

Lægemiddelmonitorering

Praksissektoren Region Midtjylland

1.-2.kvartal 2013

Nære Sundhedstilbud 30.august 2013

Indledning

Formålet med denne rapport er at give et løbende overblik over både økonomi og forbrug for lægemidler i praksissektoren. 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.

Endelig giver analyserne mulighed for at rejse spørgsmål om evt. over/underbehandling. I denne rapport gives et overblik over økonomi (regionernes udgifter til tilskud), mængdeudvikling (DDD) og antal patienter i behandling. Det sidste afsnit omhandler indsatser.

Datagrundlag:

Data baseres på udtræk fra regionernes afregningssystem Targit og lægemiddelstyrelsens datasystem Medstat, som er baseret på afregning fra de private apoteker med offentligt tilskud. Lægemidler der er ordineret til 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.

Hvem er analysegruppen:

Analysegruppen består af en speciallæge i Klinisk Farmakologi fra Aarhus Universitetshospital, 3 lægemiddelkonsulenter fra Nære Sundhedstilbud og en økonom/statistiker fra Nære Sundhedstilbud.

Begreber:

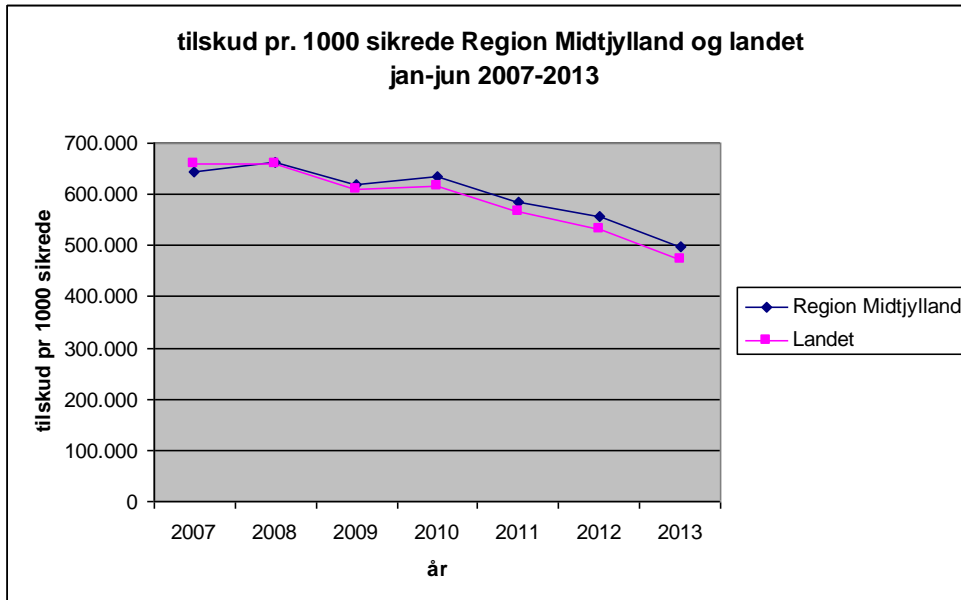
DDD: En DDD (defineret daglig dosis) er en teknisk værdi der angiver lægemiddelforbrug. Den fastsættes af WHO og svarer til en gennemsnitlig daglig dosis til vedligeholdelsesbehandling af en voksen person. En DDD svarer ikke altid til den dosis der reelt anvendes pr dag

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 de samme rapporter gentages 2-4 gange årligt i en indsatsperiode.

ATC-koder: ATC ("Anatomical Therapeutic Chemical") -klassifikationen er et system, hvor lægemidler klassificeres i 5 niveauer efter anatomisk, terapeutisk og kemisk tilhørsforhold. F.eks. vedrører gruppen N på første niveau nerveområdet. På tredje niveau med koden N06a angives lægemidler til behandling af depression.

Den økonomiske udvikling – udvikling i udbetaling af tilskud.

Figur 1



Kilde: Regionernes datasystem Targit

Figur 1 viser udviklingen i regionernes udgifter til medicintilskud fra 1. halvår 2007 til 1. halvår 2013. Figuren viser, at udgifterne til tilskudsmedicin siden 2010 er faldet. Dette gælder både i Region Midtjylland som i landet som helhed. Årsagen til dette store udgiftsfald er først og fremmest en opstramning i tilskudsreglerne via det centrale Medicintilskudsnevns og mange patentudløb med prisfald til følge i perioden. I 2013 ses endvidere et større generelt prisfald på mange lægemidler.

