

# Lægemiddelmonitorering

Region Midtjylland

Lægemidler med tilskud

Ekspederet på de private apoteker  
(tilskudsmedicin)

1. kvartal 2015

# 1. Indholdsfortegnelse

<b>1. INDHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>2</b>
<b>2. INDLEDNING .....</b>	<b>3</b>
2.1 DATAGRUNDLAG .....	3
2.2 ANALYSEGRUPPEN .....	3
<b>3. BEGREBER .....</b>	<b>4</b>
3.1 DDD .....	4
3.2 BOB-RAPPORTER .....	4
3.3 ATC-KODER/KLASSIFIKATION .....	4
3.4 SPECIALISTGRUPPER .....	4
3.5 PATENTUDLØB.....	4
3.6 PRISINDEKS .....	5
<b>4. ANALYSER AF FORBRUGS- OG UDGIFTSUDVIKLING .....</b>	<b>6</b>
4.1 FORBRUGS- OG UDGIFTSUDVIKLING INDENFOR DE SENESTE 10 ÅR .....	6
4.2 FORBRUGS- OG UDGIFTSUDVIKLING 1.KVARTAL 2015 .....	8
4.2.1. PATENTUDLØB .....	9
4.2.2 TILSKUDSÆNDRINGER.....	9
4.2.3 NYE LÆGEMIDLER .....	9
4.2.4 GENEREL PRISUDVIKLING.....	13
4.2.5 FORBRUG I DEFINEREDE DØGNDOSER (DDD) .....	13
4.2.6. DE 15 MEST UDGIFTSTUNGE LÆGEMIDLER – ØKONOMI, FORBRUG OG ANTAL PACIENTER I BEHANDLING .....	16
<b>5. INDSATSER .....</b>	<b>19</b>
5.2 ANTIDEPRESSIVA .....	19
5.3 NYE LÆGEMIDLER – BLODFORTYNDENDE LÆGEMIDLER.....	21
5.4 DIABETES.....	23
5.5 ASTMA/KOL (KRONISK OBSTRUKTIV LUNGELIDELSE).....	23
5.6 ØVRIGE INDSATSER: .....	24
<b>UDVIDET DATAANALYSE ADHD OG REDEGØRELSE FOR IMPLEMENTERING AF NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER. ....</b>	<b>25</b>
<b>BILAG.....</b>	<b>39</b>

## 2. Indledning

Formålet med denne rapport er at give et løbende overblik over både økonomi og forbrug for lægemidler der købes med tilskud på et privat apotek. Data anvendes som input til at iværksætte relevante indsatser. Både i forhold til at sikre god lægemiddeløkonomi og forbedre kvaliteten af behandlingen.

Indsatser i forhold til god lægemiddeløkonomi vil primært omhandle skift fra dyre til billigere lægemidler, der kvalitetsmæssigt er ligeværdige. Indsatser i forhold til kvalitet vil have fokus på at begrænse ordination af lægemidler med mange bivirkninger og/eller er afhængighedsskabende.

I denne rapport gives et overblik over økonomi (regionernes udgifter til tilskud), mængdeudvikling (DDD) og antal patienter i behandling. Derudover beskrives aktuelle indsatser.

Området tilskudsmedicin vedrører den medicin der ordineres med tilskud til køb på de private apoteker. 77% af udgifterne vedrører ordinationer fra de praktiserende læger (svarende til udgifter til tilskud for ca. 1 mia. kr.), ca. 6% ordineres af privatpraktiserende speciallæger (svarende til ca 78 mio kr), 16% ordineres fra hospitalernes ambulatorier (svarende til ca. 200 mio. kr.). De resterende 27 mio kr ordineres af øvrige, f.eks. misbrugscentre. Der er derfor et væsentligt tværsektorielt aspekt på området tilskudsmedicin

### 2.1 Datagrundlag

Data baseres på udtræk fra regionernes afregningssystem TARGIT og Sundhedsstyrelsens datasystem Medstat. Medstat er baseret på afregning fra de private apoteker med offentligt tilskud. Lægemidler der er ordineret til udlevering fra et privat apotek med tilskud, hvad enten lægemidlet er ordineret af hospitaler, speciallægepraksis eller almen praksis, indgår i analyserne.

Regionerne har kun begrænset adgang til data på de områder, hvor lægemidlerne ikke er tilskudsberettigede. I disse tilfælde rekvireres data fra Statens Seruminstitut.

### 2.2 Analysegruppen

I analysegruppen indgår 1 speciallæge i Klinisk Farmakologi fra Aarhus Universitetshospital, 3 lægemiddelkonsulenter fra Nære Sundhedstilbud, 1 speciallæge i almen medicin, der er ansat som praksiskoordinator på medicinområdet og 1 økonom/statistiker fra Nære Sundhedstilbud.

## 3. Begreber

### 3.1 DDD

En DDD (defineret daglig dosis) er en teknisk værdi, der angiver lægemiddelforbrug. Den fastsættes af WHO og svarer til en gennemsnitlig daglig dosis til vedligeholdelsesbehandling af en voksen person. En DDD svarer ikke altid til den dosis, der reelt anvendes pr dag.

### 3.2 BOB-rapporter

Et af redskaberne til at påvirke ordinationerne i almen praksis er BOB-rapporter: BOB står for "Bedst Og Billigst". Det er rapporter, der på en nem og overskuelig måde viser den enkelte praksis, hvordan der ordineres og hvad man evt. med fordel kan forandre, for at ordinere mere rationelt eller mere patientsikkert. Der udsendes BOB-rapporter hvert kvartal og disse rapporter gentages 2-4 gange årligt i en indsatsperiode.

### 3.3 ATC-koder/klassifikation

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) er et system, hvor lægemidler klassificeres i 5 niveauer efter anatomisk, terapeutisk og kemisk tilhørsforhold. F.eks. vedrører gruppen N, på første niveau, centralnervesystemet, på tredje niveau med koden N06A angives lægemidler til behandling af depression.

### 3.4 Specialistgrupper

Specialistgrupperne er et tværsektorielt forum fra såvel praksissektor som hospitalssektor. Grupperne består af fag personer (læger, farmaceuter og lignende) med særlig faglig kendskab til lægemiddelanvendelsen på de forskellige terapiområder f.eks. psykiatri.

### 3.5 Patentudløb

Et patent på et lægemiddel gælder grundlæggende i 20 år med mulighed for forlængelse i 5 år, dvs. som udgangspunkt i alt 25 år. Patentet udtages typisk på et meget tidligt tidspunkt, hvorfor hele udviklings- og godkendelsesprocessen udgør en del af patentperioden. Derfor giver en EU-forordning fra 2009 mulighed for et beskyttelsescertifikat gældende i maksimalt 15 år fra tidspunktet for den første markedsføringstilladelse, en såkaldt SPC (Supplementary Protection Certificate)-forlængelse.

I forbindelse med patentudløb ses det ofte, at prisen på et lægemiddel falder betydeligt, på grund af fremkomsten af identiske udgaver af lægemidlet fra andre producenter, såkaldte generika. Imidlertid er der flere forhold, der kan påvirke denne proces. For det første skal der være tilgængelige generika på markedet – erfaringen viser generelt, at jo større omsætning, jo flere generika, dvs. større konkurrence.

Eksistensen af generika, der er godkendt af det europæiske lægemiddelagentur (EMA), er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at disse introduceres på det danske marked. Dels skal generika, efter godkendelse hos EMA, endeligt godkendes af EU-kommissionen for at opnå europæisk markedsføringstilladelse, hvilket kan vare op til 6 måneder. Dels markedsføres generika oftest først når patentet er udløbet i alle lande i EU, for at undgå evt. retssager og lignende vedrørende patentrettigheder. Som udgangspunkt prissættes generika ikke før markedsintroduktion, men erfaringsmæssigt vil tilstedeværelsen af et eller flere generiske lægemidler reducere prisen med omkring 75-85%.

### **3.6 Prisindeks**

Når man skal måle prisudviklingen indenfor området tilskudsmedicin, arbejdes officielt med to prisindekser: Det pakningsbaserede prisindeks og det DDD baserede prisindeks. De to indekser fremgår officielt af Statens Seruminstits hjemmeside. Det pakningsbaserede prisindeks er et indeks, der måler prisudviklingen for en identisk pakke hen over en længere tidsperiode, og herefter sammenlægger prisudviklingen for samtlige pakker. Samme pakning skal have været på markedet i mindst 2 perioder. Det betyder, at nye lægemidler ikke indgår i indekset.

Da rigtig mange lægemidler, på området tilskudsmedicin, går ud og ind af markedet på grund af den meget stærke konkurrence, vil det pakningsbaserede prisindeks kun udgøre en delmængde af de samlede lægemidler.

Det DDD baserede prisindeks er et indeks, der måler gennemsnitsprisen pr. 1 DDD. Dvs. der arbejdes med gennemsnitspriser på det aggregerede niveau og ikke på pakningsniveau. Den gennemsnitlige behandlingspris kan derfor være påvirket af meget andet end den egentlige pris på den enkelte pakning. F.eks. vil det DDD baserede prisindeks falde, hvis forbruget skifter fra dyre til billigere lægemidler, uagtet at prisen er den samme på den enkelte pakning. Til gengæld rummer det DDD baserede prisindeks samtlige lægemidler og ikke kun en delmængde.

## 4. Analyser af forbrugs- og udgiftsudvikling

### 4.1 Forbrugs- og udgiftsudvikling indenfor de seneste 10 år

Figur 1 viser udviklingen i regionernes udgifter til medicintilskud fra 2004 til 2014. Figuren viser, at udgifterne til tilskudsmedicin fra 2004 til 2009 steg, men i perioden 2010-2013 er udgifterne faldet kraftigt. Fra 2013-2014 er de tre tidligere års kraftige udgiftsfald ophørt.

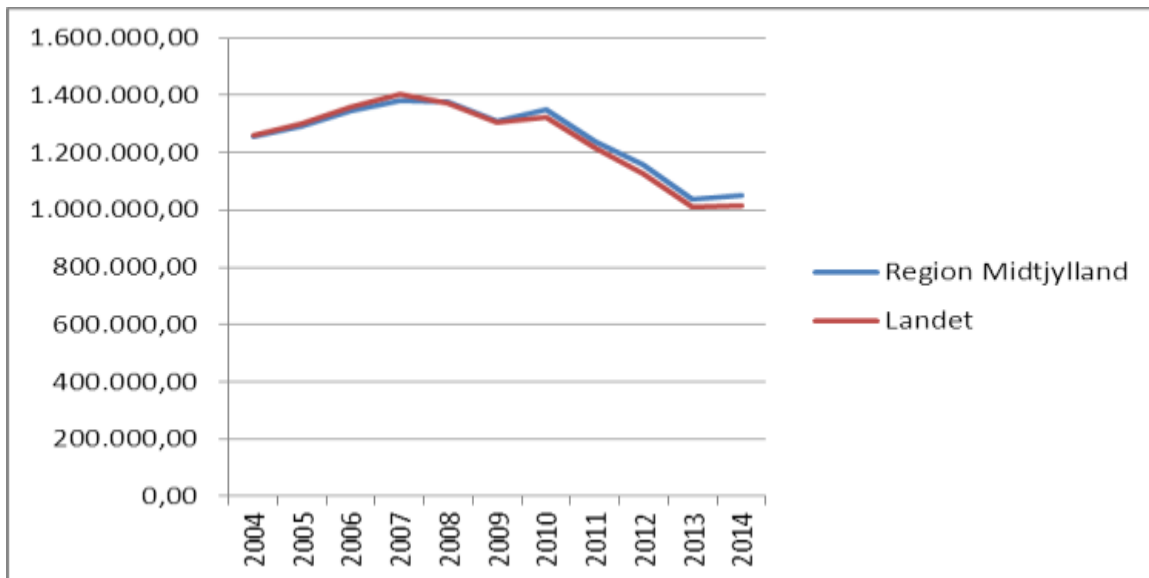
Udgiftsfaldet fra 2010 til 2013 kan opdeles i følgende hovedforklaringer:

- Intensiveret offentlig styring af tilskudsreglerne: Sundhedsstyrelsen skal via Medicintilskudsnævnet løbende revurdere tilskudsstatus for lægemidler, der sælges på de private apoteker. Der er især i de senere år sket væsentlige opstramninger i tilskudsregler, hvor lægemidler der var meget dyre, sammenlignet med andre behandlingsmæssigt ligeværdige lægemidler – enten har fået fjernet muligheden for offentligt tilskud, eller tilskuddet gives på særlige betingelser (klausuleret tilskud). Det skal dog bemærkes, at en mindre del af patienterne fortsætter på de lægemidler, der ikke længere er tilskudsberettigede. Patientbetalingen kan derfor i en overgangsperiode øges for denne patientkategori.
- Markedsvilkår: Lægemidler der sælges på de private apoteker prissættes hver 14. dag. Apoteket skal vælge det lægemiddel, der er billigst. Det danske system er i den henseende unikt og giver anledning til meget stor priskonkurrence. Derfor er markedet også meget påvirkeligt af de aktuelle markedsvilkår, herunder patentudløb og internationale prisbevægelser. I de senere år har der været store patentudløb på en række større lægemiddelgrupper. Ligeledes har der, på grund af den finansielle krise i Europa, været et generelt nedadgående pres på priserne.
- *Forbrug*: Forbrugsstigninger har i perioden 2004-2013 været aftagende jf. figur 2.

