

Koncern Praksis

**Analyse af udviklingen i  
medicinformbruget i Region  
Hovedstaden i perioden 2008–2010  
sammenholdt med Medicin-  
funktionens indsatser**

**REGION**

**Udarbejdet af Medicinfunktionen**

**September 2011**

**Udviklingsenheden i Koncern Praksis**



# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	4
<b>KONKLUSION</b> .....	5
<b>MEDICINFUNKTIONENS FORMÅL OG ORGANISERING</b> .....	7
Samarbejdspartnere i Region Hovedstaden .....	8
Samarbejdspartnere i øvrigt .....	8
<b>MEDICINFUNKTIONENS INDSATSMETODER</b> .....	9
Praksisbesøg.....	9
Basislisten og Medicinlisten .....	10
Fyraftensmøder .....	12
Nyhedsbreve .....	12
Indsats for at nedbringe forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin .....	12
Udsendelse af individuelle ordinationsbreve .....	13
Projekter i øvrigt .....	13
<b>EFFEKT AF MEDICINFUNKTIONENS INDSATSER – OVERORDNEDE BETRAGTNINGER</b> .15	
Anvendte definitioner .....	15
Overordnet resultat.....	15
Mængdeforbrug (DDD) .....	16
Udgift (AUP) .....	16
Pris pr. dosis (AUP/DDD) .....	18
Efterlevelse af Basislisten .....	21
<b>UDVIKLINGEN I FORBRUG AF OG UDGIFTER TIL DE TERAPIGRUPPER, SOM HAR VÆRET I FOKUS FOR MEDICINFUNKTIONENS INDSATSER</b> .....	23
Indsatsen ”Drop vanedannende nerve- og sovemedicin” .....	24
Indsats for rationel ordination af mavesårsmedicin (PPI).....	26
Indsats for rationel ordination af blodtryksnænkende lægemidler .....	30
Indsats for rationel ordination af antibiotika.....	38
Indsats for rationel ordination af NSAID.....	45
Indsats for rationel ordination af stærkt virkende morfika .....	51
Indsats for rationel ordination af migrænemidler (triptaner) .....	56
Indsats for rationel ordination af antidepressiva.....	58
<b>BILAG 1:</b> .....	62

# Forord

Praksissektoren er et liberalt erhverv, som regionen ikke har ledelsesbeføjelser over. Ifølge Landsoverenskomsten om almen lægegering mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation er læger imidlertid ”forpligtet til at bistå regionen i gennemførelse af en forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer”.

Ved løbende at give information, indsigt, rådgivning og anbefalinger til almen praksis støtter Medicinfunktionen i Region Hovedstaden de praktiserende læger i deres arbejde for at optimere deres lægemiddelordinationer.

Denne evalueringsrapport beskriver, hvordan dette arbejde er organiseret i Region Hovedstaden, og hvordan lægemiddelforbruget har ændret sig i forhold til Medicinfunktionens indsatser i perioden 2008 – 2010. På udvalgte områder sammenlignes udviklingen i lægemiddelforbruget i Region Hovedstaden med udviklingen i de øvrige regioner. Rapporten giver også forslag til, hvad der fremadrettet bør fokuseres på i forbindelse med Medicinfunktionens forskellige indsatser i forhold til almen praksis.

Det skal understreges, at lægers ordinationsadfærd påvirkes af mange faktorer, hvorfor det normalt ikke er muligt at påvise en entydig sammenhæng mellem en bestemt indsats fra Medicinfunktionen og en given ændring i de praktiserende lægers ordinationsadfærd.

Overordnet set kan Medicinfunktionens indsatser måske derfor ses som en værdifuld modvægt til industriens forsøg på at påvirke lægerne til en ordinationsadfærd, som ikke nødvendigvis er rationel.

Medicinfunktionen  
Udviklingsenheden  
Koncern Praksis  
September 2011

# Konklusion

Sammenlignet med de øvrige regioner har Region Hovedstaden i 2010 landets laveste forbrug (DDD), mindste udgift (AUP) og mindste udgift til medicintilskud pr. 1.000 borgere, men landets højeste gennemsnitspris pr. døgndosis (AUP/DDD), når der ses samlet på hele det receptordinerede medicinforbrug. Ses kun på ordinationer fra de alment praktiserende læger - som Medicinfunktionens indsatser primært er rettet mod - har Region Hovedstaden landets næst laveste gennemsnitspris pr. døgndosis (AUP/DDD).

Medicinfunktionens indsatser overfor de praktiserende læger har i perioden 2008 – 2010 været fokuseret på følgende terapeutiske lægemiddelgrupper: Mavesårsmedicin – Blodtrykssænkende medicin – Kolesterolssænkende medicin – Smertestillende medicin, herunder midler til migræne – Midler til astma/KOL – Midler til depressioner – Antibiotika – Drop vanedannende nerve- og sovemedicin – Diabetes – Osteoporose. Rapporten analyserer ændringerne i ordinationsvanerne i perioden 2008 - 2010 inden for de terapeutiske lægemiddelgrupper, som har været i fokus på mindst 70% af praksisbesøgene. Analysen giver anledning til følgende anbefalinger:

- A.** Følgende af Medicinfunktionens indsatser bør ophøre/begrænses:
1. *Mavesårsmedicin:*
    - a. Da mere en 90% af PPI-ordinationerne i Region Hovedstaden er på de rekommanderede PPI'er, skønnes det ikke muligt at ændre forbrugsmønsteret yderligere, hvorfor indsatsen herfor bør stoppe.
    - b. Indsatsen for at ændre permanent behandling med PPI til enten on demand behandling (symptomstyret behandling) eller vedligeholdelsesbehandling, hvor dosis kun er det halve af den dosis, der gives til opheling af mavesår, bør fortsættes.
    - c. Det bør overvejes, om Basislisten fortsat skal rekommandere alle 3 tilskudsberettigede PPI'er – eller om antallet skal begrænses til de 2, der er i hospitalernes rekommandationsbog (omeprazol og pantoprazol).
  2. *Blodtryksmedicin:*
    - a. Fokus på rationelt valg af AT2-Antagonist bør ophøre.
    - b. Fokus på rationelt valg af Ca-Antagonist bør ophøre.
- B.** Følgende af Medicinfunktionens indsatser bør fortsættes/intensiveres:
3. *Blodtryksmedicin:*
    - a. Hvis prisen på trandolapril fortsat stiger, bør der gøres en indsats for at ændre forbruget af trandolapril til en af de ligeværdige, tilskudsberettigede, men billigere ACE-H på Basislisten.
  4. *Kolesterolssænkende medicin:*
    - a. Forbruget af rosuvastatin bør ændres til det ligeværdige atorvastatin, hvis patent forventes at udløbe i november 2011.
  5. *Vanedannende nerve- og sovemedicin:*
    - a. Der bør fortsat arbejdes for at sænke forbruget. Det kan overvejes, om der skal gøres en speciel indsats på Bornholm,

som har det største forbrug (DDD) af vanedannende nerve- og sovemedicin pr. person i regionen.

- b. Der bør gøres en øget reklameindsats for at gøre almen praksis opmærksom på muligheden for at rekvirere besøg af en medicinkonsulent med særlig erfaring i at udtrappe patienter med et fast forbrug af vanedannende nerve- og sovemedicin.

6. *Antibiotika:*

- a. For at minimere udviklingen af resistente bakterier bør der fortsat arbejdes for at begrænse anvendelsen af makrolider og fluoroquinoloner til det nødvendige.
- b. Det bør overvejes, om forbruget af valaciclovir og famciclovir bør omlægges til det ligeværdige, men meget billigere aciclovir.
- c. Antibiotikavejledningen for praksissektoren fra sommeren 2011 bør implementeres - herunder også i lægevagten.

7. *Smertestillende medicin:*

- a. Ordination af NSAID bør fortsat begrænses - især til ældre og til personer med tidligere AMI.
- b. Forbrugsandelen af det anbefalede ibuprofen bør øges på bekostning af de ikke-rekommanderede NSAID – herunder glukosamin.
- c. Oxycodonforbruget bør ændres til det ligeværdige, men billigere morfin. Forbruget af Targin® bør fortsat være lavt.
- d. Forbrugsandelen af det anbefalede sumatriptan bør øges på bekostning af de dyrere triptaner.

8. *Antidepressiva:*

- a. Forbruget af escitalopram bør ændres til det ligeværdige, men billigere citalopram.
- b. Nye patienter bør fortsat sættes i behandling med sertralin eller citalopram, hvis der er indikation for SSRI.

C. Følgende indsatser anbefales tilføjet Medicinfunktionens fokusområder:

9. *Nye terapigrupper som fokusområde:*

- a. Det bør løbende analyseres, om der er andre terapigrupper end de nuværende 9, som Medicinfunktionen bør inddrage som fokusområde, fordi terapivalget ifølge analysen ikke er rationelt.

# Medicinfunktionens formål og organisering

Medicinfunktionen arbejder for at fremme rationel medicinanvendelse i praksissektoren og kvaliteten i det samlede medicineringsforløb i Region Hovedstaden.

Ved rationel medicinanvendelse forstås, at overvejelser omkring diagnose, evidens for effekt og bivirkninger, behandlingsvarighed, administration, sikkerhed og økonomi indgår i alle beslutninger om medicinanvendelse. Dette søges opnået ved, at Medicinfunktionen:

- øger lægers viden om og opmærksomhed på rationel medicinanvendelse gennem en fokuseret informationsindsats
- udvikler og implementerer metoder og redskaber, der kan fremme rationel medicinanvendelse
- deltager i projekter, der sigter på at øge kvaliteten i medicinanvendelsen
- samarbejder tværfagligt, tværsektorielt og nationalt om rationel medicinanvendelse og løsning af problemstillinger knyttet til det samlede medicineringsforløb.

Medicinfunktionen var fra 1.1.2007 til 1.2.2010 organisatorisk placeret i Koncern Plan og Udvikling, Enhed for Udvikling og Kvalitet. Fra 1.2.2010 er Medicinfunktionen organisatorisk placeret under Koncern Praksis (KPR). Medicinfunktionen består af en central og en decentral funktion, et fagligt udvalg og en styregruppe samt forskellige temaorienterede arbejdsgrupper.

*Den centrale funktion*, som refererer til chefen for Udviklingsenheden i KPR, består af 3 medicinkonsulenter (farmaceuter), i det følgende kaldet farmaceuter.

*Den decentrale funktion*, som administrativt refererer til direktøren for KPR, men fagligt refererer til chefen for Udviklingsenheden, består af 14 lægelige medicinkonsulenter, som alle er praktiserende læger i Region Hovedstaden. Pr. 1.12.2010 er der dog kun 10 læger, da 4 af stillingerne var ubesatte. I det følgende kaldes de konsulenter.

Der er jf. "Aftale for læger ansat i medicinkonsulentordningen for almen praksis" nedsat en *styregruppe*, som består af op til tre repræsentanter udpeget af Praksisudvalget og tre repræsentanter samt en faglig sekretær udpeget af regionen. Styregruppen mødes 1 gang årligt eller efter behov. Styregruppen skal løbende overvåge medicinkonsulentaftalens funktion i

henhold til aftalens formål (§ 2, stk. 1<sup>1</sup>), drøfte forhold vedrørende medicinkonsulentordningen (§ 2, stk. 2<sup>2</sup>), udarbejde en årsrapport hvert andet år, samt være ansvarlig for gennemførelse af en evaluering af medicinkonsulentaftalen (§ 8).

Det *faglige udvalg* består af 4 konsulenter, 3 farmaceuter og chefen for Udviklingsenheden. Udvalget drøfter løbende faglige spørgsmål i relation til medicinkonsulentordningen og øvrige opgaver på medicinområdet samt beslutter, hvad der skal være Medicinfunktionens indsatsområder overfor almen praksis.

Medicinfunktionen har *temaorienterede arbejdsgrupper*, som består af konsulenter og farmaceuter, der bl.a. udarbejder besøgs materiale til praksisbesøgene. Materialet revideres årligt. Der er også arbejdsgrupper, der udarbejder Basislisten, Positivlisten og Nyhedsbreve til almen praksis.

### **Samarbejdspartnere i Region Hovedstaden**

Der er et tæt samarbejde med Klinisk Farmakologisk Enhed på Bispebjerg Hospital og den Regionale Lægemedelkomité (RLK). Medicinfunktionen indgår med en farmaceut og en konsulent i RLK og i RLK's forretningsudvalg. Formålet er at arbejde for størst mulig overensstemmelse mellem lægemiddelrekommandationerne for hospitalerne og for almen praksis samt at koordinere og understøtte fælles aktiviteter på tværs af de to sektorer. Medicinfunktionen er også repræsenteret ved en farmaceut i psykiatriens lokale Lægemedelkomité.

Af andre samarbejdspartnere i regionen kan nævnes: Praksisudvalget, Praksiskonsulentordningen, KvEAP og de Sundhedsfaglige Råd for regionens hospitaler samt Enhed for Patientsikkerhed, Enhed for Kommunesamarbejde og Enhed for Kvalitet og Udvikling i Koncern Plan og Udvikling.

### **Samarbejdspartnere i øvrigt**

Udenfor regionen, samarbejder Medicinfunktionen med bl.a. Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), Danske Regioner (DR), Lægemedelstyrelsen (LMS), medicinkonsulenter i de øvrige regioner, Danmarks Apotekerforening, kredsformændene for regionens apotekere, Danmarks Farmaceutiske Fakultet og Pharmakon.

---

<sup>1</sup> §2, stk. 1: Aftalens formål er at regulere ansættelsesvilkårene for læger, der er omfattet af nærværende aftale, og at beskrive de organisatoriske rammer for medicinkonsulentordningen for almen praksis.

<sup>2</sup> §2, stk. 2: Medicinkonsulentordningens formål er at fremme rationel medicinanvendelse i praksissektoren og kvaliteten i det samlede medicineringsforløb i sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden.



# Medicinfunktionens indsatsmetoder

Medicinområdet er meget dynamisk med mange aktører og konstant udvikling i prisniveau, præparatudbud, forskningsresultater, vejledninger mm. Medicinfunktionens indsatsmetoder bygger på erfaringerne fra mange års arbejde med rationel medicinanvendelse i almen praksis, der viser, at der skal anvendes en vifte af aktiviteter for at opnå bedst mulig gennemslagskraft. Medicinfunktionen har følgende primære indsatsmetoder overfor almen praksis:

- Praksisbesøg
- Basisliste
- Fyraftensmøder (Temamøder)
- Nyhedsbreve
- Indsats for at nedbringe forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin
- Udsendelse af individuelle breve til praktiserende læger med data om deres ordinationsmønster inden for relevante terapiområder
- Projekter om kvalitet i medicin anvendelsen.

## Praksisbesøg

Besøg af en konsulent i den enkelte praksis har den bedst dokumenterede effekt<sup>3</sup> i forhold til at påvirke den praktiserende læges ordinationsadfærd. Derfor lægges hovedvægten i indsatsen for rationel medicinanvendelse i Region Hovedstaden på denne aktivitet. De besøgte læger modtager honorar for den time, som besøget varer. Det er Medicinfunktionens mål, at 80% af yderne i løbet af et kalenderår skal have tilbudt et praksisbesøg, så alle praktiserende læger i regionen er besøgt/har fået tilbud om besøg i løbet af ca. 15 måneder.

I 2010 fik ca. 49% af alle praksis et besøg. I 2009 var tallet 57%. Når besøgstallet begge år ligger et pænt stykke fra målet på 80%, skyldes det bl.a., at nogle af konsulenterne har fået reduceret deres årlige besøgsnorm i en periode fx pga. orlov eller langvarig sygdom, eller fordi konsulenten har løst andre relevante opgaver for Medicinfunktionen, som fx udarbejdelse af en antibiotikavejledning for almen praksis. Men det skyldes også, at der i lange perioder ikke har været de normerede 14 lægelige konsulenter ansat i Medicinfunktionen. I 2010 manglede der på et tidspunkt hele 4 konsulenter<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> ”Personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) – og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer”, Aase Nissen, Institut for Rationel Farmakoterapi, december 2000.

<sup>4</sup> De 4 ledige konsulentstillinger blev genbesat i maj 2011.

Ved praksisbesøgene lægges der vægt på at få etableret og opretholdt et tillidsforhold mellem konsulenten og den enkelte praktiserende læge. Dette er en forudsætning for at skabe rum til faglig sparring på eventuelt følsomme emner vedrørende den enkelte læges behandling og medicinordinationer.

Ved besøget drøftes praksis' ordinationsadfærd, og yderen vejledes i, hvordan ordinationsadfærden kan ændres i mere rationel retning. Vejledningen baseres på Basislistens anbefalinger, data om den besøgte praksis ordinationsmønster, samt konsulentens generelle kendskab til almen praksis og klinisk dokumentation.

Hver konsulent har ansvar for et fast antal praksis, som de tilbyder besøg. Besøgets indhold tilrettelægges efter konsulentens analyse af ordinationsprofilen for den enkelte praksis, samt efter aftale med den praksis, der skal besøges.

Medicinfunktionen har valgt en række temaer, som kan adresseres på besøgene. Det drejer sig om midler til behandling af forhøjet blodtryk, diabetes, smerter, infektioner, astma, KOL, mavesår, demens, søvnløshed, angst og uro, depression, osteoporose eller et andet praksisrelevant tema. Valg af temaer koordineres blandt andet med indsatsområder hos IRF, RLK og Dansk Selskab for Almen Medicin.

Ved praksisbesøgene anvender konsulenten *præsentationsværktøjet OPS2000*. OPS2000 kan vha. forskellige typer af grafer og lagkagediagrammer på en overskuelig måde vise den besøgte læges ordinationsmønster i forhold til Basislistens anbefalinger og sammenligne det med andre læger i regionen og med regionen som helhed over tid. Diagrammerne i OPS2000 er således et godt udgangspunkt for en diskussion om rationel medicinordination.

## **Basislisten og Medicinlisten**

Medicinfunktionen udarbejder en *Basisliste* over rekommanderede lægemidler til brug i praksissektoren. Valg af lægemidler til listen bygger på evidens for effekt og bivirkninger og har udgangspunkt i den Nationale Rekommandationsliste fra IRF. Hvis IRF anbefaler flere analoge<sup>5</sup> lægemidler som ligeværdige til en given indikation, vælger Medicinfunktionen oftest det lægemiddel, som har den mest bekvemme dosering eller den billigste pris.

Før offentliggørelse har Basislisten været i høring hos RLK's forretningsudvalg, RLK's underudvalg vedr. tværsektorielle rekommandationer for brug af lægemidler, relevante sundhedsfaglige råd, IRF, Praksiskonsulentordningen, Praksisudvalget og lægevagtscheferne.

En trykt, lamineret version af Basislisten blev i perioden 2008 – 2010 sendt til de praktiserende læger og speciallæger i regionen samt til hospitalsafdelingerne med henblik på, at patienter udskrives med den

---

<sup>5</sup> Analoge lægemidler har samme effekt på et givent symptom eller sygdom, selvom de virksomme stoffer i lægemidlerne er kemisk forskellige. Et eksempel på analoge lægemidler til behandling af mavesår er omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol og rabeprazol

anbefalede medicin i praksissektoren. Basislisten er endvidere gengivet i hospitalernes rekommandationsbog.

Målet er - ifølge Region Hovedstadens Kvalitetshandleplan 2010 til 2013 - at 90% af lægemiddelordinationerne på top-25 listen over lægemidler med det største mængdeforbrug i praksissektoren i Region Hovedstaden skal være Basisliste-præparater.

Listen revideres én gang årligt. Fra januar 2011 udsendes den trykte Basisliste ikke mere, da næsten alle lægesystemer har adgang til en elektronisk version af basislisten fra lægesystemets ordinationsmodul. I 2011 gør konsulentterne i forbindelse med praksisbesøgene en ekstra indsats for at give de praktiserende læger kendskab til genvejstasten til den elektroniske basisliste.

Den elektroniske version af listen findes på [www.basislisten.dk/hovedstaden](http://www.basislisten.dk/hovedstaden) og revideres løbende ved væsentlige behov for ændringer.

*Medicinlisten* blev oprettet på [www.medicinlisten.dk](http://www.medicinlisten.dk) i maj 2010 og er den borger rettede version af Basislisten. Ideen med listen er at give borgerne et bedre grundlag for at kunne diskutere rette lægemiddelvalg sammen med sin læge.

Samstemmende anbefalinger i Basislisten for almen praksis og i *hospitalernes rekommandationsbog* er et vigtigt fokus for at mindske problemerne ved sektorskift. For lægemiddelgrupper, der anvendes i begge sektorer, tilstræbes derfor størst mulige sammenfald mellem anbefalingerne i de 2 lister. Det sker ved løbende diskussioner mellem Medicinfunktionen og RLK's sekretariat, ved drøftelser i RLK's forretningsudvalg og ved at sende Basislisten og rekommandationsbogen i samtidig høring hos relevante sundhedsfaglige råd.

Der er meget få terapiområder, hvor anbefalingerne ikke er ens i de to sektorer. Forskellene findes på nogle få terapiområder med modsat rettede interesser/markedsvilkår i de to sektorer:

- I praksissektoren ændres lægemiddelpriserne hver 14 dag, og det skal Medicinfunktionen kunne reagere på i forhold til Basislistens anbefalinger. I hospitalssektoren holdes anbefalingen og dermed prisen fast i 1 – 2 år afhængig af længden af den købsaftale, der er indgået ved licitationen. Det vil være u hensigtsmæssigt, hvis anbefalingerne på Basislisten for praksissektoren skal gælde i op til 2 år, da Medicinfunktionen i givet fald mister muligheden for at kunne fjerne (eller tilføje) lægemidler fra Basislisten, hvis prisen på dem i praksissektoren stiger urimeligt (eller falder meget) i forbindelse med prisændringerne hver 14. dag<sup>6</sup>.
- På nogle terapiområder i praksissektoren (fx mavesårs medicin og blodtryksmedicin) kan Medicinfunktionen have interesse i at have fx

---

<sup>6</sup> Urimelige prisstigninger i 2010 på trandolapril og citalopram betød, at de blev fjernet fra den elektroniske Basisliste. H2-receptorantagonisten ranitidin blev også fjernet, fordi H2-receptorantagonisterne mistede deres tilskud pr. 15. november 2010. Ændringerne kunne ikke være gennemført, hvis Basislisten er forpligtiget – pga. hospitalernes licitationsaftaler – til at rekommandere lægemidlerne i op til 2 år.

3 analoge lægemidler på Basislisten, som alle er ligeværdige og lige effektive og billige. Flere analoge lægemidler på Basislisten er en fordel i forhold til at fremme priskonkurrencen på området. I hospitalssektoren går interessen mod færrest mulige analoge lægemidler i rekommandationsbogen af hensyn til patientsikkerheden.

De få steder, hvor anbefalingerne ikke er helt ens, opfordres hospitalslægerne ved udskrivning eller ambulant behandling til at vælge fra Basislisten, hvis det er lægefagligt forsvarligt. Formålet er at sikre økonomisk rationel ordination i almen praksis til gavn for såvel patienter som samfundsøkonomien, samt at forebygge utilsigtede hændelser, som skyldes skift mellem lægemidler ved sektorovergange.

### **Fyraftensmøder**

Der holdes årligt to møder med hver sit aktuelle tema om rationel farmakoterapi med relevans for almen praksis. Det er gratis for almen praksis at deltage i møderne. Indtil 2009 blev hvert temamøde gentaget i hver af de fire planlægningsområder samt på Bornholm. Fra 2009 gentages temamøderne kun i tre af de fire planlægningsområder samt på Bornholm. Emnerne for temamøderne har været: 2007: Iskæmisk hjertesygdom, 2008: Behandling af astma/KOL - Seponering af antipsykotika og vanedannende nerve- og sovemedicin. 2009: Hypertension og hyperlipidæmi - Smerter. 2010: Polyfarmaci - ADHD og vitamin D.

### **Nyhedsbreve**

I perioden 2008 – 2009 blev der årligt sendt 3-6 nyhedsbreve om rationel medicinanvendelse, tilskudsændringer forebyggelse af utilsigtede hændelser m.m. I 2010 blev der dog kun udsendt et nyhedsbrev pga. manglende ressourcer hos farmaceuterne.

Nyhedsbrevene blev sendt til alment praktiserende læger og speciallæger i regionen samt til relevante interessenter til orientering, herunder regionens virksomhedsledelser, Danske Regioner, IRF, Lægemedelstyrelsen, Apotekerforeningen, Det Farmaceutiske Fakultet, Pharmakon, medicin-konsulenter i de øvrige regioner samt apotekerne i regionen. Nyhedsbreve kan ses på: <https://www.sundhed.dk/Profil.aspx?id=58783.218>.

Fra medio 2010 ophørte produktionen af nyhedsbreve, da Medicinfunktionens meddelelser nu e-mails til almen praksis via PraksisNyt, som udkommer hver måned. Kun abonnenter på PraksisNyt modtager Medicinfunktionens nyheder.

### **Indsats for at nedbringe forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin**

Brugen af vanedannende nerve- og sovemedicin bør begrænses. Efter få ugers brug mister stofferne deres effekt, mens bivirkningerne vedbliver og kan øge risikoen for faldulykker og nedsætte livskvaliteten. Stofferne bør derfor kun anvendes i kort tid.

Som indsatsmetoder har Medicinfunktionen brugt nyhedsbreve (efterår 2007), temamøder (efterår 2008), praksisbesøg (2008 - 2010) og udarbejdelse af støttemateriale<sup>7</sup> til almen praksis (efterår 2008 og genudsendelse af revideret vejledning i juni 2009). Indsatserne har været understøttet af Sundhedsstyrelsens nye vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (nr. 38 af 18. juni 2008) samt vejledninger fra IRF (efterår 2008).

En af Medicinfunktionens konsulenter med specialviden på området har siden marts 2007 tilbudt at besøge grupper af læger for at give sparring til, hvordan de kan udtrappe egne patienter med et fast forbrug af nerve- og sovemedicin. Besøg af konsulenten kan rekvireres gratis ved henvendelse til Medicinfunktionen. Konsulenten har i gennemsnit 4 gruppebesøg om året.

### **Udsendelse af individuelle ordinationsbreve**

I 2008 – 2010 er der sendt individuelle ordinationsbreve til de praktiserende læger med opfordring til at genoverveje deres ordinationsmønster inde for:

- Mavesårsmedicin (ændre brugen af Nexium til en af Basislistens rekommanderede PPI'er: Omeprazol, Pantoprazol eller Lansoprazol). Breve er sendt i november 2008 og igen i oktober 2009.
- Antidepressiva (ændre brugen af dyre SSRI til de ligeværdige, men billigere Basislistepreparater citalopram eller sertralin). Breve er sendt i oktober 2009.
- Opioider (ændre brugen af oxycodon til Basislistens depot morfin). Breve er sendt i september 2010 og var et led i en fælles indsats overfor hospitalernes og praksissektorens irrationelle brug af oxycodon.

