

# Skizofreniforeningen, Høringsrapport Høring 28. april 2017 i Folketinget

## Ønsker og drømme

## Input til en ny psykiatriplan

### Indholdsfortegnelse

• <b>Velkomst</b>	<b>s.2</b>
Eyvind Vesselbo, Yildiz Akdogan, Holger Steinrud	
• <b>Forebyggelse og tidlig indsats</b>	s.4
Poul Nyrup	
Lidija Kolouh-Söderlund	s.6
• <b>Hvordan forbedrer vi rettigheder, muligheder og indsats for pårørende til skizofreniramte og andre psykisk syge?</b>	
Özlem Cekic	s.9
Birgit Elgaard	s.10
• <b>Hvad er idealpsykiatriløbet for skizofreniramte og andre psykisk syge?</b>	
Kristian Bennedsen	s.11
Karin Garde	s.13
• <b>Når velfærdsreformer og arbejdsmarkedsreformer vendes mod de syge.</b>	
Dennis Kristensen	s.15
Iben Nørup	s.18
<b>Spørgsmål og kommentarer</b>	<b>s. 22</b>
<b>Resume</b>	<b>s. 23</b>
<b>Konklusion</b>	<b>s. 28</b>

## Bilag

- Lidija Kolouh-Söderlund
- Kristian Bennedsen
- Karin Garde
- Dennis Kristensen
- Iben Nørup

## Velkomst, Eyvind Vesselbo, Yildiz Akdogan, Holger Steinrud

### Yildiz Akdogan

Velkomst. Yildiz takker Skizofreniforeningen for initiativet og tak til SIND og Bedre Psykiatri for deltagelse. Tak til deltagerne.

Jeg bliver klogere på området hver dag og **forarget på de psykisk syges vegne** hver dag.

Selvom vi er gået i gang, er det ikke nok. Det er et område, der har været svigtet i mange år. Der er afsat 2.2 milliarder, men det ikke nok. Vi skal have et retvisende billede af, hvad pengene skal gå til.

Der er silotænkning og ikke sammenhæng. Det skal være sådan, at når den ene hånd svigter, skal den anden kunne tage over, det er min ambition. Problemet er det stigende antal af unge, der bliver psykisk syge. Det er vigtig for de unge, de pårørende og samfundet at tage fat om dem nu.

Vi skal bruge denne konference som et springbræt til at tage fat i, hvordan vi fremover kan gøre noget.

### Eyvind Vesselbo

Udgangspunktet er en kort præcis konference.

Alle siger, vi skal have nogle flere penge, og der er ikke tvivl om, at dette område mangler penge.

Der bliver sat penge af, og det ser godt ud. Men det jeg har **konstateret gang på gang er, at pengene ikke bliver brugt på rette sted**. Jeg har gået ind i statsregnskabet og kan se, at pengene nogle gange bliver brugt og andre gange overflyttet til fremtidige budgetter, men indimellem er pengene forsvundet. Samlet kunne der være brugt 300 millioner kroner mere, hvis man skulle forholde sig til, hvad der er blevet afsat. Det kunne nok have gavnet en del mennesker og hjulpet på området.

**Der er ingen, der kan forklarer, hvor de 2.2 milliarder, der i sin tid er blevet afsat på budgettet, er blevet af.**

Det er ikke nok at sætte pengene af, de skal også bruges på de områder, de bliver afsat til.

## Holger Steinrud

Tak til Yildiz Akdogan for værtskabet.

**Skizofreniforeningen** er en relativ ny spiller i universet af patient/pårørende foreninger. Vores erfaring med rådgivning, bisidderopgaver, oplysning og aktiviteter for patienter og pårørende er udgangspunktet for denne Høring. Vi er glade for at kunne afholde den i et samarbejde med Bedre Psykiatri og SIND.

**Vi vil pege på, at de svageste ikke klarer sig i det nuværende system.** Konklusionen for os er, at der er behov for mere medmenneskelig interesse. Omsorg og empati. Flere varme hænder, åbne lyttende personer og partnere. som kan hjælpe til at bryde isolationen for de syge og lede frem til en tilværelse med et meningsfyldt indhold.

Vi ser alt for mange eksempler på Svingdørpsykiatri, Fredagspsykiatri, patienter som uden sygdoms erkendelse ikke passer behandlingen. **Alt for mange falder igennem de løse masker i nettet - også i den ambulante behandling.**

De svageste kolliderer også med tiltag i recoveryfasen som bolig og botilbud og ikke mindst jobcentret, som ikke er gearret til at tackle den sårbarhed og usikkerhed, som disse personer møder med.

I virkeligheden kan de uheldige forløb eller "worst case" illustreres med denne lille vittighed, som viser patientforeningens holdning og omsorg for patienter:

En mor stiger op i bussen med sit spædbarn på armen. Chaufføren ser på dem og udbryder "Måge til grim unge har jeg aldrig set! Nå, I får alligevel lov til at komme med". Moderen bliver rasende og henvender sig til en af medpassagererne med sin oplevelse, og han siger blot : "Jeg har nu heller aldrig set så hæslig en unge".

Moderen fortsætter endnu mere ophidset, og en nysgerrig spørger "Er der noget jeg kan hjælpe med? " Da han har hørt moderens forklaring, udbryder han: " Stik dem et par på kassen så skal jeg holde aben så længe!!"

Jeg vil nu give ordet til Eyvind Vesselbo, som vil føre os frelst gennem dagen.

## Hvad kan vi gøre for at bedre forebyggelse og tidlig indsats?

### Poul Nyrup

Tak for invitation. Jeg skal holde mig til overskriften på mit oplæg.

**Lad mig starte med at konstatere, det går den forkerte vej,** flere unge bliver ramt af angst, depression og forsøger selvmord, og stadig flere får diagnoser. Det har konsekvenser for de unge, for pårørende og for samfundet.

10 % af en ungdomsårgang får aldrig et arbejde. I et livsforløb koster det i nærheden af 105 milliarder kroner.

En stor del af de unge mellem 25-29 år er helt uden for job og uddannelse i næsten 2 år. Det koster omkring 15 milliarder kroner om året.

30% af de unge, der er i kontakt med behandlingspsykiatrien, vender tilbage til behandling i løbet af en måned. I 2014 var der 29.000 unge under 18 år i behandlingspsykiatrien, heraf 41% ny-indlæggelser.

Det særlige ved skizofreni er, at det er den største diagnoseklasse indenfor psykiatriske lidelser, men også den gruppe, hvor vi putter mennesker i, når vi ikke ved, hvad det er, der er galt.

**Det koster meget, at vi ikke ved, hvordan de skal behandles korrekt.**

32% af alle indlæggelser på psykiatriskafdeling har diagnosen skizofreni. De fleste besøg på psykiatriske skadestuer vedrører skizofreni, over 30%.

**Vi må genoverveje, om vi gør det rigtige.** Hvad gør vi nu?

Sammenhængen i livsforløb spiller en stor rolle for alle. En forbyggende og tidlig indsats kan vende udviklingen, og mindske risici for, at det sætter sig. Det er ikke uovervindeligt, selvom man får diagnosen skizofreni tidligt.

**Kunsten er ikke at leve med skizofreni, kunsten er at undgå, at det kommer så vidt.**

Undersøgelser viser, at 42% af sygdomstilfældene kan undgås, hvis vi tager fat i de helt tidlige år.

Vi ved:

- At indenfor psykiatriske lidelser starter halvdelen af alle tilfælde før 14 års alderen, og 75% inden de syge er fyldt 24 år.

- **At utrolig mange befinder sig i gråzonen, du er ikke syg nok til at blive behandlet, men heller ikke rask nok til at gennemføre en uddannelse.** I denne gråzonen befinder sig omkring 80-90 tusinde unge mennesker.

Systemet venter på, at de bliver syge nok, så de kan komme i behandling. Velfærdsstaten er ikke finmasket nok til at få fat i alle, som det er nu, men det er vigtigt at sætte ind, før de bliver rigtig syge, og lukke hullerne i vores system.

### **Opgaven er at lukke hullerne.**

Der er påvist 5-7 huller mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i en undersøgelse foretaget af den tidligere regering.

Det vi kan gøre er:

- Vi kan forbygge og sikre, at de med sygdommen kan leve og leve bedre med sygdommen, og at mennesker med skizofreni kan leve bedre også på bo- og væresteder med den rette behandling.

- Af dem der får en diagnose, kan 60 % komme sig helt eller delvist. 25 % kommer sig helt.

Der er en ond cirkel, hvor patienter der udskrives for tidligt fra psykiatrisk behandling og derefter ikke har nogen i systemet, der kan tage sig af dem på den rigtige og nære måde, og med de mange tilbagefald kan lede direkte til retspsykiatriske system.

FOA og Det Sociale Netværk - Headspace, har et samarbejde, som bygger på at adgangen til arbejde bliver simple for psykisk sårbare.

Vi ved fra Merete Nordentofts projekt OPUS, **at hvis vi kan skaffe tilstrækkelig meget tid og intensiv terapeutisk behandling og omsorg, forøger vi chancerne markant for at forbedre forholdene og livsvilkårene.**

Det Sociale Netværk - **Headspace er et rådgivende center for unge, og det er en anden måde at hjælpe ved meget tidlig indsats, som bygger på et stort antal samfundsfrivillige.** Headspace har på 3 år hjulpet 22.000 unge og gennemført mere 45.000 konsultative samtaler.

Vi ved at 20 % af dem, der bliver syge, har mentale trivsels problemer og derfor skal vi sætte tidligt ind.

