

struede, både ved selvmordsforsøg, ved frem-satte selvmordstanker og ved mistanke om selv-mordsfare. Det anbefales, at der udarbejdes lo-kale instrukser, og at der indgås samarbejdsafta-ler mellem sygehuset og relevante parter i den primære sundheds- og socialektor med henblik på opfølgning af selvmordstruede patienter.

En styrkelse af indsatsen for at hjælpe patienter med spiseforstyrrelser har også været prioriteret i stadig større omfang gennem en årrække. Der er i flere omgange afsat midler, med henblik på at amterne og H:S kan udvikle og udbygge deres behandlingstilbud til denne gruppe patienter. Regeringen afsatte i 2002 25 mio. kr. af meraktivitetspuljen til en øget indsats i børne- og ungdomspsykiatrien. I aftalen om amternes økonomi samme år indgik, at tilbuddene i børne- og ungdomspsykiatrien kunne udbygges med uddannelse af mere personale med en særlig prioritering af behandling af spiseforstyrrelser. Det er en prioritering, som altså blev iværksat i 2002 og fastholdt senere.

Med psykiertiaftalen for 2003-2006, som jo er en aftale, vi i efteråret skal diskutere hvordan kan forlænges – og det er jo, kan man sige, vores første chance for at give området her øget prioritering – blev der afsat 1 mia. kr. til psykiatrien, heraf 600 mio. kr. til sundhedsområdet og 400 mio. kr. til det sociale område. Og et særlig prioriteret område i psykiertiaftalen er netop behandling af patienter med ikkepsykotiske lidelser, herunder altså spiseforstyrrede. Der er f.eks. bevilget støtte til otte projekter til forbedring af indsatsen for spiseforstyrrede; der er bl.a. bevilget støtte til etablering af ekstra sengepladser, til udvidelse af de ambulante tilbud, til nedbringelse af ventetider og til udvikling af specialtilbud målrettet spiseforstyrrede.

I aftalen om amternes økonomi for 2005 indgik, at amterne kan prioritere en øget indsats for sindslidende, herunder en øget indsats for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Kl. 10.15

Regeringen har sammen med satspuljepartierne afsat 30 mio. kr. årligt – fra 2005 og frem – til en styrkelse af indsatsen på området i overensstemmelse med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen, som i 2005 anbefalede, at hvert amt opretter et tværfagligt spiseforstyrrelses-team, som skal varetage central amtslig visitation, samle behandlingen i amtet og udføre konsulentopgaver.

Sundhedsstyrelsen har desuden anbefalet, at landsdelsfunktionerne styrkes med henblik på

at varetage behovet for behandling af de alvorligste tilfælde af spiseforstyrrelser, og at de samtidig fungerer som ressourcecentre for de amtslige team. Og endelig anbefalede Sundhedsstyrelsen, at spiseforstyrrelser primært behandles ambulant.

I perioden fra 2000 til 2006 blev der via satspuljen afsat i alt 41,1 mio. kr. til en social indsats mod spiseforstyrrelser, der skulle supplere den indsats, jeg her omtalte på sundhedsområdet.

Midlerne på det sociale område er bl.a. brugt til en udvidelse af telefonrådgivningen i Center for Spiseforstyrrelser, etablering af pårørende-grupper med faglig supervision, udarbejdelse og udsendelse af informationspjecer, regionale seminarer for medarbejdere i social- og sundhedssektoren, forsøg med støtte- og kontaktpersoner og efterværn, selvhjælpsgrupper med faglig supervision – for blot at nævne anvendelsen af nogle af midlerne. Der er også givet etablerings- og driftsstøtte til det private sociale behandlingstilbud AIDA på godt 5 mio. kr.

Så man kan jo sige, at regeringen sammen med satspuljepartierne – så det hviler altså på en bred politisk indsats og enighed i Folketinget – har gjort meget for at forebygge og afhjælpe selvmordsforsøg, selvmord og spiseforstyrrelser hos piger og unge kvinder.

Der er afsat mange midler, og det fremhæver jeg her for at tegne et billede af, at der er politisk opmærksomhed om feltet her, men jeg skal være den første til at indrømme, at det jo ikke får træerne til at vokse ind i himlen. Der er bestemt fortsat rum for forbedring.

Derfor er regeringen også meget indstillet på at bidrage til at understøtte en fortsat positiv udvikling på området. Nogleordene er at udvikle indsatsen, og her er der to udfordringer: Der er både en kvalitativ udfordring – det er helt oplagt, at ikke mindst i spørgsmålet om behandling af spiseforstyrrelser mangler vi viden om, hvilke behandlingstilbud der er de mest effektfulde – og selvfølgelig også en kvantitativ udfordring.

Vi ved, at der er et pres på behandlingstilbudene, og at de ikke altid står klar, når behandlingsbehovet er til stede. Derfor er vi meget indstillede på at gå i dialog med de partier, der har taget et fælles ansvar for at lave en psykiatriplan, også når vi til efteråret skal diskutere forlængelsen af psykiatriplanen, og sikre, at vi fortsat prioriterer området. Jeg er også meget indstillet på at diskutere, hvordan de midler fra den