

29. januar 2018

Monitorering af forbruget af antipsykotika til borgere med demens

Opdaterede tal fra 2016



**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 rapporten er et politisk mål i regi af den Nationale Demenshandlingsplan om at reducere denne andel med 50 pct. frem mod år 2025, da risikoen for alvorlige bivirkninger ved behandling af borgere med demens med antipsykotisk medicin er væsentligt øget. Rapporten har derudover 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/indsats for at kunne nå målet. Monitoreringen understøtter således andre initiativer på området, bl.a. i regi af Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patient-sikkerhed.

I rapporten 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, er de 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. Monitoreringen af forbruget af antipsykotika hos borgere med demens vil således ikke kunne blive mere end en indikator på forbruget af antipsykotika hos borgere med registerafgrænset demens. Nationalt Videnscenter for Demens vurderer, at der i 2017 er 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 ca. 20 pct. fra 2014 til 2016. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er denne andel lidt højere (20-22 pct.) end i de øvrige regioner. Disse andele er de samme, som præsenteres i de nationale mål på demensområdet. Der er overordnet to typer af antipsykotika, hvoraf den ene type (2. generations antipsykotika) anbefales i nogle få tilfælde, mens den anden type (1. generations antipsykotika) generelt ikke anbefales. I alle regioner ses en højere andel, som har indløst recept på 2. generations antipsykotika (14-19 pct.) end på 1. generations antipsykotika (2-5 pct.) i 2016. De hyppigst anvendte antipsykotika er de tre 2. generations antipsykotika: quetiapin, risperidon, olanzapin. Rapporten indeholder endvidere de kommunale andele af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, men opgørelser på kommuneniveau kan være behæftede med statistisk usikkerhed, fordi der for nogle kommuner er tale om små absolutte tal.

Andelen, som har indløst recept på antipsykotika i 2016, 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 generelt også et højere forbrug af andre udvalgte lægemidler end borgere uden demens, bl.a. af benzodiazepiner, smerteplastre og de antidepressive midler SSRI (selektive serotonin genoptagelseshæmmere).

Rapporten viser, at andelen, som har indløst recept 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 (46-64 pct.) end blandt borgere med demens uden disse psykiatriske diagnoser (17-26 pct.). De borgere, som har en psykiatrisk diagnose, har typisk haft næsten dobbelt så mange receptindløsninger (9 mod 5), samt indløst recept på en større mængde (137 DDD¹ mod 40 DDD) og købt et større antal enheder (515 tabletter/kapsler vs. 360 tabletter/kapsler) end borgere med demens uden de udvalgte psykiatriske diagnoser. Den typiske borger med demens uden de psykiatriske diagnoser har således indløst recept på et relativt højt antal tabletter/kapsler, men til gengæld kun et relativt lavt antal døgndoser. Dette kan enten betyde, at disse borgere er i kontinuerlig behandling med en lav daglig dosering, eller at borgerne er i behandling i kortere tid, men indtager tabletter flere gange dagligt. Under forskellige antagelser af, at borgerne indtager en mængde på 1 DDD hhv. 1/2 DDD dagligt, har ca. 1.200 hhv. ca. 2.600 borgere været i behandling med antipsykotika i mere end 3 måneder. Dette taler for, at en relativt stor andel af borgerne er i kontinuerlig behandling.

Ca. 1.400 borgere med demens uden de psykiatriske diagnoser har i 2016 indløst mindst én recept på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Det svarer til, at 16 pct. af den samlede solgte mængde antipsykotika til borgere med demens uden de psykiatriske diagnoser er solgt som dosisdispenseret medicin. Forbruget af antipsykotika som dosisdispenseret medicin er dog faldende siden 2014. Antallet af borgere med demens uden de psykiatriske diagnoser, som har indløst recept på antipsykotika som depotinjektionsvæske er til gengæld steget fra 2014 til 2016, hvor det er ca. 500 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 depotinjektionsvæske, taler yderligere for, at en stor andel af disse borgere er i kontinuerlig behandling.

Det er oftest alment praktiserende læger eller hospitalslæger, som udskriver første recept på antipsykotika til borgere med demens. Alment praktiserende læger står for den største andel af den totale udskrevne mængde antipsykotika til borgere med demens (81 pct.) i primærsektoren, mens den resterende mængde overvejende er udskrevet af hospitalslæger (15 pct.) og læger med andre relevante specialer (3 pct.).

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.whocc.no).

2. Baggrund

Sundhedsdatastyrelsen skal i henhold til Initiativ 5 i den Nationale Demenshandlingsplan² monitorere forbruget af antipsykotisk medicin blandt borgere med demens. Ifølge initiativet skal monitoreringen bidrage til at give et overblik over udviklingen i forbruget af antipsykotisk medicin med henblik på at kunne følge målet om nedbringelse af forbruget samt opnå viden om, hvor der kan være særlige problemer, som kræver en opfølgning/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.

I Sundhedsstyrelsens 'National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens' fra 2013 anbefales det, at antipsykotika ikke anvendes til behandling af *Behavioral and Psychological Symptoms and Signs of Dementia* (BPSD). Det 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) 'Forslag til seponering af lægemidler hos voksne' fra 2017. 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 'Behandling af patienter med demens og ældre over 65 år med psykotiske symptomer' anbefales det desuden, at hvis lægen vurderer, at der er grundlag for at starte behandling med antipsykotiske lægemidler, er doseringen mellem en tiendedel og halvdelen af de doser, der normalt anvendes hos yngre.

Udvælgelsen af analyser er sket efter drøftelser med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at understøtte styrelsernes læringsinitiativer ligeledes i henhold til Initiativ 5 i den Nationale Demenshandlingsplan. Nationalt Videnscenter for Demens (NVD) er blevet hørt i en tidlig fase. Sundhedsdatastyrelsen påtænker, at analyserne i monitoreringen løbende revurderes årligt og evt. udvides eller tilpasses for at imødekomme ny viden eller eventuelle nye datamuligheder og for på bedste vis at understøtte indsatser fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Indeværende monitorering vil formentlig indeholde analyser, som det ud fra analyseresultaterne vurderes ikke er nødvendige at overvåge fremadrettet, og som dermed ikke videreføres til 2. og successive monitoreringer.

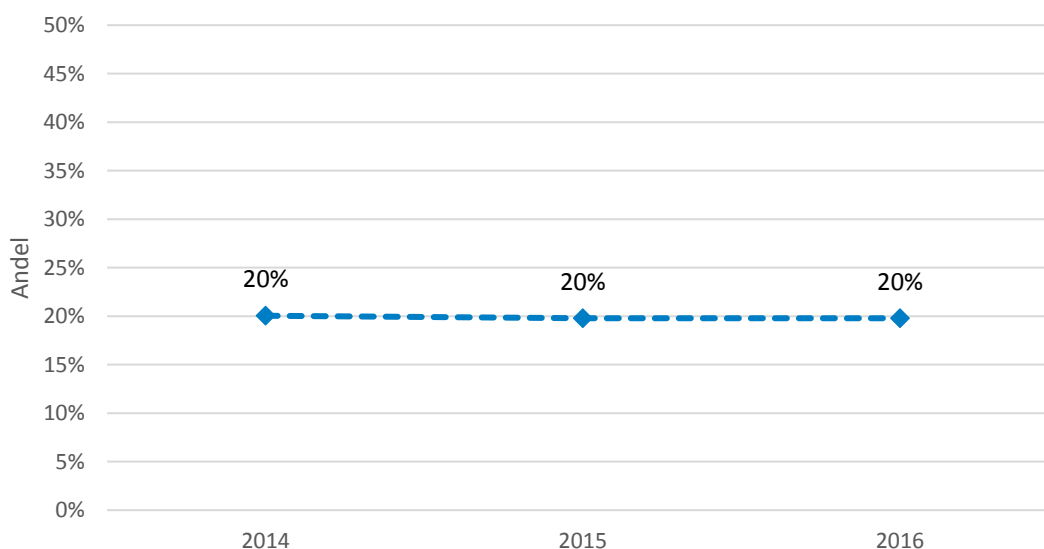
² http://www.sum.dk/Temaer/National%20demenshandlingsplan/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/National-demenshandlingsplan-2017-2025/Initiativ-05-Nedbringelse-af-forbruget-af-antipsykotika-til-mennesker-med-demens.ashx

