

Markant fald i forbruget af sove- og angstdæmpende medicin

- en analyse af forbruget fra 2004 til begyndelsen af 2009

Indhold

[Resumé](#)

[Baggrund](#)

[Forbruget er faldet markant det sidste år](#)

[Store regionale forskelle i forbruget](#)

[Færre brugere af benzodiazepiner](#)

[Færre langtidsbrugere](#)

[Ældre kvinder bruger fortsat mest](#)

[Tidligere brugere af benzodiazepiner skifter ikke til andre lægemidler mod nervesystemet ved ophør](#)

[Effekt af de nye kørekortregler](#)

[Bilag](#)

Resumé

I andet halvår 2008 blev indsatsen for at nedbringe forbruget af benzodiazepiner intensiveret. Sundhedsstyrelsens nye vejledning om ordination af afhængighedskabende lægemidler trådte i kraft den 1. juli 2008 og Institut for Rationel Farmakoterapi udsendte i efteråret nyt materiale til læger, praksismedarbejdere, brugere og pårørende, ligesom flere regioner var ude med særlige kampagner.

Den intensiverede indsats ser ud til at have haft effekt. Det samlede forbrug af benzodiazepiner solgt på recept til enkeltpersoner er faldet med næsten 9 pct. fra 2007 til 2008. Faldet i den tre årige periode fra 2004 til 2007 var samlet på 12 pct. Antallet af brugere er ikke faldet helt så meget som forbruget, men antallet af langtidsbrugere udgør en mindre andel af brugerne, ligesom andelen af korttidsbrugere, der kun indløser de mængder, der anbefales af Sundhedsstyrelsen og Institut for Rationel Farmakoterapi, er stigende.

Der er fortsat relativt store regionale forskelle i forbruget af benzodiazepiner. Region Midtjylland, og især det tidligere Ringkøbing Amt, har gjort en særlig indsats igennem flere år, og her ligger forbruget noget lavere end i de øvrige regioner.

Hovedparten af de benzodiazepinbrugere, der ophører med behandlingen, påbegynder ikke anden behandling med lægemidler mod nervesystemet.

De nye regler for udstedelse, fornyelse og generhvervelse af kørekort for brugere af benzodiazepiner ser allerede nu ud til at have haft effekt på forbruget, selvom den fulde effekt først må forventes at slå igennem i slutningen af 2009, når alle kørekortansøgere på overgangsordningen

har fået behandlet deres sager. Der ses et markant større fald i forbruget på de typer medicin, der medfører indskrænkninger i kørekortet, end på de typer, der kan tillades med eller uden tidsbegrænsning.

Baggrund

Et længerevarende forbrug af sove- og angstdæmpende medicin af benzodiazepintypen bør undgås, da det kan medføre afhængighed og risiko for blandt andet svimmelhed, hukommelses- og koncentrationsbesvær, samt øget risiko for fald. Der er derfor i gennem årene blevet iværksat forskellige sundhedspolitiske initiativer for at nedbringe forbruget af disse lægemidler. Forbruget og antallet af brugere af benzodiazepiner i Danmark er da også faldet igennem mange år.

Det seneste initiativ til nedbringelse af forbruget er sket ved en revision af Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler¹. Vejledningen trådte i kraft den 1. juli 2008. Af vejledningen fremgår det blandt andet, at ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler som hovedregel skal ske ved personlig konsultation, således at læge og patient får mulighed for at drøfte behandlingen og risikoen for afhængighed. Ordination og fornyelse må heller ikke finde sted over Internettet. Hovedreglen er, at sovemidler almindeligvis kun må anvendes i 1-2 uger, og at lægen kun skal ordinere en mængde svarende til dette. Ved brug af benzodiazepiner som angstdæmpende behandling, skal der tilstræbes en behandlingsperiode på max. 4 uger. Herefter skal tilstanden vurderes på ny.

Der blev desuden indført nye regler for udstedelse, fornyelse eller generhvervelse af kørekort for brugere af benzodiazepiner. Kørekort kan fremover ikke anbefales til brugere af de typer af benzodiazepiner, der bliver i kroppen i lang tid. Der har været indført en overgangsordning i perioden 1. juli 2008 - 31. december 2008. Overgangsordningen skulle give brugerne mulighed for at ophøre med behandlingen eller skifte til et af de præparater, der udskilles hurtigere fra kroppen.

Sideløbende hermed har Institut for Rational Farmakoterapi udsendt en række behandlingsvejledninger til både læger, praksismedarbejdere, brugere og pårørende². Vejledningerne omhandler specielt forslag til, hvordan man mest hensigtsmæssigt kan iværksætte udtrapning.

I flere regioner har de regionale lægemiddelkonsulenter fulgt op med særlige initiativer over for lægerne, og embedslægerne har kontakttet de læger i hver region, der ordinerer flest benzodiazepiner, med henblik på at få dem til at reducere forbruget.

Endelig udgav Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2007 et nyt referenceprogram for diagnostik og behandling af angstlidelser hos voksne³, hvori det understreges at benzodiazepiner kun i særlige tilfælde er førstevalgspræparat ved behandling af angst.

Faktaboks

I Danmark findes der 13 forskellige benzodiazepiner, markedsført under næsten 40 forskellige handelsnavne ([bilag](#)). De er alle opbygget af den samme kerne, men med forskellige vedhæftninger. Disse påvirker lægemidlets egenskaber, fx har de betydning for, hvor lang tid det tager for stoffet at blive udskilt fra

kroppen. Udskilleleshastigheden måles i halveringstid ($T_{1/2}$). Halveringstiderne kan variere fra 3 til 72 timer (1). Derudover findes 3 forskellige benzodiazepinlignende midler, markedsført under 11 forskellige handelsnavne. De er kemisk forskellige fra benzodiazepinerne, men de virker på samme måde i hjernen. De har alle en meget kort halveringstid (1 - 5 timer).

Valget af benzodiazepin beror først og fremmest på stoffernes halveringstid. I praksis skelnes mellem kort og lang halveringstid, hvor grænsen sættes ved 12 timer. De nye kørekortregler sætter dog grænsen ved 10 timer. Som udgangspunkt skal man altid vælge et lægemiddel med kort halveringstid, men enkelte lidelser behandles bedst med de langtidsvirkende præparater. Det er dog også disse, der generelt har størst misbrugspotentiale.

Alle benzodiazepiner har både angstdæmpende og søvnfremkaldende virkning. I ATC-systemet opdeles de dog i to grupper: benzodiazepiner mod angst (ATC-gruppe N05BA) og benzodiazepiner som sovemiddel (ATC-gruppe N05CD). Disse to grupper anvendes traditionelt ved opgørelser af lægemiddelforbruget. Der findes desuden et benzodiazepin, der primært bruges til behandling af epilepsi (clonazepam), men som også kan bruges mod angst. Det er klassificeret i ATC-gruppe N03AE01. De benzodiazepinlignende midler har overvejende søvnfremkaldende virkning. De har deres egen ATC-gruppe (N05CF).

