

14. JUNI 2018

Monitorering af forbruget af antipsykotika til borgere med demens

Opdaterede tal fra 2017



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

1. Resume

Denne monitorering belyser den seneste udvikling i andelen af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotisk medicin. Baggrunden for monitoreringen er et politisk mål i regi af den Nationale Demenshandlingsplan om at reducere denne andel med 50 pct. frem mod år 2025. Dette skyldes, at risikoen for alvorlige bivirkninger ved behandling af borgere med demens med antipsykotisk medicin er væsentligt øget. Monitoreringen har endvidere til formål at give et overblik over udviklingen i forbruget af antipsykotisk medicin, samt at opnå viden om, hvor der kan være særlige problemer, som kræver en opfølgning eller indsats for at kunne nå målet. Monitoreringen understøtter således andre initiativer på området, bl.a. i regi af Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Analyserne i monitoreringen vil løbende blive revurderet årligt, og kan evt. udvides eller tilpasses for at imødekomme ny viden eller eventuelle nye datamuligheder. Valget af analyser er ikke blevet revideret efter første monitorering. Monitoreringen er den anden af sin slags.

I monitoreringen afgrænses borgere med demens ved brug af de nationale registre Lægemiddelstatistikregistret (LSR) og Landspatientregistret (LPR). Sundhedsdatastyrelsen understreger, at det ikke er alle personer med demens, som kan identificeres vha. den anvendte registerafgrænsning. Hvis borgerne hverken har fået en demensdiagnose i sygehusregi eller har fået demensmedicin på recept, kan de ikke findes i registrene og er ikke med i opgørelsen. Gruppen af borgere identificeret med demens i de nationale registre er derfor ikke nødvendigvis lig det reelle antal af borgere med demens. Nationalt Videnscenter for Demens vurderer, at der i 2017 var omkring 87.000 borgere med demens i Danmark.

Andelen af ældre borgere over 64 år med demens, som har indløst recept på antipsykotisk medicin, har ligget stabilt på omkring 20 pct. fra 2014 til 2017, men er dog reduceret til 19 pct. i 2017 svarende ca. 7.100 borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika. Det kan endnu ikke konkluderes, om der er tale om en tendens til et fald i den overordnede andel, eller om det blot kan tilskrives et mindre udsving. I Region Hovedstaden er andelen af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika lidt højere (22 pct.) end i de øvrige regioner. Tal for den overordnede andel af ældre borgere over 64 år med demens med receptindløsning på antipsykotika på nationalt plan, samt fordelt på kommuner og regioner i denne monitorering, er de samme som de, der udgives i regi af i de nationale mål på demensområdet og i de nationale mål for sundhedsvæsenet. Analyser i afsnit 3.3, 3.4, 3.5 og 3.6 i monitoreringen er ikke afgrænset til ældre borgere over 64 år. Opgørelser på kommuneniveau kan være behæftede med statistisk usikkerhed, fordi der for nogle kommuner er tale om små absolutte tal.

Der er overordnet to typer af antipsykotika, hvoraf den ene type (2. generations antipsykotika) anbefales i nogle få tilfælde til behandling af borgere med demens, mens den anden type (1. generations antipsykotika) generelt ikke anbefales. I alle regioner ses en højere andel blandt borgere med demens, som har indløst recept på 2. generations antipsykotika (12-19 pct.) end

på 1. generations antipsykotika (3-5 pct.) i 2017. De tre hyppigst anvendte antipsykotika er alle 2. generations antipsykotika: quetiapin, risperidon, olanzapin.

Andelen, som har haft receptindløsning på antipsykotika i 2017, er væsentligt højere i alle køns- og aldersgrupper hos borgere registreret med demens (17-29 pct.) end hos borgere uden en demenssygdom (2-5 pct.). Borgere med demens har også et generelt højere forbrug af andre udvalgte lægemidler end borgere uden demens, bl.a. af benzodiazepiner, smertepastre og de antidepressive midler mirtazapin og SSRI (selektive serotonin genoptagelseshæmmere).

Monitoreringen viser, at andelen med receptindløsning på antipsykotika er væsentlig højere i alle køns- og aldersgrupper blandt borgere med demens, som samtidig ses at have en eller flere andre udvalgte psykiatriske diagnoser (47-62 pct.) end blandt borgere med demens uden disse psykiatriske diagnoser (12-20 pct.). Andelen hos borgere med demens uden en psykiatrisk diagnose ser ud til at være reduceret en smule siden monitoreringen for 2016 (17-26 pct.). Borgere med demens med en psykiatrisk diagnose, har typisk haft væsentligt flere receptindløsninger (8 mod 5), indløst recepter på en større mængde (114 DDD¹ mod 35 DDD) samt købt et større antal enheder (500 tabletter/kapsler mod 336 tabletter/kapsler) end borger med demens uden en psykiatrisk diagnose. Den typiske borger med demens uden en psykiatrisk diagnose har dog således stadig indløst recept på et relativt højt antal tabletter/kapsler, men til gengæld kun en relativt lille mængde. Ca. 75 pct. af det totale antal solgte pakninger til borgere med demens i 2017 udgøres af pakninger solgt i den laveste styrke. Det er derfor sandsynligt, at mange borgere med demens er i kontinuerlig behandling med en lav daglig dosis, eftersom den typiske borger med demens har haft et højt antal receptindløsninger, har købt mange tabletter/kapsler og typisk har købt den lavest mulige styrke.

Under antagelser af, at borgerne indtager en mængde på 1 DDD hhv. 0,5 DDD dagligt, har ca. 1.100 hhv. ca. 2.600 borgere været i behandling med antipsykotika i mere end 3 måneder. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) anbefaler i deres udgivelse 'Seponeringslisten – 2017-18 – forslag til seponering af lægemidler hos voksne', at langtidsbehandling (>3 måneder) af ældre borgere med antipsykotika kun bør finde sted, hvis symptomerne er voldsomme og vedvarende trods anden relevant behandling, og hvis der er dokumenteret effekt hos den pågældende patient. Ovenstående estimering taler for, at en relativt stor andel af borgerne er i kontinuerlig behandling. Under begge antagelser om daglig dosering tegner der sig et billede af, at lidt flere borgere med demens var i langvarig behandling i 2017 sammenlignet med i 2014. Samtidig er antallet med kun én receptindløsning og dermed formentlig helt kort behandlingsvarighed steget siden 2014, hvor det var ca. 1.200 personer til ca. 1.400 personer i 2017. I analysen undersøges ikke udviklingen i antal borgere med demens med mellemlang behandlingsvarighed.

¹ DDD: Defineret døgndosis. En global måleenhed, der bruges til at opgøre mængdeforbruget af lægemidler. Ikke alle patienter tager 1 DDD om dagen (se www.whooc.no). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at hvis lægen vurderer, der er grundlag for at starte behandling med antipsykotiske lægemidler hos den ældre borger med demens, bør doseringen være mellem en tiendedel og halvdelen af de doser, der normalt anvendes hos yngre

Ca. 1.000 borgere med demens uden en psykiatrisk diagnose har i 2017 indløst mindst én recept på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Det svarer til, at ca. 9 pct. af den samlede totale mængde antipsykotika til borgere med demens er solgt til disse borgere som dosisdispenseret medicin (2014: 13 pct.). Forbruget af antipsykotika som dosisdispenseret medicin har dog været faldende siden 2014. Antallet af borgere med demens uden en psykiatrisk diagnose, som har indløst recept på antipsykotika som injektion eller depotinjektion er til gengæld fordoblet fra 2014 til 2017, hvor det er ca. 450 personer. At et relativt højt antal borgere med demens uden en af de psykiatriske diagnoser har indløst recept på antipsykotika som hhv. dosisdispenseret medicin og som injektion/depotinjektion, taler yderligere for, at en stor andel borgere er i kontinuerlig behandling.

Det er oftest alment praktiserende læger eller hospitalslæger, der opstarter den medicinske behandling af borgere med demens. Alment praktiserende læger står desuden for den største andel af den totale udskrevne mængde antipsykotika til borgere med demens (80 pct.), mens den resterende mængde overvejende er udskrevet af hospitalslæger (16 pct.) og læger med andre relevante specialer (3 pct.).

Monitoreringen viser overordnet, at...

- > ... omkring 19 pct. af ældre borgere identificeret med demens har indløst recept på antipsykotika i 2017
- > ... denne andel er højest i Region Hovedstaden og lavest i Region Nordjylland i 2017
- > ... andelen er væsentlig højere hos borgere med demens, som samtidig med demenssygdommen er registreret med en psykiatrisk diagnose
- > ... det primært er alment praktiserende læger og hospitalslæger, der opstarter og viderefører behandlingen med antipsykotika hos borgere med demens
- > ... mellem 1.000 og 2.600 borgere med demens formentlig er i kontinuerlig behandling med antipsykotika i 2017

2. Baggrund

Sundhedsdatastyrelsen skal i henhold til den Nationale Demenshandlingsplan (1) monitorere forbruget af antipsykotisk medicin blandt borgere med demens. Monitoreringen har til formål at give et overblik over udviklingen i forbruget af antipsykotisk medicin med henblik på at kunne følge målet om nedbringelse af forbruget samt at opnå viden om, hvor der kan være særlige problemer, som kræver en opfølgning eller indsats for at kunne nå målet. Målet er, at 'en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 procent frem mod år 2025'. Sundheds- og Ældreministeriet har i denne sammenhæng besluttet, at forbruget skal måles, som andelen af borgere med demens, der har indløst recept på antipsykotika.

Nationale mål for indsatsen på demensområdet

Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 indeholder tre nationale mål for indsatsen på demensområdet:

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere mennesker med demens skal udredes, og 80 pct. skal have en specifik diagnose.
3. En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

Sundhedsdatastyrelsen leverer i denne sammenhæng tal til indikatoren for det tredje mål; andelen af ældre borgere over 64 år med demens, som har købt antipsykotisk medicin både på landsplan og fordelt på kommune- og regionsniveau.

I Sundhedsstyrelsens 'National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens' fra 2013 (2) anbefales det, at antipsykotika ikke anvendes til behandling af *Behavioral and Psychological Symptoms and Signs of Dementia* (BPSD). Dette skyldes en markant øget risiko for alvorlige bivirkninger hos borgere med demens. Det anbefales at undgå behandling af personer med demens med 1. generations antipsykotika, samt at behandling med 2. generations antipsykotika kun iværksættes, hvis patienten på trods af anden behandling fortsat er forpint eller til betydelig gene eller fare for sig selv eller andre. Antipsykotika frarådes endvidere til behandling af BPSD hos borgere med demens i Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) 'Seponeringslisten – 2017-18 – forslag til seponering af lægemidler hos voksne' (3). I førnævnte anbefales, at en eventuel behandling bør være kortvarig, dvs. at behandlingen bør seponeres inden for 7 dage samt, at langtidsbehandling (>3 måneder) kun bør finde sted, hvis symptomerne er voldsomme og vedvarende trods anden relevant behandling, og hvis der er dokumenteret effekt hos den pågældende patient. Ifølge Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser' anbefales det desuden, at hvis lægen

vrurderer, der er grundlag for at starte behandling med antipsykotiske lægemidler hos den ældre borger med demens, bør doseringen være mellem en tiendedel og halvdelen af de doser, der normalt anvendes hos yngre (4).

Analyserne, der indgår i denne monitorering, er udvalgt efter drøftelser med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at understøtte styrelsens læringsinitiativer ligeledes i henhold til Initiativ 5 i den Nationale Demenshandlingsplan. Nationalt Videnscenter for Demens er desuden blevet hørt under udvælgelsen. Analyserne i monitoreringen vil løbende blive revurderet årligt, og kan evt. udvides eller tilpasses for at imødekomme ny viden eller eventuelle nye datamuligheder for på bedste vis at understøtte indsatsen fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Valget af analyser er dog ikke blevet revideret efter første monitorering.