### **Projekter i øvrigt**

Medicinfunktionen deltager løbende i projekter om kvalitetsudvikling af medicinanvendelsen. I perioden september 2010 til ultimo 2011 gennemføres et projekt med medicingennemgang på plejehjem i fire af regionens kommuner. Formålet med projektet er at minimere kendte barrierer for implementering af medicingennemgange for beboere i kommunale ældre- og plejeboliger for derved at optimere beboernes medicinering. Rapport over projektets resultater forventes i sommeren 2012.

---

<sup>7</sup> Støttematerialet ”Drop vanedannende nerve- og sovemedicin” omfatter en plakat til lægens venteværelse, informationsfoldere til patienterne om udtrapping, afrivningsblokke med gode råd til patienterne om, hvordan man kan falde i søvn uden at bruge sovemedicin samt et skrivebords ark til lægen med oplysning om bl.a. udtrapping og de nye regler fra Sundhedsstyrelsen om, at kørekortet kan inddrages, hvis patienten bruger nerve- og sovemedicin fast.



# Effekt af Medicinfunktionens indsatser – Overordnede betragtninger

## Anvendte definitioner

*ATC-kode står for Anatomisk Terapeutisk Kemisk klassifikation. ATC-koden bruges til at inddele lægemidler i forskellige grupper efter, hvilke organsystemer de påvirker og deres terapeutiske og kemiske egenskaber. Klassifikationssystemet styres af WHO's Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.*

*Lægemiddelforbruget opgøres i DDD (Defineret Døgn Dosis), som er en statistisk regneenhed fastsat af WHO, der angiver den gennemsnitlige anvendte døgndosis af et lægemiddel til en voksen på lægemidlets hovedindikation. Fx betyder 1.000 DDD/1.000 indbyggere/dag, at hver borger i gennemsnit tager én dosis af lægemidlet dagligt. Denne regneenhed er behæftet med en vis usikkerhed, da dosis kan variere ved forskellige sygdomstilstande og for forskellige aldersgrupper, og ny viden kan ændre værdien af den anbefalede døgndosis. Man kan heller ikke altid sammenligne DDD-værdien for 2 forskellige analoge lægemidler, da DDD-værdien ikke altid er udtryk for ækvivalente doser af de lægemidler, der sammenlignes. Dette gælder fx for PPI'en esomeprazol sammenlignet med PPI'en omeprazol. Her er DDD-værdien for esomeprazol 30 mg og 20 mg for omeprazol, mens de tilsvarende ækvivalente doser er 20 mg for både esomeprazol og omeprazol.*

*Omsætningen opgøres i AUP, som er Apotekets Udsalgs Pris inklusiv moms og receptgebyr og uden fradrag af evt. medicintilskud til borgeren. Hvis der ikke er skrevet andet, er tallet opgjort for summen af tilskudsberettiget og ikke tilskudsberettiget medicin inklusiv medicin rekvireret af læger og speciallæger til brug i praksis.*

*Besparelser er også opgjort i AUP. Tallet angiver derfor, hvad patient, region, kommuner og sygeforsikringer tilsammen kunne have sparet. Hvis der kun er tale om, hvilket beløb fx regionen kunne have sparet, vil dette være specificeret i teksten.*

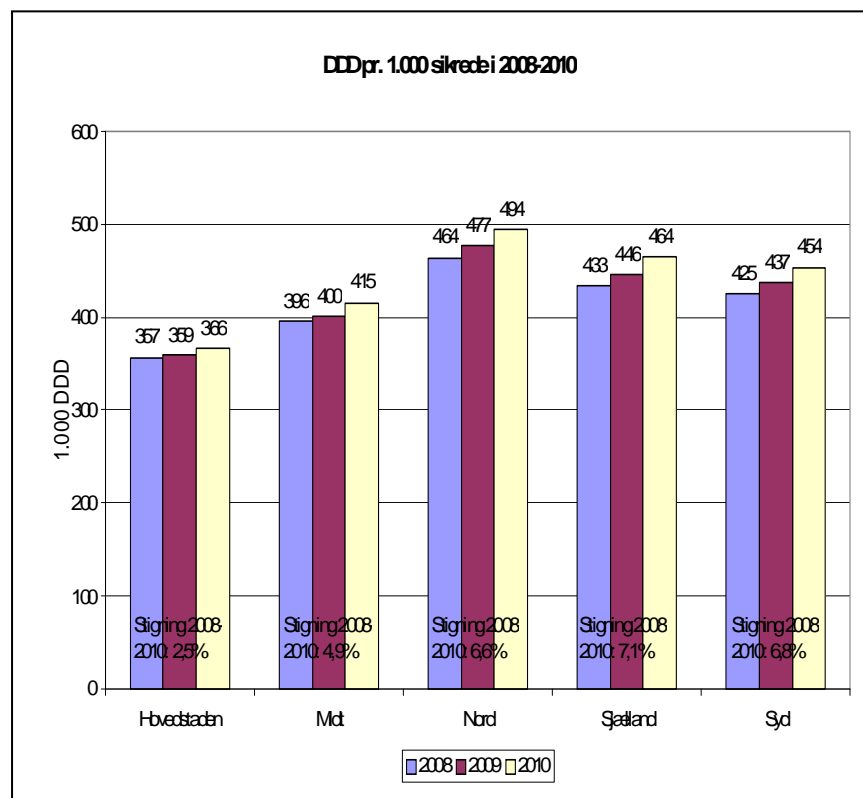
## Overordnet resultat

Figur 1-6 viser lægemiddelforbrug og -udgifter i praksissektoren pr. 1.000 borgere pr. år i landets regioner i perioden 2008 - 2010. Region Hovedstaden har i 2010 landets laveste forbrug (DDD), mindste udgift (AUP) og mindste udgift til medicintilskud pr. 1.000 borgere, men landets højeste gennemsnitspris pr. døgndosis (AUP/DDD), når der ses samlet på hele det receptordinerede medicinforbrug. Ses kun på ordinationer fra de alment praktiserende læger - som Medicinfunktionens indsatser primært er rettet

imod - har Region Hovedstaden landets næst laveste gennemsnitspris pr. døgndosis (AUP/DDD).

### Mængdeforbrug (DDD)

Der er brugt 678 mio. DDD i Region Hovedstaden i 2010. Figur 1 viser, at forbruget af lægemidler angivet i DDD pr. 1.000 sikrede pr. år i perioden 2008 til 2010 er steget mindst i Region Hovedstaden, nemlig med 2,5%. I de andre regioner er forbruget steget mellem 4,9 og 7,1%.



**Figur 1:** Udviklingen i mængdeforbruget i praksissektor angivet i DDD/1.000 sikrede pr. år i perioden 2008 - 2010. Der er medtaget både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret til borgere i regionerne. Kilde Targit.

I bilag 1 ses, at mængdeforbruget (DDD) i Region hovedstaden i 2010 er størst indenfor følgende 3 ATC-hovedgrupper (faldende rangorden):

1. C: Det cardiovaskulære system
2. N: Nervesystemet
3. A: Fordøjelsesorgan og stofskifte.

Det samme mønster ses i de øvrige regioner.

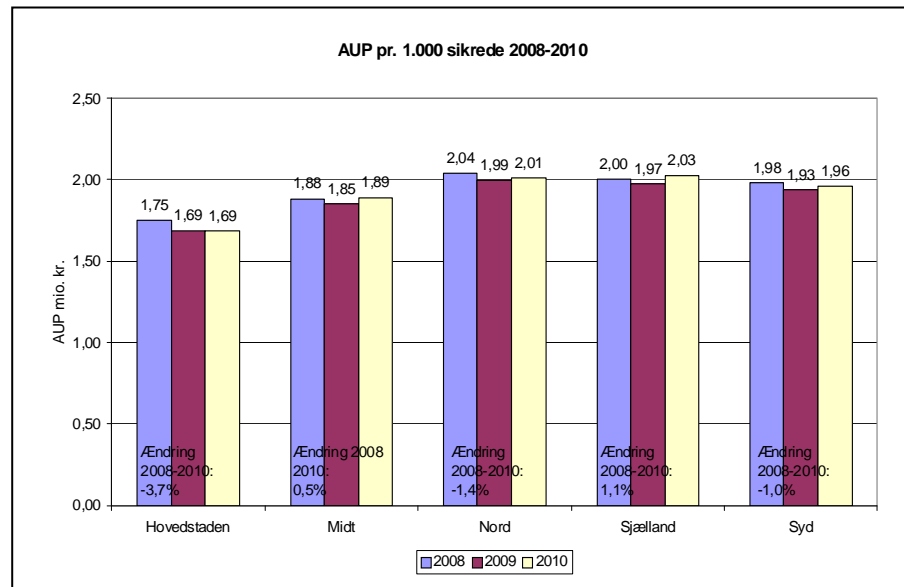
### Udgift (AUP)

Der er købt for 3,14 mia. kr. (AUP) medicin (med og uden tilskud) i Region Hovedstaden i 2010. Tilskudsbeløbet - som er regionens udgift - udgør 62,4 % heraf og var på 1,96 mia. kr. (Kilde: Targit).

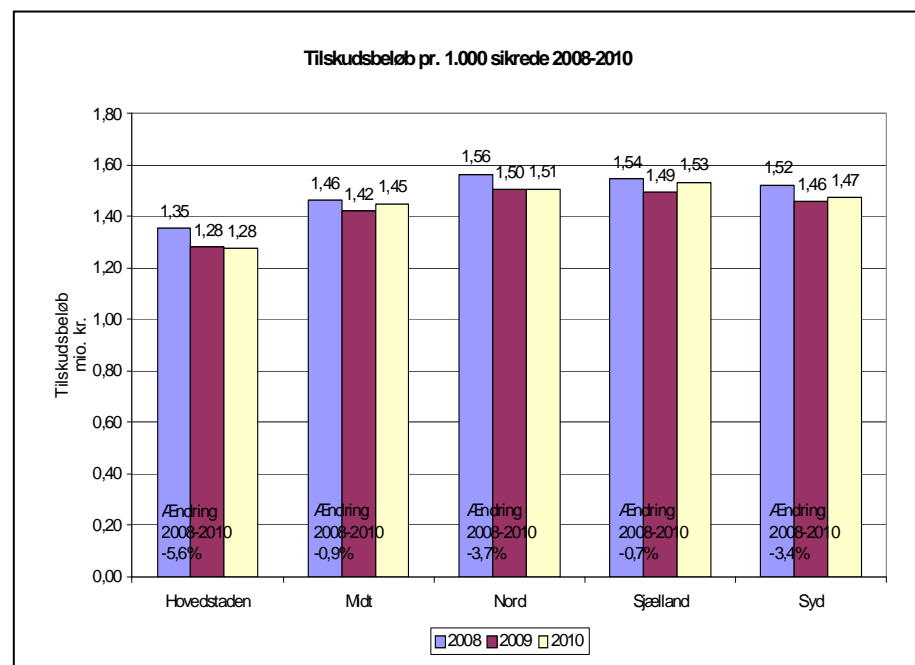
AUP pr. 1.000 sikrede er faldet mest i Region Hovedstaden, nemlig med 3,7% i perioden 2008 til 2010. I Region Sjælland og Region Midtjylland er



den steget med hhv. 1,1% og 0,5%. I de andre regioner er den faldet mellem 1,0 og 1,4%. Se Figur 2.



**Figur 2:** Udviklingen i udgift (AUP) pr. 1.000 sikrede pr. år i praksissektoren i regionerne i perioden 2008 - 2010. Data er summen af borgernes, kommunernes og regionernes udgifter, det vil sige apotekets udsalgspris (AUP). Der er medtaget både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret til borgere i regionerne. Kilde Targit.



**Figur 3:** Udviklingen i medicintilskud pr. 1000. sikrede pr. år i praksissektoren i regionerne i perioden 2008 - 2010. Data er for både tilskuds- og ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret til borgere i regionerne. Kilde Targit.

Figur 3 viser, at også udgiften til medicintilskud pr. 1.000 sikrede faldt mest i Region Hovedstaden, nemlig med 5,6% i perioden 2008-2010, mens den i de andre regioner faldt mellem 0,7% og 3,7%.

I bilag 1 ses, at de ATC-hovedgrupper, som der i Region Hovedstaden er anvendt flest penge (AUP) på i 2010, er til midler i (faldende rangorden):

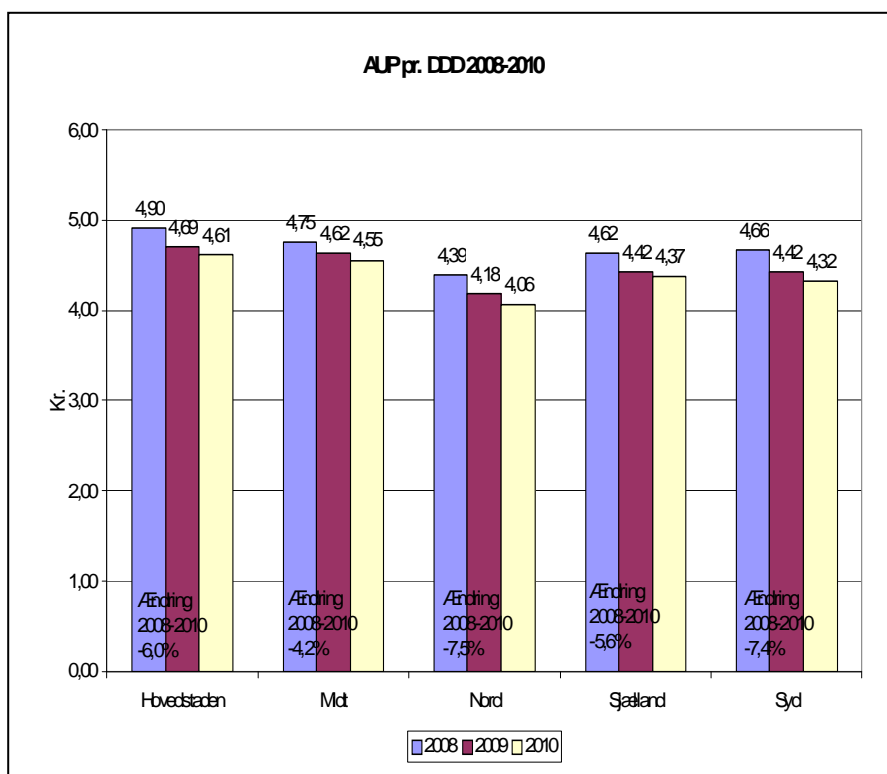
1. N: Nervesystemet
2. C: Det kardiovaskulære system
3. R: Respirationssystemet.

Det samme mønster ses i de øvrige regioner.

I bilag 1's top-40 liste for AUP ses, at de 4 præparater, som borgerne i Region Hovedstaden har anvendt flest penge på, tilhører grupperne astmapræparater og antipsykotika.

### Pris pr. dosis (AUP/DDD)

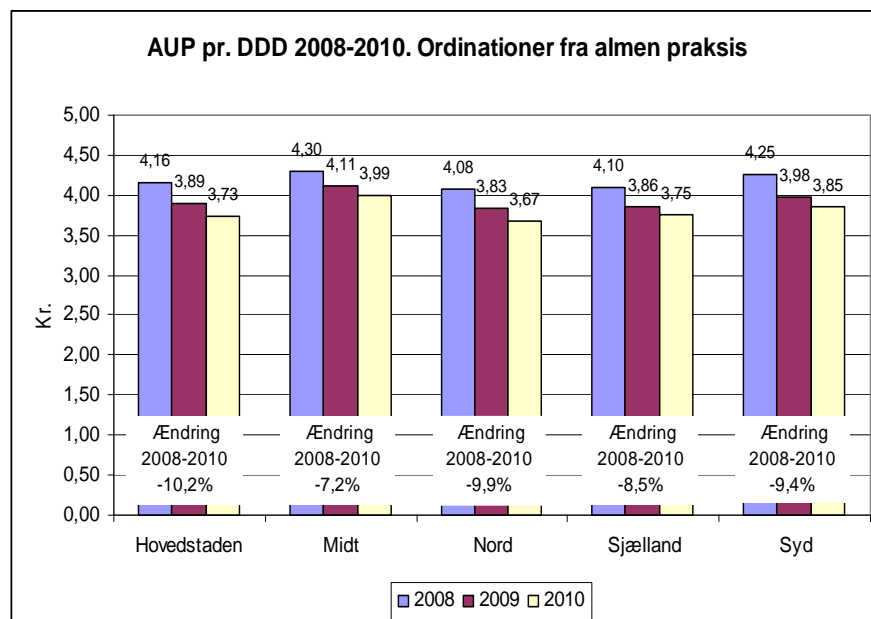
Figur 4 viser, at Region Hovedstaden har landets højeste gennemsnitspris pr. dosis i hvert af årene i perioden 2008 til 2010. Gennemsnitsprisen pr. dosis i Region Hovedstaden er faldet med 6,0% i perioden. I de andre regioner er faldet mellem 4,2 og 7,5%.



**Figur 4:** Udviklingen i gennemsnitspris pr. døgn dosis (AUP/DDD) i regionerne i perioden 2008 - 2010. Der er medtaget både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret af alle ydertyper til borgere i regionerne. Kilde Targit.

Medicinfunktionens indsats i Region Hovedstaden er – som i de øvrige regioner - hovedsageligt rettet mod de alment praktiserende læger. I Figur 5

ses AUP/DDD alene for ordinationer fra almen praksis. Her havde Region Hovedstaden den næstlaveste gennemsnitspris per døgndosis i 2010. Forskellene regionerne imellem er af mindre omfang.

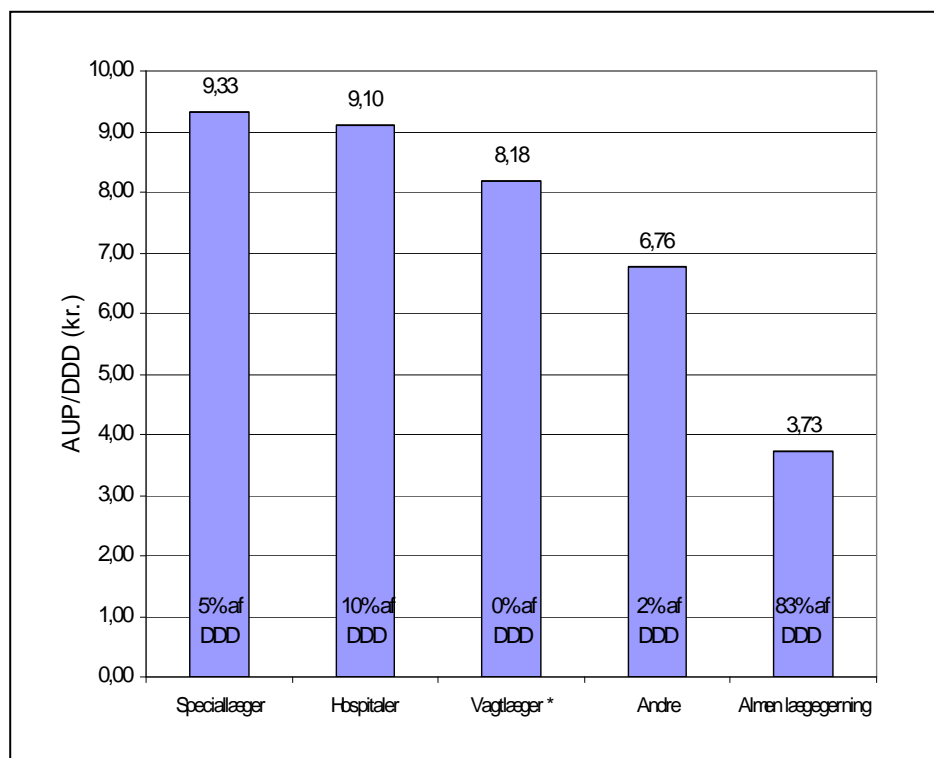


**Figur 5.** Udviklingen i gennemsnitspris pr døgndosis (AUP/DDD) i regionerne i perioden 2008 - 2010. Der er medtaget både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin ordineret af alment praktiserende læger til borgere i regionerne. Kilde Targit.

Hvis de 678 mio. DDD, der blev ordineret i Region Hovedstaden i 2010, var *købt* til gennemsnitsprisen pr. DDD i Region Nordjylland, som har landets laveste pris pr. DDD, havde Region Hovedstaden, borgerne, kommunerne og sygeforsikringen tilsammen sparet godt 370 mio. kr.

Hvis der derimod i Region Hovedstaden var *ordineret* som i Region Nordjylland - dvs. lige så mange DDD/1.000 indbyggere og til samme pris som i Region Nordjylland - havde den samlede merudgift i Region Hovedstaden været godt 500 mio. kr.

Forskellene i forbrugsmønstret regionerne imellem kan muligvis tilskrives, at regionerne har forskellig demografi. Region Hovedstadens indbyggere er yngre, har højere gennemsnitsindkomst og flere med længere uddannelser end de andre regioners indbyggere. Desuden er koncentrationen af speciallæger højest i Region Hovedstaden. Regionen har ca. 31% af landets indbyggere, men 48% af landets speciallæger. Speciallæger og hospitalslæger ordinerer generelt dyrere end praktiserende læger – se figur 6.



**Figur 6:** AUP/DDD for receptordineret medicin fordelt på lægetype i Region Hovedstaden 2010. \* Kun vagtlæger med vagtlægeydernummer. Kilde: Targit

	Region H	Øvrige DK Gennemsnit (Variation)
Gennemsnitspris for 1 DDD (AUP/DDD) i 2010	kr. 4,61	kr. 4,32 (4,06 til 4,55 kr.)
Gennemsnitspris for 1 DDD (AUP/DDD) i 2010 – afgrænset til ordinationer fra almen praksis	kr. 3,73	kr. 3,82 (3,77 til 3,99 kr.)
Ændring i AUP/DDD 2008-2010	-6,0%	-6,1% (-7,5 til -4,2%)
Ændring i AUP/DDD 2008-2010 – afgrænset til ordinationer fra almen praksis	-10,2%	-8,7% (-9,9 til -7,2%)
Ændring i mængdeforbrug (DDD) pr. 1.000 sikrede pr. år 2008-2010	2,5%	6,4% (4,9 til 7,1%)
Ændring i AUP pr. 1.000 sikrede pr. år 2008 - 2010	-3,7%	-0,2% (-1,4 til 1,1%)
Ændring i tilskud pr. 1.000 sikrede pr. år 2008- 2010	-5,6%	-2,0% (-3,7 til -0,7%)

**Tabel 1:** Oversigt over AUP pr. DDD og ændringer i mængdeforbrug, AUP og tilskud pr 1.000 sikrede fra 2008-2010. Der er medtaget både tilskudsberettiget og ikke-tilskudsberettiget medicin. Kilde Targit.

Det er især indenfor følgende ATC-hovedgrupper, at Region Hovedstaden ligger højt i AUP pr. DDD:

- B – Blod og bloddannende organer
- C – Hjerte og kredsløb
- G – Kønshormoner og midler til kønsorganer og urinveje
- H – Hormoner til systemisk brug ekskl. kønshormoner
- J – Midler mod infektionssygdomme.

Indenfor disse grupper er det udvalgte undergrupper, der har en høj pris pr. DDD. Her nævnes de 5 undergrupper, der i Region Hovedstaden repræsenterer en betydelig udgift i AUP og i tilskudsbeløb.

N06 - Antidepressiva, psykostimulerende og anti-demens midler

G03 - Kønshormoner

C09 - Midler med virkning på renin-angiotensin systemet (blodtryksmidler)

J01 - Antibakterielle midler

G04 - Midler til urinveje og de mandlige kønsorganer.

Indenfor N06 er en stor del af lægemidlerne ordineret af speciallæger, nemlig de psykostimulerende midler og demensmidlerne.

Indenfor G03 er en stor del p-piller, som ikke er tilskudsberettigede, og hvor valget af præparat ofte er rationelt. G03 omfatter også midler til kunstig befrugtning, som overvejende ordineres af speciallæger. Pga. demografien i Region Hovedstaden ordineres der forholdsvis mange midler til kunstig befrugtning sammenlignet med de øvrige regioner.

I et senere afsnit om udviklingen i forbrug af og udgifter til de terapigrupper, som har været i fokus for Medicinfunktionens indsatser, analyseres ATC-gruppene N06, C09 og J01 nærmere.

### **Efterlevelse af Basislisten**

Målet er - ifølge Region Hovedstadens Kvalitetshandleplan 2010 til 2013 - at 90% af lægemiddelordinationerne på top-25 listen over lægemidler med det største mængdeforbrug (DDD) i praksissektoren i Region Hovedstaden skal være Basislistepreparater. I 2010 udgør Basislistepreparaterne 91% af top-25 listen. Ses på top-40 listen over lægemidler med det største mængdeforbrug, udgør Basislistepreparaterne 85% af forbruget, mens de står for 76% af udgifterne – se bilag 1.

Ses på top-40 listen i bilag 1 over de mest udgiftstunge (AUP) præparater i 2010, udgør Basislistepreparaterne 40% af udgifterne, mens de står for 75% af forbruget (DDD).

I tabel 2 ses efterlevelsen af Basislisten 2010 for udvalgte grupper. Der er valgt eksempler på grupper, der er afgrænsede, og som har et stort forbrug. For mange af terapigrupperne på Basislisten er der andre indikationer end de, der er nævnt på Basislisten. De data, som er tilgængelige for Medicinfunktionen, indeholder imidlertid ingen oplysninger om, hvilke indikationer stofferne er ordineret til.

Terapigrupper	DDD	AUP
Beta-blokerende midler (C07A)	64%	76%
Calciumkanal blokerende midler (C08CA)	94%	66%
Kolesterol sænkende midler (C10A)	90%	60%
Gigtmidler (M01A)*	38%	-
Gigtmidler uden glukosamin (M01A minus glukosamin)	59%	37%
Migrænemidler af triptan-typen (N02CC)	70%	38%
* Da glukosamin er en frihandelsvare, kan apotekerne selv fastsætte prisen. AUP er derfor ikke kendt i regionernes data.		

**Tablet 2:** Udvalgte terapigrupperes efterlevelse af anbefalingerne på Basislisten 2010.  
Kilde: Targit.

Der er et stort besparellespotentialer ved at anvende præparater fra Basislisten. Fx er 30% af de ordinerede triptaner mod migræne ikke rekommanderet på Basislisten 2010, og de er årsag til 62% af udgifterne til denne terapigruppe. Tilsvarende er 10% af de ordinerede, men ikke rekommanderede kolesterolsænkende midler årsag til 40% af udgifterne i denne terapigruppe. Dette antages at være en nødvendig udgift, da 10–20% af patienterne ikke kan behandles i mål med simvastatin 40 mg, men skal skiftes til et dyrere statin som fx atorvastatin.

**Anbefaling:** Medicinfunktionen skal fortsat arbejde for at øge efterlevelsen af Basislisten – især indenfor smertestillende medicin og - hvis en nærmere analyse viser behov for det - også indenfor andre terapigrupper, hvor besparellespotentialer er stort/forbruget er irrationelt.

# Udviklingen i forbrug af og udgifter til de terapigrupper, som har været i fokus for Medicinfunktionens indsatser

Jo flere forskellige metoder, der anvendes til at påvirke de praktiserende læger til at ændre en given ordinationsadfærd, jo større er sandsynligheden for at få effekt af indsatsen.

