

# Beroendeframkallande läkemedel (BFL)

Träffpunkt allmänmedicin

2026-03-19

Fredrik Hagerman  
Tobias Damgaard  
Läkemedelskommittén

## Hur känns det i maggropen när du ser dessa bokningar?

- "Kroniska smärtorna värre. Vill diskutera starkare smärtlindring"
- "Nyinflyttad från annan region. Ångesttillstånd, behöver förnyelse av bensodiazepiner och pregabalin"
- "Omlistad från annan HC. Vill diskutera sömnläkemedel"
- "Kvarstående smärtor efter kirurgi. Nästan slut på oxikodon"

## BFL-patienter har många ansikten och rör sig över klinikgränser



## Varför arbeta med BFL?

- **Primum non nocere**
- Potenta läkemedel med stora patientrisker
- Indikationen ofta tveksam vid långvarig behandling – mer skada än nytta?
- Spretande arbetssätt och otydlig ansvarsfördelning mellan och inom kliniker
- Ofta eftertraktat av patient, där man ibland kontaktar flera enheter/förskrivare samtidigt
- När ibland fel personer – läckage till svarta marknaden
- Ett arbetsmiljöproblem ibland? Tänk på känslan i maggropen...

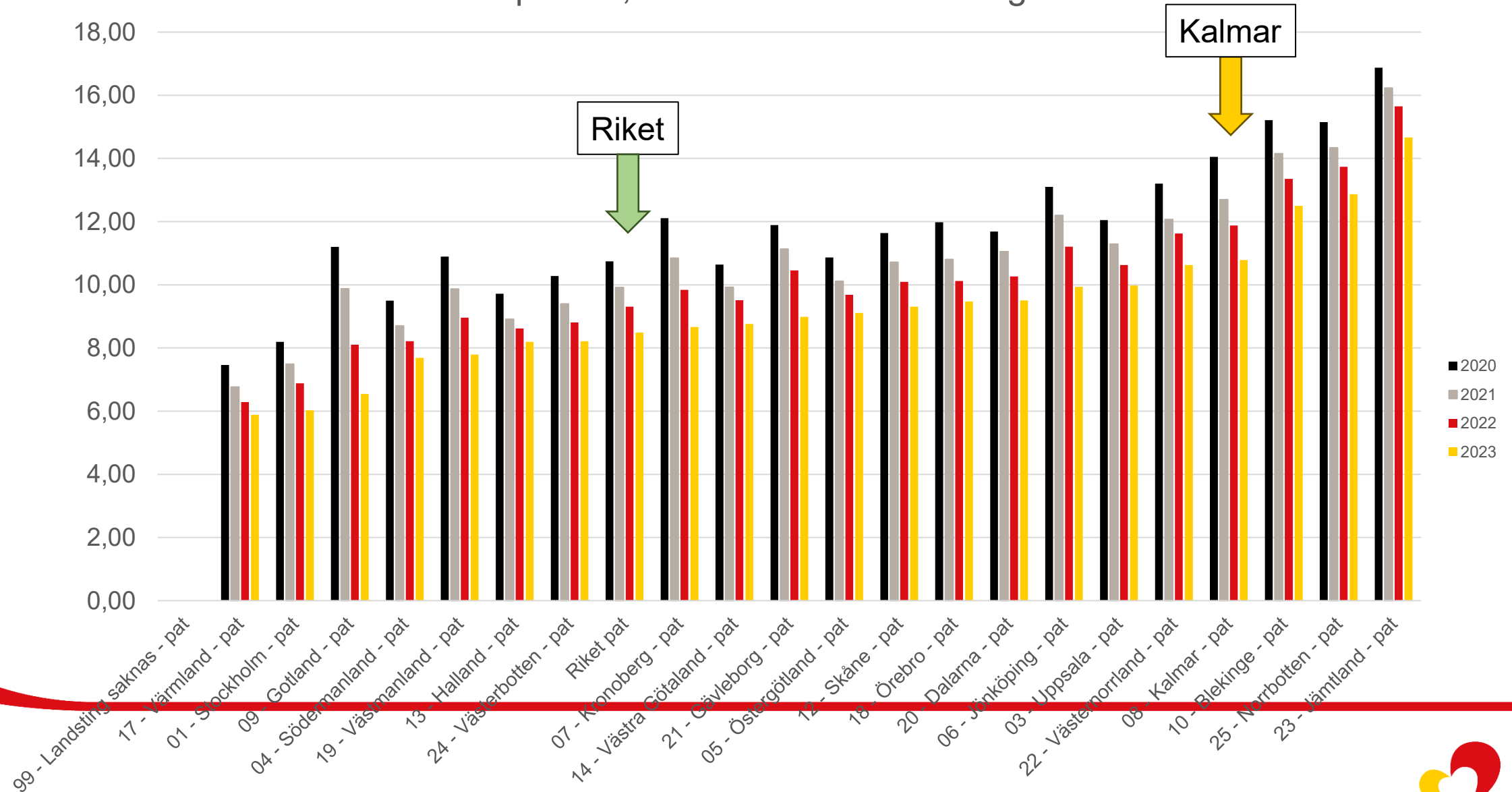
## Vad menar vi med BFL? Fyra läkemedelsklasser:

Antal patienter i Kalmar län som hämtat ut på apotek 2024	
Opioider	14 000
Bensodiazepiner	6 700
Zopiklon/zolpidem	11 700
Pregabalin	1 200

13 % av de som hämtade ut opioid hämtade även ut bensodiazepin under 2022.