3. Resultater

3.1 Udvikling i forbruget af antipsykotika hos borgere med demens

I 2016 indløste ca. 7.300 personer mindst én recept på antipsykotisk medicin ud af i alt ca. 37.000 ældre borgere over 64 år identificeret med demens i de nationale registre³. Det svarer til ca. 20 pct., se Figur 1. Andelen er uændret i forhold til 2014⁴. Tallene på denne figur svarer til dem, som er udgivet i de nationale mål på demensområdet (se boksen 'Nationale mål for indsatsen på demensområdet', s. 6).

Figur 1 Udvikling i andelen af ældre borgere over 64 år identificeret med demens, som har indløst mindst én recept på antipsykotisk medicin, 2014-2016



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017).

Ikke alle personer med en demensdiagnose kan identificeres vha. den anvendte registerafgrænsning. Personer, der udelukkende har fået stillet diagnosen uden for hospital, og som desuden ikke har købt demensmedicin, vil ikke fremgå i gruppen af borgere med demens. 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.

³ Se registerafgrænsningen i 'Afgrænsning og metode'.

⁴ Figuren baseres på tal, som forefindes i Bilagstabel 1.

Patienter, som ophører med behandlingen inden anden receptindløsning, f.eks. pga. af bivirkninger, vil dermed ikke medtages⁵. Ligeledes medtages patienter ikke, som dør, forsvinder eller fraflytter fra Danmark efter blot én receptindløsning. På baggrund af internationale befolkningsundersøgelser og befolkningstal, vurderer Nationalt Videnscenter for Demens (NVD) at det samlede antal personer med demens i Danmark i 2017 er ca. 87.000⁶.

Der kan endvidere være personer, der er fejlregistreret i Landspatientregisteret. Denne risiko er ifølge studier fra National Videnscenter for Demens (NVD) større hos yngre borgere end hos ældre borgere med en demensdiagnose. Dette har Sundhedsdatastyrelsen i tidligere analyser forsøgt at tage højde for ved at afgrænse til 65+ årige borgere, hvilket også gøres til brug for det nationale mål (se nedenfor). Endvidere afgrænses til 65+ årige borgere i dette og det næste afsnit af rapporten (afsnit 3.1 og 3.2), og således er tallene i disse to afsnit sammenlignelige med dem, som præsenteres i de nationale mål. I indeværende rapport, i de nationale mål og fremadrettet tages desuden højde for eventuelle fejl vha. et nyt eksklusionskriterie, der er drøftet med NVD⁷. 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, men resultaterne rapporteres i køns- og aldersgrupper.

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 på 65+ år med demens, som har købt antipsykotisk medicin både på landsplan og fordelt på kommune- og regionsniveau.

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

⁵ Dette gælder udelukkende personer, som udelukkende er identificeret på baggrund af receptindløsninger på demensmedicin. Denne gruppe udgør ca. 12 pct.

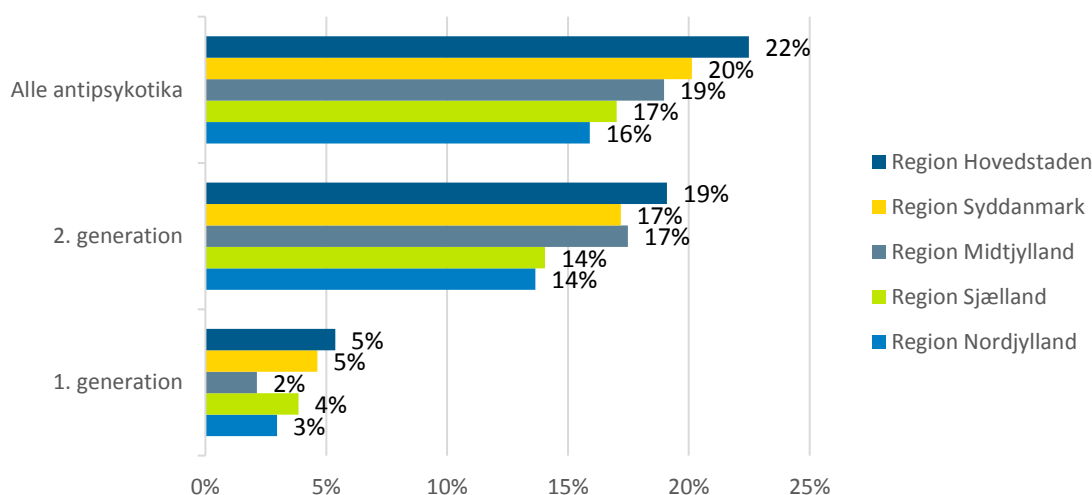
⁶ <http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1269231/hele-landet-og-5-regioner-2017.pdf>. Estimatet baseres på en metode beskrevet i 'Jorgensen K, Waldemar G. [The prevalence of dementia in Denmark]. Ugeskrift for læger. 2014;176(48)'.

⁷ 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 opgørelses-tidspunktet. 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 over 64 år med demens, som har indløst mindst én recept på antipsykotisk medicin i 2016 fordelt på bopælsregion pr. 1. januar 2016. Der ses nogen variation regionerne imellem. Region Hovedstaden har den højeste andel (22 pct.), mens der i Region Nordjylland er ca. 16 pct. af de identificerede borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika. Andelen er stort set uændret, hvis borgere under 65 år medtages (tal ikke vist).

Figur 2 Andele af ældre borgere over 64 år identificeret med demens, der har indløst recept på antipsykotika i 2016 fordelt på borgers bopælsregion pr. 1. januar 2016



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017).

