

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: MEDINT
Sagsbeh.: DEPCRV
Koordineret med:
Sagsnr.: 1705153
Dok. nr.: 403737
Dato: 09-07-2017

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Tale til brug for besvarelse af SUU alm. del spm. DI, DJ og DM om antidepressive lægemidler ved åbent samråd i Sundheds- og Ældreudvalget den 27. juni 2017, kl. 12-13.30. Varighed ca. 30 minutter]

Samrådstale

[Spørgsmål DI lyder således:

”Vil ministeren redegøre for, om den nye undersøgelse fra Copenhagen Trial Unit om effekten af anti-depressiv medicin giver anledning til revision af de kliniske retningslinjer for behandling af moderat til svær depression?”

Spørgsmål DJ lyder:

”Vil ministeren redegøre for, hvordan ministeren har tænkt sig at afhjælpe den usikkerhed ved den nuværende behandling, som undersøgelsen fra Copenhagen Trial Unit, ifølge Depressionsforeningen, har givet anledning til hos mennesker med depression?”

Spørgsmålet henviser til en konkret artikel fra Depressionsforeningen.

Spørgsmål DM lyder:

”Ministeren bedes redegøre for årsagerne til udviklingen i antallet af børn og unge under 18 år, som får antidepressiv medicin. Ministeren bedes herunder redegøre for, hvordan ministeren vil sikre, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i højere grad overholdes således, at færre børn og unge behandles med medicin, og medicin kun anvendes, når andre behandlingsmetoder vurderes at være utilstrækkelige”.

Svar:

[Indledning - praktik]

Tak for spørgsmålene.

For alle tre spørgsmål gælder, at de vanskeligt kan besvares uden at inddrage en hel del data, fakta og fagtekniske forklaringer. Og det kan godt gøre den her diskussion lidt mere teknisk end normalt, fordi det er store fagligheder, der står over for hinanden

Men når alt er sagt, og vi forlader det her rum, så håber jeg, at to væsentlige konklusioner vil stå helt klart tilbage også for os, der ikke nødvendigvis er fagfolk på området.

Nemlig for det første, at Lægemiddelstyrelsen ikke kan tilslutte sig konklusionerne på Copenhagen Trial Units studie af antidepressive lægemidler.

Og for det andet, at brugen af antidepressive lægemidler til børn og unge igennem en årrække har været faldende og fortsat falder. Og jeg synes, at det er grundlæggende positivt.

[Svar på spm. DI]

Men hvis vi skal starte fra en ende af:

Det første spørgsmål – spørgsmål DI – vedrører Copenhagen Trial Units undersøgelse fra 8. februar i år om effekten af såkaldte SSRI-lægemidler på svær depression.

Der spørges om, hvorvidt undersøgelsen giver anledning til revision af de kliniske retningslinjer for behandling af moderat til svær depression.

Her er tale om en kompliceret diskussion mellem fagfolk, som jeg også nævnte, mellem forskere og kliniske eksperter. Og for udenforstående kan det nogle gange være overordentligt svært at vurdere, hvad der er op og ned i debatten, fordi det er forskellige fagligheder og forskellige faglige opfattelser, der støder sammen.

På den ene side står et forskerhold, som i pressen blandt andet citeres for, at lykkepiller øger risikoen for alvorlige, skadelige hændelser og en lang række bivirkninger.

På den anden side står speciallæger i psykiatri, som udtaler, at undersøgelsen konkluderer præcist det modsatte. Nemlig god effekt af medicinen og en stigning i livskvalitet sammenlignet med behandling med placebo.

Så det, som jeg vil begive mig ind i, det er jo på én eller anden måde at stikke hånden i dette hvepsebo af modsatrettede vurderinger og så prøve i stedet for at lade sagkundskaben i de styrelser, der ligger under Sundhedsministeriet, være dem, der vejer tungt.

Og for at kunne svare fyldestgørende vil jeg indledningsvis på baggrund af netop oplysninger fra Lægemiddelstyrelsen og de øvrige styrelser under ministeriet belyse de væsentligste forhold omkring undersøgelsen, så vi har en fælles referenceramme for spørgsmålet.

