



## Lægemedler mod osteoporose (knogleskørhed) 2000-2010

### Indhold

<b>RESUMÉ</b> .....	<b>1</b>
<b>LÆGEMIDDELGRUPPE</b> .....	<b>2</b>
LÆGEMIDLER PÅ MARKEDET .....	2
<b>FORBRUG</b> .....	<b>3</b>
STIGNINGEN KAN IKKE FORKLARES MED FLERE ÆLDRE I BEFOLKNINGEN. ....	3
OVER HALVDELEN ER MINDST 10 ÅR I BEHANDLING. ....	3
OVER HALVDELEN AF UDGIFTERNE GÅR TIL 7,5 PROCENT AF BRUGERNE .....	4
DANMARK HAR NORDENS HØJESTE FORBRUG AF LÆGEMIDLER MOD OSTEOPOROSE .....	5
FORBRUGET FØLGER DRIKKEVANDETS HÅRDHEDSGRAD .....	6
<b>METODE OG AFGRÆNSNING AF MATERIALE</b> .....	<b>7</b>
<b>ORDLISTE</b> .....	<b>7</b>
<b>REFERENCER</b> .....	<b>8</b>
<b>BILAG</b> .....	<b>8</b>

### Resumé

Osteoporose, også kaldet knogleskørhed, betyder skrøbelige eller porøse knogler og er en tilstand med nedsat knoglestyrke og knoglemængde. Sygdommen bevirker, at der kan opstå knoglebrud ved almindelige dagligdags belastninger. Bisfosfonater er en veletableret behandling og er førstevalg, hvis forebyggelse i form af livsstilsændringer skal suppleres med medicin. Alendronat er langt det mest solgte af bisfosfonaterne og stod i 2010 for 78 procent af den solgte mængde af lægemidler mod osteoporose. Det er samtidig det billigste af lægemidlerne mod osteoporose med en gennemsnitlig pris på under 1 kr per defineret døgndosis (DDD). [Læs mere her.](#)

Antallet af personer i behandling med lægemidler mod osteoporose er steget støt de seneste 10 år. Lægemedler mod osteoporose bruges hovedsageligt af personer over 50 år, og 87 procent af brugerne er kvinder. Andelen af kvinder over 50 år i behandling er steget fra godt 2,5 procent i år 2000 til knap 7,5 procent i 2010. I 2010 var knap 1,5 procent af mænd over 50 år i behandling. [Læs mere her.](#)

Indtil starten af det nye årtusinde bestod den medicinske behandling af knogleskørhed overvejende af bisfosfonater i tabletform. Men for ca. 5-6 år siden begyndte der at komme flere nye alternativer på markedet bl.a. lægemidler til injektion. Selvom det stadig er en meget lille del af patienterne, der er i behandling med de nyere typer af lægemidler, går over halvdelen af udgifterne til denne gruppe. [Læs mere her.](#)

Forbruget af lægemidler mod osteoporose ligger højt i Danmark i forhold til niveauet i de øvrige nordiske lande. Hvor de andre nordiske lande har haft et stagnerende eller ligefrem faldende forbrug af bisfosfonater, har Danmark de sidste seks år oplevet en voldsom stigning i forbruget, så vi nu er det land i Norden, der bruger absolut mest bisfosfonat per indbygger. Ser man på mængden af andre midler end bisfosfonater, ligger forbruget nogenlunde stabilt over tid, men Danmark bruger omkring dobbelt så meget som de andre lande. [Læs mere her.](#)

Har man først fået konstateret osteoporose og starter på medicinsk behandling, har man udsigt til rigtig mange år i behandling. Efter 10 år er ca. 60 % af kvinderne og 55 % af mændene stadig i behandling. [Læs mere her.](#)

Forbruget af lægemidler mod osteoporose er ligesom forbruget af andre lægemidler mod folkesygdomme ikke jævnt fordelt i Danmark. Groft sagt bruger de meget i Jylland og lidt på Sjælland. Det mønster ligner meget kortet over hårdhedsgraden af drikkevandet i de danske kommuner - i de kommuner, hvor der er mindst kalk i drikkevandet, ses det største forbrug af lægemidler mod osteoporose. [Læs mere her.](#)

## Lægemiddelgruppe

Osteoporose, også kaldet knogleskørhed, betyder skrøbelige eller porøse knogler og er en tilstand med nedsat knoglestyrke og knoglemængde. Sygdommen bevirker, at der kan opstå knoglebrud ved almindelige dagligdags belastninger eller ved fald på gulvet eller jorden. Disse brud kaldes 'lavenergibrud' i modsætning til 'højenergibrud', der kan opstå i forbindelse med trafikulykker, fald fra stige eller fald på trapper. Det anslås, at cirka hver 3. kvinde og hver 8. mand vil opleve et lavenergibrud, og at der er op til 600.000 personer i Danmark, der har nedsat knoglemasse (estimat fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab).

Osteoporose kan ikke helbredes, så forebyggelse er særdeles vigtig. Forebyggelsen har til formål at styrke knoglerne, mindske knogletabet og forhindre brud, og retter sig mod:

- Fysisk inaktivitet
- Kalk- og D-vitaminmangel
- Undervægt
- Rygning
- Stort forbrug af alkohol
- Faldulykker.