Resultater

Forbruget er faldet markant det sidste år - det samlede årlige forbrug

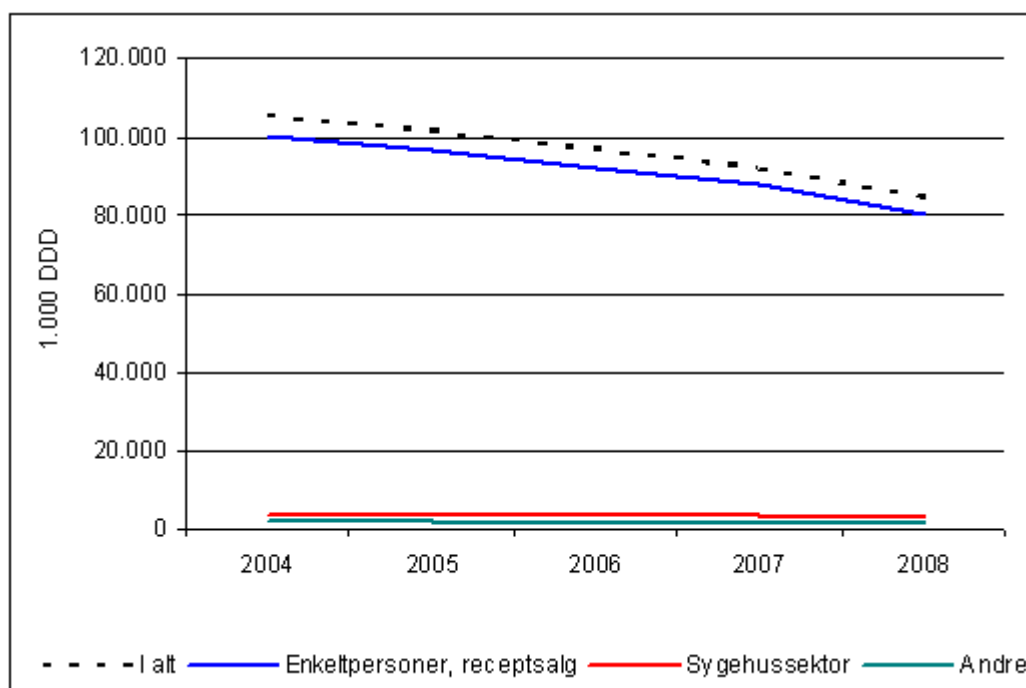
I 2008 blev der solgt 84 millioner definerede døgndoser (DDD), heraf 95 pct. på recept til enkeltpersoner i primærsektoren. Forbruget er fortsat faldende i både primær og sekundærsektoren (tabel 1 og figur 1). Faldet er størst for salg til enkeltpersoner på recept, hvor der ses et fald i perioden fra 2004 til 2008 på 20 pct. og på hele 9 pct. alene fra 2007 til 2008. Forbruget på sygehusene er faldet med 11,5 pct. i perioden 2004 til 2008, og med knap 2 pct. fra 2007 til 2008.

Tabel 1. Totalforbrug af benzodiazepiner (N05BA, N05CD, N03AE) og benzodiazepinlignende lægemidler (N05CF) i 1.000 DDD fordelt på modtagere i år 2004 til 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Enkeltpersoner, receptsalg	100.289	96.694	92.268	87.961	80.211
Sygehussektor	3.570	3.478	3.303	3.212	3.158
Andre*	1.618	1.552	1.362	1.183	1.043
I alt	105.477	101.724	96.933	92.355	84.413

*Omfatter blandt andet misbrugscentre, behandlingsinstitutioner og læger til brug i egen praksis

Figur 1. Totalforbrug af benzodiazepiner (N05BA, N05CD, N03AE) og benzodiazepinlignende lægemidler (N05CF) i 1.000 DDD fordelt på modtagere i år 2004 til 2008



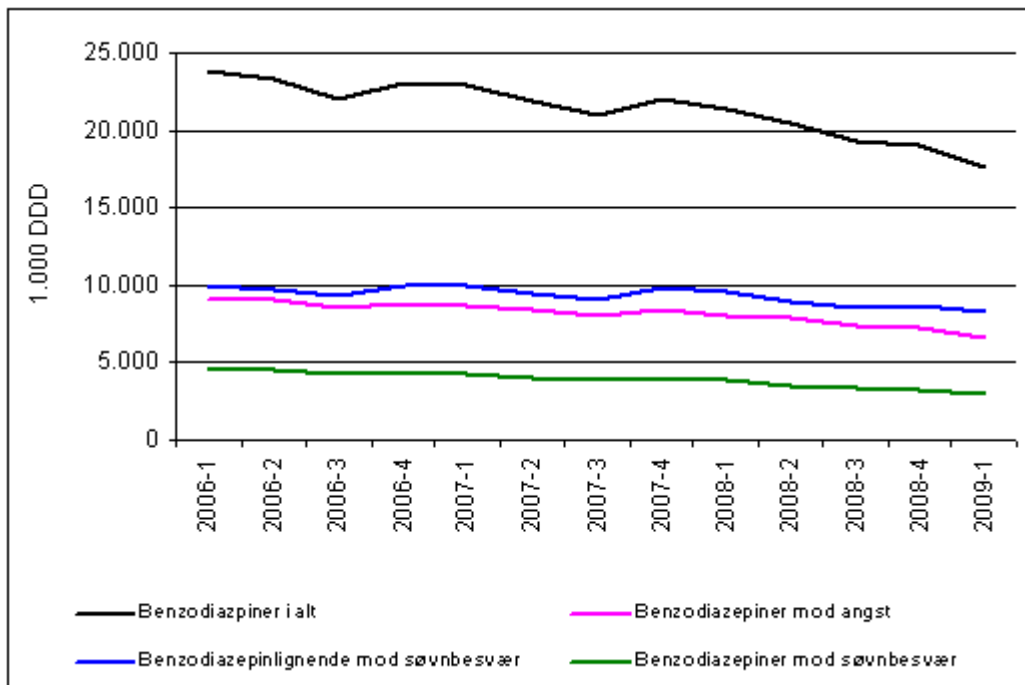
Da receptsalget til enkeltpersoner udgør 95 pct. af det samlede salg, og da det kun er dette salg, der kan følges over tid på personniveau, er alle nedenstående analyser udført på benzodiazepiner solgt på recept til enkeltpersoner. Se i øvrigt [bilag](#) for yderligere beskrivelse af datagrundlag, metoder og definitioner.

Forbruget per kvartal

For nærmere at kunne analysere, hvordan forbruget har udviklet sig efter de nyeste tiltag fra både Institut for Rationel Farmakoterapi og Sundhedsstyrelsen, er salget opgjort per kvartal fra 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009.