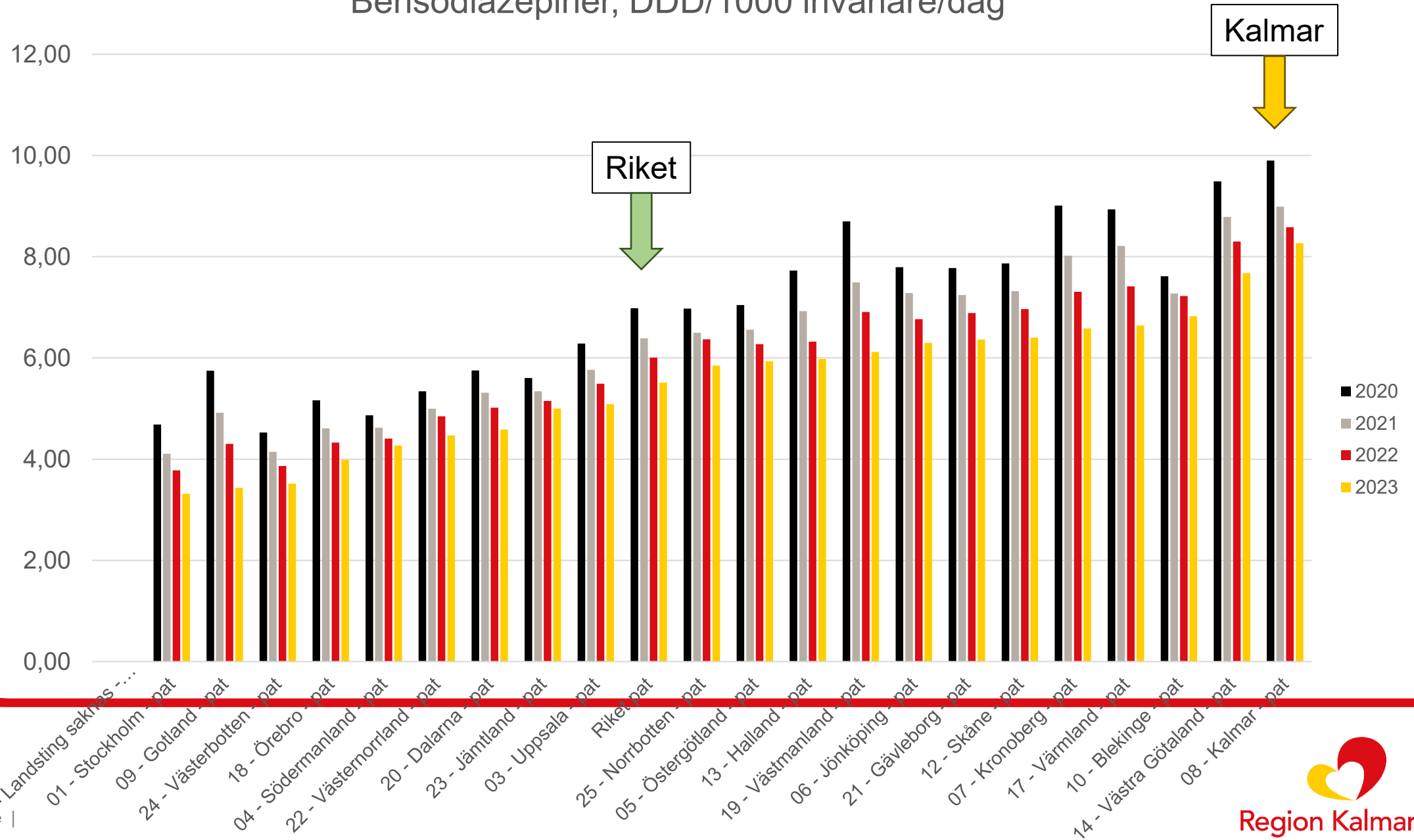
# Kalmar ligger högt

Opioider, DDD/1000 invånare/dag

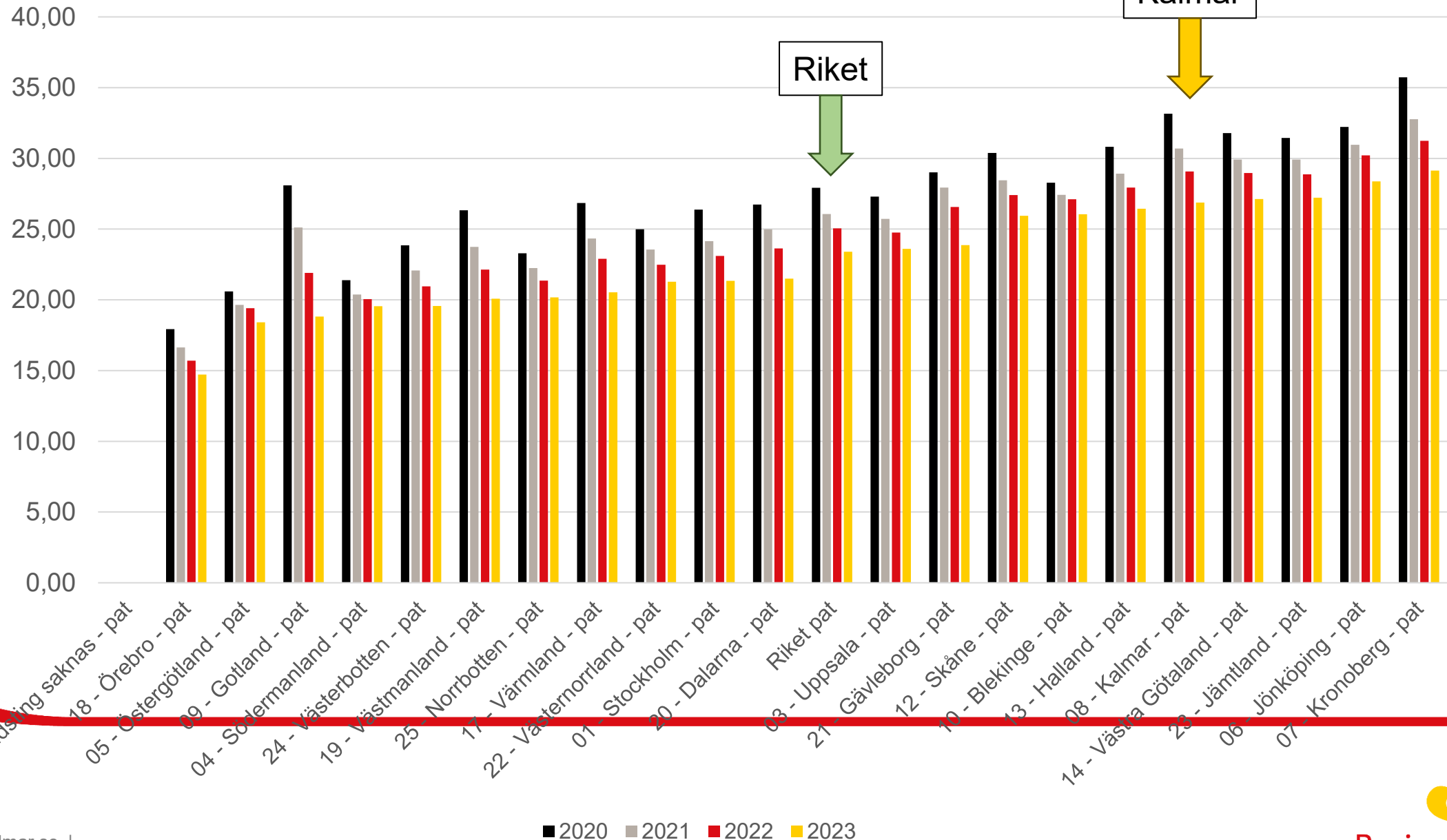


# Kalmar ligger högt

Bensodiazepiner, DDD/1000 invånare/dag

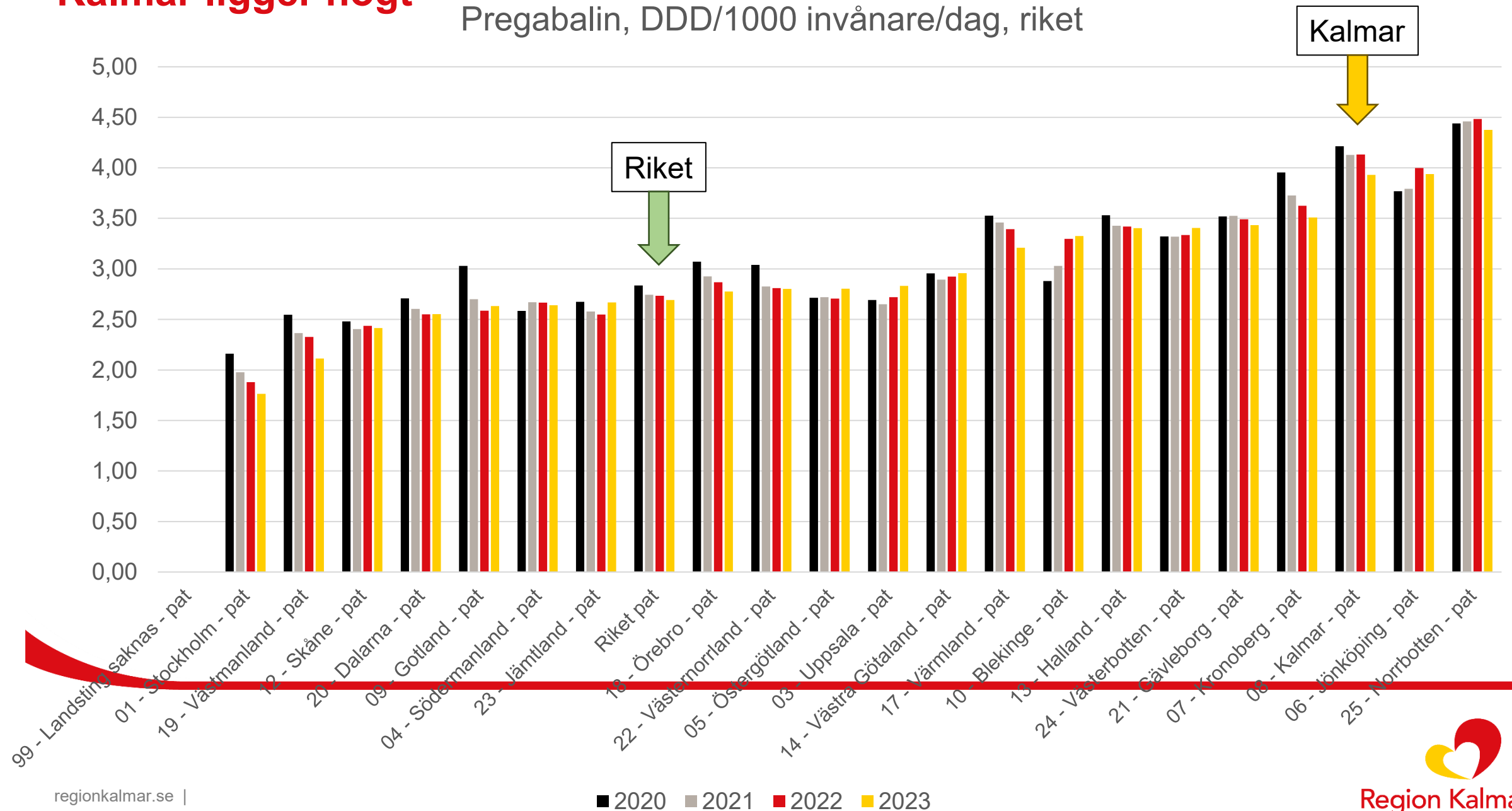


# Kalmar ligger högt Zopiklon/zolpidem, DDD/1000 invånare/dag



# Kalmar ligger högt

Pregabalin, DDD/1000 invånare/dag, riket



# Några intressanta fakta i Region Kalmar län

- 70 % av alla förskrivningar av smärtläkemedel är nyförskrivningar
  - 20-40 % för ångest- och sömnläkemedel
- Var 6:e patient har fått sitt sömnläkemedel nyförskrivet från sjukhuset