I monitoreringen undersøges:

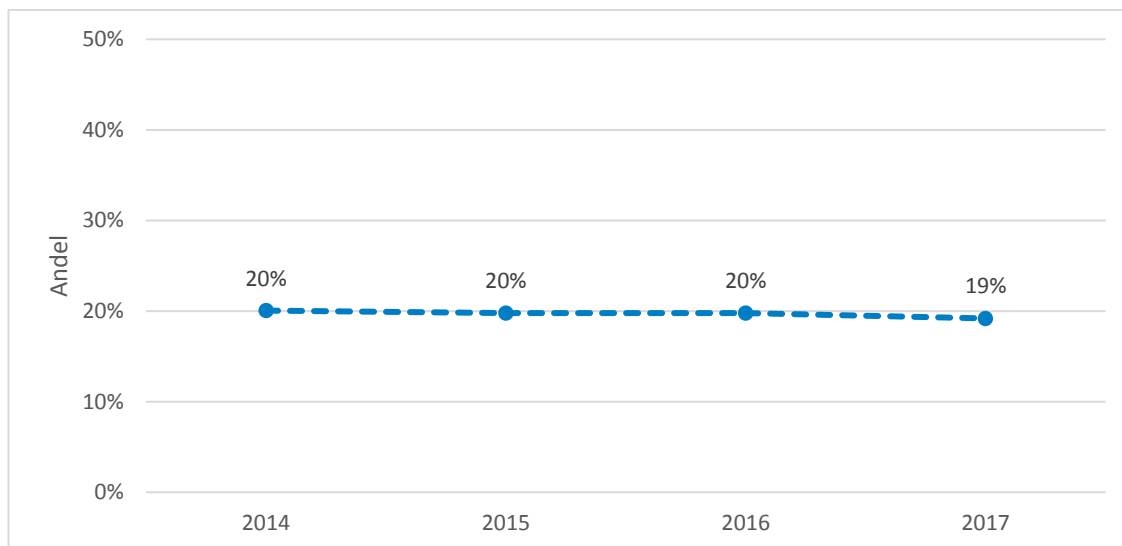
- Andelen af ældre borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika
 - Nationalt, kommune- og regionsfordelt
 - Køns- og aldersfordelt
 - Sammenlignet med andelen hos borgere uden demens
 - Fordelt på tilstedeværelse af en anden relevant psykiatrisk diagnose
- De hyppigst anvendte antipsykotika hos borgere med demens
- Mængdeforbrug og behandlingsvarighed hos den typiske borger med demens
- Opstartende og videreførende lægetype af behandling med antipsykotika hos borgere med demens
- Udvikling i forbruget af andre udvalgte lægemidler hos borgere med demens

3. Resultater

3.1 Udvikling i forbruget af antipsykotika hos borgere med demens

I 2017 indløste ca. 7.100 personer mindst én recept på antipsykotisk medicin ud af i alt ca. 37.200 ældre borgere over 64 år identificeret med demens i de nationale registre². Det svarer til ca. 19 pct.³, se Figur 1. Da der kun ses et fald på ét procentpoint (afrundet) sammenlignet med 2014, kan det endnu ikke konkluderes, om der er tale om en tendens til et fald i den overordnede andel, eller om det blot kan tilskrives et mindre udsving. Tallene præsenteret i denne figur er tilsvarende dem, som udgives i de nationale mål på demensområdet (se boksen 'Nationale mål for indsatsen på demensområdet', s. 5), samt i de nationale mål for sundhedsvæsenet. Andelen er tidligere undersøgt hos den totale befolkning af borgere med demens, hvor borgere under 65 år medtages, men da dette ikke gav anledning til ændrede konklusioner, er analysen ikke medtaget i denne eller kommende monitoreringer. Ligeledes er regions- og kommunefordelingen undersøgt tidligere for den totale befolkning af borgere med demens inkl. borgere under 65 år, men ikke medtaget i denne eller kommende monitoreringer af samme årsag.

Figur 1 Udvikling i andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotika, 2014-2017



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

² Se registerafgrænsningen i 'Afgrænsning og metode'

³ Figuren baseres på tal, som forefindes i Bilagstabel 1.

Ikke alle personer med en demensdiagnose kan identificeres vha. den anvendte registerafgrænsning. Personer, der udelukkende har fået stillet diagnosen uden for hospital f.eks. af en speciallæge, og som desuden ikke har købt demensmedicin, vil ikke fremgå af de nationale registre, og dermed ikke fremgå i gruppen af borgere med demens i denne monitorering. Hvor stort dette omfang er, og om det har ændret sig over tid, kendes ikke. Ligeledes omfatter gruppen af borgere med demens ikke de borgere, hvor diagnosen endnu ikke formelt er stillet. Inklusionen i demensgruppen sker med forsinkelse; f.eks. skal der indløsning af to recepter på demensmedicin til før personer medtages, men når de medtages er det fra første receptindløsningsdag. Patienter, som ophører med behandlingen inden anden receptindløsning, f.eks. pga. af bivirkninger, vil dermed ikke medtages⁴. Ligeledes medtages patienter ikke, som dør, forsvinder eller fraflytter Danmark efter blot én receptindløsning. På baggrund af befolkningsundersøgelser i de vesteuropæiske lande i 2015 (5) og befolkningsfremskrivninger, estimerer Nationalt Videnscenter for Demens, at det samlede antal personer med demens i Danmark i 2017 er ca. 87.000 (6, 7).

Der kan endvidere være personer, der er fejlregistreret i Landspatientregisteret. Denne risiko er ifølge studier fra Nationalt Videnscenter for Demens større hos yngre borgere end hos ældre borgere med en demensdiagnose (8,9). I tidligere bidrag har Sundhedsdatastyrelsen taget højde for dette ved at afgrænse til borgere med demens over 64 år. I Sundhedsdatastyrelsens seneste analyser og i denne monitorering medtages i stedet et nyt eksklusionskriterie for at tage højde for denne fejl; eksklusionskriteriet er drøftet med Nationalt Videnscenter for Demens⁵. I de nationale mål (se boks, s. 5), samt i afsnit 3.1, 3.2 og 3.7 af denne monitorering, er det dog besluttet yderligere at afgrænse til borgere over 64 år. Således er tallene i disse afsnit sammenlignelige med dem, som præsenteres i de nationale mål. Forbruget hos borgere med demens under 65 år medtages i de resterende analyser i denne monitorering, da initiativerne om at begrænse brugen af antipsykotika ikke er begrænset til de 65+ årige. Resultaterne rapporteres i køns- og aldersgrupper, således at læseren kan skelne, hvis ønsket.

Det bør understreges, at gruppen af borgere identificeret med demens vha. registerbaserede afgrænsninger derfor ikke nødvendigvis er lig det reelle antal af borgere med demens. Dermed kan monitoreringen af forbruget af antipsykotika hos borgere identificeret med demens ikke blive mere end en indikator på forbruget af antipsykotika hos borgere med demens.

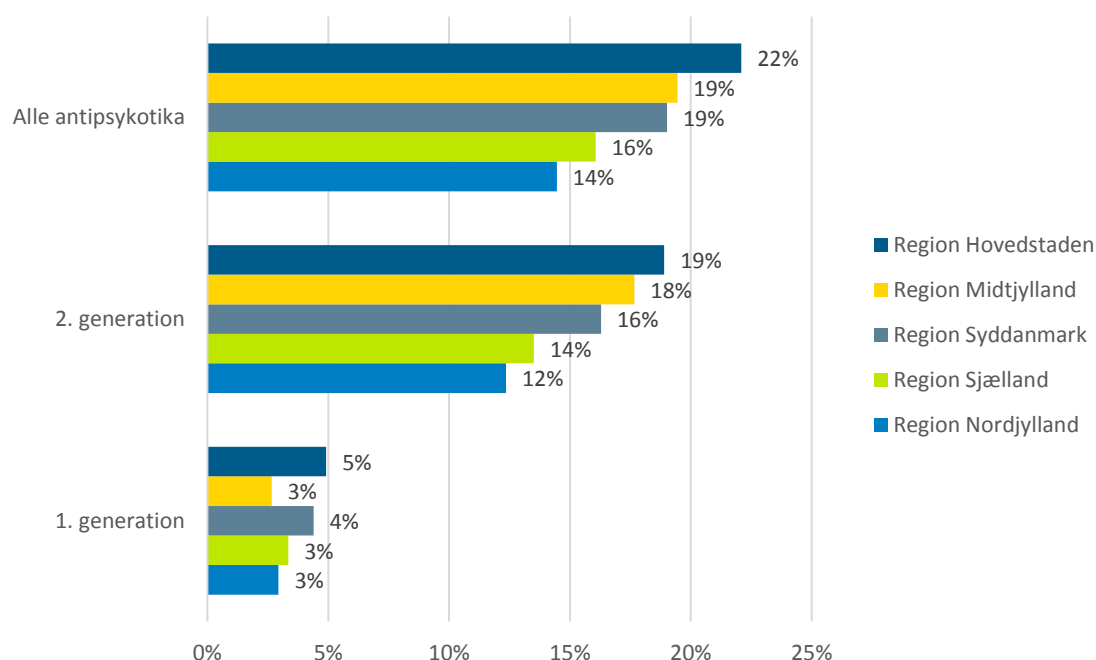
⁴ Dette gælder kun personer, som udelukkende er identificeret på baggrund af receptindløsninger på demensmedicin. Denne gruppe udgør ca. 15 pct.

⁵ Eksklusionskriteriet vedrører personer, der udelukkende har sygehuskontakter med en aktions- eller bidiagnose med F03.9 (Demens UNS og undergrupper) og ikke har købt demensmedicin og ikke har haft en kontakt inden for de sidste 10 år fra opfølgningstidspunktet. 10-grænsen vælges for at tage højde for evt. tidligere fejlregistreringer.

3.2 Regionale og kommunale forskelle i forbruget af antipsykotika hos borgere med demens

Figur 2 viser andelen af ældre borgere med demens over 64 år, som har indløst mindst én recept på antipsykotisk medicin i 2017 fordelt på bopælsregion pr. 1. januar 2017. Der ses nogen variation regionerne imellem, hvilket også gjorde sig gældende i 2016. Region Hovedstaden har fortsat den højeste andel af borgere med demens, som har haft receptindløsning på antipsykotika i 2017 (22 pct.), mens Region Nordjylland fortsat har den laveste andel (14 pct.). Andelen i hver region er stort set uændret siden 2016, bortset fra i Region Nordjylland, hvor der ses en mindre reduktion fra 16 pct. i 2016 til 14 pct. i 2017 (10).

Figur 2 Andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på borgers bopælsregion pr. 1. januar 2017



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Der er borgere, som har indløst recept på både 1. og 2. generations antipsykotika i år 2017, hvorfor de to andele ikke summerer til den totale andel vist i 'Alle antipsykotika'. Borgere med demens uden kendt bopæl indgår ikke i analysen (2017: 7 borgere).