Det drejer sig om tre forhold:

- Hvad er SSRI-præparater?
- Hvad siger Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området?
- Og så naturligvis: Hvad siger undersøgelsen fra Copenhagen Trial Unit?

[Hvad er SSRI-præparater]

SSRI-lægemidler – populært kaldet ”lykkepiller” – er en undergruppe i den samlede gruppe af antidepressive lægemidler. De virker ved at hæmme genoptaget af bestemte signalstoffer i hjernen.

SSRI-præparater er ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning førstevalg til medicinsk behandling af moderat og svær depression. Det er dermed den mest anvendte type af antidepressiv medicin i Danmark i dag.

Der er tale om lægemidler, der er behørigt testet og godkendt, inden de blev bragt på markedet. De fleste af lægemidlerne i gruppen har været på markedet i en årrække. Der er derfor solide data for deres virkninger og bivirkninger inden for de områder, som de er godkendt til behandling af.

Hvor et lægemiddel har en virkning, vil der som hovedregel også desværre ofte være bivirkninger. Antidepressive lægemidler er ingen undtagelse. De kan – ligesom andre lægemidler – forårsage bivirkninger.

De kendte bivirkninger fremgår af de enkelte lægemidlers produktresumé. Generelt om bivirkningsprofilen for antidepressive lægemidler oplyser Lægemiddelstyrelsen, at mest almindeligt er mave-tarm-bivirkninger som kvalme, diarré eller mavesmerter.

Bivirkninger fra nervesystemet, for eksempel hovedpine, svimmelhed og søvnforstyrrelser, er også meget almindelige, ligesom psykiske symptomer som angst, uro og nervøsitet. Hertil kommer en række sjældnere bivirkninger.

For alle antidepressive lægemidler gælder, at lægen herudover skal være opmærksom på risikoen for selvmord og selvmordsrelaterede hændelser.

Det skyldes, at lidelsen depression i sig selv er forbundet med en øget risiko for selvmordstanker, selvdestruktive handlinger og selvmord.

Men det skyldes også, at klinisk erfaring viser, at selvmordsrisikoen faktisk kan stige i de tidlige helbredelsesstadier, hvor patienten opnår en øget selvindsigt. Derfor bør patienterne overvåges tæt i starten af behandlingsforløbet.

Og når alt det er sagt, så er det væsentligt at holde fast i to meget vigtige pointer:

For det første, at ingen lægemidler godkendes og markedsføres i Danmark, hvis ikke Lægemiddelstyrelsen eller de europæiske lægemiddelmyndigheder har vurderet, at fordelene ved medicinen opvejer ulemperne. Med andre ord, at effekten opvejer bivirkningerne.

Og det er fortsat Lægemiddelstyrelsens vurdering, at SSRI-præparater gavner mere end, de skader, for patienter, som dagligt må døje med svær depression og alt, hvad det kan bringe med sig af angst og selvdestruktive tanker.

For det andet mener nogle psykiatriske overlæger, at det kan være direkte livsfarligt, hvis patienter med svær depression ikke bliver behandlet med antidepressiv medicin.

Der er altså ikke tale om enten-eller her. Medicinsk behandling kan være den eneste rigtige vej for nogle patienter, selv med de bivirkninger, det måtte medføre.

[Hvad siger Sundhedsstyrelsens vejledning?]

Det andet spørgsmål gik på, hvad Sundhedsstyrelsens vejledning siger.

Der er især tre ting fra Sundhedsstyrelsens Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler fra 2014, som jeg vil fremhæve:

- For det første, at behandling af depression hos voksne over 25 år kan behandles af alle læger – også alment praktiserende læger. Det er anderledes ved behandlingen af børn og unge, og det vil jeg komme nærmere ind på under min besvarelse af spørgsmål DM.
- For det andet, at lægen som hovedregel skal udrede voksne patienter over mindst 2 konsultationer. Det er for at udelukke, at der er tale om en psykisk reaktion, som ikke kræver behandling med antidepressive lægemidler.
- Og for det tredje, at ikke-farmakologisk behandling er en væsentlig del af behandlingen. Lægen skal derfor – uanset sværhedsgraden af depressionen – tilbyde alle patienter støttende samtaler eller samtaleterapi.