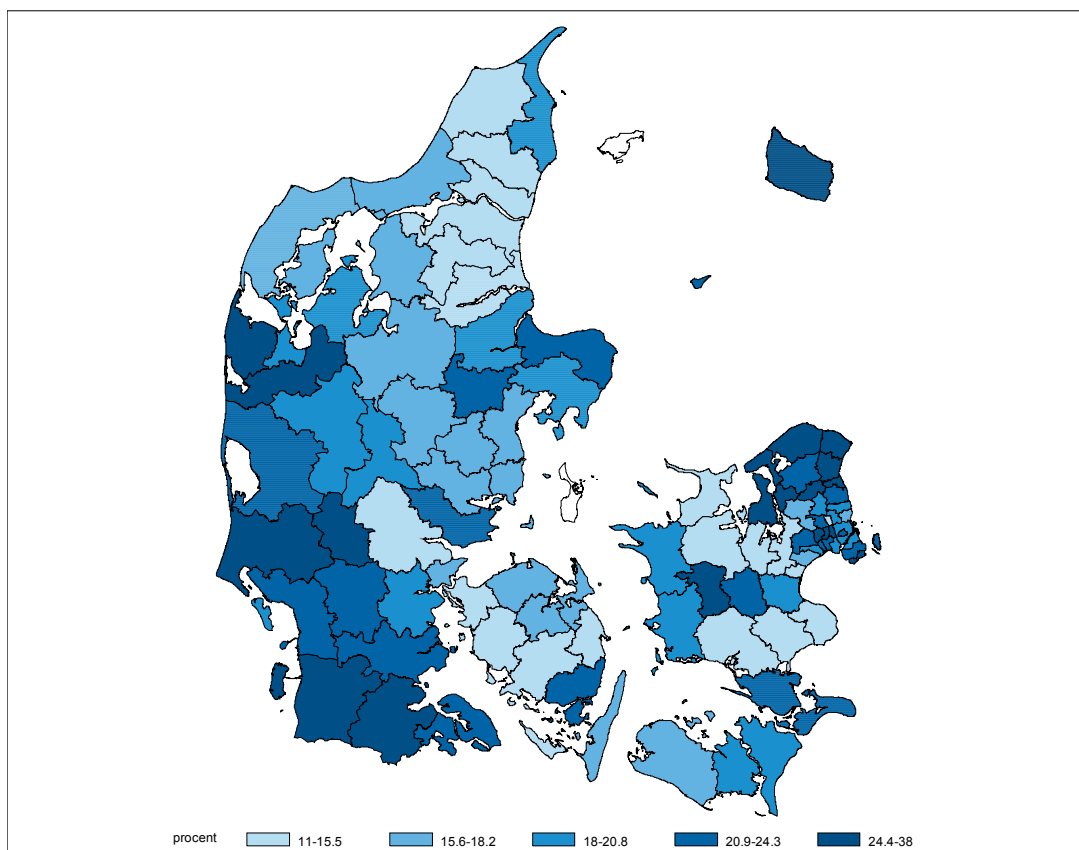
Note: Der er borgere, som har indløst recept på både 1. og 2. generations antipsykotika i år 2016, hvorfor de to andele ikke summerer til den totale andel vist i 'Alle antipsykotika'. Borgere med demens uden kendt bopæl indgår ikke i analysen (år 2014: 19, år 2015-2016: 14).

Den største andel borgere med demens, som har indløst recept på 2. generations antipsykotika findes i Region Hovedstaden (19 pct.), og den laveste andel i Region Nordjylland og Region Sjælland (14 pct.). Endvidere viser figuren, at forbruget af 1. generations antipsykotika generelt er lavere end af 2. generations antipsykotika, men også her ses en lidt større andel i Region Hovedstaden (5 pct.) end i de øvrige regioner. De nationale mål underopdeles ikke på 1. og 2. generations antipsykotika.

Der ses generelt en større andel, som har indløst recept på antipsykotika, hos ældre borgere over 64 år med demens som pr. 1. januar 2016 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, Halsnæs, Bornholm og Allerød (over 30 pct., jf. Bilagstabel 2). Ses der på

undergruppen af 1. generations antipsykotika, er Aabenraa, Frederikssund, Tønder og Sønderborg de kommuner, som har den største andel af borgere med demens, som har indløst recept (ca. 10 pct.). Andelen er stort set uændret, hvis borgere under 65 år medtages (tal ikke vist). De nationale mål underopdeles ikke på 1. og 2. generations antipsykotika.

Figur 3 Oversigt over andelen af ældre borgere over 64 år identificeret med demens, der har indløst recept på antipsykotika i 2016 fordelt på borgers bopælskommune pr. 1. januar 2016



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017).

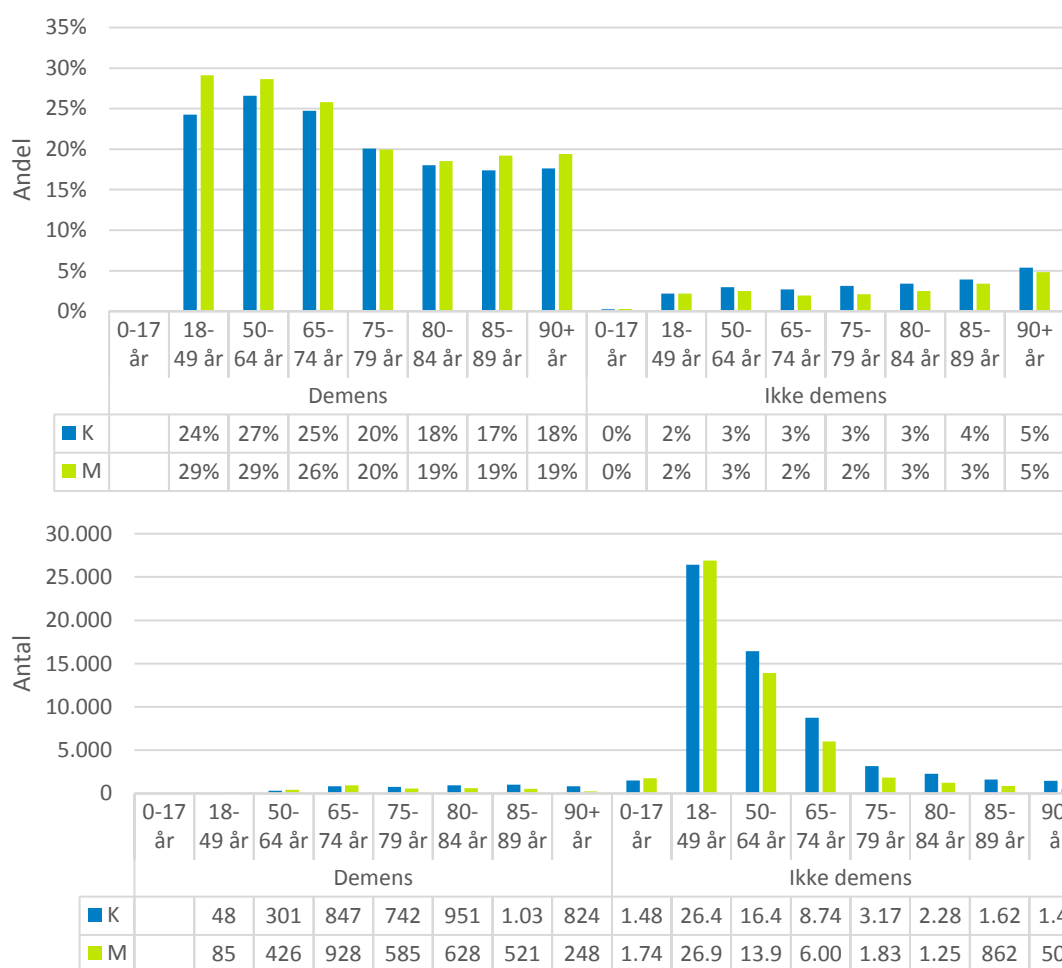
Note: Andelen i kommuner med hhv. mindre end 20 borgere med demens eller mindre end 5 borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, vises ikke. Borgere med demens uden kendt bopæl indgår ikke i analysen (år 2014: 19, år 2015-2016: 14).

Opgørelser på kommuneniveau kan være behæftede med statistisk usikkerhed, da der for nogle kommuner er tale om små absolutte antal, når de samlede ca. 7.300 borgere fordeles på kommuner. I kommuner med under 20 borgere med demens vil andelen 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, som har indløst recept på antipsykotika, er højere i alle køns- og aldersgrupper end andelen hos borgere uden demens, se Figur 4. Andelen er særligt høj i de yngste aldersgrupper (18-49 år, 50-64 år og 65-74 år). De absolutte antal borgere med demens i disse aldersgrupper er dog lave, hvilket kan resultere i stor statistisk usikkerhed. Andelen af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika, er i alle aldersgrupper lidt højere blandt mænd sammenlignet med blandt kvinder, hvorimod andelen i restbefolkningen uden demens er lidt højere blandt kvinder i forhold til blandt mænd.

Figur 4 Antal og andel af borgere med og uden demens, der har indløst recept på antipsykotika i 2016 fordelt på køn og alder



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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.