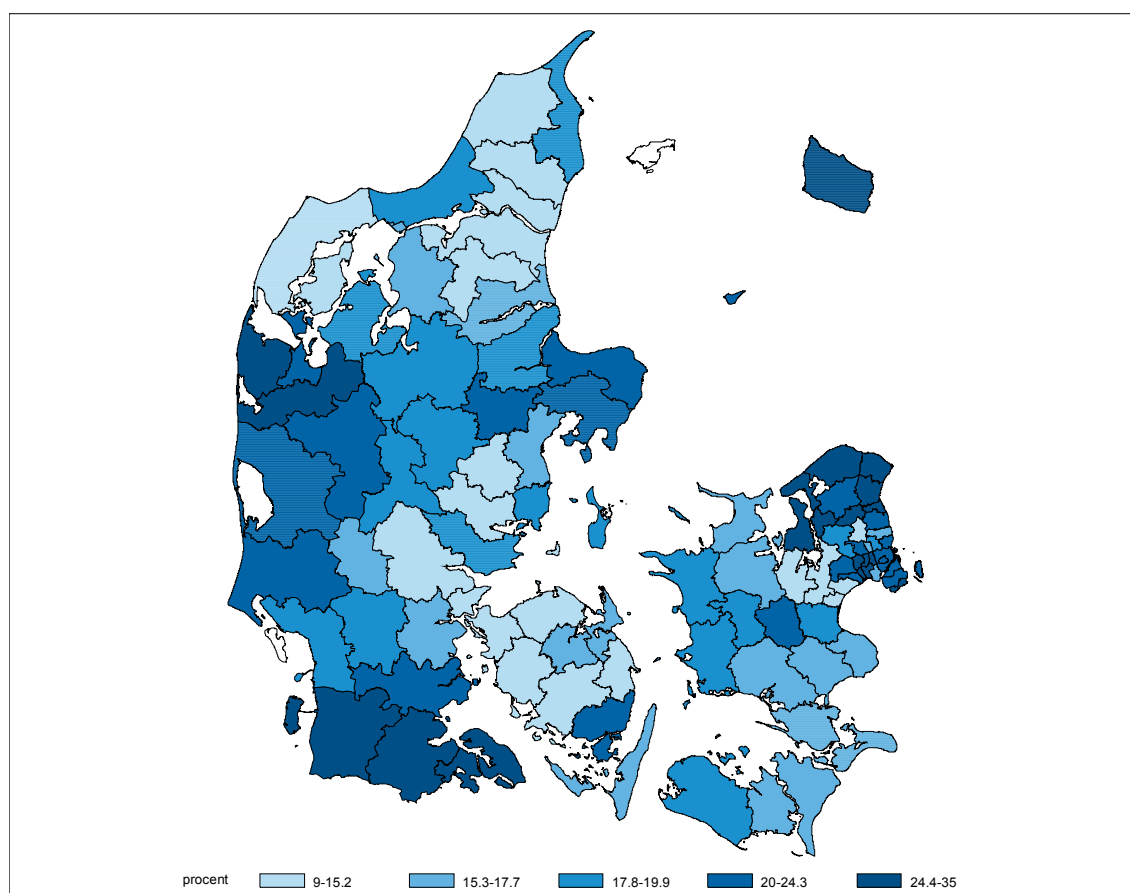
Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

I Region Hovedstaden er også den højeste andel borgere med demens, som har haft receptindløsning på 2. generations antipsykotika i 2017 (19 pct.), mens Region Nordjylland har den laveste andel (12 pct.). Det kan desuden ses af figuren, at forbruget af 1. generations antipsykotika generelt er lavere end af 2. generations antipsykotika. Andelen, som har haft receptindløsning på 1. generations antipsykotika, er lidt højere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark (4-5

pct.) end i de resterende regioner. I indikatoren i regi af de nationale mål underopdeles ikke på 1. og 2. generations antipsykotika.

Der ses generelt en større andel med receptindløsning på antipsykotika blandt ældre borgere med demens over 64 år, som pr. 1. januar 2017 havde bopæl i de syd- og vestjyske kommuner samt i kommuner i hovedstadsregionen og på Bornholm, se Figur 3. Andelen er særligt høj i kommunerne Tønder, Albertslund, Aabenraa, Glostrup og Bornholm (30 pct. eller derover, jf. Bilagstabel 2). Ses der på undergruppen af 1. generations antipsykotika, har Gentofte, Sønderborg, Aabenraa og Egedal kommuner den højeste andel af borgere med demens med receptindløsning (8 pct. eller derover).

Figur 3 Andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på borgers bopælskommune pr. 1. januar 2017



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Andelen i kommuner med hhv. mindre end 20 borgere med demens eller mindre end 5 borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, vises ikke. Borgere med demens uden kendt bopæl indgår ikke i analysen (2017: 7 borgere).

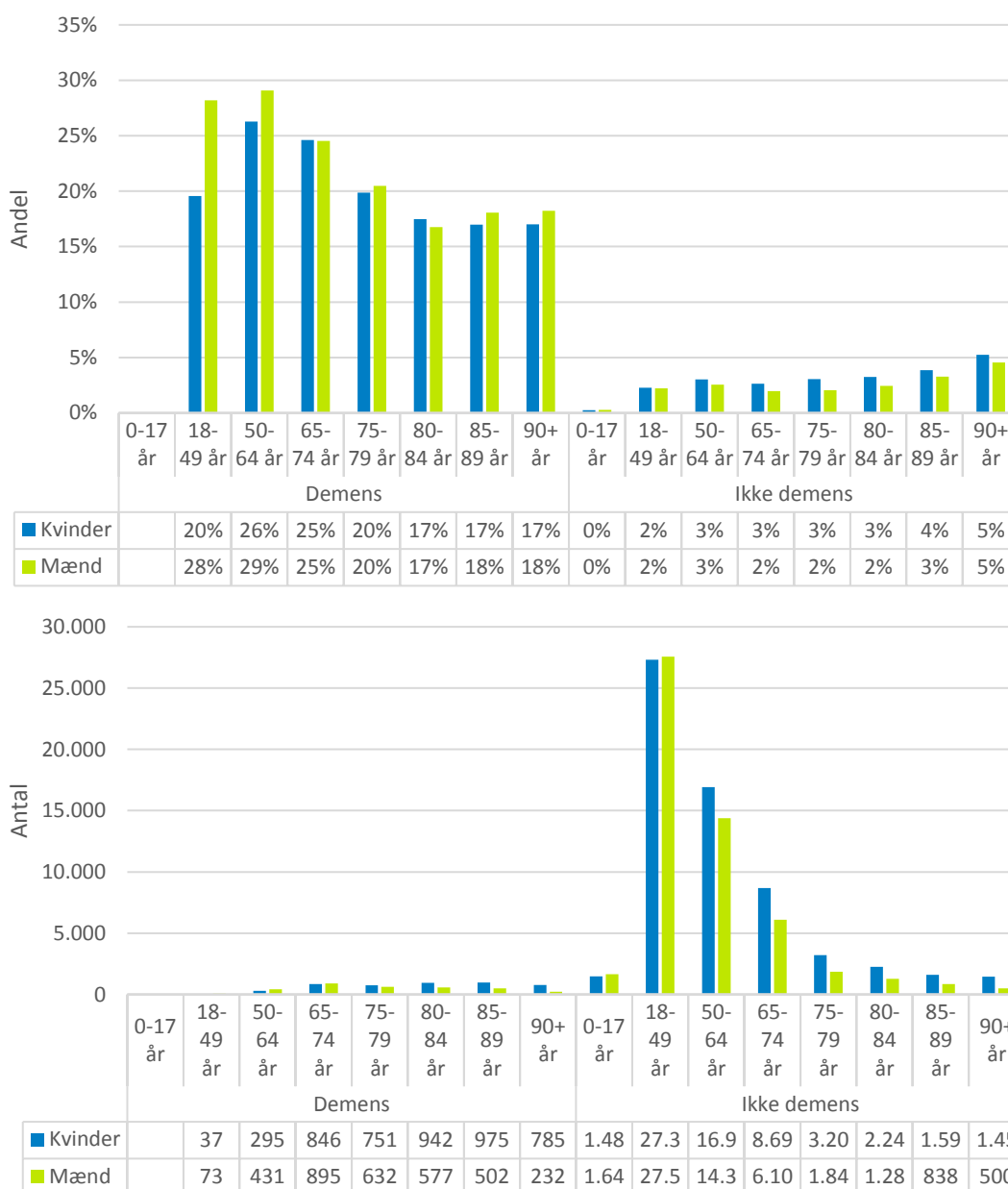
Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Opgørelser på kommuneniveau kan være behæftede med statistisk usikkerhed, da der for nogle kommuner er tale om små absolutte antal, når de samlede ca. 7.100 borgere fordeles på kommuner. I kommuner med under 20 borgere med demens vil andelenes således ændres betydeligt, hvis blot én person mere eller mindre indløser en recept på antipsykotika. Tallene er diskretioneret og afrundet, således at der ikke vises tal under 5. Faktiske tal for kommuner med under 20 borgere med demens vises endvidere ikke pga. statistisk usikkerhed.

3.3 Køns- og aldersforskelle i forbruget af antipsykotika hos borgere med demens

Andelen af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika i 2017 er højere i alle køns- og aldersgrupper (17-29 pct.) end andelen hos borgere uden demens (2-5 pct.), se Figur 4. Andelen er særligt høj i de yngre aldersgrupper (18-49 år, 50-64 år og 65-74 år). Det absolutte antal borgere med demens i disse aldersgrupper er dog lave, hvilket kan resultere i stor statistisk usikkerhed. Der ses ingen væsentlig kønsforskel, hverken hos borgere med eller uden demens. Dog er andelen højere blandt mænd i de yngste aldersgrupper, som formentlig primært kan tilskrives den førnævnte statistiske usikkerhed forbundet med små absolutte tal.

Figur 4 Antal og andel af borgere med og uden demens med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på køn og alder



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Antal og andele i køns- og aldersgrupper med hhv. mindre end 20 borgere eller mindre end 5 borgere, som har indløst recept på antipsykotika, vises ikke.
 Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opfølgningstidspunkt.

I Figur 5 præsenteres køns- og aldersfordelinger i antal og andel af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika i 2017, fordelt på om borgeren også har haft andre relevante psykiatriske diagnoser⁶ inden for de seneste 10 år (fra 2007 og frem), der kan foranledige brug af antipsykotika. I 2017 var der i alt ca. 3.500 borgere med demens, som også har haft en psykiatrisk diagnose (tal ikke vist), og heraf har ca. 2.000 borgere indløst recept på antipsykotika i 2017. I Figur 5 ses en højere andel af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika hos borgere med en relevant psykiatrisk diagnose i alle køns- og aldersgrupper. Andelen er stort set ens i alle køns- og aldersgrupper både hos borgere uden relevante psykiatriske diagnoser (12-20 pct.) og hos borgere med relevante psykiatriske diagnoser (47-62 pct.). Andelen hos borgere uden en psykiatrisk diagnose ser desuden ud til at være reduceret en smule siden 2016 (17-26 pct.) (10).

Relevante psykiatriske diagnoser, hvor behandling med antipsykotika vurderes indiceret, er blevet afgrænset i samarbejde med Sundhedsstyrelsen med henblik på at give et billede af, om der kan være en anden relevant indikation for behandling med antipsykotika hos borgere med demens. Sundhedsdatastyrelsen understreger, at visse tilstande, som kan foranledige et antipsykotikaforbrug, ikke kan defineres fuldstændig præcist ved hjælp af de tilgængelige registerdata. F.eks. vurderes behandling med antipsykotika indiceret hos patienter med behandlingsrefraktær depression, men tilstanden har ingen selvstændig diagnosekode i Landspatientregistret, hvorfor tilstanden ikke indgår i afgrænsningen. Udeladelse af denne tilstand blandt de relevante psykiatriske diagnoser underestimerer forventeligt den sande andel, der kunne få antipsykotika af anden årsag. Endvidere er behandling med antipsykotika indiceret ved en subgruppe af angstlidelser, hvor selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI), kognitiv terapi, pregabalin o.l. ikke har vist sig effektive. Ved hjælp af tilgængelige registerdata er det vanskeligt at definere en proxy for disse tilstande, og i stedet er personer med de nævnte angsttilstande ikke medtaget blandt relevante psykiatriske diagnoser, hvilket forventeligt også vil underestimere den sande andel. Afgrænsningen af relevante psykiatriske diagnoser er således kun en grov proxy, men vurderes at være bedste bud på basis af tilgængelige registerdata.