Hos personer med høj risiko for lavenergibrud i hofte eller ryg kan man vælge at starte en behandling med lægemidler. Bisfosfonater er en veletableret behandling og er førstevalg, hvis den primære forebyggelse skal suppleres med medicin (Institut for Rationel Farmakoterapi). Alendronat er langt det mest solgte af bisfosfonaterne og stod i 2010 for 82 procent af den solgte mængde af lægemidler mod osteoporose. Det er samtidig det billigste af lægemidlerne mod osteoporose med en gennemsnitlig DDD-pris på under 1 kr.

Der er ikke generelt tilskud til nogen af lægemidlerne mod osteoporose. Der bliver dog i et vist omfang udbetalt tilskud som enkelttilskud. I 2010 var den samlede omsætning af lægemidler mod osteoporose på 145 mio. kr., og der blevet givet tilskud for 23 mio. kr.

## Lægemidler på markedet

### Faktaboks

Medicintyper:	Lægemidler:	Gennemsnitspris pr. dagsdosis (4. kvartal 2010):	Markedsføringsdato:	Virkningsmekanisme:
Bisfosfonater (M05BA):	Mange, se bilag 1	1,70 i gennemsnit.	Juli 1984	Nedsætter osteoklastaktiviteten og knogleomsætningen, hvorved knoglemineraltætheden øges.
Bisfosfonater, kombinationer (M05BB)	Didronate/Calcium "Procter & Gamble"®, Fosavance®	-	Maj 1997 (afregistreret feb 2011)	Nedsætter osteoklastaktiviteten og knogleomsætningen, hvorved knoglemineraltætheden øges.
Raloxifen (G03XC01):	Evista®	9,60	Sep. 2005	Nedsætter osteoklastaktiviteten og knogleomsætningen, hvorved knoglemineraltætheden øges.
Teriparatid (H05AA02)	Forsteo®	143,30	Juni 2003	Stimulerer osteoblaster og <i>lining cells</i> til øget knogleformation.
Parathyroid-hormon (H05AA03)	Preotact®	143,10	Juni 2006	Stimulerer osteoblaster og <i>lining cells</i> til øget knogleformation.
Strontiumranelat (M05BX03)	Protelos®	15,60	Dec. 2004	Stimulerer tilsyneladende osteoblastproliferationen og knogleformationen samtidig med, at knogleresorptionen hæmmes.
Denosumab (M05BX04)	Prolia®	12,40	Juni 2010	Monoklonalt antistof, der hæmmer knoglenedbrydning ved at hæmme osteoklasternes nydannelse og funktion.

Behandling med kvindelige kønshormoner har været det klassiske behandlingsvalg hos postmenopausale kvinder, men østrogen/gestagen bør ikke længere anvendes mod osteoporose, da langtidsbehandling er vist at have flere ulemper end fordele hos kvinder uden klimakterielle gener.

Tilskud af calcium og D-vitamin nedsætter knogleomsætningen og begrænser knogletabet.