Den måde vi gør det på i Headspace er, at man kan smutte ind, uden at skulle opgive navn, CPR-nr., oplysningerne kommer ikke i det offentlig system, de unge behøver ikke være bange for, at det kommer til deres forældre eller venner. Vi er der, hvor de unge er. Det de kommer med er dagligdagsproblemer. Mange af de unge mangler nogen at snakke med.

**Den holistiske tilgang, den hele tilgang, er den der virker.**

Man skal være ret stærk for at blive syg, uden håb går det ikke, uden kærlighed går det slet ikke. Psykiske lidelser er anderledes end somatiske lidelser.

Det er en stor befrielse at vide, hvad man skal gøre, men det forpligter.

**Jeg siger altid: At være noget er at gøre noget.**

Og husk, hvis man har en diagnose, er diagnosen ikke dig, det er som en overfrakke man kan tage af, eller nogle gange kun til dels krænge af, men vi ved godt, det ikke er dig.

## Hvad kan vi gøre for bedre forebyggelse og tidlig indsats?

### Lidija Kolouh-Söderlund

#### **Der er brug for en generel særskilt og fleksibel indsats**

Alle børn og unge er en stor ressource. Vi har aldrig haft så veluddannede og kompetente unge i Norden, som vi har i dag. Samtidig har vi flere og flere unge, der oplyser, at de har psykiske problemer, samt unge, der på grund af forskellige faktorer risikerer at ende i sårbare situationer. Nogle unge er særligt udsatte og kan møde fordomme.

Vi skal blive bedre til at opdage psykiske problemer hos drenge. I dag oplyser piger i større udstrækning end drenge, at de har det dårligt, men mange drenge udtrykker deres psykiske sundhed ved at ende i vold, misbrug og anden udad-reagerende adfærd.

**De voksende psykiske problemer blandt unge udgør en af de største udfordringer for folkesundheden, som vores nordiske samfund står overfor.** I arbejdet med denne gruppe er det vigtigt, at vi har en indbygget fleksibilitet og kompetence indenfor velfærdssektoren, så vi hurtigt kan afgøre, hvem der har et behov, og hvilken type støtte de har brug for, samt vejlede rigtigt og følge op.

Nogle unge har behov for en mere omfattende indsats samt en langsigtet opfølgning, og andre har behov for adgang til de rigtige netværk eller en mindre ressourcekrævende og kort indsats.

#### **Anbefalinger ud fra praksis og forskning**

##### **NEET**

Mellem 6 og 12 procent af unge i aldersgruppen 16-24 år i Norden risikerer et langvarigt udenforskab. Denne heterogene gruppe kaldes i EU-sammenhæng for NEET (Not in Education, Employment or Training).

Unge, der havner i NEET-statistikken, har en sammensat problematik. Det kan handle om afbrudt gymnasieuddannelse, neuropsykiatriske funktionsnedsættelser, læse- og skrivevanskeligheder, depressioner, misbrug, problematiske og destruktive forhold i hjemmet og meget andet.

I Danmark samarbejder den offentlige sektor og civilsamfund i den hybride virksomhed Headspace, der drives af foreningen Det Sociale Netværk. I Headspace samarbejder

frivillige med socionomer og psykologer. Unge mellem 12-25 år får tilbudt gratis og anonym rådgivning. Ingen problemer er for store eller små. Her er der ikke langt til hjælpen – der kræves ingen diagnose. Ventetid eksisterer ikke. Mødet med frivillige, der engagerer sig reelt, åbner op for en jævnbyrdig relation. Headspace tilbyder et lyttende øre og vejleder og sluser videre til andre instanser efter behov.

### **Tværasektionelt samarbejde**

Beslutningstagerne bør skabe finansielle og organisatoriske langsigtede forudsætninger for tværasektionelt samarbejde om unge med psykiske problemer samt udvikle yderligere retningslinjer for, hvem der har det yderste samordnende ansvar for, at samarbejdet fungerer.

### **Tidlige og let tilgængelige indsatser**

**Staten, regioner og kommuner har det overordnede ansvar for unges psykiske sundhed, men civilsamfundet kan bidrage med meget gode supplerende indsatser.**

Beslutningstagere bør skabe finansielle forudsætninger for, at det civile samfund kan arbejde med unge, der har det dårligt og har behov for let tilgængelige indsatser.

### **Styrk og udbyg frontlinjevirkosomhed**

Giv støtte, så flere virksomheder, f.eks. skoler, socialtjeneste og sundheds- og sygehusvæsenet kan få en frontlinjefunktion. Frontlinjen stræber efter at udvikle modeller til, at børn og unge med en form for problemer hurtigt kan få den rigtige hjælp. I frontlinjeopgaver indgår at identificere forskellige former for problematikker, foretage enklere udredninger og give støtte ved mildere former for problemer og tilstande. Her bør ansvarlige særligt kigge på tilgængelighed til frontlinjen i mindre byer.

### **Invester i sundhedsfremmende indsatser i folkeskolen og gymnasiet**

Alle folkeskoler og gymnasier skal have forudsætninger for at **have en åben og udvidet tilgængelighed skolesundhed. Inklusiv tid, ressourcer og viden i folkeskoler og gymnasier om, hvordan børn og unge kan fremme deres psykiske sundhed.**

**Skolerne skal også have tid og ressourcer til at kunne udvikle og bibeholde et veletableret synkroniseret samarbejde med sundhedssektoren, socialsektoren og civilsamfundet.**

### **Hvad siger de unge?**

#### **Se os og lyt!**

Det at blive lyttet til og behandlet med respekt er noget så grundlæggende, at mange af os tager det for givet. For de unge mennesker, der blev interviewet i projektet, er det imidlertid ikke nogen selvfølge. Daglige samtaler præget af respekt for hinanden er en virksomhedsfuld ingrediens i aktiviteterne. Et af de vigtigste aspekter i samarbejdet med unge er det gode møde. **Hvis professionelle og andre praktikere, der møder unge, ikke møder de unge med respekt – opstår der ingen tillid – og så er der ikke plads til udvikling.**

#### **Hjælp os med at finde en retning**

For de allerfleste af de unge, vi mødte og interviewede, er drømmen, at kunne forsørge sig selv i fremtiden. De allerfleste unge er optaget af drømmen om at have et arbejde at tage til i fremtiden. **Alle er gode til noget, vi skal hjælpe de unge med at finde deres styrker og tro på deres evner.** Fokus på styrker er en måde at optræde på, der fører til gode resultater.

#### **Hjælp os med at få succes**

Følelsen af ikke at du til noget kan være ødelæggende. Mange af de unge, vi mødte i løbet af projektet, deler følelsen af ikke at passe ind ikke at være gode nok. Gang på gang

har de fået bevis på, at de ikke passer ind – om det er i skolen eller i arbejdslivet. Efter adskillige mislykkede forsøg, er **det en lettelse at kunne findes i en sammenhæng, hvor kravene er rimelige, og hvor menneskerne omkring dem vil dem det godt og tror på dem.**

#### **Hvilke rettigheder og forpligtelser har vi?**

Mange unge vidner om, at velfærdsstatens bureaukrati kan være som en svært gennemtrængelig jungle. Som at være "på jagt" efter at få hjælp. Mange, som har behov for velfærdsstatens tjenester, oplever det som næsten umuligt at komme igennem vildnæsset af komplicerede regler.

#### **Vi vil være en del i en sammenhæng**

**Ensomhed er tæt forbundet med psykiske problemer, og hvis man har levet med eksempelvis angst eller depression i lang tid, indebærer det ofte, at de sociale kontakter med venner og familie går i stykker.** Det er ikke sjældent, at deltagelse i forskellige aktiviteter har betydet, at isolering udskiftes med socialt fællesskab.

#### **Mød os med respekt, og giv os en tryk base**

Tillidsfulde relationer eller i det mindste kontakter præget af respekt er et nødvendigt vilkår. **Mange unge sårbare har negative erfaringer fra trykhedssystemet med sig, og derfor er det gode møde afgørende. At disse erfaringer tages alvorligt, er centralt for, at der kan skabes den vigtigste tillidsplatform.**



## Hvordan forbedrer vi rettigheder, muligheder og indsats for pårørende til skizofreniramte og andre psykisk syge?

### Özlem Cekic

Jeg er æresmedlem for Skizofreniforeningen. Dette er hjerteblod for mig. Jeg har næsten 30 års erfaring fra området. Man bliver dygtig, når man gang på gang oplever det personligt og arbejder med det.

Det første jeg fik at vide, da jeg kom i folketinget var, "der er ikke så mange stemmer i det område, måske skulle du koncentrere dig om nogle andre ting også".

Jeg tror oprigtigt på, at mennesker kan komme sig. Jeg tror, at hvis man giver den rigtige behandling og hjælper folk i tide, hjælper dem med mange forskellige slags behandling, - og hjælper de pårørende -, så kan patienterne komme sig. Det kræver mod, et politisk mod til at have visioner for, hvad der skal gøres. Det er der desværre ikke i dag, der er en generel fornemmelse af håbløshed.

Derfor vil jeg komme med bud på, hvad der kan gøres.

Jeg vil give eksempel på, hvordan det er at være pårørende.

Det sværeste er at få den hjælp, som det kræver som pårørende. Når man som pårørende til psykisk syge vil hjælpe, kan man opleve at blive afvist, man har ikke ret til at få informationer om den syge, fordi systemet dækker sig bag tavshedspligten, og det selvom det viser sig, at når de pårørende er inddraget, er der mindre sandsynlighed for, at den syge bliver genindlagt, tvangsindlagt og tvangsbehandlet.