#### *Udviklingen fra 2013-2014:*

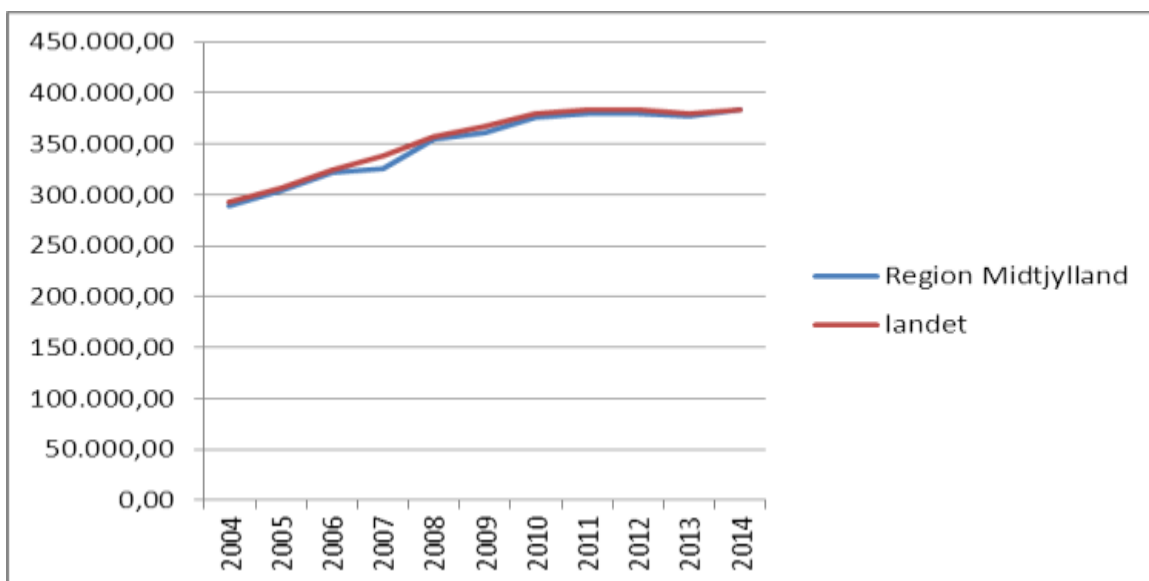
I 2014 ses en vending i den økonomiske udvikling. Hvor der var store udgiftsfald fra 2010-2013 begynder udgifterne igen at stige i 2014. Hovedforklaringen er, at priserne ikke længere falder. Endvidere ses i 2014 igen lidt højere stigninger i forbrugsudviklingen. Sidstnævnte fortsætter ind i 2015 jf. næste afsnit.

**Figur 1: Udvikling i tilskud pr 1000 sikrede til lægemidler landsgennemsnittet og Region Midtjylland 2004 til 2014**



Kilde: TARGIT

**Figur 2: Udvikling af forbrug pr 1000 sikrede (DDD) af lægemidler, tilskudsberettigede- landsgennemsnittet og Region Midtjylland 2004 til 2014.**

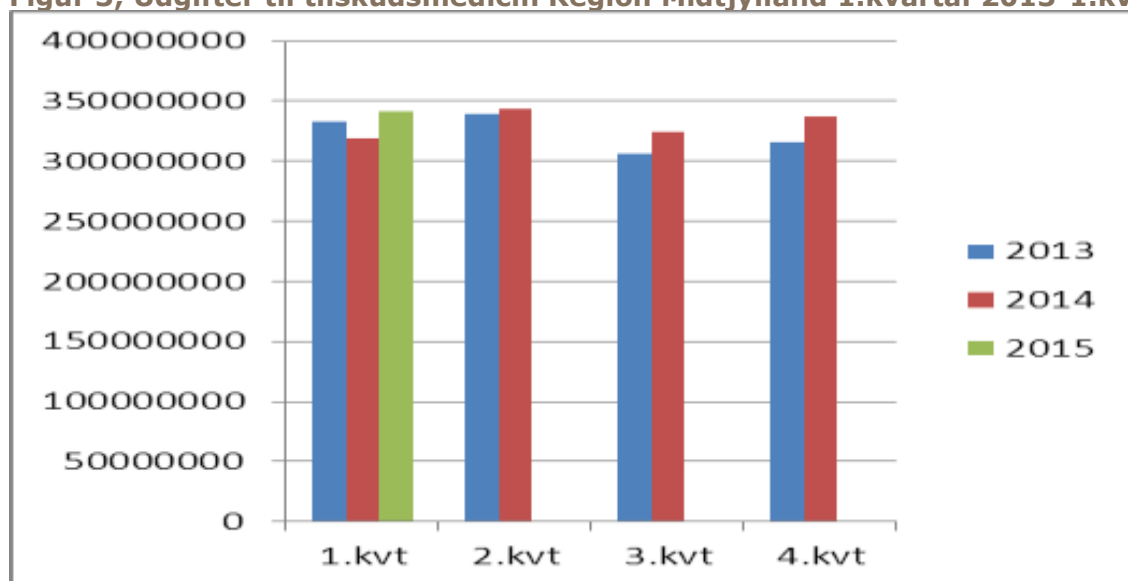


## 4.2 Forbrugs- og udgiftsudvikling 1.kvartal 2015

Udgifterne i 1. kvartal 2015 steg med 7% sammenlignet med samme periode sidste år. Om end den høje vækst til dels skyldes kalendermæssige forskydninger (udgifterne steg med ca 5% fra jan-april), et lavere prisniveau i 2014 og at der først kommer fuld effekt af patentudløb senere på året, er den generelle konklusion, at udgifterne efter 1. kvartal 2015 er højere end forventet.

Det har medført opjusteringer i udgiftsskønnet i de løbende økonomirapporteringer. Der er tale om en landsdækkende tendens. Som det vil fremgå af det følgende, skyldes den høje vækst i 1. kvartal især vækst til blodfortyndende lægemidler, ADHD, diabetes og en generel forbrugsstigning bl.a. som følge af flere ældre.:

Figur 3, Udgifter til tilskudsmedicin Region Midtjylland 1.kvartal 2013-1.kvartal 2015





#### **4.2.1. Patentudløb**

Der er i 2015 patentudløb på flere præparater, der kan have betydning for den samlede økonomi for tilskudsmedicin. Det vurderes, at patentudløbene samlet teoretisk kan betyde en udgiftsbesparelse på op til 45 mio. kr. i 2015 i Region Midtjylland. Det skal bemærkes, at der er stor usikkerhed om en sådan gevinst, da den er afhængig af indtræden af generika på markedet og en derpå følgende konkurrencevillighed på det enkelte præparat. Det endelige resultat kan derfor variere både positivt og negativt.

I det nuværende skøn er der indlagt forventede effekter på mellem -50 og -85 procent (afhængig af præparattype) i forhold til udgiften i samme periode 2014. Et mere sikkert skøn for gevinsten på det enkelte præparat vil være mulig efter patentudløbet, hvor der er kendskab til konkurrencen på markedet.

Særligt er der usikkerhed omkring gevinsten ved patentudløbene af Novomix og Lyrica. Ligeledes synes prislefaldet for Abilify at være ustabil. For Novomix er der endnu ikke anmeldt konkurrerende produkter, mens der for patentudløbet af Lyrica er opstået priskonkurrence med tilhørende prisfald i marts 2015. Dette ophørte igen i april 2015. Forklaringen på ophøret i prisfaldet er, at der er opstået uenighed om patentrettigheden mellem Sundhedsstyrelsen og det markedsførende firma af originalproduktet. Sagen forventes snarest afgjort ved Sø- og Handelsretten.

#### **4.2.2 Tilskudsændringer**

Der er med virkning fra 3. marts 2015 gennemført ændringer i tilskudsreglerne for antipsykotika. Væsentligste ændring er, at mange lægemidler skifter tilskudsstatus fra generelt til klausuleret tilskud.

Der er tilskudsændringer på vej på området for gigt og svage smertestillende lægemidler.

Der forventes i løbet af 2015 ændringer i tilskudsreglerne på området for KOL og astma. Der lægges op til klausuleret tilskud på flere lægemidler. Ændringerne i tilskudsreglerne er i øjeblikket i høring.

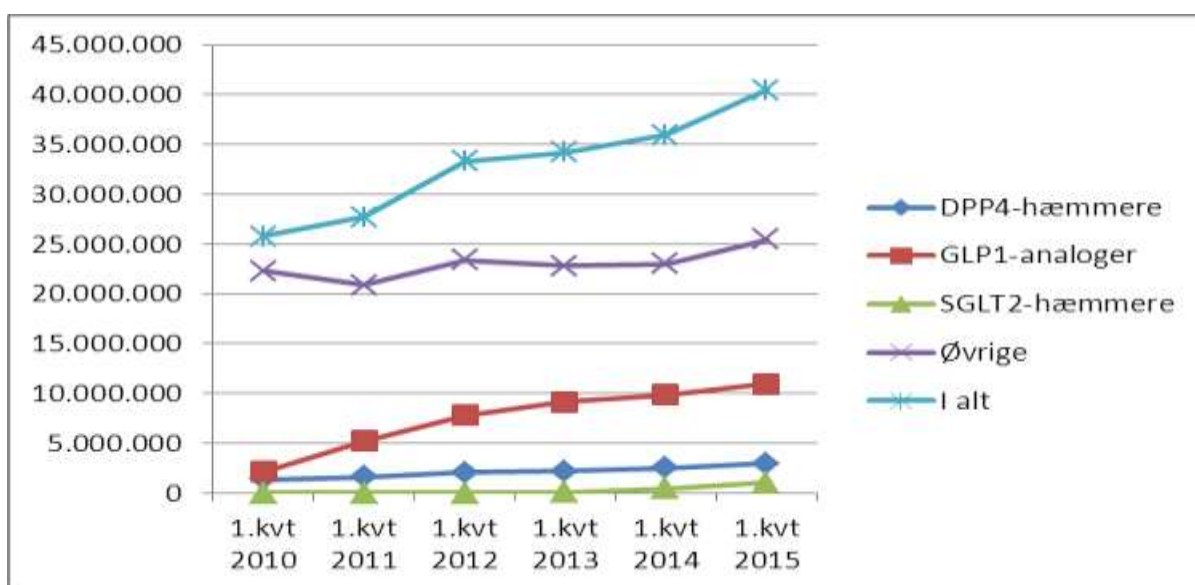
#### **4.2.3 Nye lægemidler**

I de senere år er der fremkommet en række nye og dyrere lægemidler, især indenfor områderne blodfortyndende lægemidler og diabetes. Det må forventes at udgifterne til disse lægemidler stiger.

### Lægemidler til behandling af diabetes:

Som det fremgår af nedenstående figur, er der kommet flere nye og dyrere lægemidler på markedet indenfor de seneste år indenfor diabetes-området. Det gælder især de såkaldte GLP1-analoger (f.eks. Victoza). Omend væksten ikke er helt så stor som tidligere, er der fortsat vækst i udgifterne på området – også på de nye lægemidler. Udviklingen fremgår af nedenstående figur (figur 4)

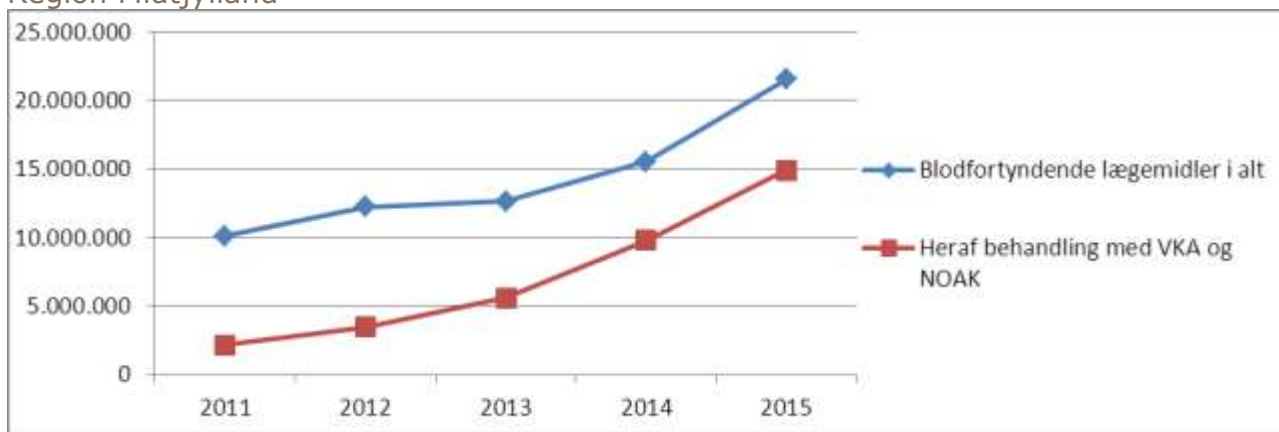
Figur 4: Udvikling i tilskud til lægemidler til behandling af diabetes 1.kvt 2010 til 1.kvt 2015.