Afgrænsningen af de relevante psykiatriske diagnoser er tidligere forsøgt udvidet til at inkludere alle angstlidelser (F40-F41) for en række analyser, men da ingen af disse medførte nye tendenser eller konklusioner, er analyserne ikke medtaget i denne og kommende monitoreringer.

⁶ Udvalgte diagnoser kan ses af 'Afgrænsning og metode'.

Figur 5 Antal og andel af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på køn, alder og tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Landspatientregistret (opdateret til 23. april 2018).

Note: Se 'Afgrænsning og metode' for afgrænsning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika. Antal og andele i køns- og aldersgrupper med hhv. mindre end 20 borgere med demens eller mindre end 5 borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, vises ikke.
 Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

3.4 Hvilke typer antipsykotika ordineres?

De tre hyppigst anvendte antipsykotika blandt borgere med demens i 2017 var quetiapin, risperidon og olanzapin, se Tabel 1. Bemærk, at der i denne analyse medtages alle borgere identificeret med demens, og dermed ikke kun personer over 64 år.

Tabel 1 Antal borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på lægemiddelindholdsstof

Lægemiddelindholdsstof	ATC-kode	Generation	Antal personer
Quetiapin	N05AH04	2. generation	3.486
Risperidon	N05AX08	2. generation	2.339
Olanzapin	N05AH03	2. generation	1.253
Haloperidol	N05AD01	1. generation	987
Aripiprazol	N05AX12	2. generation	334
Chlorprothixen	N05AF03	1. generation	258
Zuclopthixol	N05AF05	1. generation	186
Clozapin	N05AH02	2. generation	160
Flupentixol	N05AF01	1. generation	87
Pipamperon	N05AD05	1. generation	78
Levomepromazin	N05AA02	1. generation	73
Pimozid	N05AG02	1. generation	32
Melperon	N05AD03	1. generation	23
Amisulprid	N05AL05	2. generation	13
Perphenazin	N05AB03	1. generation	11
Ziprasidon	N05AE04	2. generation	9
Paliperidon	N05AX13	2. generation	8
Sulpirid	N05AL01	1. generation	7
Prochlorperazin	N05AB04	1. generation	7
Periciazin	N05AC01	1. generation	7
Asenapin	N05AH05	2. generation	<5
Lurasidon	N05AE05	2. generation	<5
Sertindol	N05AE03	2. generation	<5

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Indholdsstoffer er sorteret efter det største antal personer i behandling. Antal personer må ikke summeres for forskellige lægemidler. Det vil give forkerte tal, da samme person kan have indløst recept på flere forskellige lægemidler, og i så fald vil personen fejlagtigt tælle med flere gange. Antallet vises ikke, hvis mindre end 5 borgere med demens har indløst recept på antipsykotika.

Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opfølgningstidspunkt.

Quetiapin er købt af 48 pct., risperidon af 33 pct. og olanzapin af 18 pct. af de borgere med demens, som har haft receptindløsning på antipsykotika. Alle tre lægemidler er 2. generations antipsykotika, og var også alle de hyppigst anvendte antipsykotika blandt borgere med demens i 2016 (10). Risperidon er det eneste godkendte antipsykotika til kortvarig behandling af aggression hos borgere med demens. De hyppigst anvendte 1. generations antipsykotika var haloperidol, chlorprothixen og zuclopenthixol. Bemærk, at samme person kan have haft receptindløsning på mere end et antipsykotika i 2017, hvorfor antal personer ikke summerer til det samlede antal med receptindløsning på antipsykotika.

3.5 Behandlingsvarighed og mængdeforbrug

Den typiske borger med demens uden relevante psykiatriske diagnoser har haft 5 receptindløsningsdage⁷ (median) på antipsykotisk medicin i 2017, se Tabel 2. Borgere med demens, som samtidig er registreret med en relevant psykiatrisk diagnose, har typisk haft flere, ca. 8 receptindløsningsdage i 2017. Antallet af receptindløsningsdage er stort set uændret siden 2014, både hos borgere med og uden psykiatriske diagnoser. Af Tabel 2 fremgår det endvidere, at det samlede mængdeforbrug af antipsykotika i 2017 er mere end 3 gange så højt hos den typiske borger med demens med en psykiatrisk diagnose, sammenlignet med demente borgere uden relevant psykiatrisk diagnose. Heller ikke mængdeforbruget hos den typiske borger med demens med en psykiatrisk diagnose har ændret sig betydeligt siden 2014, og var i 2017 114 DDD⁸.

Tabel 2 Udvikling i den mediane mængde og antal receptindløsningsdage af antipsykotika per person hos borgere med demens i 2014-2017 fordelt på tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose

	Relevant psykiatrisk diagnose	2014	2015	2016	2017
Mængdeforbrug (DDD) per år, median (IQR)	(-)	36 (18-78)	35 (16-74)	36 (15-75)	35 (13-72)
	(+)	112 (50-259)	105 (42-256)	112 (43-267)	114 (44-267)
Antal receptindløsninger (dage) per år, median (IQR)	(-)	6 (2-12)	5 (2-11)	5 (2-10)	5 (2-10)
	(+)	9 (4-19)	8 (4-17)	8 (4-17)	8 (4-17)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Landspatientregistret (opdateret til 23. april 2018).

Note: Se 'Afgrænsning og metode' for afgrænsning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika.
Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.
IQR, interkvartil spændvidde; DDD, defineret døgndosis.

⁷ Hvis en borger f.eks. har indløst mere end én recept på antipsykotika på samme dag, vil dette svare til én receptindløsningsdag og så fremdeles.

⁸ DDD: Defineret døgndosis. En global måleenhed, der bruges til at opgøre mængdeforbruget af lægemidler. Ikke alle patienter tager 1 DDD om dagen (se www.whooc.no).

Tabel 3 viser mængde, antal receptindløsningsdage og antal købte enheder hos den typiske borger med demens (median) i 2017 fordelt på lægemiddelformulering⁹, og på om borgeren har en relevant psykiatrisk diagnose. Antal købte enheder vises kun for tabletter, kapsler, depottabletter, smeltetabletter og resoribletter, fordi opgørelsen kun vurderes relevant for disse lægemiddelformuleringer¹⁰.

Tabel 3 Mediane mængde, antal receptindløsningsdage og antal købte enheder af antipsykotika per person hos borgere med demens i 2017 fordelt på lægemiddelformulering samt tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose

		Ingen relevant psykiatrisk diagnose	Relevant psykiatrisk diagnose
Mængdeforbrug (DDD) per år, median (IQR)	Tabletter og kapsler	34 (14-69)	100 (38-225)
	Depottabletter	44 (25-81)	137 (50-300)
	Smeltetabletter og resoribletter	14 (6-34)	44 (17-154)
	Oral opløsning	25 (25-53)	60 (25-120)
	Injektioner og depotinjektioner	3 (3-6)	155 (3-363)
Antal receptindløsningsdage (dage) per år, median (IQR)	Tabletter og kapsler	5 (2-10)	8 (4-17)
	Depottabletter	4 (2-7)	5 (3-10)
	Smeltetabletter og resoribletter	2 (1-5)	4 (2-7)
	Oral opløsning	1 (1-3)	3 (1-6)
	Injektioner og depotinjektioner	1 (1-1)	2 (1-4)
Antal købte enheder* pr. år, median (IQR)	Tabletter og kapsler	336 (126-600)	500 (300-927)
	Depottabletter	300 (200-500)	400 (300-728)
	Smeltetabletter og resoribletter	84 (28-196)	163 (58-350)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Landspatientregistret (opdateret til 23. april 2018).

Note: * Enheder: tabletter, kapsler, depottabletter, smeltetabletter og/eller resoribletter.

Se 'Afgrensning og metode' for afgrænsning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika. Se 'Afgrensning og metode' for gruppering af lægemiddelformuleringer.

En borger kan have haft receptindløsning på mere end én type lægemiddelformulering i det pågældende år. F.eks. kan en borger med demens have købt både tabletter og depottabletter inden for det samme år. Den estimerede mængde i denne tabel knytter sig til formuleringen af lægemidlet, hvorfor en borger godt kan have købt en større mængde.

Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

IQR, interkvartil spændvidde; DDD, defineret døgndosis.

Tabellen viser, at borgere med en psykiatrisk diagnose generelt har købt både større mængde og flere enheder end borgere uden en psykiatrisk diagnose. Borgere med demens uden psykiatriske diagnoser ses dog også at anvende alle typer af lægemiddelformuleringer. Den typiske borger uden en psykiatrisk diagnose har indløst recept på et relativt stort antal enheder af de

⁹ Se 'Afgrensning og metode' Tabel 11 for gruppering af lægemiddelformuleringer.

¹⁰ Antal købte enheder vises ikke fore lægemiddelformuleringerne oral opløsning, samt injektioner og depotinjektioner.

forskellige typer af kapsler og tabletter. Ca. 72 pct. af det totale antal solgte pakninger af antipsykotika til borger med demens i 2017 udgøres af pakninger solgt i den laveste styrke for det pågældende lægemiddel (tal ikke vist). Det er derfor sandsynligt, at mange borgere med demens er i kontinuerlig behandling med en lav daglig dosis, eftersom den typiske borger med demens har haft et højt antal receptindløsningsdage, har købt mange tabletter og typisk har købt den lavest mulige styrke.

I Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) 'Forslag til seponering af lægemidler hos voksne' fra 2017 anbefales kun korttidsbrug (<7 dage) af antipsykotika til mennesker med *Behavioral and Psychological Symptoms and Signs of Dementia* (BPSD) (3). Endvidere anbefales, at langtidsbehandling (>3 måneder) kun bør finde sted, hvis symptomerne er voldsomme og vedvarende trods anden relevant behandling, og hvis der er dokumenteret effekt hos den pågældende patient. En egentlig behandlingsvarighed for antipsykotika er vanskelig at estimere, eftersom kvaliteten af de indberettede doseringskoder i Lægemiddelstatistikregistret ikke er god nok til, at disse kan bruges til at hente viden om den faktiske dosering eller doseringsinterval hos patienterne.

Behandlingsvarighed er i stedet fundet ud fra antagelsen om, at borgerne er i vedvarende behandling med hhv. 1 DDD eller 0,5 DDD dagligt. De daglige doseringer er blevet afgrænset i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Det forudsættes i analysen, at der kun er manglende medicin-efterlevelse 20 pct. af tiden¹¹, hvilket med rimelighed kan antages, eftersom mange borgere med demens formodes at få hjælp til medicineringen. En pakke indeholdende 100 DDD vil under antagelse af en daglig dosering på 1 DDD, under hensyntagen til manglende medicin-efterlevelse, estimeres til at vare i 120 dage. Endvidere anvendes til denne analyse oplysninger om receptindløsningsmønstret, således at næste receptindløsning skal finde sted inden medicinbeholdningen fra første receptindløsning slipper op, hvis behandlingen skal tælle med som et enkelt behandlingsforløb. Der tale om en grov algoritme til estimering af behandlingsvarighed, og det er ikke nødvendigvis det korrekte billede af forløb og eventuelle pauser i virkeligheden. For de med en daglig dosering på mindre end 0,5 DDD dagligt, vil varigheden med denne metode blive estimeret til at være kortere end den reelt er.