Tabel 1: Udgiftsniveau¹ og udgiftsvækst i Region Midtjylland 1. kv. 2012- 1. kv. 2013 sammenlignet med landet (ATC-niveau 2 – N06 dog ATC niveau 3)

ATC	Lægemiddel Navn	RM Mio. kr.	RM	Landet	Udgifts-niveau
					pr. 1000 sikrede i RM Indeks (landet =100)
		1-2.kvt. 2013	Ændring i % 1.halvår 2012- 1.halvår 2013	Ændring i % 1.halvår 2012- 1.halvår 2013	
R03	Midler mod obstruktiv lunget sygdom	105,2	-6,4%	-5,4%	103
A10	Diabetes	70,8	2,9%	2,8%	99
N05	Psycholeptica- antipsykotika	44,9	-21,0%	-20,4%	98
N06B	Lægemidler til behandling af -ADHD	43,6	-1,5%	-0,47%	145
N02	Stærk smertestillende medicin	37,2	-27,0%	-31,2%	97
N03	Antiepileptica	34,5	- 4,6%	-4,0%	116
N06A	Antidepressiva	28,0	-18,0%	-20,2%	113
B01	Blodfortyndende lægemidler	26,7	3,4%	7,6%	87
G03	Lægemidler til bl.a. kunstig befrugtning	24,6	-0,4%	-2,4%	107
G04	Urologica	18,8	-4,5%	-6,8%	104
J01	Antibakterielle midler til systemisk brug	17,8	-8,7%	-10,9%	99
C10	Kolesterolsænk ende lægemidler	17,6	-42,1%	-39,5%	97
N04	Anti-parkinson midler	16,6	-4,0%	-4,8%	92
C03	Diuretica (vanddrivende)	11,8	-4,8%	-4,4%	96
A07	Midler mod diare og tarminflammation/- infektion	9,9	-	1,2%	101
S01	Øjenmidler	8,9	-23,3%	-22,3%	93
C09	Reninangiotensin (blodtryk og hjerte)	7,7	-14,4%	-14,2%	98
N06B	Midler mod demens	7,2	-30,1%	-30,7%	95
C07	Betablokerende midler (blodtryk og hjerte)	6,1	-32,2%	-31,6%	102
H05	Parathyrodeahormoner	6,1	-27%	-24%	103
Top 20 i alt		544	-10,9%	-11,2%	
Øvrige		127,9	-5,1%	-2,3%	
	Totalt	671,9	-9,7%	-10,2%	104

Note: da der måles på udgifter medtages alene tilskudsberettigede lægemidler

Note: Fedmarkerede tal er udtryk for at de kommenteres i teksten

¹ Ekskl rabat

Udviklingen i udgifter til tilskudsmedicin fordelt på de enkelte lægemidler fra 1. halvår 2012 til 1. halvår 2013 – Region Midtjylland sammenlignet med landet:

Tabel 1 viser top 20 for de lægemidler med de højeste udgifter i Region Midtjylland. Der vises udgiftsniveau og udgiftsudvikling sammenlignet med landsgennemsnittet i 1. halvår 2013 sammenlignet med 1. halvår 2012.

Tabellen 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. For de to lægemiddelgrupper er der tale om relativt dyr medicin (sammenlignet med andre lægemidler indenfor praksissektoren) der gives til en stor gruppe af kroniske patienter.

Udgiftsniveau – højere end landsgennemsnittet

Region Midtjyllands udgiftsniveau ligger ca. 4 % over landsgennemsnittet (indeks 104). Dette skyldes især et meget højt udgiftsniveau sammenlignet med landsgennemsnittet indenfor områderne ADHD, epilepsi og antidepressiva. Indenfor områderne ADHD og antidepressiva har Den regionale Lægemiddelkomité på den baggrund iværksat relevante analyser og indsatser (jfr sidste afsnit).

Udgiftsudvikling - større prisfald end ventet

Der ses et samlet fald i udgifterne på ca. 10 %. Ca. halvdelen af udgiftsfaldet skyldes patentudløb med prisreducerende effekt i 2012, hvilket var forventet. Dette gælder især områderne antipsykotika og kolesterolsænkende medicin og et mindre patentudløb på KOL/astma. Det resterende udgiftsfald – (på nær ADHD se nedenfor) – skyldes et generelt uventet prisfald på medicinmarkedet. Især er det store prisfald på stærk smertestillende medicin bemærkelsesværdigt. Det er især Fentanylplastre og Tramadol hvor der ses uventede store prisfald i 2. kvartal 2013. For Fentanylplastre ses en halvering af prisen. Årsagen kan muligvis være regionernes kampagner i forhold til anvendelsen af morfin der har givet anledning til en generelt skærpet priskonkurrence på markedet for smertestillende medicin. Årsagen er ikke tilskudsændringer da både Fentanyl og Tramadol generelt set har bevaret generelt tilskud.