Der ses en højere andel af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika hos de personer, som samtidig har haft andre relevante psykiatriske diagnoser⁸ inden for de seneste 10 år, der også kan foranledige brug af antipsykotika, se Figur 5. Endvidere er andelen en smule højere hos borgere i de yngre aldersgrupper (18-49 år, 50-64 år og 65-74 år) end i de ældre aldersgrupper hos borgere med andre relevante psykiatriske diagnoser. Den højere observerede andel i de yngste aldersgrupper hos alle borgere med demens (se Figur 4) kan derfor måske være forårsaget af tilstedeværelse af andre psykiatriske diagnoser. Hos borgere, som ikke har en af de psykiatriske diagnoser, er andelen som har indløst recept på antipsykotika mere ens for alle aldersgrupper, og på 17-19 pct. for borgere med demens over 74 år. Dette resultat taler evt. for, at standardisere for anden relevant psykiatrisk diagnose ved sammenligning på tværs af regioner og kommuner.

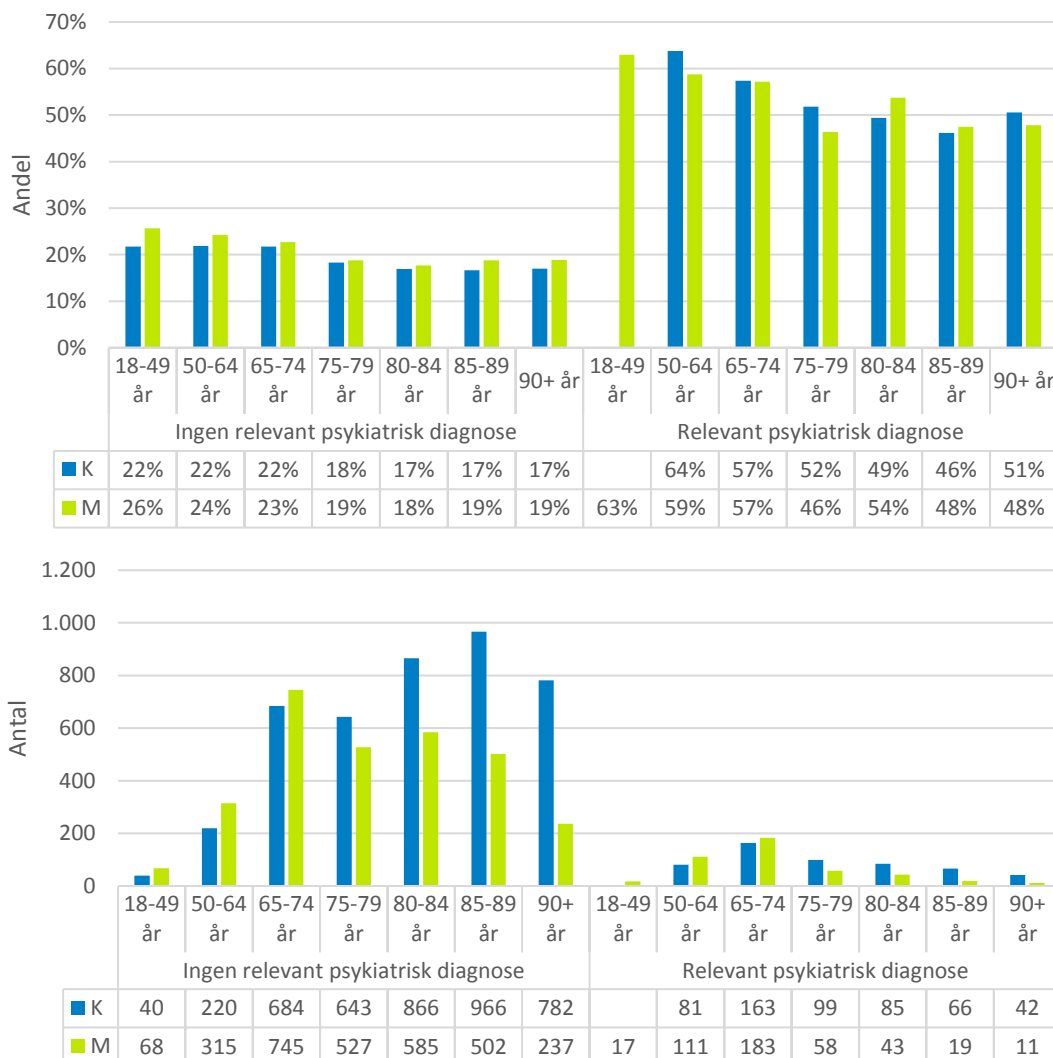
Relevante psykiatriske diagnoser, hvor behandling med antipsykotika vurderes indiceret, er blevet afgrænset i samarbejde med Sundhedsstyrelsen med henblik på at give et billede af, om der kan være en anden relevant indikation for behandling med antipsykotika hos borgere med demens. Sundhedsdatastyrelsen 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 fraktion, der kunne få antipsykotika af anden årsag. Endvidere er behandling med antipsykotika indiceret ved en subgruppe af angstlidelser, hvor SSRI⁹, kognitiv terapi, pregabalin o.l. stoffer 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 fraktion. 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 forsøgt udvidet til at inkludere alle angstlidelser (F40-F41) for en række analyser, men ingen af disse har medført nye tendenser eller resultater, hvorfor fordelingerne med denne alternative afgrænsning ikke præsenteres i indeværende rapport.

⁸ Udvalgte diagnoser kan ses af 'Afgrænsning og metode'.

⁹ SSRI: Selektive serotonin genoptagelseshæmmere.

Figur 5 Antal og andel af borgere med demens, der har indløst recept på antipsykotika i 2016 fordelt på køn, alder og tilstedeværelse af andre relevante psykiatriske diagnoser



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Landspatientregistret (opdateret til 6. september 2017).

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.

3.4 Hvilke typer antipsykotika ordineres?

De tre hyppigst anvendte lægemidler blandt borgere med demens var i 2016: quetiapin, risperidon og olanzapin, se Tabel 1. Alle tre lægemidler er 2. generations antipsykotika. De hyppigst anvendte 1. generations antipsykotika er haloperidol, chlorprothixen og zuclopenthixol.

Tabel 1 Antal borgere med demens, som har indløst mindst én recept på antipsykotika i 2016 fordelt på lægemiddelindholdsstof

Lægemiddelindholdsstof	ATC-kode	Generation	Antal personer
Quetiapin	N05AH04	2. generation	3.545
Risperidon	N05AX08	2. generation	2.445
Olanzapin	N05AH03	2. generation	1.265
Haloperidol	N05AD01	1. generation	988
Aripiprazol	N05AX12	2. generation	302
Chlorprothixen	N05AF03	1. generation	280
Zucloperthixol	N05AF05	1. generation	206
Clozapin	N05AH02	2. generation	158
Flupentixol	N05AF01	1. generation	98
Levomepromazin	N05AA02	1. generation	92
Pipamperon	N05AD05	1. generation	81
Pimozid	N05AG02	1. generation	36
Melperon	N05AD03	1. generation	24
Amisulprid	N05AL05	2. generation	19
Ziprasidon	N05AE04	2. generation	16
Paliperidon	N05AX13	2. generation	12
Perphenazin	N05AB03	1. generation	10
Sulpirid	N05AL01	1. generation	8
Periciazin	N05AC01	1. generation	7
Prochlorperazin	N05AB04	1. generation	6
Sertindol	N05AE03	2. generation	<5
Lurasidon	N05AE05	2. generation	<5
Asenapin	N05AH05	2. generation	<5

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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.

3.5 Behandlingsvarighed og mængdeforbrug

Den typiske borger med demens uden relevante psykiatriske diagnoser (se 'Afgrensning og metode') har haft 5 receptindløsningsdage¹⁰ (median) på antipsykotisk medicin i 2016, se Tabel 2.

