Aktiv bleiben. Dies bedeutet für die Probanden zu sich selbst schauen, Arbeit finden, das Leben geniessen und sich am Leben des Umfelds beteiligen (CAOT, 2001; zit. nach Chard et al., 2009, S. 120). Die Probanden beschreiben Betätigungen, die wenig oder kein Geld voraussetzen, als bedeutsame Betätigungen. Es ist für sie unbefriedigend, alltägliche Betätigungen wie Kochen, Reisen oder Fernsehen nicht ausführen zu können. Einige Probanden beschäftigen sich mit Aktivitäten wie Zigarettensammel aufheben oder Müll durchsuchen, um ihrem Leben Bedeutung zu geben. Trotz schwierigen Umständen suchen diese Männer Sinn in ihrem Leben. Einsamkeit und Isolation wird in dieser Studie als grosses Problem dargestellt. Einige Probanden empfinden so auch das Teilen und Helfen als Freude. Die Hälfte der Probanden träumt von einem Leben jenseits der Strasse. In der Studie wird zudem die Bedeutung der temporären Unterkunft der Probanden betrachtet. Diese wird von den Probanden mit Stigma, Verlust von Privatsphäre, Verlust von Entscheidungsfreiheit und Stress in Verbindung gebracht. Die Studie zeigt auf, dass obdachlose Menschen das wollen, was alle Menschen möchten: Beziehungen, ein unterstützendes Umfeld, Individualität und Nächstenliebe (Tryssenaar, Jones & Lee, 1999; zit. nach Chard et al., 2009, S. 123).

Muñoz, Garcia, Lisak und Reichenbach (2006) legen in ihrer Studie den Fokus auf die betätigungsbasierten Bedürfnisse und Probleme obdachloser Menschen. Nach Muñoz et al. (2006) geben die Probanden ihrer Studie die Hälfte ihrer Probleme im Bereich der Selbstversorgung an. Weiter kommen Probleme im Bereich Produktivität und im Bereich Freizeit dazu. Gefragt nach den Zielen mit höchster Priorität nennen mehr als die Hälfte aller Probanden Probleme im Bereich der Selbstversorgung, die sie in der Ergotherapie angehen wollen. Die am meisten genannten Ziele in diesem Bereich sind sauber und/oder drogenfrei bleiben, ein Zuhause beschaffen und das Aufrechterhalten von physischer und psychischer Gesundheit. Ein Drittel der Ziele befindet sich im Bereich der Produktivität, wobei das häufigste Ziel das Finden einer Stelle ist. Nur wenige Ziele werden im Bereich der Freizeit genannt, diese sind insbesondere Beziehungen zu pflegen. Muñoz et al. (2006) vermuten, dass es wichtig ist, zuerst die Bedürfnisse der Probanden betreffend Selbstversorgung zu berücksichtigen, bevor in der Ergotherapie Ziele in den anderen Bereichen gesetzt werden.

Ähnlich wie Muñoz et al. (2006) befassen sich Grandisson et al. (2009) unter anderem mit den Bedürfnissen obdachloser Menschen. Laut Grandisson et al. (2009) lassen sich die Grundbedürfnisse von obdachlosen Menschen wie folgt zusammenfassen: Obdachlose Menschen haben das Grundbedürfnis nach einem Obdach und nach einem sicheren Platz tagsüber. Weiter haben sie Bedarf an sozialer, familiärer und praktischer Unterstützung. Soziale Unterstützung wird folgendermassen beschrieben: Obdachlose Menschen wünschen sich, als Person behandelt und gehört zu werden, möchten die Isolation durchbrechen und sie haben das Bedürfnis nach Empathie. Häufig erwähnen sie die fehlende familiäre Unterstützung. Beispiele für praktische Unterstützung sind: Beschaffung von Mahlzeiten, Unterstützung bei der Stellensuche, Zugang zu einem Telefon ermöglichen, Unterstützung in Rechtsfragen, Aktivierung von Ressourcen, Unterstützung beim Geldmanagement und Ermöglichung von Arztkonsultationen. Obdachlose Menschen wünschen sich, eine Identität zu haben. Sich mit bedeutungsvollen Betätigungen zu befassen wird in Zusammenhang mit Identität gebracht (Grandisson et al., 2009).

Auch Thomas et al. (2011) geben einen Überblick über die Bedürfnisse obdachloser Menschen. Arbeit und Bildung, Geldmanagement, Copingstrategien und Freizeitfertigkeiten sind die vier ergotherapierlevanten Bereiche, in denen obdachlose Menschen gemäss Thomas et al. (2011) Bedürfnisse haben. Im Bereich Copingstrategien ist laut Thomas et al. (2011) in mehreren Studien beispielsweise der Umgang mit Stress ein Thema.

In einer früheren Studie beschreiben Thomas et al. (2010) die Bedürfnisse von obdachlosen Menschen wie folgt: „[...] the major occupational needs of homeless people, [...] are: housing or secure and stable accommodation; employment or productive occupations such as education; transportation; assistance with money management and finances; social relationships; and health” (Thomas et al., 2010, S. 21).

Glass, Sevitz, Williamson, Wink und Duncan (2006; zit. nach Thomas et al., 2011, S. 39) fassen die oben genannte Problematik gemäss den Autorinnen treffend zusammen: „Homeless people have limited opportunities to engage in meaningful occupations, compromising their health, well-being, and social integration.”



### **4.3.1 Beurteilung der Studien**

Aufgrund der kritischen Beurteilung der Hauptstudien von Salize et al. (2001a), Chard et al. (2009), Muñoz et al. (2006) und Thomas et al. (2011) sind folgende Kritikpunkte anzumerken:

*Titel der Studie: „Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität?“*

Die Studie von Salize et al. (2001a) beschreibt kein Ethikverfahren und der Kontext der Datenerhebung wird mangelhaft dargestellt. Zudem ist eine Verallgemeinerung der Daten schwierig, da die Untersuchung nur in der Stadt Mannheim in Deutschland stattfand. Auf diese Limitation wird in der Studie schlussfolgernd hingewiesen. Weiter ist anzumerken, dass die Studie von Salize et al. (2001a) nicht spezifisch für die Ergotherapie ist, jedoch die Resultate relevant für ErgotherapeutInnen sein können, da verschiedene Betätigungsbereiche untersucht werden. Aus diesem Grund wird die Studie von Salize et al. (2001a) berücksichtigt und ebenfalls, weil sie die europäische Kultur widerspiegelt.

*Titel der Studie: „Exploring occupation and its meaning among homeless men“*

In der Studie von Chard et al. (2007) besteht der Hauptkritikpunkt darin, dass die Stichprobe lediglich aus einem einzelnen Zentrum für obdachlose Menschen in Kanada gezogen wurde. Sie ist aus diesem Grund gemäss Chard et al. (2007) nur bedingt übertragbar. Das Zentrum für obdachlose Menschen, aus dem die Stichprobe gezogen wurde, ist mangelhaft beschrieben. Die Studie schloss obdachlose, psychisch kranke Menschen aus, wird aber trotzdem berücksichtigt, da sie die gelebte Erfahrung obdachloser Menschen detailliert beschreibt.

*Titel der Studie: „Assessing the occupational performance priorities of people who are homeless“*

Die Studie von Muñoz et al. (2006) beschreibt kein Ethikverfahren und die Stichprobenauswahl wird mangelhaft dargestellt. Die Durchführung des Assessments ist nur kurz beschrieben und könnte in der Praxis gemäss der Beschreibung aus der Studie nicht durchgeführt werden. Zudem bezieht sie sich nicht spezifisch auf psychisch kranke Menschen, jedoch hatten gemäss Muñoz et al. (2006) zwei Drittel der Probanden eine Geschichte mit einer psychischen Erkrankung. Die Betätigungsprobleme der obdachlosen Menschen werden in dieser Studie detailliert beschrieben, aus diesem Grund wird die Studie berücksichtigt.

*Titel der Studie: "A systematic review of occupational therapy interventions with homeless people"*

Im systematischen Review von Thomas et al. (2011) besteht gemäss den Forscherinnen eine Limitation darin, dass die Studien unterschiedliche Ziele, Methoden und Probanden haben. Vergleiche sind daher nach Thomas et al. (2011) nicht möglich. Weiter wurden in den analysierten Studien verschiedene Assessments verwendet und somit sind keine statistischen Analysen möglich. Zudem evaluieren laut Thomas et al. (2011) nur drei von den sieben integrierten Studien die Effektivität von Interventionen mit obdachlosen Menschen, die restlichen Studien befassen sich vor allem mit den Bedürfnissen obdachloser Menschen.