Udgiftsfaldet på antidepressiva skyldes en kombination af ændring i tilskudsregler og prisfald

Årsager til lavere udgiftsstigninger end ventet

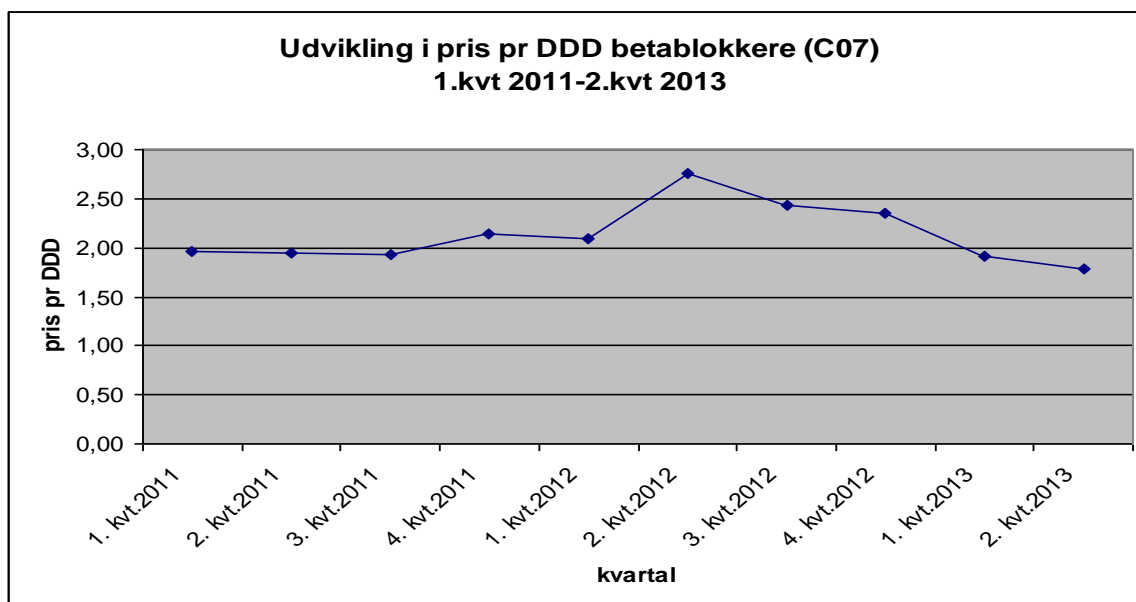
Udgiftspresset for lægemidler til behandling af diabetes var i 2012 på 19 mio. kr., ADHD 10 mio. kr. og antitrombosebehandling (blodfortyndende lægemidler) 12 mio. kr. Det var forventningen at der ville være et lignende udgiftspres på disse områder også i 2013, men dette har været betydeligt mere moderat end forventet af følgende årsager:

- For diabeteslægemidlerne sker en ændring i tilskudsreglerne. De ændrede tilskudsregler træder først i kraft november 2013, men udgiftsdæmpningen træder i kraft tidligere end forventet som følge af at producenterne har valgt at pristilpasse allerede nu for at bevare retten til generelt tilskud. Der er dog fortsat vækst i det nye dyre lægemiddel Victoza, hvilket giver anledning til en generel vækst på diabetesområdet.
- For ADHD skyldes udgiftsfaldet i 2013 først og fremmest en kraftig afdæmpning af forbrugsvæksten i forhold til tidligere.
- Antitrombosebehandling ses kraftig stigning i forbruget af de nye dyre lægemidler Pradaxa og Xarelto. Den generelle udgiftsvækst afdæmpes dog som følge af stort forbrugsfald/prisfald for acetylsalicylsyre. Det forventes at denne vækst fortsætter i 2014.