¹⁰ 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.

Borgere med demens, som samtidig er registreret med en relevant psykiatrisk diagnose, har typisk haft 9 receptindløsningsdage i 2016. 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 2016 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.

Tabel 2 Udvikling i den mediane mængde og antal receptindløsningsdage af antipsykotika per person hos borgere med demens i 2014-2016, fordelt på tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose

		Relevant psykiatrisk diagnose	2014	2015	2016
Antal receptindløsningsdage per år, median (IQR)	(-)		6 (3-13)	6 (2-12)	5 (2-11)
	(+)		9 (5-21)	9 (4-18)	9 (4-18)
Mængdeforbrug per år (DDD¹¹), median (IQR)	(-)		41 (19-92)	40 (18-90)	40 (18-90)
	(+)		132 (53-315)	126 (49-301)	137 (50-314)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Landspatientregistret (opdateret til 6. september 2017).

Note: Se 'Afgrænsning og metode' for afgrænsning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika.
IQR, interkvartil spændvidde.

Tabel 3 viser mængde, antal receptindløsningsdage og antal købte enheder hos den typiske borger med demens (median) i 2016 fordelt på lægemiddelformulering, og på om borgeren har en relevant psykiatrisk diagnose¹². Antal købte enheder vises kun for tabletter, kapsler, depottabletter, smeltetabletter og resoribletter¹³, fordi opgørelsen kun vurderes relevant for disse lægemiddelformuleringer.

Tabellen viser, at borgere med en psykiatrisk diagnose generelt har købt både større mængder og flere enheder end borgere uden en psykiatrisk diagnose. Borgere med demens uden psykiatriske diagnoser ses dog også at anvende alle typer af lægemiddelformuleringer, og den typiske borger har indløst recept på et stort antal enheder af de forskellige typer af kapsler og tabletter. Ca. 74 pct. af det totale antal solgte pakninger af antipsykotika til borgere med demens i 2016 udgøres af pakninger solgt i den laveste styrke for det pågældende lægemiddel. Det er derfor sandsynligt, at mange borgere med demens er i kontinuerlig behandling med en lav daglig dosering, eftersom den typiske borger med demens har haft et højt antal receptindløsningsdage, har købt mange tabletter og typisk har købt den lavest mulige styrke.

¹¹ 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).

¹² Se 'Afgrænsning og metode' Tabel 11 for gruppering af lægemiddelformuleringer.

¹³ Antal købte enheder vises ikke for lægemiddelformuleringerne oral opløsning og depotinjektioner.

Tabel 3 Mediane mængde, antal receptindløsningsdage og antal købte enheder af antipsykotika per person hos borgere med demens i 2016, fordelt på tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose og lægemiddelformulering

		Ingen relevant psykiatrisk diagnose	Relevant psykiatrisk diagnose
Antal receptindløsningsdage per år, median (IQR)	Tabletter og kapsler	5 (2-11)	8 (4-17)
	Depottabletter	5 (2-10)	6 (4-11)
	Smeltetabletter og resoribletter	2 (1-6)	4 (2-9)
	Oral opløsning	2 (1-3)	2 (1-4)
	Depotinjektioner	1 (1-1)	2 (1-4)
Mængdeforbrug per år (DDD), median (IQR)	Tabletter og kapsler	39 (18-86)	111 (42-261)
	Depottabletter	50 (25-101)	182 (75-350)
	Smeltetabletter og resoribletter	17 (6-45)	94 (28-288)
	Oral opløsning	27 (25-60)	40 (23-100)
	Depotinjektioner	3 (3-6)	133 (6-318)
Antal købte enheder* pr år, median (IQR)	Tabletter og kapsler	360 (168-664)	515 (300-1.051)
	Depottabletter	364 (170-546)	420 (300-700)
	Smeltetabletter og resoribletter	84 (28-230)	266 (56-392)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Landspatientregistret (opdateret til 6. september 2017).

Note: * Enheder: tabletter, kapsler, depottabletter, smeltetabletter og/eller resoribletter. Se 'Afgrensning og metode' for afgrensning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika. Se 'Afgrensning og metode' Tabel 11 for gruppering af lægemiddelformuleringer. IQR, interkvartil spændvidde.

Bemærk at 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 depot-tabletter 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 samlet mængde, jf. den samlede mængde (se Tabel 2).

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). 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. I stedet opgøres i denne analyse antallet af borgere, som har været i langtidsbehandling, under forskellige antagelser af en daglig dosering på hhv. 1 DDD og 1/2 DDD dagligt. De daglige doseringer er blevet afgrænset i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Det forudsættes i analyserne i dette afsnit, at der kun er manglende medicin efterlevelse 20 pct. af tiden¹⁴, hvilket med rimelighed kan antages, eftersom mange borgere med demens formodes at få hjælp til medicinering.

Tabel 4 Behandlingsvarighed af antipsykotika hos borgere med demens i 2016

Behandlingsvarighed, antaget dosering	Antal personer		
	2014	2015	2016
Kun 1 receptindløsning	1.145	1.279	1.309
1 DDD dagligt i >90 dage	1.017	1.138	1.164
1/2 DDD dagligt i >90 dage	2.247	2.521	2.625

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017).

Note: Der tages her 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.

Antal borgere, som har været i langvarig behandling i hhv. 2014 og 2016, 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 2016, men først afsluttet i 2017, ikke medregnes som et forløb på over 3 måneder.

Ca. 1.300 borgere med demens har kun indløst 1 recept på antipsykotisk medicin i 2016, hvorfra der ikke udledes en behandlingsvarighed, se Tabel 4. Antallet, som kun har haft en enkelt receptindløsning i løbet af året, har været stigende siden 2014. Antallet af borgere med demens, som har været i langtidsbehandling med antipsykotika (>3 måneder) i 2016, er hhv. ca. 1.200 personer, hvis daglig dosering antages at være 1 DDD, eller ca. 2.600 personer, hvis daglig dosering antages at være 1/2 DDD. Under begge antagelser tegner der sig et billede af, at lidt flere borgere med demens var i langvarig behandling i 2016 sammenlignet med i 2014. Sammenholdes denne analyse med ovenstående analyse om købt mængde og styrke for den typiske borger med demens, vurderes det, at en daglig dosering på 1/2 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 >90 dage. I denne analyse er der ikke skelnet mellem tilstedeværelse eller fravær af andre psykiatriske diagnoser.

Tabel 5 viser antallet af personer med mindst én receptindløsning på antipsykotika som hhv. dosisdispenseret medicin og som depotinjektionsvæske¹⁵ fordelt på tilstedeværelsen af en relevant psykiatrisk diagnose eller ej. I 2016 havde ca. 1.400 borgere med demens uden psykiatrisk

¹⁴ Der tages her 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% af tiden.

¹⁵ Depotinjektionsvæsker afgrænses her som alle injektioner af typen: 'depotinjektionsvæske, pulver og solvens til suspension', 'depotinjektionsvæske, suspension', 'pulver og solvens til depotinjektionsvæske, suspension', 'injektionsvæske', 'injektionsvæske,

diagnose haft mindst én receptindløsning på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Ca. 16 pct. af den solgte mængde antipsykotika til borgere med demens var således solgt som dosisdispenseret medicin i 2016. Både den solgte mængde og antal personer har dog været fallende siden 2014. Omvendt er antallet af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika som depotinjektionsvæske steget siden 2014. Den høje andel af borgere med demens, som har indløst recept på antipsykotika som hhv. dosisdispenseret medicin og som depotinjektionsvæske, taler yderligere for, at et stort antal borgere med demens er i kontinuerlig behandling.