*Blodfortyndende lægemidler:*

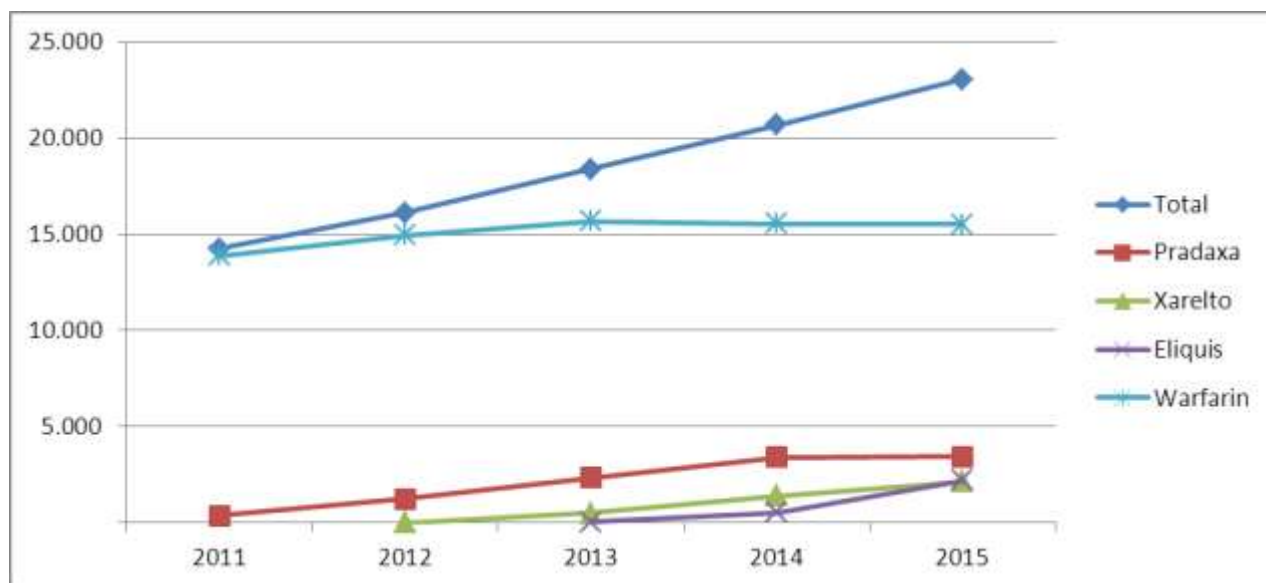
Som det fremgår af figur 5 er der fortsat stigning i udgifter til blodfortyndende lægemidler.

Figur 5: Udvikling i udgifter til blodfortyndende lægemidler 1.kvt 2011-1.kvt 2015  
Region Midtjylland



Udgiftsstigningen skyldes, at flere patienter sættes i behandling især med lægemidlet Eliquis (NOAK). Dette fremgår af figur 6.

Figur 6: Udvikling i antal patienter der er i behandling med henholdsvis NOAK og VKA behandling i Region Midtjylland 1.kvartal 2011-1.kvartal 2015



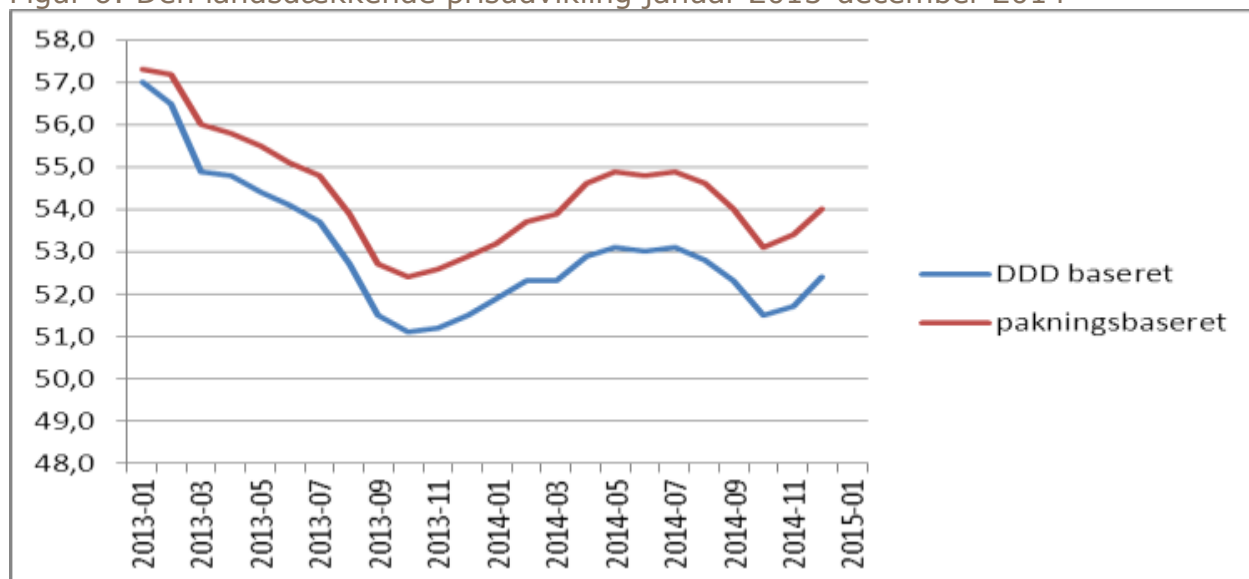
I afsnittet omkring indsatser beskrives de tiltag der er iværksat/påtænkes iværksat på området.

#### *Lægemidler til behandling af ADHD:*

Der er en begyndende vækst i lægemidlet Lisdexamfetamin, som er et nyt og dyrere præparat, der ikke har veldokumenterede fordele i behandlingen af ADHD. Forbruget vil blive fulgt løbende. Der er en mere udvidet dataanalyse af ADHD senere i denne rapport.

#### 4.2.4 Generel Prisudvikling

Figur 6: Den landsdækkende prisudvikling januar 2013-december 2014



Kilde: Statens Seruminstitut

Ovenstående figur viser prisudviklingen fra januar 2013 til december 2014 på området tilskudsmedicin for hele landet. Prisudviklingen er baseret på de to landsdækkende prisindeks a) det DDD baserede prisindeks og b) det pakningsbaserede prisindeks. Der er fordele og ulemper ved de to prisindekser (jf. afsnittet om begreber)

Pointen er, at begge prisindekser følger det samme mønster. Begge prisindekser viser kraftige prisfald i 2013 især fra medio juli og frem, mens der har været prisstigninger i starten af 2014 og prissvingninger i 2.halvår 2014.

Prisstigningen i 1. halvår 2014 skyldes en kombination af markedsbaserede prisstigninger på lægemidler med stor omsætning (bl.a. ADHD jf. senere), dels en prisaftale mellem Lægemiddelindustrien og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der gav mulighed for at hæve prisen på originalpræparater med 1,5% pr 1. april 2014. Prisreguleringen på 1,5% pr 1. april er ikke videreført i den nye prisaftale, der gælder for 2015 og frem.

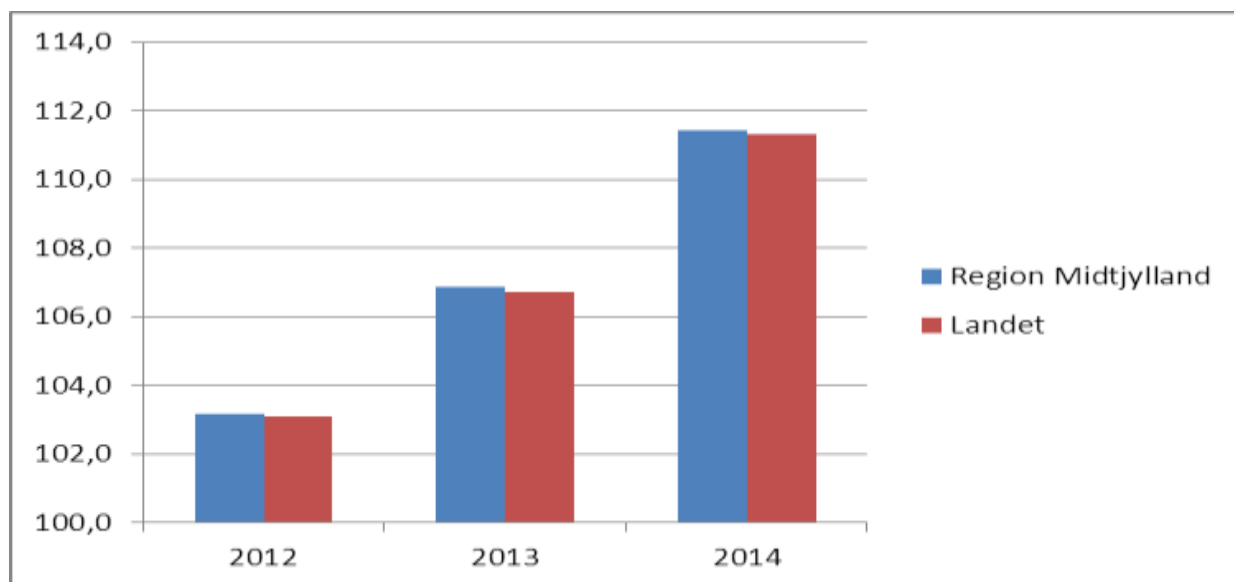
#### 4.2.5 Forbrug i definerede døgndoser (DDD)

Forbruget af medicin (DDD) er steget med 5% fra 1. kvartal 2014 til 1. kvartal 2015. Der er tale om en stigende vækst sammenlignet med hele 2014, hvor væksten var på 2,5%. Der er flere forklaringer herpå:

- På baggrund af foreløbige data for april måned tyder det på, at en del af forbrugsstigningen skyldes kalendermæssige forskydninger og at den akkumulerede forbrugsstigning vil afdæmpes, når vi når lidt længere hen på året.

- Det største medicinforbrug findes hos de ældre borgere og antallet af ældre borgere er stigende. Nedenstående figur viser væksten i antallet af borgere fra 70 år og opefter.

Figur 7: Indeks over antal ældre borgere over 70 år fra perioden 2012-2014 Region Midtjylland og landet (2011=indeks 100)



En anden måde at belyse problemstillingen på, er ved at opgøre hvor meget medicin den enkelte patient får. Dette fremgår af tabel 1:

Tabel 1: Antal patienter der indløser en recept på minimum 6 forskellige lægemidler indenfor et halvt år (kun tilskudsberettigede lægemidler) i perioden april-september 2010-2014

	<b>2010 Antal Borgere</b>	<b>2011 Antal borgere</b>	<b>2012 Antal borgere</b>	<b>2013 Antal borgere</b>	<b>2014 Antal borgere</b>
6-10 lægemidler	87.636 (7,0%)	88.989 (7,1%)	89.389 (7,1%)	88.753 (7,0%)	91.644 (7,2%)
11-15 lægemidler	17.651 (1,4%)	17.921 (1,4%)	17.828 (1,4%)	16.935 (1,3%)	17.646 (1,4%)
>15 lægemidler	3.788 (0,3%)	3.664 (0,3%)	3.669 (0,3%)	3.383 (0,3%)	3.295 (0,3%)
<b>Total</b>	109.075 (8,7%)	110.574 (8,8%)	110.886 (8,8%)	109.071 (8,6%)	112.585 (8,8%)

Kilde: Datasystemet BOB baseret på apotekernes afregningsdata

*Ovenstående tabel viser, at antallet af patienter der får over 6 lægemidler er svagt stigende, men det dækker over, at det antal patienter der får 6-10 lægemidler er stigende, mens antallet af patienter der får 15 lægemidler eller mere er faldende.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Det bemærkes, at der ikke findes data for, hvor mange lægemidler en konkret patient rent faktisk indtager pr. dag. Data er baseret på, hvor mange typer af lægemidler patienten har købt indenfor en halvårlig periode, hvilket er den indikator der er den bedst mulige i forhold til at måle antallet af polyfarmacipatienter. Ligeledes bemærkes, at ikke-tilskudsberettiget medicin ikke fremgår af opgørelsen

#### 4.2.6. De 15 mest udgiftstunge lægemidler – økonomi, forbrug og antal patienter i behandling

Tabel A-C i bilaget viser top 15 fordelt på udgifter, forbrug og antal patienter i behandling for de 15 lægemiddelgrupper med de højeste udgifter i Region Midtjylland.

Tabel A viser, at de højeste udgifter til tilskudsmedicin i Region Midtjylland ses indenfor områderne KOL/astma og diabetes. Disse to lægemiddelgrupper udgør tilsammen mere end 25% af de samlede udgifter til tilskudsmedicin. I de to lægemiddelgrupper indgår der meget relativt dyr medicin, (sammenlignet med andre lægemidler med tilskud) og det gives til en stor gruppe af kroniske patienter.

KOL og astma: Udgiftsstigningen er – sammenlignet med de øvrige terapiområder – relativt beskeden. Det skyldes dels en lav forbrugsstigning, dels at priserne er faldet for flere af lægemidlerne.

ADHD: Der ses igen en udgiftsstigning til lægemidler til behandling af ADHD og udgiftsstigningen er lidt større i Region Midtjylland end landsgennemsnittet. Der er redegjort for dette sidst i denne rapport

Blodfortyndende lægemidler: Ligeledes ses en stor stigning i udgifterne til blodfortyndende lægemidler<sup>2</sup>. Denne udvikling er der ligeledes redegjort for under afsnittet nye lægemidler, og emnet behandles også i afsnittet om indsatser.