Ca. 1.400 borgere med demens har kun indløst 1 recept på antipsykotisk medicin i 2017, se Tabel 4. For disse borgere kan der ikke udledes en egentlig behandlingsvarighed, jf. førnævnte forbehold om indberettede doseringskoder i Lægemiddelstatistikregistret, men med kun én receptindløsning i det pågældende år er det sandsynligt, at de fleste af disse borgere har været i kortvarig behandling. Antallet med kun én receptindløsning har været stigende siden 2014.

Antallet af borgere med demens, som har været i langtidsbehandling med antipsykotika (>3 måneder) i 2017, er hhv. ca. 1.100 personer, hvis daglig dosering antages at være 1 DDD, eller ca. 2.600 personer, hvis daglig dosering antages at være 0,5 DDD. Under begge antagelser tegner

¹¹ Der tages højde for, at personer ikke husker eller undlader at tage tabletter hver dag. Personer regnes for at have en god medicin-efterlevelse, hvis de tager tabletter svarende til 80 pct. af tiden.

der sig et billede af, at lidt flere borgere med demens var i langvarig behandling i 2017 sammenlignet med i 2014. I ovenstående analyse er der ikke skelnet mellem tilstedeværelse og fravær af andre psykiatriske diagnoser. Sammenholdes denne analyse med ovenstående analyse om købt mængde og styrke for den typiske borger med demens, vurderes det, at en daglig dosering på 0,5 DDD muligvis er højt sat. Hvis en behandlingsvarighed skal beregnes for en lavere daglig dosering, vil der forventeligt være flere borgere med demens, som har været i behandling med antipsykotika i over 90 dage.

Tabel 4 Antal borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika fordelt på estimeret behandlingsvarighed, 2014-2017

Behandlingsvarighed, antaget dosering	Antal personer			
	2014	2015	2016	2017
Kun 1 receptindløsning	1.160	1.296	1.320	1.409
1 DDD dagligt i >90 dage	1.005	1.124	1.206	1.105
0,5 DDD dagligt i >90 dage	2.230	2.500	2.691	2.559

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Behandlingsvarigheden er baseret på en metode, der anvender antagelser om gennemsnitlige daglige doseringer, og der er forbehold ved denne metode. Der tages i metoden højde for, at personer ikke husker eller undlader at tage tabletter hver dag. Det vil sige, at der i analyserne er regnet med 80 pct. medicin efterlevelse. Hvis medicin efterlevelsen hos en person er lavere end det forventede, vil det betyde, at behandlingsperioden fremstår som flere usammenhængende behandlingsperioder for denne person. For de personer, der får en større daglig dosis end det estimerede, vil varigheden blive estimeret til at være længere, end den reelt er.

Antal borgere, som har været i langvarig behandling i hhv. 2014 og 2017, kan være underestimeret. Eksempelvis vil lange forløb, der er startet før 2014, men afsluttet i første kvartal af året, ikke medregnes som et forløb på over 3 måneder. På samme vis vil lange forløb, der er påbegyndt i sidste kvartal af 2017, men først er afsluttet i 2018, ikke medregnes som et forløb på over 3 måneder.

Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

DDD, defineret døgndosis.

Tabel 5 viser antallet af personer med mindst én receptindløsning på antipsykotika som hhv. dosisdispenseret medicin og som injektion og depotinjektion¹² fordelt på tilstedeværelsen af en relevant psykiatrisk diagnose. I 2017 havde ca. 1.000 borgere med demens uden psykiatrisk diagnose haft mindst én receptindløsning på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Ca. 9 pct. af den solgte mængde antipsykotika til borgere med demens var således solgt som dosisdispenseret medicin til disse borgere i 2017. Både den solgte mængde og antal personer har dog været faldende siden 2014. Omvendt er antallet af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika som injektion eller depotinjektion steget markant siden 2014. Den høje andel

¹² Injektioner og depotinjektioner afgrænses her som alle injektioner af typen: 'depotinjektionsvæske, pulver og solvens til suspension', 'depotinjektionsvæske, suspension', 'pulver og solvens til depotinjektionsvæske, suspension', 'injektionsvæske', 'injektionsvæske, opløsning', 'injektionsvæske, opløsning, i.m.', 'pulver til injektionsvæske, opløsning'. Enkelte af disse injektioner anvendes ikke som depotmedicin, men eftersom det ikke er muligt at skelne i data mellem injektioner og depotinjektioner, grupperes disse sammen.

af borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika som hhv. dosisdispenseret medicin og som injektioner og depotinjektioner taler yderligere for, at et stort antal borgere med demens er i kontinuerlig behandling.

Analyserne om behandlingsvarighed tyder samlet på, at der er mellem 1.000 og 2.600 borgere med demens, som mere eller mindre er i kontinuerlig behandling med antipsykotisk medicin i 2017. Denne konklusion baseres på, at borgere med receptindløsning på antipsykotika som dosisdispenseret medicin (ca. 1.000 personer uden en psykiatrisk diagnose) forventes at være i kontinuerlig behandling. Endvidere baseres konklusionen på, at ca. 2.600 borgere med demens har været i behandling i >90 dage under antagelse af, at doseringen har været på 0,5 DDD dagligt.

Tabel 5 Udvikling i solgt mængde og antal personer med receptindløsning på antipsykotika som dosisdispenseret medicin og som injektion/ depotinjektion i 2014-2017 fordelt på tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose

		Relevant psykiatrisk diagnose	2014	2015	2016	2017
Dosisdispensering	Antal personer	(-)	1.491	1.352	1.192	966
		(+)	528	539	497	474
	Solgt mængde, 1.000 DDD (andel af solgt mængde til borgere med demens)	(-)	113 (13%)	98 (12%)	89 (11%)	75 (9%)
		(+)	107 (13%)	103 (12%)	96 (12%)	99 (12%)
Injektioner og depotinjektioner	Antal personer	(-)	229	334	425	456
		(+)	101	109	115	121
	Solgt mængde, 1.000 DDD (andel af solgt mængde til borgere med demens)	(-)	9 (1%)	5 (1%)	5 (1%)	5 (1%)
		(+)	29 (3%)	25 (3%)	26 (3%)	29 (4%)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Landspatientregistret (opdateret til 23. april 2018).

Note: Se 'Afgrensning og metode' for afgrænsning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika. Se 'Afgrensning og metode' for gruppering af lægemiddelformuleringer. Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt. IQR, interkvartil spændvidde; DDD, defineret døgndosis

3.6 Hvilken lægetype opstarter og viderefører behandlingen?

I 2017 var der ca. 1.700 nye brugere af antipsykotika blandt borgere med demens¹³. Der ses således en lille stigning fra omkring 1.600 nye brugere i 2016 (10). Af de ca. 1.700 nye brugere i

¹³ Nye brugere defineres her som personer, der har indløst første recept på antipsykotika efter debutdato for demenssygdommen i de nationale registre (jf. 'Afgrensning og metode').

2017 er medicineringen af de fleste borgere påbegyndt af alment praktiserende læger (ca. 1.200 personer) og hospitalslæger (ca. 500 personer). Ingen borgere er opstartet af læger inden for specialegruppen med andre specialer¹⁴.

Da antipsykotiske lægemidler er på regionernes liste over vederlagsfrit medicin (11), kan det ikke udelukkes, at behandlingen i nogle tilfælde er startet i sygehusregi og efterfølgende er overgået til almen praksis. Dermed vil borgerne figurere som opstartet i almen praksis på trods af udlevering af vederlagsfri medicin, da denne udlevering ikke er personhenførbart i Lægemiddelstatistikregistret. I de tilfælde, hvor den ordinerende læge er alment praktiserende læge, er det desuden ikke muligt at se, om den ordinerende læge forud for borgerens opstart har konfereret med en speciallæge med relevant speciale. I tilfælde, hvor borgere har flere kortvarige forløb med behandling med antipsykotika, defineres opstartende læge som den læge, der udskriver første recept efter sygdomsdebut.

Tabel 6 Antal borgere med demens med første receptindløsning på antipsykotika efter sygdomsdebut i 2017 fordelt på ordinerende lægetype

Specialegruppe*	Antal personer
Alment praktiserende læge	1.162
Hospitalslæge	492
Læge uden ydernummer mm.	34
Andre relevante specialer	22

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Yderregistret (opdateret til 10. februar 2018).

Note: Borgere, som har indløst mere end én recept på første indløsningsdag med forskellige receptudstedere, vil fremgå under begge typer af receptudstedere. Det drejer sig om 8 personer.

Ingen personer er opstartet af ydere fra specialegruppen 'Andre specialer'. Selvom alment praktiserende læger står registreret for første recept, er det ikke nødvendigvis dem, der har igangsat behandlingen. Behandlingen kan være udleveret på hospitalet, hvorefter den praktiserende læge udskriver første recept, efter at borgeren har anvendt det hospitalsudleverede medicin.

Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opfølgningstidspunkt.

*Se 'Afgrænsning og metode' for hvilke specialer fra Yderregistret, der indgår i hver specialegruppe.

Tabel 7 viser den totale udskrevne mængde af antipsykotika til alle borgere med demens i 2017 fordelt på ordinerende lægetype, og modsat tallene i Tabel 6 viser denne opgørelse således ikke kun mængdeforbruget hos nye brugere af antipsykotika. Alment praktiserende læger står i 2017 for den største totale udskrevne mængde til borgere med demens på ca. 0,7 mio. DDD svarende til 80 pct. af det samlede mængdeforbrug. Hospitalslæger har udskrevet 16 pct. af den samlede udskrevne mængde til borgere med demens og 3 pct. er ordineret af læger med andre relevante specialer.

¹⁴ I 'Afgrænsning og metode' fremgår af Tabel 7, hvilke specialer, der er grupperet i hver specialegruppe. Vagtlæger grupperes under alment praktiserende læger.

Tabel 7 Totale udskrevne mængde af antipsykotika til borgere med demens i 2017 fordelt på ordinerende lægetype

Specialegruppe*	Total udskreven mængde (1.000 DDD)	Andel af totale mængde
Alment praktiserende læge	646	80%
Hospitalslæge	127	16%
Andre relevante specialer	22	3%
Læge uden ydernummer mm.	11	1%
Andre specialer	0,1	0,0%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017), Yderregistret (opdateret til 10. februar 2018).

Note: *Se 'Afgrensning og metode' for hvilke specialetyper fra Yderregistret, der indgår i hver specialegruppe. Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt. DDD, defineret døgndosis.

Specialegruppen med bl.a. læger uden ydernummer omfatter primært receptsalg indberettet på et erstatningsydernummer. Erstatningsydernummeret anvendes enten, hvis receptudstederen ikke har et ydernummer (f.eks. læger tilknyttet misbrugscentre eller hospitalslæger uden ydernummer), eller hvis ydernummeret ikke kan fremskaffes på apoteket ved receptindløsning. Kun en lille andel af den totale udskrevne mængde er ordineret af hhv. læger med andre specialer, samt af specialegruppen med bl.a. læger uden ydernummer. Fordelingen af ordineret mængde på lægetype i 2017 er sammenlignelig med fordelingen i 2016 (10).