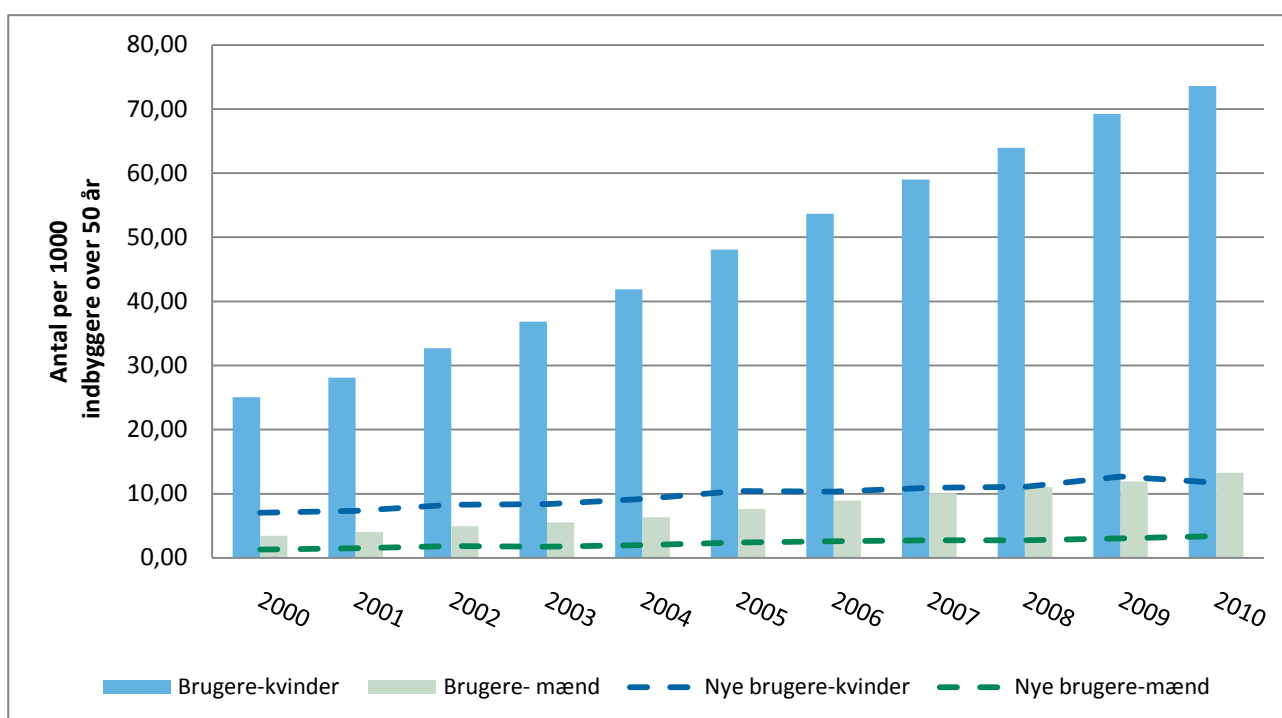
## Forbrug

### Stigningen kan ikke forklares med flere ældre i befolkningen

Antallet af personer i behandling med lægemidler mod osteoporose er steget støt de seneste 10 år for både mænd og kvinder. Lægemidler mod osteoporose bruges hovedsageligt af personer over 50 år og 87 procent af brugerne er kvinder. Hvis man kun ser på den del af befolkningen, der er over 50 år er andelen af kvinder i behandling med osteoporosemedicin steget fra 25 brugere per 1000 indbyggere i år 2000 til knap 74 brugere per 1000 indbyggere i 2010 (se figur 1). Andelen af mænd i behandling er steget en anelse mere, fra knap 4 brugere per 1000 indbyggere i 2000 til knap 14 brugere per 1000 indbyggere i 2010.

Stigningen i forbruget af lægemidler mod osteoporose kan langt fra forklares ved et øget antal ældre i befolkningen. Hvis forbrugsmønsteret havde været det samme i år 2010, som det var i år 2000, ville det stigende antal ældre alene have resulteret i en forbrugsstigning på 10 procent. Den faktiske stigning var derimod på over 800 procent. Der må altså søges andre forklaringer på den voldsomme stigning i antallet af personer i behandling.

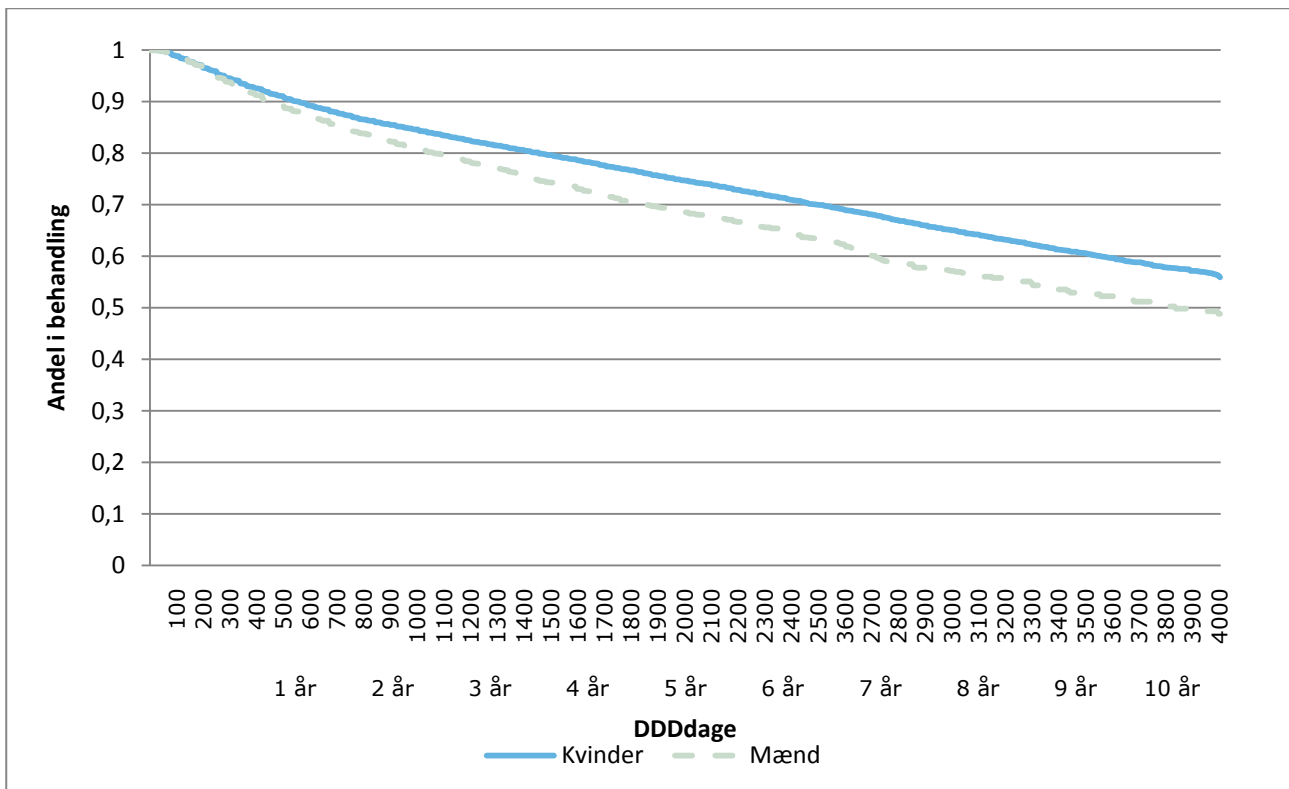
**Figur 1:** Antal brugere og nye brugere over 50 år per 1000 indbyggere over 50 år fordelt på køn.