Antipsykotika: Udgifterne til antipsykotika er faldende. Det skyldes primært patentudløb på lægemidlet aripiprazol (eks. Abilify).

Epilepsi: Der vil muligvis komme udgiftsfald på lægemidler til behandling af epilepsi med mere pregabalin (eks. Lyrica) som følge af patentudløb. Der er en tvist om fortolkningen af patentet og sagen kører pt. i Sø- og Handelsretten.

Kolesterolsænkende lægemidler:

Der er en stigning i udgifterne til kolesterolsænkende lægemidler. Der er primært tale om en forbrugsstigning. Der er ikke tale om et skifte fra billige til dyre ikke-rekommanderede lægemidler.

Øvrige: Af øvrige nye udviklingstendenser bemærkes, at udgifterne til depression efter flere års fald, igen er begyndt at stige. Det forventes at udgifterne igen vil begynde at falde fra 2. kvartal 2015 og fremefter. Der er opstået priskonkurrence på lægemidlet duloxetin (eks. Cymbalta), og dette forventes at medføre et udgiftsfald på disse lægemidler.

Udgiftsniveauet i Region Midtjylland ligger 3% højere end landgennemsnittet (indeks 103). Årsagen er især højere udgifter til lægemidler til behandling af ADHD, epilepsi

---

<sup>2</sup> Ud over lægemidler til AK-behandling som redegjort for tidligere indgår også andre blodfortyndende lægemidler i gruppen B01, herunder acetylsalicylsyre, hvor forbruget er svagt faldende på grund af nye anbefalinger.



og antidepressiva (jf. tabel A). Til gengæld ligger forbrugsniveauet lidt lavere end landsgennemsnittet (indeks 99).



## 5. Indsatser

Der er igangsat en række indsatser med henblik på:

- Bedre patientsikkerhed/kvalitet i behandlingen
- Bedre lægemiddeløkonomi

Det skal bemærkes, at flere af indsatserne kan have begge formål. Det noteres bl.a., at der ikke iværksættes indsatser med fokus på bedre lægemiddeløkonomi, hvis det giver anledning til ringere patientbehandling. Ligeledes noteres, at høj kvalitet i behandling meget vel kan hindre unødigt hospitalisering og dermed, for det samlede sundhedsvæsen, kan være økonomisk fornuftigt.

Nogle af indsatserne er igangsat som følge af analyserne i forudgående afsnit, der har kortlagt et behov for en indsats, mens andre indsatser er fastlagte på baggrund af konstaterede patientsikkerhedsmæssige problemstillinger, rejst af Sundhedsstyrelsen, medier eller andre. I dette afsnit indgår også de indsatser, som er en del af spareforslag 2015-2019.

Indsatser har til formål:

- at undersøge, hvad der ligger bagved, at nogle patienter doseres med medicin i mængder, som er forskellig fra vejledende retningslinjer
- at begrænse forbrug af lægemidler, som har særligt mange bivirkninger, f.eks. udvalgte gigtmidler og bredspektret antibiotika hvor der er risiko for udvikling af resistens.
- at iværksætte indsatser, hvor der er billigere ligeværdige alternativer
- at mindske brugen af afhængighedsskabende lægemidler.
- at arbejde for ensartet anvendelse af lægemidler på tværs af regioner og internt i regionen.

### 5.2 Antidepressiva

Forbruget af antidepressiva ligger højt i Region Midtjylland sammenlignet med de øvrige regioner.

Det er der derfor besluttet, at der skal udarbejdes et temanummer af Medicinnyt, der skal behandle emnet<sup>3</sup>.

Der udsendes løbende BOB-rapporter til de praktiserende læger over forbrug af antidepressiva, hvor den praktiserende læge har mulighed for at se egne patienters forbrug sammenlignet med regionsgennemsnittet.

---

<sup>3</sup> Medicinnyt er et nyhedsbrev til de praktiserende læger, hvor temaerne kan være:  
Variation i praksissektoren  
Hvornår og med hvad der skal behandles f.eks. 1. valgspræparat  
Behandling af unge, voksne og ældre  
Opfølgning på behandling  
Seponering

RADS har udarbejdet en vejledning på området, der netop er offentliggjort.

### 5.3 Nye lægemidler – blodfortyndende lægemidler

Som det fremgår af afsnittet om nye lægemidler, er der stor vækst i udgifterne til blodfortyndende lægemidler. Lægemidlerne ordineres både i praksissektoren og i hospitalssektoren, og der er et væsentligt tværsektorielt samspil. Der er RADS retningslinjer på området og nedenfor beskrives de væsentligste konklusioner:

#### *Hvad siger RADS:*

For alle behandlingsvejledninger vedrørende AK-behandling (blodfortyndende), er det en forudsætning, hvis der vælges Warfarin, at klinikken/lægen/afdelingen kan levere en god kvalitet svarende til tid-i-terapeutisk interval (TTI) på 70%. Data fra DAK-E (praktiserende læger) inden det blev lukket ned, samt fra sygehusene og tromboseklinikkerne viser, at dette sandsynligvis er på plads i Region Midtjylland.

I henhold til RADS behandlingsvejledning for AK-behandling (blodfortyndende) ved atrieflimren rekommanderes, at Warfarin skal overvejes først som behandling. Hvis Warfarin ikke kan bruges, kan et NOAK overvejes.

Specialistgruppen for antikoagulation har efterfølgende udtalt:

*"Der kan ikke opstilles en præcis målsætning for, hvor mange patienter der skal være i henholdsvis Warfarin behandling vs NOAK behandling da det beror på en konkret individuel vurdering af en række forhold hos den enkelte patient, men man kan som et vejledende kriterium sige, at hvis det er under 50 % af nystartede patienter, der behandles med Warfarin, er der behov for tiltag - f.eks. undervisning i RADS behandlingsvejledning."*

For behandling af dyb venetrombose og blodpropper i lunge, gælder ifølge behandlingsvejledningen fra RADS, at Warfarin er ligestillet med NOAK både som del af den akutte behandling og ved den efterfølgende forebyggende behandling i op til 12 mdr. Valg af behandling til den enkelte patient afgøres ud fra en samlet individuel vurdering. En undtagelse fra dette er patienter med en aktiv kræftsygdom, for her er den bedste behandling daglige injektioner med en anden slags blodfortyndende medicin (hepariner).

Øvrige nedenfor beskrevne tiltag/forslag til tiltag skal implementeres af RADS behandlingsvejledning

- På regionsrådets møde 27. maj fremlægges et forslag om et murstensløst AK-center. Implementering heraf forventes, at sikre kvaliteten af AK-behandlingen, og medvirke til at det løbende kan kontrolleres om kvaliteten er i orden.
- Der er i efteråret 2014 gennemført informationsindsatser omkring korrekt lægemiddelvalg, både på landsplan via IRF (en enhed under Sundhedsstyrelsen) og regionalt via Medicinnyt (et nyhedsbrev til de praktiserende læger).

- Der er forslag i spareplanen om, at anvende hospitalernes refusionsmodel, således at medicinudgifterne svarer til, at max 50% af patienterne, der startes op med blodfortyndende behandling på hospitalernes medicinske afdelinger, startes op i behandling med NOAK

Her foruden er supplerende tiltag, der indgår i spareplan1519:

- I henhold til retningslinjer om udlevering af vederlagsfri medicin, kan et udvalg af blodfortyndende lægemidler udleveres vederlagsfrit i op til 35 dage. Et af lægemidlerne er Fragmin. Lægemidlerne er betydeligt billigere på hospitalerne end ved køb på de private apoteker, så en vederlagsfri udlevering som alternativ til udskrivning af recept på de private apoteker, vil indebære en besparelse
- I de tilfælde, hvor NOAK er et relevant lægemiddelvalg, anbefaler specialistgruppen under Den regionale Lægemiddelkomité i Region Midtjylland, at Xarelto anvendes, da det er det billigste lægemiddel.

Forslagene er under forudsætning at, at der ikke sker ændringer i de nationale rekommandationer.

## 5.4 Diabetes

Som følge af, at lægemidler til behandling af diabetes fylder meget i økonomien og er i vækst, har analysegruppen undersøgt forbruget mere indgående. I henhold til gældende kliniske anbefalinger er lægemidlet Metformin 1. valg.

Analysegruppen har undersøgt, hvilke lægemidler patienterne typisk startes op med og analysen viser, at patienterne i 90% af tilfældene startes op på Metformin. Der er derfor en betydelig overensstemmelse imellem gældende retningslinjer og den faktiske kliniske praksis. For nogle patienter vil der dog på et tidspunkt blive behov for supplerende behandling (2.valg), hvor dyrere lægemidler kan være nødvendige at bringe i anvendelse. Der er meget store prisforskelle på disse lægemidler, hvor f.eks. GLP1-analogen Victoza er ca. dobbelt så dyr som DPP4-hæmmerne. Specialistgruppen for diabetes er blevet bedt om at vurdere et evt. 2. valg og der afventes en endelig konklusion.

## 5.5 Astma/KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse)

Medicin til behandling af astma/KOL er det største udgiftsområde i praksissektoren i Region Midtjylland (jf. tabel A). Der findes ca. 90 forskellige systemer til inhalationsbehandling, hvilket er medvirkende til at patienter kan have svært ved at opnå korrekt medicinering.

Specialistgruppen har foreslået, at der anvendes systemet Easyhaler, i både praksissektor og hospitalssektor, da det aktuelt er det billigste system og behandlingsmæssigt ligeværdigt i forhold til sammenlignelige lægemidler. Det forventes at den kommende KOL-rekommandation fra RADS indeholder anbefaling vedrørende inhalationssystem.

Anbefalingen er primært rettet mod nyigangsatte behandlinger, da et skifte i behandlingsregime – især for ældre patienter - netop ofte medfører problemer med at tage medicinen korrekt og dermed opnå korrekt medicinering.

En del af spareplan 15-19 omfatter, at nye patienter sættes i behandling med Easyhaler. Dermed opnås en forventet besparelse på 4,7 mio. kr. om året.

Her foruden er tiltag med henblik på, at sætte fokus på diagnostik og behandling til dette formål. Der afholdes 5 efteruddannelsesmøder for praktiserende læger og praksispersonale. 1. møde afholdes 28. maj 2015. De resterende 4 møder forventes afholdt i efteråret 2015.

Møderne vil tage udgangspunkt i den kommende vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin og vil fokusere på

- Diagnostik, herunder lungefunktionsundersøgelser
- Behandling
- Devices, herunder brug af Easyhaler
- Samarbejdspartnere for den praktiserende læge i lokalområdet (apoteker og kommuner)

Medicintilskudsnet er i gang med at revidere tilskudsreglerne på området, og der forventes også en vejledning fra RADS omkring den medicinske behandling af KOL primo 2015.

Der er en indsats i gang på lungeområdet under konceptet "jo før jo bedre" med et stort fokus på tidlig diagnostik.

## 5.6 Øvrige indsatser:

- Antibiotika: Der er et stigende forbrug af antibiotika i Region Midtjylland, selvom der generelt set er et lavt forbrug af antibiotika sammenlignet med landsgennemsnittet (jf. tidligere afsnit). Især bredspektrede antibiotika kan medføre resistens og udgør et patientsikkerhedsmæssigt problem. Der er i januar 2015 udsendt et temanummer i Medicinnyt, om anvendelse af antibiotika og der udsendes løbende BOB-rapporter.
- Antipsykotika: Der blev i foråret 2014 forelagt en rapport for regionsrådet omkring medicinsk behandling af antipsykotika. Foreløbige resultater viste, at der muligvis var en gruppe patienter, der fik doser over det anbefalede niveau. Det blev derfor vedtaget at gennemføre et projekt, der skulle kortlægge de nærmere omstændigheder. Region Midtjylland har afdækket de juridiske muligheder for at gennemføre projektet bl.a. i Sundhedsstyrelsen. Konklusionen er, at der ikke er lovhjælp til at gennemføre projektet i dets nuværende form (som et kvalitetssikringsprojekt). Projektet er ved at blive tilpasset, så det kan gennemføres som et forskningsprojekt. Projektet vil i så fald blive forankret i Klinisk Farmakologisk afdeling på Århus Universitetshospital.



# Udvidet dataanalyse ADHD og redegørelse for implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer.

Det rådgivende Udvalg for Nære Sundhedstilbud bad på deres møde 10. marts 2015 om en ekstra redegørelse for forbruget af ADHD medicin i Region Midtjylland og en redegørelse for forbruget af blodfortyndende lægemidler. Redegørelsen for blodfortyndende lægemidler er der redegjort for i selve monitoreringsrapporten, mens redegørelsen for udgiftsudvikling og implementering af nationale kliniske retningslinjer for ADHD fremgår af dette særskilte afsnit.

I redegørelsen behandles følgende emner:

## 1. Udgiftsstigning

Udgifterne er steget over en længere periode, men begyndte at falde i 2013. Medio 2014 begyndte de at stige igen. Som det fremgår af bilag 1 i monitoreringsrapporten (se bilag), stiger udgifterne til lægemidler til behandling af ADHD i 1. kvartal 2015 sammenlignet med 1. kvartal 2014 med 18%. Dette er en meget høj udgiftsvækst og det er derfor vigtigt, at undersøge nærmere om det kan forventes, at denne kraftige vækst fortsætter hele året.

