



# KristenDemokraternes Psykiatrispolitiske Program

<b>P2016-01</b>			
<b>Historik</b>			
<b>Forslagsstiller/ Udvalg</b>		<b>Dato</b>	<b>Vedtaget/forkastet</b>
<b>Hovedbestyrelsen</b>	Psykiatriudvalget	2016.06.25	Retur til udvalg
<b>Hovedbestyrelsen</b>		2016.08.22	Vedtaget



## MOTIVATION

Motivationen for en kristendemokratisk psykiatropolitik skal findes i

- at det endnu ikke er lykkedes at nedbringe den alt for store brug af tvang i psykiatrien,
- at der i psykiatrien er et stort ressourcemæssigt efterslæb i sammenligning med behandlingen af almindelige fysiske sygdomme og skavanker,
- at ca. 650.000 danskere lider af behandlingskrævende psykisk sygdom og en tredjedel af befolkningen er pårørende til en person, der har sindslidelse,
- at hver femte dansker i den arbejdsdygtige alder har psykiske vanskeligheder, og hvert år sygemeldes mange danskere på grund af skadelig stress, mentale vanskeligheder og belastninger på arbejdspladsen,
- at der er brug for at styrke den forebyggende indsats i forhold til psykisk sygdom,
- at sammenhæng i udredning og behandling af psykiske lidelser efter vores opfattelse både kan og bør forbedres,
- at der er behov for at implementere og styrke de nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse regionalt og kommunalt.

## KONKLUSION

KristenDemokraterne mener at psykisk syge skal hjælpes med

- mindst mulig medicin
- mindre tvang,
- hurtigere undersøgelse og behandling,
- mere forebyggelse og restitution,
- bedre uddannet personale,
- større inddragelse af både patient og pårørende,
- brug af peer-to-peer-metoden<sup>1</sup> til støtte for udvikling af bruger-til-bruger-hjælp og
- opgradering af de nødvendige fysiske faciliteter på hospitaler, socialpsykiatriske botilbud og væresteder.

---

<sup>1</sup> Peer-to-peer-metoden går i al sin enkelhed ud på, at en person, der har haft en psykisk sygdom – eller stadig har en psykisk sygdom, men har lært at mestre den – i en afgrænset periode som frivillig støtter en bruger, der aktuelt har en psykisk sygdom. Kilde: Psykiatrifonden, <http://www.psykiatrifonden.dk/aktiviteter/vores-projekter/peer-to-peer/hvad-gaar-peer-to-peer-ud-paa.aspx>



Endvidere vil KristenDemokraterne sikre at psykisk syge får lige adgang til sundhedsvæsnets tilbud og at risikoen for livsstilsproblemer og tidlig død reduceres mest muligt inden for en overskuelig årrække.

## **HOLDNINGER**

Denne politik skønnes at kræve stor ressourcetilførsel til udvikling af fremtidens psykiatri i det danske sundhedsvæsen. Og den kræver en bevidst fokusering af hvilke holdninger politikere, sundhedsvæsen og sociale myndigheder møder sårbare mennesker med. Disse holdninger må have som udgangspunkt at møde mennesker med respekt, ligeværdighed, ansvar, omsorg og kærlighed. Uden denne holdningsmæssige tilgang til sårbare mennesker, er det vores opfattelse at stor faglig viden vil mislykkes i sin intention om at gøre gavn til menneskets bedste. Menneskets bedste opnås nemlig først i et samarbejde mellem den der hjælper og den der har brug for hjælp. Og sand hjælpkunst lykkes først når man finder dem der har brug for hjælp der hvor de er.

## **GRUNDLAG**

KristenDemokraternes politik bygger på det kristne livs- og menneskesyn, herunder menneskelivets uendelige og ukrænkelige værdi, næstekærligheden og forvalteransvaret.

Mennesket er et relationelt væsen, der har brug for et tæt samspil med sine medmennesker, i større eller mindre fællesskaber, for at trives og udvikle sit potentiale. For yderligere oplysning om KristenDemokraternes værdigrundlag, sociale markedsøkonomi og personalistiske menneskesyn, henvises til KD's principprogram.

## **VIGTIGE VÆRDIER**

KD har særlig fokus på omsorg, respekt, ansvar og dialog.