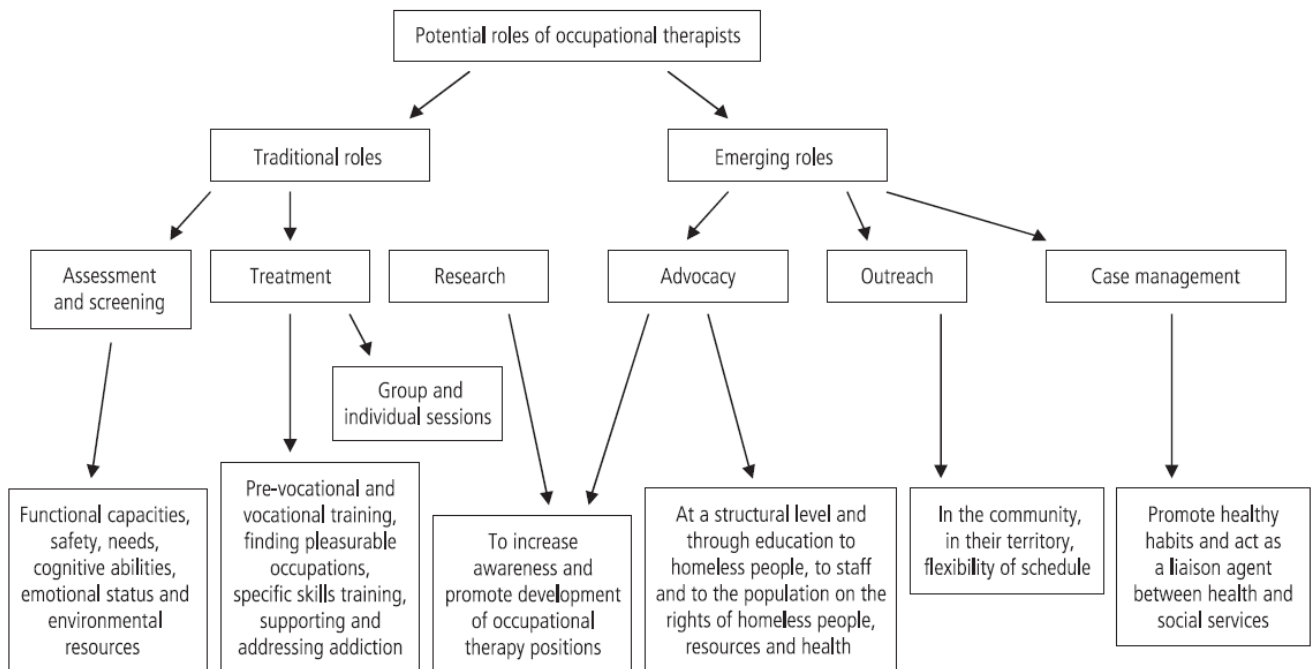
#### **4.4 Ergotherapeutische Massnahmen und Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen**

Aus der Literatur geht hervor, dass die obdachlosen, psychisch kranken Menschen Bedürfnisse und Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags haben, bei welchen sie unter Umständen Unterstützung benötigen. Es stellt sich die Frage, welche Berufsgruppe aus unserem vielseitigen Sozial- und Gesundheitssystem in der Lage und gewillt wäre, sich dieser Problematik anzunehmen. Gemäss Tryssenaar, Wilkinson und Bailey (2000) existieren immer mehr Beweise dafür, dass die Ergotherapie einen Beitrag leisten kann, um die Gesundheit und Lebensqualität dieser ausgegrenzten und schlecht versorgten Population zu verbessern. In ihrer Studie erwähnen Tryssenaar et al. (2000), dass es eine grosse Übereinstimmung gibt zwischen den Werten und Sichtweisen des Berufes der Ergotherapie und den Bedürfnissen von obdachlosen Menschen.

Grandisson et al. (2009) befassen sich zusätzlich zu den Bedürfnissen obdachloser Menschen auch mit den Rollen, die ErgotherapeutInnen in der Arbeit mit obdachlosen Menschen einnehmen können und finden zwei Hauptkategorien, nämlich traditionelle Rollen und aufkommende Rollen. Als traditionelle Rollen werden "assessment & screening", "treatment" und "research" genannt. Aufkommende Rollen sind „advocacy“, "outreach" und "case management". Die nachfolgende Grafik soll die Rollen verdeutlichen.

**Abbildung 1.** Potential roles of occupational therapists with people who are homeless.  
(Grandisson et al., 2009, S. 495)

Fig. 1. Potential roles of occupational therapists with people who are homeless.



Die Rolle „assessment & screening“ beinhaltet nach Grandisson et al. (2009), dass ErgotherapeutInnen die funktionellen Kapazitäten, die Sicherheit, die Bedürfnisse, kognitive Fähigkeiten, den emotionalen Status und Ressourcen der Umwelt von obdachlosen Menschen erfassen. Ausserdem werden auch Menschen, bei denen ein Risiko besteht, obdachlos zu werden, genauer betrachtet. Die Rolle „treatment“ meint die Interventionen, die ErgotherapeutInnen mit obdachlosen Menschen durchführen. Diese sehen gemäss Grandisson et al. (2009) folgendermassen aus: Spezifisches Training von Fertigkeiten, Training von Fertigkeiten mit beruflicher Relevanz, Finden von angenehmen Betätigungen und Unterstützung bei Suchtproblemen. Auch „research“, also die Rolle der ErgotherapeutInnen in der Forschung, ist existent. Die aufkommende Rolle „advocacy“ meint, dass ErgotherapeutInnen obdachlose Menschen beispielsweise über deren Rechte informieren und Ressourcen berücksichtigen. Die Rolle „outreach“ bedeutet, dass ErgotherapeutInnen in der Arbeit mit obdachlosen Menschen flexibel sein sollten und sich in das Umfeld dieser Menschen, also auf die Strasse, begeben sollten. Die Rolle „case management“ beinhaltet, dass ErgotherapeutInnen dazu beitragen können, dass obdachlose Menschen eine Unterkunft finden. Weiter können ErgotherapeutInnen ihnen den Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen vereinfachen (Grandisson et al., 2009).

Gemäss Grandisson et al. (2009) haben ErgotherapeutInnen das Wissen, obdachlose Menschen in der Ausübung von bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen. Mehrere Studien legen dar, dass Interventionen, die direkt im Umfeld des obdachlosen Menschen stattfinden, die grössten Erfolge zeigen (Hatton, Kleffel, Bennett, Gaffrey, 2001; Hunter, Power, 2001; Riley, Harding, Underwood, Carter, 2003; zit. nach Grandisson et al., 2009, S. 497). Sie kommen in ihrer Studie zu folgendem Schluss: „The findings suggest a logical and natural fit between the competencies of occupational therapists and the needs of those who are homeless“ (Grandisson et al., 2009, S. 497).

Konkrete Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen werden von Helfrich und Fogg (2007) untersucht. Sie prüfen die Effektivität von einer „life skills intervention“ und stellen signifikante Verbesserungen bei Fertigkeiten in den Modulen „room and self-care management“ und „safe community participation“ fest. Diese Verbesserungen bestehen auch noch nach drei Monaten. Themen im Modul „room and self-care management“ sind Hygiene, Gesundheit, Bekleidung, Putzen und Organisation. Themen im Modul „safe community participation“ sind öffentliche Sicherheit, Gesundheitsvorsorge, persönliche Sicherheit und Konsumentenschutz. Die Interventionen sind laut Helfrich et al. (2007) individuell gestaltet, kulturell relevant, berücksichtigten Ressourcen und berücksichtigten die Bedürfnisse der KlientInnen. So werden den KlientInnen positive Erfahrungen ermöglicht. Helfrich et al. (2007) gehen davon aus, dass die „social learning theory“, auf der die Interventionen basieren, zum Erfolg beiträgt.

#### **4.4.1 Beurteilung der Studien**

Aufgrund der kritischen Beurteilung der Hauptstudien von Grandisson et al. (2009) und Helfrich et al. (2007) sind folgende Kritikpunkte anzumerken:

*Titel der Studie: „Occupational therapists’ perceptions of their role with people who are homeless“*

In der Studie von Grandisson et al. (2009) wird die fehlende Datensättigung aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl als Limitation angegeben. Für die Studie konnten nur wenige ErgotherapeutInnen, die mit obdachlosen Menschen zusammenarbeiten, gefunden werden. Das Setting und der Prozess der Datenanalyse sind mangelhaft beschrieben. Die Vertrauenswürdigkeit der Studie ist jedoch gegeben, da Triangulierung nach Methoden und Forschern angegeben ist. Die Studie bezieht sich nicht spezifisch auf psychisch kranke Menschen, wird aber

berücksichtigt, da sie die verschiedenen Rollen, die ErgotherapeutInnen in der Arbeit mit obdachlosen Menschen einnehmen können, aufzeigt.

*Titel der Studie: „Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness“*

Kritikpunkte der Studie von Helfrich et al. (2007) sind die fehlende Kontrollgruppe und die mangelhaft beschriebenen, durchgeführten Massnahmen. Weiter beschränkt sich die Studie auf Probanden aus zwei Programmen für obdachlose Menschen in den USA. Die Thematik der Studie beantwortet jedoch einen Teil der Fragestellung der Autorinnen, nämlich mögliche Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen. Aus diesem Grund wird diese Studie genauer betrachtet, auch wenn sie im Literaturreview von Thomas et al. (2011) analysiert wird. Helfrich et al. (2007) erwähnen, dass zusätzliche Forschung nötig ist, um ihre Resultate zu bekräftigen.