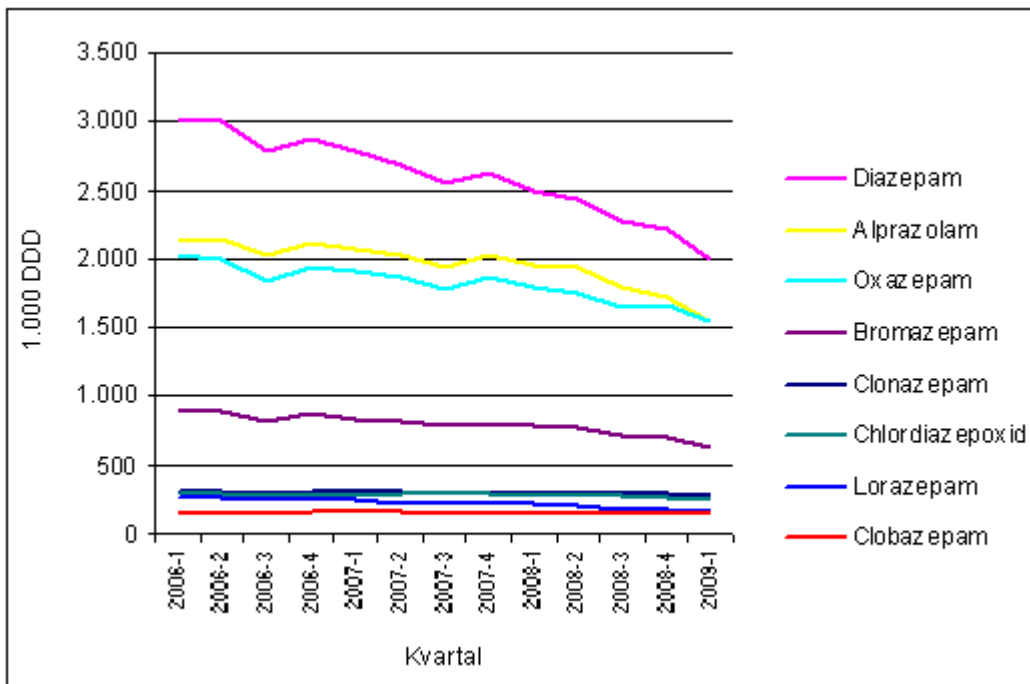
Det samlede salg af benzodiazepiner (målt i 1.000 DDD) til enkeltpersoner er faldet med 26 pct. i perioden fra 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009 (figur 2). Der ses imidlertid store sæsonvariationer i forbruget. Det samlede forbrug stiger normalt med omkring 5 pct. fra 3. til 4. kvartal, hvorefter det falder i de næste tre kvartaler med 4 – 6 pct. Der ses imidlertid ingen stigning i det samlede forbrug fra 3. til 4. kvartal 2008. Her ses i stedet en stagnation efterfulgt af et fald med næsten 8 pct. fra 4. kvartal 2008 til 1. kvartal 2009. Det er især benzodiazepinerne, der står for nedgangen i forbruget i de seneste kvartaler, mens forbruget af de benzodiazepinlignende midler viser en svag stigning fra 3. til 4. kvartal, hvorefter det falder igen. Der er således meget der tyder på, at den intensive indsats i andet halvår af 2008, for at nedbringe forbruget, særligt af de langtidsvirkende præparater, har haft effekt.

Figur 2. Forbruget af benzodiazepiner opgjort i 1.000 DDD pr. kvartal i perioden 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009. Forbruget er underopdelt i forbrug af benzodiazepiner mod henholdsvis angst (N05BA, N03AE), benzodiazepiner (N05CD) og benzodiazepin-lignende lægemidler (N05CF) mod søvnbesvær

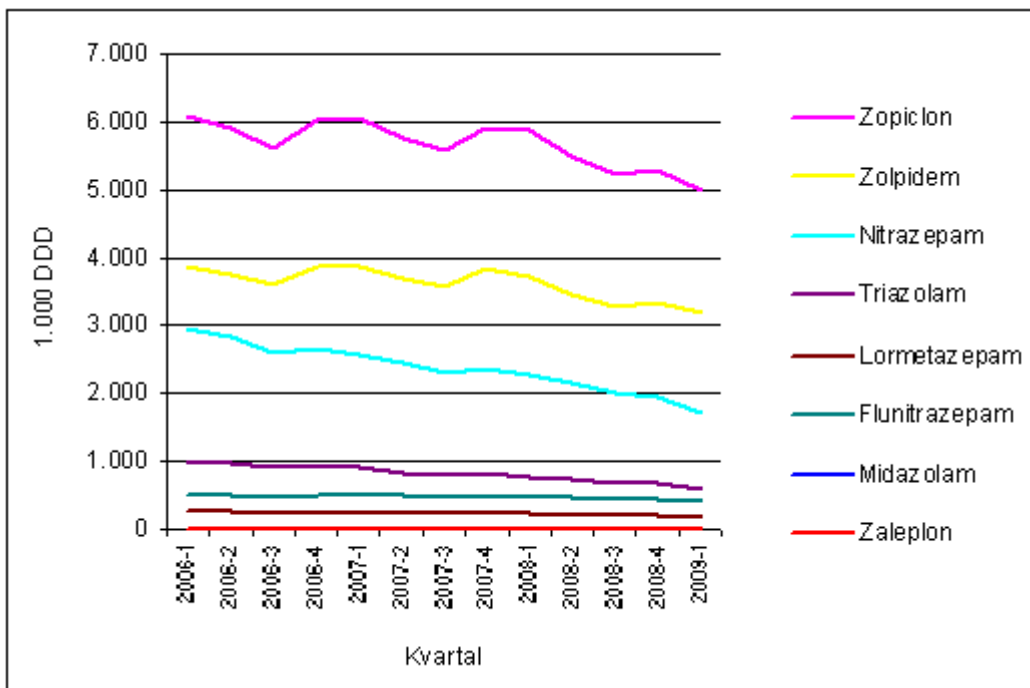


Forbruget af de enkelte benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler i perioden fra 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009 ses i figur 3 og 4. Zopiclon er det enkeltstof, der står for det højeste forbrug med næsten 5 millioner DDD, efterfulgt af zolpidem med 3,2 millioner DDD. Disse lægemidler udviser også størst sæsonvariation. Faldet i forbrug er mest markant for nitrazepam, hvor forbruget er faldet 42 pct. fra 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009, og diazepam, hvor forbruget er faldet med 34 pct. i perioden. Udviklingen er meget positiv, da både diazepam og nitrazepam er meget længe om at blive udskilt fra kroppen, og derfor tilhører de typer, der bør undgås.

Figur 3. Forbruget af de enkelte lægemidler mod angst opgjort i 1.000 DDD pr. kvartal i perioden 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009



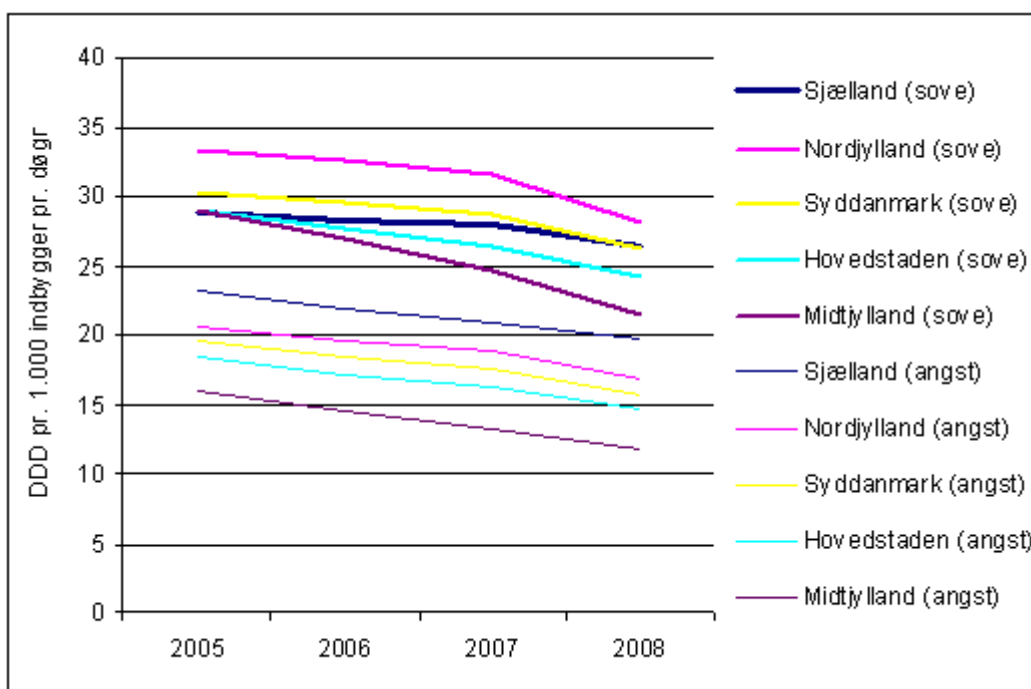
Figur 4. Forbruget af de enkelte lægemidler mod søvnløs hedopgjort i 1.000 DDD pr. kvartal i perioden 1. kvartal 2006 til 1. kvartal 2009



Store regionale forskelle i forbruget

I 2008 finder man det laveste forbrug af både angstdæmpende medicin og sovemedicin i Region Midtjylland med henholdsvis 11,8 og 21,5 DDD pr. 1000 indbygger pr. døgn (figur 5). Det højeste forbrug af angstdæmpende medicin ses i Region Sjælland med 19,8 DDD pr. 1000 indbygger pr. døgn, og det højeste forbrug af sovemedicin finder man i Region Nordjylland med 28,1 DDD pr. 1000 indbygger pr. døgn. Den største reduktion i forbruget fra 2004 til 2008 ses i Region Midtjylland med en reduktion på henholdsvis 27 pct. for de angstdæmpende midler og knap 26 pct. for sovemidlerne. Den største reduktion fra 2007 til 2008 på det samlede benzodiazepinforbrug ses ligeledes i Region Midtjylland (13 pct.) efterfulgt af Region Nordjylland (11 pct.).