### Over halvdelen er mindst 10 år i behandling

Har man først fået konstateret osteoporose og starter på medicinsk behandling, har man udsigt til rigtig mange år i behandling. Figur 2 viser, hvor lang tid de personer, der startede behandling mellem 1996 og 2010, var i behandling, opdelt på mænd og kvinder. X-aksen viser antallet af dage efter starten af behandling med lægemidler mod osteoporose, og Y-aksen viser andelen af personer, der stadig var i behandling den pågældende dag, ud af det antal personer, der stadig kan følges. Det vil sige, at der er taget højde for, at de personer, der starter senere i undersøgelsesperioden, eller dør før undersøgelsesperioden slutter, ikke kan følges i lige så mange år, som dem der starter først i undersøgelsesperioden, ved, at de ikke indgår i totalen i alle årene. Varigheden er i figuren opgjort i forhold til den indtagne mængde lægemiddel, idet 1 DDD svarer nogenlunde til en dags behandling (DDD-dage). Se metodeafsnittet for en nærmere beskrivelse af metoden. Man kan se, at knap 60 % af kvinderne og cirka 50 % af mændene stadig er i behandling efter 10 år.

**Figur 2:** Varighed af behandling med lægemidler mod osteoporose opdelt på mænd og kvinder. Varigheden er opgjort i forhold til den indtagne mængde lægemiddel, idet 1 DDD nogenlunde svarer til en dags behandling (DDD-dage).



### Over halvdelen af udgifterne går til 7 procent af brugerne

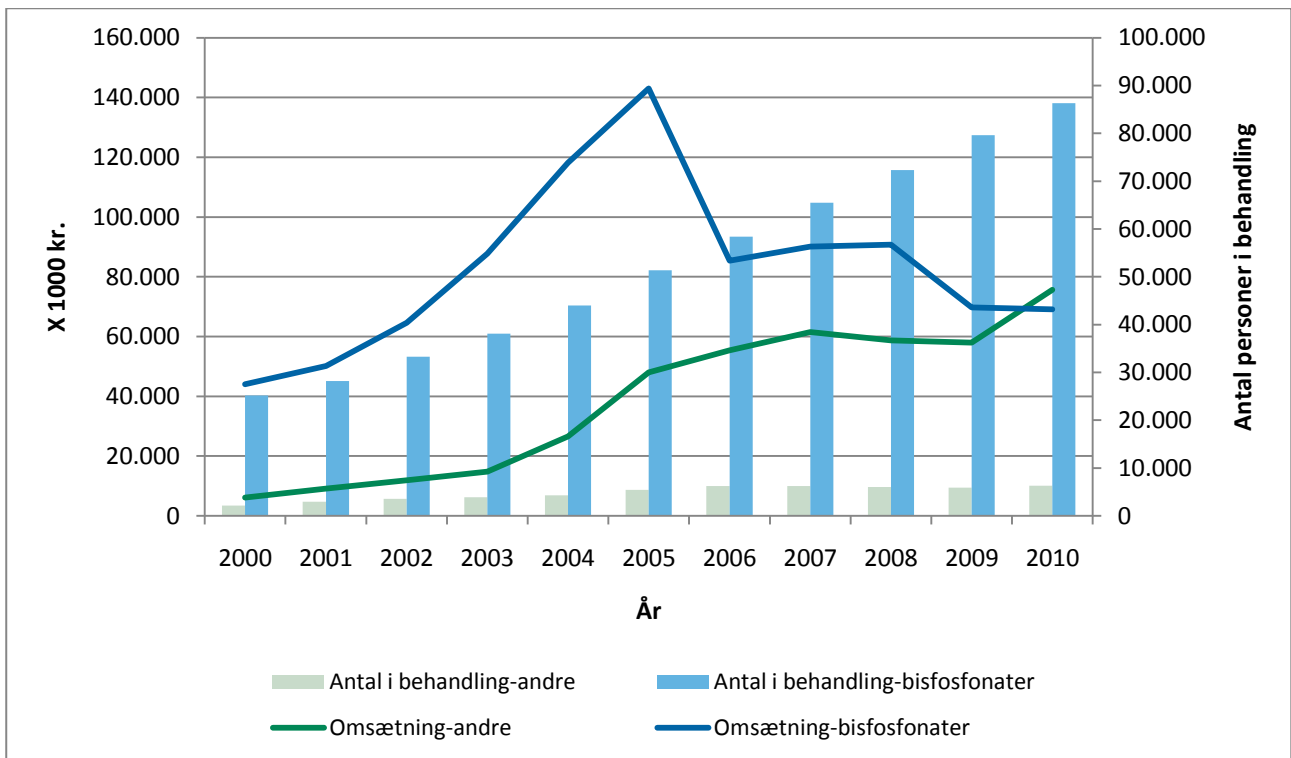
Indtil starten af det nye årtusinde bestod den medicinske behandling af knogleskørhed overvejende af bisfosfonater i tabletform. Men for ca. 5-6 år siden begyndte der at komme flere nye alternativer på markedet bl.a. lægemidler til injektion.