## 2. Geografisk variation

Region Midtjylland ligger væsentligt over forbruget i forhold til de øvrige regioner, i forhold til antal patienter i behandling. Der præsenteres variationsanalyser, der belyser variationen, dels i forhold til de øvrige regioner, dels internt i regionen (fordelt på patientens bopælskommune).

## 3. Fordeling af ordinationer på sektorer

Der fremlægges data, der belyser, hvilke sektorer (almen praksis, hospitaler, speciallægepraksis) der ordinerer medicinen.

## 4. Antal patienter og forventninger til den fremtidige aktivitet

Der præsenteres data, der belyser, hvor mange patienter der er i behandling og hvilke antagelser der kan gøres om det fremtidige forbrug.

## 5. Implementering af nationale kliniske retningslinjer

I afsnittet om indsatser beskrives de tiltag der gøres/er gjort med henblik på at implementere de nationale kliniske vejledninger.

AD 1:

Som det fremgår af monitoreringsrapporten stiger udgifterne til lægemidler til behandling af ADHD fra 1. kvartal 2014 til 1. kvartal 2015 med 18%.

Med henblik på at få et mere langsigtet billede af trenden, er i nedenstående tre figurer (figur 1-3) udarbejdet en opgørelse over udgifter, behandlingspris og forbrug indenfor de seneste 9 kvartaler.

Figur 1 viser udviklingen i udgifter (målt i tilskud) fra 1.kvartal 2014 til 1. kvartal 2015. Figuren viser, at der sker et skifte i udgiftsudviklingen fra 1. kvartal til 2. kvartal 2014. Fra 1. til 2. kvartal 2014 stiger udgifterne meget, men fra 2. kvartal og fremefter stabiliserer udgifterne sig på et højere niveau.

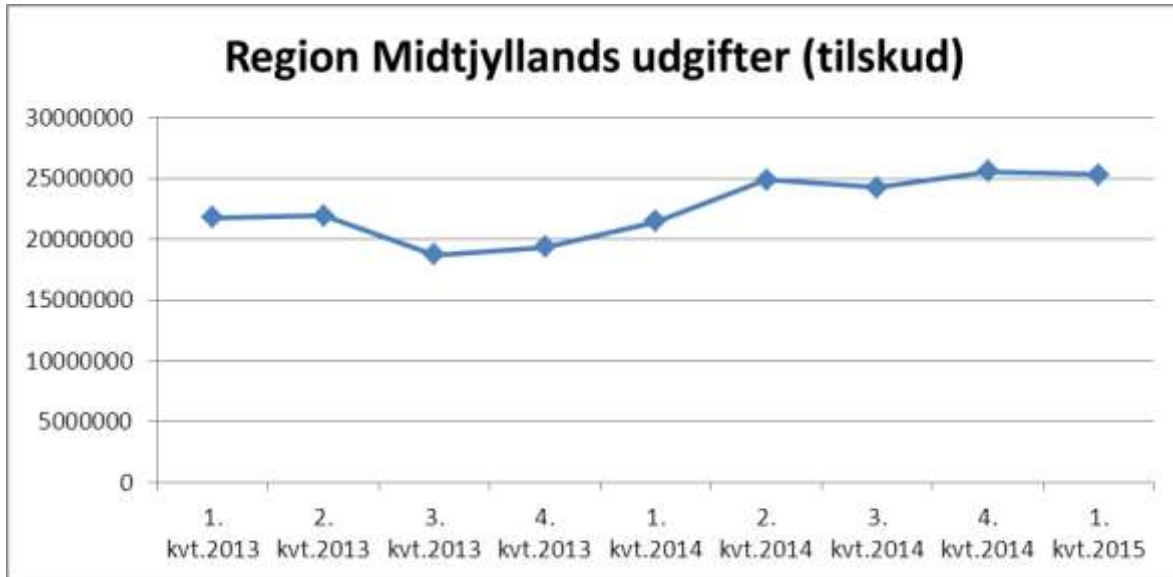
Udgiftsudviklingen er betinget af to faktorer; priser og mængder. Dette belyses i figur 2 og 3.

Som det fremgår af figur 2, faldt prisen på lægemidler til behandling af ADHD mellem 2. og 3. kvartal 2013, hvorefter de steg igen i 2. kvartal 2014. I 2. kvartal 2014 og frem til 1. kvartal 2015 er priserne ikke steget.

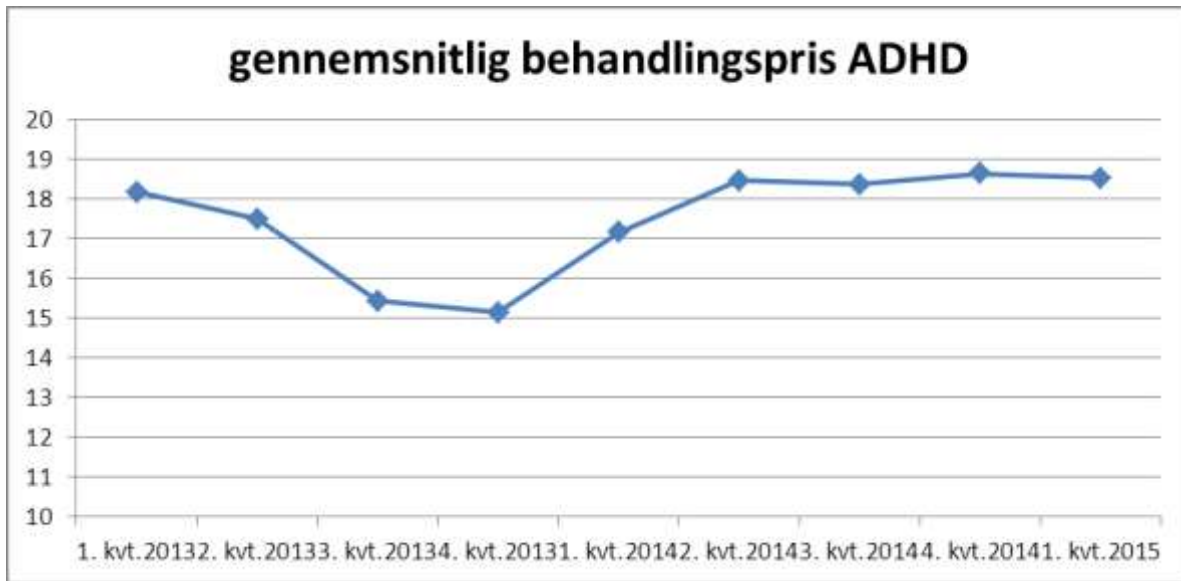
På forbrugssiden synes forbruget at være mere generelt stigende om end stigningen især finder sted imellem 1. og 2. kvartal 2014. Ifølge oplysninger fra hospitalspsykiatrien er der i den pågældende periode indgået kontrakter med private leverandører til diagnostik og igangsættelse af behandling. Det er sket for at overholde tidsfristerne i forhold til udredningsretten.

Konkluderende tyder det på, at udgiftsstigningen vil fortsætte, men blive mere afdæmpet end 1. kvartal 2015. Der tages dog forbehold for især priserne, som er betinget af den aktuelle konkurrencesituation. Priserne på især lægemidler til behandling af ADHD har svinget meget i de seneste par år.

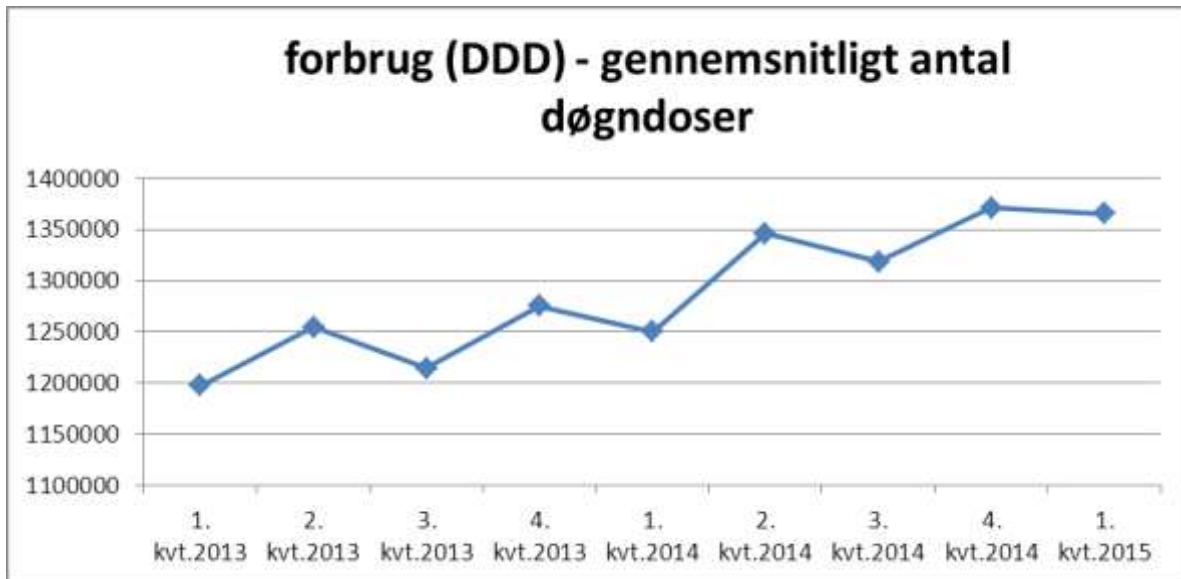
Figur 1: Udvikling i udgifter til lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland 1.kvt 2013 til 1.kvt 2015



Figur 2: Udvikling i den gennemsnitlige behandlingspris (tilskud/DDD) til lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland 1.kvt 2013 til 1. kvt 2015



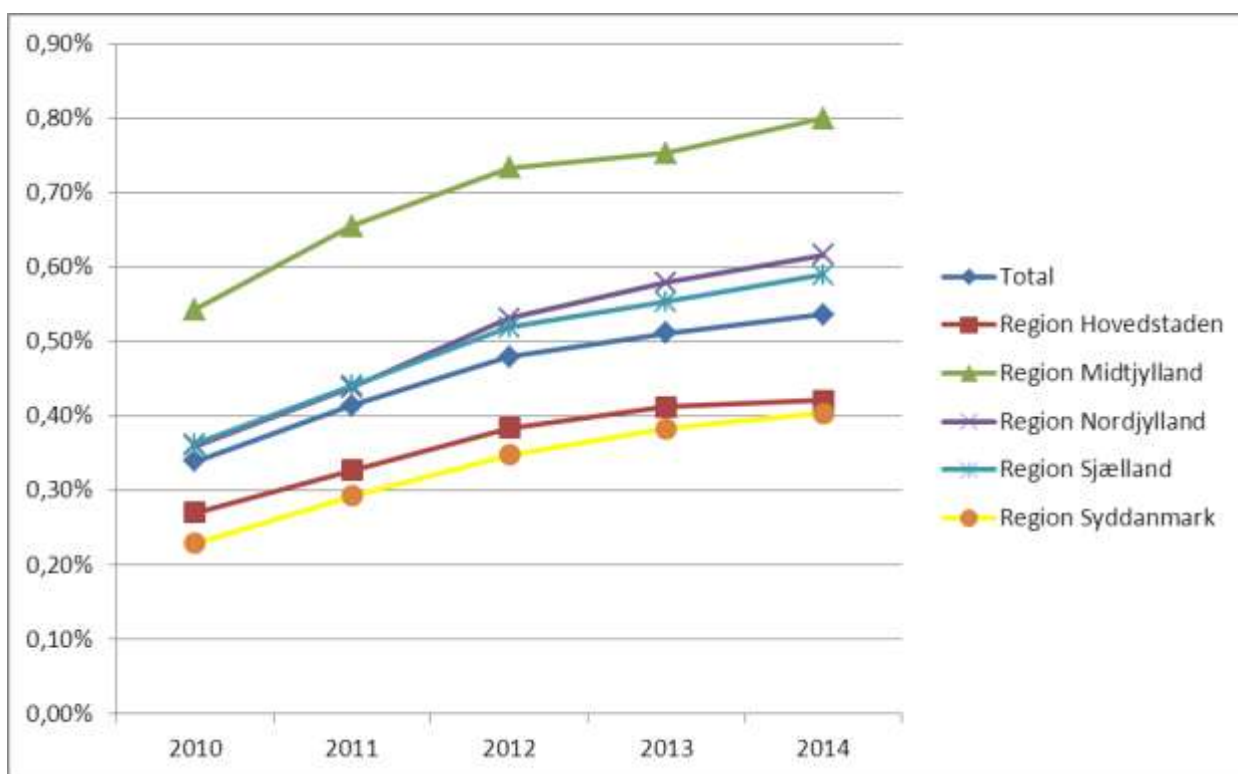
Figur 3: Udvikling i forbrug (DDD) til lægemidler til behandling af ADHD i Region Midtjylland 1.kvt 2013 til 1.kvt 2015



Ad 2:

Som nævnt i tidligere rapporter, har Region Midtjylland et højere forbrug af lægemidler til behandling af ADHD især til voksne. Det fremgår af nedenstående figur. Den resterende del af denne dataanalyse vil derfor primært tage afsæt i patienter over 18 år.