Figur 5. Forbruget af benzodiazepiner opgjort på regioner i DDD pr. 1.000 indbyggere pr. døgn. Forbruget er opgjort på benzodiazepiner mod angst (N03AE, N05BA)(fed kurve) og benzodiazepiner og lignende mod søvnbesvær (N05CD, N05CF) (smal kurve). Forbruget er ikke køns- og aldersstandardiseret. Det er ikke muligt at opgøre forbruget på regionsniveau længere tilbage end 2005

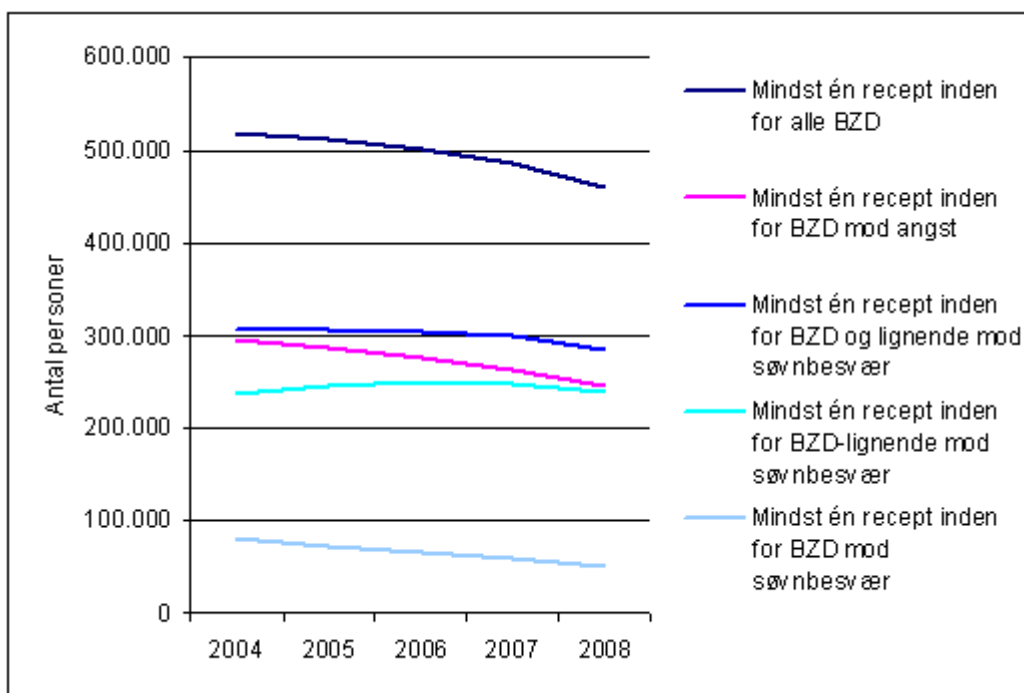


Færre brugere af benzodiazepiner

Der er fortsat mange, der indløser recept på et lægemiddel med et benzodiazepin eller et benzodiazepinlignende middel, men antallet af brugere er støt faldende, dog ikke helt så markant som forbruget (figur 6). I 2008 var der knap 245.500 personer, der indløste mindst én recept på et angstdæmpende middel (inkl. clonazepam) og knap 283.000 personer, der indløste mindst én recept på et sovemiddel, heraf hovedparten (85 pct.) på et benzodiazepinlignende middel. Antallet af brugere af benzodiazepiner mod angst er faldet med 17 pct. fra 2004 til 2008 og med 6 pct. fra 2007 til 2008. De tilsvarende tal for benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler mod søvnbesvær er henholdsvis 8 pct. og 5 pct. Dette dækker dog over et stort fald af brugere af benzodiazepiner mod søvnbesvær på henholdsvis 36 pct. og 12 pct., mens det samlede antal af brugere af de

benzodiazepinlignende midler faktisk er uændret set over hele perioden, dog med en stigning fra 2004 til 2007 med 4 pct. og et fald igen fra 2007 til 2008 med 3 pct.

Figur 6. Antal brugere, der har indløst mindst én recept på et benzodiazepin eller et benzodiazepinlignende middel i perioden 2004 til 2008, totalt og fordelt på undergrupper. Da personer kan være brugere af mere end én type af benzodiazepiner i løbet af et år, kan der være gengangere i de enkelte grupper. Antallet af personer i de forskellige grupper kan derfor **ikke** lægges sammen