*Omsorgen* er særlig vigtig i forhold til behandlings- og plejkrævende borgere fordi de ofte er afhængige af hjælp fra andre.

*Respekten* for menneskelivet skal gælde fra befrugtning til død. Og respekten gælder alle menneskers ligeværdighed – uanset funktionsniveau, handicap eller præstationsevne.

*Ansvar*et gælder høj kvalitet i behandlingen af syge og langsigtede økonomisk bæredygtige løsninger i sundhedsvæsnets. Og det gælder ansvar for sig selv og for medmennesket.

*Dialogen* med både patient og pårørende, således at de bliver medinddraget i hele behandlingsforløbet. Og dialog med civilsamfund, samt patient- og pårørendeforeninger om prioriteringen og udviklingen af indsatsen for psykisk syge.

## MÅLSÆTNINGER

KD har derfor den målsætning at nedbringe stress og mistrivsel i samfundet til gavn for alle borgere, men især til gavn for psykisk sårbare medmennesker.

Det er et vigtigt mål at psykisk og fysisk syge får lige mulighed for hjælp og behandling i sundhedsvæsenet.

Det er et mål at psykisk syge mødes med ligeværdighed og respekt af samfundet og at de ikke oplever sig udstødt og overladt til sig selv.

Det er et mål at psykisk syge og deres pårørende oplever sig inddraget i forebyggelse, behandling og omsorg. Deres bidrag til dette skal understøttes på alle niveauer i samfundsfællesskabet.

### **1. FOREBYGGELSE I SUNDHEDSVÆSEN OG PSYKIATRI**

Forebyggende aktiviteter skal have fokus på at fjerne trivselshæmmende faktorer i samfundet. Her tænkes på stress, misbrug og arbejdsbelastninger der forårsager langtidssygemelding.

Identifikationen af mistrivsel skal starte allerede ved fødsel og i børnelivet, da børns trivsel er fundamentet for den sunde udvikling. Den kommunale sundhedspleje skal hjælpe tilstrækkeligt ved fødselsbelastninger og ved efterfødselsreaktioner, samt ved at der tages initiativer til at fjerne mobning i børnehaver og på

skoler. Derfor er det nødvendigt at der på alle institutioner med børn og unge er defineret en konkret antimobbe-politik der både forebygger og fjerner ethvert element af mobning.

Forebyggelse af skilsmisser gennem parrådgivning og eventuel terapi skal tilbydes gratis til par i krise. KD mener at familien er samfundets vigtigste fællesskab. Når familien får lov til at danne en god ramme om børnenes opvækst, minimeres risikoen for mistrivsel og forstyrrelser af den psykiske udvikling, samt af identitetsdannelse hos børnene. Derfor er det vigtigt at familiens forhold ikke forringes gennem en presset hverdag med heldagsskole og ringe vilkår for at være sammen som familie.

Dårligt arbejdsmiljø på arbejdspladser skal identificeres. Der bør lovgives omkring retten til et godt arbejdsmiljø, på baggrund af erfaringerne med CSR-principperne<sup>2</sup>. Disse principper omhandler bl.a. arbejdstagerrettigheder og virksomheders sociale ansvar.

Virksomheder med 10 eller flere medarbejdere bør have en anti-stress-politik der tydeligt definerer mindstekrav til forebyggelse af stress på arbejdspladsen.

---

<sup>2</sup> FN Global Compacts 10 principper for CSR: <https://www.danskerhverv.dk/Nyheder/Sider/FN-Global-Compacts-10-principper-for-5-CSR.aspx> Kilde: Danske Erhverv



Informations – og vidensformidling om psykisk sygdom og behandlingsmuligheder skal styrkes på arbejdsmarkedet og i samfundet som helhed, da hurtig og rigtig hjælp er afgørende for helbred, livskvalitet og samfundsøkonomi. Brug og formidling af den faglige viden som frivillige organisationer tilbyder, (f.eks. Psykiatrifonden (fagfolk), Bedre Psykiatri (pårørende), SIND (psykisk syge) og TUBA (pårørende til misbrugere)), skal støttes af staten.

På jobcentre skal man være opmærksomme på tegn på psykisk lidelse hos de jobsøgende. Det kræver passende uddannelse af medarbejderne. Ved mistanke om psykisk lidelse skal man henvise til undersøgelse og behandling hos læge.