Det typiske behandlingsforløb hos voksne afhænger af indikationen og sværhedsgraden af sygdommen.

Det følger af vejledningen, at ved depression af let grad er der som udgangspunkt slet ikke indikation for medicinsk behandling. Ved depression af moderat grad kan der være indikation for medicinsk behandling. Ved depression af svær grad er der som hovedregel indikation for medicinsk behandling.

Og heldigvis tyder data fra Sundhedsdatastyrelsen på, at lægerne følger vejledningen. Forbruget af den samlede gruppe af antidepressive lægemidler, som SSRI-lægemidler jo er en del af – har nemlig været faldende i Danmark de seneste år. Det vil jeg behandle mere indgående lidt senere.

[Hvad siger Copenhagen Trials undersøgelse?]

Det bringer os til mit tredje spørgsmål – det om Copenhagen Trials undersøgelse.

Som nævnt kan Lægemiddelstyrelsen ikke tilslutte sig Copenhagen Trial Units studie af antidepressive lægemidler.

Lægemiddelstyrelsen bygger sin konklusion på en række meget faglige argumenter, som jeg vil forsøge at viderebringe så enkelt som muligt. Men alligevel kommer vi ikke uden om, at stoffet er teknisk.

Jeg sender derfor også gerne et uddybende notat om undersøgelsen, som Lægemiddelstyrelsen har gennemført, til udvalget, hvis der måtte være ønske om det.

Undersøgelsen er publiceret i det internationale tidsskrift "BMC Psychiatry". Her beskriver en række forskere – primært fra Copenhagen Trial Unit – under Københavns Universitetshospital på Rigshospitalet, resultaterne af deres metaanalyse.

En metaanalyse sammenfatter alle tilgængelige, som spørgeren jo også sagde, og relevante forsøgsresultater på et område. Forsøgsresultaterne er typisk hver især tidligere offentliggjort som selvstændige videnskabelige publikationer.

Der er altså ikke tale om nye data, men om en ny sammenstilling af gamle data. Dermed er der i og for sig heller ikke så meget nyt under solen i undersøgelsen fra Copenhagen Trial Unit.

Lægemiddelstyrelsen oplyser, at der tidligere er udført lignende metaanalyser. Generelt viser de, at SSRI-præparater virker på depression.

Den aktuelle metaanalyse fra Copenhagen Trial Unit viser også, at der er en virkning af SSRI-præparater på depression – endda med stor statistisk sikkerhed ifølge Lægemiddelstyrelsen. Men her sår forfatterne tvivl om virkningens kliniske betydning, som de finder meget sparsom.

Lægemiddelstyrelsen er dog ikke i tvivl: De ser flere problemer med undersøgelsens konklusion. Jeg vil her fremhæve blot nogle af dem.

For det første er de studier, som forskerne har valgt at inddrage i analysen, særdeles forskellige og ikke umiddelbart sammenlignelige.

Der er forskelle:

- I patientgrupper,
- i sværhedsgraden af depression,

- i behandlingsvarighed og
- i doseringen af lægemidlerne.

Vi har altså at gøre med en analyse, som lidt forenklet sagt vejer pærer op mod æbler.

For det andet er nogle af studierne ikke egnede til at konkludere på i bred sammenhæng. Det er eksempelvis fordi, der er målt på en kort behandlingstid helt ned til 1 uge. Det er ifølge styrelsen for kort tid til at måle effekten af antidepressiv medicin, som normalt skal tages over længere tid.

For det tredje inddrager nogle af studierne patienter, der fik meget små doser medicin. For lav dosering kan ifølge Lægemiddelstyrelsen være forklaring på, at patienterne i forsøget ikke har opnået den rette effekt.

