

mia. kr. Senest er der i psykiatriaftalen for 2000-02 afsat 750 mio. kr. til forbedring af tilbudene til sindslidende. Og det er vel at mærke ekstra statspenge, som supplerer de midler, amter og kommuner selv anvender på psykiatriområdet.

Hvor langt er vi så nået? I sundhedsvæsenet er der gennemført forbedringer af de fysiske rammer, som betyder, at to ud af tre indlagte patienter ved udgangen af 2002 vil have enestuer. Distriktspsykiatrien er udbygget og dækker nu hele landet. Dermed har vi nået det første mål: Udbygningen i bredden. Og vi er i gang med at udbygge i dybden, det vil sige en udbygning af kapaciteten og kvaliteten i distriktspsykiatrien.

Fra 1996 til 1999 voksede personalet i distriktspsykiatrien med 27 pct. og nåede op på ca. 1.000 stillinger. Tilsvarende voksede antallet af stillinger på sygehusene i samme periode med 21 pct., så vi i 1999 nåede op på knap 9.000 stillinger.

Fra 1993 til 1999 har hospitalspsykiatriens kapacitet ligget nogenlunde fast med i størrelsesordenen 4.200 heldøgnsenge. Det vil sige, at den reduktion, der har været i hospitalskapaciteten, er stoppet.

Lad mig også nævne et par eksempler på kvalitative forbedringer. Der var i 1999 etableret 19 psykiatriske skadestuer eller døgnberedskaber med i størrelsesordenen 40.000 kontakter bare i 1999. Der gøres forsøg med opsøgende psykose-teams. Der er etableret tilbud i alle amter for patienter med spiseforstyrrelser.

Tilgangen af patienter inden for børne- og ungdomspsykiatrien er større, end det har været muligt at opbygge kapaciteten. Målet er: Børn og unge undersøges og behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Derfor er der i psykiatriaftalen en særlig prioritering af dette område, herunder om uddannelse af det nødvendige personale, men det kræver et langt, sejt træk. Men børn og unge skal ikke indlægges på voksenafdelinger.

Selv om der er sket meget, er vi stadig et godt stykke vej fra at kunne være tilfredse med den behandling og omsorg, som tilbydes sindslidende i Danmark. Derfor vil jeg godt nævne et par af hovedprioriteringerne i den fremtidige indsats for de sindslidende.

For det første må vi fortsat arbejde på at skabe mere sammenhæng i tilbudene. For et menneske, der har store vanskeligheder med at få livet til at hænge sammen, skal den professionelle indsats selvfølgelig hænge sammen.

En ny rapport fra et udvalg i Sundheds- og Socialministeriet har netop sat fokus på arbejdet med at sikre sammenhæng og kontinuitet i de samlede offentlige tilbud til de sindslidende. Rapporten, der er udarbejdet i samarbejde med brugere og pårørendeorganisationerne, fremhæver flere forhold som vigtige i bestræbelserne på at skabe mere sammenhæng i tilbudene.

Men rapporten understreger også betydningen af, at den sindslidende så vidt muligt inddrages i tilrettelæggelsen og valget af tilbud. I den sammenhæng fremhæves også betydningen af, at der eksisterer varierende tilbud, så den sindslidende har nogle valgmuligheder

For det andet skal der være hjælp at hente, når der er brug for den. Psykiatriske krisesituationer opstår jo på alle tider af døgnet. Der skal med andre ord være mulighed for at hjælpe hele døgnet. Tilgængeligheden skal forbedres.

For det tredje vil jeg gerne fremhæve tidlig indsats og opsøgende indsats som vigtige nøgleord i de kommende års udvikling af psykiatrien. Med inspiration fra udlandet er flere amter på vej med forsøg med en mere opsøgende indsats.

Ønsket om en mere intensiv opsøgende indsats afspejler, at ikke alle psykiske syge altid er i stand til selv at fastholde kontakten med behandlings- og støttetilbudene. Men vi må også respektere, at sindslidende som udgangspunkt har samme selvbestemmelsesret som andre patienter. Der er tale om en balancegang, som jeg ser frem til at vi nu i praksis får indhøstet nogle flere erfaringer med.

For det fjerde: Vi må fortsætte bestræbelserne på at rekruttere og uddanne det nødvendige personale samt skabe anstændige fysiske rammer for de sindslidende.

Og endelig for det femte vil vi fremhæve forskning og kvalitet i behandlingen. De seneste måneders debat har afdækket store forskelle i det faglige behandlingstilbud fra amt til amt. Jeg tænker f.eks. på brugen af elstimulation, som varierer ret meget fra amt til amt, for at sige det diplomatisk.

Jeg er glad for, at Sundhedsstyrelsen nu tager initiativ til en drøftelse af og få en forklaring på disse forskelle af fagfolkene. Skyldes det forskelle i patientgrupper? Skyldes det forskelligheder i fagkompetencerne? Skyldes det forskelle i ressourcerne? Der er behov for at få en god analyse, og der er behov for at få en god forklaring på, hvorfor tingene varierer så meget, som de gør.

Det er et lægefagligt ansvar at sikre, at den enkelte sindslidende får tilbudt den rigtige be-