**Når man som pårørende mærker, der er noget galt, skal man kunne ringe et sted hen. Det er vigtigt at der er et sted og en dør, man går ind af, så svært er det ikke at indrette. Og den dør skal være åben 24 timer, der skal være en tilgængelighed, man skal kunne komme ind og få behandling med det samme.**

Noget andet er, at vi følger op på tiltag der bliver taget i forhold til børn som pårørende. De kommer ikke på besøg på psykiatriske afdelinger, man forventer ikke børnene kommer i kontakt med dette område, men børn er også pårørende til psykisk syge og ved godt, hvad der foregår.

I Norge bruger man et team til at tage sig af de psykiske syge. Man undersøger, hvem der er, man går ind og ser på, om der er børn, om der er nogle, der kan hjælpe børnene, eller om der nogen børn, der skal have hjælp udefra.

Vi skal hjælpe patienter i tide, bruge tværfaglig tilgang, og have høj faglighed. **Høj faglighed betyder lidt brug af tvang, man kan ikke isoleret tale om sikkerhed uden at tale høj faglighed.**

Det har ofte været sådan, at psykisk syge og kriminelle og farlige personer har været sidestillet. Vi skal huske, at psykisk syge ikke er kriminelle og farlige, og har krav på en ordentlig behandling af deres sygdom, for ikke at havne der i retspsykiatrien.

Det kræver ikke kun finansiering. Kulturen skal laves om. Hvis man ikke forandre kulturen, er det ikke nok kun at nøjes med at beslutte og finansiere. Kulturændringer er tankegangen om, at der skal være pleje i gennem hele behandlingsforløbet.

I Triest i Norditalien er det sådan, at det er lægens ansvar, at patienterne forstår, at de skal tage deres medicin. I Triest har patienterne ret til tre ting, bolig, arbejde og man har fuld ret til sine menneskerettigheder. Man underviser pårørende, politiet og civilsamfundet for at skabe plads og tolerance.

Vi skal være åben for at lære noget af andre og andres metoder. Det kan betale sig at kæmpe for ændringer, modet kan ingen tage fra os.

## **Hvordan forbedrer vi rettigheder, muligheder og indsats for pårørende til skizofreniramte og andre psykisk syge?**

### **Birgit Elgaard**

Jeg synes det er rart, at Bedre psykiatri, Sind, og Skizofreniforeningen er gået sammen, om dette meget vigtige emne. Jeg er tidligere forbundsformand i BUPL og har erfaring som afdelingsledende chef indenfor handicap og psykiatri.

Jeg er fra Ålborg, min mor var psykisk syg, det vidste jeg ikke som barn, der troede jeg det var sådan for alle andre. Min mor der ikke turde tage en saks op fra bordet for ikke at gøre skade på andre, det fortalte hun til lægen, men fik ikke hjælp.

I dag er jeg landsformand for Bedre Psykiatri og jeg skal sige noget om pårørende og de vilkår, de har.

Vi har 63 lokalforeninger.

De pårørende er omgivet af en ensomhedsaura. Efter de har været her lidt i vores organisation, begynder de at slappe af, de bliver mødt med forståelse og nogen der har fælles oplevelser.

I Bedre Psykiatri taler vi om pårørende som en ressource. De har viden. **Ved at inddrage pårørende kan man reducere genindlæggelser, tilbagefald og øge patientens samarbejdsvilje.** Det er en god investering for samfundet. Det vil give en økonomisk gevinst for samfundet på en 1,5 milliarder.

Pårørende er vitale for den syge kan komme sig. For den psykiske syge er det vigtigt at bevare sit netværk. Det er selvfølgelig for alle syge mennesker.

37% af den danske befolkning ser sig selv som pårørende til en psykisk syg, dvs. 1.6 million mennesker og det koster på det sociale, økonomiske, arbejdsmæssige og fysiske område.

Ved siden af den psykiske syge stå begyndelsen til den næste depression, det er dyrt for samfundet i tabt arbejdsfortjeneste. Vi ved at det kan være et tungt og belastende ansvar at være pårørende til psykisk syge. Yderligere kommer man økonomiske redningsaktioner for patienten.

Vi har efterlyst hvor de 2,2 milliarder er blevet af, dem i vores forening, har ikke mærket en forbedring. De pårørende giver udtryk for at behandlingssystemet og socialpsykiatrien bliver mere belastet på grund af øget patient tilgang.

I social og behandlings psykiatrien er de tilskuer til mangelfuld behandling.

Arbejdskulturen forandre sig, der bør sættes fokus på de pædagogiske værdier. Der bør gives tid og plads til personalet bevarer deres menneskesyn.

5 bud på hvad der kan gøres:

**Systematisk og obligatorisk inddragelse af pårørende.**

**Ensartet tilgang til de pårørendes inddragelse over hele landet.**

**De pårørende skal have bedre muligheder for psykolog hjælp.**

**Modernisere tavshedspligten - minimums rettigheder for pårørende.**

**Pårørende dage, for at undgå belastning af de pårørendes arbejdssituation.**

## Hvad er idealpsykiatriløbet for skizofreniramte og andre psykisk syge?

### Kristian Bennedsen

Jeg er selv pårørende. Jeg oplevede at det psykiatriske system var eksisterede på et andet plan end jeg troet.

Recovery

- At komme sig - skabe håb

- Systemet skal tage udgangspunkt i, at man skal kunne komme sig.

- Man må inddrage dem der står omkring.

**Behandlings psykiatrien opleves:**

- **Udredning vanskelig og langvarig**
- **Indlæggelser og genindlæggelser for tilfældige og korte**
- **Behandlingen overvejende biologisk**
- **Terapi mangler**
- **Kognitive metoder til at leve med Skizofrenien**
- **Manglende specialisering**
- **Meget lidt inddragelse af netværk**
- **Manglende koordination og plan for udskrivning og behandlingen**
- **Uddannelse i recovery og åben dialog**

Det er sådan at mange oplever behandlingssystemet i dag. Behandling er vanskelig og den er langvarig. Forebyggelse bliver aldrig til noget før behandling tages alvorligt af politikerne.

Der er for langt til afdelingerne og psykiatriske skadestuer.

Og der lægges fortrinsvis vægt på medicinering, men det vil mange patienter ikke.

Terapien mangler også., men kognitiv behandling kan også være vejen til at komme videre, recovery er også at lære at leve med sin sygdom.

Der mangler specialisering fordi en psykiatrisk afdeling indeholder patienter med mange forskellige diagnoser.

Der sker gode ting rundt omkring.

Opus har været gode til at inddrage pårørende. Den nye psykiatri åbner op for der ved pårørende samtaler kan man få noget skriftlig materiale om, hvordan samarbejdet skal foregå. Det er svært at få øje på hvad planen er, man skal kende processen i forløbet.

Man mangler en plan, så man ved der sker, hvad kommer efter og selvom man går tilbage i behandling kan man se en plan. Det vil være rart med en plan, hvor man ved man går fra a til b til c, nogle gange sker der tilbagefald så man går tilbage igen.

Når bliver udskrevet fra hospitalet har man brug for en plan for hvordan man skal komme sig.

- At komme sig er at få fodfæste socialt
- Bo støtte i det omfang det er nødvendigt
- Støtte til sociale kontakter
- Give værktøjer til at leve med skizofreni
- Peernet og recovery orienteret
- Botilbud og brugerstyrede senge

Ved overgangen fra hospital til social psykiatri bliver folk nogen gange væk, men kommer igen. Man skal sørge for, at patienter får bygget nogle relationer og et liv op som de kan overskue. Patienterne bliver bange for det ansvar de skal stå med, når de eksempelvis bliver udskrevet.

Den måde vi tænker på gør det svært at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Arbejdsmarked og forsørgelse:

- Rummelighed
- Faglighed og viden
- Tid
- Ordentligt forsørgelsesgrundlag
- Støtte til uddannelse
- Øvebaner

I gamle dage hed det socialpolitik i dag hedder det velfærdspolitik. Jeg ved ikke hvor meget velfærd der er i at presse de syge, til at komme på arbejdsmarkedet, i stedet for der er en viden om de syge og forståelse for hvad der sker for dem.

**I Socialministeriet behandler man ikke psykisk sygdom som et handicap.** Det synes jeg, der bør gøres noget ved.

**Hvad kan vi gøre:**

- **Behandling**
- **Udredning og netværksinddragelse**
- **Behandling medicinsk – terapeutisk – socialt**
- **En case manager**
- **Socialpsykiatri**
- **Ordenligt bo og leveforhold – afklaring af forsørgelse**
- **Forsat fokus på recovery**
- **Terapi og kognitiv træning**
- **Peer støtte**
- **Rehabilitering**

- Hurtigt tilbud om beskæftigelse og / eller uddannelse
- Øvebaner og tålmodighed – ting tager tid
- Viden uddannelse og faglighed hos personalet

## Hvad er idealforløbet for skizofreniramte? Og hvordan afhjælper vi mangler i det nuværende behandlingssystem?

### Overlæge Karin Garde

Jeg vil koncentrere mig om de sygeste psykisk syge med min baggrund som overlæge på Sct. Hans hospital gennem mange år.

Forhistorien for den nuværende behandling var asylet, som indebar beskyttelse, men også passivisering i den tids autoritære forhold. Der var respekt for forskelligheden og dermed også forskel i behov.