- HSF nyförskriver något fler opioider (47 %) jämfört med Hälsoval (42 %)
  - Men 58 % av totala antalet individer finns inom Hälsoval (80 % mätt i DDD)
- För övriga preparat står primärvården för ca 63-75 % av antalet individer
  - Benso: 66 %
    - Psykiatri 20 %, HSF 11 %
  - Zopiklon/zolpidem: 73 %
    - Psykiatri 15 %, HSF 8 %
  - Pregabalin: 63 %
    - Psykiatri 18 %, HSF 15 %

# Deltagare BFL implementeringsteamet

- **Daniel Webster**, verksamhetsutvecklare, Regionstaben
- **Fredrik Hagerman**, ordförande läkemedelskommittén, specialist allmänmedicin
- **Tobias Damgaard**, sekreterare läkemedelskommittén, apotekare
- **Jeanette Assarsson**, specialist kirurgi och verksamhetschef, Kalmar
- **Linnéa Grybäck Nilsson**, patientsäkerhetssamordnare, sjuksköterska, Kalmar
- **Mirjam Mohlin**, specialist beroendemedicin, Kalmar
- **Johan Liliequist**, specialist ortopedi och verksamhetschef, Västervik
- **Anna Michaëlsson**, specialist internmedicin, Västerviks sjukhus
- **Kamil Uminski**, specialist allmänmedicin, Västervik
- **Rickard Kindgren**, specialist psykiatri, Västervik
- **Sandra Nilsson**, specialist allmänmedicin, Oskarshamn
- **Kristin Forgbert**, sjuksköterska ortopedkliniken, Oskarshamn