Fælles for disse nye lægemidler er, at de er en del dyrere end de traditionelle bisfosfonater. De nye, dyre lægemidler og den store stigning i antallet af patienter har ophævet det betydelige prisfald på de traditionelle bisfosfonater, der ellers havde sænket udgifterne til behandling af knogleskørhed.

Figur 3 viser omsætning og antal personer i behandling med henholdsvis bisfosfonater (alle typer) og andre midler mod knogleskørhed (parathyroideahormon, kønshormon, strontiumranelat og denosumab). Det ses her, at en meget lille del af patienterne (7 procent i 2010) er i behandling med de nyere typer af lægemidler, men at denne lille del, i kroner og ører, nu koster mere end alle de mange patienter i bisfosfonatbehandling. Ser man på udbetalingen af medicintilskud genfinder man det samme mønster. I 2010 gik over halvdelen af tilskuddet (57 %) til de 1800 patienter (2 %), der brugte parathyroideahormon.

Otte procent af de personer, der var i behandling med andre midler end bisfosfonater i 2010, havde ikke prøvet bisfosfonater før de gik over til andre midler.

**Figur 3:** Omsætning og antal brugere af henholdsvis bisfosfonater og "andre" (kønshormon, parathyroideahormon, strontiumranelat og denosumab).



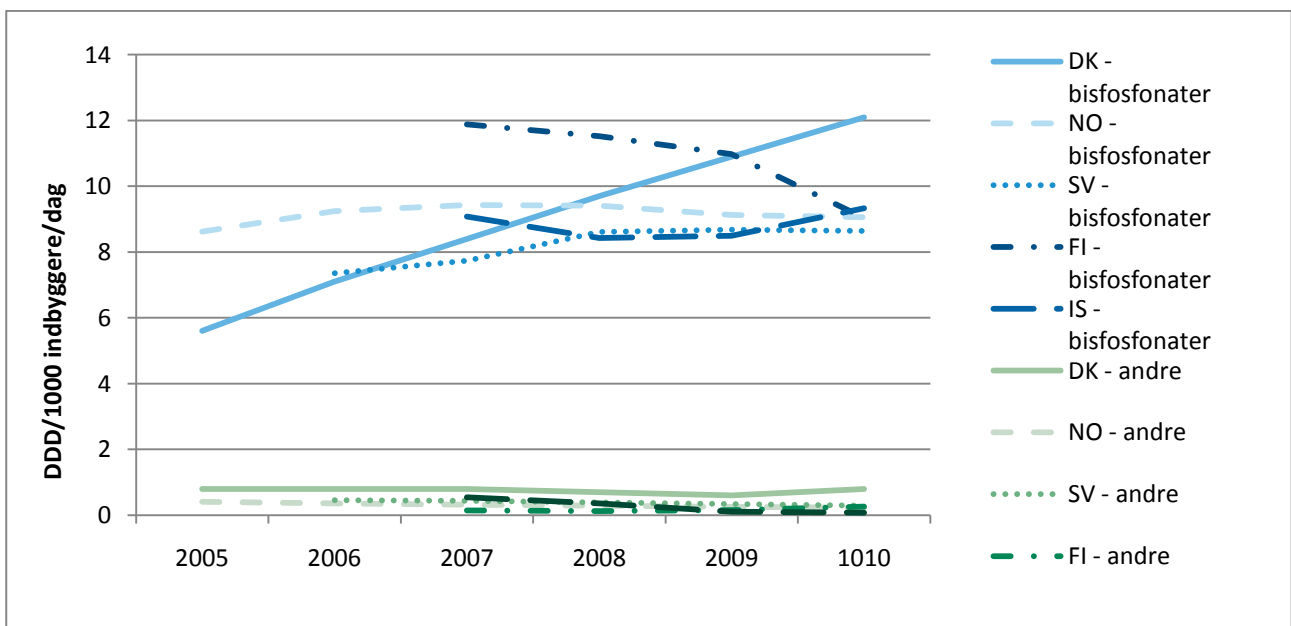
**Danmark har nordens højeste forbrug af lægemidler mod osteoporose**

Forbruget af lægemidler mod osteoporose ligger højt i Danmark i forhold til niveauet i de øvrige nordiske lande. Figur 4 viser forbruget af bisfosfonater målt i DDD per 1000 indbyggere per dag i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Island i de sidste 6 år. (Her er også medregnet de bisfosfonatyper, der bruges til andet end osteoporose ((Bondronat® (ibandronsyre) og Zometa® (zoledronsyre)).