**De gode år i slutningen af 1900 tallet medførte virksom medicin, og velfærdsstatens fødsel faldt på et tørt sted for de ofte meget langvarigt indlagte patienter.** Der kom bedre pensionsmuligheder, bedre patientrettigheder, pårørendeindflydelse, revalideringstiltag, tværfaglighed, oprør mod det autoritære, som bl.a. kom til udtryk i **de miljøterapeutiske afdelinger, ”værkstederne”, hvor folk kunne tilegne sig færdigheder og kreativitet og udbygning af mulighederne** for at komme ud af hospitalet i mere eller mindre beskyttede forhold.

**De sidste årtier har været præget af ideologien om ambulans behandling som det bærende princip og systematisk nedlæggelse af pladser med langtidsfunktion,** dels som reaktion mod det gamle asyl, dels af kortsynede økonomiske interesser. Regeringens egne rapporter om sammenhængen ml. kriminalitet og psykisk sygdom 2006 og 2008 fremhæver vigtigheden af bibeholdelsen af langtidspladser til de sygeste. **Det kommenteres lakonisk i Sundhedsstyrelsens rapport: Dette er der dog ikke mulighed for med den nuværende organisation af psykiatrien.** Det havde gjort godt med en eftersætning: Det vil få svære konsekvenser at nægte de sværest syge adgang til tilstrækkelig behandling.

Man må sige med Finn Skaarderud: **At benægte døgntilbuddets selvfølgeplads er at overvurdere folkesundheden voldsomt.**

Diagnoseekspansionen blandt ikke-psykotiske lidelser bidrager til presset på økonomien og stiller store krav til prioriteringen.

**Ofrene for ideologien er de sværest syge mænd. Forklaringer:** De har alle dage udgjort det store flertal på langtidsafdelinger og bosteder - har kort sagt brug for beskyttelsen og er ikke så gode som kvinderne til at tage imod ambulante tilbud..

**Konsekvenserne: Massiv stigning i kriminalitet, misbrug, forråelse af klimaet på bostederne, genindlæggelser, tvangsindlæggelser, selvmord, hjemløshed. Konsekvenser for engagerede og erfarne læger og plejepersonale: Flugt, massiv lægemangel i den tunge psykiatri.**

Min kronik i UFL november 2016: **Skal lægerne i psykiatrien vænne sig til kynisme?** Næste generation af læger: Skal de også vænne sig til kynisme? Det korte svar er: Nej **Forklaringer på hvorfor er det gået så galt: Sygdommes hierarki, somatisk/psykiatrisk - fordomme om psykisk syge som farlige og sygdommene som selvforskyldte. Der er et hierarki indenfor de psykiatriske diagnoser, som også er kommet til udtryk på denne konference. Depression, angst og børns og unges sygdomme står øverst. Allernederst: De retslige patienter. Lederen af Vdenscenter for retspsykiatri, Jette Møllerhøj citerede i kronik i Altinget april 2017 følgende udsagn fra regionerne: **De retslige patienter er gøgeunger, der fortrænger de "rigtige" patienter!! Eksklusion, yderligere stigmatisering af den lavest rangerende gruppe, som ingen, selv regionerne, ikke vil vide af, til trods for at de retslige patienter selv er ofre for vanrøgtten, som regionerne er ansvarlige for.** Man skulle tro, vi lever i et civiliseret land præget af kristen etik: Den samaritanske pligt. Er nogen syg tager vi os af ham. Det gælder ikke de sygeste psykisk syge. Vi er tilbage ved begrebet: Værdigt trængende – ikke værdigt trængende.**

Jeg er så gammel, at **jeg husker "fortyndingsprincippet"- de retslige patienter var på de afdelinger, der imødekom deres behov, og den retslige status var en detalje. Der er ingen dokumentation for, at de retslige patienter skulle profitere af at være på særlige afdelinger.**

Strukturelt betinget ulighed, det juridiske aspekt. Kirsten Ketscher, professor i socialret på KU: Antidiskriminationslovgivningen rækker vidt, idet den omfatter regler og beslutninger, som formelt set er neutrale, men som rammer en bestemt gruppe hyppigere. Her er der tale om et system, der indebærer kønsdiskrimination, utilsigtet, men som udelukker de sygeste mænd fra tilstrækkelig behandling. Dette forhold kan bære en indbringelse for ligebehandlingsnævnet, og jeg finder det vigtigt at få nævnets syn på denne sag.

Fremtiden: Kan vi lære af to kuldsejlede projekter:

En stort anlagt undersøgelse, Change, som omhandlede et tiltrængt forsøg på ændring af levevaner hos svært psykisk syge. Hvilket viste sig ikke at have effekt i forhold til kontrolgruppen., Dette omtales ikke i Psykiatrifondens bog om projektet, ligesom undersøgelsen og hovedforfatteren ikke er citeret. Skal noget sådant lykkes, skal det foregå i en sammenhæng og et fællesskab, hvilket ville indebære mulighed for rehabilitering under indlæggelse.

Det andet projekt: Loven om de særlige bosteder, som skulle tage toppen af isbjergene af vanrøgt af svært psykisk syge, blev vedtaget uden hensyn til de utallige faglige indvendinger mod en sådan lappeløsning. Hvad der skal til er selvfølgelig: Plads nok, personale nok, psykiatrisk faglighed nok og lydhørhed hos de besluttende organer overfor argumenter fra folk på gulvet..

**Det helt elementære: Hvad er godt for syge som raske: At være del af et fællesskab, the need to be needed, ro, naturskønhed, mulighed for kreativitet, venlighed og engagement.**

Genåbningen af haveterapien på Sct. Hans Hospital imødekommer dette behov, ganske vist for et mindre antal patienter. Men det er dog en begyndelse.

Og helt konkret: Plads nok, tid nok, ro nok, erfarent, stabilt personale, hvis man mener alvorligt, at tvangen skal nedbringes.

**Fremtiden: Afvisning fra indlæggelse må ikke finde sted, for tidlig udskrivelse ej heller, og er der plads nok, er det muligt at bruge antipsykotisk medicin på en langt mere nuanceret måde, som professor Birte Glenthøjs forskning viser: Tilstrækkelig observation, langsom optrapning til mindst mulige dosis af bedst egnede middel, så at sige skræddersyet behandling, hvilket kunne bedre compliance, At udnytte den tværfaglige ekspertise og sikre, at patienten kommer i omgivelser, der tilgodeser både beskyttelse og udvikling, dvs. det bedste af asylet:**

**Beskyttelsen, og** det bedste af de nyere tider: Udviklingen.

Kan de ansvarlige ikke mobilisere medfølelse med de mange mennesker som lider under de nuværende vilkår, **kunne man forholde sig til det faktum, at det er bogstaveligt livsfarligt at lade det være, som det er, tillige er det vanvittigt dyrt.**

## **Når velfærdsreformer og arbejdsmarkedsreformer vendes mod de syge, og det ikke hjælper – hvad gør vi så?**

### **Dennis Kristensen**

Altovervejende fokus på velfærdsreformer og arbejdsmarkedsreformer:

Det skal kunne betale sig at arbejde.

Udbuddet af arbejdskraft skal øges.

#### **Uligheden er massiv**

- Overdødeligheden er uhyggelig  
Mennesker med psykiske sygdommer har i gennemsnit 20-25 færre leveår  
Livsstilssygdomme
- Dårlig behandling i somatiske sundhedsvæsen  
Selve den psykiske lidelse
- Psykiatrien er økonomisk underprioriteret  
Alt for mange på overførselsindkomster  
Psykisk syge parkeres for ofte
- Vi er for dårlige til at åbne arbejdsmarkedet  
Syge, Svage og udsatte har svært ved at få fodfæste
- Ensomhed  
Psykiske lidelser kan føre til social isolation

#### **Reformernes nye dagsorden**

- De nye mantra  
Det skal kunne betale sig at arbejde  
Øgning af Udbuddet af arbejdskraft skaber flere jobs
- Velfærdens værktøjskasse ændres  
Fra solidaritet og fællesskabsløsninger  
Til adfærdsregulering med økonomisk pisk og gulerod
- Legitimerer beskæring af Offentlige ydelser skæres ned i størrelse og varighed

Dermed ændres velfærdssamfundets grundpræmis fra at bygge på kerneværdier som solidaritet og fællesskab til økonomiske incitamenter. Dermed bliver det legitimt at øge forskellen mellem overførselsindkomster og lavtlønsjob ved at nedsætte de offentlige ydelser og nedbringe varigheden af ydelsen (fx kontanthjælpsloft, sygedagpengereform).

### **De nye mantra holder ikke**

- Mennesker, der får muligheden, arbejder også når det "ikke kan betale sig"
- Arbejdsløshedskø udløser ikke nye jobs
- Det holder slet ikke for psykisk syge  
Forudsætningen om at handle rationelt og reagere på pisk og gulerod rammer ved siden af  
De fleste har langt mere kompliceret årsag til at være på overførselsindkomst end at det "ikke kan betale sig at arbejde"

Mennesker tillægges rationelle handle-mønstre (at reagere på økonomiske incitamenter), og hjælpen og reformerne lægges an på det kriterie. Men **de fleste har en langt mere kompliceret årsag til at være på overførselsindkomst, end at det ikke kan betale sig at arbejde. De reagerer ikke på økonomiske incitamenter, men rammes alligevel af dem.**

### **Troen på pisk og gulerod**

- Fokus flyttes fra helhedsorientering til regeloverholdelse og beskæftigelse  
Der ses ikke på det enkelte menneskes barrierer for ikke at være på arbejdsmarkedet og hvad lave indkomster gør  
I stedet styres med mistænkelighed og sanktioner  
Når man bokser med psykisk sygdom, sociale problemer eller "ondt i livet", har man brug for opbakning og tryghed
- Den stigende ulighed rammer de, der har sværest ved at komme i beskæftigelse hårdest  
Antallet af fattige i Danmark er steget fra 20.000 i 2002 til tæt ved 45.000 i 2015  
Hovedårsagerne er reformerne af skat, dagpenge, sygedagpenge, førtidspension, beskæftigelse og kontanthjælp

**Den gruppe der ikke reagerer på økonomiske incitamenter, men som bokser med psykisk sygdom, sociale problemer og /eller helbredsproblemer, har brug for en helt anden hjælp end den der ofte tilbydes.** De har brug for at føle opbakning og tryghed i stedet for at blive mistænkeliggjort og ramt af sanktioner.