For det fjerde er nogle af studierne endelig udført med atypiske patientgrupper. Der er for eksempel patienter, der er afhængige af smertestillende medicin samtidig med, at de får antidepressiv medicin. Her kan brugen af flere typer medicin samtidig have betydning for effekten.

Når det kommer til SSRI-lægemidlernes bivirkninger, bidrager metaanalysen ifølge Lægemiddelstyrelsen ikke med ny viden.

Samlet set er det derfor Lægemiddelstyrelsens vurdering, at analysen hverken fremstår bedre eller grundigere end tidligere analyser eller bidrager med ny viden om medicinens virkning eller risiko for bivirkninger.

På den baggrund giver metaanalysen ikke styrelsen anledning til at ændre på hverken lægemidlernes indlægssedler, produktresume eller myndighedernes anbefalingerne for brug af antidepressive lægemidler til voksne patienter med depression.

Det er den vurdering fra Lægemiddelstyrelsen, som jeg på det foreliggende grundlag tilslutter mig.

[Svar på spm. D1]

Jeg vil gå videre til besvarelsen af spørgsmål D1.

Her spørges til, hvad jeg vil gøre for at afhjælpe den usikkerhed ved den nuværende behandling, som undersøgelsen fra Copenhagen Trial Unit, ifølge Depressionsforeningen, har givet anledning til hos mange mennesker med depression?

Jeg kan rigtig godt forstå, at man som patient bliver forvirret og bekymret, når forskellige eksperter tager livtag med den eksisterende viden på sundhedsområdet og ikke når frem til det samme resultat.

Det kommer nok ikke bag på nogen, at jeg ikke er ekspert udi effekten af antidepressive lægemidler, og jeg vil derfor tillade mig at læne mig op ad den faglige ekspertise, der ligger i mine styrelser. Og jeg kan heldigvis på den baggrund betrygge både borgere og patienter om, at jeg synes, at de skal gøre det samme.

Som jeg netop har redegjort for, giver metaanalysen hverken mig eller mine styrelser anledning til at ændre på de gældende anbefalinger om behandling med antidepressive lægemidler.

Baggrunden for den vurdering har Lægemiddelstyrelsen i sidste uge offentliggjort på sin hjemmeside – og heldigvis i et sprog, så alle kan være med. Så de netop også kan forstå, hvad der er op og ned i styrelsens faglige syn på undersøgelsen.

Der kan jeg blandt andet citere følgende fra den konklusion, som Lægemiddelstyrelsen har offentliggjort:

”Forskerne bag metaanalysen gik meget hårdt ud i pressen med budskabet om, at antidepressiv medicin ikke virker. Det mener vi kan skabe utryghed hos patienter, der bruger antidepressiv medicin, og derfor melder vi nu klart ud, at vi i Lægemiddelstyrelsen har lavet en grundig vurdering af analysen, og vi kan ikke tilslutte os forskergruppens konklusioner”.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen følger den videnskabelige debat og på den baggrund løbende vurderer behovet for at revidere vejledninger og retningslinjer.

Derfor har styrelsen allerede planlagt i 2. halvår af 2017 at iværksætte en opdatering af de to væsentligste vejledninger på området, nemlig:

- Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, som er tilbage fra 2013, og
- Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler fra 2014.

I forbindelse med udgivelse af de reviderede vejledninger vil Sundhedsstyrelsen gennemføre en informationsindsats målrettet lægerne.

Jeg synes, at de to styrelsers planlagte kommunikationsindsatser rettet mod henholdsvis borgere og fagfolk, er relevante.

Og jeg forventer, at de til sammen vil have den oplysende og tryghedsskabende effekt, som patienter og pårørende har efterspurgt.

[Spørgsmål DM – indledning og præmis]

Det sidste af de tre samrådsspørgsmål – samrådsspørgsmål DM – indeholder to delspørgsmål, som jeg vil forsøge at besvare ét for ét.

Der spørges for det første, om jeg vil redegøre for årsagerne til udviklingen i antallet af børn og unge under 18 år, som får antidepressiv medicin.