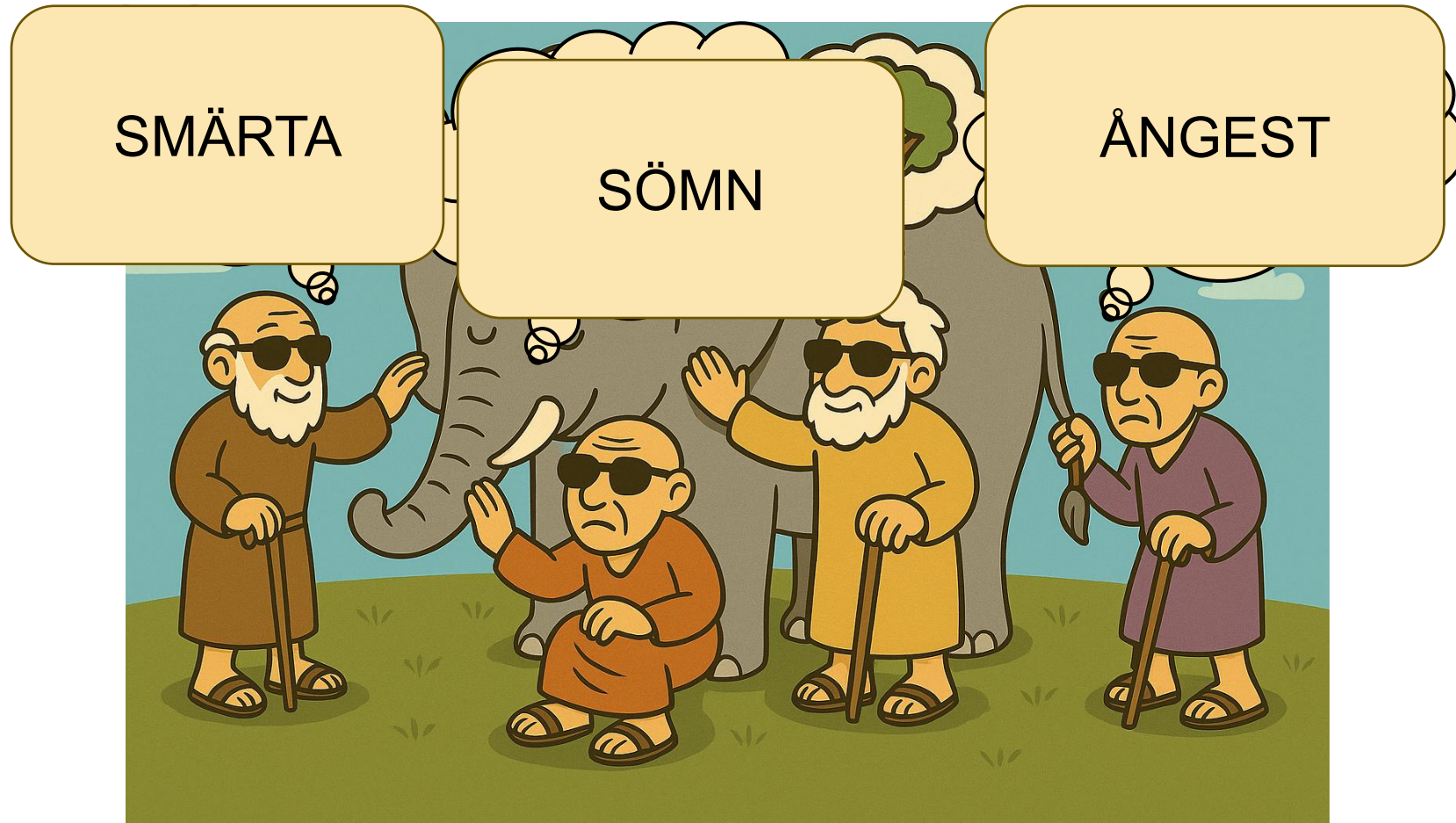
**Staben**

**Kalmar**

**Västervik**

**Oskarshamn**

## Olika perspektiv mellan verksamheter



AI-genererad bild

# Regiongemensam riktlinje

- Utgångspunkt i primärvårdens [riktlinje](#), som omarbetats
- Regiongemensamt förhållningssätt för arbetet med BFL
- Fastställd av Sjukvårdsledningen, trädde i kraft 2026-01-01


**Beroendeframkallande läkemedel- BFL**

Vi arbetar för att minska förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel och minska risken för att patienter ska utveckla ett vårdorsakat läkemedelsberoende.



**Ansvarsfull användning av beroendeframkallande läkemedel**

Beroendeframkallande läkemedel ska användas under en begränsad tidsperiod för utvalda patienter. Vid korrekt medicinsk indikation kan behandlingen ha god effekt och bör inte undanhållas patienten. All behandling följs upp för att kunna avgränsas och sättas ut så snart som möjligt.

 **Region Kalmar län**

**MEDICINSK RIKTLINJE**  
Dok-ID: LK-601 Version: 1  
Giltighetstid: 2026-01-01 -  
Handläggare: Fredrik Hagerman, Ordförande Läkemedelskommittén  
Fastställd av: Sofia Hartz, Planeringsdirektör

**Ansvarsfull ordination av beroendeframkallande läkemedel**

**Syfte och ansvar**  
Syftet är att förtydliga ordinatörens ansvar vid ordination, uppföljning och utsättning av beroendeframkallande läkemedel (BFL).

**Berörd verksamhet**  
Ordnatörer av läkemedel i Kalmar län.

**Riktlinje**  
Patienter som behandlas med BFL ska ha en ansvarig ordinator eller enhet. En ansvarsfull ordination av BFL förväntas öka patientsäkerheten och minska biverkningar, skadligt bruk, beroendetillstånd och dödlighet.