Stor usikkerhed om den generelle prisudvikling

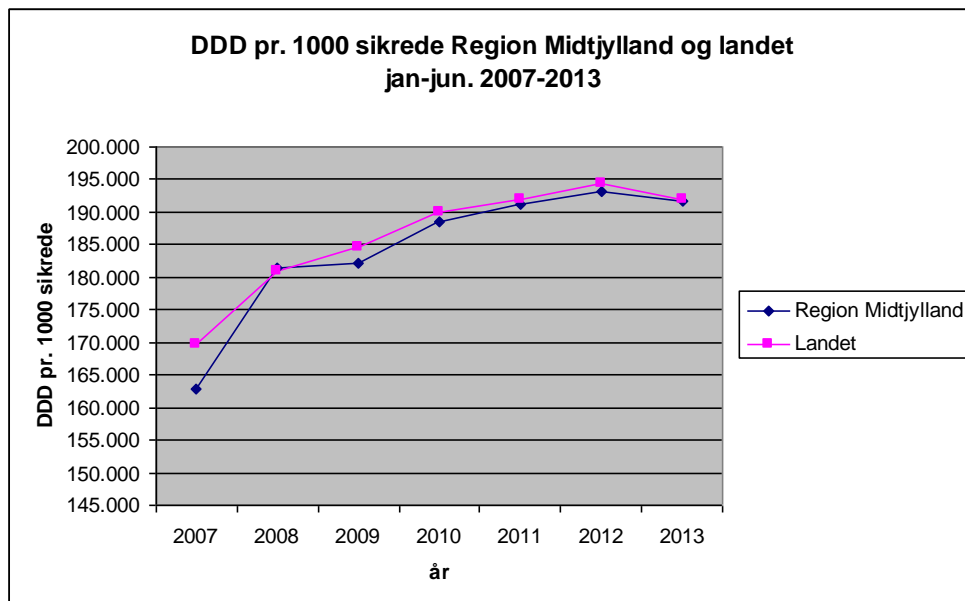
Det skal understreges, at prisændringer hvor der ikke kan påvises en klar årsag har tendens til at være ustabile. Prisudvikling på et af hjertemidlerne (betablokkere - C07) vises som eksempel. Da udgiftsfaldet i 1. halvår 2013 i vidt omfang skyldes generelle prisfald og at disse prisfald er usikre er det meget vanskeligt at sige om disse prisfald vil fortsætte i 2. halvår 2013 eller vi vil se prisstigninger. Af samme årsag er udgiftsudviklingen for året som helhed forbundet med betydelig usikkerhed.

Figur 2:



Overblik over mængdeniveau/udvikling sammenlignet med de øvrige regioner

Figur 3:



Kilde: Regionernes datasystem Targit

Figur 2 viser udviklingen i mængder af solgt medicin på de private apoteker. Mængder opgøres i DDD. Især fra 2007 til 2008 ses en meget kraftig stigning i forbruget af lægemidler. Det er især lægemidler til behandling af forhøjet blodtryk, kolesterolsænkende lægemidler og lægemidler til behandling af depression der steg kraftigt i perioden. Siden da er forbrugsstigningen stabiliseret. Forbrugsudviklingen fra 1.halvår 2012 til 1. halvår 2013 gennemgås i næste afsnit.

Tabel 2: mængdeniveau og mængdevækst (DDD) i Region Midtjylland 1. -2. kv. 2012- 1. – 2. kv. 2013 sammenlignet med landet (ATC-niveau 2 – N06 dog ATC niveau 3)

ATC	Lægemiddel Navn	RM Mio. DDD	RM Mio. DDD	RM	Landet	DDD
						pr. 1000 sikrede i RM Indeks (landet =100)
		1.-2. kv. 2012	1-2.kvt. 2013	Ændring i %	Ændring i %	
C09	Renin angiotensin (blodtryk mv)	38,2	39,1	2,5%	1,9%	101
C10	Kolesterol Sænkende	27,1	28,8	6,2%	4,9%	102
N06A	Antidepressiva	20,2	19,8	-2,3%	-3,4%	111
C08	Calcium Antagonister (blodtryk mv)	18,9	19,7	4,1%	3,8%	99
C03	Vanddrivende	19,4	19,0	-2,1%	-2,1%	87
B01	Blodfortynden de lægemidler	19,6	17,7	-9,6%	-8,1%	95
R03	Kol/Astma	13,7	13,5	-1,5%	-1,4%	103
A10	Diabetes	10,9	11,2	2,5%	1,7%	96
A02	Syrerelaterede midler (mavesår mv)	10,3	10,8	5,8%	4,2%	88
C07	Betablokerend e midler	8,0	7,9	-0,7%	0%	98
M01	Gigtmidler	6,0	5,6	-8,4%	-7,3%	96
G04	Urologica	3,8	4,1	6,0%	4,9%	102
N03	Epilepsi	3,9	4,0	2,8%	4,0%	113
H03	Thyreoida	3,8	3,9	3,0%	3,4%	99
S01	Øjenmidler	3,7	3,7	-2,0%	-1,6%	107
C01	Hjerteterapi	3,6	3,2	-9,0%	-8,3%	112
G03	Fertilitetsbeh. Mv.	3,2	3,2	-1,1%	-3,0%	93
R06	Antihistaminer (allergi)	3,2	3,2	-2,7%	-3,3%	86
R01	Sygdomme i næsehulen	3,1	3,0	-1,4%	-1,1%	110
J01	Antibiotika	3,0	3,0	0,6%	1,8%	92
Top 20 i alt		223,6	221,4	-1%	-0,4%	
Øvrige		35	37,3	6,5%	1,8%	
I alt		258,6	258,7	0,0%	-0,3%	99

Mængdeniveau – svarende til landsgennemsnittet:

Region Midtjylland har et svagt lavere forbrug af medicin end landsgennemsnittet (indeks 99). Region Midtjylland har bl.a. et markant lavere forbrug af antibiotika, mavesårsmidler og blodfortyndende lægemidler end landsgennemsnittet . Til gengæld ligger forbruget af antidepressiva højt.