Tabel 5 Udvikling i solgt mængde og antal personer med mindst én receptindløsning på antipsykotika som dosisdispenseret medicin og som depotinjektionsvæske i 2014-2016, fordelt på tilstedeværelse af relevant psykiatrisk diagnose

		Relevant psykiatrisk diagnose	2014	2015	2016
Dosisdispensering	Antal personer	(-)	1.720	1.614	1.440
		(+)	290	271	248
	Solgt mængde, 1.000 DDD (andel af solgt mængde til borgere med demens)	(-)	152 (18%)	140 (17%)	131 (16%)
		(+)	71 (8%)	66 (8%)	58 (7%)
Depotinjektioner	Antal personer	(-)	267	375	469
		(+)	64	67	68
	Solgt mængde, 1.000 DDD (andel af solgt mængde til borgere med demens)	(-)	20 (2%)	15 (2%)	16 (2%)
		(+)	20 (2%)	15 (2%)	16 (2%)

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Landspatientregistret (opdateret til 6. september 2017).

Note: Se 'Afgrensning og metode' for afgrensning af relevante psykiatriske diagnoser, som kan foranledige behandling med antipsykotika. Se 'Afgrensning og metode' Tabel 11 for gruppering af lægemiddelformuleringer. IQR, interkvartil spændvidde.

De ovenstående analyser om behandlingsvarighed tyder samlet på, at der er mellem 1.400 og 2.600 borgere med demens uden en relevant psykiatrisk diagnose, som mere eller mindre er i kontinuerlig behandling med antipsykotisk medicin. Denne konklusion baseres på, at borgere som har indløst recept på antipsykotika som dosisdispenseret medicin (ca. 1.400 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 1/2 DDD dagligt.

opløsning', 'injektionsvæske, opløsning, i.m.', 'pulver til injektionsvæske, opløsning'. Enkelte af disse injektioner anvendes dog ikke som depotformulering.

3.6 Hvilken type læge opstarter og viderefører behandlingen?

I 2016 var der ca. 1.600 nye brugere af antipsykotika¹⁶ blandt borgere med demens. Heraf er medicinering af de fleste borgere påbegyndt af alment praktiserende læger (ca. 1.100 personer) og hospitalslæger (ca. 500 personer)¹⁷, se Tabel 6. Ingen borgere er opstartet af læger inden for specialegruppen med andre specialer. I tilfælde, hvor borgere har flere kortvarige forløb med behandling med antipsykotika, defineres opstartende læge som den læge, der udskriver første recept efter sygdomsdebut. I de tilfælde, hvor den udskrivende læge har været en alment praktiserende læge, er det ikke muligt at se, om den udskrivende læge forud for receptindløsningen har konfereret opstart af behandling med en speciallæge med relevant speciale.

Tabel 6 Antal borgere med demens med første receptindløsning på antipsykotika efter sygdomsdebut i 2016 fordelt på ordinerende lægetype

Specialegruppe*	Antal personer
Alment praktiserende læge	1.075
Hospitalslæge	514
Andre relevante specialer	17
Læge uden ydernummer mm.	15

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemeddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Yderregistret (opdateret til 31. januar 2017).

Note: Borgere, som har indløst mere end 1 recept på første indløsningsdag med forskellige receptudstedere, vil fremgå under begge typer af receptudstedere. Det drejer sig om 6 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.

*Se 'Afgrensning og metode' Tabel 10 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 2016 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 for den største totale udskrevne mængde af antipsykotika til borgere med demens i 2016 (81 pct.), svarende til ca. 0,7 mio. DDD, mens 15 pct. af det samlede mængdeforbrug er udskrevet af hospitalslæger og 3 pct. af læger med andre relevante specialer. Antipsykotika ordineret til borgere med demens af specialegruppen, som bl.a. omfatter læger uden ydernummer¹⁸ omfatter primært receptsalg indberettet på et såkaldt erstatningsydernummer. Erstatningsydernummeret anvendes enten hvis receptudstederen ikke har et ydernummer (f.eks. læger tilknyttet mis-

¹⁶ 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').

¹⁷ I 'Afgrensning og metode' fremgår af Tabel 7, hvilke typer af specialer, der er grupperet i hver specialegruppe. Vagtlæger grupperes under alment praktiserende læger.

¹⁸ Den totale udskrevne mængde fordeler sig generelt på mange læger. Således står den læge, som har udskrevet den største mængde antipsykotika til borgere med demens på et erstatningsydernummer for ca. én promille af den samlede mængde ordineret af specialegruppen "Læge uden ydernummer mm.". Blandt de læger, som har udskrevet størst mængde antipsykotika til borgere med demens, er de fleste tilknyttet specialet psykiatri. I regi af Styrelsen for Patientsikkerhed undersøges specialegruppen med læger uden ydernummer nærmere.

brugscentre eller hospitalslæger uden ydernummer), eller hvis ydernummeret ikke kan fremskaffes af apoteket ved receptindløsning (tal ikke vist). Kun en meget lille andel af den totale udskrevne mængde er udskrevet af læger i specialegruppen med andre specialer.

Tabel 7 Totale udskrevne mængde af antipsykotika til borgere med demens i 2016 fordelt på ordinerende lægetype

Specialegruppe*	Total udskreven mængde (1.000 DDD)	Andel af totale mængde
Alment praktiserende læge	686	81%
Hospitalslæge	124	15%
Andre relevante specialer	23	3%
Læge uden ydernummer mm.	8	1,0%
Andre specialer	0,1	0,0%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017), Yderregistret (opdateret til 31. januar 2017).

Note: *Se 'Afgrænsning og metode' Tabel 10 for hvilke speciale typer fra Yderregistret, der indgår i hver specialegruppe.

3.7 Udvikling af 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 lægemidler¹⁹ i samme periode. Lægemidlerne er udvalgt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og NVD, og indeholder overvejende andre beroligende eller sløvende lægemidler, men også et par enkelte lægemidler, der kan være relevante at bruge hos borgere med demens til behandling af BPSD (SSRI og mirtazapin)²⁰. Iblant de udvalgte lægemidler er også benzodiazepiner, som kun anbefales som enkeltstående angstdæmpende eller beroligende behandling 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 undersøgt, hvorvidt køns- og aldersstandardisering af tallene fører til et ændret billede. Eftersom denne standardisering ikke

¹⁹ 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).

²⁰ Sundhedsdatastyrelsen har ikke undersøgt tilstedeværelsen af andre relevante komorbiditeter fx stærke smerter hos borgere med og uden demens, bl.a. fordi Cancerregistret først er opdateret ultimo 2017.

tilfører 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.

Andelen af personer, som har indløst mindst én recept på et af de udvalgte lægemidler (jf. Tabel 8), er generelt højere i gruppen af borgere med demens sammenlignet med den generelle befolkning over 64 år. Der ses dog en lidt højere andel af borgere uden demens, som har indløst recept på 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 forbruget væsentligt højere blandt borgere med demens, både af benzodiazepiner og smerteplastre, og endvidere af de antidepressive midler SSRI og mirtazapin. De sidstnævnte kan som nævnt tidligere i nogle tilfælde være relevante at anvende til behandling af BPSD. Forbruget af alle de undersøgte lægemidler er stort set uændret fra 2014 til 2016, både hos borgere med og uden demens. Dog ses et mindre fald i forbruget af SSRI'er, benzodiazepinlignende lægemidler og smerteplastre siden 2014 hos borgere med demens. Denne tendens er ikke lige så udtalt hos borgere uden demens. Udviklingen i det totale mængdeforbrug af de udvalgte lægemidler (DDD pr. 1.000 borgere pr. døgn) fremgår af Bilagstabel 4.