Derfor bruger Medicinfunktionen oftest flere forskellige indsatsmetoder med det samme budskab for at få lægerne til at ændre ordinationsadfærd. Fx har rationel behandling af forhøjet blodtryk været omtalt både på Basislisten, på praksisbesøgene, på temamøderne og i nyhedsbrevene.

Det er derfor normalt ikke muligt at angive præcis, hvilken indsats der har ført til en given ændring i lægernes ordinationsadfærd. På den baggrund omtales i det følgende kun den samlede effekt af Medicinfunktionens indsatser på udvalgte terapeutisk områder. Det skal dog erindres, at det oftest ikke er muligt at bevise, at effekten kun skyldes Medicinfunktionens indsats, da andre påvirkninger af lægerne også kan have indflydelse på resultatet. Fx kan resultatet påvirkes af samtidige lovændringer på lægemiddelområdet, medicintilskudsændringer, patentudløb på lægemidler, ændringer i lægemiddelpriser og –sortiment, ny evidens for effekt og bivirkninger af markedsførte lægemidler, ændring af de medicinske selskabers guidelines for behandling af diverse sygdomme samt medicinalindustriens indsatser for at få lægerne til at ordinere bestemte lægemidler.

I det følgende evalueres den samlede effekt af medicinfunktionens indsatser i forhold til de terapiområder, som har været i fokus hos mindst 70% af de ydere, der har modtaget praksisbesøg i perioden 2008 -2010. År 2007 indgår ikke i evalueringen. Dels er det ikke muligt at få data fra før 2008 i [www.ordiprax.dk](http://www.ordiprax.dk), og dels gennemførte Medicinfunktionen ikke ret mange indsatser for rationel lægemiddelanvendelse i 2007, da året efter regionsdannelsen blev brugt på at etablere Medicinfunktionen, finde fælles fodslag medicinkonsulenterne imellem, blive enige om vigtige indsatsområder og udvikle de nødvendige værktøjer hertil (OPS2000, PowerPoint præsentationer m.m.). Praksisbesøgene begyndte først for alvor i marts 2008.

De emner, der har været i fokus i minimum 70% af praksisbesøgene i perioden 2008 -2010 er:

- Drop vanedannende nerve- og sovemedicin (87%)
- Mavesårsmedicin - PPI (87%)
- Hjerte-kar medicin (82%)
- Antibiotika (79%)
- Smertebehandling (78%)
- Antidepressiva (74%).

De viste forbrugs- og omsætningsdata i evalueringen stammer overvejende fra sygesikringsdata (Targit), Lægemiddelstyrelsen (www.ordiprax.dk) og regionens præsenteringsværktøj OPS2000, som indeholder både sygesikringsdata og data fra Lægemiddelstyrelsen.

### **Indsatsen ”Drop vanedannende nerve- og sovemedicin”**

Vanedannende nerve- og sovemedicin er ikke tilskudsberettiget. Det er således ikke et besparelspotentiale på medicinudgifterne, der begrundes indsatsen, men derimod et ønske om at opnå en kvalitetsmæssig forbedring af patienternes medicinske behandling, så denne bringes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis behandlingen forbedres, er der muligvis et besparelspotentiale i form af færre hospitalsindlæggelser som følge af hoftebrud i forbindelse med faldulykker, som skyldes de vanedannende stoffers bivirkninger.

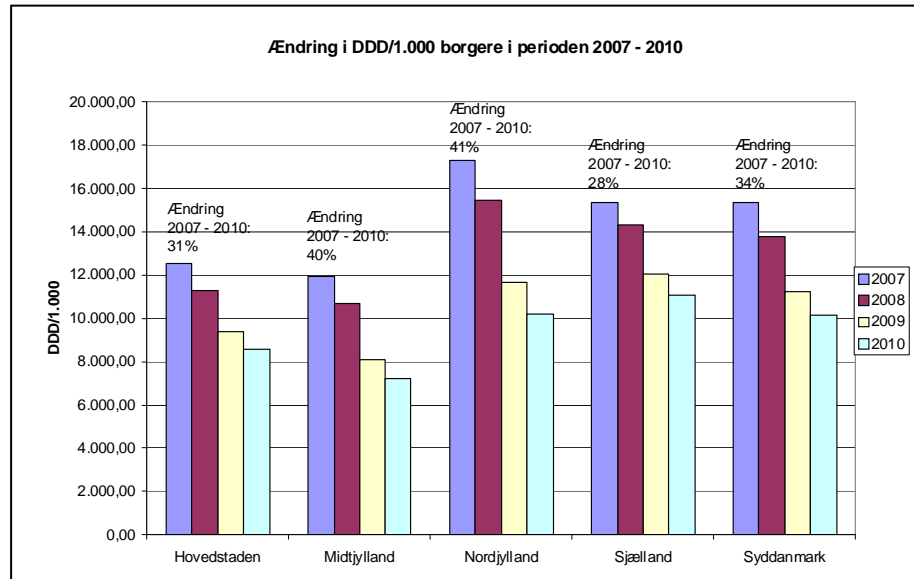
Indsatsen har resulteret i et fald i lægernes ordination af nerve- og sovemedicin på 31% for hele regionen beregnet ud fra ordinationsdata fra 2010 i forhold til 2007. På landsplan er faldet 35% i samme periode. Region Hovedstaden har i 2010 fortsat det næst laveste forbrug af vanedannende nerve- og sovemedicin pr. 1.000 indbyggere. Kun i Region Midtjylland er forbruget lavere – se Figur 7. Medicinfunktionens indsats har især været på præparater med lang halveringstid (fx nitrazepam  $T/2=24$  timer, diazepam  $T/2=72$  timer), og det er også især forbruget af disse præparater, der er faldet – se Figur 9 og Figur 10.

I de kommuner, hvor grupper af læger har haft besøg af Medicinfunktionens konsulent med specialviden inden for udtræning af vanedannende nerve- og sovemedicin, har faldet i forbruget hos lægerne været større end faldet for regionen som helhed. Medio 2009 havde de læger, som havde rekvireret besøg af specialisten i løbet af 2007, reduceret deres forbrug med 41%. Den øvrige del af regionens læger havde i samme periode reduceret forbruget med 27%.

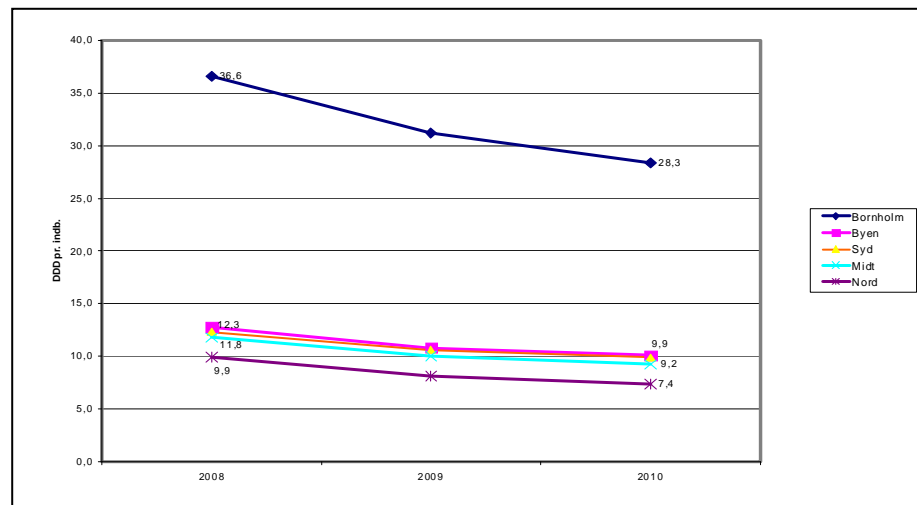
Forbruget i Region Hovedstadens områder er stort set ens, bortset fra Bornholm, som i forhold til resten af regionen har et forholdsvist stort forbrug, som dog er pænt faldende. – se Figur 8.

**Anbefaling:** Medicinfunktionen bør fortsat arbejde for at sænke forbruget af vanedannende nerve- og sovemedicin, og det kan overvejes, om der skal gøres en speciel indsats på Bornholm.

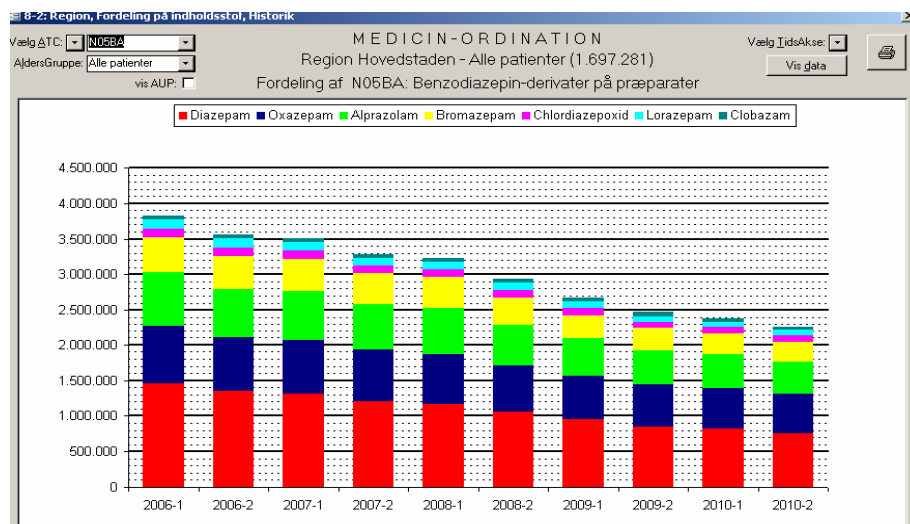




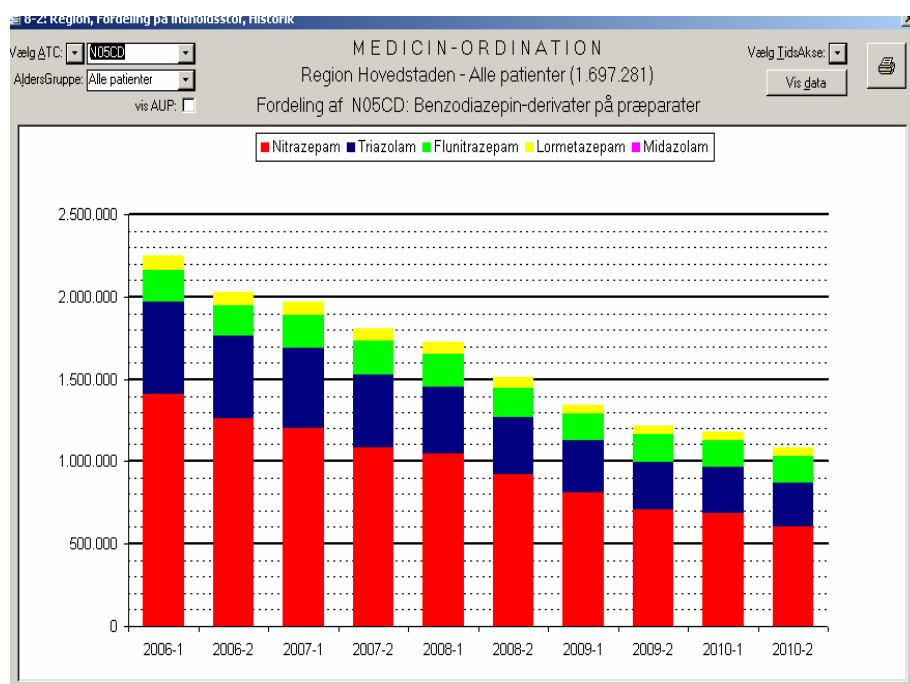
**Figur 7:** Ændring i forbrug (DDD) af vanedannende nerve- og sovemedicin pr. 1.000 borgere i regionerne i perioden 2007-2010. Kilde: Targit.



**Figur 8:** Udvikling i forbrug (DDD) pr. indbygger af vanedannende nerve- og sovemedicin (N05BA, N05CD og N05CF) i Region Hovedstadens planområder i perioden 2008 – 2010. Kilde: Targit.



**Figur 9:** Halvårlig ændring i forbruget (DDD) af benzodiazepiner mod angst og uro i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.



**Figur 10:** Halvårlig ændring i forbruget (DDD) af benzodiazepiner mod søvnbesvær i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.

## Indsats for rationel ordination af mavesårsmedicin (PPI)

### Fakta:

Basislisten 2008/2009 rekommanderede: Omeprazol og lansoprazol. På Basislisten 2009 gøres dog opmærksom på, at pantoprazols (Pantoloc®) patent udløber i maj 2009.

Fra 18. maj 2009 er der billige pantoprazol kopier på markedet. I september 2009 optages pantoprazol på den elektroniske Basisliste. Basislisten 2010

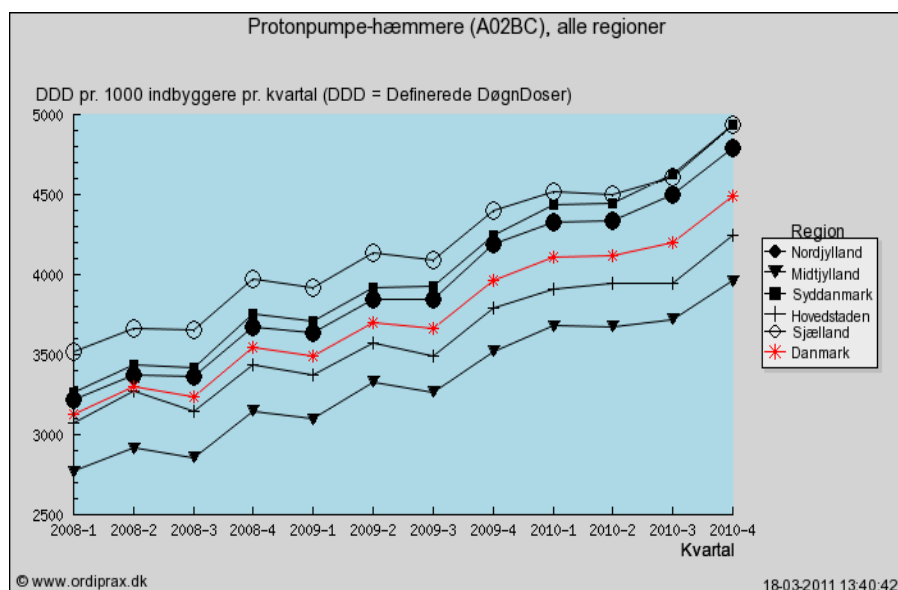
rekommanderer: Omeprazol, lansoprazol og pantoprazol. I hospitalernes rekommandationsbog anbefales i 2010 omeprazol og pantoprazol.

Pr. 15. november 2009 beslutter Lægemiddelstyrelsen, at omeprazol, lansoprazol og pantoprazol fortsat skal have generelt (automatisk) tilskud, mens tilskuddet til de øvrige PPI'er fjernes (esomeprazol (Nexium®) og rabeprazol (Pariet®)). Tilskuddet fjernes, fordi patienterne kan behandles lige så godt med omeprazol, lansoprazol og pantoprazol – men for væsentligt færre penge. De praktiserende læger m.fl. bliver orienteret herom den 18. juni 2009.

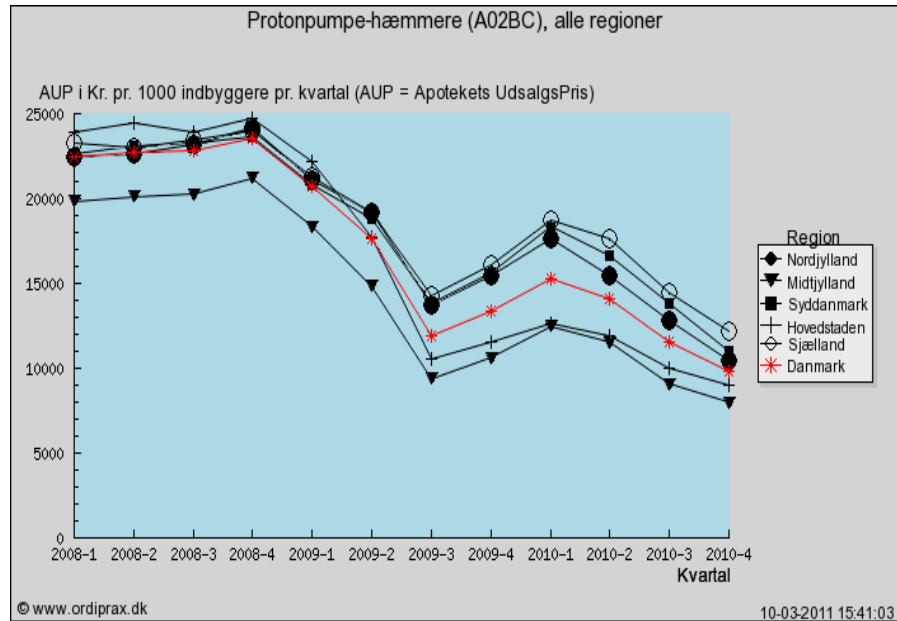
#### Analyse:

Data viser, at forbruget af PPI er steget i alle regioner i perioden 2008 – 2010 samtidig med, at udgiften (AUP) pr. 1.000 borgere er faldet - se Figur 11 og 12. Kun Region Midtjylland ordinerer færre DDD per 1.000 borgere end Region Hovedstaden.

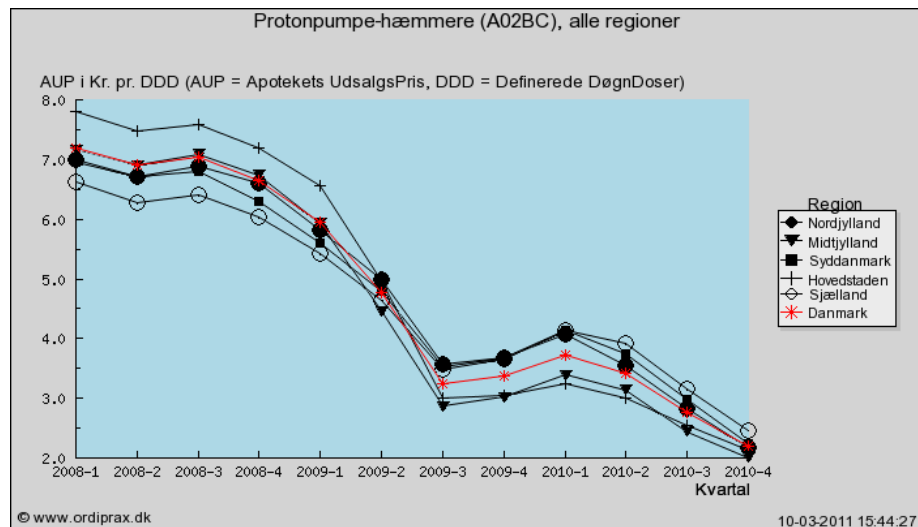
Ses på udviklingen i gennemsnitsprisen pr. døgndosis (AUP/DDD) er den faldet i samtlige regioner, men mest i Region Hovedstaden i den undersøgte periode, hvor AUP/DDD er faldet fra 7,80 kr./DDD til 2,13 kr./DDD – se Figur 13.



**Figur 11:** Udvikling i forbrug (DDD) pr. 1.000 indbyggere af PPI i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



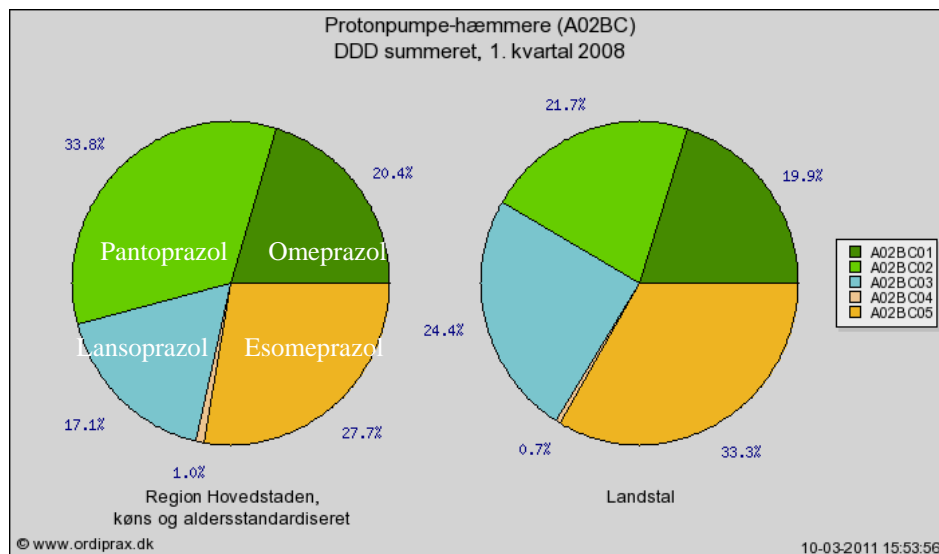
**Figur 12:** Udvikling i udgift (AUP) pr. 1.000 borgere til PPI i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



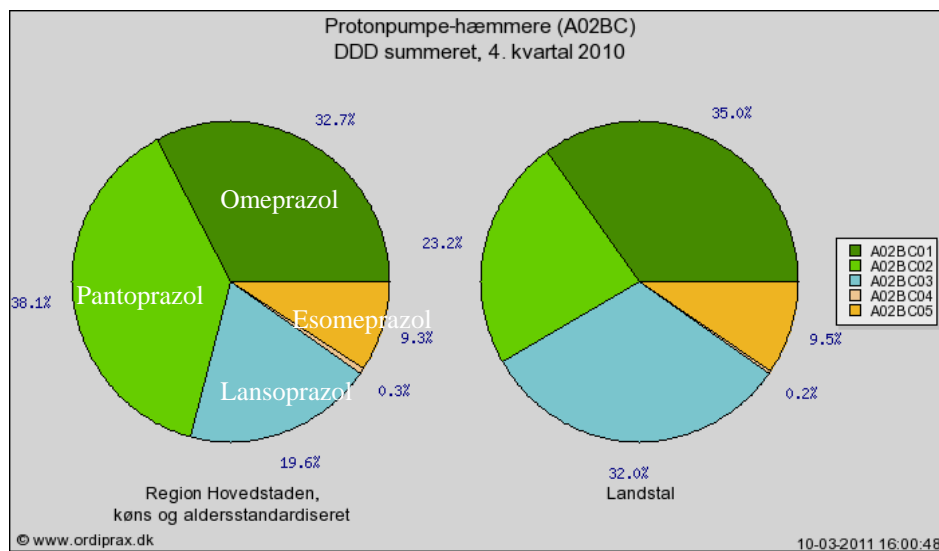
**Figur 13:** Udvikling i gennemsnitsprisen (AUP/DDD) for PPI i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

Figur 13 viser, at Region Hovedstaden er gået fra at være regionen med den dyreste AUP/DDD til at være den region, som har den næst billigste AUP/DDD. Der er dog tale om små prisforskelle regionerne imellem. Faldet i AUP/DDD i regionen skyldes to ting: Dels udgør lansoprazol, som er den dyreste af de rekommanderede PPI'er, en mindre andel af PPI'erne i Region Hovedstaden i forhold til landstallet – se Figur 14 og 15, og dels - og vigtigst - følger lægerne i stigende grad Basislistens anbefalinger og ordinerer de billige, rekommanderede PPI på bekostning af de dyre, ikke-rekommanderede PPI – se Figur 16. Denne ændring er hjulpet godt på vej af patentudløbet på pantoprazol i maj 2009 og af Lægemiddelstyrelsens meddelelse i juni 2009 om, at tilskuddet fjernes den 15. november 2009 for de ikke-rekommanderede PPI, esomeprazol og rabeprazol. I Region Hovedstaden er esomeprazol faldet fra at udgøre 27,7% af PPI-

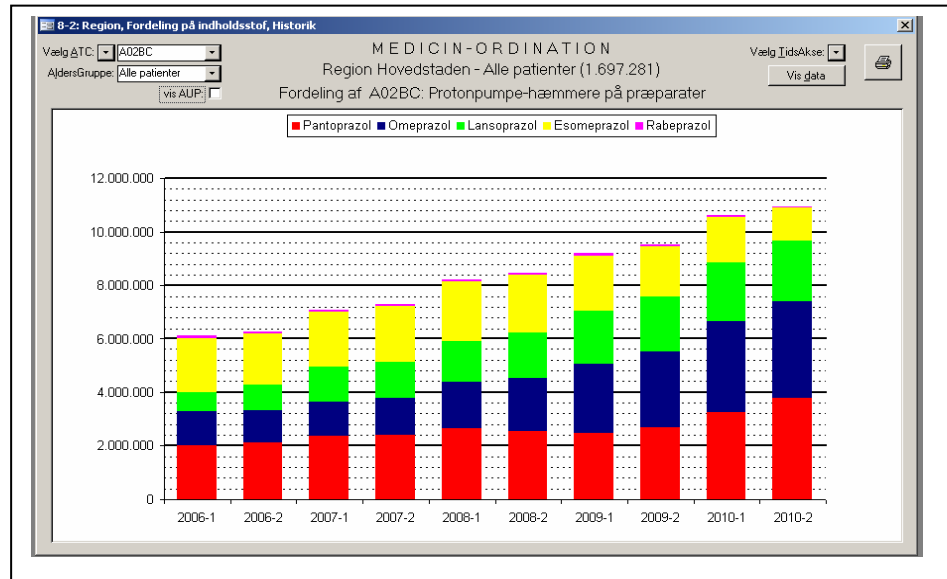
ordinationerne i 1. kvartal 2008 til at udgøre 9,3% af ordinationerne i 4. kvartal 2010 – se Figur 14 og Figur 15. En positiv udvikling.



**Figur 14:** %-andel rekommanderede billige PPI (omeprazol, lansoprazol og fra 2009 også pantoprazol) ud af alle PPI i 1. kvartal 2008 i Region Hovedstaden og i hele landet. Gennemsnitspriser: Omeprazol: 1,92 kr./DDD), Pantoprazol: 11,36 kr./DDD, Lansoprazol: 2,37kr./DDD, Rabeprazol: 11,31 kr./DDD og Esomeprazol:11,04 kr./DDD. Kilde Ordiprax.



**Figur 15:** %-andel rekommanderede billige PPI (omeprazol, lansoprazol og fra 2009 også pantoprazol) ud af alle PPI i 4. kvartal 2010 i Region Hovedstaden og i hele landet. Gennemsnitspriser: Omeprazol: 1,10 kr./DDD, Pantoprazol: 0,90 kr./DDD, Lansoprazol: 1,34 kr./DDD, Rabeprazol: 10,21 kr./DDD og Esomeprazol: 12,22 kr./DDD. Kilde: Ordiprax.



**Figur 16:** Udviklingen i forbruget (DDD) af de rekommanderede og billige PPI (omeprazol, lansoprazol og fra 2009 også pantoprazol) på bekostning af de ikke rekommanderede PPI i perioden 2006 – 2010 i Region Hovedstaden. Gennemsnitspriser: Kilde: OPS2000.