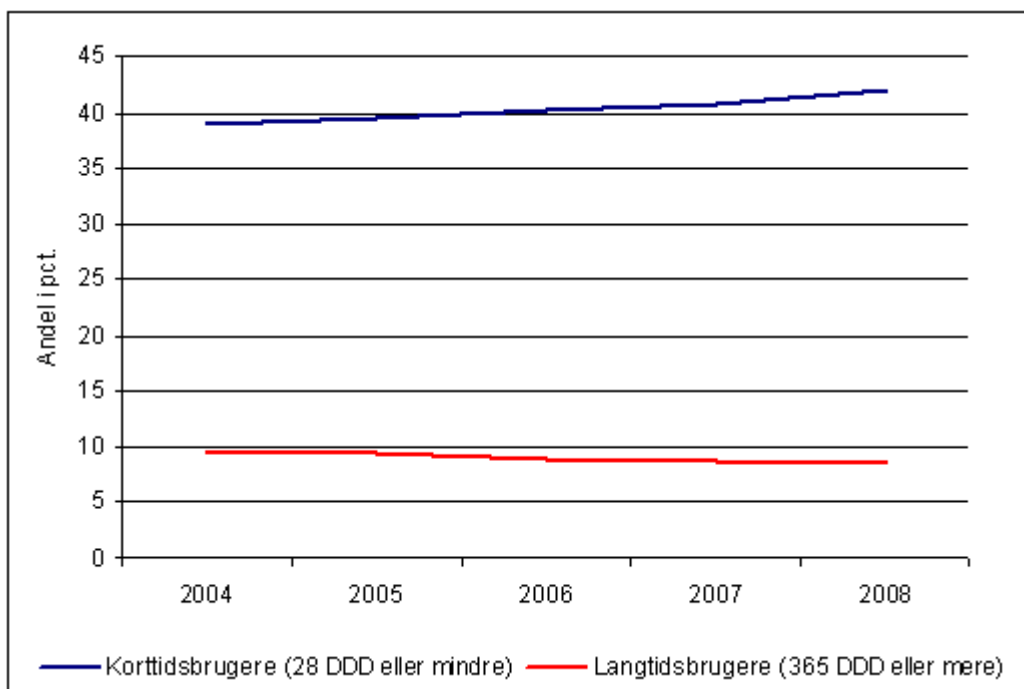


Færre langtidsbrugere

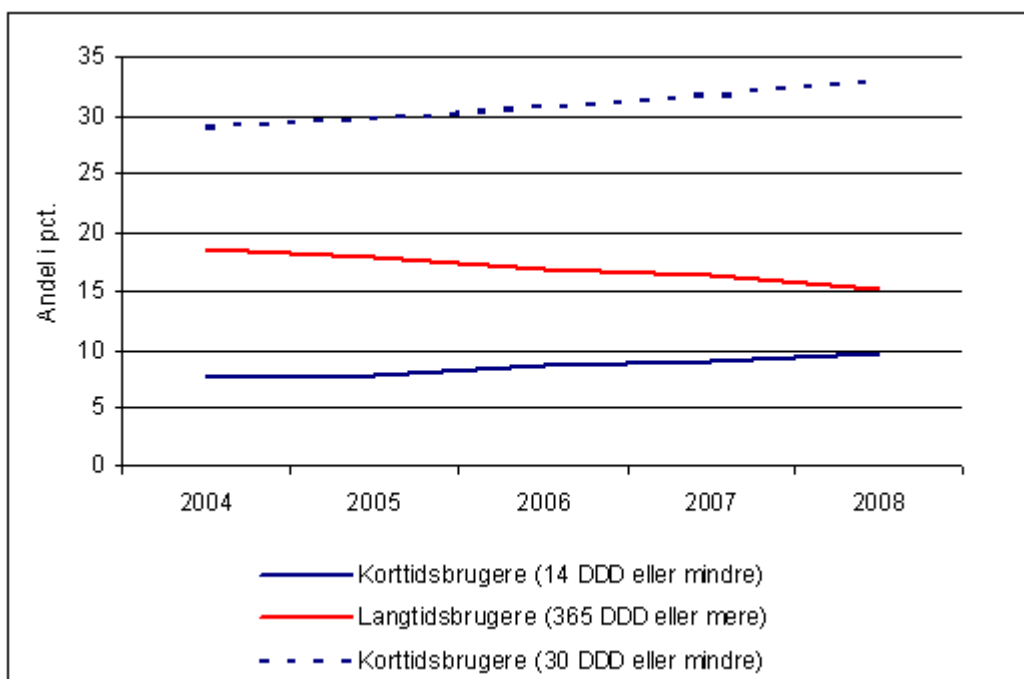
Andelen af korttidsbrugere af de angstdæmpende typer udgør en stigende andel af brugerne, mens andelen af langtidsbrugere falder langsomt, men jævnt. Korttidsbrugerne udgør omkring 45 pct., mens langtidsbrugerne udgør under 10 pct. af alle brugerne af benzodiazepiner mod angst (figur 7). Halvdelen af brugerne udgøres således af brugere, der indløser mellem 28 og 365 DDD per år.

Af den tilsvarende figur for sovemedicin (figur 8) fremgår det, at korttidsbrugere ligeledes udgør en stigende andel, mens andelen af langtidsbrugere er jævnt faldende. For sovemedicinen udgør korttidsbrugerne med et meget lavt forbrug på under 14 DDD dog kun omkring 10 pct. af alle brugerne. Det er derfor undersøgt, hvor meget brugere med 30 DDD eller derunder udgør af det samlede antal, da der er mange pakninger på markedet med et indhold på 20 – 30 DDD. Korttidsbrugere med et forbrug på under 30 DDD udgør omkring en tredjedel af brugerne. Langtidsbrugerne udgør kun en andel på 15 pct. To tredjedele af brugerne af sovemedicin indløser recept på mellem 30 og 365 DDD pr. år.

Figur 7. Andel af korttidsbrugere og langtidsbrugere af benzodiazepiner mod angst per år i perioden 2004 til 2008. Sundhedsstyrelsen anbefaler at benzodiazepiner mod angst ikke anvendes længere end 4 uger (maximalt 28 DDD)

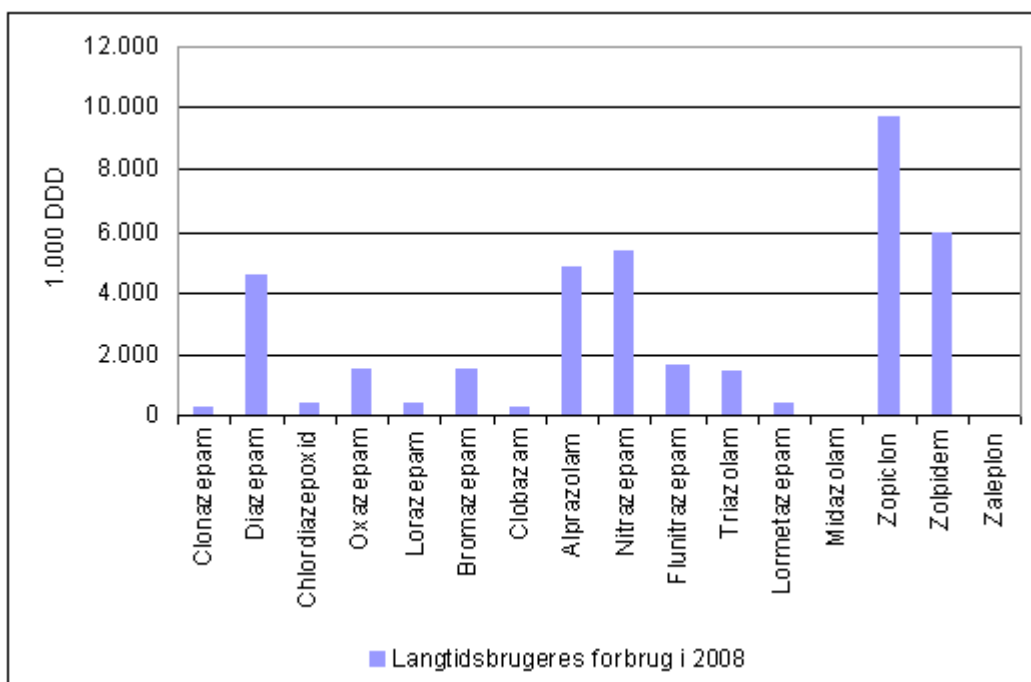


Figur 8. Andel af korttidsbrugere og langtidsbrugere af benzodiazepiner mod søvnbesvær per år i perioden 2004 til 2008. Sundhedsstyrelsen anbefaler at benzodiazepiner mod søvnbesvær ikke anvendes længere end 14 dage (14 DDD eller mindre)