Arbejdsmarkedet skal indrettes så det er fleksibelt. Flere deltidsjob skal gøre det muligt for psykisk syge at trives i et arbejde.

Indsatsen mod livsstilsproblemer skal styrkes i behandlingen af psykisk syge, da det har afgørende betydning for både livskvalitet og livslængde. Psykisk syge, og især personer med skizofreni, har markant lavere gennemsnitslevealder i forhold til resten af befolkningen. Det er samfundets opgave at sikre der gøres den nødvendige indsats for at disse personer hjælpes til forebyggelse og behandling der udjævner denne ulighed i sundhed.

Skoler og børneinstitutioner m.v. skal have en sundhedsfremmende holdning, for at børn og unge kan lære, at de selv er medansvarlige for at få et godt og sundt liv. Alle kommunens institutioner bør have en politik omkring kost og motion.

Den praktiserende læge har en central rolle nu, men bør have en endnu større og afgørende rolle i forhold til tidlig opsporing og udredning, herunder livsstilsvejledning i forhold til psykisk sygdom og motivation for et sundt liv.

Sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner skal sikre fokus på livstilsproblemer og ensomhed og anvise konkrete handlinger mod dette.

Etiske værdier skal prioriteres i folkeskolen, hvor undervisningen også bør indeholde viden om muligheder for forebyggelse, identifikation og behandling af sindslidelse. Kommunerne skal have høje etiske værdier, bl.a. ved at værne om ufødte og hjælpe stofmisbrugere, alkoholikere og andre udsatte personer.

Der kan være særligt stort behov for støtte til gennemførelse af svangerskab hos psykisk syge. Samfundet bør kunne tilbyde den nødvendige hjælp til dette.

Bo- og behandlingssteder for psykisk syge og socialt udsatte skal indrettes, så beboere uden misbrugsproblemer sikres ophold i helt narkofrie miljøer. Beboere med aktivt misbrug skal hjælpes i behandling, med henblik på at blive alkohol- og stoffrie. Alkohol- og stofmisbrug er et alvorligt problem. Det ødelægger familier og medfører ofte kriminalitet, vold m.m. i samfundet.



Aktiv alkoholbehandling er baseret på forskellige behandlingsformer som ikke kun bruges med henblik på at få mennesker ud af deres misbrug – der er sædvanligvis behov for også at støtte brugere til et sundere liv både fysisk, psykisk og socialt.

Kommunerne skal gøre mere for at forebygge misbrug ved f.eks. at udforme en alkohol- og misbrugspolitik, der signalerer klare holdninger og forventninger til skoler, institutioner, foreninger, offentlige arbejdspladser m.m., om at tage aktiv del i forebyggelsen.

KD vil forbyde alkohol på kommunale undervisningsinstitutioner.

Kommunerne skal støtte alkoholfrie væresteder, hvor misbrugerne kan føle sig trygge og være beskyttet mod registrering af enhver art. Sådanne væresteder kan drives på frivillig basis, f.eks. gennem kirkelige eller humanitære organisationer.

Psykisk syge der har været i behandling for et misbrug, skal tilbydes opfølgende efterbehandling der forebygger tilbagefald. Denne behandling kan bestå af både medicin, relevant samtaleterapi og sociale foranstaltninger hvor familie og netværk involveres.

Antallet af alkoholbevillinger skal begrænses generelt.

I mange familier med alkohol- og stofmisbrug har forældrene både psykiske og sociale problemer. Kommunerne skal være særlig opmærksomme på børn og unge fra sådanne familier, for at bryde den sociale arv og for at forebygge kriminelle ungdomsmiljøer. Det er vigtigt, at der er et tilbud til børnene imens misbrugeren er i behandling, evt. som gruppetilbud med børn i samme situation.

Kommunerne skal afsætte midler til og have konkrete planer for, at kunne yde en systematisk og tidlig indsats efter behov.

Der skal være fokus på spiseforstyrrelser og andre psykiatrisk prægede børne- og ungdomslidelser. Og ikke kun fokus, men også udredning og behandling skal iværksættes hurtigt for at undgå en skæv og dårlig udvikling til skade for barnets fremtid.