Politikere forholder sig ikke til det enkelte menneskes problemer og barrierer for ikke at være i arbejde og have lav indkomst, men til statistikker der viser, at Danmark sammenlignet med andre OECD lande, stadig har en af de laveste indkomstforskelle.

Selvom tendensen med større ulighed er tydeligere i andre lande er der også grund til at råbe vagt i gevær i Danmark. Godt nok er den officielle fattigdomsgrænse afskaffet, så der ikke længere findes definerede fattige. Men tages den tidligere fattigdomsgrænse i betragtning er antallet af fattige i Danmark fra 2002-2015 mere end fordoblet. Fra under 20.000 til tæt på 45.000 (Nye tal fra AE)

Når forældre ramt af kontanthjælpsloftet udtaler, at deres børn lider afsavn fordi der ikke er penge til at gå til fritidsinteresser og til børnefødselsdage med en gave, affejer



beskæftigelsesministeren dem med at sætte spørgsmålstegn ved om de: "Bruger pengene rigtigt?" (citater fra Troels Lund Poulsen). Men hjælpen i kommunen er ikke længere helhedsorienteret, den er i stedet centreret om at få folk i beskæftigelse.

Når uligheden vokser, så vokser et samfunds problemer (jf. overhead nr. 6). Det har mange store institutioner som verdensbanken og OECD slået fast og advarer mod stigende ulighed. OECD har vist, at hvis et lands ulighed vokser, så falder væksten i landet.

CEVEA har også vist, at i lande med høj ulighed, der er alle mere utilfredse med livet også de rigeste.

### **FOAs forslag til nationale mål for psykiatrien**

- Psykiatrien rangerer på linje med de store sygdomsområder som kræft og hjerte/karsygdomme
- Mennesker der har kontakt med psykiatrien skal behandles med respekt, inddragelse og værdighed
- Psykiatrien er en god og sikker arbejdsplads og et sikkert sted for dem, som har behov for hjælp
- Personer med psykiske lidelser skal få hjælp hurtigt og kompetent og tilbydes de rette tilbud

### **En økonomi der står mål med opgaverne og udfordringerne**

- Psykiatrien skal sikres en større basisfinansiering  
i 2009 finansierede Satspuljemidler 6 procent af psykiatrien
- Skal sikres en mere stabil finansiering der svarer til, hvor omfattende sygdomsområdet er
- Ingen kassetænkning  
Patientens, beboerens, borgerens hensyn skal veje højest  
Kommuner og region skal blive bedre til at koordinere specialiserede tilbud

### **På kanten af samfundet og på kanten af psykiatrien**

- Ingen skal vokse op i skyggen af deres forældres psykiske sygdom
- 25.000 børn mellem 0-15 har forældre med en behandlingskrævende lidelse
- Faste procedurer i forhold til børn, når forældre akutindlægges
- Vi skal være bedre til at invitere folk tilbage på arbejdsmarkedet
- Fx ved at udvikle projekter 'Arbejdspladsen for alle'
- Hjælp til dem som lever på kanten
- Bedre hjælp til dem som bor på gaden, dem som ikke passer ind i vores systemer, er ensomme og har svært ved at klare dagen
- Ældre med psykiske lidelser
- Psykiatri i ældresektoren
- Mere fokus på pleje, behandling og forskning
- Frontmedarbejdere skal have kompetenceløft

### **Fagbevægelsen har et særligt ansvar**

- Fagbevægelsen blev stiftet som de svagestes sammenrotning  
I en ren eksistenskamp  
Vi fik sikret eksistensen og velstandsfremgang
- Rettigheder og politisk indflydelse  
De svageste i dag er udenfor arbejdsmarkedet  
De, der røg ud eller aldrig kom ind
- Vi skal give de svageste stemme  
Vi har selv været dér

- Burde bruger-, pårørende og faglige organisationer ikke lægge nogle kræfter sammen for at skabe et større pres?
- Kunne vi i fællesskab formulere krav til en bedre psykiatri og krav til arbejdsmarkedet om at åbne arbejdspladserne for dé, der ikke hidtil har været kernearbejdskraften?
- FOA er parat

## Når velfærdsreformer og arbejdsmarkedsreformer vendes mod de syge, og det ikke hjælper.

### Iben Nørup

Igennem de seneste 10 – 15 år er der ikke bare i Danmark men i det meste af Europa gennemført, hvad man kan betegne som en bølge af velfærdsreformer.

Fælles for disse reformer er, at de alle på forskellig vis sigter mod at øge beskæftigelsen og **nedbringe udgifter til og antallet af personer, der modtager offentlig forsørgelse.** Det er i en dansk kontekst eksempelvis personer som modtager kontanthjælp, sygedagpenge eller førtidspension.

Særligt i forlængelse af den finansielle krise i Europa i 2008/09 tog reform i bølgen for alvor fat, ligesom reformerne også fik et tydeligt besparelsessigte. Sociale ydelser blev italesat som værende for dyre (Taylor-Gooby 2009; Betzelt & Bothfeld 2011; Nørup 2014). Det har bl.a. medført, at man gennem reformerne **har udvidet målgruppen for den aktive arbejdsmarkedsindsats ganske betydeligt, så den i dag inkluderer en gruppe af mennesker, vi tidligere betragtede som værende ude af stand til at forsørge sig via arbejde pga. omfattende helbredsproblemer** og dertilhørende meget begrænset arbejdsevne.

Det kommer i en dansk kontekst senest til udtryk i reformerne af førtidspensions- og fleksjobordningen fra 2013 samt reformen af sygedagpengesystemet.

For det første er et centralt argument for udvidelsen af målgruppen for den aktive beskæftigelsesindsats en problematisering af **de sociale ydelser som værende passivgørende for modtagerne af dem. Social marginalisering er i forlængelse heraf blevet koblet tæt sammen med deltagelse på arbejdsmarkedet i en grad, hvor der ofte sættes lighedstegn med de to fænomener.** Det til trods for social marginalisering traditionelt set dækker over mere og andet end grad af tilknytning til arbejdsmarkedet. Reformerne sigter således mod at skabe bedre samfundsmæssiginkludering af langvarigt og kronisk syge og rationalet er, at beskæftigelse er midlet til at sikre dette. (Nørup 2014, 2017; Betzelt & Bothfeld 2013).

For det andet har flertallet af reformerne også stærke elementer, der sigter mod at **øge de økonomiske incitamentter til arbejde først og fremmest ved at reducere størrelsen på de sociale ydelser** og ved at gøre ydelserne mere betinget af deltagelse eksempelvis

i aktive indsatser (Hultqvist & Nørup, 2017; Piggot & Grover 2015; Hultqvist 2014; Nørup 2014, 2017; Van Berkel & Valkenburg 2007; Van Berkel & Hornemann Moeller 2002).

Det betyder at også de seneste års danske reformer har medført, at den ydelse en del af de mennesker, reformerne rettes imod, har fået reduceret det beløb, de får udbetalt. **For sygedagpenge og førtidspensionsområdet skyldes det ikke en reduktion i den egentlige ydelse men derimod, at en del af målgruppen i dag visiteres videre til jobafklaring eller ressourceforløb som er ydelser på kontanthjælpsniveau i stedet for sygedagpenge eller pension.**

Og det er ikke uden betydning. Kigger vi til såvel den skandinaviske forskning som den øvrige europæisk forskning er der **meget sparsomme resultater i forhold til faktisk at lykkes med at bringe målgruppen af langvarigt syge eller handicappede i beskæftigelse** (Nørup 2017; Staubli 2011; Karlström et al. 2008).

Kan vi så sige noget om, **hvem det er, disse reformer ikke ser ud til at virke for?**

Både ja og nej. På den ene side er der tale om en meget heterogen gruppe af mennesker. **Deres primære fællesnævner er, at det er mennesker som er ramt af sygdom.** Det betyder, at det er mennesker med ganske forskellig baggrund. En stor del af gruppen, er således helt almindelige mennesker, der er blevet ramt af sygdom på et tidspunkt i deres liv. For rigtig mange af de personer, vi taler om her, er det også mennesker, som har haft tilknytning til arbejde og/eller uddannelse, naturligvis afhængigt af hvor tidligt i livet, sygdommen har ramt. **Det er altså ikke primært sociale klienter – i hvert fald ikke i udgangspunktet** (Nørup 2014; Caswell et al. 2012).

Generelt kan vi heller ikke sige, at der er nogle diagnoser eller lidelser, som altid udelukker, at man kan deltage i arbejde og uddannelse.

I hvert fald hvis vi ser bort fra gruppen af personer med meget svære kognitive og udviklingsmæssige handicap.

En fællesnævner for denne gruppe af mennesker er også, at det er personer, hvor behandling for lidelsen enten ikke er mulig, fordi det er en lidelse, der ikke kan behandles eller, at behandlingen ikke har været succesfuld. Det er altså personer, hvor man ikke i sundhedssystemet har kunnet afhjælpe eller lindre deres symptomer.