For det andet spørges til, hvordan jeg vil sikre, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i højere grad overholdes, så færre børn og unge behandles med medicin, og medicin kun anvendes, når andre behandlingsmetoder vurderes at være utilstrækkelige.

Jeg vil tillade mig, før jeg kaster mig over besvarelsen af de to delspørgsmål, at starte et andet sted. Nemlig med det, der er indikationen i spørgsmålet, hvor man næsten får det indtryk med spørgsmålet, at udviklingen i børn og unges forbrug af antidepressiva går i den forkerte retning. Den myte vil jeg gerne mane i jorden med det samme.

Fordi forbruget af antidepressiva blandt børn og unge det er faldende. Her taler vi hele gruppen af antidepressiva – ikke blot SSRI-præparaterne som ved de tidligere samrådsspørgsmål.

Forbruget har ifølge Sundhedsdatastyrelsen været faldende lige siden 2010, og antallet af personer, der får antidepressiva, er nu nået ned på det laveste niveau i den 10-årige periode, som styrelsen har kigget på. Det vil sige, at forbruget er lavere nu end for 10 år siden.

Faldet gælder både hele gruppen af de 0-24 årige brugere under ét og henholdsvis gruppen af børn under 18 år og de unge på 18-24 år. Ligesom det gælder for begge køn.

Også forbruget målt på mængde er faldet siden 2010. Endelig er også forbruget i undergruppen af SSRI-præparater faldet hos børn og unge. Så der ses et fald hele vejen rundt.

Og hvor mange børn og unge taler vi om, når vi taler om forbrug af antidepressiv medicin?

Andelen af børn og unge mellem 0 til 17 år, der har indløst mindst én recept på antidepressive lægemidler var i 2007 0,4 pct. af børnene.

I 2010 nåede andelen en top på 0,5 pct., hvorefter det faldt støt til de 0,3 pct., som vi ser i dag.

I absolutte tal svarer det til 3.890 børn under 18 år og 19.245 unge mellem 18 og 24 år, som har indløst mindst én recept på antidepressive lægemidler i 2016.

Jeg kan da sige, at jeg naturligvis gerne ville ønske, at de tal var endnu lavere. Men jeg synes sådan set godt, at vi kan glæde os over, at brugen går i den rigtige retning og har været faldende over en årrække.

Jeg havde da gerne set, at alle børn var raske og kunne leve en ubekymret tilværelse. Det, tror jeg, gælder for mange af os. Både os, der selv har børn, men også for sundhedspolitikere, som vi jo er, bredt set. Desværre må man sige, at der jo er børn, der også har behov for antidepressiver, selv om man kunne ønske det anderledes.

Der er nogle børn, som hver dag kæmper en udmattende kamp mod deres indre dæmoner som svær depression, angst og tvangshandlinger.

Børn, som selv med stor opbakning fra deres familie, venner og skole og med støtte fra psykosociale tiltag stadig ikke kan finde nøglen til, hvordan de finder ro og også finder det gode liv, som vi ønsker for alle.

Den dengang 16-årige Pernille beskriver det blandt andet i en artikel på dr.dk for nylig:

"Inden i mig havde jeg det sådan, at jeg aldrig nogensinde ville blive glad. Der var også bare en lyst til at forsvinde. En lyst til aldrig at have været her. Jeg tænkte, at det ikke ville gøre nogen forskel, hvis jeg forsvandt."

I dag er Pernille ifølge den artikel på dr.dk 25 år og har efter behandling med blandt andet antidepressive lægemidler heldigvis fået det godt.

Men der er stadigvæk børn og unge som Pernille, som har brug for medicinsk hjælp. Og her kan antidepressive lægemidler i mange tilfælde hjælpe.

Derfor mener jeg heller ikke, at målet er, at vi tabuiserer brugen af antidepressive lægemidler og siger, det er skidt for alle. Der er også børn og unge, hvor behandling med antidepressiver kan være godt.