#### **4.5 Situation in der Schweiz**

Obdachlose Menschen sind auch in der Schweiz Realität. Gemäss Lauber et al. (2005) wird in der Schweiz weder die Prävalenz der Obdachlosigkeit, noch die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei obdachlosen Menschen erfasst. Lauber et al. (2005) betrachten die Situation der obdachlosen, psychisch kranken Menschen in der Schweiz genauer.

Laut Lauber et al. (2005) ist die Dauer der stationären Aufenthalte von obdachlosen Menschen in der Psychiatrie im Vergleich zu anderen PatientInnen signifikant kürzer. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von obdachlosen PatientInnen betrug zum Zeitpunkt ihrer Studie 20 Tage, die der restlichen PatientInnen 26 Tage. Weiter verbesserte sich die klinische Situation der obdachlosen Menschen bis zum Austritt nur leicht. Im Gegensatz dazu verbesserte sich die klinische Situation bei allen anderen Patientengruppen bemerkenswert. Lauber et al. (2005) schreiben, dass die Ergebnisse stark darauf hinweisen, dass psychische Störungen mit Obdachlosigkeit assoziiert sind. Schlussfolgernd betonen Lauber et al. (2005), dass obdachlose Menschen in der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz benachteiligt sind.

##### **4.5.1 Beurteilung der Studie**

Aufgrund der kritischen Beurteilung der Hauptstudie von Lauber et al. (2005) sind folgende Kritikpunkte anzumerken:

*Titel der Studie: „Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland“*

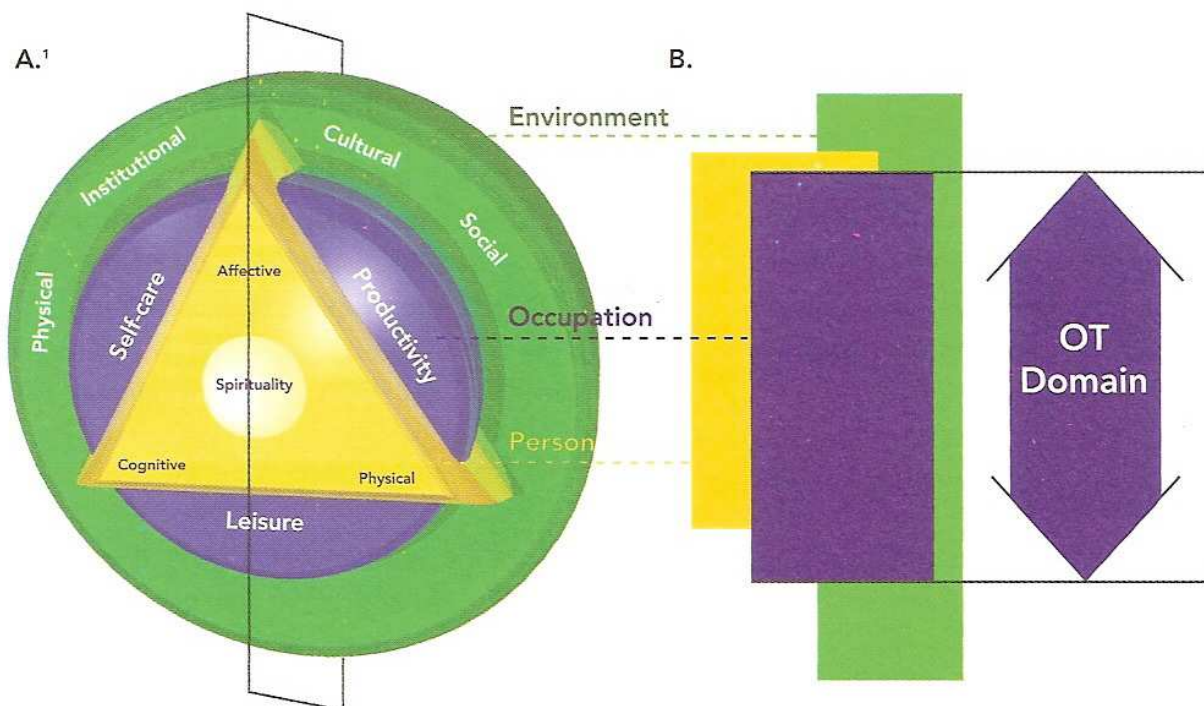
Gemäss Lauber et al. (2005) sind die Limitationen ihrer Studie folgende: Es besteht keine Validität und Reliabilität bei den Daten, die dem PSYREC entnommen wurden. Lauber et al. (2005) erwähnen, dass es möglicherweise zu Verfälschungen der Daten kam, als die Personen nach ihrer Wohnsituation befragt wurden, da Obdachlosigkeit in der Gesellschaft nicht wertfrei betrachtet wird. Die Studie beinhaltet aber gemäss den Autorinnen für die Ergotherapie relevante Schlussfolgerungen und bezieht sich auf die Situation der obdachlosen, psychisch kranken Menschen in der Schweiz.

## 5 Theoretische Grundlagen

Das CMOP-E, die Richtlinien des Werkes *Enabling Occupation II* und das Konzept *Occupational Justice* werden im Anschluss erläutert.

### 5.1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Abbildung 2. Modellbild CMOP-E (Polatajko et al., 2007, S. 23)



A.<sup>1</sup> Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition  
B. Trans-sectional view

„Das CMOP geht von einer dynamischen Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung aus“ (Marotzki & Reichel, 2007, S. 120). Die dreidimensionale Struktur des Modells, wie in Abbildung 2 ersichtlich, zeigt gemäss Law et al. (1997/2002), dass Person, Umwelt und Betätigung voneinander abhängig sind. Eine Veränderung in einem dieser drei Bereiche beeinflusst automatisch die anderen Bereiche (Law et al., 1997/2002). Im Zentrum des Modells steht die Spiritualität. Marotzki et al. (2007, S. 120) beschreiben die Spiritualität „als das Wesentliche, Einzigartige einer Person und als Zugang zu ihrer Welt und ihren Betätigungen sowie ihren Motiven.“ Die Spiritualität gibt Betätigungen Bedeutung (Law et al., 1997/2002). „Affektive, kognitive und physische Komponente kennzeichnen die Person mit ihren verschiedenen Fähigkeiten, die sie in die Lage versetzen, Betätigungen durchzuführen“ (Marotzki et al., 2007, S. 120). „Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit kennzeichnen Betätigungen verschiedener Lebensbereiche“ (Marotzki et al., 2007, S. 120). Die Umwelt setzt sich aus der physischen, institutionellen, kulturellen und sozialen Umwelt zusammen. Das Modell beinhaltet die klientenzentrierte Perspektive, aus diesem Grund befindet sich die Person in der Mitte des Modells (Law et al., 1997/2002).

Im Werk *Enabling Occupation II* wird eine Erweiterung des CMOP diskutiert. Gemäss Polatajko et al. (2007) wird das Modell mit der Erweiterung von Engagement, also *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* ganzheitlicher, da der Aspekt der Partizipation zusätzlich zur Betätigung hinzugefügt wird.

Dem CMOP-E liegt das Assessment COPM zugrunde. Das COPM wird von Warren (2002) wissenschaftlich untersucht. Er kommt in seiner Studie zu folgendem Schluss: „This study indicates that the combination of the COPM with other assessment categories based on the Canadian Model of Occupational Performance has produced an occupational therapy assessment form that can be used in mental health practice.“

Muñoz et al. (2006) prüfen die Anwendung des COPM mit obdachlosen Menschen und kommen zu dem Ergebnis, dass das COPM die Evaluation von obdachlosen Menschen erleichtert. Für den Anwender ist es ein hilfreiches Assessment, das die Mitarbeit der KlientInnen im strukturierten Problemlöseprozess fördert. Das Assessment hilft, im Gespräch unangenehme Themen aufzudecken, zu benennen und zu priorisieren (Muñoz et al., 2006).

Auch Herzberg, Ray und Miller (2006) erachten das COPM als geeignetes Assessment in der Arbeit mit obdachlosen Menschen. Gemäss Herzberg et al. (2006)

lassen sich damit klientenzentrierte Interventionen planen und es gibt eine ganzheitliche Sicht auf die Ressourcen und die Schwierigkeiten der KlientInnen.

Gemäss den Autorinnen liesse sich somit das COPM, welches dem *CMOP-E* zugrunde liegt, gut in der Arbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen einsetzen.

## **5.2 Enabling Occupation II**

„Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation“ ist der Titel des Werkes von Townsend et al. (2007), das von der CAOT herausgegeben wurde. Das Buch stellt Richtlinien für die klientenzentrierte Arbeit dar, wobei der Fokus auf die Ermöglichung von Betätigung gelegt wird (Law, 2007).

„The book advances the transformation of occupational therapy from being a profession focused on the therapeutic use of activity, to one dedicated to enabling all people to be engaged in meaningful occupation and to participate as fully as possible in society“ (Townsend et al., 2007, S. 2). Das neue Paradigma des Berufes der ErgotherapeutInnen ist somit ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeit. Die Vision des Buches lautet wie folgt: „To herald an era of occupational enablement for occupational therapists and their clients“ (Townsend et al., 2007, S. 1). Townsend et al. (2007, S. 2) definieren die Ergotherapie in ihrem Werk wie folgt:

“Occupational therapy is the art and science of enabling engagement in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being; and of enabling a just and inclusive society so that all people may participate to their potential in the daily occupations of life.”