Børn af psykisk syge forældre har stor risiko for omsorgssvigt. Det er vigtigt, at kommunen sikrer tilbud med omsorg og støtte, så barnets tarv bliver varetaget inden børnene tager skade. Her ser vi TUBA som et forbilledligt eksempel, fordi man vil sikre anonym og gratis terapi og rådgivning til unge mellem 14 og 35 år, der er vokset op i familier med alkohol- eller stofmisbrug. Der er erfaring for at denne hjælp virker. Opsporing og intervention i familier med risiko for seksuelt misbrug af børn skal opgraderes. Nogle undersøgelser viser at en stor procentdel af svært psykisk syge personer, har været udsat for seksuelt misbrug eller anden form for overgreb i barndommen. Samfundet har derfor et stort ansvar for at følge op på eventuelle bekymringstilkendegivelser på dette område.



I løbet af de sidste årtier er antallet af borgere der lever under fattigdomsgrænsen steget meget kraftigt. I samme periode er antallet af hjemløse der må leve på gaden også steget ganske betydeligt. Størst er væksten blandt unge og psykisk syge. Det er et problem KD vil angribe med en politik der forebygger og reducerer fattigdom i det danske samfund.

Et af værktøjerne er at have en fattigdomsgrænse<sup>3</sup> der kan måle problemets udvikling over tid. Et andet værktøj kan være at bekæmpe det nuværende kontanthjælpsloft.

Forskning viser at fattigdom disponerer for psykisk sygdom, såvel som at psykisk sygdom disponerer for fattigdom<sup>4</sup>. Det er en politisk opgave at påvirke disse sammenhænge i mere gunstig retning.

KD vil derfor arbejde for en politik hvor personer der ikke formår at varetage eget liv, tilbydes hjælp der er rettet mod at hindre absolut fattigdom<sup>5</sup>.

## **2. SAMMENHÆNG I PSYKIATRIEN**

Kommunikationen mellem de kommunale psykiatritilbud og behandlingen i regionerne skal bedres, så psykiatribrukerne oplever den hjælp de modtager som en støttende helhed. Denne kommunikation kan sikres gennem fælles behandlingsmøder mellem regionalt behandlingstilbud, kommunalt støttetilbud, patient og pårørende.

Den regionale og kommunale indsats omkring behandling og støtte skal være koordineret i en fælles behandlingsplan for borgeren.

I komplekse tilfælde, er der særligt behov for at der etableres en koordinerende kontaktpersonordning til støtte for borgeren. I modsat fald vil man falde mellem 2 stole uden at få hjælp, fordi man både har psykisk sygdom, har misbrug, er arbejdsløs eller lignende.

De konkrete sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner skal bl.a. sikre, at hver enkelt patient oplever en sammenhængende behandling og rehabilitering. Indsatsen skal tænke i helheder for patienten, således at patienternes individuelle behov for sundhedsydelse bliver imødekommet. Dette betyder også at forskellige behandlingsmetoder skal være tilgængelige for mennesker med psykisk

---

<sup>3</sup> Fattigdomsgrænse: Definitionen af fattigdom operationaliseres således, at gruppen af økonomisk fattige udgøres af personer, der opfylder følgende: En disponibel indkomst, der i 3 på hinanden følgende år er under den kritiske indkomstgrænse på 50 procent af medianindkomsten. Familiens formue er under 100.000 kr. pr. voksen (2010-niveau). Personen er ikke studerende eller deler husstand med studerende over 17 år. Den disponible indkomst udregnes som indkomst efter skat (inkl. overførselsindkomster) og ækvivaleres for at tage højde for delte udgifter i familien (Wikipedia).

<sup>4</sup> Grunde til at bekæmpe fattigdom: <http://www.udsatte.dk/indsatsomrader/fattigdom/>

<sup>5</sup> Relativ og absolut fattigdom: Hvornår et menneske er ramt af relativ fattigdom varierer fra samfund til samfund, men den oftest anvendte måde at beregne relativ fattigdom på er at benytte den såkaldte 'medianindkomstmetode'. Mennesker er ramt af absolut fattigdom, når de har så lav en indkomst, at de ikke har råd til basale behov som bolig, tøj, mad og rent drikkevand. Den lave indkomst gør, at deres sundhed og eksistens er truet. Kilde: <http://www.faktalink.dk/titelliste/fattigdom-i-danmark/definitioner-af-fattigdom>



sygdom. Og det betyder at mennesker der indlægges med psykisk sygdom og f.eks. selvmordstanker, skal kunne tilbydes samtale med en præst for at imødekomme behovet for fokus på eksistentielle og åndelige spørgsmål.