Hvor de andre nordiske lande har haft et stagnerende eller ligefrem faldende forbrug af bisfosfonater, har Danmark de sidste seks år oplevet en voldsom stigning i forbruget, så vi nu er det land i Norden, der bruger absolut mest bisfosfonat per indbygger.

Ser man på mængden af andre midler end bisfosfonater, ligger forbruget nogenlunde stabilt over tid, men Danmark bruger omkring dobbelt så meget som de andre lande. Det stabile forbrug dækker over et fald i forbruget af kønshormon og en stigning i forbruget af parathyroideahormon og strontiumranelat.

**Figur 4:** Mængdeforbruget af lægemidler mod osteoporose opgjort i DDD (definerede døgndoser) i Danmark, Sverige, Norge, Finland og Island. Der er ingen data for Finland og Island for 2005 og 2006 og for Sverige for 2005.



### Forbruget følger drikkevandets hårdhedsgrad

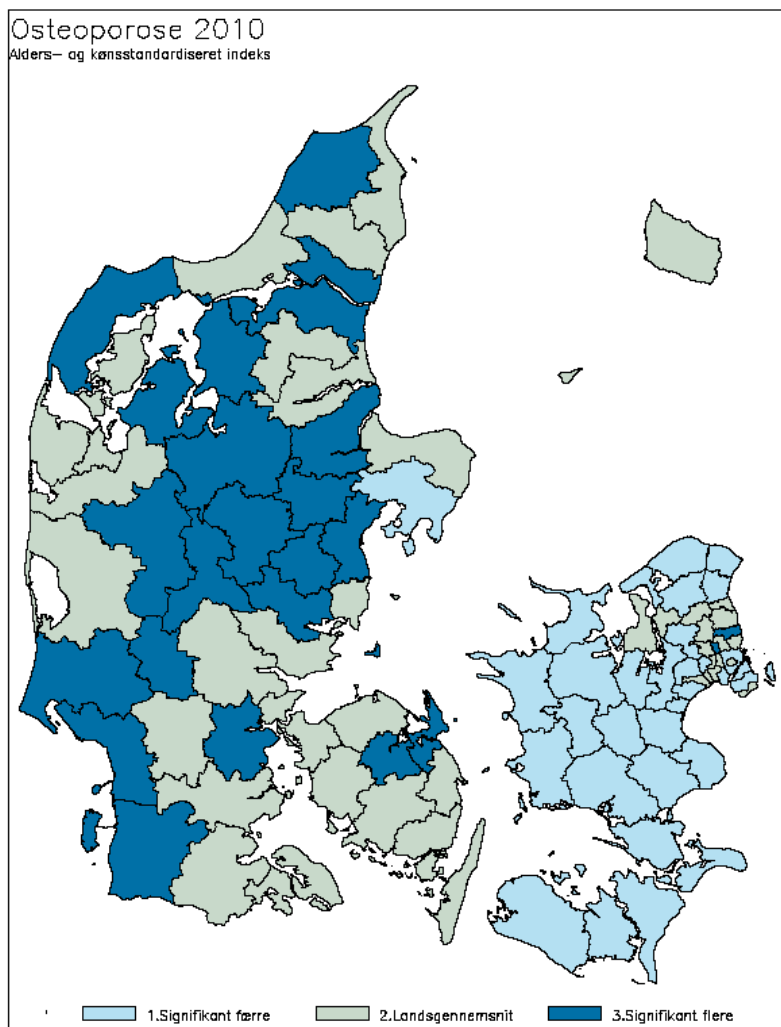
Antallet af personer i behandling med lægemidler mod osteoporose er ligesom antallet af personer i behandling med andre lægemidler mod folkesygdomme ikke jævnt fordelt i Danmark. Men den geografiske variation ligner ikke den for de andre folkesygdomme. Antallet af personer i behandling med lægemidler mod diabetes, psykiske sygdomme og hjerteproblemer viser en tydelig social gradient med flest i behandling i de fattigste kommuner. For lægemidler mod osteoporose er variationen mere geografisk.

Figur 5 viser et kort over de danske kommuner, inddelt i 3 grupper:

- de kommuner der har signifikant flere i behandling med lægemidler mod osteoporose per 1000 indbyggere end landsgennemsnittet (mørklilla)
- de kommuner, der har et antal personer i behandling, der ikke afviger signifikant fra landsgennemsnittet (grøn)
- de kommuner, der har signifikant færre i behandling end landsgennemsnittet (lyslilla).

Tallene er standardiseret på køn og alder, så befolkningssammensætningen i den enkelte kommune ikke spiller ind. Groft sagt er der mange i behandling i Jylland og få på Sjælland. Der er således færrest personer i behandling i Vordingborg med 43 procent færre i behandling end landsgennemsnittet og flest i behandling i Viborg med 40 procent flere i behandling end landsgennemsnittet. Det mønster ligner meget kortet over hårdhedsgraden af drikkevandet i de danske kommuner - i de kommuner, hvor der er mindst kalk i drikkevandet, er der flest personer i behandling med lægemidler mod osteoporose. Se kort fra GEUS over vandets hårdhedsgrad [her](#). Flere videnskabelige artikler peger da også på, at man kan optage det kalk, der naturligt findes i vand (Heaney, R.P. and Dowell, M.S. 1994, Halpern, G.M. et al. 1991).