Men jeg vil glæde mig over, at stadig flere børn og unge kan undvære antidepressive lægemidler i deres hverdag. Og det er også et arbejde, som regeringen fortsat vil arbejde hårdt for, så vi kan se den positive udvikling fortsætte.

[Årsager til udviklingen]

Hvordan kan regeringen understøtte det? Jo lad os – som spørgeren også beder om – se på nogle af de årsager, der er, ikke til den forventede stigning, som spørgeren vist lidt indikerede i sit spørgsmål. Men årsagerne til det fald, vi ser.

Jeg er ikke i stand til at give en endegyldig facitliste. Sådan én, som klart fortæller, hvad der virker, og hvad vi skal gøre mere af. Men jeg vil i hvert fald gerne starte med at rose lægerne.

For både data, vi har fra Sundhedsdatastyrelsen, og resultater af regionale projekter viser, at lægerne altovervejende følger retningslinjerne.

Den første og væsentligste hovedregel i Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2013 til medikamentel behandling af børn og unge under 18 år med psykiske lidelser er – citat fra vejledningen:

- *”at der skal udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler.”*

Ved let til moderat depression samt ved angst og tvangshandlinger er behandling af børn og unge med antidepressiv medicin dermed ikke førstevalg.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i stedet indledningsvis behandling såsom psykoedukation, stressaflastning og psykoterapi. Og jeg ved også, at vi ved besvarelse af spørgsmål fra udvalget har oversendt en lang række af de andre, bredere anbefalinger på området.

Ved behov kan behandlingen suppleres med antidepressive lægemidler, men den medicinske behandling bør ikke stå alene – heller ikke i sværere tilfælde.

Den anden hovedregel i styrelsens vejledning er lægernes opgaver i de tilfælde, hvor det viser sig, at psykosociale tiltag ikke er tilstrækkelige til at hjælpe barnet.

Her er det en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, om et barn under 18 år har behov for behandling med antidepressive lægemidler. I nogle tilfælde kan også børnelæger iværksætte den medicinske behandling.

Den praktiserende læge kan herefter overtage den videre behandling efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri.

Det er altså som hovedregel kun speciallæger med kendskab til området, der kan opstarte medicinsk behandling.

Den eneste undtagelse hertil er akutte tilfælde. Her kan andre læger undtagelsesvis starte den medikamentelle behandling efter konference med en speciallæge i børne- eller ungdomspsykiatri. Lægen skal samtidig henvise barnet eller den unge til en vurdering af en relevant speciallæge.

Overholder lægerne så de to hovedregler, jeg lige har nævnt?
Altså at medicinsk behandling ikke er førstevalg, og at det er en opgave for speciallæger, hvis medicin alligevel kommer på tale?

Ja, det gør de i store træk.

Om første hovedregel - anvendelsen af psykosociale tiltag som førstevalg – vil jeg fremhæve, at der i region Hovedstadens Psykiatri er foretaget en opgørelse over de børn og unge, som i 2016 har modtaget behandling med SSRI-lægemidler.

Der er tale om endnu ikke publicerede data. Men de foreløbige resultater viser, at langt størstedelen har modtaget psykosocial indsats før påbegyndelse af medicinsk behandling.

Det, synes jeg, både lyder rigtig fornuftigt, og det er jo også det, der fremgår af vejledningen.

For at belyse den anden hovedregel – iværksættelsen af medicinsk behandling – har Sundhedsdatastyrelsen trukket oplysninger over, hvem der har udskrevet første recept af antidepressiva for børn og unge.

Tallene viser, at blandt de 0-17-årige er første recept på antidepressive lægemidler i 2016 i langt størstedelen af tilfældene – nemlig i knap 80 % af tilfældene – udskrevet af en læge med relevant speciale. Det er eksempelvis hospitalslæger eller speciallæger i neuromedicin, børnepsykiatri eller pædiatri.

Kun i 14,4 % af tilfældene har alment praktiserende læger udskrevet den første recept på antidepressiva til barnet.