3.7 Udvikling i forbruget af andre udvalgte lægemidler hos borgere med demens

Målet om nedbringelse af antipsykotisk medicin hos borgere med demens bør ikke medvirke til en samtidig u hensigtsmæssig stigning i forbruget af andre lægemidler, som af flere forskellige årsager kan være u hensigtsmæssige at anvende hos borgere med demens. Derfor undersøges i indeværende analyse udviklingen i antallet af brugere af andre udvalgte lægemidler i samme periode¹⁵. Lægemidlerne er udvalgt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Nationalt Videnscenter for Demens, og indeholder overvejende andre beroligende eller sløvende lægemidler, men også et par enkelte lægemidler, der kan være relevante at anvende hos borgere med demens til behandling af BPSD (SSRI og mirtazapin)¹⁶. Iblandt de udvalgte lægemidler er også benzodiazepiner, som kun anbefales som en enkeltstående angstdæmpende eller beroligende be-

¹⁵ Benzodiazepiner (ATC-koder N05CD, N05BA og N03AE), benzodiazepinlignende lægemidler (ATC-koder N05CF), sederende antihistaminer (ATC-koder N05BB01 (anxiolytikum), N07CA02, R06AA02, R06AA04, R06AD02, R06AE03 og R06AE05), smertepastre (ATC-koder N02AB03 og N02AE01 med formuleringen 'depotplastre'), tricykliske antidepressiva (TCA, ATC-koder N06AA), mirtazapin (ATC-kode N06AX11) og selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI, ATC-koder N06AB).

¹⁶ Sundhedsdatastyrelsen har til denne analyse ikke undersøgt tilstedeværelsen af andre relevante komorbiditeter fx maligne smerter hos borgere med og uden demens, bl.a. fordi Cancerregistret først opdateres ultimo 2018.

handling i kortere tid, såfremt andre lægemidler har været forsøgt uden held. Endvidere undersøges forbruget af de tricykliske antidepressiva (TCA), da disse er forbundet med risiko for betydelige bivirkninger, herunder kognitiv svækkelse, hvorfor de ikke bør anvendes af borgere med demens.

Bemærk, at kun borgere over 64 år er medtaget i denne analyse for at gøre borgere med og uden demens mere sammenlignelige. Sundhedsdatastyrelsen har tidligere undersøgt, hvorvidt køns- og aldersstandardisering af tallene fører til et ændret billede. Eftersom denne standardisering ikke tilføjer analysen en anden konklusion, præsenteres det ustandardiserede antal i Tabel 8. Bilagstabel 3 viser udviklingen i forbruget af de udvalgte lægemidler fordelt på aldersgrupper, hvoraf der bl.a. ses et stigende forbrug hos de ældste aldersgrupper, både blandt borgere med og uden demens.

Tabel 8 Udvikling i antal med receptindløsning på udvalgte lægemidler pr. 1.000 ældre borgere med og uden demens over 64 år, 2014-2017

	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens				Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Benzodiazepiner	153	150	154	156	76	71	67	63
Benzodiazepinlignende lægemidler	80	77	74	68	97	92	89	85
Sederende antihistaminer	16	18	18	19	11	15	15	16
Smerteplastre	143	139	139	132	20	20	20	19
TCA*	22	21	20	19	19	19	18	17
Mirtazapin	190	188	189	188	31	32	32	34
SSRI *	352	331	312	295	73	72	70	68

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: * TCA, tricykliske antidepressiva; SSRI, selektive serotonin genoptagelseshæmmere.
 Antal personer må ikke summeres for forskellige lægemidler. Det vil give forkerte tal, da samme person kan have indløst recept på flere forskellige lægemidler, og i så fald vil personen fejlagtigt tælle med flere gange. Sundhedsdatastyrelsen har ikke undersøgt tilstedeværelsen af komorbiditeter.
 Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) er et dynamisk register, dvs. det ændrer sig løbende med den information som er tilgængelig ved opdateringstidspunktet. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opfølgningstidspunkt.
 Benzodiazepiner (ATC-koder N05CD, N05BA og N03AE), benzodiazepinlignende lægemidler (ATC-koder N05CF), sederende antihistaminer (ATC-koder N05BB01 (anxiolytikum), N07CA02, R06AA02, R06AA04, R06AD02, R06AE03 og R06AE05), smerteplastre (ATC-koder N02AB03 og N02AE01 med formuleringen 'depotplastre'), tricykliske antidepressiva (TCA, ATC-koder N06AA), mirtazapin (ATC-kode N06AX11) og selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI, ATC-koder N06AB).

Andelen med receptindløsning på et af de udvalgte lægemidler er generelt højere i gruppen af ældre borgere med demens over 64 år sammenlignet med den generelle ældre befolkning (Tabel 8). Der ses dog en lidt højere andel af borgere uden demens, som har indløst recept på de benzodiazepinlignende lægemidler, som primært er indiceret til behandling af søvnløshed. Forbruget af sederende antihistaminer og TCA er kun marginalt højere hos borgere med demens

end hos borgere uden demens. Derimod er der en væsentlig højere andel borgere med demens med receptindløsning på både af benzodiazepiner og smerteplastre, og endvidere på de antidepressive midler SSRI og mirtazapin. De sidstnævnte kan som nævnt tidligere i nogle tilfælde være relevante at anvende til behandling af BPSD. For de fleste af lægemidlerne har antallet pr. 1.000 indbyggere stort set været uændret fra 2014 til 2017 både hos borgere med og uden demens. Dog ses en mindre reduktion af både benzodiazepinlignende lægemidler, smerteplastre og SSRI hos borgere med demens siden 2014. Denne tendens er hos borgere uden demens ikke lige så udtalt. Til gengæld er antallet pr. 1.000 indbyggere med forbrug af benzodiazepiner reduceret hos borgere uden demens siden 2014. Udviklingen i det totale mængdeforbrug af de udvalgte lægemidler (DDD pr. 1.000 borgere pr. døgn) fremgår af Bilagstabel 4.

Analysen indeholder kun lægemidler solgt på recept, hvilket betyder, at lægemidler købt i håndkøb eller udleveret under indlæggelse på et sygehus ikke indgår i analysen. Visse sederende antihistaminer (N07CA02, R06AA02, R06AA04, R06AE03 og R06AE05) må udleveres i håndkøb, hvorfor forbruget heraf sandsynligvis er underestimeret.

4. Konklusion

I den Nationale Demenshandlingsplan har Sundheds- og Ældreministeriet opsat et mål om, at en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt borgere med demens med 50 pct. frem mod år 2025. Baggrunden herfor er en markant øget risiko hos borgere med demens for udvikling af alvorlige bivirkninger til den antipsykotiske medicin. Monitoreringen viser overordnet, at...

- › ... omkring 19 pct. af ældre borgere identificeret med demens har indløst recept på antipsykotika i 2017
- › ... denne andel er højest i Region Hovedstaden og lavest i Region Nordjylland i 2017
- › ... andelen er væsentlig højere hos borgere med demens, som samtidig med demenssygdommen er registreret med en anden psykiatrisk diagnose
- › ... det primært er alment praktiserende læger og hospitalslæger, der opstarter og viderefører behandlingen med antipsykotika hos borgere med demens
- › ... mellem 1.000 og 2.600 borgere med demens formentlig er i kontinuerlig behandling med antipsykotika i 2017

I 2017 indløste ca. 19 pct. af ældre borgere over 64 år identificeret med demens i de nationale registre mindst én recept på antipsykotisk medicin. Denne andel er stort set uændret siden 2014, men er dog reduceret fra 20 pct. til 19 pct. i 2017. Det kan endnu ikke konkluderes, om der er tale om en tendens til et fald i den overordnede andel, eller om det blot kan tilskrives et mindre udsving. Der er en mindre geografisk variation i forbruget, og således er andelen af ældre borgere over 64 år med demens med receptindløsning på antipsykotisk medicin lidt højere i Region Hovedstaden (22 pct.) end i de øvrige regioner. Disse andele er sammenlignelige med dem, som præsenteres i de nationale mål på demensområdet. Der ses endvidere en mindre geografisk variation i forbruget af 1. generations antipsykotika, men forbruget af denne type antipsykotika er generelt lavere (3-5 pct.) end forbruget af 2. generations antipsykotika (12-19 pct.). Første generations antipsykotika frarådes helt til behandling af *Behavioral and Psychological Symptoms and Signs of Dementia* (BPSD) hos borgere med demens, og de tre hyppigst anvendte antipsykotika i denne befolkningsgruppe er alle 2. generations antipsykotika (quetiapin, risperidon og olanzapin).

Blandt borgere med samtidig demensdiagnose og en relevant psykiatrisk diagnose er andelen med receptindløsning på antipsykotisk medicin højere i alle køns- og aldersgrupper (47-62 pct.) end hos borgere uden en relevant psykiatrisk diagnose. Borgere med de psykiatriske diagnoser har typisk flere receptindløsningsdage (2017: 8 receptindløsningsdage) og har indløst recepter på en større samlet mængde i løbet af året (2017: 114 DDD) sammenlignet med borgere uden de psykiatriske diagnoser (2017: 5 receptindløsningsdage, 35 DDD). Dette resultat taler for fremadrettet evt. at standardisere for anden relevant psykiatrisk diagnose ved sammenligning på tværs af regioner og kommuner.

Den typiske borger med demens uden relevante psykiatriske diagnoser med receptindløsning på antipsykotika har købt 336 tabletter/kapsler svarende til 34 DDD i løbet af året i 2017. Ca. 75 pct. af det totale antal solgte pakninger til borgere med demens i 2017 udgøres af pakninger solgt i den laveste styrke. Det er derfor sandsynligt, at mange borgere med demens er i kontinuerlig behandling med en lav daglig dosis, eftersom den typiske borger med demens har haft et højt antal receptindløsninger (2017: 5 receptindløsningsdage hos borgere med demens uden psykiatriske diagnoser), har købt mange tabletter/kapsler og typisk har købt den lavest mulige styrke. Under antagelse af, at borgere indtager hhv. 0,5 DDD eller 1 DDD dagligt, har ca. 2.600 eller ca. 1.100 borgere med demens været i behandling med antipsykotika i mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede øvre grænse på 3 måneder. Under begge antagelser tegner der sig et billede af, at lidt flere borgere med demens var i langvarig behandling i 2017 sammenlignet med i 2014. Til gengæld er antallet med kun én receptindløsning og dermed formentlig kort behandlingsvarighed steget siden 2014, hvor det var ca. 1.200 personer til ca. 1.400 personer i 2017.

Monitoreringen viser også, at der i 2017 var ca. 1.000 borgere med demens uden relevante psykiatriske diagnoser, som mindst én gang har indløst recept på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Det svarer til, at ca. 9 pct. af den solgte mængde antipsykotika til borgere med demens er solgt som dosisdispenseret medicin. Forbruget af antipsykotika som dosisdispenseret medicin har dog været faldende siden 2014. I 2017 var der desuden ca. 500 borgere med demens uden relevant psykiatrisk diagnose, som indløste mindst én recept på antipsykotika som injektion/depotinjektion, og antallet er steget markant siden 2014. Resultaterne peger samlet i retningen af, at mellem 1.000 og 2.600 borgere formentlig er mere eller mindre i kontinuerlig behandling med antipsykotika.

Forbruget af antipsykotika hos borgere med demens er generelt højere end hos baggrundsbeholdningen (2-5 pct.) for alle køns- og aldersgrupper. I samme periode har også forbruget af benzodiazepiner, smerteplastre, mirtazapin og selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI'er) været højere blandt borgere med demens end blandt borgere uden en demenssygdom. Forbruget af de pågældende lægemidler er dog stort set uændret fra 2014 til 2017, fraset et mindre fald i forbruget af de benzodiazepinlignende lægemidler, smerteplastre og SSRI'er hos borgere med demens.

Det er primært alment praktiserende læger og hospitalslæger, der har udskrevet første recept på antipsykotika til borgere med demens i 2017. Endvidere er 80 pct. af den totale udskrevne mængde af antipsykotika til borgere med demens, og altså ikke kun til nye brugere af antipsykotika, ordineret af alment praktiserende læger, mens den resterende mængde overvejende er udskrevet af hospitalslæger (16 pct.) og læger med andre relevante specialer (3 pct.).