**Figur 5:** Antallet af personer i behandling med lægemidler mod osteoporose i de danske kommuner i 2010, fordelt på flere, færre eller ikke forskellig fra landsgennemsnittet.



## Metode og afgrænsning af materiale

Undersøgelsens data er baseret på udtræk fra [Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister](#). Vi har taget udgangspunkt i brugere af lægemidler mod osteoporose i perioden 1996 til 2010. Vi har kun set på [salget i primærsektoren](#), fordi der for dette salg er oplysninger om køn og alder på brugerne. Oplysningerne om køn og alder bliver trukket ud fra cpr-numrene, før disse bliver krypterede, dvs. oversat til en kode. Denne kryptering muliggør en entydig identifikation af de enkelte personers købsmønstre i anonymiseret form. Det har altså ikke været muligt at følge personernes forbrug under en eventuel hospitalsindlæggelse. Primærsektoren stod i 2010 for 99 procent af det samlede salg af lægemidler mod osteoporose.

### Studiepopulation:

- Nye brugere 1/1 1996 til 31/12 2010
- alle bisfosfonater (M05BA, M05BB) minus clodronsyre (M05BA02) og pamidronsyre (M05BA03).
- For M05BA06 (ibandronsyre) kun Bonviva® og for M05BA08 (zoledronsyre) kun Aclasta®
- M05BX03 (strontiumranelat), M05BX04 (denosumab), G03XC01 (raloxifen), H05AA02 (teriparatid), H05AA03 (parathyroideahormon)

163.226 personer startede en form for osteoporosebehandling mellem 1996 og 2010.

Ved beregning af Kaplan-Meier-overlevelseskurverne er kun medtaget de 134.155 personer i vedvarende behandling, her defineret som at de har indløst mindst 3 recepter. Der blev således frasorteret 29.072 personer, fordi de havde indløst mindre end 3 recepter i alt.

### Personer i behandling

En person regnes som i behandling et givent år, hvis personen har indløst mindst en recept på antidiabetika det pågældende år.

### Nye brugere

Personer optræder som nye brugere det år, de indløser den første recept mellem 1996 og 2010.

### Forventet forbrug

Det forventede forbrug er beregnet ud fra ordinationsmønstret i år 2000 fordelt på 1 års alders- og kønsgrupper. Det betyder, at det forventede antal DDD er det antal DDD, der ville være blevet solgt, hvis forbrugsmønstret havde været ens i det pågældende år og år 2000. Eksempel: I år 2000 var der 15.640 80-årige kvinder i befolkningen. De indløste i gennemsnit 4,67 DDD hver. I 2010 var antallet af 80-årige kvinder steget til 15.854 kvinder. Hvis de havde indløst lægemidler mod osteoporose i samme mængde som de 80-årige kvinder gjorde i år 2000, ville de have indløst  $4,67 * 15.864 = 74.085$  DDD (= det forventede antal DDD). I virkeligheden indløste de 674.003 DDD (det faktiske antal DDD).

### DDD-dage

Normalt opgøres behandlingsvarighed i antal dage eller år en patient har været i behandling. Det er imidlertid ikke altid helt let at se ud fra registerdata, hvornår en given patient er i behandling, og hvornår der er pauser og behandlingsophør. Behandling med osteoporosemedicin er særlig indviklet, da nogen medicinformer gives ugentligt, månedligt eller sågar hver halve år. Da osteoporosemedicin normalt gives i doser på 1 DDD per dag, har vi derfor valgt at beregne behandlingsvarighed med antallet af DDD som en tilnærmet værdi for antallet af dage i behandling. Den reelle behandlingsvarighed kan derfor godt være længere (ved pauser eller lav behandlingsdosis) eller kortere (ved høj behandlingsdosis) end i vores beregninger.

---

## Ordliste

### ATC :

ATC-systemet (**A**natomical **T**herapeutic **C**hemical Classification System) er et system til klassifikation af lægemidler efter deres primære indholdsstof samt virkeområde. De gældende regler for ATC-systemet er defineret af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics, Oslo, Norge.

ATC-niveauer: Inddeler de humane lægemidler i grupper på 5 forskellige niveauer. Det 1. niveau er efter hvilket organ eller system, lægemidlerne virker på. Det 2. niveau er en terapeutisk eller farmakologisk undergruppe, 3. og 4. niveau er kemiske, terapeutiske eller farmakologiske undergrupper, og det 5. niveau er den kemiske substans.