Eksempler på hvad det kan være for lidelser og tilstande, vi taler om, er gruppen af personer med svære kognitive eller udviklingsmæssige handicaps.

Eksempelvis mentalretardedede og personer med svær autisme. Altså gruppen som typisk vil være visiteret til botilbud med døgnbemanding som voksne. Det er også gruppen af personer med svære psykiatriske lidelser og i særlig grad skizofreni. Det er også gruppen af personer med svære bevægeapparatslidelser som fremskreden sklerose og svær gigt, og så er der gruppen af personer med multiple og ofte adskillige diagnoser, der tilsammen giver omfattende funktionsnedsættelser og ofte både af fysisk, psykisk og / eller kognitiv karakter.

Fælles for denne målgruppe er ligeledes, at det er de samme personer som pga. deres sygdom er særligt i risiko for at opleve social marginalisering fx at have svage eller ingen sociale netværk og relationer og ikke deltage generelt i sociale og samfundsmæssige aktiviteter udover uddannelse og beskæftigelse.

Det er altså den allermest sårbare målgruppe ikke kun i forhold til chancer på arbejdsmarkedet men i forhold til rigtig mange aspekter af tilværelsen, vi her taler om (Nørup 2014, Grover & Piggot 2015).

**At vi har borgere som midlertidigt eller permanent er ude af stand til at forsørge sig selv via lønnet arbejde pga. sygdom. Men det giver ganske indlysende nogle udfordringer, hvis den politiske målsætning samtidig er at få alle i beskæftigelse.**

Det er i den forbindelse også vigtigt at huske, at **inkludering på en arbejdsplads** handler om mere end bare at være der nogle timer.

**Det handler om at have arbejdsopgaver, der er vigtige og meningsfulde for en selv og arbejdspladsen, om at være en del af kollegialt fælleskab og være anerkendt.**

Reformernes udgangspunkt er naturligvis, at de virker, og ikke mindst at man via den indsats, der etableres kan hjælpe den her gruppe mennesker over i en bedre livssituation ved at gøre dem i stand til at forsørge sig selv via arbejde. **Men når reformerne ikke virker, skaber de nogle mekanismer og strukturer, som har en række alvorlige konsekvenser for de allermest syge.**

Reformerne indebærer, at denne her gruppe af mennesker placeres på en økonomisk lav ydelse. En ydelse på niveau med kontanthjælpen.

Forskellen i forhold til kontanthjælpen er bare, at udgangspunktet for kontanthjælpen er, at det er en ganske midlertidig ydelse. Det er den ikke altid i praksis, men intentionen er, at der er tale om et minimumsunderhold i en kortere periode. Det er ikke tilfældet i forhold til jobafklaring og i særdeleshed ikke for ressourceforløb.

Her er tale om forløb, der er lange og i en del tilfælde strækker sig over mange år.

Det betyder, at vi i forskningen kan se tydelige fattigdomseffekter som følge af reducerede sociale ydelser (Wildeman & Fallesen, 2017; Benjaminsen et al 2016; Caswell et al 2011; Andersen & Larsen 2011; Hansen & Hussain 2009; Graversen & Tinggaard 2005; Andersen 2002; Christoffersen 2000; Strandh 1997).

Fattigdomseffekter kan eksempelvis være, **at man ikke har penge til at købe receptpligtig medicin eller betale for udgifter, der relaterer sig til handicap.** Det kan også være materielle afsavn som, at man ikke spiser 3 måltider mad om dagen, ikke spiser et regulært hovedmåltid eller får tilstrækkelig sund og varieret kost eller har råd til at betale for tøj, bolig og andre faste udgifter. **Det kan også være sociale afsavn som at man ikke har råd til at deltage i sociale- og fritidsaktiviteter,** at man ikke kan fejre højtider og fødselsdage og at udgifter til transport (fx cykel og buskort) og elektronik (fx telefon og tv) ikke prioriteres, fordi de ikke er livsnødvendige.

**I de værste situationer kan der identificeres decideret forarmelse** – at borgeren bliver subsistensløs og ender i hjemløshed.

**Ser vi på de sociale konsekvenser:** En presset økonomi smitter af på kontakt til og omfanget af sociale relationer. Det påvirker også muligheden for at deltage i sociale aktiviteter. **Men derudover har den uafklarede situation i forhold til fremtiden også en selvstændig påvirkning af borgerens såvel trivsels- som socialsituation og herunder også familiesituation og risikoen for brud i familien** (Nørup 2017). At situationen er uafklaret medfører øget stres og utryghed omkring fremtiden.

Udover sociale konsekvenser har den prekære økonomiske situation. disse borgere risikerer at befinde sig i, også politiske konsekvenser. Vi ved fra forskningen, at økonomisk utryghed hænger stærkt sammen med politisk mistillid. Ikke kun til folkevalgte politikere men også til samfundets institutioner og myndigheder (Andersen & Shamshiri-Petersen 2016).

Samtidig kan vi også se, der siden 2011 er sket en **betydelig stigning i sammenhængen mellem dårligt helbred og politisk mistillid.** Borgere med betydelige helbredsproblemer er blevet mistroiske overfor politikere og samfundet som helhed. Det er nærliggende at koble det sammen med, at disse borgere i samme periode også har fået betydelige mere utrygge økonomiske vilkår (Andersen & Shamshiri-Petersen 2016). Den politiske mistillid øger igen sandsynligheden for, at man som borger ”melder sig ud”. At man eksempelvis undlader at stemme og bruge sine demokratiske medborgerrettigheder. Det har altså demokratiske og mere generelle samfundsmæssige implikationer, når en gruppe af borgere marginaliseres økonomisk.

**Historisk set har netop beskyttelsen af syge og handicappede mod marginalisering været en grundpille i den skandinaviske velfærdsmodel. Og helt konkret var det**

**også et af de første elementer i den velfærdsmodel, vi har i de skandinaviske lande, der blev etableret.** Og det har virket efter hensigten.

Sammenligner vi forskellige velfærdsmodeller, så er det tydeligt, at særligt borgere i lande med en høj grad af økonomiske beskyttelse, hvis man er ude af stand til at forsørge sig pga. sygdom eller handicap, har en betydeligt lavere risiko for at blive marginaliserede (Gallie et al 2010; Gallie 1999). Fordi man ikke også mister sit økonomiske eksistensgrundlag (Nørup 2014).

**En svækkelse af den økonomiske beskyttelse af langvarigt syge og handicappede må derfor forventes at øge risikoen for marginalisering af denne gruppe af mennesker. Også selvom intentionen i reformen er den direkte modsatte.**

Det betyder også, at det kan gøre god mening i at indføre nogle **minimumsgrænser for, hvor meget man skal kunne arbejde og over hvor lang tid man skal forsøge at udvikle arbejdssevnen, før man skal deltage i aktive forløb som fx ressourceforløb.** På den måde bliver førtidspensionen i højere grad det, den er konstrueret til at være, nemlig en rettighed og sidste sikkerhedsnet. Det vil også skabe en tryghed og en bedre retssikkerhed for de berørte borgere. **Det handler med andre ord ikke kun om retten til at arbejde, men også om retten til ikke at arbejde, når man er meget syg.**

På samme måde bør man også overveje, at gøre deltagelse i ressourceforløb og fleksjob frivilligt, hvis arbejdssevnen er under et vis niveau. Hvis borgeren ønsker et fleksjob, bør det naturligvis være en mulighed. Men opleves fleksjob eller ressourceforløb som et pres fremfor et hjælp, skal det være muligt at takke nej, hvis arbejdssevnen er meget begrænset. Dels fordi arbejdsinkludering handler om mere end bare at være fysisk tilstede, men også fordi indsatsen risikerer at blive kontraproduktiv, hvis ikke borgeren inddrages aktiv i beslutningen.

Ligeledes bør det også overvejes, at gøre **førtidspensionen mere fleksibel**, så der bedre muligheder for at **gøre pensionen hvilende uden at skulle igennem hele tilkendelsesprocessen på ny, hvis man får det bedre og derfor kan forsøge at genindtræde på arbejdsmarkedet** i fleksjob eller ordinær beskæftigelse. Fordi utrygheden og frygten for at skulle igennem en ny proces, der opleves opslidende, hvis man alligevel ikke kan klare arbejdet, er en reel barriere for at forsøge at genindtræde på arbejdsmarkedet.

## Spørgsmål og kommentarer

**Yildiz:** Tak for oplæg, hvordan får vi Finansministeriets regnedrenge til at indkalkulere beviserne i Pouls forbyggende indsats?

**Poul:** CBS er ved at lave beregning om at inddrage forbyggende arbejde. Man må påvise, de manglende beregninger i Finansministeriets modeller for den forbyggende indsats. Tag fat her.

**Lindeman, Region Nordjylland:** Özlem kom med et eksempel på at tvang blev nedsat. Vores erfaring er, at vi har projekter, hvor flere ansatte betyder mindre tvang, men straks der er færre ansatte på afdelingen, er tvangen tilbage.

**Özlem:** Det er rigtig nok. Det handler om, at man på ledelsesniveau får implementeret kulturændringen om mindre tvang. Det er ikke kun afhængigt af de økonomiske ressourcer, der bliver afsat.

**Pårørende:** Bostederne har en elendig ledelse, nogle steder er 70% udskiftning af personale, det går jo ikke, hvis man skal skabe relation og udvikling for de patienter, der bor der. Hvad kan vi gøre?

**Pårørende:** En rigtig kommunikation kan modvirke tvang. Jeg savner, der lyttes mere i boligselskaberne i en forbyggende indsats, og ønsker også en kulturændring.