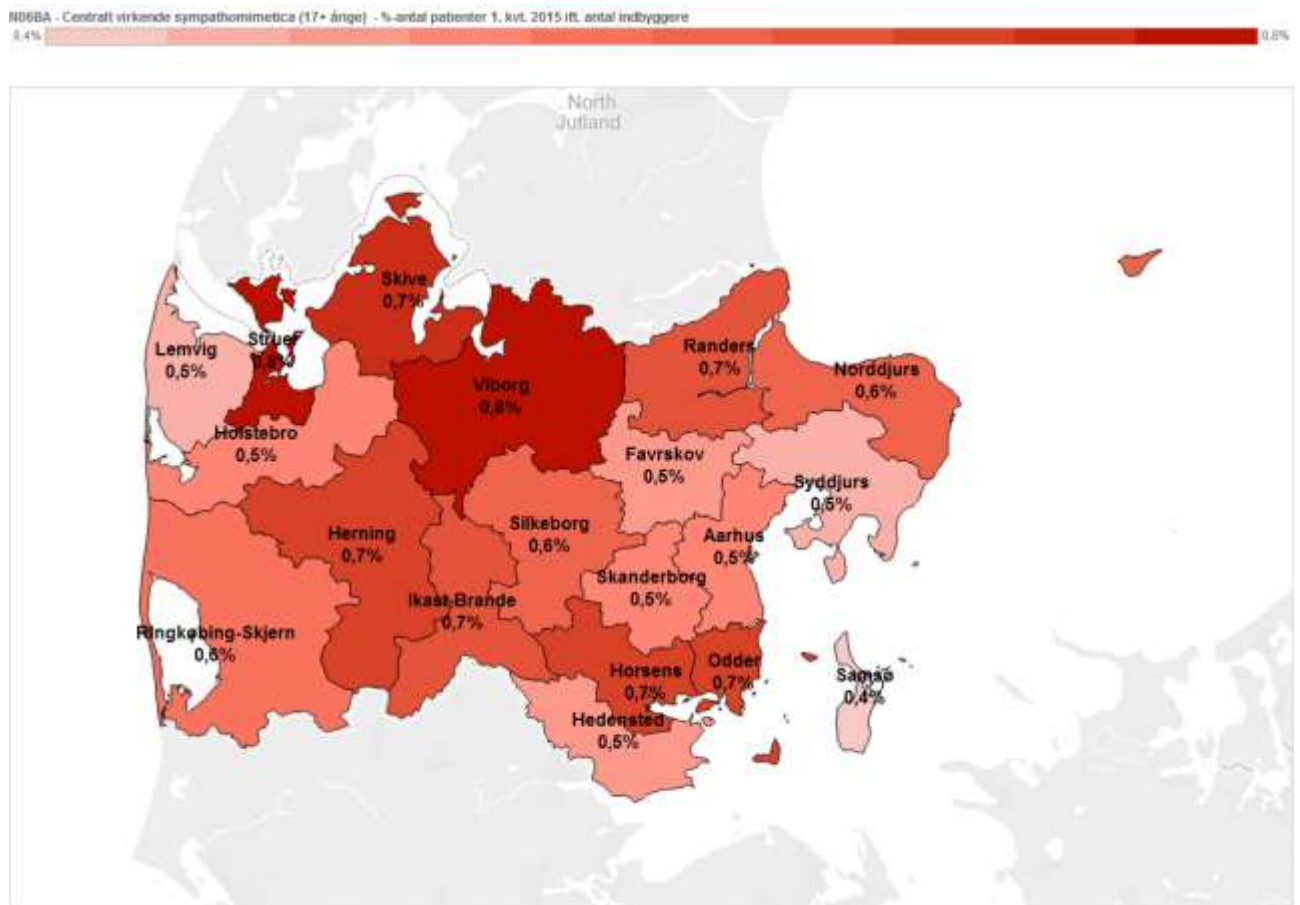
Figur 4: Andelen af befolkningen over 18 år der har indløst min. 1 recept til behandling af ADHD (lægemidler med tilskud) 2010-2014 fordelt på regioner.



Nedenstående figur viser variation i forbrug internt i Region Midtjylland fordelt på patientens bopælskommune for patienter i behandling med ADHD over 18 år.

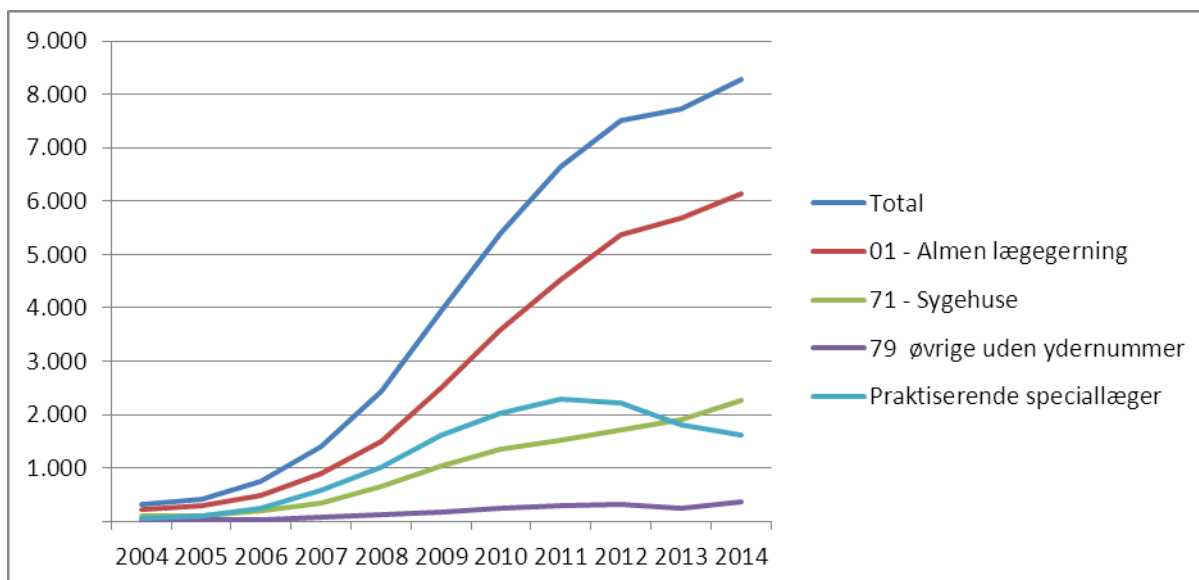
Opgørelsen viser, at antallet af patienter over 18 år i behandling med ADHD-lægemidler i 1. kvartal 2015 er størst i Struer kommune og lavest i Lemvig, Favrskov og Syddjurs kommuner. Den præcise forklaring kendes ikke, men årsagen må antages, at være en kombination af karakteristika ved populationen i den pågældende kommune, mønstre i henvisnings/- diagnostisering hos de konkrete læger i området, samt lægefaglig tilgængelighed (herunder nærhed til privatpraktiserende psykiater/hospitalspsykiatri).

Figur 5: Andel af befolkningen over 18 år der har indløst min. 1 recept på lægemidler til behandling af ADHD i 1. kvartal 2015 i Region Midtjylland fordelt på kommuner



### AD 3:

Figur 6: Antal patienter, der har indløst mindst én recept inden for et år på et lægemiddel til behandling af ADHD (N06BA) i Region Midtjylland (voksne) fra 2004 til 2014 fordelt på receptudskrivende sektor



Ovenstående figur belyser udviklingen i antal patienter over 18 år, der har indløst mindst én recept inden for et år i perioden 2004-2014 i Region Midtjylland på lægemidler til behandling af ADHD fordelt på udskrivende sektor.<sup>4</sup>

Figuren viser, at forbruget er stigende og at flest personer får indløst en recept i almen praksis. I henhold til retningslinjen for ordination af afhængighedsskabende lægemidler skal diagnosen ADHD endeligt stilles af speciallæge i psykiatri.

Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på, at lægemidlerne ikke er tilskudsberettigede, men der kan søges om enkelttilskud. Ansøgning om enkelttilskud indsendes til Sundhedsstyrelsen, som undersøger om ansøgningen opfylder kriterierne for tilskud, herunder om diagnosen er endeligt stillet af speciallæge i psykiatri. Region Midtjylland har rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen, som melder tilbage, at af de ansøgninger, der indkommer til Sundhedsstyrelsen, kommer kun en beskedent del fra almen praksis og i disse tilfælde vil Sundhedsstyrelsen efterspørge en epikrise fra speciallæge i psykiatri. Region Midtjylland har tidligere konstateret, at en mindre del af 1.gangsordinationerne kom fra almen praksis. En efterfølgende undersøgelse viser, at en del af disse patienter er patienter der får lægemidlerne i forbindelse med cancerbehandling mod træthed. Patienter med en terminalbevilling er undtaget fra de almindelige tilskudsregler. Den behandling der udføres i almen praksis vil derfor primært være vedligeholdelsesbehandling, mens den behandling der gennemføres af hospital psykiatri og privat speciallægepraksis, ofte vil være opstart af behandling.

<sup>4</sup> Bemærk at der alene tages afsæt i de recepter der udskrives med tilskud. De ordinationer der gives internt på hospitalet som vederlagsfri behandling udgør kun en meget beskedent andel af det samlede forbrug og er ikke medtaget i denne opgørelse



Det er de praktiserende læger, der henviser patienterne og om det højere forbrug af patienter i behandling i f.eks. Viborg Kommune, skyldes flere henviste patienter eller om der diagnosticeres flere af dem, der rent faktisk bliver henvist er uklart. Den endelige diagnose stilles dog af speciallæge i psykiatri.

I nedenstående figur vises patientens bopælskommune fordelt på receptudskrivende sektor.

Tabel 1: Antal patienter over 18 år der har indløst min 1 recept i 2014 fordelt på patientens bopælskommune og sektor der har ordineret recepten (almen lægehjælp, speciallægehjælp, hospitaler, øvrige)

	<b>Almen lægegering</b>	<b>speciallægehjælp</b>	<b>hospitaler</b>	<b>Øvrige</b>	<b>I alt</b>
<b>Total</b>	<b>6.123</b>	<b>1.536</b>	<b>2.189</b>	<b>342</b>	<b>8.006</b>
<b>Favrskov Kommune</b>	157	56	79	8	<b>237</b>
<b>Hedensted Kommune</b>	184	68	53	16	<b>240</b>
<b>Herning Kommune</b>	546	50	226	32	<b>660</b>
<b>Holstebro Kommune</b>	261	37	105	20	<b>346</b>
<b>Horsens Kommune</b>	448	143	180	18	<b>624</b>
<b>Ikast-Brande Kommune</b>	200	24	81	23	<b>254</b>
<b>Lemvig Kommune</b>	83	5	24	3	<b>98</b>
<b>Norddjurs Kommune</b>	217	64	49	12	<b>281</b>
<b>Odder Kommune</b>	122	27	37	3	<b>163</b>
<b>Randers Kommune</b>	566	99	181	19	<b>705</b>
<b>Ringkøbing-Skjern Kommune</b>	252	16	102	19	<b>321</b>
<b>Samsø Kommune</b>	13	3	2		<b>14</b>
<b>Silkeborg Kommune</b>	407	93	219	24	<b>578</b>
<b>Skanderborg Kommune</b>	223	96	80	17	<b>325</b>
<b>Skive Kommune</b>	288	40	95	5	<b>335</b>
<b>Struer Kommune</b>	151	23	60	6	<b>198</b>
<b>Syddjurs Kommune</b>	153	62	45	6	<b>213</b>
<b>Viborg Kommune</b>	670	91	220	26	<b>786</b>
<b>Århus Kommune</b>	1.381	578	391	90	<b>1.911</b>

Note: bemærk at samme patient i løbet af et år kan have været behandlet i flere sektorer. I totaltallet tæller patienten kun med én gang

#### AD 4

Nedenstående opgørelser viser, hvor mange patienter der har fået indløst mindst én recept til behandling af ADHD fordelt på alder. Opgørelserne er opgjørt både i faktisk antal patienter og i procent af den pågældende aldersgruppe. Opgørelserne viser, at det primært er yngre borgere der er i behandling. I en undersøgelse fra 2012 foranlediget af Den regionale Lægemiddelkomité i Region Midtjylland konkluderede en arbejdsgruppe, at der som et vejledende kriterium vurderedes, at 3-5% af børn og unge havde ADHD, hvoraf 50-75% havde brug for medicinsk behandling. I den nationale kliniske retningslinje er det anført, at internationale studier peger på en prævalens hos voksne på mellem 3,4 og 4,4% på verdensplan. Heri fremgår dog ikke, hvor stor en andel der bør behandles farmakologisk.

Den regionale Lægemiddelkomité har i 2015 spurgt relevant specialistgruppe, i hvilket omfang behandling er livslang, idet det vil have betydning for forventninger til den samlede population i behandling på lidt længere sigt. Specialistgruppen har svaret tilbage, at 50-80 % af de børn der er i behandling forventes at være i behandling også i voksenalderen.