Hver psykiatribrunder skal have en kontaktperson som vedkommende er tryk ved og har tillid til, en kontaktperson der har hovedansvaret for patienten under hele sygdomsforløbet fra indlæggelse til udskrivning samt ved eventuel senere ambulant<sup>6</sup> opfølgning. Denne kontaktperson skal have en psykiatrivejlederfunktion der bygger bro over grænsen mellem tilbud i regioner og kommuner.

På psykiatrimrådet vil KristenDemokraterne arbejde for udvikling og udbygning af behandlingen af de psykiatriske patienter. Dette skal ske i tæt samarbejde mellem regionen, kommunerne, de private tilbud og brugerne selv.

Mennesker med psykiske sygdomme har særlige behov. For at kunne give disse borgere den bedste mulighed for et værdigt liv, må kommuner og regioner ansætte støtte- og kontaktpersoner med relevant uddannelse og de rette menneskelige egenskaber. Disse egenskaber skal være evnen til at fokusere på at patienter kan komme sig og på at skabe håb for borgeren.

Der skal være mulighed for forskellige tilbud, så som væresteder, caféer, fysisk træning, botilbud, sociale arrangementer og mulighed for tilbud om et arbejde. Man skal kunne bevare et meningsfuldt liv og noget at stå op til, samt undgår at blive stigmatiseret som person og marginaliseret i samfundet. Det kræver at samfundet griber ud til og omfavner udsatte mennesker for at inkludere dem i fællesskabet.

Samarbejdet skal også være rettet mod de socioøkonomiske virksomheder, hvis vilkår skal støttes af samfundet.

### **3. KVALITET I PSYKIATRIEN**

Behandling og støtte i psykiatrien skal have et rehabiliterende mål med fokus på at den psykisk syge kan komme sig helt eller delvist.

Der skal tilbydes hurtig behandling ved psykisk sygdom for at undgå social deroute, ødelagte familier, selvmord, udvikling af alkohol-og stofmisbrug og varig nedsættelse af det fremtidige funktionsniveau.

Forskning og uddannelse skal prioriteres højt. Forskning på psykiatrimrådet med fokus på rehabilitering skal derfor støttes med de nødvendige midler.

---

<sup>6</sup> Ambulant behandling: Ambulant behandling finder sted på flere forskellige måder i dag. At behandlingen er ambulant betyder blot, at den ikke finder sted ved at patienten er indlagt. Patienten kan derfor selv møde til samtaler og medicinkontrol i et ambulatorium eller i et distriktpsikiatrisk center udenfor hospitalets matrikel. Eller patienten kan modtage besøg i eget hjem eller institution, hvor det behandlende personale kommer til patienten og møder vedkommende i hans nærmiljø.





Forskning på psykiatriområdet skal opgraderes så den kommer på niveau med den nationale somatik og på niveau med internationale standarder, hvilket der skal tages hensyn til i bevilling af forskningsmidler.

Forskningen skal finde sted både i regionalt og kommunalt regi, så der også sættes på udvikling af den sociale omsorg for de psykisk syge.

Det tværfaglige personales viden om den medicinske behandling skal styrkes således at brede kompetencer giver mulighed for opgaveglidning<sup>7</sup>. Uddannelse af psykiatribrugere, peer-to-peer-metoden (1), skal styrkes.

I forbindelse med de mange rationaliserings- og besparelsesbestrebelsers, der ofte betyder en reduktion af personalet, må det på den enkelte afdeling sikres, at den nødvendige faglige ekspertise altid er til rådighed.

Omstillingen fra stationær sengebehandling til ambulans behandling må ikke forceres på bekostning af sikkerhed og tryghed for den enkelte patient.

KD ser gerne at der prioriteres bedre i brugen af sundhedsvæsnets ressourcer. Det må dog aldrig medføre færre menneskelige ressourcer at f.eks. medicinudgifterne øges. Medicin må aldrig erstatte den menneskelige omsorg for psykisk syge.

#### **4. INDDRAGELSE I PSYKIATRIEN**

Der skal være særlig stort fokus på at inddrage den enkelte borger i egen psykiatribehandling. Borgeren skal inddrages aktivt i tilrettelæggelsen af behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor der særligt sættes fokus på borgerens egne ressourcer.