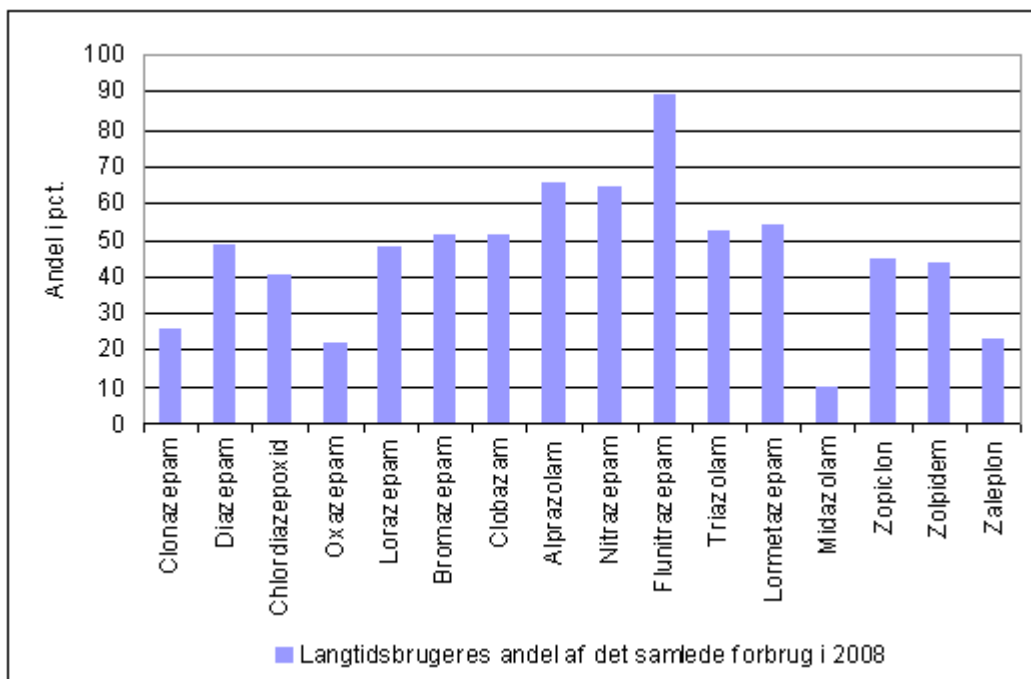
De lægemidler, som langtidsbrugerne hyppigst bruger, er: zopiclon, zolpidem, nitrazepam, alprazolam og diazepam (figur 9). Langtidsbrugernes brug af de korttidsvirkende benzodiazepinlignende midler: zopiclon og zolpidem, udgør knap 20 % af det totale benzodiazepinforbrug i 2008. Langtidsbrugernes brug af de langtidsvirkende præparater: diazepam, nitrazepam og flunitrazepam, udgør til sammen 15 %.

Figur 9. Langtidsbrugeres forbrug i 2008 opgjort i 1.000 DDD pr. lægemiddelstof



Ses forbruget også i forhold til det samlede forbrug af de enkelte lægemidler i 2008 (figur 10), anvendes flunitrazepam (89 pct.), alprazolam (65 pct.) og nitrazepam (65 pct.) fortrinsvis af langtidsbrugere, mens oxazepam og zaleplon bruges i mindre grad, henholdsvis 22 pct. og 23 pct. Der er dog nogle enkelte brugere, der har et meget stort forbrug af de benzodiazepinlignende midler.

Figur 10. Langtidsbrugeres andel af det samlede forbrug i 2008 opgjort i procentvis DDD pr. lægemiddelstof



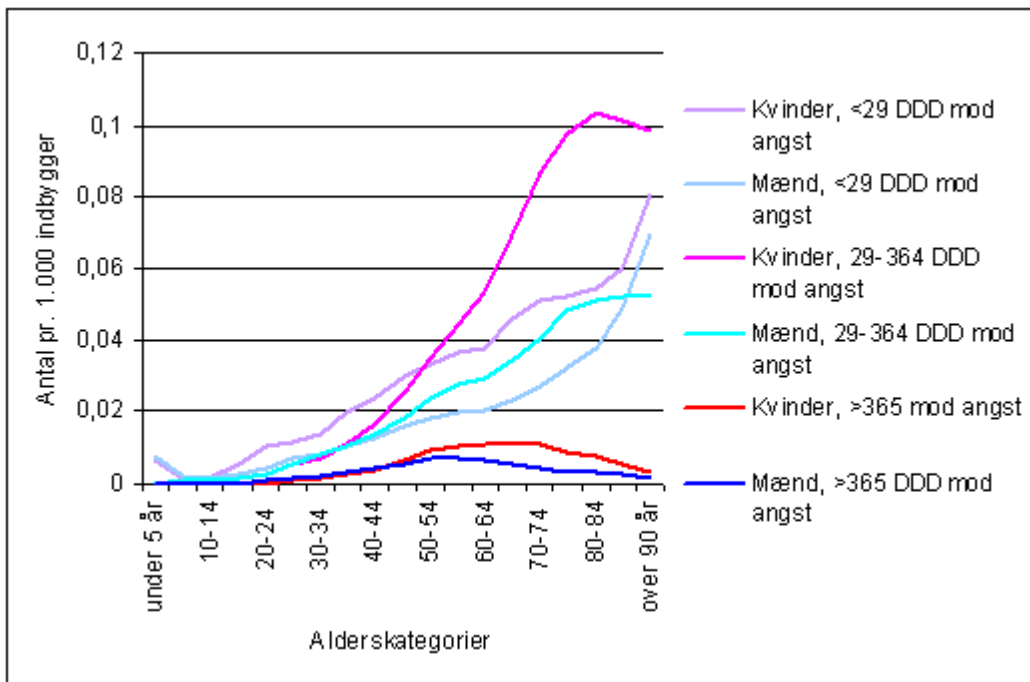
Ældre kvinder bruger fortsat mest

Kvinder udgør fortsat en større andel af brugerne end mænd, ligesom den ældre del af befolkningen udgør langt den største andel af både kort og langtidsbrugere, både for benzodiazepiner mod angst (figur 11) og benzodiazepiner og lignende mod søvnbesvær (figur 12).

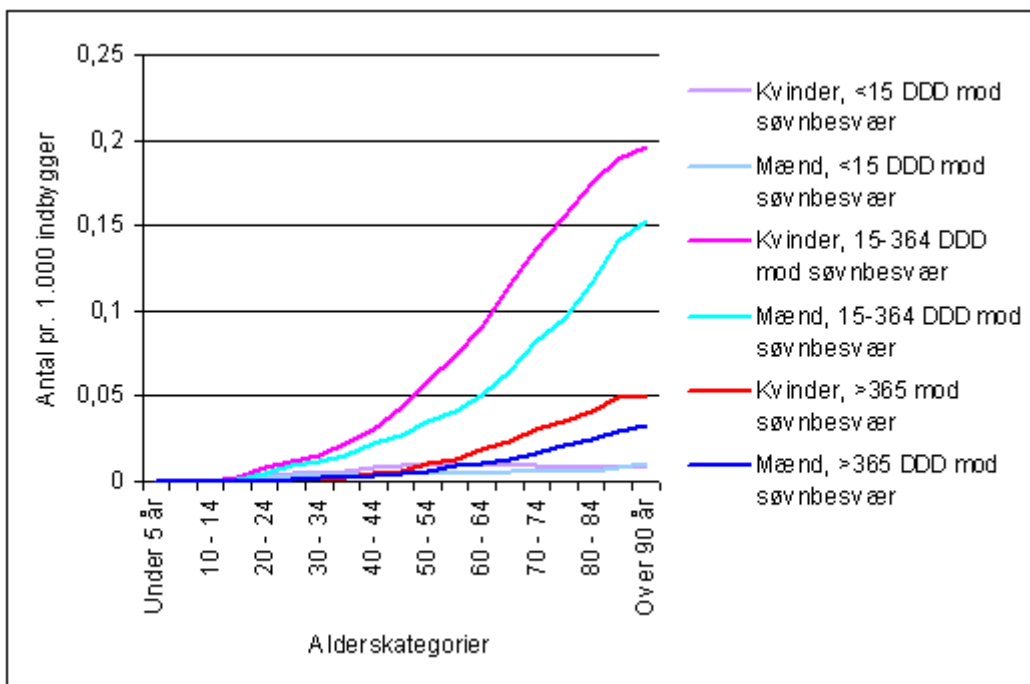
Den typiske bruger af benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler er kvinde uanset om midlerne er kategoriseret til angst eller søvnbesvær. Kvinder udgør i begge tilfælde 65 pct. af brugerne i 2008. De kvindelige brugere af benzodiazepiner mod angst har en medianalder på 62 år og er typisk mellem 50 år (25 pct. kvartil) og 74 år (75 pct. kvartil), mens de mandlige brugere typisk er lidt yngre: 58 år (45-69 år)*. Der er ikke aldersforskel mellem korttidsbrugere og langtidsbrugere af benzodiazepiner mod angst. De kvindelige brugere af benzodiazepiner og lignende mod søvnbesvær er typisk 65 år (53-76 år), mens mændene atter er lidt yngre: 62 år (49-73 år). De kvindelige korttidsbrugere af sovemedicin er oftest yngre end langtidsbrugerne: 56 år (42-69 år) mod 68 år (58-79 år). Dette gør sig også gældende for de mandlige brugere af sovemedicin: 51 år (39-64 år) mod 63 år (52-74 år).