Die Grundannahmen der kanadischen Ergotherapie über Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit stellen Townsend et al. (2007) folgendermassen dar:

„Health is more than the absence of disease;

Health is strongly influenced by having choice and control in everyday occupations;

Health has personal dimensions associated with spiritual meaning and satisfaction in occupations, and it has social dimensions associated with fairness and equitable opportunity in occupations;

Well-being extends beyond health to quality of life;

Justice concerns are for meaningful choice and social inclusion, so that all people may participate as fully as possible in society.“ (S. 4)



Oxford Language Dictionaries Online übersetzt den Begriff "to enable" auf Deutsch in „es jmdm. ermöglichen, etw. zu tun“. Die WHO (1986; zit. nach Townsend et al., 2007) schlägt folgende Definition vor:

“Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men.“  
(S. 93)

### **5.3 Occupational Justice**

Das Konzept der *Occupational Justice* basiert auf der Überzeugung von ErgotherapeutInnen, „[...] that occupations contribute to health and that people have both a need and a right to participate in meaningful occupations“ (Dunton, 1915; Le Vesconte, 1935; Meyer, 1922; Wilcock, 1998; zit. nach Wilcock et al., 2008, S. 192). Das Konzept *Occupational Justice* gibt somit an, dass jeder Mensch das Recht auf Betätigung und Teilhabe hat. Es wurde ausgearbeitet, um aufzuzeigen, dass es auf der ganzen Welt Menschen gibt, die in ihren bedeutungsvollen Betätigungen eingeschränkt sind und es ihnen oft unmöglich ist, ihre für die Gesundheit notwendigen Bedürfnisse auszuleben. Diese sind: „The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable eco-system, sustainable resources, social justice and equity“ (WHO, 1986; zit. nach Wilcock et al., 2008, S. 2). ErgotherapeutInnen kennen die Bedürfnisse nach Betätigung und Teilhabe der Menschen, die individuell verschieden sind. Sie wissen um deren Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden und können somit darauf reagieren. Sie können sich für die Menschen, die in ihren Bedürfnissen eingeschränkt sind, einsetzen, ihre Bedürfnisse nach Betätigung umsetzen und ihnen somit zu *Occupational Justice* verhelfen (Wilcock et al., 2008).

## 6 Resultate

In Kapitel 4 sind die themenrelevanten Ergebnisse der untersuchten Studien dargestellt. Nachfolgend werden ergänzend Informationen zum Zweck, zum Design, zur Methode und zur Stichprobe der gewählten Hauptstudien und zusammengefasst die wichtigsten Resultate der Studien aufgezeigt.

Salize et al. (2001a) decken auf, wie hoch die Häufigkeit psychiatrischer Störungen bei obdachlosen Menschen ist, wie sie ihre Lebensqualität beurteilen und ob ein Unterschied der empfundenen Lebensqualität besteht zwischen obdachlosen Menschen mit und ohne psychische Erkrankung. In ihrer Querschnittstudie untersuchen Salize et al. (2001a) 102 obdachlose Probanden aus Mannheim in Deutschland bezüglich ihrer physischen und psychischen Gesundheit. Von den 102 Probanden der Studie weisen 68.6 % eine psychische Erkrankung auf. Davon sind 34.3 % Suchterkrankungen, 21.6 % andere psychische Erkrankungen mit Suchtproblemen und 12.7 % psychische Erkrankungen ohne Suchtprobleme. Salize et al. (2001a, S. 77) stellen Folgendes fest: „Bei mehr als zwei Drittel [...] der untersuchten Probanden wurden aktuell behandlungsbedürftige psychische Störungen festgestellt.“ Weiter besagen sie, dass obdachlose Menschen mit einer psychischen Erkrankung ihre Lebensqualität als niedriger einstufen, als solche ohne einer Diagnose. Es fehlt in Deutschland noch an wissenschaftlicher Literatur über die psychische Gesundheit von obdachlosen Menschen (Salize et al., 2001a).

Chard et al. (2009) erforschen in ihrer Studie, welche Bedeutung alltägliche Aktivitäten für obdachlose Menschen haben, und wie die Erfahrungen von erwachsenen, obdachlosen Männern in einem kanadischen Obdachlosenheim beschrieben werden. Die Probanden wurden in Kanada rekrutiert. In ihrer qualitativen, phänomenologischen Studie führen Chard et al. (2009) unstrukturierte Interviews mit acht obdachlosen Männern durch und befragen sie zu ihren alltäglichen Betätigungen. Schlussfolgernd sagen die Autoren, dass obdachlose Menschen das wollen, was alle Menschen möchten: Beziehungen, ein unterstützendes Umfeld, Individualität und Nächstenliebe (Tryssenaar et al., 1999; zit. nach Chard et al., 2009, S. 123). Die wichtigsten Resultate dieser Studie sind unter Punkt 4.3 dargestellt.

Muñoz et al. (2006) fördern mit ihrer Studie das Verständnis für die Betätigungsprobleme obdachloser Menschen und erklären die Anwendung des COPM mit dieser Klientel. In ihrer deskriptiven Studie analysieren Muñoz et al. (2009) Daten von 65

obdachlosen Probanden, die an einem Programm zur Unterstützung der Reintegration in die Arbeitswelt teilnehmen. Die Probanden wurden in den USA rekrutiert. Der grösste Teil der Bedürfnisse und Schwierigkeiten finden Muñoz et al. (2006) im Bereich der Selbstversorgung. Die Betätigungsprobleme, die in der Studie beschrieben werden, sind unter Punkt 4.3 aufgeführt.

Grandisson et al. (2009) erzielen mit ihrer Studie ein besseres Verständnis für die potentielle Rolle von ErgotherapeutInnen in der Arbeit mit obdachlosen Menschen. In ihrer qualitativen Studie befragen Grandisson et al. (2009) 22 ErgotherapeutInnen zu ihrer persönlichen Auffassung betreffend der therapeutischen Rolle in der Arbeit mit obdachlosen Menschen. Sechs Probanden nehmen an der Fokusgruppe teil, 16 füllen einen Fragebogen aus. Die Probanden sind alle aus Kanada. Grandisson et al. (2009) kommen in ihrer Studie zu folgendem Schluss: „The findings suggest a logical and natural fit between the competencies of occupational therapists and the needs of those who are homeless“ (Grandisson et al., 2009, S. 497). Die wichtigsten Resultate dieser Studie sind unter Punkt 4.3 und 4.4 dargestellt.

Helfrich et al. (2007) untersuchen mit ihrer Longitudinalstudie die Effektivität von einer „life skills intervention“ durch ErgotherapeutInnen bei 51 obdachlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den USA. Die Interventionen basieren auf der „social learning theory“. Die Module, die angeboten werden, beinhalten „room and self-care management, food management, money management, and safe community participation“. In den Modulen „room and self-care management“ und „safe community participation“ stellen Helfrich et al. (2007) signifikante Verbesserungen der Fertigkeiten fest. Die wichtigsten Resultate dieser Studie sind unter Punkt 4.4 dargestellt.

Lauber et al. (2005) stellen mit ihrer deskriptiven Studie die Obdachlosigkeit in der Schweiz, einem Land mit gutem Sozial- und Gesundheitssystem, dar. Sie analysieren dafür die Daten aus der PSYREC von 16'247 PatientInnen, die zwischen 1998 und 2001 im Kanton Zürich in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen wurden. Von diesen PatientInnen sind 257 obdachlos. Lauber et al. (2005) kommen zum Schluss, dass obdachlose Menschen in der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz im Nachteil sind. Die wichtigsten Resultate dieser Studie sind unter Punkt 4.5 dargestellt.

Thomas et al. (2011) wollen mit ihrer Studie die Evidenz, die die ergotherapeutische Rolle in der Arbeit mit obdachlosen Menschen unterstützt, beurteilen. In ihrem systematischen Review analysieren Thomas et al. (2011) 40 Artikel, davon werden sieben quantitative Studien in das Review integriert. Da die Ziele, Methoden und Probanden der

untersuchten Studien sehr unterschiedlich sind, lassen sich die Resultate gemäss Thomas et al. (2011) nicht vergleichen. Um die Effektivität von Interventionen mit obdachlosen Menschen zu demonstrieren, ist dringend mehr Forschung notwendig (Thomas et al., 2011).

## 7 Diskussion

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Resultate der Studien zueinander in Bezug gesetzt, kritisch betrachtet und diskutiert. Die Resultate werden mit dem *CMOP-E*, den Richtlinien des *Enabling Occupation II* und dem Konzept *Occupational Justice* verknüpft und somit die Relevanz des Themas für die Ergotherapie aufgezeigt. Einleitend werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den Studien kurz zusammengefasst dargestellt.