### Eksempel:

Vi kan illustrere opbygningen ved hjælp af alendronsyre, som er et hyppigt brugt lægemiddel til behandling af osteoporose:

M: Lægemidler til muskler, led og knogler (1. niveau, anatomisk hovedgruppe)

M05: Midler mod knoglesygdomme (2. niveau, terapeutisk undergruppe)

M05B: Midler mod knoglesygdomme (3. niveau, farmakologisk undergruppe)

M05BA: Bisfosfonater (4. niveau, kemisk undergruppe)

M05BA04: Alendronsyre (5. niveau, kemisk substans)

**DDD:**

DDD er den definerede døgndosis. Den fastsættes af WHO Collaborating Centre for Drug Statistics, Oslo, Norge og defineres som: *'den antagne gennemsnitlige vedligeholdelsesdosis per dag for en voksen, der får lægemidlet på dets hovedindikation'. Mængdeforbruget er opgjort med gældende DDD-værdier for 2011.* DDD er en analyseværdi til at regne på mængdeforbruget af lægemidler og afspejler ikke nødvendigvis den anbefalede dosis.

Der kan være tildelt forskellige DDD-værdier til forskellige administrationsformer inden for samme ATC-kode. DDD for kombinationspræparater: For nogle kombinationspræparater er DDD baseret på mængden af hovedingrediensen og dennes DDD-værdi, mens DDD for andre kombinationspræparater er baseret på det gennemsnitlige antal anvendte doser på et døgn. DDD-værdien for et kombinationspræparat svarer altså ikke til summen af DDD-værdierne for de aktive ingredienser i præparatet. WHO har ikke angivet DDD-værdier for alle lægemidler, men for nogle af de manglende er der fastsat en national DDD-værdi (for produkterne i denne rapport er alle DDD-værdier fastsat af WHO).

**Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister:**

Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister (i rapporten kaldet Lægemiddelstatistikregisteret) er en database, der indeholder data for det samlede salg af lægemidler i Danmark. Formålet med Lægemiddelstatistikregisteret er at overvåge forbruget af og prisudviklingen for lægemidler i Danmark og derved styrke sundhedsmyndighedernes styring og planlægning af lægemiddel- og apoteksområdet.

**Primærsektor, salg i:**

Opgørelserne for primærsektoren er udarbejdet på grundlag af indberetninger til Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister fra: apoteker, dagligvarebutikker med salg af liberaliserede håndkøbsprodukter og Statens Serum Institut.

Opgørelserne omfatter således salg af lægemidler til:

- enkeltpersoner
- lægers brug i egen praksis
- eventuelt fælleslagre på særlige institutioner, fx centre for stofmisbrugere.

I opgørelserne er kun medtaget salg på recept til enkeltpersoner. Salg via recept til personer, som ikke er bosiddende i Danmark, indgår ikke. 99 procent af al osteoporosemedicin forbruges i den primære sektor.

**Referencer**

Institut for Rationel Farmakoterapi:

[http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel\\_farmakoterapi/maanedsbld/2006/osteoporose\\_-\\_farmakologisk\\_behandling.htm](http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2006/osteoporose_-_farmakologisk_behandling.htm)

Dansk Knoglemedicinsk Selskab: [http://www.dkms.dk/PDF/DKMS\\_Osteoporose\\_2009.pdf](http://www.dkms.dk/PDF/DKMS_Osteoporose_2009.pdf)

Halpern, G.M. et al. "Comparative uptake of calcium from milk and a calcium-rich mineral water in lactose intolerant adults: implications for treatment of osteoporosis.", *Am J Prev Med.* 1991 Nov-Dec;7(6):379-83.

Heaney, R. P. and Dowell, M. S. "Absorbability of the Calcium in a High-Calcium Mineral Water", *Osteoporosis Int* (1994) 4:323-324

**Bilag**

<b>Kønshormoner</b>	G03XC01	Evista®
<b>Parthyroideahormon</b>	H05AA02 H05AA03	Forsteo® Preatact®
<b>Bisfosfonater inkl. kombinationer</b>	M05BA01 M05BA01 M05BA04 M05BA04 M05BA04 M05BA04 M05BA04 M05BA04 M05BA04 M05BA04	Didronate® Didronel® Alendronat "1A Farma"® Alendronat "Actavis"® Alendronat "Arrow"® Alendronat "Bluefish"® Alendronat "Mylan"® Alendronat "Ranbaxy"® Alendronat "Sandoz"®



	M05BA04	Alendronat "Stada"®
	M05BA04	Alendronat "Teva"®
	M05BA04	Alendronat "ratiopharm"®
	M05BA04	Fosamax®
	M05BA04	Fosamax Ugetablet®
	M05BA06	Bonviva®
	M05BA07	Actonel®
	M05BA07	Optinate®
	M05BA07	Optinate Septimum®
	M05BA07	Risedronatnatrium "Actavis"®
	M05BA07	Risedronatnatrium "Orifarm"®
	M05BA07	Risedronatnatrium "Teva"®
	M05BA07	Riseratio®
	M05BA07	Risostad®
	M05BA08	Aclasta®
	M05BB01	Didronate/Calcium "Procter & Gamble"®
	M05BB03	Fosavance®
<b>Strontiumranelat</b>	M05BX03	Protelos®
<b>Denosumab</b>	M05BX04	Prolia®