

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 16. januar 2008
Kontor: Regional sundhed
J.nr.: 2005-12142-241
Sagsbeh.: jli
Fil-navn: Dokument 2

Besvarelse af spørgsmål nr. 88 (Alm. del – bilag 49), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 17. december 2007

Spørgsmål 88:

"Ministeren bedes kommentere materialet fra PS Landsforeningen, jf. alm. del – bilag 49, og herunder redegøre for anvendelsen af incitamentspuljen på 16,5 mio.kr., og for om det er muligt at konvertere eventuelle restbeløb til uddannelse? Desuden bedes ministeren redegøre for balancen mellem den socialpsykiatriske og den lægelige behandling af spiseforstyrrede."

Svar:

Jeg kan indledningsvis oplyse, at der fra incitamentspuljen til behandling af spiseforstyrrelser på private behandlingssteder er givet tilsagn til regionerne om støtte på 9,4 mio.kr. Regionerne har ved udgangen af 2007 tilsammen fået udbetalt ca. 2,0 mio.kr. af de bevilgede 9,4 mio.kr.

Satspuljepartierne var med psykiertiaftalen 2007-2010 enige om, at den del af incitamentspuljemidlerne, der endnu ikke var brugt, skulle henstå til formålet til udgangen af 2007. Jeg vil foreslå partierne bag incitamentspuljen, at vi drøfter anvendelsen af puljens restbeløb i forbindelse med de kommende satspuljeforhandlinger.

Som det er udvalget bekendt, udgav Sundhedsstyrelsen i 2005 rapporten "Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling". Rapportens formål er bl.a. at øge kompetencen i sundhedsvæsenet, men også at tilskynde til en mere ensartet behandling af spiseforstyrrelser. I rapporten gives bl.a. en række anbefalinger for hensigtsmæssig organisering af området.

Med det formål at styrke den sundhedsfaglige indsats på området i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger afsatte regeringen sammen med satspuljepartierne 30 mio. kr. årligt ekstra fra 2005 og fremefter.

For at følge udviklingen på området tæt aftalte parterne, at regeringen en gang årligt, i Sundhedsstyrelsens statusnotat om udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, redegør for regionernes øgede indsats både for så vidt angår ændret organisering og øget kapacitet.

Som jeg netop har orienteret Sundhedsudvalget om, konkluderer Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe i statusnotatet for 2007, at der er igangsat en vis styrkelse af indsatsen på området i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ventetiderne for spiseforstyrrede er generelt kortere end for de børne- og ungdomspsykiatriske patienter i øvrigt, men ligesom i børne- og ungdomspsykiatrien generelt kan der også her ses en stigning i antallet af henviste, hvilket har affødt større ventelister. Opfølgingsgruppen forventer, at etableringen af mere specifikt målrettede tilbud på området vil medføre en positiv udvikling af kvaliteten på dette vanskelige felt.

Opfølgingsgruppen konstaterer således en effekt af de iværksatte tiltag på området, hvilket, jf. bilag 49, er samstemmende med PS Landsforeningens opfattelse. Men der er fortsat behov for en styrkelse af indsatsen bl.a. fordi, der stadig er for lang ventetid på behandling.

Jeg kan i den forbindelse oplyse, at der med psykiertiaftalen 2007-2010 var enighed om, at der fra 2008 gradvist indføres udvidede rettigheder for psykiatriske patienter. Regeringen forventer på den baggrund i foråret 2008 at fremsætte lovforslag om indførelse af udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder for børn og unge på det psykiatriske område, herunder for børn og unge med spiseforstyrrelser. Formålet hermed er bl.a. at få nedbragt ventetiderne for undersøgelse og behandling.

Regeringens og satspuljepartierne var med aftalen også enige om den fælles målsætning, at tilsvarende rettigheder skal udbredes til alle patienter i psykiatrien fra 2010.

For så vidt angår spørgsmålet om balancen mellem den socialfaglige indsats og den sundhedsfaglige behandling har Sundhedsstyrelsen oplyst, at det af Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 fremgår, at opfølgning og efterbehandling generelt bør være en del af behandlingsindsatsen overfor spiseforstyrrede afhængig af diagnose og sværhedsgrad. Det fremgår ligeledes af rapporten, at diagnostik og behandling generelt er lægefaglige opgaver, dvs. opgaver for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har endvidere oplyst, at det som udgangspunkt for de ofte langvarige forløb vil være hensigtsmæssigt at skelne mellem en behandlingsmæssig indsats inklusiv sundhedsfaglig opfølgning, kontrol og stabilisering – denne kan i mange tilfælde foregå f.eks. ambulant, men er som udgangspunkt et lægeligt ansvar - og en socialfaglig indsats, hvor ansvaret ligger hos de kommunale myndigheder. I en lang række forløb vil disse to typer af indsatser skulle kombineres og eventuelt skulle finde sted samtidig. Hensigtsmæssige samarbejdsaftaler generelt og om den enkelte patient er i denne sammenhæng væsentlige.

Det er således vigtigt, at de involverede sektorer samarbejder om og koordinere indsatsen overfor spiseforstyrrede. En yderligere styrkelse af sam-

arbejdet mellem regioner og kommuner om indsatsen kan jo bl.a. ske gennem de obligatoriske sundhedsaftaler.