Gemäss Glass et al. (2006; zit. nach Thomas et al., 2011, S. 39) sind die Möglichkeiten obdachloser Menschen, sich mit bedeutungsvollen Betätigungen zu befassen, die zur sozialen Integration, zur Gesundheit und zum Wohlbefinden beitragen, limitiert. Aus mehreren Studien geht hervor, dass ein enger Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung besteht. Die untersuchte Literatur zeigt, dass obdachlose, psychisch kranke Menschen Bedürfnisse und Schwierigkeiten in der Bewältigung ihres Alltags haben, bei welchen sie Unterstützung benötigen. Bei den Studien, die sich mit den Schwierigkeiten und Bedürfnissen von obdachlosen, psychisch kranken Menschen befassen, gibt es klare Übereinstimmungen. Es stellt sich heraus, dass die soziale Partizipation ein wiederkehrendes Thema darstellt, das den befragten Probanden wichtig ist. In der Studie von Grandisson et al. (2009) wird dies beispielsweise beschrieben als das Bedürfnis, die Isolation zu durchbrechen. Das Bedürfnis nach sozialer Partizipation ist auch bei den psychisch kranken Menschen, die nicht von der Obdachlosigkeit betroffen sind, zentral. Auch das Bedürfnis nach produktiven Betätigungen wird gleichermassen von obdachlosen sowie psychisch kranken Menschen geäussert. Gemäss Tryssenaar et al. (2000) und Grandisson et al. (2009) passen die Kompetenzen, die ErgotherapeutInnen mitbringen, gut auf die Bedürfnisse von obdachlosen Menschen. Ein weiterer wiederkehrender Inhalt in den Studien ist die noch fehlende oder mangelhafte Literatur zum Thema Ergotherapie und obdachlose, psychisch kranke Menschen. Weiter stellt sich heraus, dass die Situation in der Schweiz nicht befriedigend ist, da gemäss Lauber et al. (2005) obdachlose, psychisch kranke Menschen in der Gesundheitsversorgung benachteiligt sind.

Bevor mit der Diskussion über die Resultate begonnen wird, werden einige Limitationen angemerkt.

Die Autorinnen beschreiben den Begriff Obdachlosigkeit mit einer Definition aus dem Bereich der sozialen Arbeit. In den gelesenen Studien finden sich etliche Definitionen von Obdachlosigkeit, die sich zum Teil unterscheiden. Dies muss als Limitation angesehen werden, da nicht alle Forscher vom Gleichen ausgehen und dies die Resultate beeinflusst.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass sich nicht alle der untersuchten Studien spezifisch auf obdachlose, psychisch kranke Menschen beziehen, sondern einige lediglich auf obdachlose Menschen. Da jedoch gemäss Völlm et al. (2004) und Salize et al. (2001b) eine hohe Anzahl obdachloser Menschen auch psychisch krank ist, rechtfertigt sich gemäss den Autorinnen die nähere Betrachtung dieser Studien.

Das Thema der Obdachlosigkeit lässt sich wie folgt mit dem *CMOP-E* verknüpfen. Im *CMOP-E* lässt sich die Obdachlosigkeit gemäss den Autorinnen am ehesten in den Bereich der physischen Umwelt einordnen. Obdachlosen Menschen fehlt es an einer Wohnung. Eine psychische Erkrankung lässt sich gemäss den Autorinnen in den Bereich der Person einordnen. Gemäss Marotzki et al. (2007) stehen diese Bereiche untereinander in einer Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig. So lassen sich gemäss den Autorinnen auch die Zusammenhänge zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung erklären. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die schwierigen Lebensumstände von obdachlosen Menschen eine psychische Erkrankung begünstigen können. Dies wird durch die WHO (2004) bestätigt.

Aus den untersuchten Studien geht hervor, dass obdachlose, psychisch kranke Menschen Bedürfnisse und betätigungsbasierte Schwierigkeiten haben. Somit hat sich die aus der Fragestellung resultierende Annahme bestätigt.

Betreffend der Bedürfnisse gibt es in den untersuchten Studien sowohl Unterschiede, als auch Gemeinsamkeiten. Bei den Studien mit psychisch kranken Menschen beschreibt die Studie von Ivarsson et al. (2004) wenig Probleme im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens. Haertl et al. (2006) weisen aber darauf hin, dass Bedürfnisse in Bezug auf die tägliche Routine bestehen, was einen Widerspruch darstellt. Drei von vier Studien zeigen gemeinsam das Bedürfnis nach Produktivität. Ivarsson et al. (2004) beschreiben in ihrer Studie Schwierigkeiten im Betätigungsbereich Produktivität. Wenn Schwierigkeiten in einem Betätigungsbereich vorhanden sind, gehen die Autorinnen davon aus, dass in diesem Bereich Bedürfnisse bestehen. Auch bei den Studien mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen gibt es Unterschiede und Gemeinsamkeiten.

So schreiben Salize et al. (2001a), dass die untersuchten Probanden keine Probleme bei der Selbstständigkeit im Alltag haben. Demgegenüber werden in anderen Studien Schwierigkeiten beim Geldmanagement, beim Beschaffen von Mahlzeiten und allgemein bei der Selbstversorgung erwähnt (Muñoz et al., 2006; Grandisson et al., 2009). Dies sind gemäss den Autorinnen Schwierigkeiten und Bedürfnisse betreffend der Selbstständigkeit im Alltag. Gemeinsamkeiten bestehen in den untersuchten Studien beim Bedürfnis nach einer Wohnung, Arbeit und sozialer Partizipation. Die formulierten Bedürfnisse und Schwierigkeiten unterscheiden sich je nach Fragestellung der Forscher. Somit stellt es sich als schwierig heraus, die formulierten Bedürfnisse einheitlich einzelnen Themen zuzuordnen.

Wie bereits erwähnt, ist die soziale Partizipation in den untersuchten Studien ein wiederkehrendes, wichtiges Thema für die Probanden. Wenn dieser Aspekt unter dem *CMOP-E* betrachtet wird, heisst das, dass dies in erster Linie den Bereich der sozialen Umwelt und den der Freizeit betrifft. In der Untersuchung von Grandisson et al. (2009) haben obdachlose Menschen das Bedürfnis nach sozialen Beziehungen und Zugehörigkeit. Obdachlose, psychisch kranke Menschen haben also unter Umständen wenig soziale Kontakte. Dies kann gemäss den Autorinnen den Bereich der Betätigung und dies wiederum den Bereich der Person, genauer die affektive Komponente, beeinflussen. Diese Annahme wird durch die folgenden zwei Aussagen bekräftigt. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die durch Betätigung geschaffen wird, ist von grosser Wichtigkeit (Heuchemer, Josephsson, 2005; MacDonald, 2006; Schultz-Krohn, 2004, Tryssenaar et al., 1999; zit. nach Thomas et al., 2010, S. 23). Gemäss Van Leit, Starrett und Crowe (2006) kann ein Mangel an sozialen Beziehungen bei Menschen das Gefühl auslösen, isoliert und bedeutungslos zu sein. Thomas et al. (2010) sind überzeugt, dass ErgotherapeutInnen mit ihren Fertigkeiten obdachlosen Menschen Partizipation in der Gesellschaft wieder ermöglichen können.

Die Produktivität, die in den Studien oft als Bereich erwähnt wird, in welchem obdachlose und psychisch kranke Menschen Bedürfnisse haben, lässt sich im *CMOP-E* direkt zuordnen. Sie verbindet die Person mit der Umwelt. Gemäss Iannelli et al. (2007) trägt das Ausführen von produktiven Betätigungen zur besseren psychischen Gesundheit bei psychisch kranken Menschen bei. Gemäss den Autorinnen wäre vorstellbar, dass durch die Veränderung des Bereiches der Produktivität einerseits die psychische Gesundheit obdachloser, psychisch kranker Menschen, andererseits unter Betrachtung der Wechselwirkung der verschiedenen Bereiche des *CMOP-E* auch die Umwelt der

KlientInnen positiv beeinflusst wird. Dies könnte gewissermassen die physische Umwelt im Sinne von materiellen Mitteln oder die soziale Umwelt im Sinne von sozialen Kontakten bei einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit betreffen. Gemäss Thomas et al. (2010) ist es jedoch schwierig, aus einer Spirale von Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und Armut zu entkommen.

Nach dem Blick auf die Bedürfnisse von obdachlosen, psychisch kranken Menschen werden mögliche ergotherapeutische Massnahmen mit dieser Klientel, und somit dieser Aspekt der Fragestellung diskutiert.

Helfrich et al. (2007) untersuchen und beschreiben Interventionen, in welchen sie spezifische Fertigkeiten mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen trainieren. Petrenchik (2006) sagt, dass Interventionen, in welchen Fertigkeiten trainiert werden, auf dem Bottom-up-Ansatz beruhen. Alternativ dazu würden Interventionen, die die Beseitigung der Partizipationsbarrieren im natürlichen Umfeld der Personen zum Ziel haben, auf einem Top-down-Ansatz beruhen. Petrenchik (2006, S. 23) betont dabei: "This approach is in keeping with current thinking in the health sciences [...] and in the behavioral and social sciences [...], all of which advocate an ecological or social environmental approach to health-related interventions." Er nimmt den Fokus weg von den Problemen der Personen und der Beseitigung von Defiziten und spricht dafür, den Personen Partizipation zu ermöglichen, indem Barrieren beseitigt werden. Petrenchik (2006, S. 27) formuliert das übergeordnete Ziel in der Zusammenarbeit mit obdachlosen Menschen folgendermassen: "The primary goal of occupational therapy programs and services for persons who are homeless, whether at the systems level or the individual level, is assisting fellow citizens to return to and participate in the economy, their community, and in society as a whole."