Det lave forbrug på mavesårsmidler hænger muligvis sammen med indsatser der blev gennemført i tidligere Århus Amt, hvor der var stor fokus på anvendelse af mavesårsmidler. Det samme gælder anvendelse af antibiotika (jfr også sidste afsnit om indsatser). Årsagen til det lave forbrug af blodfortyndende medicin kendes ikke men undersøges nærmere.

Mængdeudvikling – væksten i forbruget er ophørt.

I 1. halvår 2013 ses nul vækst sammenlignet med samme periode 2012 . Det er bl.a. lægemidler til behandling af hjerte/kar, hvor væksten ikke er helt så voldsom som tidligere år. Der er dog fortsat vækst indenfor behandling af især for højt blodtryk (C08/C09) og kolesterolsænkende lægemidler (C10). Endvidere ses et kraftigt fald i forbruget af gigtmidler (jfr afsnittet om indsatser). Tidligere tiders kraftige forbrugsstigning i lægemidler til behandling af depression er vendt til et lille fald.

Overblik over udviklingen i antal patienter i behandling

Nedenfor gives et overblik over antal patienter i behandling pr. 1000 indbyggere for de 20 mest udgiftstunge områder. Benzodiazepiner fremgår ikke af top 20 da lægemidlet ikke er tilskudsberettiget. Området benzodiazepiner medtages dog også, da det er et fokusområde i Den regionale Lægemiddelkomité.

Tabel 3: Andel patienter i behandling i %² Region Midtjylland 2011-2012. Sammenlignet med landet 2012

	RM 2010	RM 2011	RM 2012	Land 2012
Midler mod obstruktiv lungesygdom mv (R03)	8,0%	7,9%	7,8%	8,0%
Diabetes (A10)	3,4%	3,7%	3,8%	4,0%
Psycholeptica- antipsykotika (N05A)	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%
Lægemidler til behandling af ADHD (N06B)	0,8%	0,9%	0,9%	0,7%
Analgetica – smerte opioider, migræne mv (N02)	12,3%	12,5%	12,5%	12,5%
Antiepileptica (N03)	2,4%	2,5%	2,7%	2,5%
Antidepressiva (N06A)	9,2%	9,1%	8,9%	8,2%
Blodfortyndende lægemidler (B01)	9,5%	9,6%	9,6%	9,6%
Sex hormoner and modulators of the genital system (G03)	12,1%	12,0%	11,8%	11,7%
Urologica (G04)	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%
Antibakterielle midler til systemisk brug (J01)	28,9%	29,3%	26,8%	29,3%
Lipid-modificerende midler (C10)	10,4%	11,0%	11,3%	11,0%
Anti-parkinson midler (N04)	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
Diuretica (C03)	8,6%	8,3%	8,1%	8,7%
Midler mod diare og tarminflammation/-infektion (A07)	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
Ophthalmologica (S01)	12,0%	11,8%	11,7%	12,0%
Reninangiotensin (blodtryk og hjerte) (C09)	11,4%	11,8%	12,1%	12,2%
Midler mod demens (N06D)	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
Beta-blokerende midler (C07)	6,9%	6,9%	6,9%	6,7%
Parathyrodeahormoner (H05)				
Benzodiazepiner (N05BA)	2,9%	2,8%	2,6%	3,1%
Benzodiazepiner (N05CD)	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%
Benzodiazepiner (N05CF)	3,7%	3,6%	3,4%	3,6%

² Definition på antal patienter i behandling: Patienten har indløst mindst 1 recept i løbet af et år af lægemidlet på et privat apotek. Det betyder at data også indbefatter patienter der har været i kortvarig behandling i løbet af året og evt er ophørt i behandling.

Indsatser:

Der er vedtaget en række indsatser med henblik på a) bedre lægemiddeløkonomi b) bedre patientsikkerhed/kvalitet i behandlingen.

Det skal bemærkes, at flere af indsatserne kan have begge formål. Der 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.

Der er igangsat indsatser indenfor følgende områder:

- Begrænse forbrug af risikolægemidler indenfor smertebehandling (oxycodon som har større misbrugspotentiale)
- Udredning og iværksættelse af indsatser indenfor KOL/Astma området (økonomi og kvalitet)
- Begrænse forbrug af antibiotika med risiko for resistens
- Begrænse antal patienter med storforbrug /langtidsforbrug af benzodiazepiner (risiko for afhængighed ved mere en 4 ugers forbrug)
- Sikre mere ensartet behandlingsniveau for ADHD og antidepressiva på tværs af regioner
- Indsatser i forhold til overforbrug af lægemidler til behandling af ADHD
- Begrænse forbrug af lægemidler med mange bivirkninger (f.eks. gigtpreparater)

Et af redskaberne til at påvirke ordinationerne i Almen Praksis er breve der udsendes løbende til de praktiserende læger (også kaldet BOB-rapporter- se afsnit om begreber).

