

## **Skizofreniforeningens Politiske Mål . November 2020**

Skizofreniforeningens overordnede mål er at skabe et bedre liv for skizofreniramte mennesker, dvs. både patienter og deres pårørende.

Skizofreniramte mennesker har brug for tryghed, sikkerhed, forudsigelighed og gode rammer for at bedre tilværelsen og recovery-forløbet og patienternes pårørende har brug for vejledning, støtte og samarbejde for at kunne bistå bedst muligt i støtte til patienterne og i samarbejde om behandling.

Dette er ment som et dynamisk papir, som løbende vil blive justeret og nye punkter tilføjet.

### **Mål i forbindelse med behandling**

#### **1) Behandlingsgaranti og hospitalsbehandling af skizofreniramte.**

Behandlingen i psykiatrien må sidestilles med somatikken, dvs. at patienter, som henvender sig med symptomer, ikke må afvises, men bør som i somatikken undersøges og udredes og efter behov indlægges med den behandlingsgaranti, vi kender fra somatikken.

Patienter med psykoser skal behandles på behandlingspladser ( tidl. betegnet som sengepladser) i en udstrækning, der sikrer, at patienten kan udskrives til et ambulante forløb og når de selv kan varetage og tage ansvaret for behandlingen i samarbejde med det ambulante psykiatriske tilbud.

Dobbeltdiagnose-patienter skal, samme sted som indlæggelsen finder sted, have en samtidig behandling af både misbrug og den psykiske sygdom. Behandlingsforløbet må tilsikre, at indlæggelsen ikke spildes ved tilbagefald til misbruget.

Den manglende færdigbehandling af patienter med skizofreni fører til, at mange rigtig syge patienter færdes i samfundet og giver en naturlig anledning til den stigmatisering af skizofreniramte, som opfattes som farlige at omgås.

Der findes i realiteten ikke farlige skizofrenipatienter, men kun patienter der ikke får den nødvendige behandling.

## 2) Tvang i psykiatrien.

Der er behov for et mere nuanceret billede af tvang i psykiatrien.

Psykiatrilovens bestemmelser om tvang ved indlæggelse og behandling er forbundet med så mange rettigheder og sikkerhedsforanstaltninger for patienten, at patienten kan bestride begge forhold gennem patientvejleder, patientklagenævn og evt. rettens vej. Resultatet af denne sikkerhed for patienten er desværre, at patienterne udskriver sig selv, før de er færdigbehandlede. Fra hospitalet gør man sig således skyldige i et omsorgssvigt og svigter desuden den behandlingsgaranti, som er selvfølgelig i somatikken.

Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling er under alle omstændigheder en meget voldsom indgriben i den personlige integritet, men når patienten er i en psykotisk fase og ikke tilregnelig, er det netop omsorgssvigt ikke at gøre brug af den mulighed, der findes til at færdigbehandle patienten.

De patienter som udskrives for tidligt og havner i et forløb med mange genindlæggelser eventuelt ledsaget af hjemløshed, misbrug og kriminalitet er årsag til at psykiatrifaget står i et dårligt lys og i almen omdømme får ord for ikke at gøre noget for patienterne og betragtes som en ubrugelig behandlingskilde.

Den tvang som anvendes på psykiatriske afdelinger, for at afhjælpe konflikter er som oftest unødvendig. Det er en dårlig metode for både personale og patienter at bæltefikse patienten fordi man ikke har tid og personalemæssige ressourcer til med personlig omsorg at tale konflikterne ned. Flere satspulje-forsøg har vist, at med øget personale og bevidstheden om øget kontakt og omsorg kan denne unødvendige tvang nedbringes til et minimum.

## 3) Vederlagsfri psykosemedicin til skizofreniramte herunder prioritering af depotmedicin.

Da medicineringen er det nødvendige første trin i behandlingen af psykoser, og der ikke er mulighed for at erstatte denne del med andre behandlingsformer, er det yderst vigtigt, at denne fase i behandlingen kan gennemføres uden tilfældige indskydelser eller manglende faglig viden.

Under de nuværende forhold oplever mange patienter forskellige bivirkninger ved de enkelte præparater. Disse bivirkninger medfører ofte gener, som får patienten til at fravælge medicinen. Hertil kommer andre grunde såsom økonomi og manglende sygdomsindsigt på et tidspunkt hvor patienterne ikke er fri af psykosen. Livslang gratis psykosemedicin udleveret på de psykiatriske centre med en 1. prioritering af depotmedicin, med en virkning som holder i op til 3 måneder, vil minimere fravalget af medicinbehandlingen som en stor gevinst for behandlingsforløbet.

En stabil tildeling af en gratis medicinering vil mindske risikoen for tilbagefald i psykose og den deraf følgende eksplosive stigning af genindlæggelser.

Som reglerne er nu, kan der kun gives vederlagsfri psykosemedicin i en 2 års periode. Denne tidsbegrænsning bør ophæves, så alle skizofreniramte har mulighed for altid at få vederlagsfri psykosemedicin. Alle skal have mulighed for og tilskyndes til at få depotmedicin.