* Median (interkvartil spændvidde)

Figur 11. Alders- og kønsfordeling pr. 1.000 indbyggere af brugere af benzodiazepiner mod angst (N05BA, N03AE) i 2008



Figur 12. Alders- og kønsfordeling pr. 1.000 indbyggere af brugere af benzodiazepiner og lignende (N05CD, N05CF) mod søvnbesvær i 2008

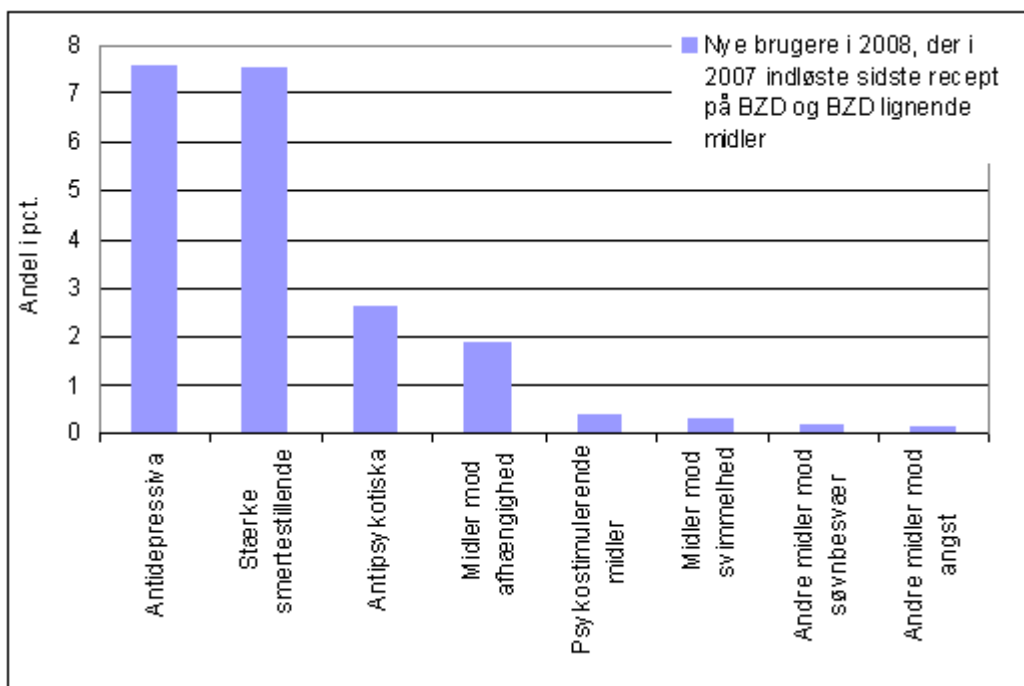


Tidligere brugere af benzodiazepiner skifter ikke til andre lægemidler mod nervesystemet ved ophør

Der var i alt 156.200 personer, der indløste deres sidste recept på benzodiazepiner i løbet af 2007. Heraf de 26.700 som følge af død. Tilbage var 129.500 personer, hvoraf hovedparten (75 pct.) ikke kom i behandling med andre lægemidler inden for ATC-gruppe N i undersøgelsesperioden, som omfattende tiden fra sidste receptindløsning i 2007 til udgangen af 2008.

Af de brugere, der blev nye brugere af andre lægemidler inden for ATC-gruppe N, påbegyndte lidt over 7 pct. behandling med antidepressive lægemidler (figur 13). Andre tidligere brugere af benzodiazepiner påbegyndte behandling med andre lægemidler indenfor gruppe N, der også virker sløvende: stærke smertestillende, antipsykotiske lægemidler, midler mod svimmelhed og andre midler mod angst. Nogle tidligere brugere af benzodiazepiner påbegyndte efterfølgende behandling med disulfiram og andre midler mod afhængighed. Tallene er ikke sammenholdt med, hvor mange nye brugere, der er af de pågældende lægemidler i den del af befolkningen, der ikke tidligere har brugt benzodiazepiner. Der er desuden ikke diagnosekoder på oplysningerne i registeret. Det er derfor svært at konkludere, om der sker et skift i behandlingen af en allerede kendt sygdom/tilstand, eller der er tale om en ny sygdom/tilstand, men det mest interessante i denne sammenhæng er, at 75 pct. af de tidligere brugere af benzodiazepiner ikke har påbegyndt anden behandling med midler til nervesystemet i året efter ophøret. Nye brugere af et lægemiddel er defineret som brugere, der aldrig eller ikke siden 2005 har indløst recept på lægemidlet.

Figur 13. Andel af tidligere brugere af benzodiazepiner og benzodiazepinlignende midler (n=129.463), der i 2008 er nye brugere af lægemidler mod nervesystemet (N), fordelt på udvalgte lægemiddelgrupper. Nye brugere defineres som brugere, der ikke siden 2005 har indløst recept på lægemidlerne. Der kan være tidligere brugere, der er nye brugere af flere lægemidler indenfor gruppe N, hvorfor andelen ikke kan summeres



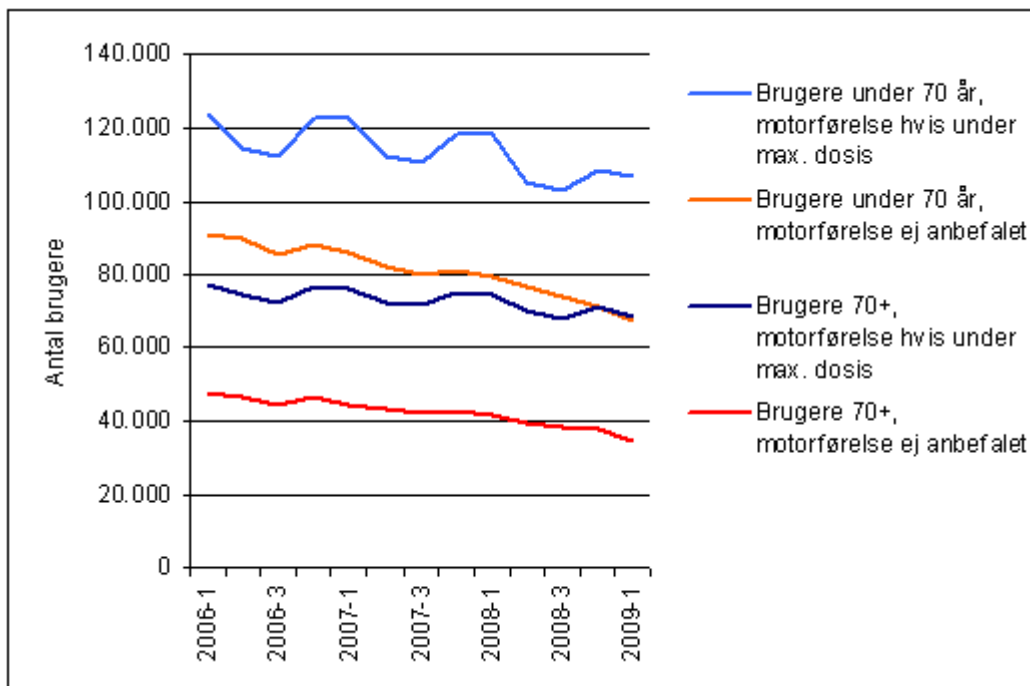
Antidepressiva: 62 pct. udgøres af antidepressiva af typen selektiv serotonin genoptagelseshæmmere (SSRI'er), stærke smertestillende: 67 pct. udgøres af tramadol, antipsykotiske lægemidler: 28 pct. udgøres af chlorprothixen og 20 pct. af quetiapin, midler mod svimmelhed: 65 pct. udgøres af cinnarizin, andre midler mod angst: 91 pct. udgøres af hydroxyzin. Psykostimulerende midler er typisk methylphenidat (79 pct.). Andre lægemidler mod søvnbesvær består udelukkende af melatonin.