Parallelen dazu finden sich in den Richtlinien des *Enabling Occupation II*. Townsend et al. (2007) plädieren dafür, Menschen zu befähigen, Betätigungen im Alltag auszuführen. Sie setzen sich auch für eine integrative Gesellschaft ein, in der alle Menschen teilhaben können. Die Möglichkeit, sich am Gesellschaftsleben zu beteiligen, bedeutet für sie Gerechtigkeit.

Weinstock-Zlotnick und Hinojosa (2004) stellen die beiden Ansätze Bottom-up und Top-down einander gegenüber. Sie treten für eine klientenzentrierte Arbeit, die beide Ansätze mit einbezieht, ein. Sie sind der Meinung, dass es wichtig ist, die KlientInnen ganzheitlich zu erfassen und danach zu entscheiden, nach welchem Ansatz die Intervention ausgewählt und gestaltet wird. Weinstock-Zlotnick et al. (2004) sehen den

Gebrauch nur eines Ansatzes in der Therapie als ungenügend an. Die Autorinnen würden somit keinen Ansatz bevorzugt in die Therapie integrieren.

Der Aspekt der Gerechtigkeit, der im Werk *Enabling Occupation II* aufgegriffen wird, ist ebenfalls im Konzept *Occupational Justice* von Wilcock et al. (2008) von zentraler Bedeutung. Sie sagen, dass alle Menschen das Recht haben, sich bedeutungsvollen Betätigungen zu widmen. Dies wiederum führt dazu, dass die Menschen teilhaben können (Dunton, 1915; Le Vesconte, 1935; Meyer, 1922; Wilcock, 1998; zit. nach Wilcock et al., 2008, S. 192). Dieses Recht möchten die Autorinnen in Bezug auf die obdachlosen, psychisch kranken Menschen, also Menschen aus der untersten sozialen Schicht, besonders hervorheben.

Laut Grimer (2006; zit. nach Thomas et al., 2011, S. 48) ist die ergotherapeutische Arbeit mit obdachlosen Menschen ein relativ neuer Bereich. Bradley (2009) weist darauf hin, dass vor dem Ergreifen von gezielten Massnahmen zuerst das Verständnis für die Klientel der obdachlosen, psychisch kranken Menschen gefördert werden muss. Chard et al. (2009) weisen zudem darauf hin, dass es kaum Studien gibt, die die gelebten Erfahrungen von obdachlosen Menschen beschreiben.

Zu der Effizienz von Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen gibt es nur wenig Literatur. Gemäss Thomas et al. (2011) ist dringend mehr Forschung notwendig, um die Effektivität von Interventionen mit obdachlosen Menschen zu demonstrieren. Sie betonen, dass eine gut gestaltete, randomisierte und kontrollierte Studie in dieser Hinsicht die beste Evidenz bieten könnte (Thomas et al., 2011). Diese Erkenntnis wird von Grandisson et al. (2009) bestätigt, die schreiben, dass eine grosse internationale Lücke besteht, was Forschung in Bezug auf die Effektivität von ergotherapeutischen Interventionen mit obdachlosen Menschen anbelangt. Die Frage nach konkreten evidenzbasierten Massnahmen, die ErgotherapeutInnen ergreifen können, um die betätigungsbasierten Schwierigkeiten von obdachlosen, psychisch kranken Menschen zu verringern, lässt sich mit den verwendeten Studien somit nicht umfassend beantworten. Dennoch gibt es diverse Autoren, die betonen, dass obdachlose Menschen von ergotherapeutischen Interventionen profitieren können. So schreiben Tryssenaar et al. (2000), dass diese Menschen dazu befähigt werden können, positive Veränderungen in ihrem Leben vorzunehmen. Dies, indem ErgotherapeutInnen sie unterstützen, bedeutungsvolle Betätigungen zu entdecken und ihnen ermöglichen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Auch Helfrich et al. (2007) zeigen mit ihren Resultaten,



dass durchaus Erfolge möglich sind. Ihre Interventionen sind jedoch zu mangelhaft beschrieben, um hier näher darauf eingehen zu können.

Zum untersuchten Thema gibt es viel Literatur aus den USA und aus Kanada. Im europäischen Kulturkreis scheint das Thema noch wenig erforscht zu sein, dementsprechend finden sich weniger Studien. Dies wirft für die Autorinnen die Frage auf, inwiefern sich die Ergebnisse kulturell übertragen lassen. Vergleicht man beispielsweise das Gesundheitswesen der USA mit dem der Schweiz, lassen sich Unterschiede feststellen. In den USA sind nicht alle Menschen krankenversichert, da eine Grundversicherung nicht obligatorisch ist. Menschen aus der untersten sozialen Schicht haben somit weniger Möglichkeiten, sich eine Krankenkasse zu leisten. In der Schweiz haben diese Menschen durch die obligatorische Grundversicherung einen einfacheren Zugang zu medizinischer Behandlung. Psychisch kranke Menschen haben in der Schweiz Angebote, durch die sie in ihrer Situation unterstützt werden. Unter anderem könnten die beschriebenen Gegebenheiten nach der Meinung der Autorinnen dazu führen, dass die Obdachlosigkeit in den USA höher ist als in der Schweiz und somit das Thema präsenter und von grösserer Bedeutung. Trotzdem darf das Thema hierzulande nicht vernachlässigt werden. Wie die Studie von Lauber et al. (2005) zeigt, sind obdachlose, psychisch kranke Menschen in der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz benachteiligt. In ihrer Folgestudie decken Lauber et al. (2006) auf, dass die stationäre psychiatrische Behandlung für obdachlose Menschen als ungenügend betrachtet werden muss. Konkrete Erklärungen, was genau an der Behandlung ungenügend ist und wo die Probleme liegen, geben Lauber et al. (2006) jedoch nicht an. Sie geben die Empfehlung ab, den Austritt von obdachlosen Menschen aus der Psychiatrie von Beginn der stationären Behandlung an genau zu planen.

### **7.1 Theorie-Praxis-Transfer**

Laut Grandisson et al. (2009) können verschiedene Schwierigkeiten bei der Implementierung von ergotherapeutischen Angeboten für obdachlose Menschen auftreten. So nennen sie etwa die Struktur der Gesundheitssysteme, ein Mangel an Wissen und Erfahrung, geringe Kooperationsbereitschaft der ErgotherapeutInnen, mangelnde finanzielle Ressourcen und Stigmatisierung der obdachlosen Menschen als Faktoren, die eine Implementierung erschweren. Sie sehen aber auch Faktoren, die eine Implementierung begünstigen können. Solche Faktoren sind die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen oder die vermehrte Forschung in Bezug auf das Thema

Obdachlosigkeit. Weiter schlagen Grandisson et al. (2009) vor, das Thema Obdachlosigkeit bereits in der Ergotherapieausbildung zu integrieren.

Die mögliche Implementierung von ergotherapeutischen Angeboten im schweizerischen Kontext wird im folgenden Abschnitt erläutert. Die beschriebenen Angebote und Massnahmen sind gemäss den Autorinnen als Zukunftsvision zu betrachten.

Es stellt sich die Frage, wie die ErgotherapeutInnen in der Schweiz überhaupt in Kontakt mit dieser Klientel kommen. Die Autorinnen nehmen an, dass dies besonders der Fall ist, wenn obdachlose, psychisch kranke Menschen im stationären Rahmen einer Psychiatrie behandelt werden. In den untersuchten Studien kommen ErgotherapeutInnen vor allem in Obdachlosenheimen in Kontakt mit der Klientel. In der Schweiz gibt es Angebote für obdachlose Menschen, wie beispielsweise die Sozialwerke von Pfarrer Sieber. Diese Angebote beinhalten unter anderem eine Notschlafstelle, einen Begegnungsort und ein Seelsorgezentrum (Sozialwerke Pfarrer Sieber, 2011). Weiter gibt es in verschiedenen Schweizer Städten Gassenküchen. Die Autorinnen sehen in solchen Settings ein Potential für zukünftige ergotherapeutische Arbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen.

Es wäre vorstellbar, dass ein weiteres Setting in Zukunft auch die Arbeit in einer Gemeinde darstellen würde. Das heisst, die Gemeinde würde die ErgotherapeutInnen anstellen mit dem Auftrag, obdachlose, psychisch kranke Menschen zu begleiten. Diese Ideen der Autorinnen werden gestützt durch die Erkenntnis aus mehreren Studien, dass Interventionen, die direkt im Umfeld des obdachlosen Menschen stattfinden, die grössten Erfolge zeigen (Hatton et al., 2001; Hunter et al., 2001; Riley et al., 2003; zit. nach Grandisson et al., 2009, S. 497). Jedoch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage der Finanzierung solcher Angebote. Dies aus dem Grund, weil in der Schweiz gemäss der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (2011) Ergotherapie ärztlich verordnet wird.