Morfin/oxycodon: Indsatsen for at ændre forbruget af oxycodon til morfin havde oprindeligt primært et økonomisk sigte, hvor der blev indfriet besparelser på ca. 10 mio. kr. ved skifte fra det dyre oxycodon til det billigere morfin. Hvis medtages den afledte effekt af den øgede priskonkurrence generelt indenfor smertemedicin som følge af indsatsen er den samlede økonomiske effekt betydeligt større.

Da der det seneste år er kommet øget priskonkurrence på oxycodon er der ikke længere et økonomisk perspektiv ved at videreføre indsatsen.

Da der er større risiko for misbrugspotentiale ved visse administrationsformer af oxycodon besluttede Den regionale Lægemiddelkomité i foråret 2013 at fortsætte indsatsen med anbefaling af morfin af faglige/patientsikkerhedsmæssige grunde. Der udsendes BOB-rapporter to gange årligt.

Monitorering:

PÅBEGYND T	LÆGEMIDDEL	1.KV T 2010	1.KV T 2011	1.KV T 2012	1.KV T 2013	2.KV T 2013	MÅL	FORMÅL
2009	Stærk smertestillende: Andel morfin+oxycodo n	39%	52%	63%	67%	66%	80% (vedtage t af RLK)	Mindske risiko for afhængighe d

Kol/Astma: Der stilles jævnligt spørgsmålstegn ved om forbruget af lægemidler til KOL/Astma er rationelt, det gælder specielt forbruget af inhalationssteroider til KOL og forbruget af kombinationspræparater.

Desuden er der kommet mange nye præparater, og de adskiller sig primært ved at der anvendes andre inhalatorer. Der er således mange præparater med samme indholdsstof men forskellige inhalatorer og der er store prisforskelle på disse præparater og dermed nogle besparelsesmuligheder omkring valg af præparater med samme indholdsstof. Denne besparelse skal dog holdes op imod at det er vigtigt at der anvendes det inhalationssystem der er bedst egnet til den enkelte patient. Den Regionale Lægemiddelkomité har bedt specialistgruppen vurdere forbruget af lægemidler, se på inhalatorer og komme med forslag til indsatsområder i både primær- og sekundærsektoren.

I specialistgruppen mener man også, at der er behov for en gennemgribende revision af området, da der er kommet nye lægemidler, ny dokumentation og ikke mindst nye guidelines på dette område. Specialistgruppen holder møde i efteråret 2013

Antibiotika: Der er en stigende udvikling af resistens overfor antibiotika på landsplan. Region Midtjylland har generelt set et lavt forbrug af antibiotika i praksissektoren (jfr tidligere afsnit), hvilket skyldes stor fokus på området både i tidligere Århus Amt og efterfølgende i Region Midtjylland. Region Midtjylland kan dog alligevel konstatere et stigende forbrug af bredspektret antibiotika og har valgt at lægge fokus herpå.

I november 2012 er desuden kommet en ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen: Vejledning om ordination af antibiotika. Den Regionale Lægemiddelkomité har bedt specialistgruppen vurdere forbrug af antibiotika i såvel primær som sekundærsektoren med baggrund i vejledningen og komme med forslag til indsatsområder i både primær- og sekundærsektoren.

Specialistgruppen har nedsat en mindre arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til indsatsområder. Gruppen er bl.a. i gang med en vejledning og kommer med nogle forslag, som vil blive diskuteret på næste møde i specialistgruppen. Der forventes at komme en mere specifik tilbagemelding til Den Regionale Lægemiddelkomité i efteråret 2013.

Der vil fortsat være fokus på udviklingen i forbruget af makrolider og andelen af bredspektret penicillin/al penicillin i praksissektoren med udsendelse af BOB-rapporter.

Området antibiotika vil blive præsenteret som tema i næstkommende afrapportering.