Effekt af de nye kørekortregler

Som omtalt i indledningen trådte der nye kørekortregler i kraft den 1. juli 2008. Der har dog været en overgangsordning på et halvt år indtil 31. december 2008, hvilket betyder, at alle der blev berørt af reglerne i denne periode fik en midlertidig forlængelse af kørekortet på ét år. Den fulde effekt af reglerne vil derfor tidligst kunne ses ved udgangen af 2009.

Der ses dog allerede nu et mere markant fald i antallet af brugere af de lægemidler som ikke kan anbefales ved fornyelse af kørekort på henholdsvis 27 pct. for personer over 70 år og 26 pct. for personer under 70 år (figur 14). For de lægemidler hvor kørekort kan anbefales, hvis det daglige forbrug er under nogle definerede dosisgrænser¹, er faldet på henholdsvis 11 pct. og 14 pct. De nye regler ser således ud til at have effekt både over for personer, der står over for en umiddelbar fornyelse af deres kørekort som for personer, der måske først skal have kørekortet fornyet i løbet af nogle år.

Figur 14. Antal brugere af benzodiazepiner opgjort på henholdsvis benzodiazepiner og lignende med kort halveringstid og hvor motorførelse kan anbefales, og benzodiazepiner med længere halveringstid, hvor motorførelse ikke kan anbefales og hvor risikoen for faldulykker øges



Bilag

Datagrundlag

Data fra Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregisteret danner grundlag for undersøgelsen. Registeret indeholder oplysninger om al recept- og håndkøbssalg af lægemidler fra landets apoteker, sygehusapoteker og fra de nye salgssteder uden for apotek. Oplysningerne opdateres med minimum 2 måneders forsinkelse. Alt receptsalg fra landets apoteker indberettes på individniveau, mens salg fra sygehusapoteker indberettes på sygehusafdelingsniveau. Salg til misbrugscentre, behandlingsinstitutioner og til læger til brug i egen praksis indberettes på overordnede koder. Lægemidler indenfor gruppen af angstdæmpende og sove- og beroligende midler er alle receptpligtige. Det er derfor muligt at følge forbruget af disse lægemidler på individniveau over tid, hvis disse er solgt på recept til enkeltpersoner.

Til analysen er der trukket data ud for angstdæmpende midler (ATC-gruppe N05BA) og sove- og beroligende midler (ATC-gruppe N05CD (benzodiazepiner) og ATC-gruppe N05CF (benzodiazepinlignende midler)) i perioden fra 1. januar 2004 til 1. marts 2009. Data for 1. kvartal 2009 er medtaget ved undersøgelsen af forbruget, mens antallet af brugere kun opgøres på årsbasis. Benzodiazepinderivatet clonazepam (ATC-kode N03AE01), der primært anvendes til behandling af epilepsi, men også kan bruges på linie med de øvrige benzodiazepiner, indgår i opgørelsen i gruppen: angstdæmpende midler. Der er i opgørelsen anvendt DDD-værdien for epilepsi (8 mg).

I opgørelsen af det samlede salg indgår alle ekspeditioner inkl. salg til sygehuse. I de øvrige opgørelser indgår kun salg til enkeltpersoner med gyldigt personnummer. Børn under 16 år er medtaget i denne undersøgelse, mens de ikke indgik i den tidligere opgørelse fra Lægemiddelstyrelsen⁴. Tal fra de to undersøgelser kan derfor ikke sammenlignes direkte. Diazepam anvendes til børn mod feberkramper.

Metode og definitioner

Lægemidler, der indgår i opgørelsen:

ATC-gruppe N03AE01: clonazepam (Rivotril)

ATC-gruppe N05BA: diazepam (Apozepam, Diazepam, Hexalid, Stesolid, Valaxona, Valium), alprazolam (Alprazolam, Aprox, Tafil), oxazepam (Oxazepam, Oxabenz, Oxapax, Alopam, Serepax), bromazepam (Broman, Lexotan), chlordiazepoxid (Klopoxid, Risolid), lorazepam (Temesta, Lorabenz), clobazepam (Frisium)

ATC-gruppe N05CD: nitrazepam (Apodorm, Mogadon, Nitrazepam, Pacisyn), triazolam (Halcion, Triazolam, Rilamir), lormetazepam (Pronoctan, Noctamide), flunitrazepam (Flunipam, Flunitrazepam, Rohypnol, Ronal), midazolam (Dormicum, Midazolam)

ATC-gruppe N05CF: zopiclon (Imoclone, Imovane, Imozop, Zopiclone, Zopiklon), zolpidem (Nimadorm, Stilnoct, Stilnox, Zolpidem, Zonoct), zaleplon (Sonata)

ATC -systemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) : et system til klassifikation af lægemidler efter deres primære indholdsstof samt virkeområde, er defineret af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics, Oslo, Norge.

Mængdeforbrug: Ved angivelsen af lægemiddelsalget i mængde benyttes den af WHO fastsatte definerede døgndosis (DDD). Den definerede døgndosis for et lægemiddel fastsættes ud fra en antaget gennemsnitlig vedligeholdelsesdosis pr. døgn for en voksen person, som får lægemidlet på dets hovedindikation. Ved at benytte definerede døgndoser som måleenhed opnås der mulighed for at sammenligne forbruget af forskellige lægemidler uafhængigt af f.eks. styrkeforskelle. Mængdeforbruget er opgjort i DDD eller DDD korrigeret for befolkningstallet (DDD pr. 1.000 indbyggere pr. døgn).

Kortidsbrugere: For angstdæmpende 28 DDD eller mindre per år (Sundhedsstyrelsens grænse). For sovemedicin 14 DDD (Sundhedsstyrelsens grænse) eller 30 DDD eller mindre per år (arbitrært efter sædvanlige pakningsstørrelser).

Langtidsbrugere: For både angstdæmpende og sovemedicin 365 DDD eller flere per år.

Nye brugere: Nye brugere af lægemidler defineres her som brugere, der har indløst recept på et lægemiddel efter sidste receptindløsning af benzodiazepiner, og der ikke senere end 2005 har indløst recept på lægemidlet.

Alder: Ved beskrivelse af populationen alder er, der anvendt medianalder, 25 pct. kvartil, 75 pct. kvartil og interkvartil spændvidde.

Noter

1. Vejledning nr. 38 af 18. juni 2008 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
 2. Ophør med sovemidler og angstdæmpende midler. Vejledning for læger, vejledning for praksismedarbejdere og vejledning for brugere og pårørende. IRF, 2008.
 3. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Sundhedsstyrelsen, november 2007
 4. Forbrugsudvikling af benzodiazepiner i Danmark, 1996-2003, Lægemiddelstyrelsen, 2004
-