Im Folgenden stellen die Autorinnen mögliche konkrete Interventionen mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen vor.

Die Anwendung des COPM wird in den Studien für die Erfassung von psychisch kranken Menschen und für die Erfassung von obdachlosen Menschen empfohlen. Daher sehen die Autorinnen dieses Assessment auch für die Erfassung von obdachlosen, psychisch kranken Menschen als geeignet an. Da es zudem klientenzentriert und betätigungsbasiert ist, würden sie es in der Therapie einsetzen. Die folgenden

Interventionen werden nicht anhand des COPM begründet, da dieses in der vorliegenden Arbeit nicht näher erklärt wird. Die Interventionen werden anhand des *CMOP-E* erklärt. Es werden nicht alle Bereiche des Modells abgedeckt, sondern nur einige anschauliche Beispiele gegeben.

Zur Stabilisierung der psychischen Situation würden die Autorinnen das Wissen über die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder nutzen und die KlientInnen individuell begleiten. Dies wäre eine Intervention basierend auf dem Bottom-up-Ansatz und würde im *CMOP-E* den Bereich der Person betreffen.

Die Autorinnen sehen mehrere Möglichkeiten, um obdachlose, psychisch kranke Menschen in ihrem Bedürfnis nach sozialer Partizipation zu unterstützen. Nach Meinung der Autorinnen besteht die Möglichkeit von ergotherapeutischen Gruppenangeboten. Solche Gruppen könnten Freizeitaktivitäten beinhalten oder auch ein Setting bieten, um spezifische soziale Fertigkeiten zu trainieren. Weiter wäre vorstellbar, dass ErgotherapeutInnen obdachlosen, psychisch kranken Menschen Adressen vermitteln, wie die des Begegnungsortes von den Sozialwerken von Pfarrer Sieber. ErgotherapeutInnen könnten obdachlose, psychisch kranke Menschen zudem bei der Kontaktaufnahme mit Familienmitgliedern unterstützen, indem sie diese gemeinsam mit den KlientInnen vorbereiten würden. Das Trainieren von spezifischen Fertigkeiten würde gemäss den Autorinnen auf dem Bottom-up-Ansatz beruhen und wiederum den Bereich der Person des *CMOP-E* betreffen. Im Gegensatz dazu würden die anderen Interventionen, welche die soziale Partizipation fördern auf dem Top-down-Ansatz beruhen und den Bereich der sozialen Umwelt und den der Freizeit des *CMOP-E* betreffen.

Weitere Interventionen im Bereich der Freizeit des *CMOP-E* könnten folgendermassen aussehen. ErgotherapeutInnen könnten obdachlose, psychisch kranke Menschen bei der Suche nach aufgegebenen oder neuen bedeutungsvollen Freizeitaktivitäten unterstützen. Diese könnten im Einzel- oder Gruppensetting ausprobiert werden. Dies wäre gemäss den Autorinnen eine Intervention basierend auf dem Top-down-Ansatz.

Der Bereich der Produktivität des *CMOP-E* lässt sich gemäss den Autorinnen mit der Klientel der obdachlosen, psychisch kranken Menschen nicht losgelöst von der physischen Umwelt des *CMOP-E*, sprich von einer Wohnmöglichkeit, betrachten. Die Autorinnen sind der Meinung, dass zum Beispiel eine Kombination von einer betreuten Wohnmöglichkeit oder Wohngemeinschaft und einem geschützten Arbeitsplatz als Lösung denkbar wäre. Solche Lösungen könnten mit anderen Disziplinen wie dem Sozialdienst

erarbeitet werden. ErgotherapeutInnen könnten konkret Fertigkeiten trainieren, etwa im Bereich Planung und Organisation, um den Einstieg an einen Arbeitsplatz zu erleichtern. Das Trainieren der Fertigkeiten betrifft wiederum den Bottom-up-Ansatz, während die Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnmöglichkeit und eines Arbeitsplatzes nach dem Top-down-Ansatz geschehen würde.

Die Autorinnen sind zudem der Meinung, dass sich auch die kulturelle Umwelt des *CMOP-E* beeinflussen lässt. Indem das Thema Obdachlosigkeit öffentlich thematisiert wird, könnte einer möglichen Stigmatisierung dieser Menschen entgegen gewirkt werden.

Abschliessend ist zu erwähnen, dass alle Interventionen erst dann geplant und durchgeführt werden könnten, wenn bei den KlientInnen Bedürfnisse und Ziele in diesen Bereichen vorhanden wären.

Im Anschluss zeigen die Autorinnen mögliche Rollen auf, die ErgotherapeutInnen in der Arbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen einnehmen können. Einige der ergotherapeutischen Rollen, die von Grandisson et al. (2009) geschildert werden, sind in den oben beschriebenen Interventionsmöglichkeiten erkennbar. Die traditionelle Rolle „assessment and screening“ nehmen ErgotherapeutInnen beim Erfassen mit dem COPM ein. Weiter ist auch die Rolle „treatment“ klar ersichtlich bei den vorgeschlagenen Behandlungen im Gruppen- oder Einzelsetting. Eine der aufkommenden Rollen ist „outreach“. Diese Rolle würden ErgotherapeutInnen einnehmen, wenn sie von einer Gemeinde angestellt wären. Die Rolle „case management“ wird von ErgotherapeutInnen eingenommen, wenn sie obdachlose, psychisch kranke Menschen im Finden einer Wohnmöglichkeit unterstützen.

## **8 Schlussfolgerung**

Nachfolgend stellen die Autorinnen eine Synthese über die Literaturarbeit her. Aus mehreren der untersuchten Studien wird ersichtlich, dass ein enger Zusammenhang zwischen Obdachlosigkeit und psychischer Erkrankung besteht. Die untersuchte Literatur zeigt zudem, dass obdachlose, psychisch kranke Menschen Bedürfnisse und Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags haben, bei welchen sie Unterstützung benötigen. Es wird ersichtlich, dass ErgotherapeutInnen die notwendigen Kompetenzen mitbringen, um auf die Bedürfnisse von obdachlosen, psychisch kranken Menschen eingehen zu können (Tryssenaar et al., 2000; Grandisson et al., 2009). Die Autorinnen sehen in der weiteren Erforschung der obdachlosen, psychisch kranken Menschen, ihren

Bedürfnissen und Schwierigkeiten, die ersten Schritte zu einer Arbeit mit dieser Klientel. Die Forschung sollte vor allem im europäischen Kulturkreis noch vermehrt stattfinden. Das heisst, dass das Verständnis für obdachlose, psychisch kranke Menschen vorhanden sein sollte, um konkrete Interventionen zu planen.

Die Autorinnen erachten es als wichtig, dass ErgotherapeutInnen im schweizerischen Kontext achtsam sind, wenn sie obdachlosen, psychisch kranken Menschen im Arbeitsalltag begegnen. Konkret erachten sie die Empfehlung von Lauber et al. (2006), dass der Austritt von obdachlosen Menschen aus der Psychiatrie genau geplant werden muss, als Chance für die Ergotherapie. Die Autorinnen denken, dass die ErgotherapeutInnen dazu einen Beitrag leisten können, indem sie diese Menschen bei der Suche nach Anschlusslösungen unterstützen. Offen bleibt die Frage, ob aus der ergotherapeutischen Arbeit mit obdachlosen, psychisch kranken Menschen in der Schweiz ein neues Arbeitsfeld entsteht.

Die Autorinnen erachten es als zentral, klientenzentriert zu arbeiten, so wie dies Weinstock-Zlotnick et al. (2004) empfehlen. Das heisst, dass obdachlosen, psychisch kranken Menschen individuell Betätigung ermöglicht werden sollte. Die Autorinnen empfehlen nach Konsultation der Literatur, ergotherapeutische Interventionen mit dieser Klientel klientenzentriert zu gestalten, die Ressourcen der obdachlosen, psychisch kranken Menschen zu berücksichtigen und die Massnahmen direkt in ihrem persönlichen Lebensumfeld vorzunehmen.

## Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Heidelberg: Springer.
- Bradley, D. M. (2009). *An exploration of the homeless experience from an occupational therapy perspective*. (Unpublished doctoral dissertation.) Texas Woman's University, Texas, USA.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2011). *About CAOT*. Heruntergeladen von <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2>
- Chard, G., Faulkner, T. & Chugg, A. (2009). Exploring occupation and its meaning among homeless men. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 116-124.
- Conzett, M. (2010, September 29). Re: Zahlen Obdachlosigkeit [Electronic mailing list message]. Heruntergeladen von <https://mail.zhaw.ch/OWA/>
- Council of Occupational Therapists for the European Countries. (2010). *Poverty and Social Exclusion*. Heruntergeladen von: <http://cotec-europe.org/userfiles/file/COTEC%20Position%20statement%20on%20Poverty%20and%20Social%20exclusion%202010.pdf>
- Council of Occupational Therapists for the European Countries. (k.D.). *Visible and valued occupational therapists throughout Europe*. Heruntergeladen von <http://www.cotec-europe.org>
- Eidgenössisches Departement des Innern. (2011). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Heruntergeladen von [http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832\\_112\\_31.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c832_112_31.html)
- Fischer, A. (2007). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 96-103). Stuttgart: Thieme.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2007). *PSYREC-KTR-Handbuch*. Heruntergeladen von [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/institutionen/spitaer\\_kliniken/handbuecher\\_vorgaben\\_erhebung.html](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/institutionen/spitaer_kliniken/handbuecher_vorgaben_erhebung.html)
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Thieme.