Tabel 8 Udviklingen i antallet af ældre borgere over 64 år med og uden demens med mindst én receptindløsning på udvalgte lægemidler, 2014-2016

	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens			Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Benzodiazepiner	153	150	154	76	71	67
Benzodiazepinlignende lægemidler	80	77	74	97	92	89
Sederende antihistaminer	16	18	18	11	15	15
Smerteplastre	143	140	139	20	20	20
TCA*	22	21	20	19	19	18
Mirtazapin	190	188	189	31	32	32
SSRI*	352	331	312	73	72	70

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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.

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).

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, R06AA04, R06AE03, R06AA02 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 mennesker 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. I 2016 indløste ca. 20 pct. af ældre borgere over 64 år identificeret med demens i de nationale registre mindst én recept på antipsykotisk medicin. Denne andel er uændret siden 2014. Der er en mindre geografisk variation i forbruget, og således er andelen af ældre borgere over 64 år med demens, som har indløst recept på antipsykotisk medicin lidt højere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark (ca. 20-22 pct.) end i de øvrige regioner. Disse tal er de samme, 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 (ca. 2-5 pct.) end forbruget af 2. generations antipsykotika (ca. 14-19 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, som har indløst recept på antipsykotisk medicin højere for alle køns- og aldersgrupper (ca. 50 pct.) end hos borgere uden en relevant psykiatrisk diagnose. Borgere med de psykiatriske diagnoser har typisk flere receptindløsningsdage (2016: 9 receptindløsningsdage) og har indløst recepter på en større samlet mængde i løbet af året (2016: 137 DDD) sammenlignet med borgere uden de psykiatriske diagnoser (2016: 5 receptindløsningsdage, 40 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, som har indløst recept på antipsykotika har købt 360 tabletter/kapsler svarende til 39 DDD i løbet af år 2016. Under antagelse af, at borgere indtager hhv. 1/2 DDD eller 1 DDD dagligt, har ca. 2.600 eller ca. 1.200 borgere med demens været i behandling med antipsykotika i mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede øvre grænse på 3 måneder. Rapporten viser endvidere, at der i 2016 var ca. 1.400 borgere med demens uden relevante psykiatriske diagnoser, som mindst én gang har indløst recept på antipsykotika som dosisdispenseret medicin. Det svarer til, at 16 pct. af den solgte mængde antipsykotika til borgere med demens er solgt som dosisdispenseret medicin. I 2016 var der desuden ca. 500 borgere med demens uden relevant psykiatrisk diagnose, som indløste mindst én recept på antipsykotika som depotinjektionsvæske. Resultaterne peger samlet i retning af, at mellem 1.400 og 2.600 borgere formentlig er i mere eller mindre kontinuerlig behandling med antipsykotika.

Forbruget af antipsykotika hos borgere med demens er generelt højere end hos baggrundsbe-
folkningen (ca. 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 2016, fraset et
mindre fald i forbruget af SSRI'er, benzodiazepinlignende lægemidler og smerteplastre hos bor-
gere med demens.

Det er primært alment praktiserende læger og hospitalslæger, der har udskrevet første recept
på antipsykotika til borgere med demens i 2016. Endvidere er 81 pct. af den totale udskrevne
mængde af antipsykotika til borgere med demens, og altså ikke kun til nye brugere af antipsy-
kotika, ordineret af alment praktiserende læger, mens den resterende mængde overvejende er
udskrevet af hospitalslæger (15 pct.) og læger med andre relevante specialer (3 pct.).

5. Afgrænsning og metode

5.1 Algoritme til afgrænsning af demenspopulation

Udvælgelsen af demente borgere sker på baggrund af følgende kriterier

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

Personer registreret med minimum én indlæggelse eller ambulante kontakt i Landspatientregistret 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	Specialetyper fra Yderregistret
Alment praktiserende læge	'Almen lægegerning', 'Vagtlægehjælp' (privat praktiserende) og 'KFA-Vagtordning'
Andre relevante specialer	'Psykiatri', 'Neuromedicin' og 'Distriktpspsykiatri' (privat praktiserende)
Andre specialer	'Anæstesiologi', 'Dermato-venerologi', 'Gynækologi-obstetrik' og 'Intern medicin' (privat praktiserende)
Hospitalslæge	'Hospitalslæge'
Læge uden ydernummer mm.	'Erstatningskode', 'Fiktive', 'Tandlægehjælp', 'Øjenlægehjælp', og 'Øvrigt/ukendt'

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Yderregistret (opdateret til 31. januar 2017).

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'
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: *Enkelte af disse injektioner anvendes ikke som depotformulering.

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 psykoaktive 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 psykoaktive stoffer (alkohol eller andre psykoaktive 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 psykoaktive stoffer (alkohol eller andre psykoaktive stoffer)
- > Angst hos mennesker med depression:
F40-41 Angst
og samtidig forekomst (inden for et år) af
F32-33 Depression

Bilag 1. Supplerende tabeller og figurer

Bilagstabel 1 Udvikling i andel ældre borgere med demens over 64 år, som har indløst mindst én recept på antipsykotisk medicin, 2014-2016

Årstal	Antal borgere med demens med receptindløsninger på antipsykotika	Antal borgere med demens pr. 1. januar 2016	Andel
2014	7.066	35.256	20%
2015	7.155	36.159	20%
2016	7.306	36.927	20%

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 2017).

Bilagstabel 2 Andel af ældre borgere over 64 år med demens, som har indløst mindst én recept på antipsykotisk medicin i 2016 fordelt på bopælskommune pr. 1. januar