Evnen til selvbestemmelse og mestring af problemer skal understøttes og opmuntres. I psykiatrien kaldes dette for en recovery-tilgang<sup>8</sup>.

Tekniske hjælpemidler skal implementeres så psykiatribrugere bliver i stand til at styre egen behandling, have adgang til it-teknologisk supervision og til at danne sociale netværk med andre psykisk syge ved hjælp af bl.a. it-hjælpemidler. Muligheden for videokonference skal udbygges, så behandlingsenheder i udkantsområder af landet skal kunne få hjælp i forhold til specialistbehandling og til trans kulturel psykiatri.

---

<sup>7</sup> Opgaveglidning: Når opgaver flyttes fra en faggruppe til en anden faggruppe på grundlag af kompetenceudvikling. Danske Regioner:

<http://www.regioner.dk/publikationer/sundhed+og+sygehuse/professionalisme+uden+gr%C3%A6nser>

<sup>8</sup> Recovery: Recovery kan på dansk oversættes med 'at komme sig'. Recovery-bevægelsen er en revolution inden for psykiatrien. Den tror på, at man kan komme sig af en psykisk lidelse, og at det er vigtigt at understøtte den enkelte menneskes selvbestemmelse. Det Sociale Netværk, Psykisk Sårbar: <http://www.psykisksaarbar.dk/recovery>



Pårørende skal tilbydes hjælp til støtte af den psykiske syge gennem vidensformidling og involvering. Vidensformidling gennem bl.a. psykoedukation<sup>9</sup> skal tilbydes individuelt og via deltagelse i netværksgrupper.

Civilsamfundet og frivillige indsatser udmærker sig ved at kunne noget andet end det offentlige system, herunder i forhold til at skabe ”myndighedsfri” sociale relationer mellem borgere, rummelighed i forhold til sårbare grupper, netværksskabelse og etablering af fællesskaber på tværs af baggrund, område og tema.

Det skal støttes og udvikles i psykiatrien. KD ønsker at støtte civilsamfundet i at hjælpe psykisk syge i deres nære miljø.

En særlig tilgang til at hjælpe psykisk sårbare med at komme sig i forhold til deres sygdom findes i peer-peer- metoden. Erfaringer med denne metode har vist, at personlig erfaring med recovery er inspirerende og motiverende for dem, som ikke er kommet så langt i recovery-processen.

KD ønsker af fremme tiltag der støtter op omkring inddragelse af brugererfaring på alle planer i forhold til behandling og støtte af psykisk syge.

Positive erfaringer fra projekter med brugerstyrede sengepladser skal implementeres i den regionale psykiatri på hospitalerne. Patientinvolvering i driften af sengepladskapaciteten skal understøtte intentionen om at begrænse antallet af indlæggelsesdage og på intentionen om at nedbringe brugen af tvang. Det skønnes nemlig af betydning for indlæggelsesforløbets længde, for patienttilfredsheden og oplevelsen af mestringsmulighed, at patienten selv har indflydelse på hvornår indlæggelsen er nødvendig.

## **5. NEDBRINGELSE AF TVANG I PSYKIATRIEN**

For at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien skal de psykisk syge inddrages i højere grad omkring behandlingsplaner og opfølgning efter tvangsanvendelse. Undersøgelser viser at tidligere erfaring med tvang kan bruges til at forebygge gentagelse af tvangsanvendelse. Det kræver at man bruger disse erfaringer målrettet til at opstille forebyggende aktiviteter mod tvang.

Kompetenceudvikling gennem uddannelse af personalet i håndtering af konflikter og tvangsforebyggelse skal styrkes.

Ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang skal sikres og tilstrækkelige personaleressourcer til formålet at forebygge tvang skal tilvejebringes. Fysisk indretning af behandlingssteder for psykisk syge

---

<sup>9</sup> Psykoedukation: Psykoedukation er en behandlingsform, som især benyttes i behandlingspsykiatrien. Hvis du er psykisk sårbar, vil du igennem denne behandlingsform få viden om den psykiske lidelse samt undervisning i kommunikationstræning og problemløsning. Det Sociale Netværk, Psykisk Sårbar: <http://www.psykisksaarbar.dk/code/pages/subpage529.aspx>



skal tage højde for forebyggelse af tvang. Bygninger og indretning skal tage højde for behovet for både individuelle hensyn og sikkerhed. Mulighed for skærmede afsnit og overblik til hurtig intervention ved konflikter, skal tænkes ind i kapacitetsforbedringer. Psykisk syge skal have ret til enestue under indlæggelse.