#### Anbefaling:

- *Da mere en 90% af PPI-ordinationerne i Region Hovedstaden er på de rekommanderede PPI'er, skønnes det ikke muligt at ændre forbrugsmønsteret yderligere.*
- *Indsatsen for at ændre permanent behandling med PPI til enten on demand behandling (symptomstyret behandling) eller vedligeholdelsesbehandling, hvor dosis kun er det halve af den dosis, der gives til opheling af mavesår, fortsættes.*
- *Det bør overvejes, om Basislisten fortsat skal rekommandere alle 3 tilskudsberettigede PPI'er – eller om antallet skal begrænses til de 2, der er i hospitalernes rekommandationsbog (omeprazol og pantoprazol).*

### Indsats for rationel ordination af blodtryksænkende lægemidler

#### Fakta:

Den 20. februar 2009 meddelte Lægemiddelstyrelsen landets læger, at fra den 13. juli 2009 ændres tilskudsreglerne for mange blodtryksænkende lægemidler, så der ikke mere gives automatisk tilskud til lægemidler, som blot er dyrere, men ikke bedre end andre analoge blodtryksænkende lægemidler. I store træk betød det, at de dyreste ACE-hæmmere (ACE-H) mistede deres tilskud, mens alle Angiotensin-2-antagonister (AT2-A), Renin-hæmmere og de dyreste Calcium-antagonister (Ca-A) fik generelt klausuleret tilskud.

I marts 2010 udløber patentet for Cozaar® (losartan), kopiproducter markedsføres og prisen pr. DDD falder meget. Den 19. april 2010 ændres tilskuds-status for AT2-A'en losartan fra generelt klausuleret tilskud til generelt (automatisk) tilskud.

Den 18. juni 2010 meddeler Lægemiddelstyrelsen landets læger, at pr. 15. november 2010 mister de dyreste AT2-A'er deres tilskud helt, så kun losartan, som er den billigste i gruppen har generelt (automatisk) tilskud.

Blandt alle markedsførte ACE-H, AT2-A og Ca-A har Basislisten siden 2008 netop anbefalet de lægemidler, som ved tilskudsændringerne i sommeren 2009 og 2010 bevarede det generelle (automatiske) tilskud. Det betød, at de læger, der siden 2008 har fulgt Basislistens anbefalinger, ikke havde udfordringer i forhold til at skulle skifte deres patienter fra dyr til billigere, men ligeså effektiv blodtryksænkende medicin.

Basislisten 2008 - 2009 rekommanderede følgende ACE-H: Lisinopril, ramipril og enalapril. Patentet på trandolapril udløb i februar 2007, men kopipreparater introduceredes først i sommeren 2008, hvor-efter prisen på trandolapril faldt lidt efter lidt gennem hele 2009. Fra 2010 blev trandolapril derfor tilføjet på Basislisten over anbefalede ACE-H, da prisen nu var på niveau med prisen på de 3 andre anbefalede ACE-H.

Hospitalernes rekommandationsliste anbefalede i 2008 - 2010 enalapril og ramipril, som er en delmængde af Basislistens anbefalinger.

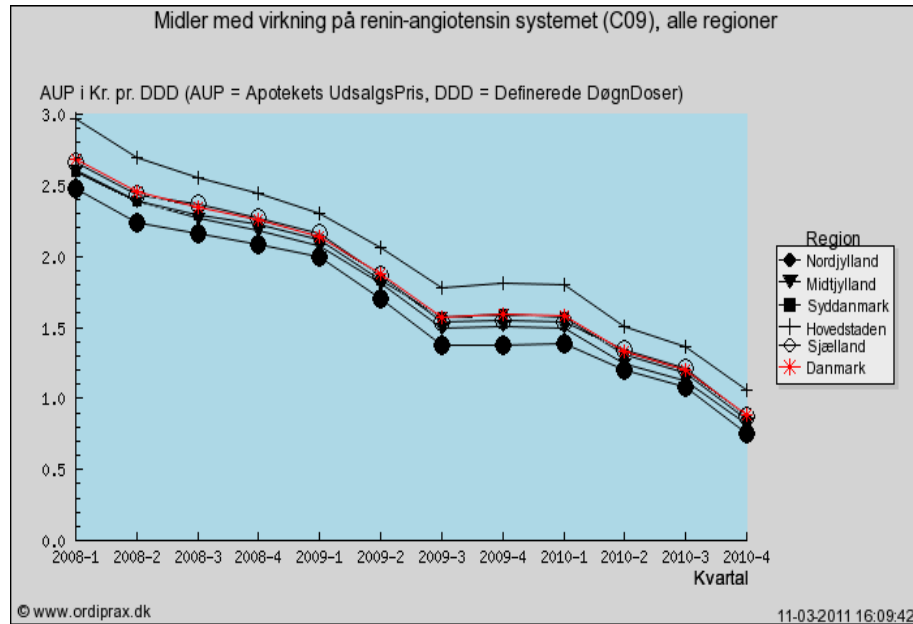
I perioden 2008 – 2010 anbefalede Basislisten ikke AT2-A som 1. valg til behandling af forhøjet blodtryk, da de var meget dyrere end de ligeværdige, ligeså effektive, men billigere ACE-H. AT2-A blev kun anbefalet til de ca. 15 % af patienterne, som fik hoste som bivirkning af behandling med ACE-H. I hele perioden 2008 – 2010 anbefales således AT2-A'en candesartan på Basislisten, dog i 2010 med en bemærkning om, at patentet på losartan udløber i marts 2010 med et forventet prisfald til følge.

I perioden 2008 – 2010 anbefaler hospitalernes rekommandationsliste både losartan og candesartan.

I perioden 2008 – 2010 anbefalede Basislisten følgende Ca-A: Amlodipin og felodipin. Hospitalernes rekommandationsliste anbefaler i samme periode kun amlodipin, som er en delmængde af Basislistens anbefalinger.

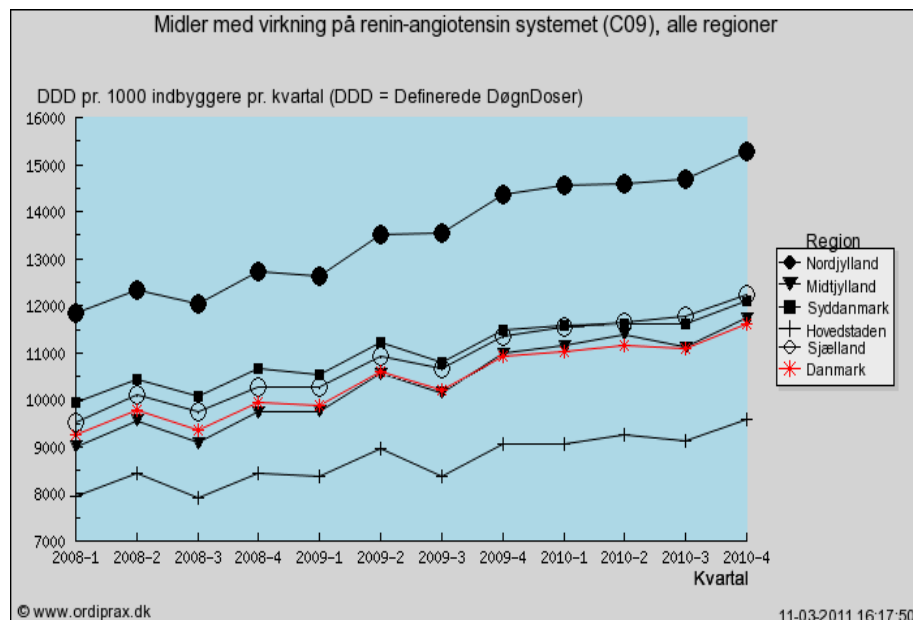
#### *Analyse af ACE-H og AT2-A:*

Figur 17 viser, at gennemsnitsprisen (AUP) pr. DDD er faldet i alle regioner i perioden 2008 – 2010 for de blodtryksmidler, der omfatter ACE-H og AT2-A. AUP/DDD er gennem hele perioden højest i Region Hovedstaden, men forskellen er ikke stor. I 2010 skyldes det primært, at forbruget (DDD) af det rekommanderede trandolapril, som er lidt dyrere end de andre rekommanderede ACE-H er højest i Region Hovedstaden. Dermed har Region Hovedstaden alt andet lige også lidt større udgifter til gruppen af ACE-H end landet som helhed: 8,6% af forbruget (DDD) og 37,7% af udgifterne (AUP) til ACE-H kan henregnes til trandolapril i Region Hovedstaden sammenlignet med 4,2% (DDD) og 22,5% (AUP) i hele landet. Kilde: Ordiprax 4. kvartal 2010.



**Figur 17:** Udvikling i gennemsnitsprisen pr. DDD i regionerne for midler med virkning på renin-angiotensin systemet. Kilde: Ordiprax.

Figur 18 viser, at forbruget af midler med virkning på renin-angiotensin systemet målt i (DDD) pr. 1.000 indbyggere er steget i alle 5 regioner i perioden 2008 – 2010. Forbruget er i hele perioden lavest i Region Hovedstaden.

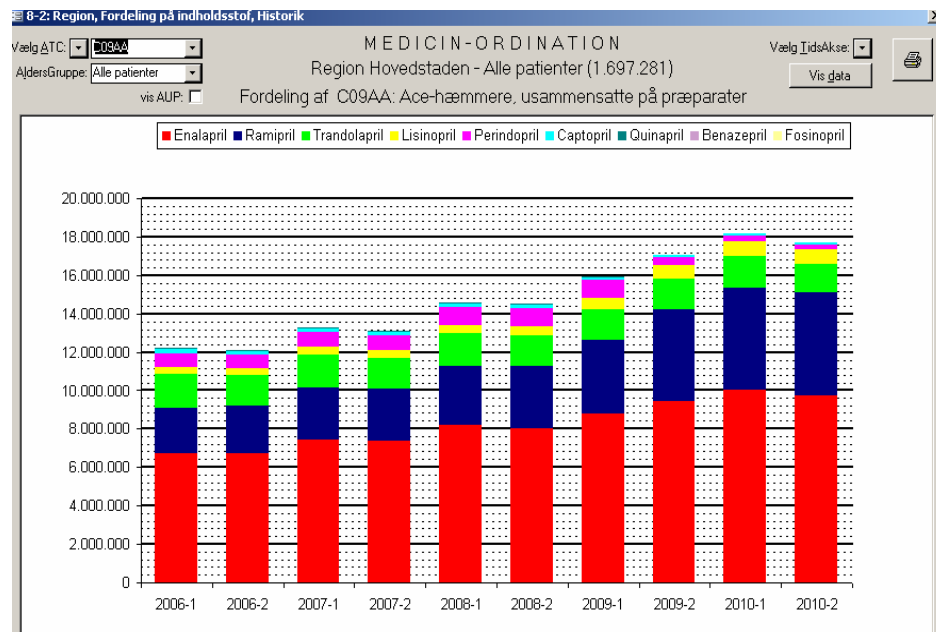


**Figur 18:** Udviklingen i forbruget af midler med virkning på renin-angiotensin systemet (DDD pr. 1.000 borgere) i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

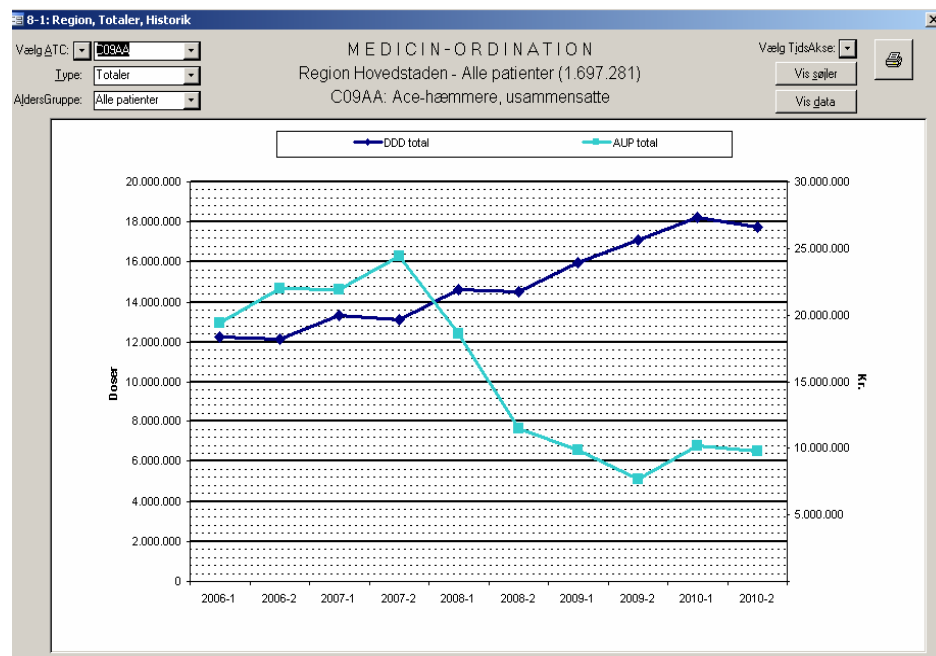
Af Figur 19 ses, at forbruget af de rekommanderede, billige ACE-H enalapril, ramipril og lisinopril stiger, mens forbruget af de dyre ikke-rekommanderede ACE-H falder – specielt forbruget af perindopril. Ændringerne i ordinationsmønsteret og patentudløb på trandolapril som-



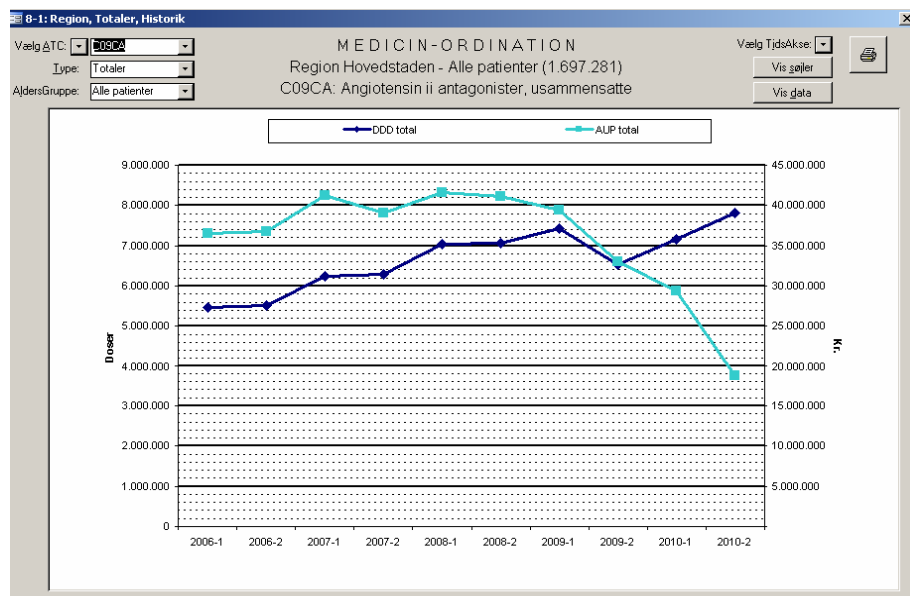
meren 2008 og det følgende prisfald gennem 2009 har betydet, at selvom forbruget af ACE-H er steget i regionen, så er udgifterne hertil faldet – se Figur 20.



**Figur 19:** Ændring i forbrug (DDD) af de forskellige ACE-H i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.



**Figur 20:** Udviklingen i forbrug (DDD) af og udgifter (AUP) til ACE-H i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.



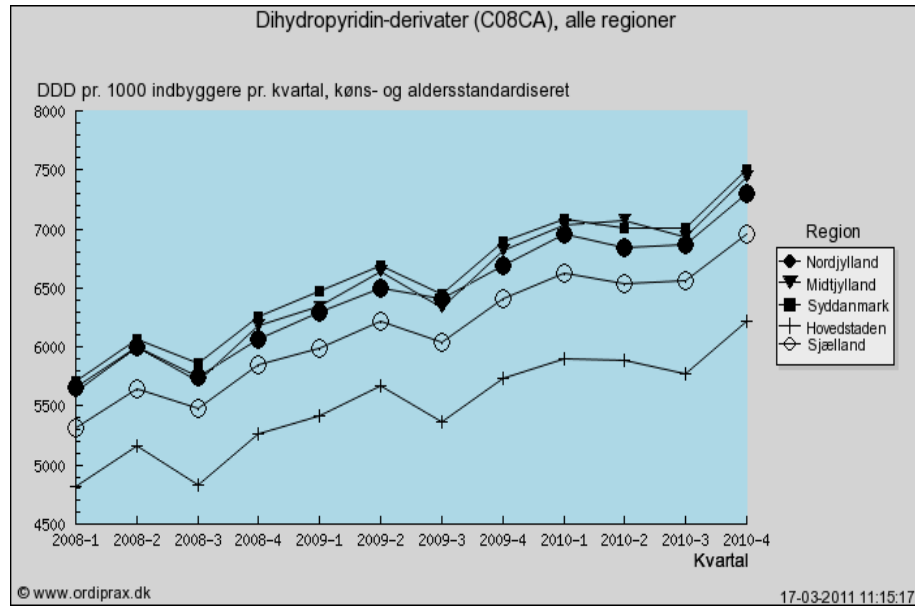
**Figur 21:** Udviklingen i forbrug (DDD) af og udgifter (AUP) til AT2-A i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.

Figur 21 viser, at selvom forbruget af AT2-A er steget gennem årene, så er udgifterne hertil faldet fra 2008. Specielt er faldet stort gennem 2010, hvor patentet på losartan udløb i marts, og billigere kopier introduceredes samtidig med, at tilskudssystemet ændredes, så der kun gives automatisk tilskud til losartan. I perioden frem til 2. kvartal 2010 udgjorde forbruget (DDD) af losartan i Region Hovedstaden ca. 35 % af det samlede forbrug af AT2-A. Andelen af losartan steg til 64% i 4. kvartal 2010 (kilde: Ordiprax). Dette er et udtryk for, at ændringer i tilskudssystemet har en kraftig og meget hurtig effekt på ordinationsadfærden i almen praksis.

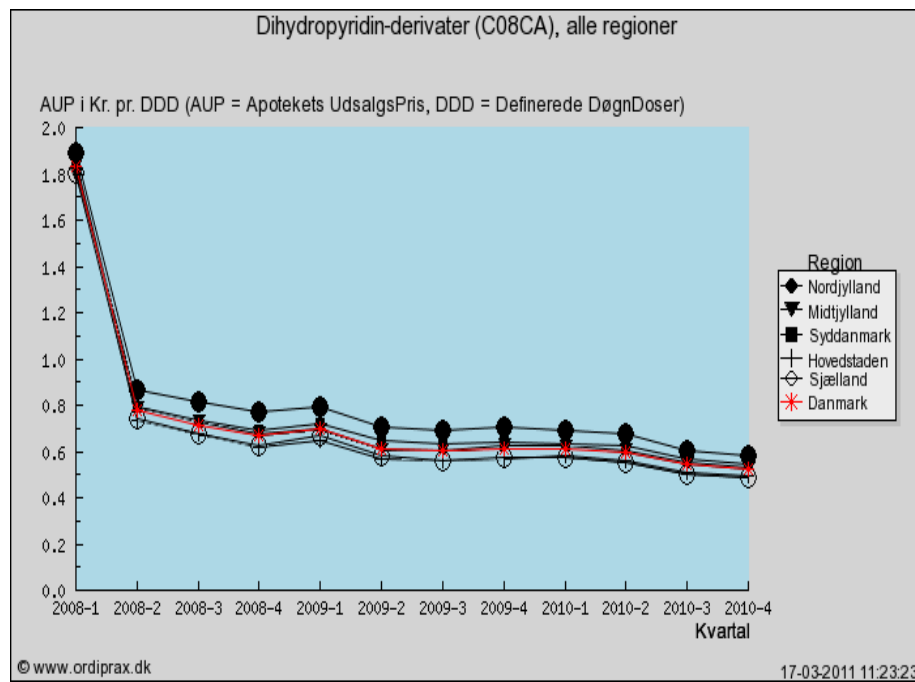
**Anbefaling:** Medicinfunktionen ophører med at fokusere på forbruget af AT2-A. Dog skal der gøres en indsats for at ændre forbruget af trandolapril til en af de tilskudsberettigede og billige ACE-H på Basislisten, hvis prisen på trandolapril fortsat stiger.

#### Analyse af Ca-A:

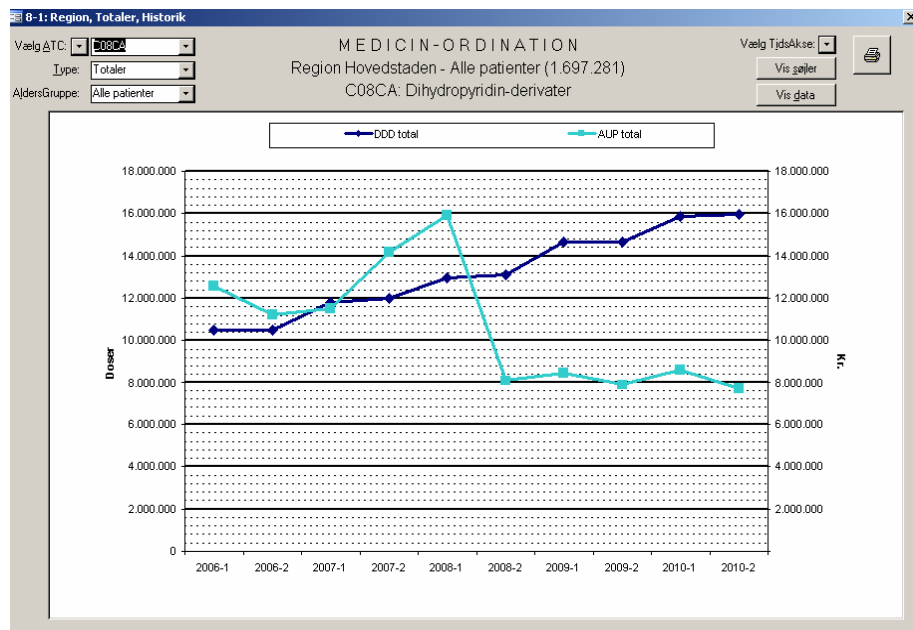
Figur 22 viser, at forbruget af Ca-A er stigende i alle regioner. Region Hovedstaden er gennem hele perioden den region, der bruger færrest Ca-A målt i DDD/1.000 indbyggere. Figur 23 viser, at gennemsnitsprisen pr. døgndosis Ca-A (AUP/DDD) er faldet gennem hele perioden i alle regioner, og at Region Hovedstaden har den laveste gennemsnitspris. Der er dog kun tale om små prisforskelle. Faldet i AUP/DDD var størst fra 1. til 2. kvartal 2008. Dette skyldes et fald i prisen på amlodipin efter en forudgående periode med forhøjede priser.



**Figur 22:** Udviklingen i forbruget (DDD) af Ca-A i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



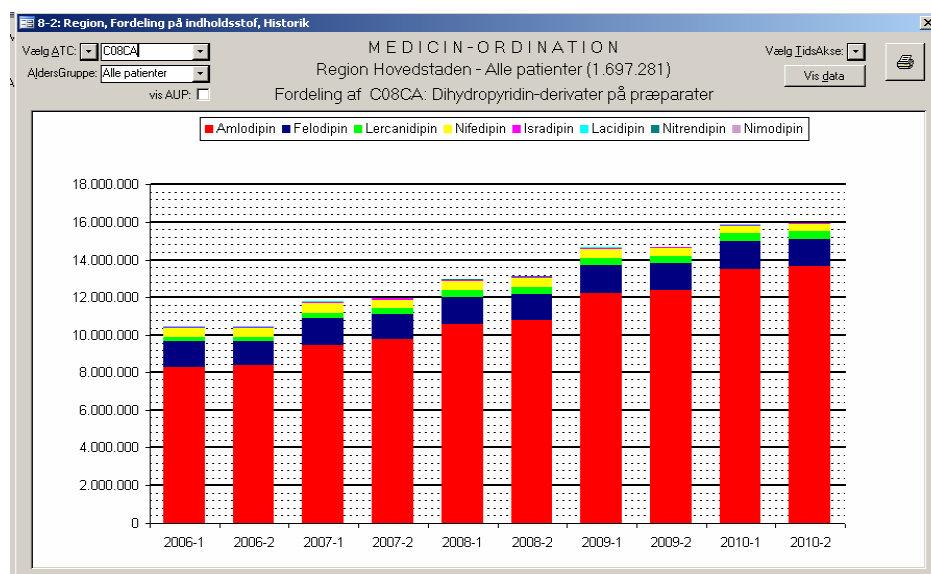
**Figur 23:** Ændringen i gennemsnitprisen for en døgn dosis Ca-A (AUP/DDD) i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 24:** Udviklingen i forbruget (DDD) af og udgifter (AUP) til Ca-A i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.

Figur 24 viser, at selvom forbruget (DDD) af Ca-A fortsat er stigende i Region Hovedstaden, så er udgiften (AUP) hertil faldet. Det skyldes, at prisen fra 2008 er faldet meget på de to anbefalede stoffer amlodipin og felodipin samtidig med, at specielt andelen af amlodipin udgør en stigende andel af Ca-A forbruget – se Figur 25. En positiv udvikling.

96% af Ca-A ordinationerne i Region Hovedstaden er i 4. kvartal i 2010 på de rekommanderede amlodipin og felodipin (Kilde: Ordiprax). Til sammenligning er landstallet 92,4% (Kilde: Ordiprax).



**Figur 25:** Udvikling i forbruget (DDD) af de forskellige Ca-A i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.

**Anbefaling:** Medicinfunktionen ophører med at fokusere på forbruget af Ca-A.

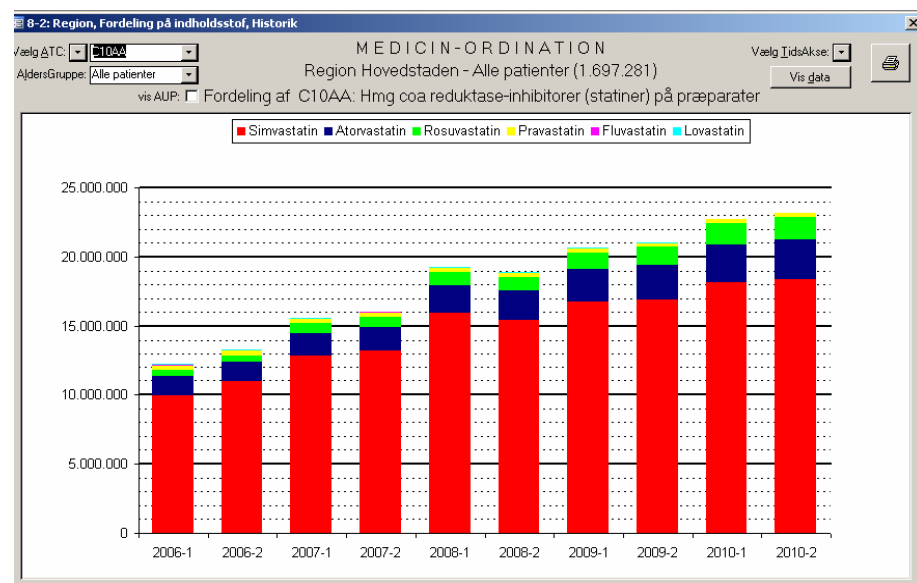
### Analyse af kolesterolsænkende midler – primært statiner:

Kun statinerne har vist reduktion i kliniske endepunkter (kardiovaskulær død) - først og fremmest som sekundær profylakse ved iskæmisk hjertesygdom - hvorfor disse er langt at foretrække frem for de øvrige kolesterolsænkende midler. Det eneste statin, hvor der endnu ikke findes dokumentation for effekt på kliniske endepunkter, er rosuvastatin, men det synes dog rimeligt at antage, at der er tale om en klasseeffekt.