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2016		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	370	4,3%	139	38%	32	9%	119	32%
Halsnæs	236	3,1%	77	33%	16	7%	67	28%
Bornholm	397	3,7%	129	32%	13	3%	126	32%
Allerød	147	3,0%	46	31%	5	3%	44	30%
Aabenraa	429	3,4%	129	30%	42	10%	101	24%
Gribskov	267	2,6%	79	30%	13	5%	77	29%
Fredensborg	272	3,2%	78	29%	16	6%	73	27%
Hørsholm	242	3,6%	67	28%	12	5%	57	24%
Rødovre	305	4,3%	84	28%	17	6%	73	24%
Dragør	121	3,6%	33	27%	8	7%	31	26%
Varde	368	3,5%	100	27%	20	5%	90	24%
Lemvig	137	2,8%	37	27%	9	7%	33	24%
Billund	227	4,3%	59	26%	8	4%	54	24%
Glostrup	174	4,1%	45	26%	<5	n/a	42	24%
Frederikssund	305	3,1%	78	26%	26	9%	66	22%
Helsingør	412	2,9%	105	25%	22	5%	95	23%
Holstebro	397	3,6%	101	25%	12	3%	91	23%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2016		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
Sorø	205	3,5%	52	25%	10	5%	44	21%
Albertslund	155	3,2%	39	25%	10	6%	34	22%
Høje-Taastrup	296	3,5%	72	24%	20	7%	60	20%
Sønderborg	638	3,7%	155	24%	58	9%	120	19%
Brøndby	305	4,6%	73	24%	21	7%	60	20%
Favrskov	207	2,5%	49	24%	<5	n/a	47	23%
Vallensbæk	72	2,5%	17	24%	6	8%	13	18%
Esbjerg	960	4,3%	226	24%	29	3%	207	22%
Haderslev	485	4,1%	113	23%	30	6%	97	20%
Svendborg	542	4,2%	126	23%	23	4%	110	20%
Ringkøbing-Skjern	325	2,7%	75	23%	7	2%	70	22%
Vordingborg	254	2,2%	58	23%	12	5%	50	20%
Frederiksberg	819	4,7%	187	23%	48	6%	155	19%
Vejen	327	3,9%	74	23%	12	4%	65	20%
Tårnby	319	4,0%	72	23%	17	5%	62	19%
Hillerød	307	3,4%	69	22%	16	5%	59	19%
Ringsted	221	3,7%	49	22%	12	5%	40	18%
Norrdjurs	209	2,4%	45	22%	<5	n/a	43	21%
Ballerup	377	3,8%	81	21%	11	3%	72	19%
Hedensted	225	2,6%	48	21%	7	3%	43	19%
Rudersdal	473	3,8%	99	21%	23	5%	87	18%
Fanø	24	2,3%	5	21%	<5	n/a	5	21%
Ishøj	111	3,2%	23	21%	6	5%	18	16%
Hvidovre	383	4,2%	79	21%	11	3%	70	18%
Gladsaxe	467	4,2%	96	21%	30	6%	72	15%
Herning	506	3,2%	103	20%	14	3%	92	18%
Frederikshavn	455	3,1%	91	20%	20	4%	74	16%
Struer	131	2,6%	26	20%	<5	n/a	25	19%
Lyngby-Taarbæk	461	4,3%	90	20%	29	6%	66	14%
København	2740	4,5%	532	19%	136	5%	436	16%
Køge	325	2,8%	63	19%	17	5%	51	16%
Slagelse	608	3,8%	116	19%	25	4%	98	16%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2016		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
Randers	583	3,1%	111	19%	12	2%	102	17%
Kolding	636	3,9%	121	19%	37	6%	95	15%
Syddjurs	180	1,8%	34	19%	7	4%	29	16%
Ikast-Brande	193	2,5%	36	19%	6	3%	32	17%
Guldborgsund	443	2,9%	82	19%	22	5%	63	14%
Furesø	271	3,3%	50	18%	15	6%	40	15%
Skive	333	3,3%	61	18%	11	3%	53	16%
Kalundborg	335	3,1%	61	18%	12	4%	52	16%
Morsø	154	3,1%	28	18%	6	4%	24	16%
Lolland	325	2,8%	58	18%	10	3%	49	15%
Vesthimmerlands	214	2,6%	38	18%	12	6%	29	14%
Egedal	199	2,5%	35	18%	12	6%	25	13%
Thisted	256	2,7%	45	18%	8	3%	39	15%
Odder	98	2,1%	17	17%	<5	n/a	16	16%
Gentofte	515	3,5%	89	17%	35	7%	68	13%
Århus	1614	3,4%	278	17%	15	1%	267	17%
Skanderborg	250	2,5%	43	17%	<5	n/a	40	16%
Langeland	192	4,8%	33	17%	5	3%	30	16%
Kerteminde	228	4,1%	39	17%	8	4%	33	14%
Greve	297	2,9%	50	17%	10	3%	43	14%
Viborg	630	3,5%	106	17%	13	2%	99	16%
Silkeborg	458	2,7%	76	17%	13	3%	68	15%
Fredericia	361	3,6%	58	16%	15	4%	46	13%
Horsens	489	3,2%	78	16%	12	2%	70	14%
Odense	1440	4,3%	228	16%	52	4%	196	14%
Nordfyns	211	3,4%	33	16%	7	3%	28	13%
Jammerbugt	244	2,8%	38	16%	5	2%	34	14%
Aalborg	1149	3,1%	178	15%	29	3%	158	14%
Herlev	250	4,8%	38	15%	14	6%	29	12%
Mariagerfjord	232	2,6%	35	15%	6	3%	31	13%
Faaborg-Midtfyn	468	4,0%	69	15%	12	3%	63	13%
Faxe	185	2,5%	27	15%	9	5%	18	10%

Kommune	Borgere med demens pr. 1. januar 2016		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	428	3,0%	62	14%	11	3%	53	12%
Odsherred	242	2,6%	35	14%	11	5%	28	12%
Lejre	166	2,9%	24	14%	<5	n/a	21	13%
Næstved	438	2,6%	63	14%	7	2%	58	13%
Holbæk	335	2,4%	48	14%	15	4%	38	11%
Vejle	771	3,8%	110	14%	20	3%	95	12%
Nyborg	291	4,0%	41	14%	8	3%	38	13%
Stevns	132	2,5%	18	14%	<5	n/a	16	12%
Middelfart	326	4,0%	44	13%	14	4%	35	11%
Assens	358	4,0%	47	13%	16	4%	37	10%
Ærø	85	4,0%	11	13%	<5	n/a	9	11%
Rebild	164	3,0%	20	12%	<5	n/a	20	12%
Solrød	107	2,6%	13	12%	5	5%	9	8%
Roskilde	619	3,8%	74	12%	19	3%	58	9%
Brønderslev	235	3,1%	28	12%	7	3%	21	9%
Læsø	15	2,3%	<5	n/a	<5	n/a	<5	n/a
Samsø	30	2,5%	<5	n/a	<5	n/a	<5	n/a

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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 (år 2014: 19, år 2015-2016: 14).
n/a, not applicable.

Bilagstabel 3 Udviklingen i antallet af ældre borgere over 64 år med og uden demens med mindst én receptindløsning på udvalgte lægemidler, 2014-2016 fordelt på aldersgrupper

	Alders- gruppe	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens			Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> de- mens		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
Benzodiazepiner	65-74 år	175	170	163	63	59	56
	75-79 år	147	140	141	83	76	71
	80-84 år	136	137	143	94	88	83
	85-89 år	142	138	151	110	103	98
	90+ år	176	174	178	141	135	134
Benzodiazepin- lignende lægemidler	65-74 år	95	92	87	80	76	73
	75-79 år	87	82	87	111	106	101
	80-84 år	75	69	68	125	121	117
	85-89 år	72	68	65	138	131	128
	90+ år	75	74	63	148	142	140
Sederende antihistaminer	65-74 år	16	19	20	9	12	13
	75-79 år	15	17	20	12	17	18
	80-84 år	17	19	19	15	19	20
	85-89 år	18	17	16	17	20	21
	90+ år	14	15	15	17	20	20
Smertepastre	65-74 år	80	81	80	9	9	9
	75-79 år	114	106	107	20	19	19
	80-84 år	140	136	141	35	34	33
	85-89 år	173	169	165	56	56	57
	90+ år	212	206	200	102	100	99
TCA*	65-74 år	36	32	30	18	17	17
	75-79 år	25	23	23	21	21	20
	80-84 år	20	20	18	21	21	21
	85-89 år	16	18	17	22	22	20
	90+ år	14	14	15	19	18	18
Mirtazapin	65-74 år	176	173	174	21	21	22
	75-79 år	195	188	189	35	36	36
	80-84 år	191	192	196	48	48	50
	85-89 år	200	199	199	61	64	65
	90+ år	185	181	186	72	76	77
SSRI*	65-74 år	356	336	316	60	59	58
	75-79 år	366	346	325	79	77	75

	Alders- gruppe	Antal pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens			Antal pr. 1.000 borgere <u>uden</u> de- mens		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
	80-84 år	356	331	317	94	93	88
	85-89 år	352	334	310	115	111	106
	90+ år	329	305	287	131	127	119

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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 over 64 år med og uden demens, 2014-2016

	DDD pr. 1.000 borgere <u>med</u> demens pr. døgn			DDD pr. 1.000 borgere <u>uden</u> demens pr. døgn		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Benzodiazepiner	27	25	23	24	21	19
Benzodiazepin- lignende lægemidler	40	38	36	41	38	37
Sederende antihistaminer	6	7	7	3	6	6
Smertepastre	35	34	31	6	6	6
TCA*	10	10	10	8	7	7
Mirtazapin	128	123	119	18	18	18
SSRI *	341	319	301	69	68	67

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen: Lægemiddelstatistikregistret (opdateret til 31. december 2016), Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (opdateret til 27. juni 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.

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