5. Afgrænsning og metode

5.1 Algoritme til afgrænsning af demenspopulationen

Udvælgelsen af demente borgere sker på baggrund af følgende kriterier

Personer med minimum ét køb af demenslægemidler i Lægemiddelstatistikregistret (LSR). Demenslægemidler omfatter ATC-gruppe N06D, som alle er godkendte til demens.

Personer registreret med minimum én indlæggelse eller ambulante kontakt i Landspatientregistret (LPR) med relevante diagnosekoder som aktions- eller bidiagnose, dog ikke skadestuekontakter (før 2014). Akut, ambulante kontakter er medtaget (efter 2014). Diagnosekoder (ICD-10) omfatter:

- F00 (Demens ved Alzheimers sygdom)
- F01 (Vaskulær demens)
- F02 (Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds)
- F03 (Ikke specificeret demens)

Eksklusion af personer, der udelukkende er registreret i Lægemiddelstatistikregistret og kun har én indløsningsdag med et lægemiddel, der kun er godkendt til demens.

Eksklusion af personer, der udelukkende har kontakter med en aktions- eller bidiagnose med F03.9 (Demens UNS og undergrupper) og ikke har købt demensmedicin og ikke har haft en kontakt inden for de sidste 10 år fra opgørelsestidspunktet. Sidstnævnte for at undgå evt. fejlregistreringer.

'Debutdato' for personer med demens er udregnet som første kontaktdato for kontakt med relevante aktions- eller bidiagnoser i LPR eller dato for første indløsning af recept på demensmedicin registreret i LSR. Relevante diagnoser i forhold til udregning af debut inkluderer Demens ved Alzheimers sygdom (F00), Vaskulær demens (F01), Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds (F02), Alzheimers sygdom (G30), Anden degenerativ sygdom i nervesystemet (G318), Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS (G319) og demensmedicin afgrænses som ATC-gruppe N06D.

Eksklusionsdato er dødsdato, forsvindingsdato eller fraflytningsdato fra Danmark.

Bopæl og alder er pr. 1. januar det pågældende år. Populationen af borgere med demens er ligeledes pr. 1. januar det pågældende år.

5.2 Afgrænsning af antipsykotisk medicin

Alle lægemidler i ATC-gruppe N05A (antipsykotiske lægemidler), undtagen lithium (ATC N05AN) der anvendes til bipolare lidelser.

Tabel 9 Gruppering i 1. og 2. generations antipsykotika

1. generations antipsykotika	2. generations antipsykotika
> chlorpromazin (N05AA01)	> sertindol (N05AE03)
> levomepromazin (N05AA02)	> ziprasidon (N05AE04)
> promazin (N05AA03)	> lurasidon (N05AE05)
> acepromazin (N05AA04)	> clozapin (N05AH02)
> dixyrazin (N05AB01)	> olanzapin (N05AH03)
> fluphenazin (N05AB02)	> quetiapin (N05AH04)
> perphenazin (N05AB03)	> asenapin (N05AH05)
> prochlorperazin (N05AB04)	> amisulprid (N05AL05)
> periciazin (N05AC01)	> risperidon (N05AX08)
> thioridazin (N05AC02)	> aripiprazol (N05AX12)
> pipotiazin (N05AC04)	> paliperidon (N05AX13)
> haloperidol (N05AD01)	
> melperon (N05AD03)	
> pipamperon (N05AD05)	
> bromperidol (N05AD06)	
> droperidol (N05AD08)	
> flupentixol (N05AF01)	
> chlorprothixen (N05AF03)	
> zuclopenthixol (N05AF05)	
> pimoqid (N05AG02)	
> penfluridol (N05AG03)	
> loxapin (N05AH01)	
> sulpirid (N05AL01)	

Nye brugere defineres som brugere af antipsykotika, som har indløst første recept efter debutdato for demens.

Tabel 10 Gruppering i specialegrupper baseret på receptudsteders ydernummer

Specialegruppe	Speciale typer fra Yderregistret
Alment praktiserende læge	'Almen lægegerning', 'Vagtlægehjælp' (privat praktiserende) og 'KFA-Vagtordning'
Andre relevante specialer	'Psykiatri', 'Neuromedicin' og 'Distriktpspsykiatri' (privat praktiserende)
Andre specialer	'Dermato-venerologi', 'Kirurgi', 'Anæstesiologi', 'Gynækologi-obstetrik', 'Reumatologi (Fysiurgi)', 'Pædiatri', 'Ortopædisk kirurgi' og 'Intern medicin' (privat praktiserende)
Hospitalslæge*	'Hospitalslæge'
Læge uden ydernummer mm.	'Erstatningskode', 'Fiktive', 'Tandlægehjælp', 'Øjenlægehjælp', og 'Øvrigt/ukendt'

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Yderregistret (opdateret til 10. februar 2018).

Note: * Visse systemer på sygehuse indberetter til Lægemiddelstatistikregistret fejlagtigt med et foranstillet nul i sygehusafdelingens sygehuskode. Disse SKS-koder er sammenlignet manuelt med SKS-browseren. Svarer sygehuskoden uden foranstillet nul til en sygehusafdeling, som forventeligt varetager behandling af borgere med demens, er disse manuelt klassificeret som hospitalslæger.

Tabel 11 Gruppering af lægemiddelformuleringer

Lægemiddelformulering, grupperet	Lægemiddelformuleringer
Tabletter og kapsler	'tabletter', 'filmovertrukne tabletter', 'kapsler, hårde', 'overtrukne tabletter'
Depottabletter	'depottabletter'
Smeltetabletter og resoribletter	'smeltetabletter', 'resoribletter, sublinguale'
Oral væske	'oral opløsning', 'orale dråber, opløsning', 'oral suspension'
Injektioner og depotinjektioner	'depotinjektionsvæske, pulver og solvens til suspension', 'depotinjektionsvæske, suspension', 'pulver og solvens til depotinjektionsvæske, suspension', 'injektionsvæske', 'injektionsvæske, opløsning', 'injektionsvæske, opløsning, i.m.', 'pulver til injektionsvæske, opløsning'

Note: Det er ikke muligt at skelne i data mellem injektioner og depotinjektioner, hvorfor disse grupperes sammen.

5.3 Afgrænsning af psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika

Med henblik på at afdække om ordinationen af antipsykotika kan tænkes at skyldes andre indikationer end demens, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en proxy for relevante indikationer for medikamentel behandling med antipsykotika. Tilstedeværelsen af én af de nedenstående diagnoser vurderes som en relevant årsag til medikamentel behandling med antipsykotika, hvis diagnosen er blevet stillet inden for de seneste 10 år. Nedenstående bør opfattes som en grov

proxy for relevante indikationer, men ikke desto mindre bedste bud på basis af tilgængelige registerdata.

Tilstande, hvor behandling med antipsykotika vurderes indiceret:

- > F06.0 (Organisk hallucinose)
- > F06.2 (Organisk paranoid eller skizofreniform sindslidelse)
- > F06.3 (Organiske affektive sindslidelser)
- > F1x.5 (Psykotisk tilstand)
- > F1x.7 (Residuale tilstande og sent indsættende psykotisk tilstand fremkaldt af alkohol eller andre psychoaktive stoffer)
- > F20-29 (Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser)
- > F30 (Manisk enkeltepisode)
- > F31 (Bipolar affektiv sindslidelse)
- > F32.3 (Depressiv enkeltepisode af svær grad med psykotiske symptomer)
- > F33.3 (Periodisk depression, p.t. af svær grad med psykotiske symptomer)

Udover ovenstående, er der følgende indikationer for behandling med antipsykotika, som er defineret vha. de følgende diagnosekoder:

- > Søvnforstyrrelser hos misbrugere eller patienter med misbrugstilbøjelighed:
F51 Non-organiske søvnforstyrrelser, **eller**
G47 Søvnforstyrrelser, **eller**
DN951C Klimakteriel søvnløshed
og samtidig forekomst (inden for et år) af
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser forårsaget af psychoaktive stoffer (alkohol eller andre psychoaktive stoffer)
- > Søvnforstyrrelser hos mennesker med depression:
F51 Non-organiske søvnforstyrrelser, **eller**
G47 Søvnforstyrrelser, **eller**
DN951C Klimakteriel søvnløshed
og samtidig forekomst (inden for et år) af
F32-33 Depression
- > Angstlidelser hos misbrugere eller patienter med misbrugstilbøjelighed:
F40-41 Angst
og samtidig forekomst (inden for et år) af
F10-19 Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser forårsaget af psychoaktive stoffer (alkohol eller andre psychoaktive stoffer)
- > Angst hos mennesker med depression:
F40-41 Angst
og samtidig forekomst (inden for et år) af
F32-33 Depression

6. Referencer

- ¹ Initiativ 5: Nedbringelse af forbruget af antipsykotika til mennesker med demens. Sundheds- og Ældreministeriet, 2017. <http://www.sum.dk/Temaer/National%20demenshandlingsplan/~media/Filer%20-%20dokumenter/National-demenshandlingsplan-2017-2025/Initiativ-05-Nedbringelse-af-forbruget-af-antipsykotika-til-mennesker-med-demens.ashx>
- ² National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. Sundhedsstyrelsen, 2013. <http://www.sst.dk/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>
- ³ Seponeringslisten 2017-18 – forslag til seponering af lægemidler hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017. <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/medicingennemgang/~media/2015DE3C71D2460E9590A14B07874221.ashx>
- ⁴ Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2014. <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=163024>
- ⁵ Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International, 2015
- ⁶ Forekomst af demens hos ældre i Danmark – Hele landet og fem Regioner, 2017-2040. Nationalt Videnscenter for Demens, 2017. <http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1269231/hele-landet-og-5-regioner-2017.pdf>
- ⁷ Estimatet baseres på en metode beskrevet i Jørgensen K, Waldemar G. [The prevalence of dementia in Denmark]. Ugeskrift for læger. 2014;176(48)'.
- ⁸ Salem LC, Andersen BB, Nielsen TR, Stokholm J, Jørgensen MB, Rasmussen MH, et al. Overdiagnosis of dementia in young patients - a nationwide register-based study. DementGeriatrCogn Disord. 2012;34(5-6):292-9.
- ⁹ Salem LC, Andersen BB, Nielsen TR, Stokholm J, Jørgensen MB, Waldemar G. Inadequate diagnostic evaluation in young patients registered with a diagnosis of dementia: a nationwide register-based study. DementGeriatrCogn DisExtra. 2014;4(1):31-44.
- ¹⁰ Monitorering af forbruget af antipsykotika til borgere med demens – Opdaterede tal fra 2016. Sundhedsdatastyrelsen, 2018.
- ¹¹ Vederlagsfri udlevering af medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling. Danske Regioner, 2017. <http://www.regioner.dk/media/4528/vederlagsfri-liste-marts-2017.pdf>

Bilag 1. Supplerende tabeller og figurer

Bilagstabel 1 Udvikling i andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotika, 2014-2017

Årstal	Antal borgere med demens med receptindløsninger på antipsykotika	Antal borgere med demens pr. 1. januar 2016	Andel
2014	7.090	35.360	20%
2015	7.181	36.278	20%
2016	7.323	37.018	20%
2017	7.137	37.191	19%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Bilagstabel 2 Andelen af ældre borgere med demens over 64 år med receptindløsning på antipsykotika i 2017 fordelt på borgers bopælskommune pr. 1. januar 2017