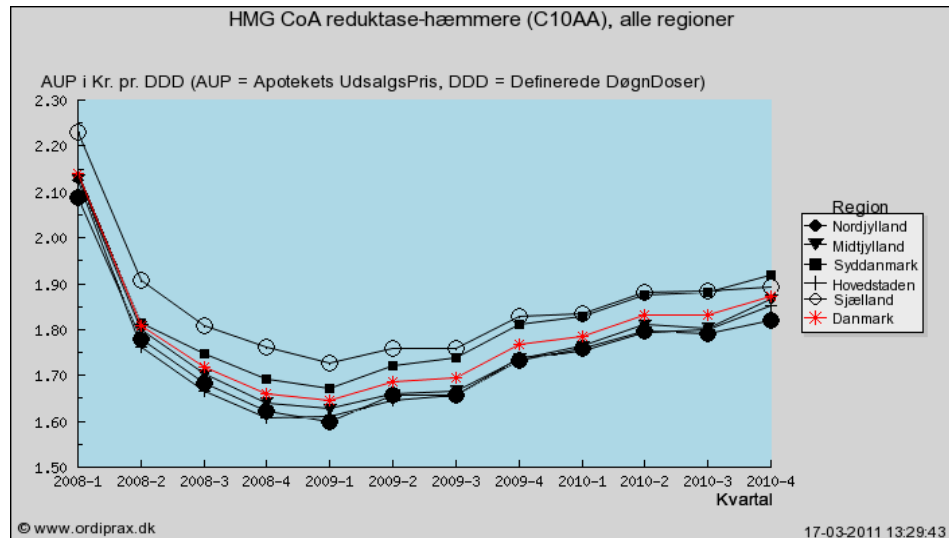
For at påvirke forbruget af statiner i mere rationel retning, blev reglerne for tilskud til statiner ændret i april 2007, så der kun gives automatisk tilskud til simvastatin, lovastatin og pravastatin, mens tilskuddet til atorvastatin, fluvastatin og rosuvastatin er klausuleret til patienter, som ikke tåler eller ikke kan nå behandlingsmålet med de statiner, der har automatisk tilskud.

Figur 26 viser ændring i forbruget af statiner i Region Hovedstaden. Forbruget har gennem hele perioden været stigende og forbrugsandelen af de forskellige statiner afspejler rationel medicinanvendelse, da størstedelen af forbruget i 2010 ligger på simvastatin (79,4%), mens det øvrige forbrug primært ligger på atorvastatin (12,3%) og rosuvastatin (7,0%). Det er forventeligt, at ca. 10 – 20% af patienterne ikke kan behandles i mål med simvastatin 40 mg, hvorfor de må skiftes til et mere potent statin som fx atorvastatin.

Det øgede forbrug af statiner skyldes især et øget forbrug af simvastatin, som er det rekommandere statin på Basislisten. Forbruget af atorvastatin og rosuvastatin er også steget. Atorvastatin (Zarator®) anbefales frem for rosuvastatin (Crestor®) på Basislisten, hvis ikke behandlingsmålet nås med simvastatin. Det skyldes dels manglende dokumentation for rosuvastatins effekt på kliniske endepunkter, selv om det dog må formodes, at der er tale om en klasseeffekt og dels, at atorvastatins patent udløber i november 2011 med forventet prisfald til følge pga. formodning om markedsføring af kopipræparater.



**Figur 26:** Forbruget (DDD) af statiner i Region Hovedstaden i perioden 2006 – 2010. Kilde: OPS2000.



**Figur 27:** Udvikling i gennemsnitsprisen for en døgn dosis statin (AUP/DDD) i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

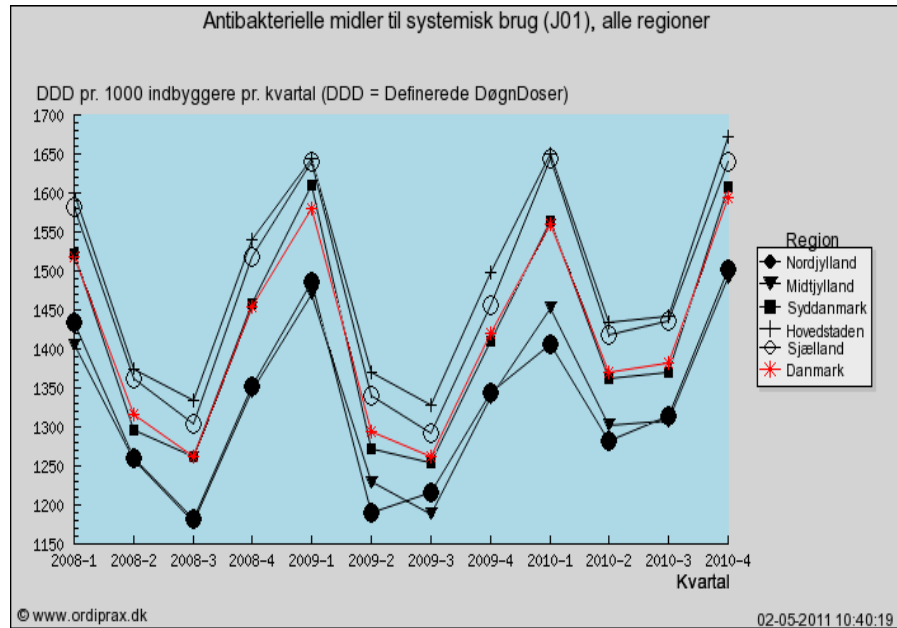
Figur 27 viser, at gennemsnitsprisen pr. DDD statin kun har varieret lidt gennem perioden, og at gennemsnitsprisen næsten er den samme i alle regioner.

Per 16. maj 2011 koster 5 mg (= 1 ækvieffektiv dosis) rosuvastatin 8,58 kr., mens 10 mg (= 1 ækvieffektiv dosis) atorvastatin koster 5,40 kr. Prisforskellen kan øges, når patentet på atorvastatin udløber i november 2011.

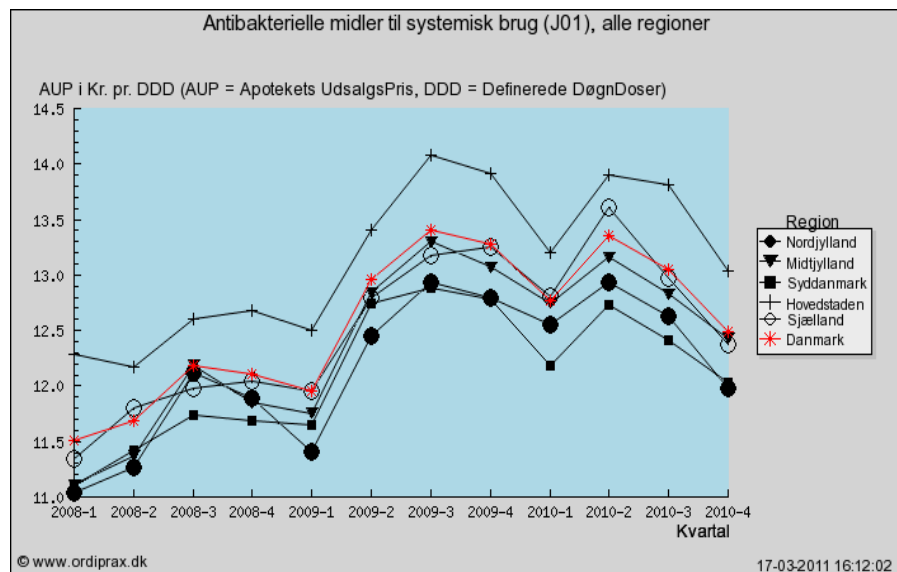
**Anbefaling:** Medicinfunktionen bør gøre en indsats for at ændre forbruget af rosuvastatin til atorvastatin.

### Indsats for rationel ordination af antibiotika

Region Hovedstaden har - sammenlignet med de øvrige regioner - det højeste forbrug af og udgift til receptordineret antibiotika (ATC-kode: J01). Se forbruget i Figur 28 og gennemsnitsprisen for en døgn dosis antibiotika i Figur 29. Det er vigtigt, at indikationen for ordination af antibiotika er korrekt, så der ikke udvikles unødigt resistens mod stofferne. Imidlertid indeholder de ordinationsdata, som Medicinfunktionen har adgang til, ikke oplysninger om indikation, hvorfor data ikke giver Medicinfunktionen mulighed for at vurdere, om forbruget er rationelt.

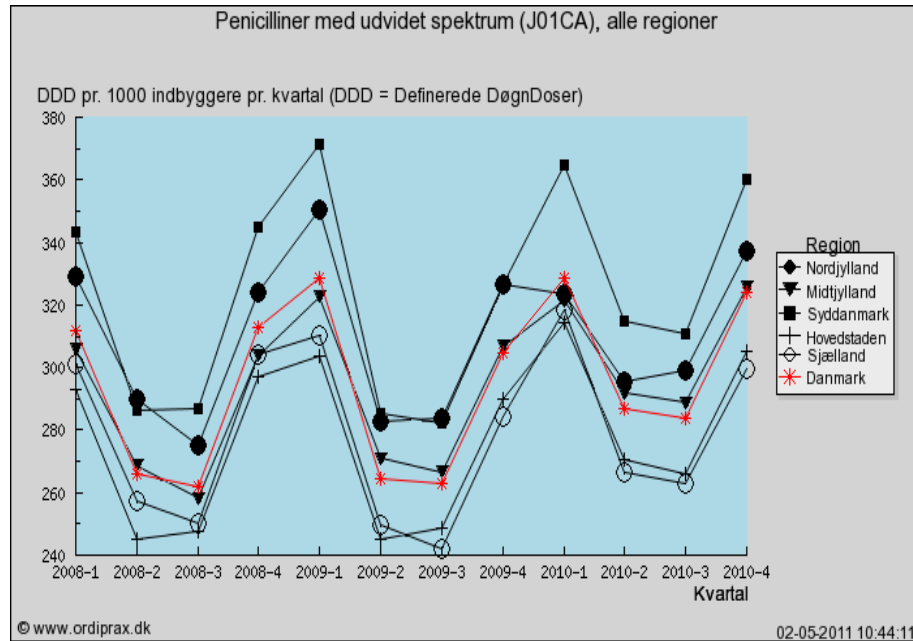


**Figur 28:** Udviklingen i forbrug (DDD) af antibiotika i regionerne i perioden 2008-2010. Kilde: Ordiprax.

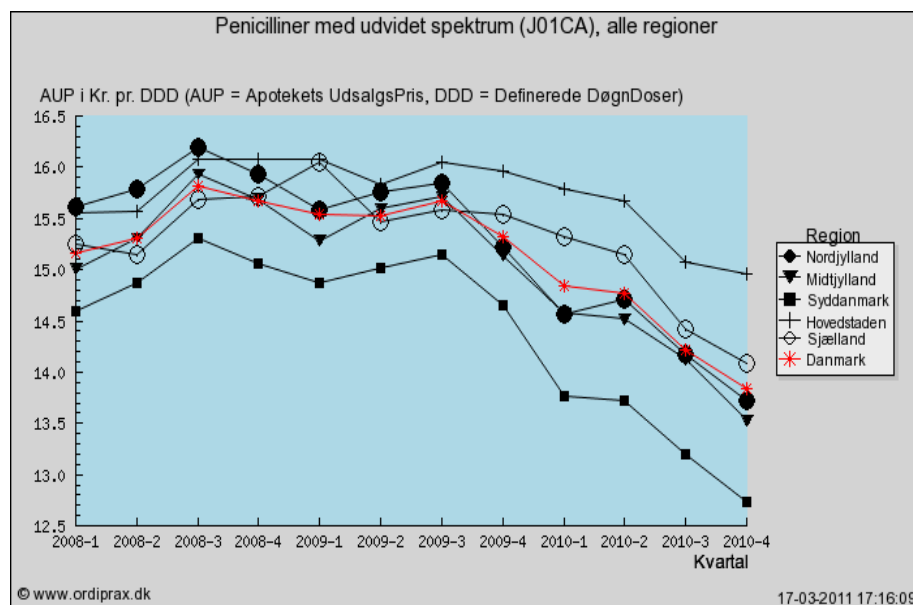


**Figur 29:** Udviklingen i gennemsnitspris for en døgn dosis (AUP/DDD) af antibiotika i regionerne i perioden 2008-2010. Kilde: Ordiprax.

I Region Hovedstaden anvendes ikke så mange *bredspektrede penicilliner* (J01CA), som i det øvrige land – se Figur 30, men regionens ydere ordinerer til den højeste gennemsnitspris per døgn dosis – se Figur 31.



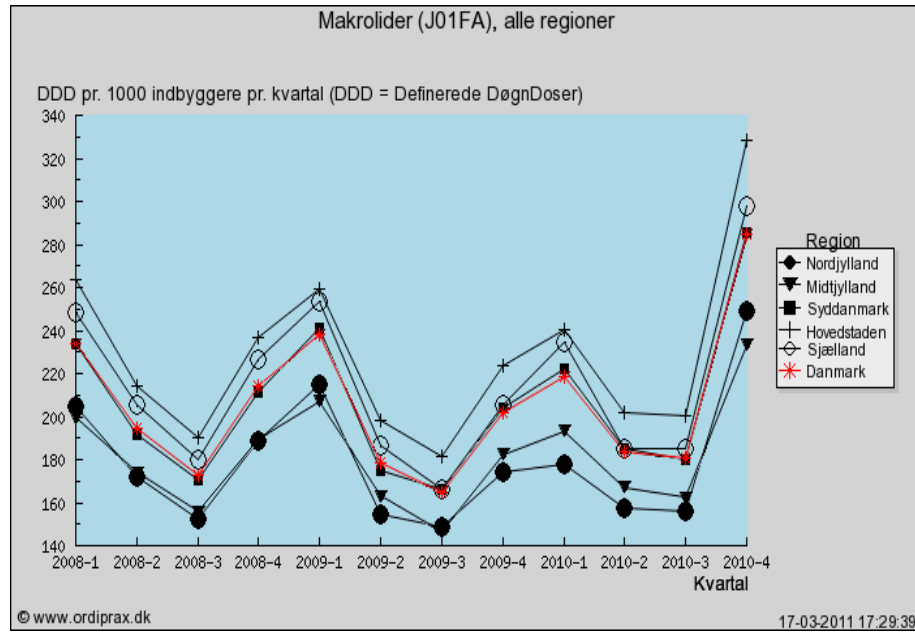
**Figur 30:** Udviklingen i forbrug (DDD) af bredspektrede penicilliner i regionerne i perioden 2008-2010. Kilde: Ordiprax.



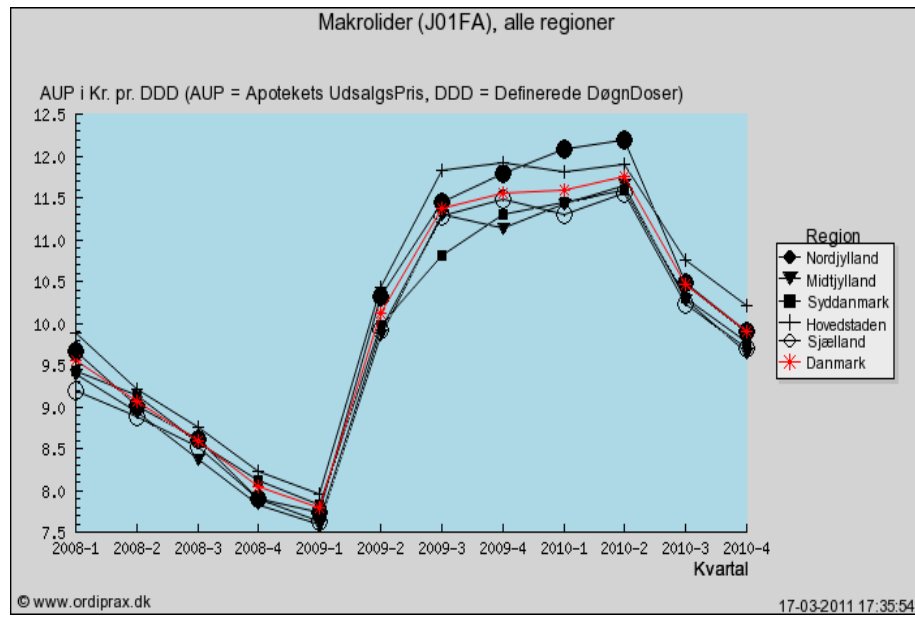
**Figur 31:** Udvikling i gennemsnitsprisen for 1 døgndosis (AUP/DDD) af bredspektrede penicilliner i regionerne i perioden 2008-2010. Kilde: Ordiprax.

Region Hovedstaden anvender flest *makrolider* sammenlignet med de øvrige regioner (Figur 32), men til ca. den samme gennemsnitspris pr. døgndosis (Figur 33). Det høje forbrug af makrolider kan muligvis skyldes, at befolkningen er yngre i Region Hovedstaden end i de andre regioner og dermed har større rejse og seksuel aktivitet. Makrolider er 1. valg til chlamydia infektioner og benyttes nu af rejsende til især østen til behandling af maveinfektioner. Ofte ordineres makrolider til rejsende, som så har dem, hvis de får brug for dem under ferien. Med andre ord: Data om købt medicin fortæller ikke, om medicinen også er anvendt.

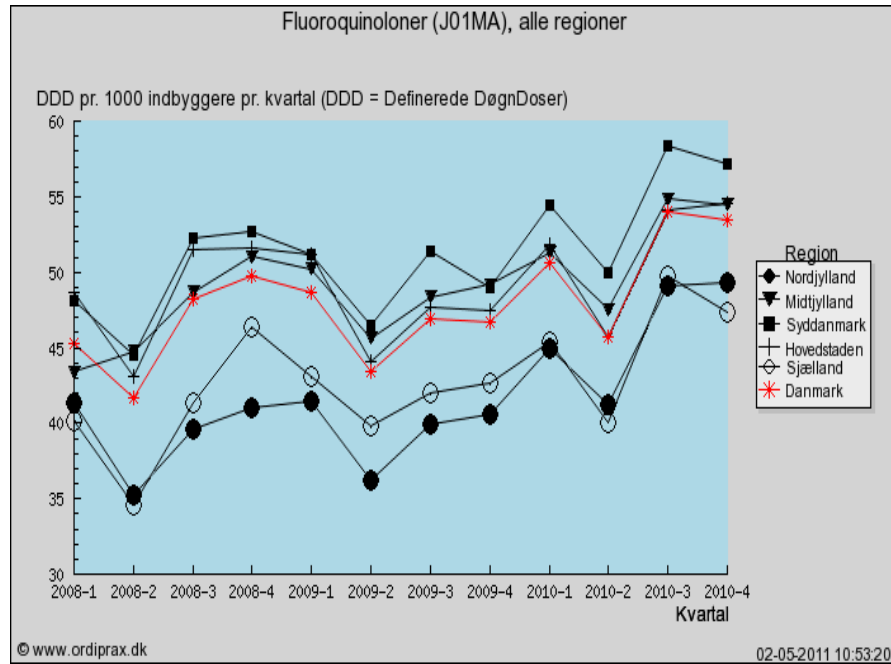




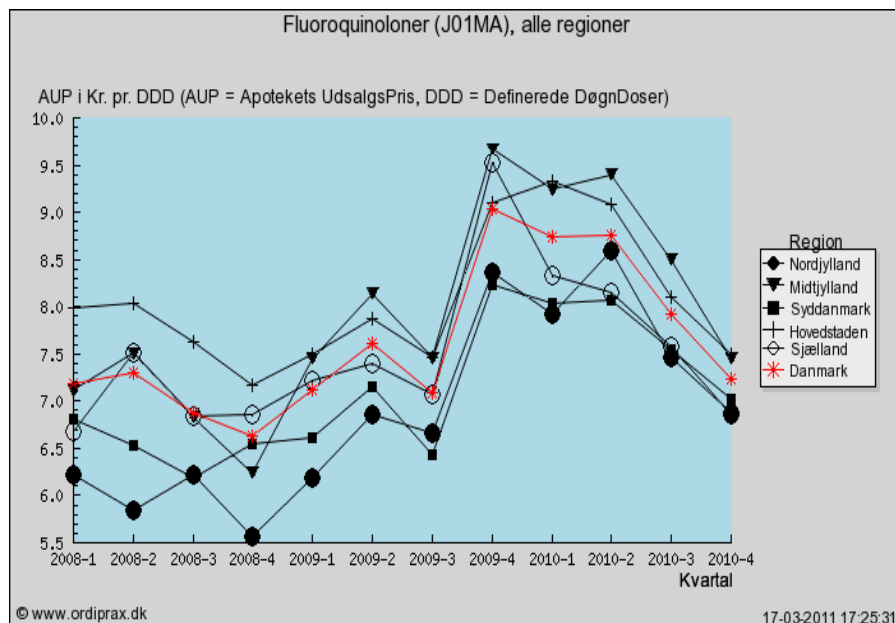
**Figur 32:** Udviklingen i forbrug (DDD) af makrolider i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 33:** Udviklingen i gennemsnitsprisen for en døgndosis (AUP/DDD) makrolid i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 34:** Udviklingen i forbrug (DDD) af fluoroquinoloner i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



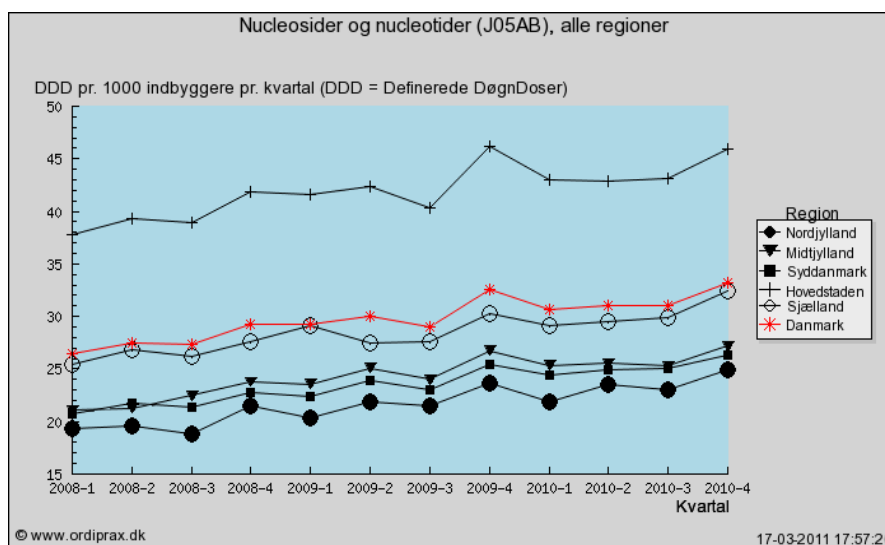
**Figur 35:** Udviklingen i gennemsnitsprisen for en døgndosis (AUP/DDD) af fluoroquinoloner i regionerne i perioden 2008 - 2010. Kilde: Ordiprax.

I begyndelsen af 2009 udarbejdede en arbejdsgruppe i Region Hovedstaden en rapport over antibiotikaforbruget i regionen. Som anbefalet i rapporten har konsulenterne ved deres praksisbesøg siden haft fokus på ordination af *fluoroquinoloner*, som i 2008 var næst højest i landet. I 2010 er forbruget som landsgennemsnittet (Figur 34), og vi ordinerer sammen med Region Midtjylland til en gennemsnitspris pr. døgndosis, der er en lille smule højere end de øvrige regioner (Figur 35).

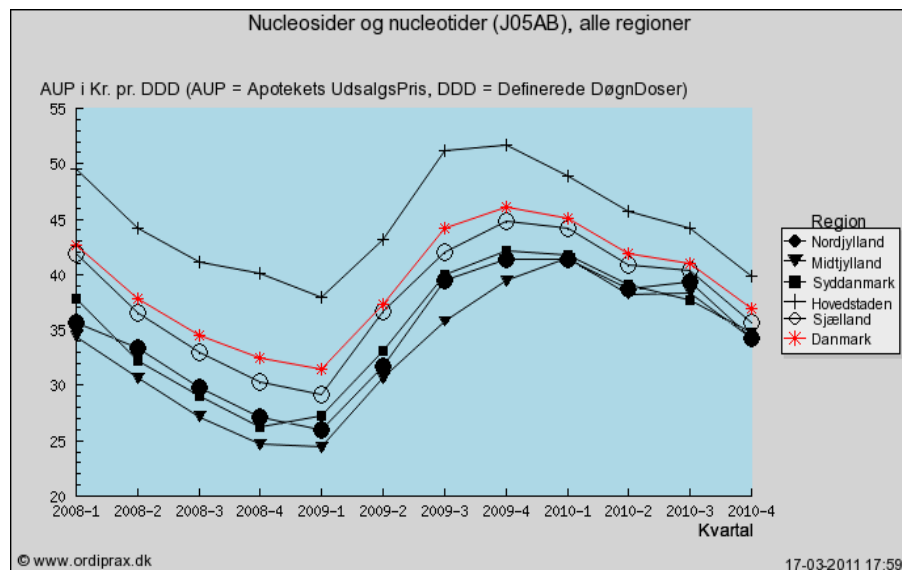
Region Hovedstaden ordinerer flere doser *antivirale* lægemidler end de øvrige regioner (Figur 36) og til en højere gennemsnitspris pr. døgnosis (Figur 37). Sidstnævnte skyldes, at det billigste antivirale lægemiddel aciclovir kun udgør 86,6% af de antivirale receptordinationer i Region Hovedstaden i forhold til landsgennemsnittet på 88,8% (Figur 38).

Valaciclovir (Zelitrex®) er ca. dobbelt så dyrt som aciclovir (Zovir®), som anbefales på Basislisten. Valaciclovir er et prodrug til aciclovir, men ellers er der ifølge den Nationale Rekommandationsliste ikke fundet konsistente forskelle i effekt på de to stoffer. Valaciclovir kan doseres færre gange dagligt (3 x dgl) end aciclovir (5 x dgl), men det tillægges ifølge den Nationale Rekommandationsliste ikke nogen afgørende betydning, da behandlingen kun varer i en uge. Famciclovir (Famvir®) er cirka 4 gange så dyrt som aciclovir, men er ifølge den Nationale Rekommandationsliste ikke bedre. Famciclovir udgør ca. 1,8% af forbruget i regionen (Figur 38). Hvis forbruget af valaciclovir og famciclovir kan omlægges til aciclovir, kan der årligt spares ca. 1 mio. kr. i Region Hovedstaden.