**Tilhørers kommentar:** Det er vigtigt, vi holder decentrale faktorer klart. Özlems oplæg er superklart. Vi kan ikke kun gå ned i pengeovervejelser, det er et spørgsmål om kulturforandring. Det kan lade sig gøre.

**Pårørende:** Det er succes med de alternative veje, de burde kunne gennemføres også i mange andre sammenhænge, også for pårørende.

**Poul:** Det er pårørende, det falder tilbage på, når systemet ikke fanger alle. Forpligtelsen lægges i højere grad på de pårørende med mange flere og

mangfoldige opgaver. Man må prioritere de pårørendes plads i systemet og forløbet. Der hvor de psykisk syge bliver taget alvorligt og forstået, sker der noget, og der er et håb. Hver eneste har i sig en lille flamme, og hvis man som pårørende og i behandlingssystemet får den til at vokse, sker der ikke alene mirakler, men også en systematisk forbedring.

## RESUME af indlæg ved høringen 28. april 2017

### Poul Nyrup Rasmussen

Det går den forkerte vej - stadig flere unge rammes af psykisk sygdom og får diagnoser. 30 % af indlæggelser på psykiatriske afdelinger skyldes skizofreni.

Hvis man starter hjælpen tidligt, er der størst chance for succes. 75% af psykisk lidelse begynder inden det 25. år. Men der er en stor **gråzone**, som gør det svært at sætte tidligt ind.

**Headspace** er en måde at komme tidligt ind og komme dem i gråzonen til hjælp.

Organisationen hviler på frivillighed. Der er fri adgang for alle mellem 12 og 25 år, hjælpen er anonym og let tilgængelig.

**OPUS** har vist, at med tilstrækkelig tid og personale øges chancerne for helbredelse betydeligt.

I efterbehandlingen er der påvist 5-7 "**Huller mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien**", hvilket medfører en ond cirkel af tilbagefald og genindlæggelser, og er medvirkende til at retspsykiatrien har fået et langt større omfang.

**At være noget er at gøre noget.**

Du er ikke din diagnose. Den er snarere som en **overfrakke**, du med lidt hjælp kan tage af.

Uden håb og kærlighed går det slet ikke!!

### Lidija Kolouh-Söderlund

Psykiske problemer hos unge, især mænd, er en af de største udfordringer for **Folkesundheden i Norden** i dag.

Velfærdssektoren behøver fleksibilitet og kompetence.

6-12% af 16-24-årige i Norden risikerer langvarigt **udenforskab**. I EU kaldes de **NEET** (Not in Education, Employment or Training).

I DK har **Headspace** tilbudt gratis og anonym rådgivning til unge mellem 12 og 25 år. Ingen registrering, ingen ventetid, ingen afvises!

Det er nødvendigt med **retningslinjer** for, hvem der har ansvar for, at det tværsektionelle samarbejde fungerer. Der bør skabes gode betingelser for inddragelse af frivillige i arbejdet.

**Frontliniefunktion:** modeller for hurtig og rigtig hjælp i skoler, social- og sundhedsvæsen over hele landet.

Se de unge, lyt til dem med **respekt**. Heraf opstår **tillid**, som er en betingelse for udvikling. Hjælp dem med at finde deres styrker og tro på deres evner. Giv dem en sammenhæng, hvor de behøves.

Velfærdsstatens regler kan virke som en **uigennemtrængelig mur**, derfor er **Det gode møde** altafgørende.

## Özlem Cekic

Når man som pårørende mærker, at der er noget galt, skal man kunne ringe et sted hen. Der skal også være en dør, man kan gå ind af og få hjælp 24 timer i døgnet.

Der skal være fokus på **børn af psykisk syge**. I Norge har man et team, der sørger for, at nogen tager sig af børnene.

Behandlingen af psykisk syge kræver en **høj faglighed og en tværfaglig tilgang**. Dette giver en højere sikkerhed. Der er brug for en **kulturændring**.

Triest-modellen giver patienterne 3 rettigheder: bolig, arbejde og almene menneskerettigheder. Man **underviser** pårørende, politiet og civilsamfundet regelmæssigt - det giver tolerance og plads i samfundet.

## Birgit Elgaard

Ved at inddrage pårørende kan man reducere genindlæggelser og tilbagefald og samtidig øge patientens samarbejdsvilje.

### 5 bud på hvad der kan gøres:

Systematisk og obligatorisk inddragelse af pårørende.

Ensartet tilgang til de pårørendes inddragelse over hele landet.

De pårørende skal have bedre muligheder for psykolog hjælp.

Modernisere tavshedspligten - minimums rettigheder for pårørende.

Pårørendedage - for at undgå belastning af de pårørendes arbejdssituation.

## Kristian Bennedsen

Mange patienter oplever:

Udredningen langvarig og vanskelig.

Indlæggelser for tilfældige og korte.

For meget fokus på medicin og for lidt på psykoterapi.

Manglende specialisering.

Manglende koordination og langtidsplan.

Det er "Overgangene" det drejer sig om. Der er mange og store huller. De bliver dybe og dyre.



I Socialministeriet behandler man ikke psykisk sygdom som et handicap.

Hvad kan vi gøre?

- Behandling
- Udredning og netværksinddragelse
- Behandling medicinsk – terapeutisk – socialt
- En case manager
- Socialpsykiatri
- Ordenlige bo- og leveforhold – afklaring af forsørgelse
- Fortsat fokus på recovery
- Terapi og kognitiv træning
- Peer støtte
- Rehabilitering
- Hurtigt tilbud om beskæftigelse og / eller uddannelse
- Øvebaner og tålmodighed – ting tager tid
- Viden uddannelse og faglighed hos personalet

## **Karin Garde**

Respekt for forskelligheder.

Ideologien om ambulantbehandling og nedlæggelse af pladser med langtidsfunktion er at overvurdere folkesundheden voldsomt.

Man skulle tro, at vi lever i et civiliseret land præget af kristen etik: Den Samaritanske Pligt: Er nogen syg tager vi os af ham. Dette gælder ikke for den psykisk syge !!

Ofrene for ideologien er de sværest syge mænd.

Forklaringer.

Konsekvenserne: Massiv stigning i kriminalitet, misbrug, forråelse af klimaet på bostederne, genindlæggelser, tvangsindlæggelser, selvmord, hjemløshed.

Konsekvenser for engagerede og erfarne læger og plejepersonale: Flugt, massiv lægemangel i den tunge psykiatri.

De retslige patienter er gøgeunger, der fortrænger de "rigtige" patienter!! Eksklusion, yderligere stigmatisering af den lavest rangerende gruppe, som ingen - selv ikke regionerne - vil vide af, det til trods for, at de retslige patienter selv er ofre for vanrøgt, som regionerne er ansvarlige for.

Hvad der skal til: Plads nok. Stabilt & erfarent personale nok. Psykiatrisk faglighed nok! At være en del af fællesskabet. Ro. Naturskønhed. Mulighed for kreativitet. Venlighed og engagement.

Hvis de ansvarlige ikke kan mobilisere medfølelse med de mange mennesker, som lider under den nuværende situation - så kunne man måske (i det mindste) forholde sig til det faktum, at den nuværende form er vanvittig dyr.

## **Dennis Kristensen**

FOAs forslag til nationale mål for psykiatrien:

- At psykiatrien rangerer på linje med de andre store sygdomsområder som kræft og hjerte-karsygdomme

- Mennesker, der har kontakt med psykiatrien, skal behandles med respekt, inddragelse og værdighed.
- Psykiatrien skal være en god og sikker arbejdsplads og et sikkert sted for dem, som har brug for hjælp.
- Personer med psykiske lidelser skal have hjælp hurtigt og kompetent.

### Reformernes nye dagsorden

- De nye mantra:  
Det skal kunne betale sig at arbejde  
Øgning af Udbuddet af arbejdskraft skaber flere jobs
- Velfærdens værktøjskasse ændres:  
Fra solidaritet og fællesskabsløsninger  
til adfærdsregulering med økonomisk pisk og gulerod
- Legitimerer beskæring af offentlige ydelser, som skæres ned i størrelse og varighed

Dermed ændres velfærdssamfundets grundpræmis fra at bygge på kerneværdier som solidaritet og fællesskab til økonomiske incitamenter. Dermed bliver det legitimt at øge forskellen mellem overførselsindkomster og lavtlønsjob ved at nedsætte de offentlige ydelser og nedbringe varigheden af ydelsen (fx kontanthjælpsloft, sygedagpengereform).

### De nye mantra holder ikke

- Mennesker, der får muligheden, arbejder også når det "ikke kan betale sig".
- Arbejdsløshedskø udløser ikke nye jobs.
- Det holder slet ikke for psykisk syge.  
Forudsætningen om at handle rationelt og reagere på pisk og gulerod rammer ved siden af.  
De fleste har langt mere kompliceret årsag til at være på overførselsindkomst end, at det "ikke kan betale sig at arbejde"  
De reagerer ikke på økonomiske incitamenter, men rammes alligevel af dem.

Den gruppe, der ikke reagerer på økonomiske incitamenter, men som bokser med psykisk sygdom, sociale problemer og /eller helbredsproblemer, har brug for en helt anden hjælp end den, der ofte tilbydes.