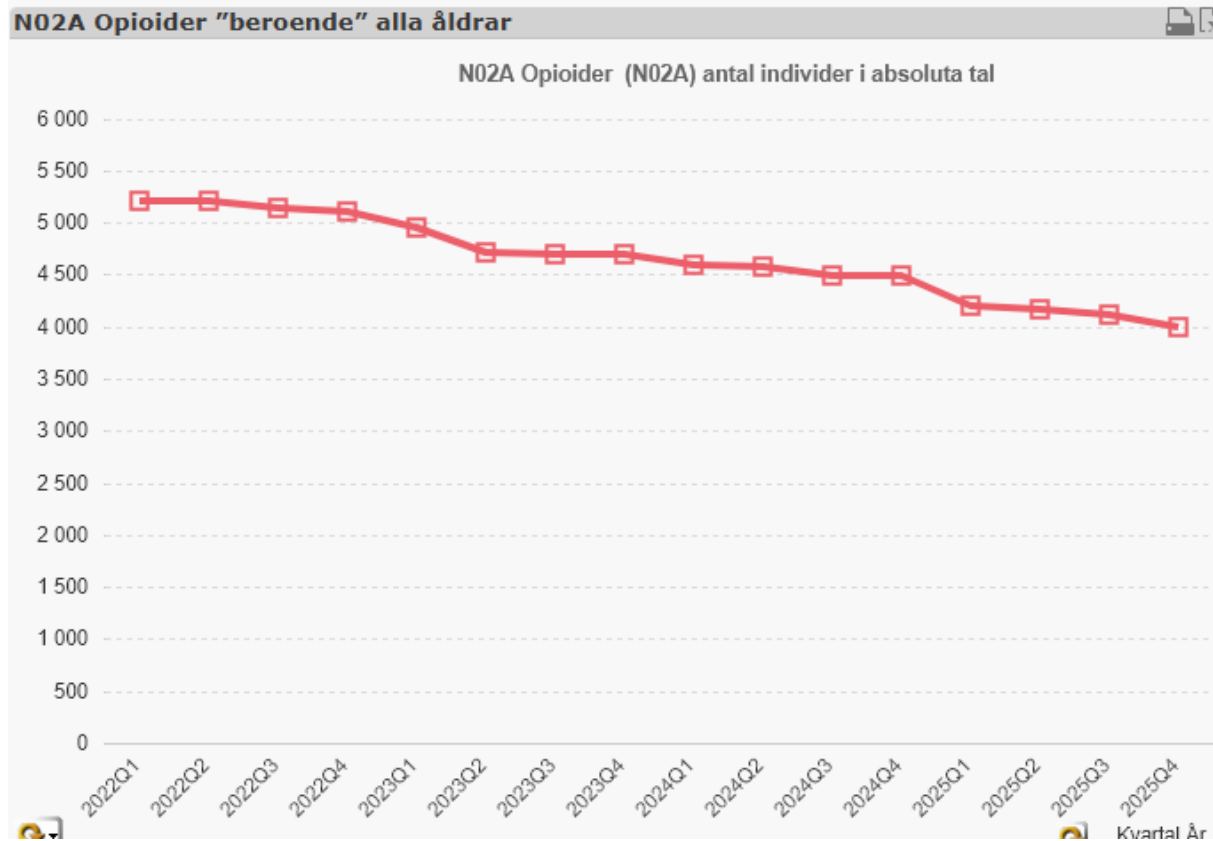
**Avgränsningar**  
Riktlinjen avser ordination av opioider, pregabalin, bensodiazepiner och bensodiazepinliknande preparat. Riktlinjen omfattar inte behandling med BFL vid symptom orsakade av malign sjukdom, vid vård i livets slutskede samt till LARO-patienter<sup>1</sup>.

**Arbetsätt**  
BFL ordinerar till utvalda patienter, i normalfallet tidsbegränsat. Vid korrekt medicinsk indikation kan behandlingen ha god effekt och bör inte undanhållas patienten. Bedömning av nytta och risk görs innan behandling. All behandling ska ha ett slutdatum eller en planerad uppföljning för att undvika onödigt långvarig förskrivning. Patienten ska informeras på ett adekvat sätt om planen och att det rör sig om ett BFL.