**Tabel 2: Antal patienter, der er i medikamentel behandling med ADHD medicin (N06BA) fordelt på aldersgrupper 2009-2014**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Prognose 2014*</b>
<b>0 - 4 år</b>	7	11	8	3	4	3	3
<b>5 - 9 år</b>	578	700	766	735	737	744	766
<b>10 - 14 år</b>	1.231	1.501	1.756	1.884	1.899	1.890	1.879
<b>15 - 19 år</b>	1.002	1.490	1.869	2.086	2.265	2.309	2.468
<b>20 - 39 år</b>	1.683	2.718	3.676	4.321	4.714	4.736	5.049
<b>40 - 64 år</b>	904	1.300	1.664	1.971	2.145	2.188	2.277
<b>65 - 79 år</b>	110	120	137	153	146	146	192
<b>80+</b>	24	20	26	22	18	15	19
	<b>5.539</b>	<b>7.860</b>	<b>9.902</b>	<b>11.175</b>	<b>11.928</b>	<b>12.031</b>	<b>12.653</b>

Note: \*Data fra Statens Serum Institut for 2014 er endnu ikke opdaterede. Der er udarbejdet nogle foreløbige skøn for 2014 baseret på apotekernes afregningsdata  
Kilde: Statens Serum Institut

**Tabel 3: Procentandel af patienter, der er i medikamentel behandling med ADHD medicin (N06BA) fordelt på aldersgrupper 2009-2014 Region Midtjylland**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>prognose 2014*</b>
<b>0 - 4 år</b>	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%
<b>5 - 9 år</b>	0,95%	0,98%	0,95%	0,95%	0,96%	0,99%
<b>10-14 år</b>	1,82%	2,15%	2,34%	2,38%	2,39%	2,39%
<b>15 -19år</b>	1,84%	2,26%	2,48%	2,67%	2,72%	2,91%
<b>20-39 år</b>	0,85%	1,15%	1,35%	1,48%	1,48%	1,57%
<b>40-64 år</b>	0,31%	0,39%	0,47%	0,51%	0,52%	0,54%
<b>65-79 år</b>	0,09%	0,10%	0,10%	0,09%	0,09%	0,11%
<b>80+</b>	0,04%	0,05%	0,05%	0,04%	0,03%	0,04%

Note\*: Data fra Statens Serum Institut for 2014 er endnu ikke opdaterede. Der er udarbejdet nogle foreløbige skøn for 2014 baseret på apotekernes afregningsdata  
Kilde: Statens Serum Institut

**Tabel 4: Procentandel af patienter, der er i medikamentel behandling med ADHD medicin (N06BA) fordelt på aldersgrupper 2009-2014 landet**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Prognose 2014*</b>
<b>0 - 4 år</b>	0,03%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%
<b>5 - 9 år</b>	1,05%	1,17%	1,10%	1,01%	0,9%	0,9%
<b>10 - 14 år</b>	1,7%	2,06%	2,22%	2,29%	2,2%	2,16%
<b>15 - 19 år</b>	1,3%	1,68%	1,90%	2,07%	2,08%	2,39%
<b>20 - 39 år</b>	0,54%	0,75%	0,89%	1,00%	1,05%	1,11%
<b>40 - 64 år</b>	0,21%	0,26%	0,31%	0,34%	0,36%	0,39%
<b>65 - 79 år</b>	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,11%	0,12%
<b>80+</b>	0,06%	0,07%	0,06%	0,06%	0,06%	0,07%

Note\*: Data fra Statens Seruminstitut for 2014 er endnu ikke opdaterede. Der er udarbejdet nogle foreløbige skøn for 2014 baseret på apotekernes afregningsdata

Kilde: Statens Seruminstitut

## AD 5:

Region Midtjylland har over en længere periode haft et højere forbrug af lægemidler til behandling af voksne med ADHD end de øvrige regioner. I 2012 rettede Den regionale Lægemiddelkomité i Region Midtjylland derfor henvendelse til Sundhedsstyrelsen med henblik på, at udarbejde kliniske retningslinjer for både børn og voksne. Kliniske retningslinjer lå klar fra Sundhedsstyrelsen for børn og unge i 2014 og for voksne i marts 2015.

Retningslinjen omhandler bl.a. screeningsværktøjer til identifikation af patienter med ADHD, samt hvilken behandling der er god klinisk praksis (herunder farmakologisk vs non-farmakologisk behandling).

I retningslinjen er det beskrevet, at det er en begrænsning, at studier der vurderer effekten af de undersøgte indsatser, nærmest aldrig involverer opfølgning over længere tid, fx flere år.

Der er kun relativt få studier vedrørende non-farmakologisk behandling, og der er begrænset evidens for effekten af de lægemidler, der findes til behandling af ADHD. Der er derfor behov for mere forskning på området. Desuden er det vigtigt at minde om, at manglende evidens ikke nødvendigvis betyder, at der ingen effekt er, men at en mulig effekt ikke er dokumenteret.

Der er også behov for forskning i hvilke validerede instrumenter, der er mest velegnede i udredningen af ADHD hos voksne, og som kan oversættes til dansk, for på den måde at bidrage til kvalitetssikring af udredningen.

Det fremgår af indledningen til retningslinjen at formålet er:

*At de nationale kliniske retningslinjer skal sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, at medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet. Målet med netop denne retningslinje er, at sikre ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet i forbindelse med udredning, diagnostik og behandling af voksne med ADHD gennem en række anbefalinger til sundhedsprofessionelle.*

Det fremgår af formålet, at retningslinjen skal sikre større ensartethed. Det rigtige niveau (om Region Midtjylland ligger for højt eller de øvrige regioner ligger for lavt) kan der dog ikke siges noget sikkert om.

Hertil kommer Vejledning om afhængighedsskabende Lægemidler, der fastslår, at:

*”den praktiserende læge kan overtage den fortsatte medikamentelle behandling, vedligeholdelsesbehandlingen, hvis dette sker efter konkret aftale og i samarbejde med speciallægen, og speciallægen har opstillet en plan for behandlingen”*

I forbindelse med offentliggørelse af de kliniske retningslinjer, udsendte Sundhedsstyrelsen den samlede nye retningslinje og en hurtig guide her til. Der må påregnes en vis tidsperiode, inden der kan ses effekt af retningslinjen.

Sundhedsstyrelsen ønsker at understøtte implementeringen af retningslinjen. Derfor pågår der aktuelt et arbejde med, at identificere og iværksætte tiltag fra national side.

Region Midtjylland har ligeledes taget nogle initiativer med henblik på at fremme implementeringen:

Med henblik på at følge op på implementeringen af retningslinjen bad Den regionale Lægekomité i sommeren 2014 (børn og unge) og april 2015 (voksne) relevant specialistgruppe om, at vurdere implementeringen og behov for eventuelle supplerende tiltag (ud over de centrale tiltag der allerede var gjort på området). Specialistgruppen er en arbejdsgruppe under Den regionale Lægemiddelkomité og består af farmaceutisk og speciallægefaglig ekspertise med repræsentation fra alle sektorer.

Der tages/vil blive taget følgende initiativer om De Nationale Kliniske retningslinjer bl.a. på baggrund af specialistgruppens anbefalinger:

#### 1. Information og reminder om de kliniske retningslinjer og behandlingsplaner

- Hospitalspsykiatrien meddeler, at Den Regionale Psykiatri har implementeret retningslinjen. Af yderligere initiativer kan nævnes, at i slutning af måneden vedtager de fem regioners psykiatridirektører formentlig en behandlingspakke til sekundært regi, der beskriver indhold, struktur og omfang af behandlingen til voksne med ADHD.
- Der er udsendt et brev til de privatpraktiserende speciallæger (speciallæger med overenskomst med Regionernes Takst og Lønningsnævn) med en reminder om de nye retningslinjer, samt opmærksomhed om, at der skal udarbejdes behandlingsplaner. Dette for at vedligeholdelsesbehandlingen, der gennemføres i almen praksis, kan gennemføres på betryggende vis. Der er ligeledes ændringer i forbindelse med den nye overenskomst.
- Der forventes udsendt brev til de praktiserende læger i Region Midtjylland i Medicinnyt nr.2, juni 2015 med reminder om Nationale Kliniske Retningslinjer og om at der fremover kan forventes behandlingsplaner.

#### 2. Analysedelen vil blive udbygget med yderligere analyser af de konstaterede variationer

#### 3. Der vil blive gennemført løbende monitorering med inddragelse af relevante faglige fora.

## Bilag

**Tabel A: Udgiftsniveau og udgiftsændring i Region Midtjylland 1.KVT 2014 og 1.KVT 2015 sammenlignet med DK. Tabellen viser top 15 af de mest udgifts tunge lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio. kr. 1.kvt. 2014	RM Mio. kr. 1.kvt. 2015	RM Vækst i %	Landsgennem Snittet Vækst %	Udgift Pr. 1000 sikrede Indeks (landsgennem snittet =100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesygdom (KOL/Astma)	50,4	51,1	1,4%	0,2%	101
A10	Diabetesmidler	35,9	40,5	12,6%	11,3%	99
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	21,4	25,3	18,1%	16,4%	150
B01	Blodfortyndende lægemidler	15,5	21,5	38,5%	31,4%	90
N05	Epilepsi	18,1	18,8	4,2%	7,0%	114
N03	Antipsykotika (lægemidler mod psykoser)	21,1	18,1	-14,1%	-18,2%	100
N02	Smertestillende	15,3	15,3	-0,1%	0,1%	95
G03	Kønshormoner herunder fertilitetsbehandling	11,9	12,1	1,5%	3,7%	99
N06A	Midler mod depression	10,1	11,5	14,2%	12,4%	113
C10	Kolesterol-sænkende midler	8,4	10,1	20,4%	16,7%	100
N04	Anti-parkinson midler	8,6	9,5	10,1%	4,5%	92
J01	Antibiotika	8,3	8,6	3,9%	2,7%	96
G04	Urinvejssygdomme mv	7,9	8,3	4,2%	4,4%	104
C03	Vanddrivende (diuretika)	5,4	5,6	3,5%	3,3%	95
A07	Midler mod diarre og tarminflammation/-infektioner	4,9	5,2	6,7%	7,4%	101
Total	Top 15	243,7	262,0	7,5%	5,8%	103
Total	Øvrige	74,9	79,1	5,6%	6,1%	103
	I alt	318,7	341,1	6,9%	5,9%	103

**Kilde: Targit**

Note: Data er ekskl. rabat

**Tabel B: Mængdeniveau og mængdeændring (DDD) i Region Midtjylland 1.kvt 2014 1.kvt. 2015 sammenlignet med landet. Tabellen viser top 15 af de mest udgiftstunge lægemidler.**

ATC	Lægemiddel Gruppe	RM Mio.DDD	RM Mio. DDD	RM	Landsgennem Snittet	Forbrug Pr. 1000 sikrede
		1.kvt. 2014	1.kvt. 2015	Vækst i %	Vækst %	Indeks (landsgennem snittet =100)
R03	Midler mod obstruktiv lungesygdom (KOL/Astma)	6,6	6,8	2,7%	2,4%	101
A10	Diabetesmidler	5,5	5,8	5,5%	4,6%	96
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	1,2	1,4	9,3%	8,5%	145
B01	Blodfortyndende lægemidler	8,4	8,8	5,1%	4,3%	94
N05	Epilepsi	2,1	2,2	6,7%	7,5%	113
N03	Antipsykotika (lægemidler mod psykoser)	1,3	1,3	-1,4%	-2,1%	90
N02	Smertestillende	5,7	6,2	9,9%	8,6%	93
G03	Kønshormoner herunder fertilitetsbehandling	1,5	1,4	-5,4%	-5,2%	93
N06A	Midler mod depression	9,3	9,6	3,1%	2,7%	110
C10	Kolesterolsænkende midler	14,9	16,5	11,1%	8,7%	103
N04	Anti-parkinson midler	0,5	0,5	6,3%	4,9%	100
J01	Antibiotika	1,5	1,6	7,1%	5,5%	92
G04	Urinvejssygdomme mv	2,1	2,2	7,0%	7,9%	101
C03	Vanddrivende (diuretika)	8,9	8,8	-1,1%	-1,6%	87
A07	Midler mod diarre og tarminflammation/-infektioner	0,5	0,5	2,9%	4,0%	99
Total	Top 15	70,0	73,7	5,4%	4,3%	99
Total	Øvrige	58,0	60,8	4,8%	4,5%	99
	I alt	128,0	134,5	5,0%	4,4%	99



**Tabel C: Andel af patienter i behandling i % i Region Midtjylland i 2010 til 2013 sammenlignet med DK 2013. Tabellen viser de 15 mest udgiftstunge områder.**