- Grandisson, M., Mitchell-Carvalho, M., Tang, V. & Korner-Bitensky, N. (2009). Occupational therapists' perceptions of their role with people who are homeless. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(11), 491-498.
- Griner, K. R. (2006). Helping the homeless: an occupational therapy perspective. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(1), 49-61.
- Haase, F. C. (2007). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 197-199). Stuttgart: Thieme.
- Haertl, K. & Minato, M. (2006). Daily Occupations of Persons with Mental Illness: Themes from Japan and America. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(1), 19-32.
- Harth, A. & Pinkepank, S. (2007). Diagnostische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 254-265). Stuttgart: Thieme.
- Helfrich, C. A. & Fogg, L. F. (2007). Outcomes of a Life Skills Intervention for Homeless Adults with Mental Illness. *Journal of Primary Prevention*, 28, 313-326.
- Herzberg, G. L., Ray, S. A. & Miller, K. S. (2006). The Status of Occupational Therapy: Addressing the Needs of People Experiencing Homelessness. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 1-8.
- Iannelli, S. & Wilding, C. (2007). Health-enhancing effects of engaging in productive occupation: Experiences of young people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 285-293.
- Ivarsson, A., Carlsson, M. & Sidenvall, B. (2004). Performance of Occupations in Daily Life Among Individuals with Severe Mental Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(2), 33-50.
- Kreft, D. & Mielenz, I. (2005). *Wörterbuch Soziale Arbeit*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Lauber, C., Lay, B. & Rössler, W. (2005). Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135, 50-56.
- Lauber, C., Lay, B. & Rössler, W. (2006). Homeless people at disadvantage in mental health services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 138-145.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2009). *COPM Canadian Occupational Performance Measure*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

- Law, M., Polatajko, H. J., Baptiste, S. & Townsend, E. A. (1997/2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In E. A. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation An Occupational Therapy Perspective* (S. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantform.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualform.pdf>
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 110-126). Stuttgart: Thieme.
- Martens, W. H. J. (2001). A review of physical and mental health in homeless persons [Abstract]. *Public Health Reviews*, 29(1), 13-33.
- Muñoz, J. P., Garcia, T., Lisak, J. & Reichenbach, D. (2006). Assessing the occupational performance priorities of people who are homeless. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 135-148.
- Petrenchik, T. (2006). Homelessness: Perspectives, Misconceptions, and Considerations for Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 9-30.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmermann, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (S. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (258th ed.).(1998). Berlin: de Gruyter.
- Public Health Resource Unit. (2006). *Critical Appraisal Skills Programme*. Heruntergeladen von <http://www.sph.nhs.uk/what-we-do/public-health-workforce/resources/critical-appraisals-skills-programme>
- Salize, H. J., Horst, A., Dillmann-Lange, C., Killmann, U., Stern, G., Wolf, I., ... Rössler, W. (2001a). Wie beurteilen psychisch kranke Wohnungslose ihre Lebensqualität? *Psychiatrische Praxis*, 28, 75-80.
- Salize, H. J., Horst, A., Dillmann-Lange, C., Killmann, U., Stern, G., Wolf, I., ... Rössler, W. (2001b). Needs for mental health care and service provision in single homeless people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 207-216.



- Social Learning Theory (2008). *Social Learning Theory (Bandura)*. Heruntergeladen von <http://www.learning-theories.com/social-learning-theory-bandura.html>
- Sozialwerke Pfarrer Sieber. (2011). *Wir handeln*. Heruntergeladen von <http://www.swsieber.ch/default.asp?selm=wirhandeln>
- Strebel, B. (2010, September 28). Re: Zahlen Obdachlosigkeit [Electronic mailing list message]. Heruntergeladen von <https://mail.zhaw.ch/OWA/>
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P. & Hollenberg, J. (2000). Quality of Life of Homeless Persons With Mental Illness: Results From the Course-of-Homelessness Study. *Psychiatric Services, 51*(9), 1135-1141.
- Thomas, Y., Gray, M. & McGinty, S. (2010). Homelessness and the right to occupation and inclusion: an Australian perspective. *WFOT Bulletin, 62*, 19-25.
- Thomas, Y., Gray, M. & McGinty, S. (2011). A Systematic Review of Occupational Therapy Interventions With Homeless People. *Occupational Therapy in Health Care, 25*(1), 38-53.
- to enable. (k.D.). In *Oxford Language Dictionaries Online*. Heruntergeladen von [http://www.oxfordlanguagedictionaries.com/search/SearchDispatchPage.html?oldDirection=b-en-de&\\_fmt=context&\\_op%3Atext=field&\\_f%3Atext=basicSearch&direction=b-en-de&\\_f%3Adirection=opp%3Adirection&\\_op%3Adirection=exact&text=to+enable&\\_start=1&go\\_submit=go](http://www.oxfordlanguagedictionaries.com/search/SearchDispatchPage.html?oldDirection=b-en-de&_fmt=context&_op%3Atext=field&_f%3Atext=basicSearch&direction=b-en-de&_f%3Adirection=opp%3Adirection&_op%3Adirection=exact&text=to+enable&_start=1&go_submit=go)
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brown, J. (2007). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (S. 87-134). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tryssenaar, J., Wilkinson, S. & Bailey, C. (2000). Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités. *Santé mentale au Québec, 25*(2), 109-131.
- United Nations. (2010). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948*. Heruntergeladen von

[http://www.humanrights.ch/home/de/Instrumente/AEMR/Text/idcatart\\_100-content.html](http://www.humanrights.ch/home/de/Instrumente/AEMR/Text/idcatart_100-content.html)

- Van Leit, B., Starrett, R., Crowe, T. K. (2006). Occupational concerns of women who are homeless and have children: An occupational justice critique. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 47-62.
- Völlm, B., Becker, H. & Kunstmann, W. (2004). Psychiatrische Morbidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern. *Psychiatrische Praxis*, 31, 236-240.
- Warren, A. (2002). An Evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in Mental Health Practice. *The British Journal of Occupational Therapy*, 65(11), 515-521.
- Weinstock-Zlotnick, G. & Hinojosa, J. (2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 594-599.
- Weltgesundheitsorganisation. (2004). *Das soziale Gefälle*. In Soziale Determinanten der Gesundheit: die Fakten (2nd ed., S. 10-12). Heruntergeladen von <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>
- Weltgesundheitsorganisation. (2004). *Soziale Ausgrenzung*. In Soziale Determinanten der Gesundheit: die Fakten (2nd ed., S. 18-20). Heruntergeladen von <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>
- Wilcock, A. A. & Townsend, E. A. (2008). Occupational Justice. In E. Blesedell Crepeau, E. S. Cohn & B. A. Boyt Schell (Hrsg.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11th ed., S. 192-199). Baltimore: Wolters Kluwer Health.
- Wolff, H. (2004). Poverty causes illness [Editorial]. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49, 1-2.
- Zolnierek, C. D. (2011). Exploring Lived Experiences of Persons with Severe Mental Illness: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 46–72.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Potential roles of occupational therapists with people who are homeless.

Grandisson, M., Mitchell-Carvalho, M., Tang, V. & Korner-Bitensky, N. (2009).

Occupational therapists' perceptions of their role with people who are homeless. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(11), 491-498.

Abbildung 2. Modellbild *CMOP-E*. Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N.,

Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmermann D. (2007). Specifying the domain of concern:

Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II:*

*Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through*

*Occupation* (S. 13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abs.</b>	Abschnitt
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>ed.</b>	Edition
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Innern
<b>Hrsg.</b>	Herausgeber
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health
<b>k.D.</b>	kein Datum
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Wortzahl

Abstrakt	198
Arbeit	10'380

## **Eigenständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 18. Mai 2011

Christine Zwicky

Ines Blaser

## **Danksagung**

Wir möchten uns besonders bei unserer betreuenden Lehrperson Brunhilde Matter für die unermüdliche Beantwortung unserer vielen Fragen und die vielen guten Anregungen bedanken. Weiter möchten wir uns bei Barbara Strebel vom Sozialdepartement der Stadt Zürich und bei Mario Konzett von der Sozialhilfe Basel-Stadt für ihre Auskünfte bedanken.

Ein grosses Dankeschön gilt auch unseren Freunden und Verwandten, die uns immer wieder Motivation gaben und uns durch ihr Feedback tatkräftig unterstützten. Erwähnen möchten wir hier Rahel Keller, Agnes Blaser, Lisa Oberholzer, Michael Steiner, Heinz Zwicky und Roland Rammelt. Herzlichen Dank.