Monitorering:

PÅBEGYNDT	LÆGEMIDDEL	1.KVT 2010	1.KVT 2011	1.KVT 2012	1.KVT 2013	2.KVT 2013	MÅL	FORMÅL
1.kvt 2013	Antibiotika andel makrolider	13,8%	15,1%	14,2%	12,5%	11,9 %	Faldende	Formindske risiko for resistens
1.kvt 2013	Antibiotika andel bredspektret/antibiotika i alt	32,5%	34,6%	35,4%	37,7%	37,5%	Faldende	Formindske risiko for resistens

Benzodiazepiner: I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier for behandling med afhængighedsskabende lægemidler fremgår, at det bør tilstræbes at lægemidlerne anvendes i højst op til 4 uger, da der ellers kan udvikles afhængighed. Der er derfor udviklet målinger der identificerer omfanget af storforbrugere/langtidsforbrugere. Da Region Midtjylland ikke selv er i besiddelse af oplysninger på individniveau er data indhentet fra Seruminstittet.

Der er i løbet af foråret 2013 blevet udsendt breve til de praktiserende læger som behandler de 86 patienter der har et overforbrug (min 6 DDD dagligt i gennemsnit over et halvt år). I brevet opfordres de pågældende læger til at følge op og nedtrappe for de pågældende patienter. De første 12 læger blev kontaktet i februar 2013 og de resterende i marts 2013. Seruminstittet har endnu ikke data på individniveau for den periode hvor indsatsen er iværksat. Det er derfor ikke muligt for nuværende at foretage en egentlig opfølgning. Som en alternativ løsning har Nære Sundhedstilbud trukket data på DDD niveau for at få et fingerpeg om, i hvilket omfang brevudsendelse har givet anledning til en indsats hos de pågældende læger. Opgørelsen viser, at de samlede ordinationer af benzodiazepiner i gennemsnit er faldet med knap 10 % i perioden marts til juni 2013. Gennemsnittet dækker dog over stor variation hvor 70% af lægerne har reduceret ordination af benzodiazepiner, mens 30% har øget ordinationerne.

Monitorering:

	2.HALVÅR 2011	1.HALVÅR 2012	2.HALVÅR 2012	MÅL
Benzodiazepiner – antal storforbrugende patienter (antal ptt. der får mere end 6 DDD pr. dag indenfor et ½ år)	82	86	-	0
Benzodiazepiner – antal langtidsforbrugere (antal ptt der får mere end 1 DDD pr dag indenfor ½ år)	8.113	8.216	-	0

Kilde: dataudtræk fra Lægemedelstyrelsen/Seruminstittet

Fig. 4:

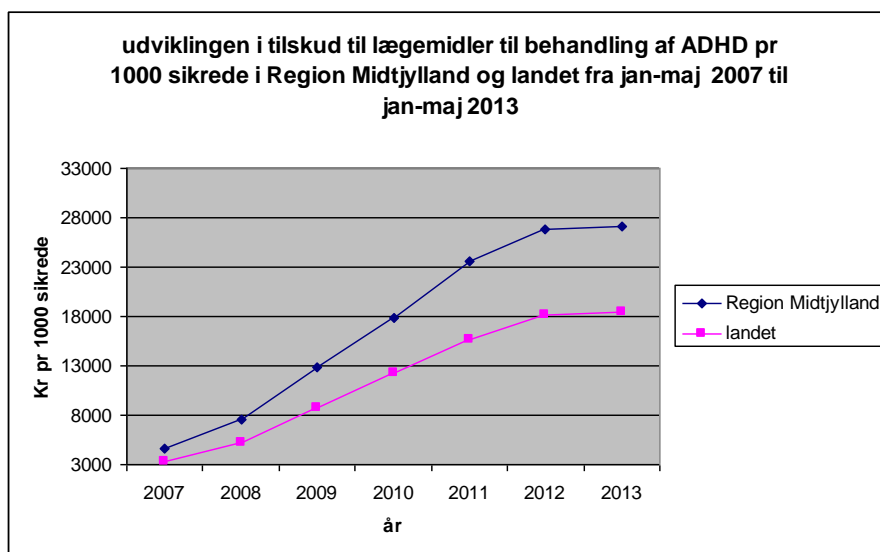


Fig 4 viser udviklingen i udgifter til lægemidler til behandling af ADHD pr 1000 sikrede i Region Midtjylland sammenlignet med landsgennemsnittet.

Som følge af den store vækst i udgifterne – især i Region Midtjylland – gennemførte Den regionale Lægemiddelkomité i 2011 og 2012 en større analyse af udgifts-/forbrugsmønstret både internt i Region Midtjylland og på tværs af regioner.

Den gennemførte analyse konkluderede, at der var en meget stor variation i forbruget af lægemidler til behandling af ADHD – både internt i Region Midtjylland og på tværs af regioner. Ligeledes viste analysen, at den store forskel i forbruget især kunne tilskrives et meget højt forbrug i Region Midtjylland til behandling af voksne.

Den store forskel kan næppe tilskrives forskelle i sygdomsforekomst, men må tilskrives forskelle i grad af tidlig opsporing og lægefaglige vurderinger af, hvornår der er indikation for medicinsk behandling.