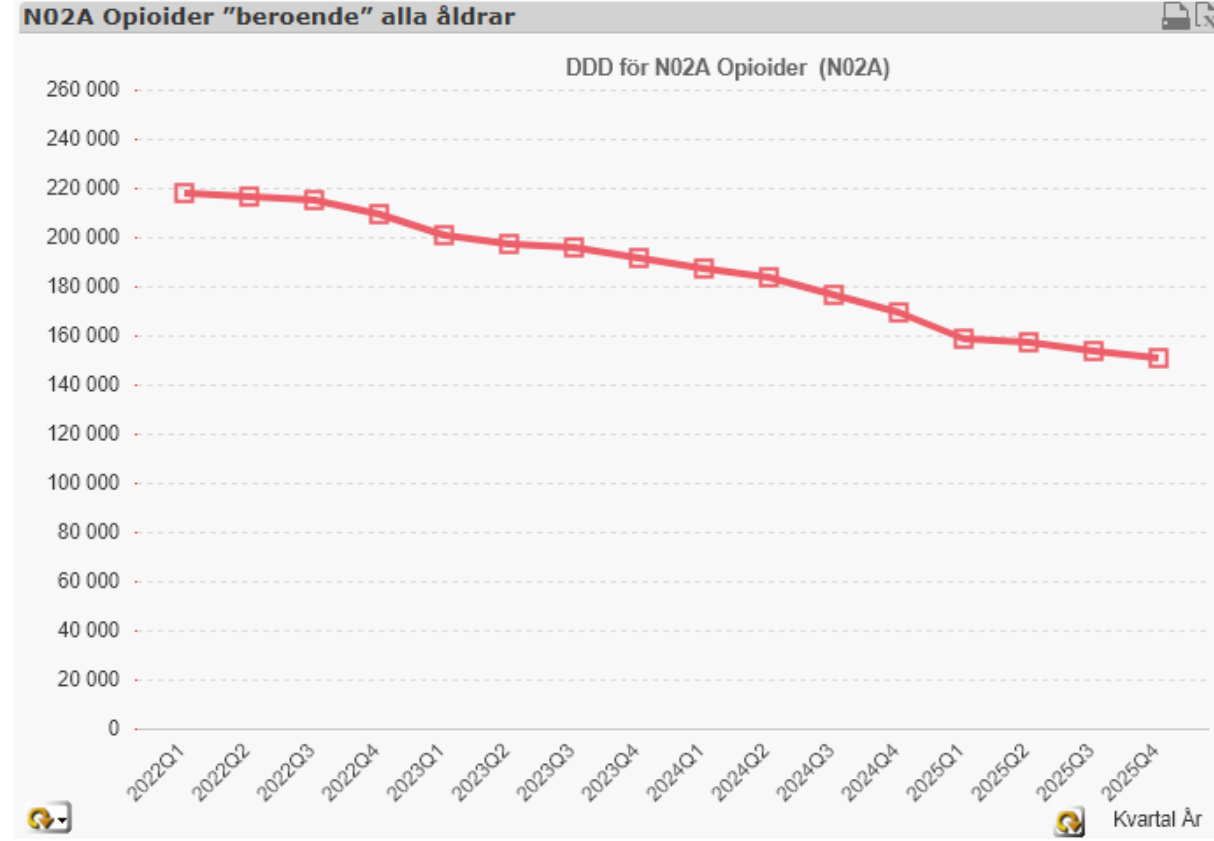
**Dokumentation**  
Ordnation av BFL ska dokumenteras i journalen, inklusive medicinsk indikation, plan för läkemedelsbehandling samt uppföljning. Bedömning av risk dokumenteras när det är indicerat. Dokumentationen är viktig för övrig vårdpersonal i kommunikation med patienten.

**Ansvarsfördelning**  
Enligt regionrutin<sup>2</sup> är ordinator skyldig att följa upp behandlingen. Vid ändring av pågående ordination, inklusive förnyelse av recept, tar ordinatören över ansvaret för behandlingen fram till dess att annan förskrivare accepterat övertag. Är ordinatören inte tillgänglig bär enheten ansvaret för behandlingen. Om ett skadligt bruk eller beroendetillstånd uppstår ska åtgärder vidtas.