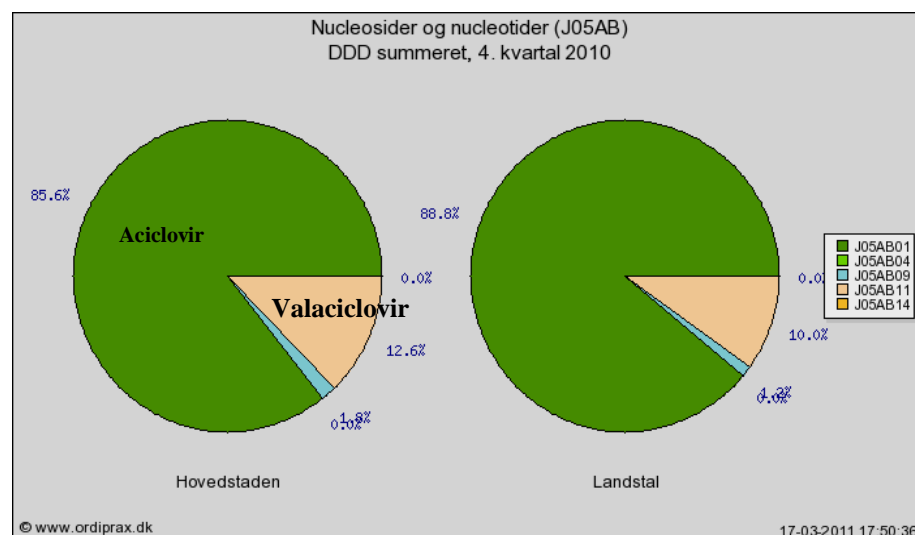
Medicinfunktionen og Praksiskonsulentordningen har i samarbejde med Sundhedsfagligt Råd for Klinisk Mikrobiologi udarbejdet en antibiotikavejledning for almen praksis, som blev offentliggjort i juni 2011.



**Figur 36:** Udviklingen i forbrug (DDD) af antivirale midler pr. 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 37:** Udviklingen i gennemsnitsprisen for en døgndosis (AUP/DDD) af antivirale midler i regionerne i perioden 2008-2010 Kilde: Ordiprax.



**Figur 38:** Fordeling af forbruget på forskellige antivirale midler i Region Hovedstaden og i landet som helhed i 4. kvartal 2010. Kilde: Ordiprax.

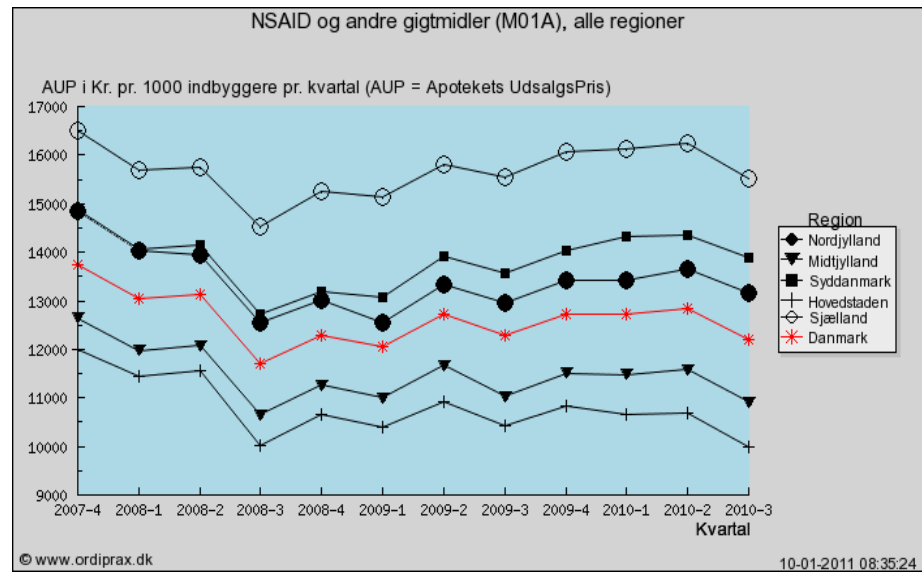
**Anbefaling:**

- For at minimere udviklingen af resistente bakterier bør Medicinfunktionen fortsat arbejde for at begrænse anvendelsen af makrolider og fluoroquinoloner til det nødvendige.
- Forbruget af valaciclovir (Zelitrex®) og famciclovir (Famvir®) bør omlægges til det ligeværdige, men meget billigere aciclovir (Zovir®)
- Der bør arbejdes på implementering af antibiotikavejledning fra juni 2011 - herunder også i lægevagten.

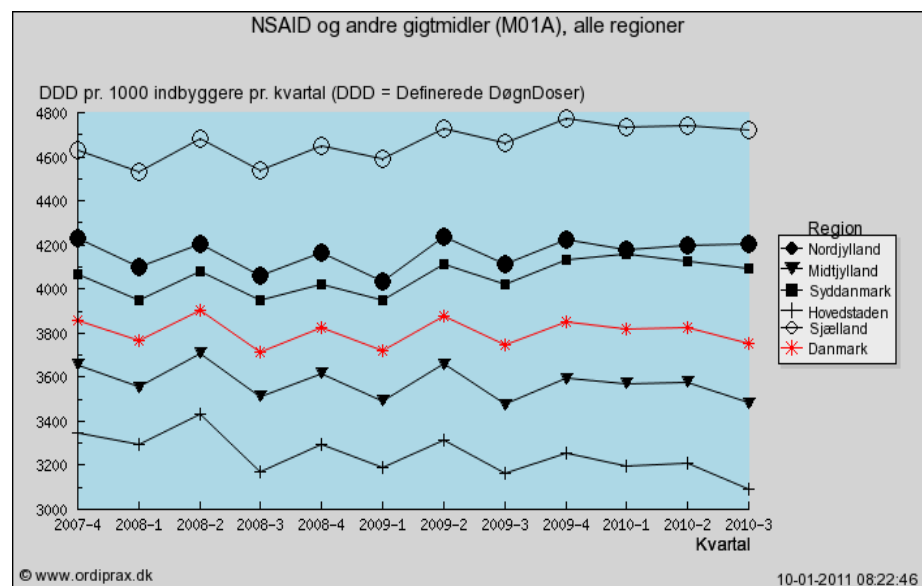
## Indsats for rationel ordination af NSAID

Anvendelse af non-steroide antiinflammatoriske lægemidler (NSAID) er udbredt i praksissektoren, selvom paracetamol har færre bivirkninger og ofte har ligeværdig effekt. Ved behov for NSAID er ibuprofen, anvendt i lavest mulige dosis og i kortest mulige tid, et relativt fornuftigt terapivalg ud fra effekt, bivirkninger og pris.

Region Hovedstaden har landets laveste forbrug af ordineret NSAID målt på såvel udgift (AUP) som forbrug (DDD) – Figur 39 og Figur 40. Region Hovedstaden har også landets laveste forbrug af ordineret paracetamol – se Figur 42 - som er et alternativ til NSAID.

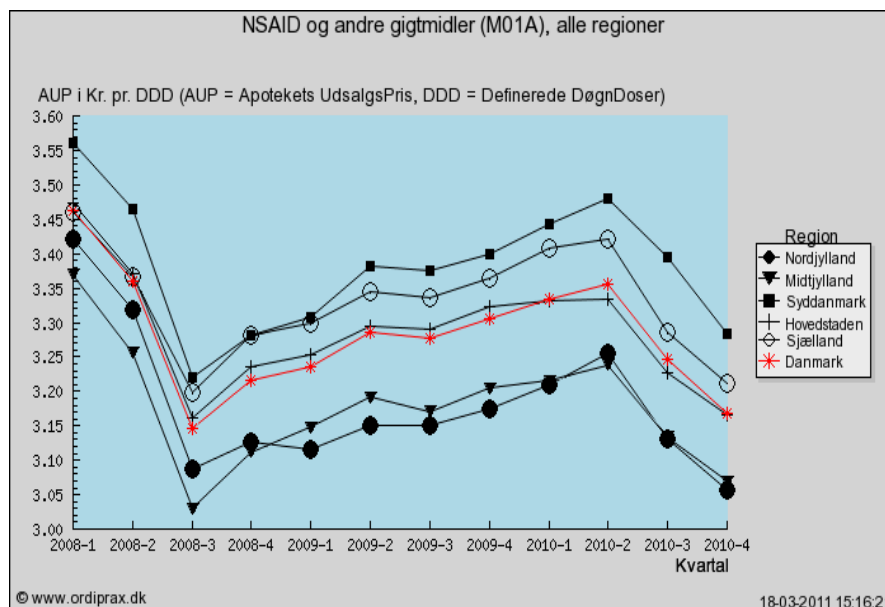


**Figur 39:** Udvikling i udgift (AUP) til NSAID pr. 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 2008 - 2010. Data er inkl. glukosamin. Kilde: Ordiprax.

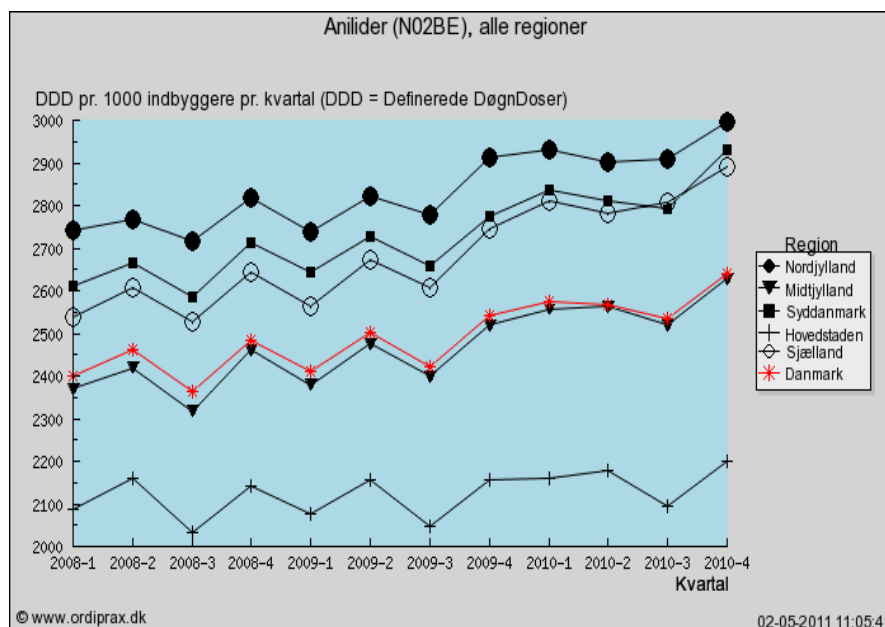


**Figur 40:** Udvikling i NSAID forbrug (DDD) pr. 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 2008 - 2010. Data er inkl. glukosamin. Kilde: Ordiprax.

Der anvendes ikke dyrere midler i denne gruppe i Region Hovedstaden sammenlignet med resten af landet, idet gennemsnitsprisen (AUP/DDD) i regionen for gruppen M01A (inkl. glukosamin) er som landsgennemsnittet – se Figur 41. Forskellen i AUP/DDD regionerne imellem er i øvrigt lille.

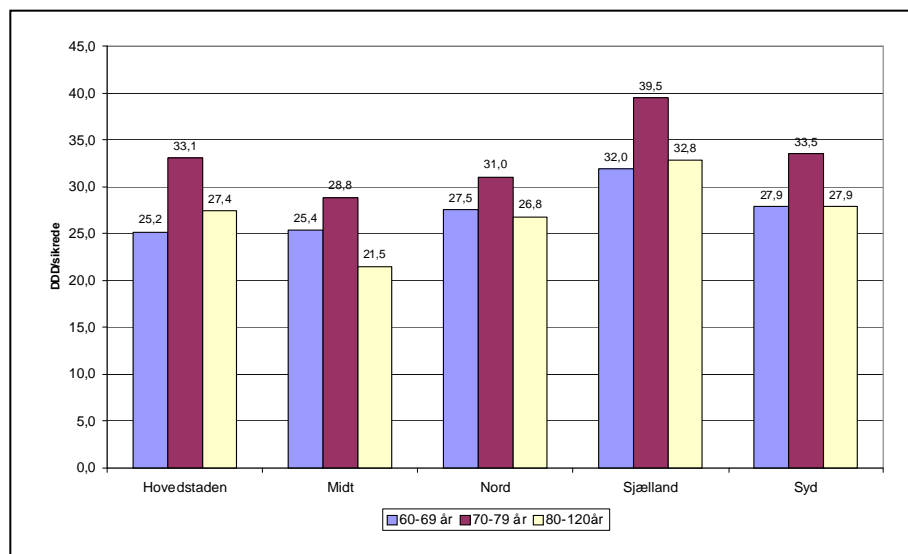


**Figur 41:** Udviklingen i gennemsnitsprisen pr. døgn-dosis (AUP/DDD) NSAID i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

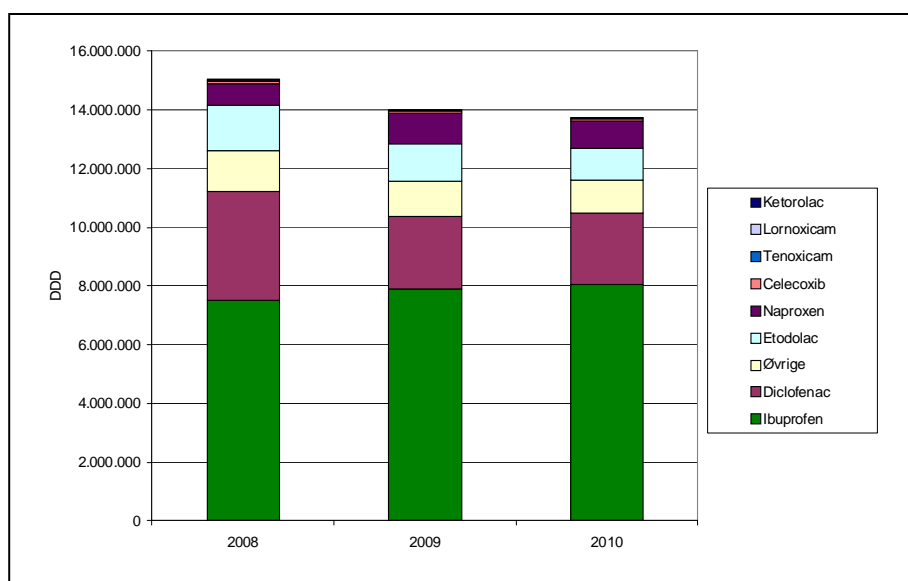


**Figur 42:** Udviklingen i forbrug (DDD) af paracetamol per 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 2008 - 2010. Kilde: Ordiprax.

Især ældres forbrug af NSAID bør begrænses, da de er mere følsomme for bivirkningerne. Figur 43 viser, at der i Region Hovedstaden ordineres stort set som landsgennemsnittet til 60+ årige.



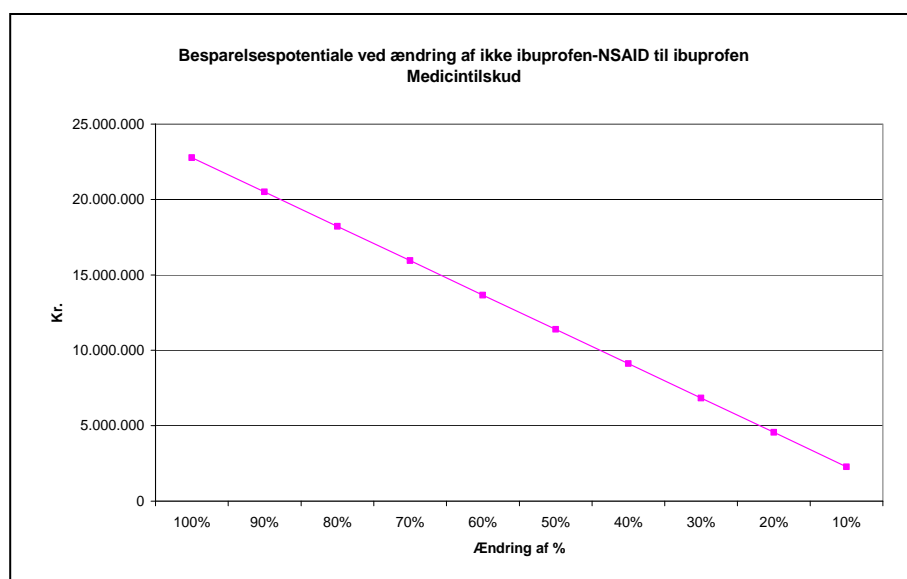
**Figur 43:** Forbrug (DDD) pr. sikrede af NSAID (M01A) til 60+ årige i de 5 regioner i perioden januar-oktober, 2010. Kilde: Targit.



**Figur 44:** NSAID (M001A uden glukosamin). Forbrugsfordeling (DDD) mellem de forskellige NSAID i perioden 2008 - 2010. Kilde: Targit.

Af Figur 44 kan beregnes, at det samlede forbrug af NSAID uden glukosamin er faldet 9% i perioden 2008 til 2010, mens forbruget af det rekommanderede ibuprofen er steget med 8%. Samtidig ses, at skønt forbruget for hele gruppen af NSAID er faldet, er forbrugsandelen af ibuprofen steget. Dette synes som en god udvikling i forhold til Basislistens anbefalinger.

Ibuprofen er på regionens Basisliste og udgør 38% af de ordinerede DDD i gruppen NSAID - se Figur 47. Ibuprofens effekt er ligeværdig med øvrige gigtmidlers effekt, det er billigt og har færre bivirkninger. Fraregnes glukosamin, udgør ibuprofen 59% af de ordinerede DDD i gruppen - se Figur 46.

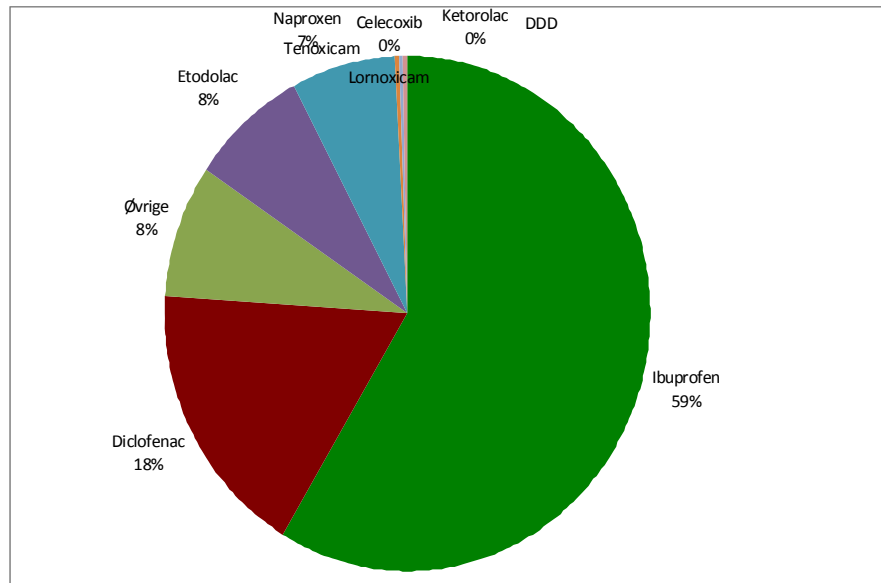


**Figur 45:** Årlig besparelsespotentiale i sygesikringsudgifterne ved ændring af ikke-ibuprofen præparater til ibuprofen. Der er ikke AUP for frihandelsvaren glukosamin, hvorfor besparelsen ikke beregnet på AUP. Kilde: Targit.

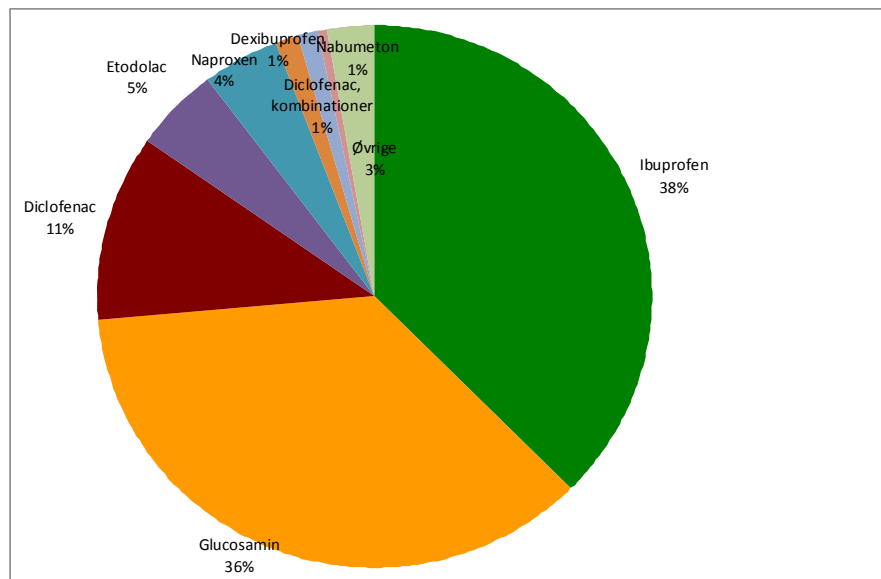
I Figur 45 kan man se, at besparelsen til sygesikringsudgifter til NSAID på et år kunne være ca. 23 mio. kr., hvis alle ordinerede NSAID præparater blev ændret til ibuprofen. Heraf udgør omlægning af glukosamin til ibuprofen ca. 60% af besparelsen. Medicintilskudsnettet har i september 2011 indstillet til Lægemiddelstyrelsen, at glukosamin får frataget det generelle (automatiske) tilskud.

Hvis 50% af de ordinerede NSAID ændres til ibuprofen, vil besparelsen på sygesikringsudgiften være ca. 11 mio. kroner på et år. Der vil endvidere være en besparelse til patienten, kommunerne og sygeforsikringer. I beregningen indgår ikke besparelse på grund af færre bivirkninger. Når patienter får lavere beløb registreret i det centrale tilskudsregister, afføder det yderligere besparelser for regionen for den medicin, som patienten ellers køber. Disse besparelser er heller ikke medregnet. I beregningerne er der heller ikke taget højde for, at nogle patienter anvender glukosamin som supplement til egentlig NSAID behandling. Figur 47 viser, at glukosamin står for 36% af forbruget i Region Hovedstaden, mens Figur 48 viser, at glukosamin står for godt halvdelen af regionens medicintilskudsudgifter til gruppen. Det anbefalede ibuprofen står kun for 13% af medicintilskudsudgifterne, skønt det udgør 38% af de ordinerede doser.

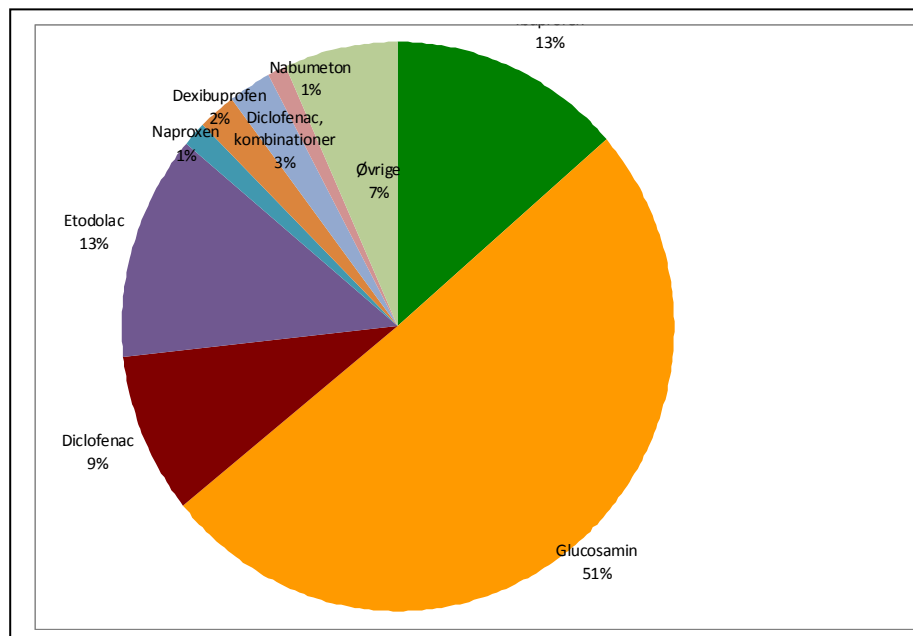




**Figur 46:** NSAID (M01A uden glukosamin): Forbrugsfordeling (DDD) praksissektor Region Hovedstaden i 2010. Kilde:Targit.



**Figur 47:** NSAID (M01A): Forbrugsfordeling (DDD) i praksissektor i Region Hovedstaden i 2010. Kilde: Targit.



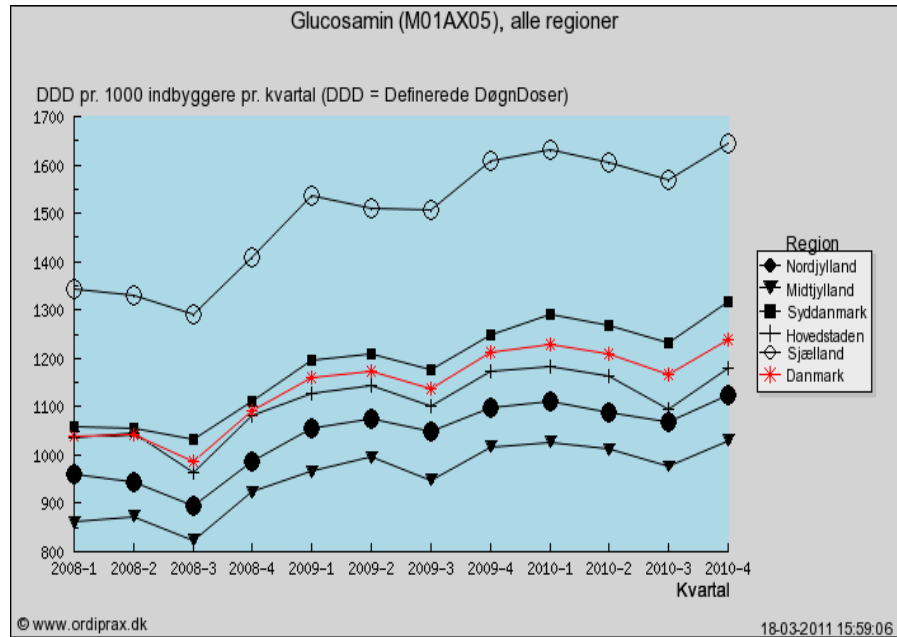
**Figur 48:** NSAID inkl. Glucosamin (M01A): Tilskudsfordeling (Kr.) praksissektor i Region Hovedstaden i 2010: Kilde Targit.