Den regionale Lægemiddelkomité konkluderede på den baggrund, at der var behov for landsdækkende kliniske retningslinier – både i forhold til børn og voksne med henblik på at sikre ensartet behandling på landsplan.

Den regionale Lægemiddelkomité sendte derfor i foråret 2012 en skriftlig anmodning til Sundhedsstyrelsen om at udarbejde landsdækkende kliniske retningslinier. Sundhedsstyrelsen påbegyndte arbejdet i 2012 men afbrød det igen på grund af vanskeligheder med at lave fælles retningslinier for både børn og voksne. Sidenhen har der været tilbagemeldinger fra Sundhedsstyrelsen om at arbejdet ville være færdigt ved årsskiftet 2014. Den seneste tilbagemelding fra Sundhedsstyrelsen fra 19. juni 2013 er, at arbejdet er i gang og at arbejdet omkring børn og unge forventes færdiggjort ved årsskiftet, imens arbejdet med voksne først igangsættes umiddelbart efter.

Lægemidler til behandling af ADHD – især Ritalin – er udbredt i misbrugsmiljøet. Derfor har Den regionale Lægemiddelkomité kortlagt, om der var patienter der fik så høje doser af lægemidlet Ritalin, så det kunne indikere misbrug/overbehandling. Lægemidler til behandling af ADHD er ikke godkendt til behandling af voksne og der er derfor tale om såkaldt "off-label"

– behandling. Det betyder, at der ikke er præcise vejledninger/retningslinier for behandlingen af denne patientkategori. Imidlertid er der i den landsdækkende database medicin.dk fastsat vejledende niveauer for behandling. Med afsæt i disse niveauer har Den regionale Lægemiddelkomité identificeret i alt 29 patienter i 2011, hvor doseringen lå væsentligt over de vejledende kriterier. I 2012 var der ca. 14 patienter ud af de 29, der fortsat blev doseret væsentligt over de vejledende kriterier. Den regionale Lægemiddelkomité vil på den baggrund kontakte de læger der er ansvarlige for behandlingen (praktiserende læger/speciallæger) og gøre opmærksom på det høje forbrug. Medicinteamet i Nære Sundhedstilbud vil yde rådgivning til de pågældende læger.

Relevant specialistgruppe under Den regionale Lægemiddelkomité vil ligeledes undersøge om der er lægemidler til behandling af ADHD der er mindre afhængighedsskabende og på den baggrund kontakte Sundhedsstyrelsen med henblik på evt. ændring af rekommandation.

Monitorering:

	2. halvår 2011	1. halvår 2012	2. halvår 2012	Mål
ADHD (max gennemsnitligt 6,6 DDD indenfor 365 dage)	29 (hele 2011)			0

Antidepressiva:

Som det fremgår af de tidligere analyser ligger udgiftsniveau og forbrugsniveau højt i Region Midtjylland sammenlignet med de øvrige regioner. November 2012 blev problemstillingen omkring det høje forbrug af antidepressiva især hos ældre rejst politisk. På den baggrund blev udarbejdet et notat, der beskrev nogle overordnede nøgletal for Region Midtjylland sammenlignet med landet. Rapporten blev forelagt politisk og Den regionale Lægemiddelkomité i december 2012. På baggrund heraf blev det besluttet, at Den regionale Lægemiddelkomité skulle udrede problemstillingen mere indgående herunder vurdere ordinationspraksis i forhold til gældende retningslinier.

Foråret 2013 er nedsat en arbejdsgruppe, som – med afsæt i gældende retningslinier for behandling af depression - er i gang med et udredningsarbejde. Der tages afsæt i fokusområder som dosering, varighed og diagnose sammenkoblet med den konkrete lægemiddelordination. Der udarbejdes såvel en kvantitativ analyse, samt en mere kvalitativ analyse baseret på en audit af udvalgte praktiserende læger.

Gigt:

Som det fremgår af tabel 2 er forbruget af gigtmidler faldet. Der har været et stort patientsikkerhedsmæssigt fokus på anvendelse af gigtmidler, da der er præparater der har flere bivirkninger end andre, der er en højere risiko for ældre og der er større risici ved langtidsbrug. Der udsendes løbende BOB-rapporter på området. Nedenstående monitorering viser at anvendelse af de anbefalede lægemidler er stigende.

Monitorering:

PÅBEGYNDT	LÆGEMIDDEL	1.KVT 2010	1.KVT 2011	1.KVT 2012	1.KVT 2013	2.KVT 2013	MÅL	FORMÅL
	Anvendelse af ibuprofen-naproxen ud af samlede forbrug af gigtmidler (M01A)	67%	69%	71%	77%	77%	90% (vedtaget af specialistgruppe)	Formindske risiko for bivirkninger