Her er det væsentligt at holde sig for øje, at det ud fra tallene ikke er muligt at sige, om der er tale om et akut tilfælde, hvor den alment praktiserende læge forud for receptudstedelsen har konfereret med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Er det tilfældet, vil medicinudskrivningen foretaget af den alment praktiserende læge være helt efter bogen og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning. Det forudsættes, at lægen efterfølgende sørger for at henvise barnet til en relevant speciallæge.

[Nye tiltag]

Men selv om udviklingen som nævnt går den rette vej, og Sundhedsstyrelsens retningslinjer i det store hele overholdes, vil regeringen naturligvis ikke bare læne sig tilbage og hvile på området.

Der er brug for et konstant fokus på at sikre vores børn og unge de bedste vilkår i sundhedsvæsenet. Hvis vi skal rette blikket fremad, er der særligt fem tiltag, som jeg vil nævne:

For det første har jeg tidligere på året igangsat en generel gennemgang af styringen i psykiatrien. Arbejdet har blandt andet fokus på at skabe:

- bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer,
- bedre dataunderstøttelse på tværs af sektorer og
- øget synlighed om økonomi, aktivitet og kvalitet i psykiatrien.

Det arbejde afsluttes ultimo 2017.

For det andet har børne- og ungepsykiaterne i noget tid efterspurgt retningslinjer for de tværgående forløb for børn og unge med psykiske lidelser.

Derfor er jeg glad for, som jeg også har fremhævet på et andet samråd, som vi har haft, om et tema, der også var knyttet til psykiatrien og børn og unge, at vi i fællesskab afsatte 38 mio. kr. til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med depression, angst, spiseforstyrrelser og ADHD.

Formålet med programmerne er, at børn og unge skal tilbydes en sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling for at forebygge behovet for medicinsk behandling.

Derfor ser jeg frem til, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen sammen med relevante parter får udviklet programmerne, så de kan tages i brug i regioner og kommuner. Det sker også her i efteråret.

Det tredje initiativ, som jeg vil nævne, er, at Danske Regioner har beskrevet et pakkeforløb for depression hos børn og unge, og lige nu ser regionerne på, hvordan pakkeforløbene kan opdateres fagligt.

For eksempel ser regionerne på, hvordan pakkerne kan få en tættere tilknytning til de kliniske retningslinjer på området, herunder hvordan medicinen anvendes, og hvordan man kan se på alternativer til medicin.

Formålet med pakkeforløb i psykiatrien er at tilbyde ensartede behandlingsforløb af høj kvalitet til patienter med psykiske sygdom og behandlingsbehov.

For det fjerde er der iværksat en landsdækkende obligatorisk efteruddannelse for speciallæger og specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatrien. Den skal sikre en ensartet tilgang til udredning og behandling af børn og unge. Forhåbentlig kan indsatsen understøtte den videre anvendelse af retningslinjerne.

Femte og sidste initiativ er, at Sundhedsstyrelsen som nævnt tager hul en revision af sin vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser i 2. halvdel af 2017.

[Afslutning]

Som jeg startede med at sige, synes jeg sådan set – på trods af, at der kan være mange faglige diskussioner og forskellige opfattelser – at det er vigtigt at holde sig for øje og positivt, at der er sket et kontinuerligt fald i brugen af antidepressiva blandt børn og unge inden for de seneste ti år, og at antallet af brugere i 2016 var det laveste for perioden.

Samtidig er der allerede mange initiativer på sundhedsområdet, der sikrer, at børn og unge ikke behandles unødigt med antidepressiva – og der er også flere på vej.

Det er et område, som vi skal holde tæt fokus på for netop at sikre, at medikamentel behandling ikke bliver en let løsning ud af nogle svære problemer.

Jeg forventer også, at de initiativer, vi i fællesskab har iværksat blandt andet om forløbsprogrammer, vil fungere som en katalysator for den fortsatte positive udvikling på området – til gavn for vores børn og unge, deres pårørende og på sigt for hele samfundet, fordi det betyder rigtig meget for os, at der er færre børn og unge, der mister taget og grebet om deres liv.

Tak for ordet!