ATC	Lægemiddelgruppe	RM	RM	RM	Lands Gennemsnittet
		2011	2012	2013	2013
R03	Midler mod KOL astma	7,9%	7,8%	7,6%	7,8%
A10	Diabetes	3,6%	3,8%	3,9%	4,1%
N05A	Antipsykotika	2,0%	2,1%	2,2%	2,3%
N06B	Lægemidler til behandling af ADHD	0,8%	0,9%	0,9%	0,7%
N02	Smertestillende	12,4%	12,5%	14,5%	14,4%
N03	Epilepsi	2,5%	2,7%	2,8%	2,6%
N06A	Depression	9,1%	9,0%	8,6%	7,9%
B01	Blodfortyndende lægemidler	9,6%	9,6%	9,6%	9,6%
G03	Kønshormonbehandling (herunder fertilitetsbehandling)	12,0%	11,8%	11,7%	11,6%
G04	Midler til behandling af urinvejssygdomme	3,0%	3,0%	3,2%	3,3%
J01	Antibiotika	29,2%	26,8%	25,9%	28,6%
C10	Kolesterolsænkende midler	11,0%	11,3%	11,3%	11,0%
N04	Anti-parkinson	6,6%	6,8%	6,9%	6,7%
C03	Vanddrivende	8,3%	8,1%	7,8%	8,4%
A07	Midler mod diare og tarminflammation/-infektion	13,1%	12,9%	13,3%	13,4%

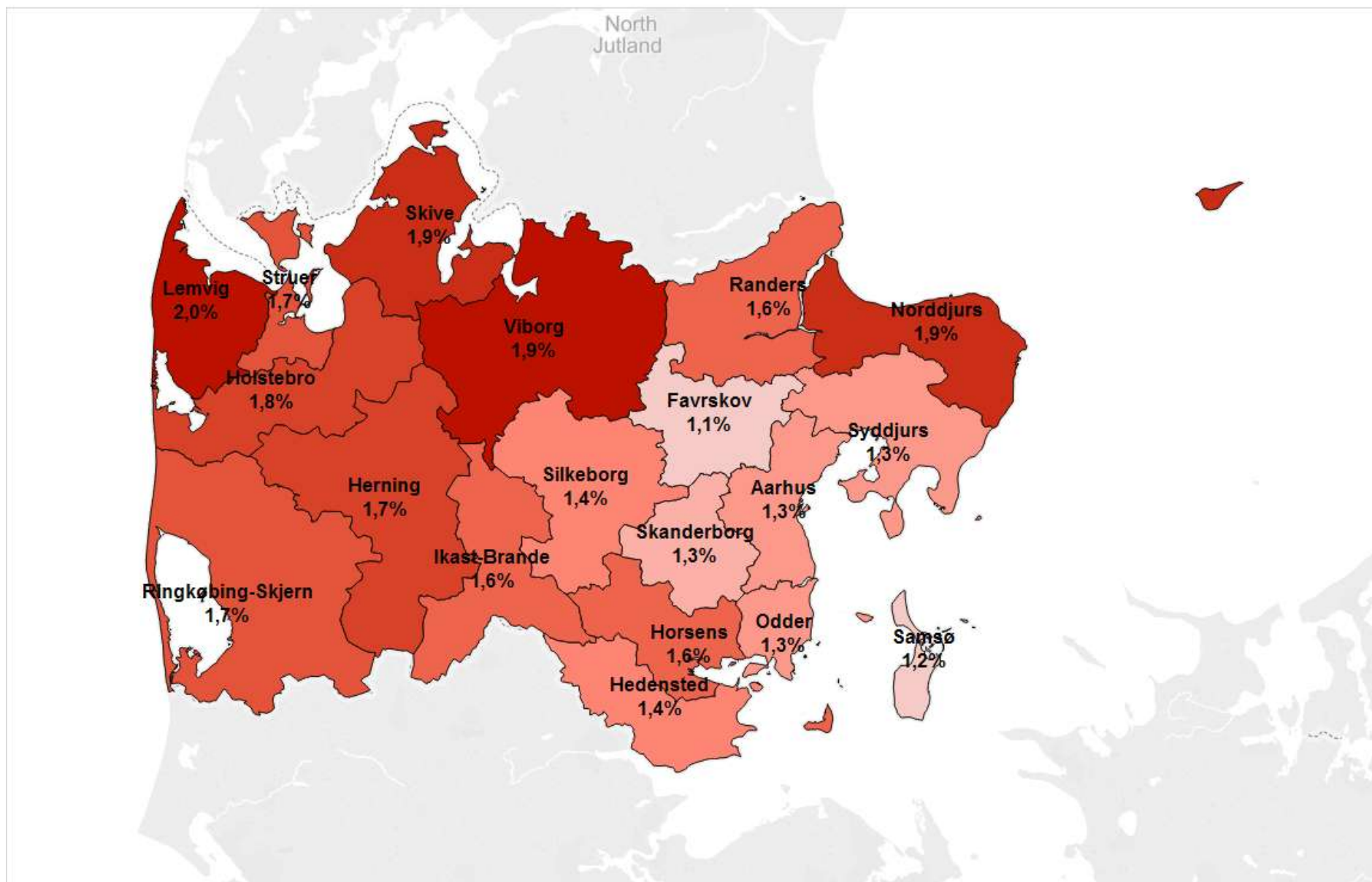
Kilde: Statens Serum Institut. NB data for 2014 er endnu ikke opdaterede

### **Top 5 opdelt på kommuner (ADHD under afsnittet om ADHD)**

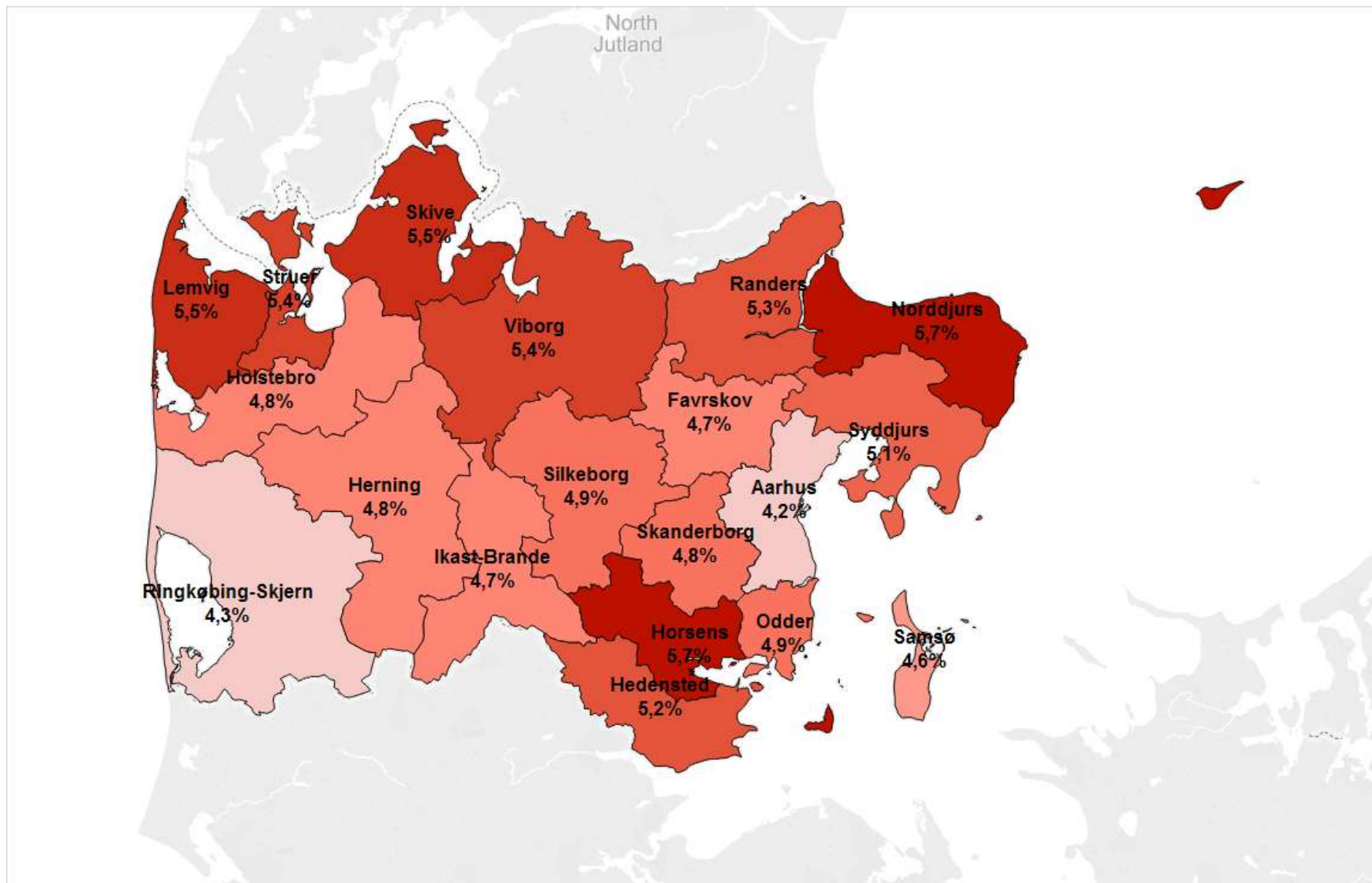
Andel af befolkningen (antal patienter) i de enkelte kommuner der har indløst min. 1 recept i 1.kvartal 2015 på antipsykotika

, KOL/Astma lægemidler, blodfortyndende lægemidler og diabetes.

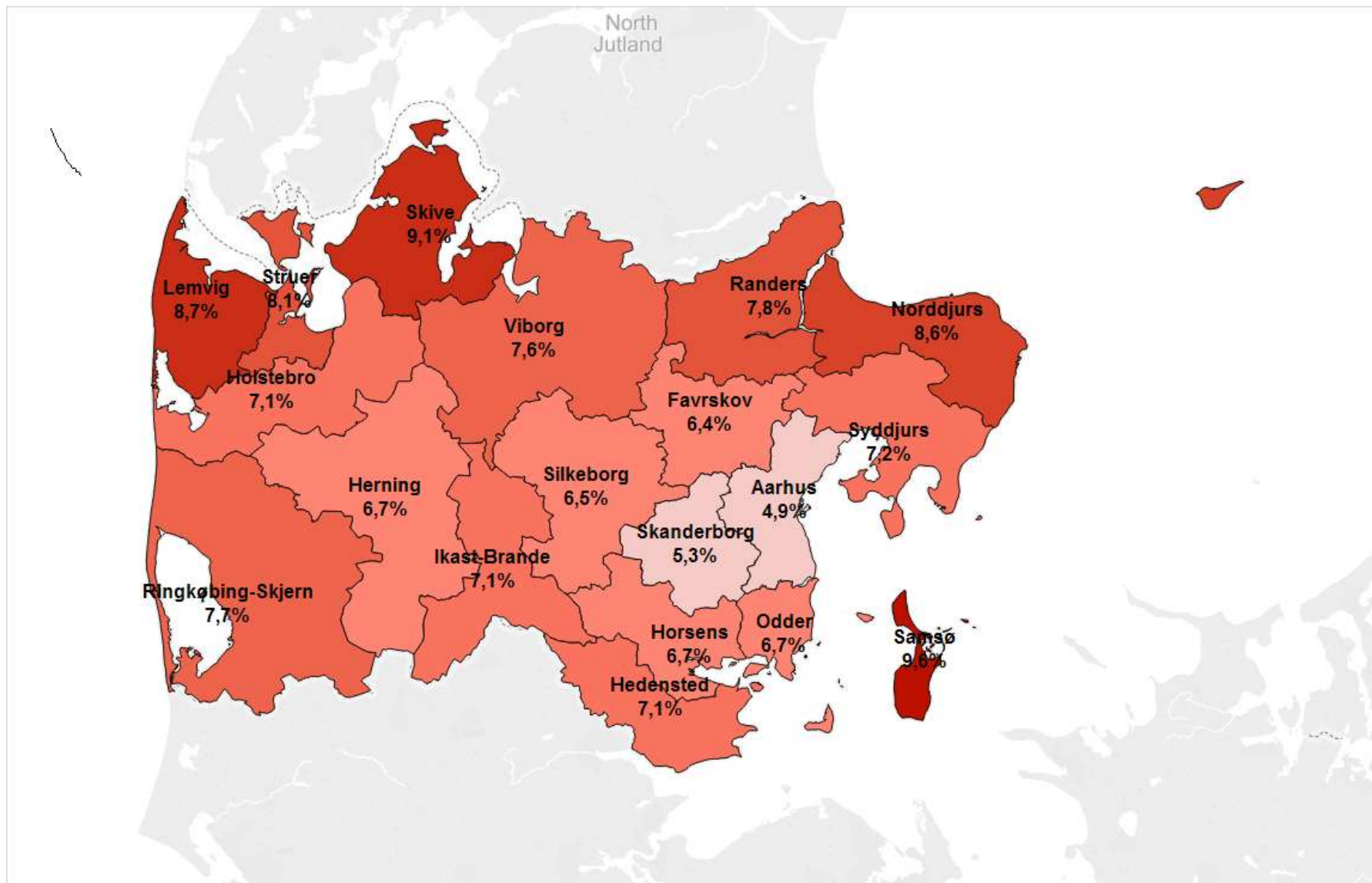
N05A - Antipsychotica - %-antal patienter 1. kvrt. 2015 ift. antal indbyggere



R03 - Midler mod obstruktiv lungesygdom - %-antal patienter 1. kvrt. 2015 ift. antal indbyggere



B01 - Antithrombosemidler - %-antal patienter 1. kv. 2015 ift. antal indbyggere



A10 - Antidiabetica - %-antal patienter 1. kv. 2015 ift. antal indbyggere