Fagbevægelsen har et særligt ansvar

- Burde brugerorganisationer, pårørendeorganisationer og fagligeorganisationer ikke lægge nogle kræfter sammen for at skabe et større pres?
- Kunne vi i fællesskab formulere krav til en bedre psykiatri og krav til arbejdsmarkedet om at åbne arbejdspladserne for de, der ikke hidtil har været kernearbejdskraften?
- FOA er parat

## Iben Nørup

De sidste 10-15 års bølge af velfærdsreformer i Europa med formålet at få flere i arbejde.

Reformerne har udvidet målgruppen for den aktive arbejdsmarkedsindsats ganske betydeligt, så den i dag inkluderer en gruppe af mennesker, vi tidligere betragtede som værende ude af stand til at forsørge sig via arbejde pga. omfattende helbredsproblemer.

Sociale ydelser betragtes som passiv-gørende og deltagelse i arbejdsmarkedet som inkluderende og som middel mod stigmatisering.

Der sigte mod at øge de økonomiske incitamenter til arbejde, først og fremmest ved at reducere størrelsen på de sociale ydelser.

For sygedagpenge og førtidspensionsområdet skyldes det ikke en reduktion i den egentlige ydelse. men derimod at en del af målgruppen i dag visiteres videre til jobafklaring eller ressourceforløb, som er ydelser på kontanthjælpsniveau, i stedet for sygedagpenge eller pension.

Der er set meget sparsomme resultater i forhold til faktisk at lykkes med at bringe målgruppen af langvarigt syge eller handicappede i beskæftigelse.

Derimod er opstået et fattigdomsproblem. Der ses en betydelig stigning i sammenhængen mellem dårligt helbred og politisk mistillid. Derfor god mening i at indføre minimumsgrænser for, hvor meget man skal kunne arbejde, og over hvor lang tid man skal forsøge at udvikle arbejdsevnen, før man skal deltage i aktive forløb som f.eks. ressourceforløb. Der er ikke længere nogen grænse for hvor LILLE arbejdsevnen kan være. Det handler også om retten til ikke at arbejde, når man er meget syg.

**Det bør overvejes at gøre førtidspensionen mere fleksibel, så den f.eks. kunne gøres hvilende i perioder.**

## KONKLUSIONER OG RÅD

### **Poul Nyrup**

Kunster er at forebygge. Kunsten er ikke at leve med skizofreni, kunsten er at undgå, at det kommer så vidt.

Utrolig mange befinder sig i gråzonen, du er ikke syg nok til at blive behandlet, men heller ikke rask nok til at gennemføre en uddannelse. Velfærdsstaten er ikke finmasket nok til at få fat i alle, som det er nu, men det er vigtigt at sætte ind, før de bliver rigtig psykisk syge, og lukke hullerne i vores system.

Vi kan forebygge ved en tidlig indsats, som i Headspace, som er et rådgivende center for unge. I behandlingen skal vi skaffe tilstrækkelig meget tid og intensiv terapeutisk behandling og omsorg, som markant forøger chancerne for livsvilkårene.

Det er den holistiske tilgang der virker.

### **Lidija Kolouh-Söderlund**

De voksende psykiske problemer blandt unge udgør en af de største udfordringer for folkesundheden.

Beslutningstagere bør skabe finansielle forudsætninger for, at det civile samfund kan arbejde med unge, der har det dårligt og har behov for tidlige og let tilgængelige indsatser. Staten, regioner og kommuner har det overordnede ansvar for unges psykiske sundhed, men civilsamfundet kan bidrage med meget gode supplerende indsatser.

Investering i sundhedsfremmende indsatser i folkeskolen og gymnasiet: en åben og udvidet tilgængelig skolesundhed. Inklusiv tid, ressourcer og viden i folkeskoler og gymnasier om, hvordan børn og unge kan fremme deres psykiske sundhed. I et synkroniseret samarbejde med sundhedssektoren, socialsektoren og civilsamfundet.

### **Özlem Cekic**

Når man som pårørende mærker, der er noget galt, skal man kunne ringe et sted hen. Det er vigtigt at der er et sted og en dør, man går ind af, så svært er det ikke at indrette. Og den dør skal være åben 24 timer, der skal være en tilgængelighed, man skal kunne komme ind og få behandling med det samme og blive taget alvorligt.

### **Birgit Elgaard**

Systematisk og obligatorisk inddragelse af pårørende.  
Ensartet tilgang til de pårørendes inddragelse over hele landet.  
De pårørende skal have bedre muligheder for psykologhjælp.  
Modernisere tavshedspligten - minimumsrettigheder for pårørende.  
Pårørende dage - for at undgå belastning af de pårørendes arbejdssituation.

### **Kristian Bennedsen**

Når man bliver udskrevet fra hospitalet, har man brug for en plan. At komme sig er at skabe håb. Planen skal betyde værktøjer:

- At komme sig er at få fodfæste socialt
- Bostøtte i det omfang det er nødvendigt
- Støtte til sociale kontakter
- Give værktøjer til at leve med skizofreni
- Peer-net og recovery orienteret
- Botilbud og brugerstyrede senge

Skizofreni er et handicap, som ofte er livslangt, og socialministeriet må betegne det som sådan. Det vi kan gøre i behandlingen af psykiske patienter er:

- Behandling
- Udredning og netværksinddragelse
- Behandling - medicinsk – terapeutisk – socialt
- En case manager
- Socialpsykiatri
- Ordenlige bo- og levestandarder – afklaring af forsørgelse
- Fortsat fokus på recovery
- Terapi og kognitiv træning
- Peer støtte
- Rehabilitering
- Hurtigt tilbud om beskæftigelse og / eller uddannelse
- Øvebaner og tålmodighed – ting tager tid
- Viden, uddannelse og faglighed hos personalet

### **Karin Garde**

Det helt elementære: Hvad er godt for syge som raske: At være en del af et fællesskab, the need to be needed, ro, naturskønhed, mulighed for kreativitet, venlighed og engagement.

Fremtiden: Afvisning fra indlæggelse må ikke finde sted, for tidlig udskrivelse ej heller. Er der plads nok. er det muligt at bruge antipsykotisk medicin på en langt mere nuanceret måde, som professor Birte Glenthøjs forskning viser: Tilstrækkelig observation, langsom optrapning til mindst mulig dosis af bedst egnet middel, så at sige skræddersyet behandling, hvilket kunne bedre compliance,

At udnytte den tværfaglige ekspertise og sikre, at patienten kommer i omgivelser, der tilgodeser både beskyttelse og udvikling, dvs. det bedste af asyl: Beskyttelsen, - og det bedste af de nyere: Udviklingen.

Kan de ansvarlige ikke mobilisere medfølelse med de mange mennesker, som lider under de nuværende vilkår, kunne man forholde sig til det faktum, at det er bogstaveligt livsfarligt at lade det være, som det er, tillige er det vanvittigt dyrt.

## Dennis Kristensen

De fleste har en langt mere kompliceret årsag til at være på overførselsindkomst, end at det ikke kan betale sig at arbejde. De reagerer ikke på økonomiske incitamenter, men rammes alligevel af dem.

Den gruppe, der ikke reagerer på økonomiske incitamenter, men som bokser med psykisk sygdom, sociale problemer og /eller helbredsproblemer, har brug for en helt anden hjælp end den, der ofte tilbydes.

### En økonomi der står mål med opgaverne og udfordringerne

- Psykiatrien skal sikres en større basisfinansiering i 2009 finansierede Satspuljemidler 6 procent af psykiatrien. Skal sikres en mere stabil finansiering, der svarer til, hvor omfattende sygdomsområdet er.
- Ingen kassetænkning. Patientens, beboerens, borgerens hensyn skal veje højest. Kommuner og region skal blive bedre til at koordinere specialiserede tilbud.

### På kanten af samfundet og på kanten af psykiatrien

- Ingen skal vokse op i skyggen af deres forældres psykiske sygdom
- 25.000 børn mellem 0-15 har forældre med en behandlingskrævende lidelse
- Faste procedurer i forhold til børn, når forældre akutindlægges
- Vi skal være bedre til at invitere folk tilbage på arbejdsmarkedet
- Fx ved at udvikle projekter 'Arbejdspladsen for alle'
- Hjælp til dem, som lever på kanten
- Bedre hjælp til dem, som bor på gaden, dem som ikke passer ind i vores systemer, er ensomme og har svært ved at klare dagen
- Ældre med psykiske lidelser
- Psykiatri i ældresektoren
- Mere fokus på pleje, behandling og forskning
- Frontmedarbejdere skal have kompetenceløft

## Iben Nørup

Vi har borgere, som midlertidigt eller permanent er ude af stand til at forsørge sig selv via lønnet arbejde pga. sygdom. Men det giver ganske indlysende nogle udfordringer, hvis den politiske målsætning samtidig er at få alle i beskæftigelse. Inkludering på en arbejdsplads handler om at have arbejdsopgaver, der er vigtige og meningsfulde for en selv og arbejdspladsen.

Historisk set har netop beskyttelsen af syge og handicappede mod marginalisering været en grundpille i den skandinaviske velfærdsmodel. En svækkelse af den økonomiske beskyttelse af langvarigt syge og handicappede må derfor forventes at øge risikoen for marginalisering af denne gruppe. Også selvom intentionen i reformen er den direkte modsatte.

Gør førtidspensionen i højere grad det, den er konstrueret til at være, nemlig en rettighed og sidste sikkerhedsnet. Det vil også skabe en tryghed og en bedre retssikkerhed for de berørte borgere. **Det handler med andre ord ikke kun om retten til at arbejde, men også om retten til ikke at arbejde, når man er meget syg.**

Førtidspensionen bør derfor være mere fleksibel, så den kan være hvilende i de perioder, hvor patienten har muligheder for at indtræde på arbejdsmarkedet.