Kriminalitet er gennem en årrække steget kraftigt blandt psykisk syge. Det modsatte er tilfældet for normalbefolkningen. Vigtige årsager til denne udvikling er det store misbrug af alkohol, hash og andre stoffer, samt manglen på passende behandlingstilbud til disse psykisk syge. Det skal der skrives ind overfor.

## **6. BEDRE STYRING OG RESSOURCEANVENDELSE I PSYKIATRIEN**

Der skal gøres en indsats for at ressourcerne i psykiatrien bruges bedre. En bedre styring skal sikre en mere effektiv ressourceanvendelse, en bedre koordinering af de forskellige opgaver og en sikring af det faglige indhold i psykiatritilbuddet til borgerne. Der skal skabes større og mere systematisk viden om kvalitet og bedste praksis samt bedre styring af sundhedsvæsenet med udgangspunkt i forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, høj patientinddragelse og lavere udgifter per borger. Dette kan ske ved at hente inspiration fra de store styringsforbedringer der bl.a. er sket på hjerte- og kræftområdet. Blandt andet skal der opnås enighed om hvilken form for behandling der gavner bedst for færrest ressourcer.

Dokumentation og registreringer i sundhedsvæsenet skal forenkles og sikre at den bedste praksis i behandling tilbydes patienterne. Dette bør ske ved at de bedste resultater i sundhedsvæsenet bliver retningsgivende for hvordan behandlingen tilrettelægges på psykiatrimrådet. Dokumentation og registreringer sikre at ressourcerne bruges effektivt til gavn for psykiatriens brugere og i respekt for skatteborgerens penge.

## **7. AMBULANT BEHANDLING**

KD støtter den udvikling der sikrer den enkelte borger størst mulig indflydelse på eget liv, hjælp til selvhjælp, inddragelse af pårørende og civilsamfund og det mindst indgribende behandlingstilbud i den enkeltes situation. Dette betyder at mennesker med psykisk sygdom skal hjælpes af samfundet til den nødvendige behandling og restitution, samt at denne skal tage udgangspunkt i den enkelte persons særlige behov. Mennesker skal ikke presses ind i standardkasser for at ensrette hjælpen til flere forskellige personer. Mennesker i nød skal mødes af samfundet der hvor de er og hjælpes til at kunne klare sig selv.

Derfor skal den ambulante indsats styrkes, således at indlæggelsesbehov minimeres og restitution i eget hjem optimeres.

Borgerne skal have adgang til akut hjælp ved psykisk sygdom og selvmordsrisiko alle dage i alle døgnets timer. Regionerne skal tilbyde hurtig og gratis undersøgelse og behandling af psykisk sygdom.

Hurtig hjælp til psykisk syge med selvmordstanker og selvmordsplaner er livsvigtig. Begrænset sengekapacitet må aldrig være årsag til at psykisk syge ikke tilbydes den menneskeligt og fagligt forsvarlige hjælp.

Der skal ske en hurtig diagnosticering af sygdom. Det gælder i særlig grad, hvor lægen skønner, at der er risiko for en alvorlig sygdom. Patienten og eventuelle pårørende skal informeres om undersøgelsesresultatet samt om behandlingstilbud.

Bestræbelser for at sikre kort ventetid må ikke ske på bekostning af kvalitet og sikkerhed. Begrundelsen for hurtig undersøgelse og behandling er, at jo længere tid der går hvor psykisk sygdom forbliver ubehandlet, jo vanskeligere bliver det at restituere sig og jo dårligere funktionsniveau risikerer man at opnå efter behandling. Samtidig undgås de store sociale påvirkninger, som psykisk sygdom har stor risiko for at forårsage. Derfor er der både livskvalitet og god samfundsøkonomi i at undersøge og behandle hurtigt.

Hurtig og god udredning og behandling af psykisk sygdom er afgørende vigtig for borgerens livskvalitet og de konsekvenser psykisk lidelse har for samfundsøkonomien.