Glucosamins effekt på osteoartrose er omdiskuteret. I Rationel Farmakoterapi nr. 3, marts 2011 beskrives glucosamin som et middel med meget få og ret harmløse bivirkninger, hvor evidensen for midlets virkning har ændret sig med tiden. Det er således blevet tiltagende klart, at glucosaminchlorid ikke har påviselig effekt sammenholdt med placebo, hvilket efterlader glucosaminsulfat som eneste mulighed. Og her har undersøgelser vist, at det kun er glucosaminsulfat produceret af firmaet Rottapharm/Madaus, som kan have en vis effekt. Netop dette firma sælger ikke sine produkter i Danmark. Det må derfor betragtes som evident, at alle glukoseformuleringer, som er i handelen i Danmark, ikke har dokumenteret effekt. I tråd hermed har Medicintilskudsnavnet i september 2011 indstillet til Lægemiddelstyrelsen, at det generelle klausulerede tilskud fjernes fra glucosamin.

Region Hovedstadens forbrug af glucosamin pr. 1.000 indbyggere ligger under landsgennemsnittet – se Figur 49. Man kan godt stille spørgsmålstegn ved, om dette forbrug er rationelt.

**Anbefaling:**

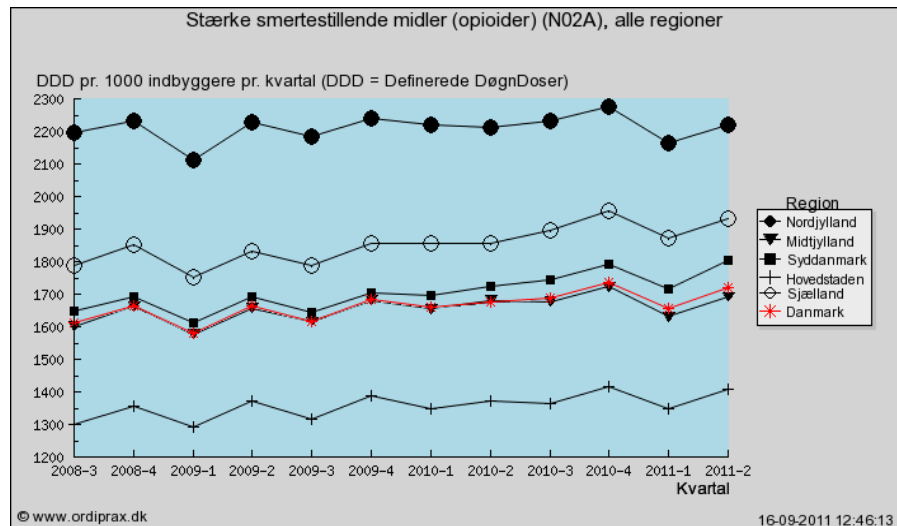
- *Medicinfunktionen bør fortsat arbejde for at begrænse ordination af NSAID, især til ældre.*
- *Der bør fortsat arbejdes for at øge forbrugsandelen af det anbefalede ibuprofen på bekostning af de ikke-rekommanderede NSAID – herunder glucosamin.*



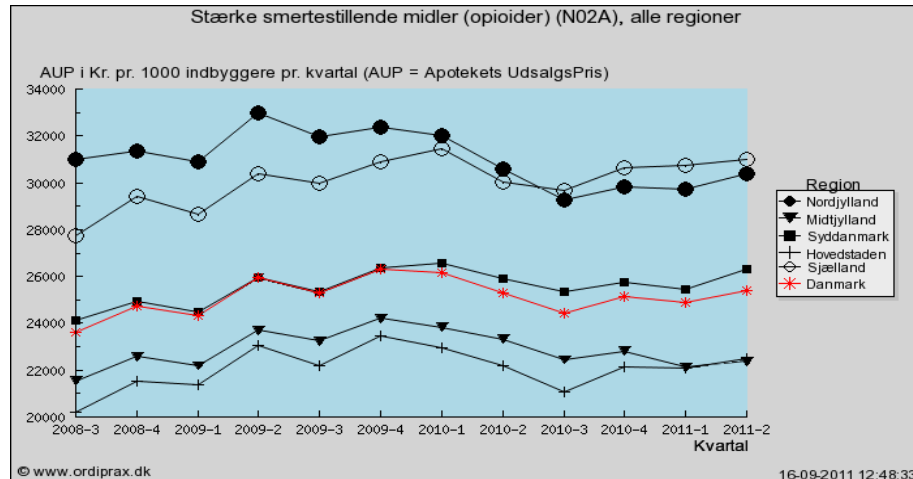
**Figur 49:** Udviklingen i forbruget (DDD) af glukosamin pr. 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

### Indsats for rationel ordination af stærkt virkende morfika

Region Hovedstadens praksissektor har landets laveste forbrug af opioider, N02A. Det gælder, hvad enten forbruget måles i DDD eller i kr. (AUP) per 1.000 indbyggere - Se Figur 50 og Figur 51.



**Figur 50:** Udviklingen i forbruget (DDD) af morfika (N02A) pr. 1.000 indbyggere i regionerne i perioden 3. kvartal 2008 – 2. kvartal 2011. Kilde: Ordiprax.



**Figur 51:** Udviklingen i forbrug (Kr. AUP) af morfika (N02A) i regionerne i perioden 3. kvartal 2008 til 2. kvartal 2011. Kilde: Ordiprax.

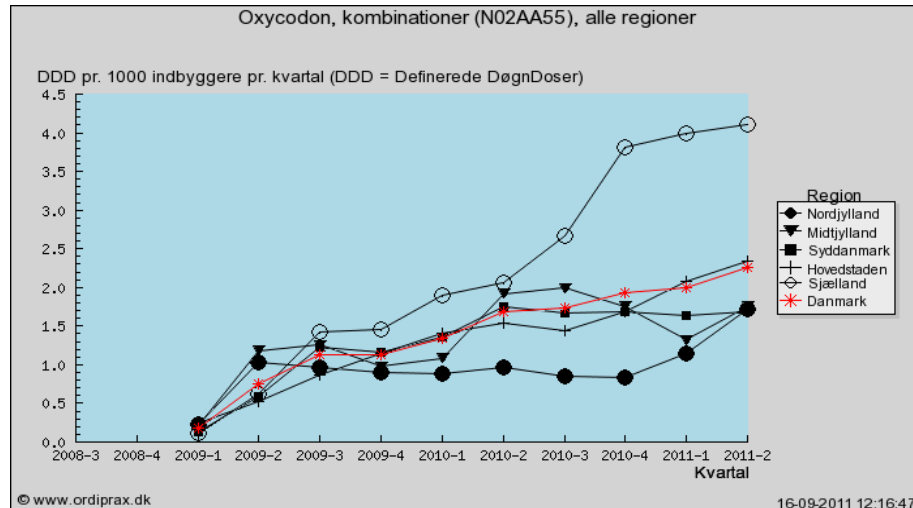
Inden for stærkt virkende orale morfika er der ikke nævneværdig forskel på effekt og bivirkninger, men der er stor forskel på prisen!

I de senere år er anvendelse af det rekommanderede morfin blevet delvist erstattet af hovedsagligt oxycodon både i hospitals- og praksissektor. Oxycodon koster ca. dobbelt så meget som morfin, hvilket har økonomisk betydning for både region og patienter, da der anvendes for ca. 40 – 50 mio. kr. oxycodon per år i Region Hovedstaden.

Da oxycodon tilmed ikke har nogle sikre kliniske fordele frem for det rekommanderede morfin, har Medicinfunktionen i samarbejde med den Regionale Lægemiddelkomite og relevante Sundhedsfaglige Råd, igennem flere år søgt at udbrede rationel anvendelse af orale stærkt virkende morfika.

Patentet for oxycodon udløber så vidt vides i efteråret 2012, hvorefter billigere iden-tiske kopipræparater kan forventes markedsført. Måske er det derfor, at producenten af oxycodon nu forsøger at relancere Targin (oxycodon tilsat opioidantagonisten naloxon, til modvirkning af opioidinduceret obstipation). Siden sommeren 2011 er der set et sporadisk spirende forbrug af Targin i Region Hovedstaden svarende til landsgennemsnittet – se Figur 52.

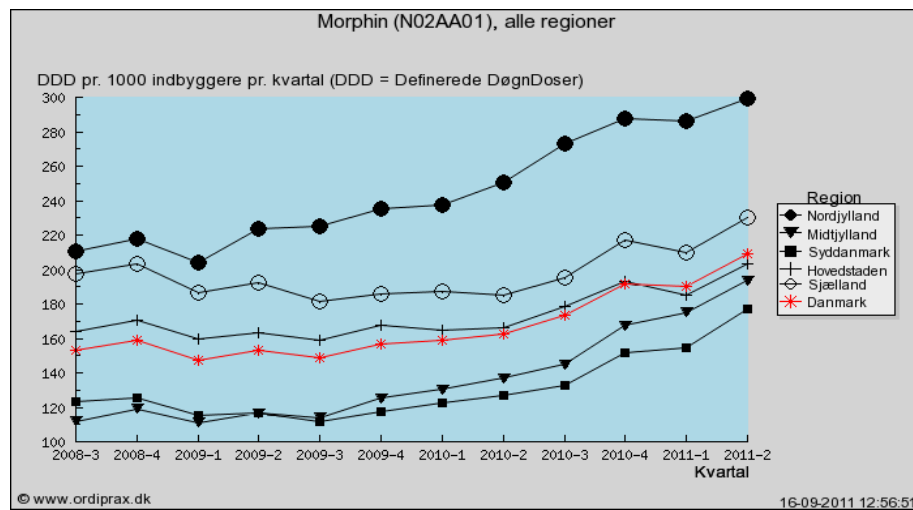
Om Targin skriver den Nationale Rekommandationsliste: .....der ”stilles spørgsmålstegn ved den kliniske relevans af naloxons effekt på opioidinduceret obstipation. Der savnes tillige sammenlignede studier med patienter i fast laxantiabehandling.”



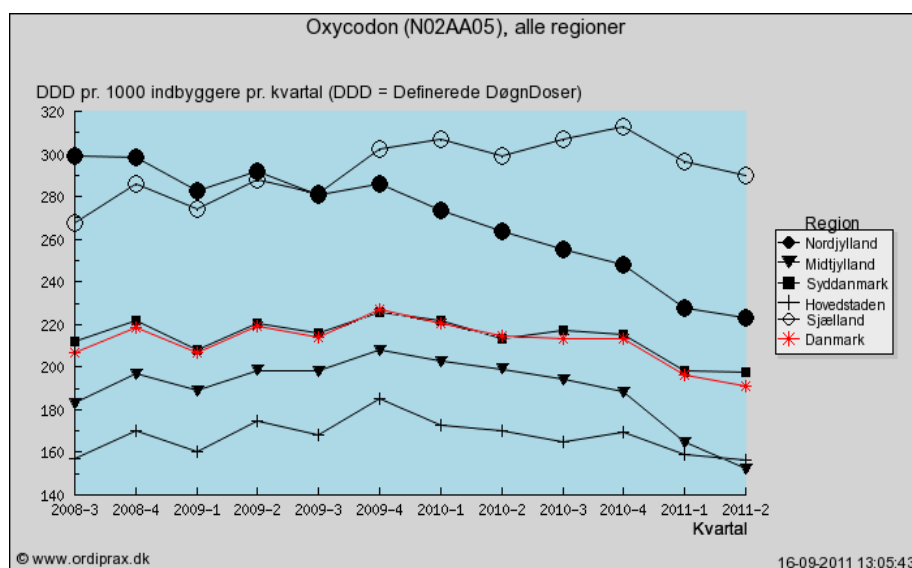
**Figur 52:** Forbrugsudvikling (DDD) af Targin (oxycodon + naloxon) i regionerne i perioden 3. kvartal 2008 til 2. kvartal 2011. Kilde Ordiprax.

Morfinforbruget i Region Hovedstaden er som landsgennemsnittet og stigende i perioden fra 3. kvartal 2009 til 2. kvartal 2011 – se Figur 53. Til og med 1. kvartal 2011 er forbruget af oxycodon landets laveste målt i DDD/1.000 indbyggere, og forbruget har været faldende lige siden 4. kvartal 2009 – se Figur 54. Dette mønster er ønskeligt, om end forbrugsandelen af oxycodon kunne mindskes yderligere uden at kvaliteten af behandlingen blev dårligere. Selvom Region Hovedstaden har landets laveste forbrug, er det alligevel Region Hovedstaden, der procentvis har reduceret forbruget mest i forhold til de øvrige regioner i perioden 4. kvartal 2009 til 3. kvartal 2010 – se Figur 58.

I september 2010 udsendte Region Hovedstaden breve til praktiserende læger og speciallæger, der ordinerer oxycodon og morfin. Brevene angav besparelspotentialt, hvis 90% af oxycodon doserne blev ændret til ækvipotent morfin dosis. I Figur 57 ses besparelspotentialt for hele regionen. Hvis 90 % af oxycodon doserne ændres, er besparelsen for region, kommuner, sygeforsikringer og patient samlet ca. 25 mio. kr.

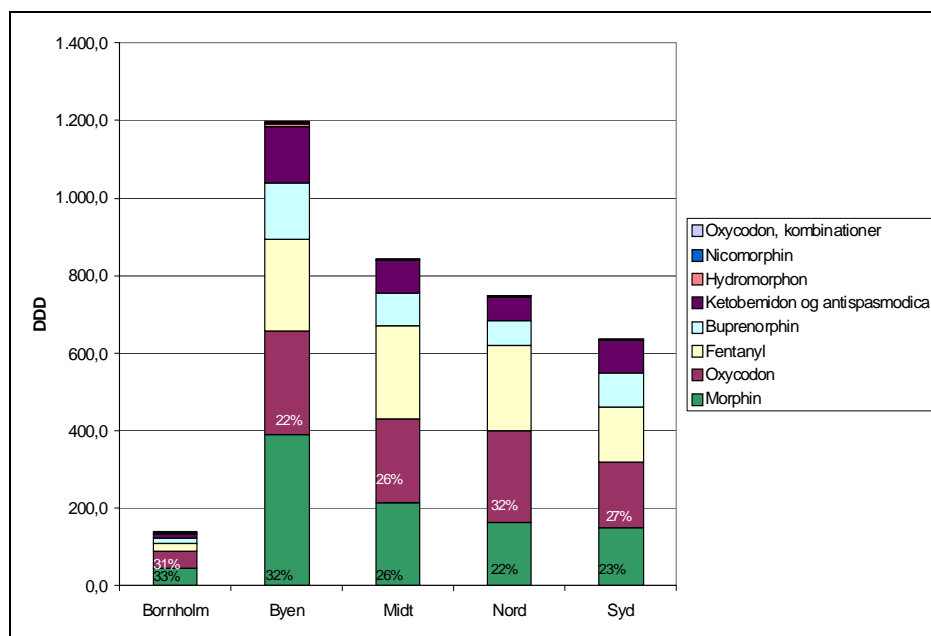


**Figur 53:** Udviklingen i forbruget (DDD) af morfin i regionerne i perioden 3. kvartal 2008 til 2. kvartal 2011. Kilde: Ordiprax.



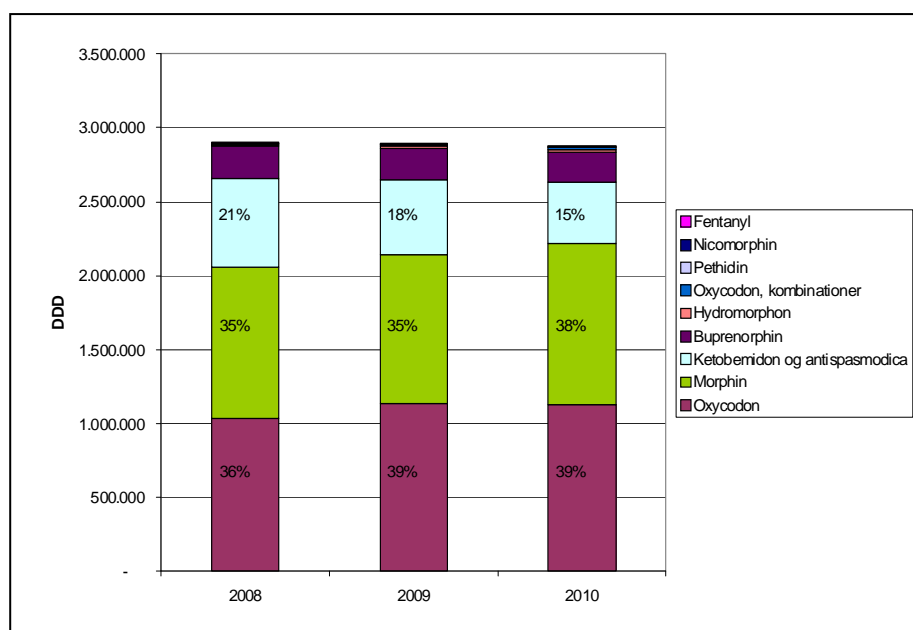
**Figur 54:** Udviklingen i forbruget (DDD) af Oxycodon i regionerne i perioden 3. kvartal 2008 til 2. kvartal 2011. Kilde: Ordiprax.

Forbrugsmønstret af de stærkt virkende opioide analgetika varierer i Region Hovedstadens planområder. Forbrugsandelen af oxycodon er forholdsvis stort i område Bornholm og Nord, mens Byen har en bedre fordeling af de to stoffer, se Figur 55.

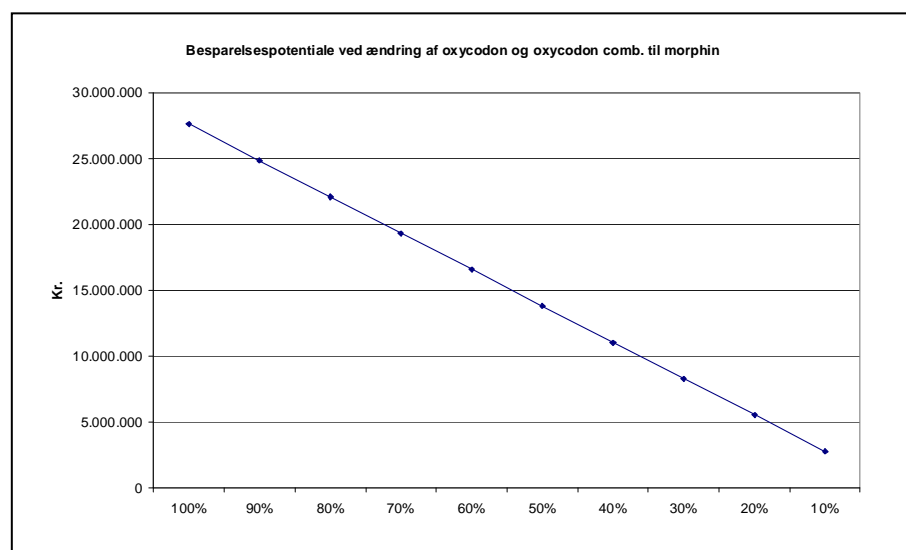


**Figur 55:** Forbrug (DDD) af stærkt virkende opioide analgetika (N02A) i planområderne i Region Hovedstaden i januar - oktober 2010. Kilde: Targit.

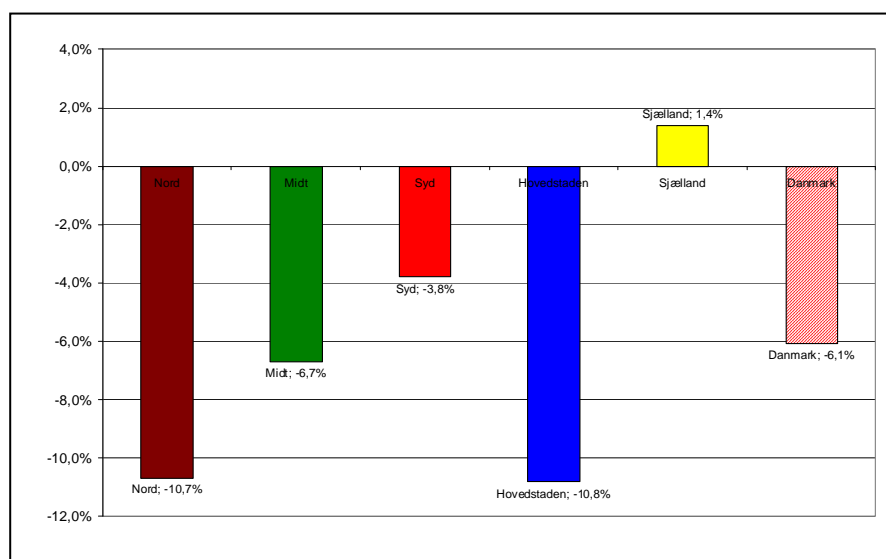
Forbruget af de orale stærkt virkende opioide analgetika er faldet i treårs perioden 2008 til 2010. Andelen af morfin og oxycodon er steget, idet præparater med ketobemidion er faldet – se Figur 56.



**Figur 56:** Frobrugsfordeling (DDD) af orale stærkt virkende opioide analgetika i Region Hovedstaden 2008-2010. Kilde: Entire.



**Figur 57:** Årlig teoretisk besparelsespotentiale ved ændring af oxycodon og oxycodon comp. til morfin. Beregnet fra forbrug i Region Hovedstaden i perioden januar -oktober 2010. Anvendt potensforhold oxycodon/morfin: 1/1,5. Kilde: Targit.



**Figur 58:** Ændring i forbrug af oxycodon i regionerne i perioden fra 4. kvartal 2009 til 3. kvartal 2010. Kilde: Ordiprax.

**Konklusion:** Region Hovedstaden har det laveste forbrug af morfika i forhold til resten af Danmark. Der ordineres en større andel af det rekommanderede morfin i Region Hovedstaden end i det øvrige land. Der er fortsat et stort irrationelt forbrug af oxycodon i forhold til det rekommanderede morfin. Der er en faldende tendens i forbruget af oxycodon, som er større end i det øvrige land. Der kan identificeres visse geografiske forskelle i regionen. Der er et stort besparelsespotentiale ved øget rationelt forbrug på over 20 mio. kr.

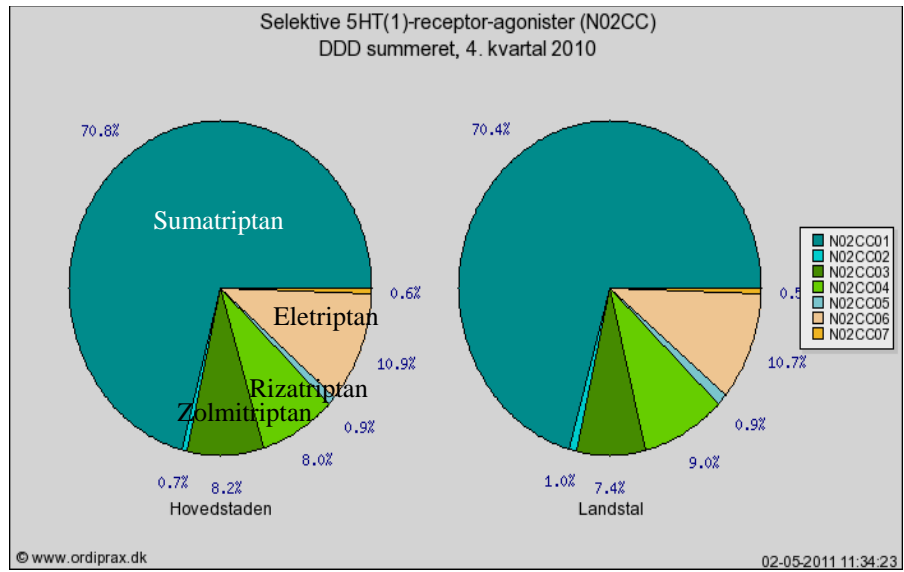
**Anbefaling:** *Indsatsen for at ændre forbruget af oxycodon til morfin bør fortsættes. Forbruget af Targin følges, og hvis det stiger meget, bør der gøres en indsats for at ændre forbruget til morfin.*

### **Indsats for rationel ordination af migrænemidler (triptaner)**

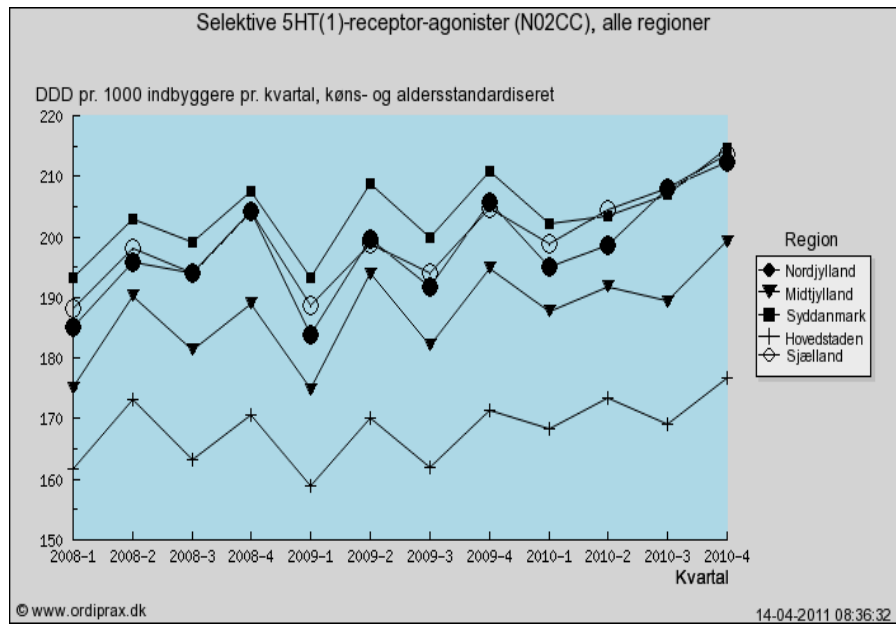
På Basislisten er kun sumatriptan (Imigran®) anbefalet. Sumatriptan udgjorde i 2010 knapt 71% af alle de ordinerede DDD i gruppen – se Figur 59. Hvis de ikke rekommanderede migrænemidler var købt til sumatriptans gennemsnitspris for en døgndosis (AUP/DDD) i 2010, havde besparelsen (AUP) været ca. 15 mio. kr. for region, borgere, kommuner og sygeforsikringer tilsammen. Gennemsnitspriserne for migrænemidlerne for én døgndosis varierede i 2010 fra ca. 15 kr. for sumatriptan, som er det billigste til 68 kr. for det dyreste, som er rizatriptan (Maxalt®).

Region Hovedstaden ordinerer færrest DDD pr. 1.000 indbyggere sammenlignet med resten af landet. Se Figur 60. Forbruget i Region Hovedstaden er 14% lavere end landsgennemsnittet. Den gennemsnitlige pris pr. DDD er lidt under landsgennemsnittet. Se Figur 61.