#### 4) De pårørendes rolle og inddragelse i skizofrenibehandlingen.

De pårørende bør inddrages i behandlingen sådan som det er beskrevet i OPUS-forløbet. Det forbedrer resultatet af behandlingen og er med til at reducere hyppigheden af tilbagefald og genindlæggelser. De pårørende udgør en væsentlig ressource, og samarbejdet mellem pårørende og behandlergruppen er en vigtig støtte for de pårørende, som påtager sig et stort ansvar i forhold til denne langstidsdiagnose. Sygdommen strækker sig jo også ud over den tid, man som patient er i OPUS, hospitalspsykiatrien eller distriktspsykiatrien. De eneste, der på dette tidspunkt kan observere og reagere på de udsving som måtte forekomme i sygdommen, er pårørendegruppen. Det er derfor nødvendigt, at pårørende respekteres som aktive aktører i behandlingssystemet.

Pårørendegrupper bør støttes, blandt andet ved at ansætte pårørendementorer i kommune og region. Man skal skabe mulighed for dialoggrupper mellem brugere og pårørende med fælles aktiviteter som eksempelvis fællesspisninger og udflugter. Det er derfor vigtigt og formålstjenligt, at der sikres de pårørende mulighed for psykologhjælp og supervision, ligesom de pårørende skal sikres et antal betalte omsorgsdage.

#### 5) Skizofreniramte skal fra sygdommens start have gratis adgang til meningsfyldt aktivitet i hverdagen.

Begrundelse: Mange skizofreniramte isolerer sig og er inaktive, hvilket er et stort problem. Denne gruppe har også en kortere gennemsnitlig levealder end normalbefolkningen, og dette bør der gøres noget ved. Der gives mange tilbud til skizofreniramte såsom væresteder og aktivitetscentre. Intentionerne er udmærkede, men mange skizofreniramte vil hellere være sammen med mennesker, som ikke er patienter i psykiatrien, men som forstår de skizofreniramtes udfordringer og helbredsmæssige begrænsninger. Gratis og fri adgang til fysisk- og mentalt sundhedsfremmende aktiviteter kunne mindske isolationen. Tilbud om psykoterapi, kognitiv træning og træning i sociale færdigheder bør gives til alle, da disse tilbud er vigtige for, at de skizofreniramte kan deltage i et positivt socialt fællesskab.

#### 6) Under indlæggelse på psykiatriske afdelinger bør der være mulighed for aktiviteter – fysiske og kreative.

Begrundelse: Der er i øjeblikket ikke tilstrækkelige aktivitets-tilbud, og det er vigtigt, at indlæggelsen bliver så positiv som muligt.

## **Mål i forbindelse med et trygt hverdagsliv**

- 1) Når en person får diagnosen skizofreni, bør vedkommende komme på en økonomisk ordning, der svarer til førtidspension.

Begrundelse: Dette vil give mulighed for at den skizofreniramte kan komme bedst og hurtigst muligt igennem afklaringsfasen og behandlingsfasen og ikke oveni have økonomiske problemer. Det vil økonomisk kunne spare samfundet for en del penge, idet det offentlige vil have et incitament til hurtigt at tilbyde den skizofreniramte et revalideringsforløb et flexjob eller førtidspension eller et almindeligt arbejde. I afklaringsperioden bør den Skizofreniramte ifølge § 103 ordningen i Serviceloven tilbydes beskyttet beskæftigelse.

- 2) Der bør aldrig kunne trækkes penge fra en skizofreniramtes overførselsindkomst.

Begrundelse: Hvis den Skizofreniramte udebliver fra en samtale bør sagsbehandleren kontakte personen/behandleren i psykiatrien og undersøge, om der er tilbagefald og brug for hjælp.

## **Mål i forbindelse med adgang til arbejdsmarkedet**

- 3) Jobcentrenes arbejdsindsats bliver specialiseret overfor de skizofreniramte.

Begrundelse: Hvis enkelte sagsbehandlere på Jobcentrene har et specielt kendskab til skizofreni vil de bedre kunne forstå og respektere de reaktionsmønstre, der ofte er karakteristisk for skizofreniramte.

Alle jobcentre skal nu have en sådan ordning for handikappede. Måske kunne en tilsvarende ordning udarbejdes for skizofreniramte. Morfeus eksemplet fra Århus undersøges og det drøftes som model for hvordan lignende ordninger kan gennemføres andre steder.

- 4) Jobcentre i kommunerne skal samarbejde med den behandlende psykiatri.

Begrundelse: Et tæt samarbejde vil skabe den bedste vej til arbejdsmarkedet, og en respekt for psykiatriens indstillinger vil fremme mulighederne herfor.

## 5) At speciallægeerklæringerne følges når det gælder skizofreniramte.

Begrundelse: Kommunerne giver massevis af penge til specialerklæringer, som gang på gang bliver underkendt. Det er ikke rimeligt, at man beder om eksperternes råd, men ikke handler efter dem. Derfor bør kommunerne følge speciallægenes henstillinger.

## 6) Møder mellem skizofreniramte og Jobcentre skal kunne finde sted i Opus eller Distriktpsychiatrien.

Begrundelse: Dette vil skabe en tryghed for den skizofreniramte, hvor Jobcentrene ofte er et travlt og for uroligt sted for en Skizofreniramt. Det er vigtigt at den Skizofreniramte er i vante rammer.

## 7) Mere oplysning om mulighederne for beskæftigelse for skizofreniramte førtidspensionister.

Begrundelse: Ifølge Serviceloven §103 skal kommunalbestyrelsen tilbyde beskyttet beskæftigelse til skizofreniramte førtidspensionister. Dette er et godt tilbud til Skizofreniramte som føler sig ensomme og isolerede og bør derfor bruges i større udstrækning.