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2017		Borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 1. generations antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 2. generations antipsykotika	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tønder	380	4%	130	34%	28	7%	114	30%
Albertslund	155	3%	50	32%	7	5%	45	29%
Aabenraa	441	3%	134	30%	36	8%	112	25%
Glostrup	181	4%	54	30%	10	6%	50	28%
Bornholm	396	4%	118	30%	10	3%	110	28%
Gribskov	303	3%	82	27%	12	4%	78	26%
Fredensborg	270	3%	73	27%	15	6%	68	25%
Vallensbæk	67	2%	18	27%	5	7%	16	24%
Lemvig	127	3%	33	26%	5	4%	32	25%
Sønderborg	635	4%	164	26%	56	9%	132	21%
Allerød	156	3%	40	26%	<5	n/a	39	25%
Holstebro	393	3%	100	25%	15	4%	88	22%
Dragør	111	3%	28	25%	6	5%	24	22%
Helsingør	456	3%	115	25%	24	5%	102	22%
Rødovre	294	4%	73	25%	13	4%	66	22%
Halsnæs	234	3%	58	25%	8	3%	57	24%
Hørsholm	226	3%	56	25%	13	6%	46	20%
Frederikssund	304	3%	75	25%	20	7%	61	20%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2017		Borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 1. generations antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 2. generations antipsykotika	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Haderslev	508	4%	123	24%	34	7%	105	21%
Svendborg	533	4%	129	24%	21	4%	115	22%
Brøndby	295	4%	71	24%	20	7%	60	20%
Ringsted	212	4%	51	24%	11	5%	43	20%
Favrskov	213	2%	51	24%	<5	n/a	50	23%
Frederiksberg	825	5%	193	23%	45	5%	166	20%
Ringkøbing-Skjern	327	3%	76	23%	16	5%	70	21%
Gentofte	507	3%	117	23%	51	10%	79	16%
Ballerup	409	4%	93	23%	21	5%	84	21%
Struer	138	3%	31	22%	<5	n/a	30	22%
Høje-Taastrup	288	3%	63	22%	14	5%	56	19%
Ishøj	111	3%	24	22%	<5	n/a	22	20%
Tårnby	312	4%	67	21%	17	5%	57	18%
Syddjurs	191	2%	41	21%	10	5%	35	18%
Rudersdal	458	4%	97	21%	25	5%	80	17%
Herning	511	3%	107	21%	22	4%	92	18%
Norrdjurs	216	2%	45	21%	6	3%	39	18%
Varde	373	4%	76	20%	22	6%	63	17%
København	2.712	4%	551	20%	119	4%	464	17%
Hillerød	307	3%	62	20%	12	4%	53	17%
Skive	333	3%	67	20%	7	2%	60	18%
Randers	560	3%	112	20%	13	2%	103	18%
Viborg	632	3%	124	20%	18	3%	110	17%
Lolland	314	3%	61	19%	12	4%	52	17%
Esbjerg	1.016	4%	197	19%	30	3%	178	18%
Odder	114	2%	22	19%	<5	n/a	21	18%
Sorø	210	3%	40	19%	9	4%	36	17%
Kalundborg	332	3%	63	19%	16	5%	51	15%
Frederikshavn	433	3%	82	19%	21	5%	65	15%
Vejen	308	4%	58	19%	9	3%	50	16%
Samsø	32	3%	6	19%	<5	n/a	6	19%
Hedensted	217	2%	40	18%	<5	n/a	38	18%
Egedal	212	3%	39	18%	16	8%	25	12%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2017		Borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 1. generations antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 2. generations antipsykotika	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Silkeborg	461	3%	84	18%	13	3%	74	16%
Ikast-Brande	194	2%	35	18%	5	3%	30	15%
Køge	317	3%	57	18%	12	4%	47	15%
Slagelse	580	4%	104	18%	14	2%	96	17%
Jammerbugt	212	2%	38	18%	<5	n/a	34	16%
Gladsaxe	453	4%	81	18%	22	5%	66	15%
Lyngby-Taarbæk	459	4%	81	18%	22	5%	63	14%
Århus	1.637	3%	288	18%	30	2%	269	16%
Vordingborg	286	2%	49	17%	8	3%	42	15%
Mariagerfjord	216	2%	37	17%	8	4%	29	13%
Kerteminde	237	4%	40	17%	11	5%	34	14%
Odense	1.489	4%	249	17%	48	3%	218	15%
Stevns	139	3%	23	17%	<5	n/a	21	15%
Langeland	189	5%	31	16%	5	3%	28	15%
Faxe	196	3%	32	16%	12	6%	23	12%
Hvidovre	388	4%	63	16%	9	2%	56	14%
Kolding	697	4%	113	16%	29	4%	94	13%
Billund	213	4%	34	16%	<5	n/a	33	15%
Herlev	246	5%	39	16%	10	4%	32	13%
Ærø	82	4%	13	16%	<5	n/a	10	12%
Næstved	431	3%	68	16%	16	4%	55	13%
Guldborgsund	447	3%	70	16%	18	4%	54	12%
Holbæk	329	2%	51	16%	11	3%	43	13%
Fredericia	390	4%	60	15%	20	5%	48	12%
Odsherred	241	3%	37	15%	7	3%	31	13%
Vesthimmerlands	228	3%	35	15%	9	4%	33	14%
Thisted	258	3%	39	15%	8	3%	36	14%
Horsens	504	3%	76	15%	11	2%	69	14%
Nordfyns	227	4%	34	15%	11	5%	27	12%
Middelfart	329	4%	49	15%	13	4%	40	12%
Vejle	785	4%	114	15%	31	4%	91	12%
Furesø	279	3%	39	14%	8	3%	32	11%
Faaborg-Midtfyn	475	4%	66	14%	12	3%	61	13%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2017		Borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 1. generations antipsykotika		Borgere med demens med receptindløsning på 2. generations antipsykotika	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hjørring	415	3%	57	14%	17	4%	44	11%
Greve	307	3%	42	14%	8	3%	34	11%
Skanderborg	271	3%	37	14%	5	2%	33	12%
Aalborg	1.136	3%	147	13%	22	2%	131	12%
Rebild	181	3%	23	13%	8	4%	18	10%
Morsø	151	3%	19	13%	<5	n/a	17	11%
Assens	358	4%	45	13%	13	4%	37	10%
Nyborg	291	4%	34	12%	<5	n/a	31	11%
Solrød	114	3%	13	11%	<5	n/a	10	9%
Lejre	176	3%	20	11%	<5	n/a	18	10%
Roskilde	625	4%	63	10%	13	2%	54	9%
Brønderslev	219	3%	22	10%	<5	n/a	19	9%
Fanø	25	2%	<5	n/a	<5	n/a	<5	n/a
Læsø	17	3%	<5	n/a	<5	n/a	<5	n/a

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: Kommuner er sorteret efter størst andel brugere af alle antipsykotika. Der er borgere, som har indløst recept på både 1. og 2. generations antipsykotika i år 2016, hvorfor de to andele ikke summerer til den totale andel vist i 'Borgere med demens med receptindløsning på antipsykotika'. Andelen i kommuner med hhv. mindre end 20 borgere med demens eller mindre end 5 borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, vises ikke. Borgere med demens uden kendt bopæl indgår ikke i analysen (2017: 7 borgere).
n/a, not applicable.

Bilagstabel 3 Udvikling i antallet af ældre borgere med og uden demens over 64 år med receptindløsning på udvalgte lægemidler fordelt på aldersgrupper, 2014-2017

	Aldersgruppe	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens				Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Benzodiazepiner	65-74 år	175	170	163	159	63	59	56	52
	75-79 år	147	140	141	141	83	76	71	65
	80-84 år	136	137	143	142	94	88	83	78
	85-89 år	142	138	151	158	110	103	98	95
	90+ år	176	174	178	191	141	135	134	133
	65-74 år	95	92	87	78	80	76	73	69
	75-79 år	87	82	87	76	111	106	101	97

	Aldersgruppe	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens				Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Benzodiazepin-lignende lægemidler	80-84 år	75	69	68	66	125	121	117	113
	85-89 år	72	68	65	58	138	131	128	124
	90+ år	75	74	63	62	148	142	140	135
Sederende antihistaminer	65-74 år	16	19	20	22	9	12	13	14
	75-79 år	15	17	20	20	12	17	18	19
	80-84 år	17	19	19	19	15	19	20	21
	85-89 år	18	17	16	17	17	20	21	22
	90+ år	14	15	15	20	17	20	20	22
Smertepastre	65-74 år	80	81	80	79	9	9	9	9
	75-79 år	114	106	107	110	20	19	19	18
	80-84 år	140	136	141	128	35	34	33	31
	85-89 år	173	169	165	158	56	56	57	55
	90+ år	212	206	200	191	102	100	99	95
TCA *	65-74 år	36	32	30	29	18	17	17	16
	75-79 år	25	23	23	24	21	21	20	19
	80-84 år	20	20	18	15	21	21	21	20
	85-89 år	16	18	17	17	22	22	20	20
	90+ år	14	14	15	12	19	18	18	17
Mirtazapin	65-74 år	176	173	174	177	21	21	22	22
	75-79 år	195	188	189	198	35	36	36	38
	80-84 år	191	192	196	190	48	48	50	52
	85-89 år	200	199	199	191	61	64	65	68
	90+ år	185	181	186	185	72	76	77	79
SSRI *	65-74 år	356	336	316	305	60	59	58	57
	75-79 år	366	346	325	309	79	77	75	71
	80-84 år	356	331	317	306	94	93	88	85
	85-89 år	352	334	310	286	115	111	106	101
	90+ år	329	305	287	265	131	127	119	113

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: * TCA, tricykliske antidepressiva; SSRI, selektive serotonin genoptagelseshæmmere.

Antal personer må ikke summeres for forskellige lægemidler. Det vil give forkerte tal, da samme person kan have indløst recept på flere forskellige lægemidler, og i så fald vil personen fejlagtigt tælle med flere gange.

Benzodiazepiner (ATC-koder N05CD, N05BA og N03AE), benzodiazepinlignende lægemidler (ATC-koder N05CF), sederende antihistaminer (ATC-koder N05BB01 (anxiolytikum), N07CA02, R06AA02, R06AA04, R06AD02, R06AE03 og R06AE05), smertepastre (ATC-koder N02AB03 og N02AE01 med formuleringen 'depotplastre'), tricykliske antidepressiva (TCA, ATC-koder N06AA), mirtazapin (ATC-kode N06AX11) og selektive serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI, ATC-koder N06AB).

Bilagstabel 4 Mængdeforbruget af udvalgte lægemidler hos ældre borgere med og uden demens over 64 år, 2014-2017

	DDD pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens pr. døgn				DDD pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens pr. døgn			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Benzodiazepiner	27	25	23	22	24	21	19	17
Benzodiazepinlignende lægemidler	40	38	36	33	40	38	37	34
Sederende antihistaminer	6	7	7	8	3	6	6	7
Smertepastre	35	34	31	28	6	6	6	5
TCA *	11	10	10	10	8	7	7	7
Mirtazapin	127	123	119	115	18	18	18	18
SSRI *	341	319	301	289	68	68	67	66

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 28. februar 2018), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 5. august 2017).

Note: * TCA, tricykliske antidepressiva; SSRI, selektive serotonin genoptagelseshæmmere.
Sederende antihistaminer: ATC-koder N05BB01 (anxiolytikum), N07CA02, R06AA02, R06AA04, R06AD02, R06AE03 og R06AE05. Benzodiazepiner: ATC-koder N05CD, N05BA og N03AE. Benzodiazepinlignende lægemidler: ATC-koder N05CF.
Mirtazapin: ATC-kode N06AX11. Smertepastre: ATC-koder N02AB03 og N02AE01 med formuleringen 'depotplastre'. SSRI: ATC-koder N06AB. TCA: ATC-koder N06AA.
DDD, definerede døgn doser

Udgiver Sundhedsdatastyrelsen
Kontakt medicindata@sundhedsdata.dk
Web-adresse www.sundhedsdata.dk
Titel Monitorering af forbruget af antipsykotika til borgere med demens
Rapport kan frit refereres med tydelig kildeangivelse