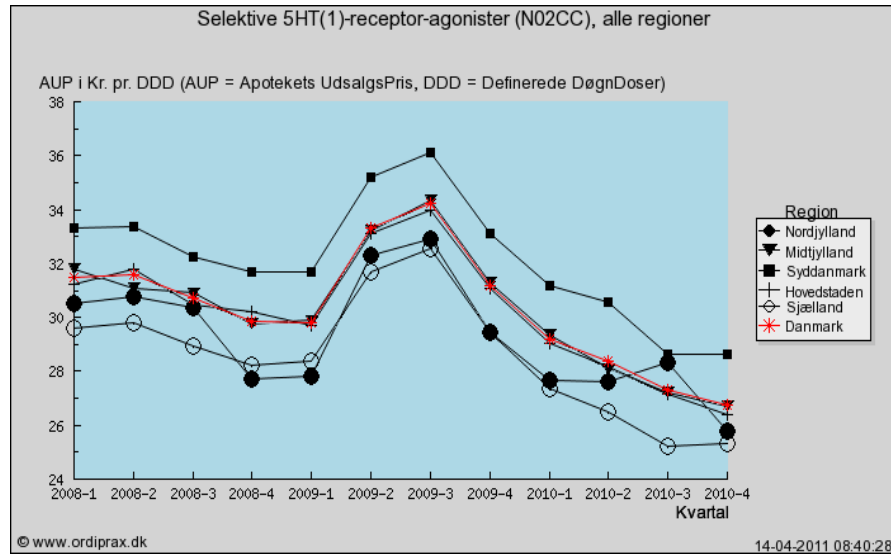




**Figur 59:** Forbrugsfordeling (DDD) for triptaner i Region Hovedstaden og på landsplan i 4. kvartal 2010. Kilde Ordiprax.



**Figur 60:** Udvikling i forbrug (DDD) pr. 1.000 indbyggere af triptaner i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 61:** Udviklingen i gennemsnitsprisen pr. døgndosis (AUP/DDD) for triptaner i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

*Anbefaling:* Medicinfunktionen bør fortsat arbejde for at øge forbrugsandelen af sumatriptan.

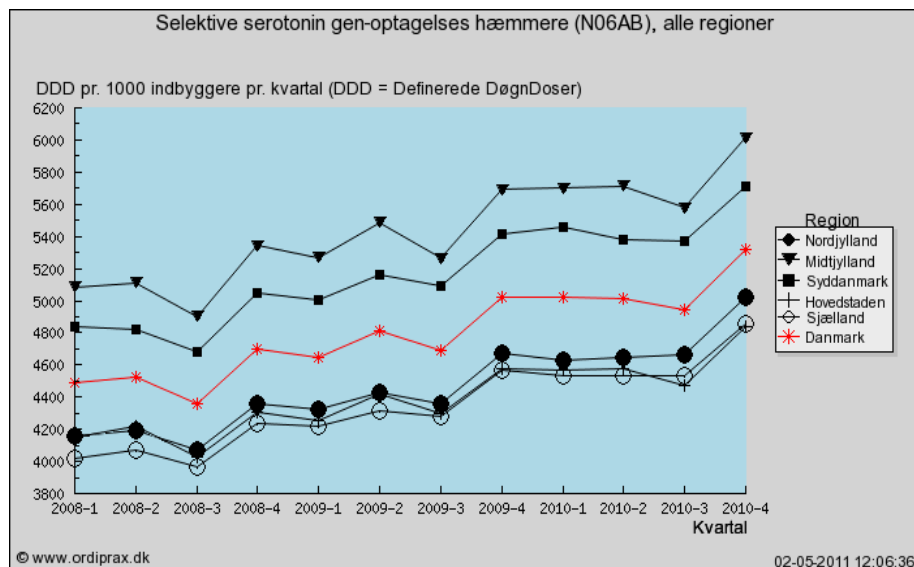
### Indsats for rationel ordination af antidepressiva

Forbruget af SSRI mod depressioner er steget i perioden 2008 – 2010 i alle regioner. Region Hovedstaden er fortsat den region, der sammen med Region Sjælland ordinerer færrest SSRI pr. 1.000 indbyggere – se Figur 62.

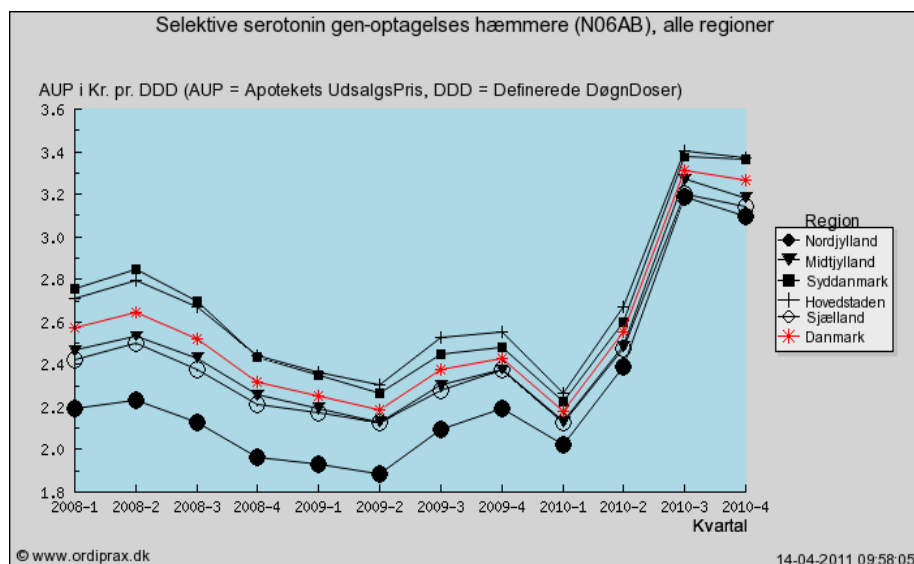
Region Hovedstaden er fortsat den region, der har den dyreste gennemsnitspris per døgndosis SSRI – se Figur 63. Dette skyldes bl.a., at det dyre escitalopram (Cipralex®) udgør en større andel af forbruget i Region Hovedstaden end på landsplan – se Figur 64. Forskellen regionerne imellem er dog ikke stor.

Medicinfunktionen har siden 2008 haft fokus på at ændre forbruget af det dyre escitalopram til fordel for det billigere citalopram. IRF vurderer, at de to stoffer er stort set ligeværdige med hensyn til virkning og bivirkninger. Det er således i tråd med Medicinfunktionens indsats, at andelen af escitalopram falder og andelen af citalopram stiger i perioden 2008 - 2010. Se Figur 66.

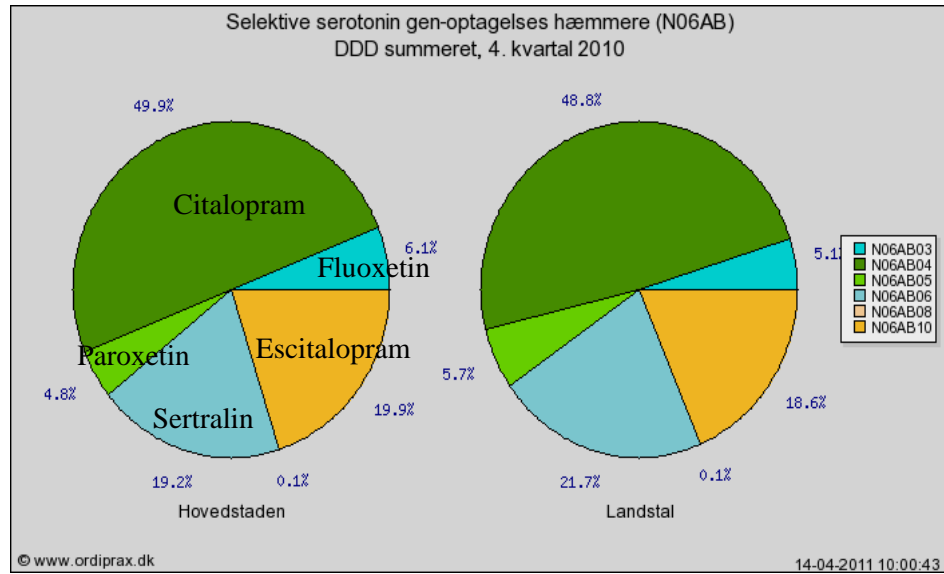
Hvis alle ordinerede doser escitalopram kunne ændres til citalopram, kunne der i 2010 være sparet ca. 39 mio. kr. (AUP) for patienter, region, kommuner og sygeforsikringer tilsammen. I beregningen er anvendt følgende tal: Gennemsnitspris i 2010 for 1 DDD citalopram 1,30 kr., gennemsnitspris i 2010 for 1 DDD escitalopram 7,50 kr. og et forbrug på 1,6 mio. DDD escitalopram i 4. kvartal 2010.



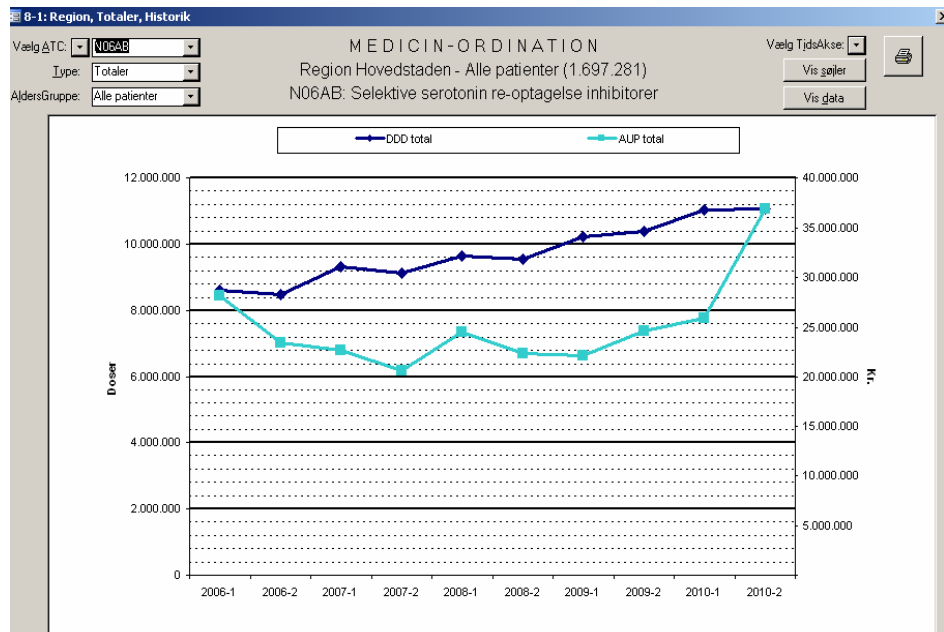
**Figur 62:** Udvikling i forbrug (DDD) pr. 1.000 indbyggere af antidepressiva af typen SSRI i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.



**Figur 63:** Udvikling i gennemsnitsprisen for en døgndosis (AUP/DDD) antidepressiva af typen SSRI i regionerne i perioden 2008 – 2010. Kilde: Ordiprax.

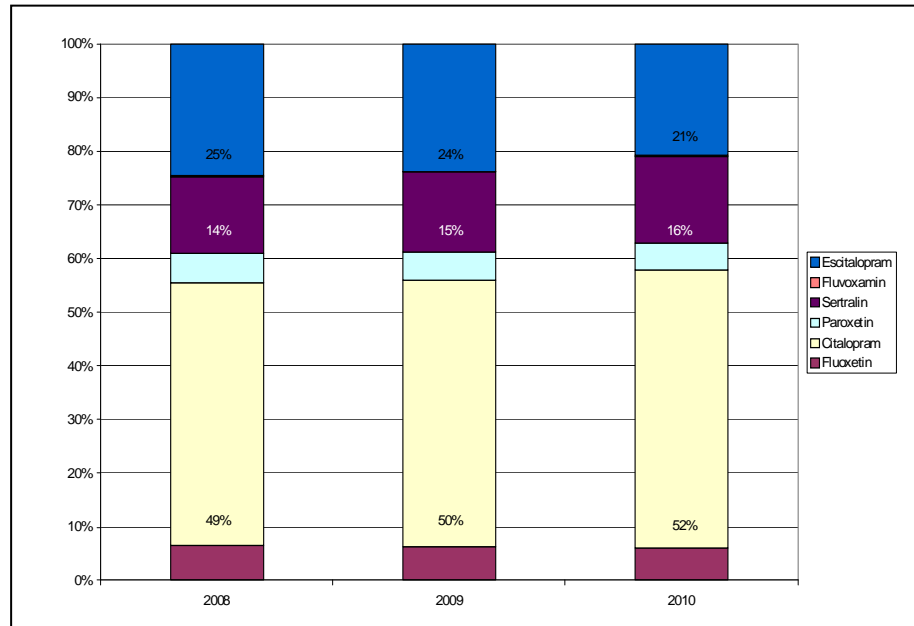


**Figur 64:** Fordeling af forbruget (DDD) af SSRI i Region Hovedstaden og i hele landet. Kilde Ordiprax.

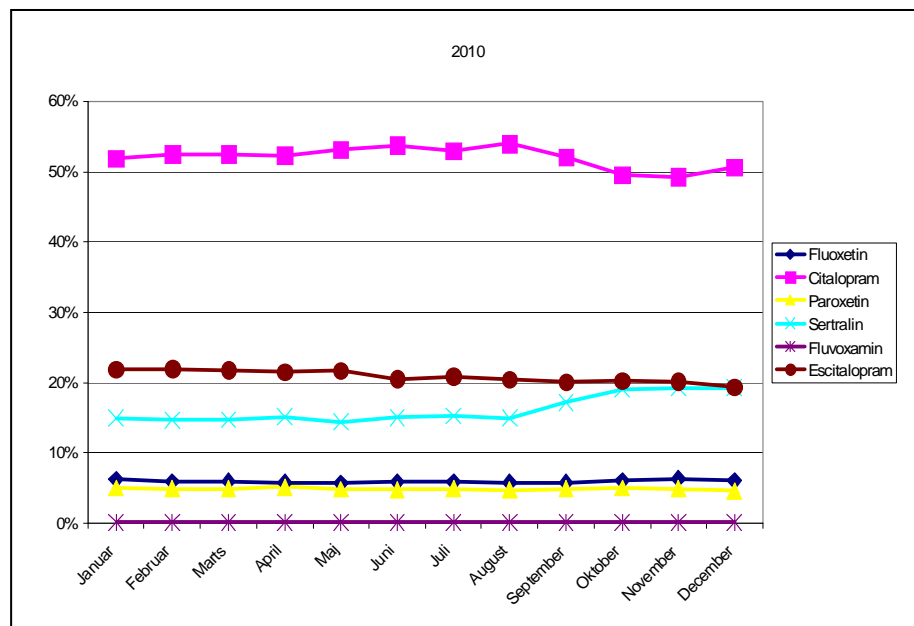


**Figur 65:** Udvikling i forbrug (DDD) og udgifter (AUP) for SSRI i Region Hovedstaden i perioden 2006-2010. Kilde: OPS2000.

I Figur 65 ses, at forbrugs- og udgiftsstigningen forløb omtrent parallelt indtil 1. halvår 2010. Herefter stiger udgifterne mere end forbruget. Dette skyldes primært store prisstigninger på det rekommanderede citalopram. Prisstigningerne førte til, at citalopram blev fjernet fra Basislisten i september 2010, så eneste anbefalede SSRI er sertralin. I Figur 67 ses, at det netop er fra september 2010, at sertralinforgbruget stiger på bekostning af citalopram.



**Figur 66:** Fordeling i forbrug (DDD) af SSRI i Region Hovedstaden i perioden 2008-2010. Kilde Targit.



**Figur 67:** Ændring af forbruget for SSRI i Region Hovedstaden i 2010. Kilde: Ordiprax.

**Anbefaling:** Medicinfunktionen bør fortsat arbejde for at ændre forbruget af escitalopram til citalopram, samt anbefale at nye patienter sættes i behandling med citalopram eller sertralín, hvis der er indikation for en SSRI.

# BILAG 1:

De 40 mest anvendte lægemidler i praksissektoren i forhold til forbrug (DDD) og omsætning (AUP) i Region Hovedstaden i 2010 – Sorteret efter faldende forbrug (DDD).

Nr.	Top 40 DDD 2010 - ATC -Stoffer	Mio. DDD	Mio. kr. AUP	Mio. kr. Tilskud
1	C10AA01 - Simvastatin	43,5	18,0	7,8
2	C08CA01 - Amlodipin	32,0	11,0	4,0
3	B01AC06 - Acetylsalicylsyre C03AB01 - Bendroflumethiazid og	31,6	24,5	13,1
4	kalium	27,4	41,5	19,7
5	C03CA01 - Furosemid	24,8	9,8	6,2
6	C09AA02 - Enalapril	23,4	8,2	3,2
7	N06AB04 - Citalopram	16,2	31,6	15,5
8	N02BE01 - Paracetamol	14,4	32,1	20,1
9	C09AA05 – Ramipril	13,1	5,2	2,1
10	G03AA10 - Gestoden og estrogen	12,5	11,8	11,8
11	C07AB02 - Metoprolol G03AA09 - Desogestrel og	10,2	29,3	12,1
12	estrogen	9,9	16,8	16,8
13	A02BC02 - Pantoprazol	9,3	8,8	3,8
14	A10BA02 - Metformin	9,2	12,9	6,7
15	C09CA01 - Losartan*	8,6	13,1	6,2
16	A02BC01 - Omeprazol	8,6	9,1	3,6
17	M01AE01 - Ibuprofen	8,1	13,5	4,8
18	M01AX05 - Glucosamin**	7,8	-	18,2
19	H03AA01 - Levothyroxinnatrium	7,5	9,3	3,5
20	C10AA05 - Atorvastatin G03AA12 - Drospirenon og	7,5	51,5	37,9
21	estrogen	7,2	19,8	19,7
22	C09BA02 - Enalapril og diuretica	6,6	4,0	1,3
23	N06AB10 - Escitalopram	6,5	48,4	32,2
24	C09CA06 - Candesartan*	6,0	22,7	14,8
25	G03CA03 - Estradiol	5,7	34,7	16,3
26	M05BA04 - Alendronsyre R03AK07 - Formoterol og andre midler mod obstruktiv	5,5	5,6	3,9
27	lungesygdom	5,4	104,3	76,9
28	R03AC03 - Terbutalin	5,4	18,6	10,8
29	A02BC03 - Lansoprazol	5,4	8,4	3,9
30	N05CF01 - Zopiclon	5,3	7,3	7,3
31	R03BA02 - Budesonid	5,3	41,3	25,0
32	A10BB12 - Glimepirid	5,3	3,9	1,9
33	A12BA01 - Kaliumchlorid	5,2	19,6	12,9
34	N06AB06 - Sertralin	5,0	4,9	1,7
35	C09DA01 - Losartan og diuretica	4,9	13,7	7,2
36	B01AA03 - Warfarin	4,4	18,2	10,3
37	N02AX02 - Tramadol	4,3	18,7	10,7

38 N06AX16 - Venlafaxin	4,2	6,4	2,6
39 H02AB06 - Prednisolon	4,1	5,2	3,1
40 C10AA07 - Rosuvastatin	3,9	27,5	19,7
<b>Top 40 i alt</b>	<b>430,7</b>	<b>790,9</b>	<b>499,3</b>
<b>Totalt</b>	<b>678,4</b>	<b>3.139,1</b>	<b>2.420,8</b>
<b>Andel af top 40 anbefalet på Basislisten 2010</b>	<b>83%</b>	<b>69%</b>	<b>65%</b>
<b>Andel af top 40 anbefalet til særlige tilfælde på Basislisten 2010</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>
<b>Andel af top 40 ikke anbefalet på Basislisten 2010</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>
<b>Andel af top 40 der ikke er taget stilling til på Basislisten 2010</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>

Losartan blev optaget på Basislisten.dk/hovedstaden i marts 2010 og candesartan blev ikke længere nævnt til visse tilfælde

**BILAG 1 (fortsat):**

**De 40 mest anvendte lægemidler i praksissektoren i forhold til forbrug (DDD) og omsætning (AUP) i Region Hovedstaden i 2010 – Sorteret efter omsætning (AUP).**

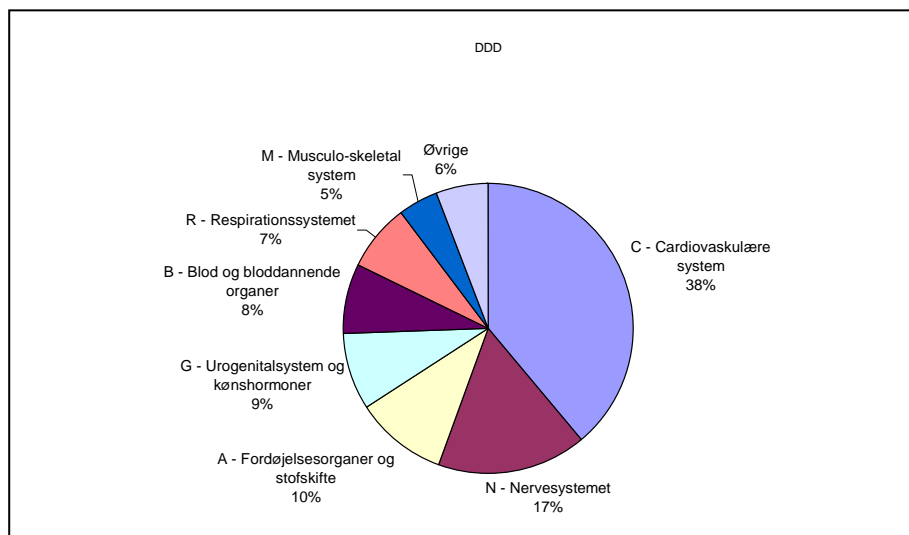
Nr.	Top 40 <u>AUP</u> 2010 - ATC -Stoffer	Mio.DDD	Mio. kr.AUP	Mio. kr.Tilskud
	R03AK07 - Formoterol og andre midler mod obstruktiv			
1	lunnesygdom	5,4	104,3	76,9
2	N05AH03 - Olanzapin	1,7	78,6	68,2
3	N05AH04 – Quetiapin	1,2	65,5	55,4
4	R03BB04 - Tiotropiumbromid	3,7	59,4	46,4
5	C10AA05 - Atorvastatin	7,5	51,5	37,9
6	N06AB10 - Escitalopram	6,5	48,4	32,2
	R03AK06 - Salmeterol og andre midler mod obstruktiv			
7	lunnesygdom	2,5	48,2	36,4
8	A02BC05 - Esomeprazol	3,8	45,9	32,9
9	N02AA05 - Oxycodon	1,1	45,3	36,8
10	N06BA04 - Methylphenidat	2,5	44,7	35,9
	C03AB01 - Bendroflumethiazid			
11	og kalium	27,4	41,5	19,7
12	R03BA02 - Budesonid	5,3	41,3	25,0
13	N02AB03 - Fentanyl	1,0	38,3	33,4
14	N05AX12 - Aripiprazol	0,6	35,9	30,6
15	G03CA03 - Estradiol	5,7	34,7	16,3
16	N02BE01 - Paracetamol	14,4	32,1	20,1
17	N06AB04 - Citalopram	16,2	31,6	15,5
18	C07AB02 - Metoprolol	10,2	29,3	12,1
19	C10AA07 - Rosuvastatin	3,9	27,5	19,7
20	G03GA05 - Follitropin alfa	0,1	27,2	23,5
21	G04BE03 - Sildenafil	0,5	27,1	25,3
22	A10AD05 - Insulin aspart	2,3	26,7	20,9
23	N06AX21 - Duloxetin	1,6	26,5	20,1
24	J01CF01 - Dicloxacillin	0,7	26,4	12,7
	J01CE02 -			
25	Phenoxymethylpenicillin	3,3	26,2	9,3
26	G04BE08 - Tadalafil	0,4	25,9	24,0
27	B01AC06 - Acetylsalicylsyre	31,6	24,5	13,1
28	G03GA06 - Follitropin beta	0,1	23,9	20,0
29	A07EC02 - Mesalazin	1,6	23,5	17,3
30	C09CA06 - Candesartan	6,0	22,7	14,8
31	N06DA02 - Donepezil	0,7	22,3	18,3
32	A10AE05 - Insulin detemir	1,2	22,1	17,4
33	N05AX08 - Risperidon	0,6	22,1	19,2
34	A10BX07 - Liraglutid	0,7	21,9	17,6



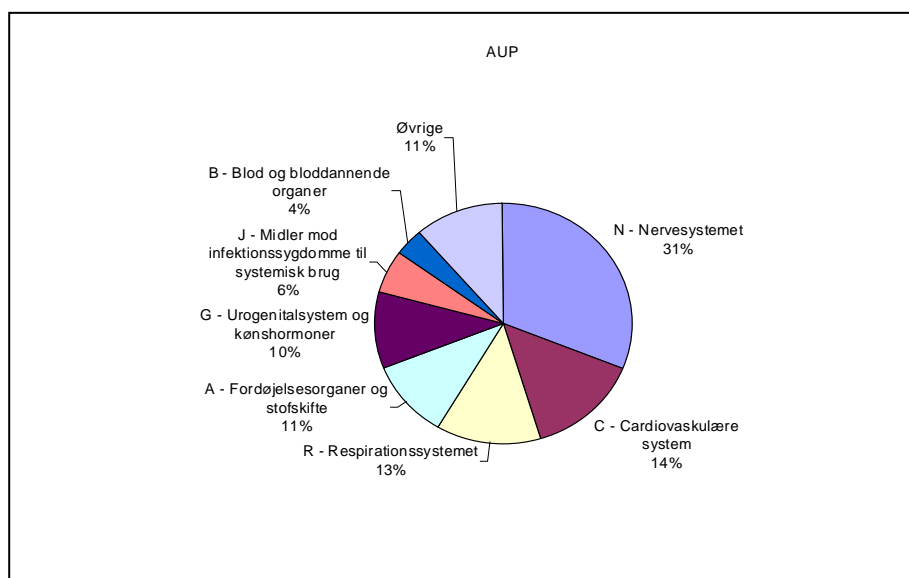
N04BA02 - Levodopa og			
35 decarboxylase-hæmmer	0,5	21,3	19,7
36 N04BC05 - Pramipexol	0,3	21,2	18,1
37 A10AB05 - Insulin aspart	1,8	20,8	15,9
38 N02AE01 - Buprenorfin	0,5	20,8	16,0
39 B01AC07 - Dipyridamol	3,2	20,5	13,3
G03AA12 - Drospirenon og			
40 estrogen	7,2	19,8	19,7
<b>Top 40 i alt</b>	<b>185</b>	<b>1.397</b>	<b>1.027</b>
<b>Totalt</b>	<b>678,4</b>	<b>3.139,1</b>	<b>2.420,8</b>
<b>Andel af top 40 anbefalet på Basislisten 2010</b>	<b>63%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>
<b>Andel af top 40 anbefalet til særlige tilfælde på Basislisten 2010</b>	<b>12%</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>
<b>Andel af top 40 ikke anbefalet på Basislisten 2010</b>	<b>14%</b>	<b>26%</b>	<b>27%</b>
<b>Andel af top 40 der ikke er taget stilling til på Basislisten 2010</b>	<b>12%</b>	<b>34%</b>	<b>38%</b>

**BILAG 1 (fortsat):**

**De 40 mest anvendte lægemidler i praksissektoren i forhold til forbrug (DDD) og omsætning (AUP) i Region Hovedstaden i 2010 – Sorteret efter forbrugsandel af de forskellige terapigrupper (ATC-niveau 1).**



Forbrugsandel (DDD) opgjort på terapigrupper (ATC-niveau 1) for de 40 mest anvendte lægemidler i praksissektoren



Forbrugsandel (AUP) opgjort på terapigrupper (ATC-niveau 1) for de 40 mest anvendte lægemidler i praksissektoren