# Opioider hälsoval

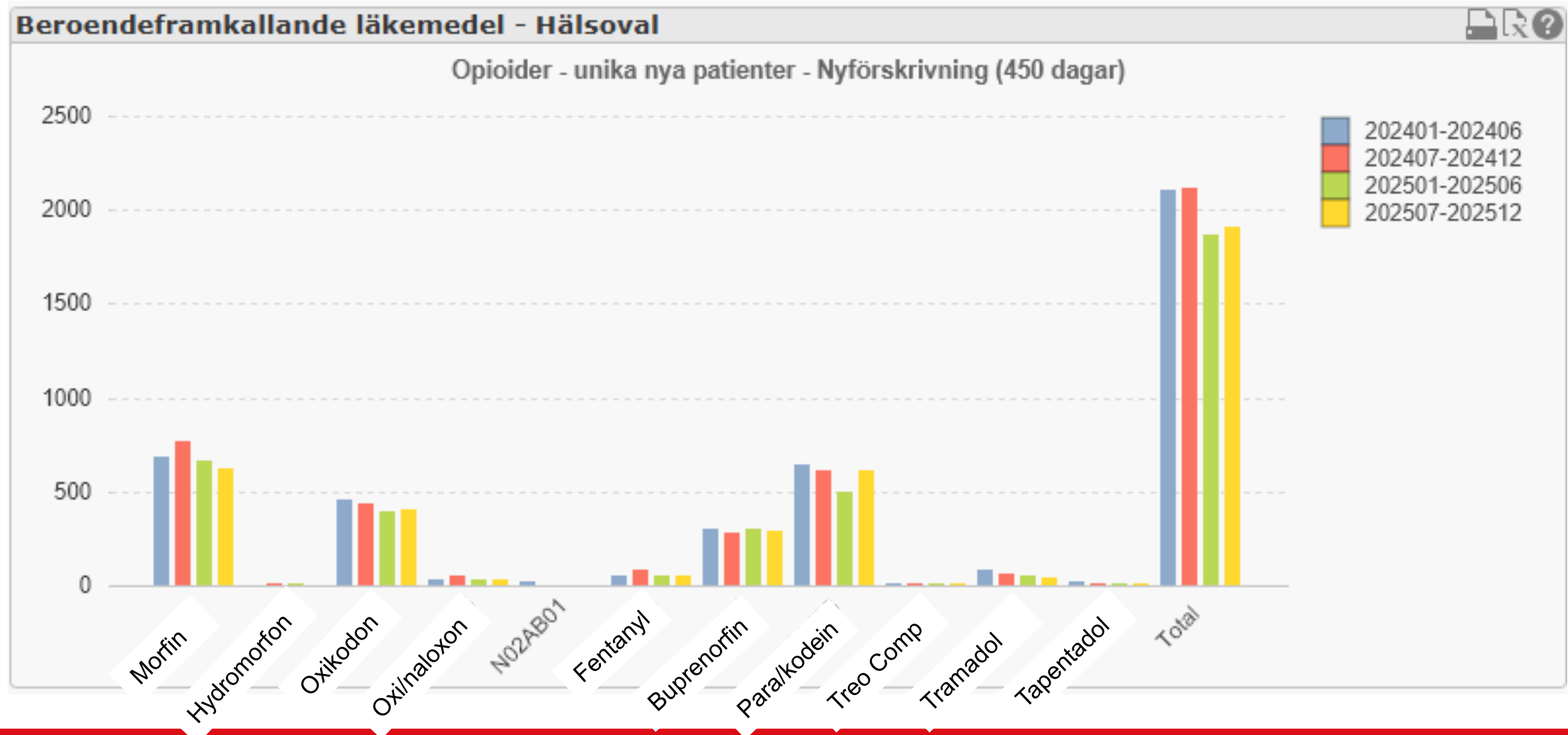


Individer



DDD

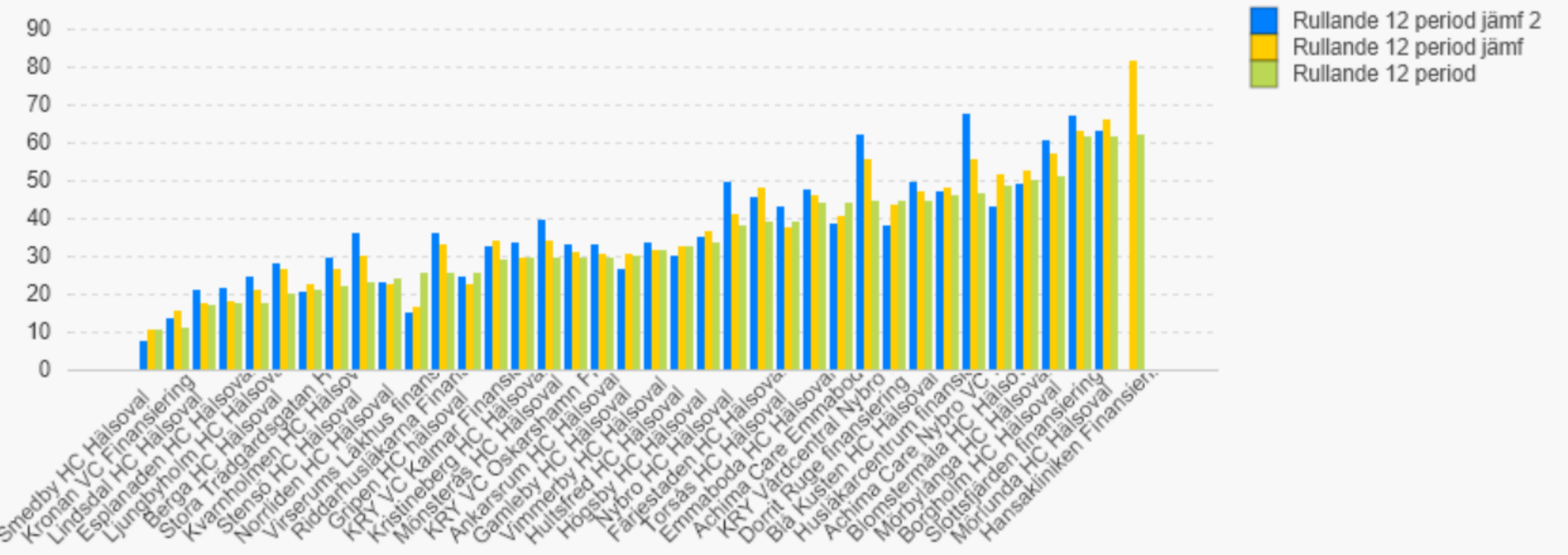
# Opioider nyförskrivning

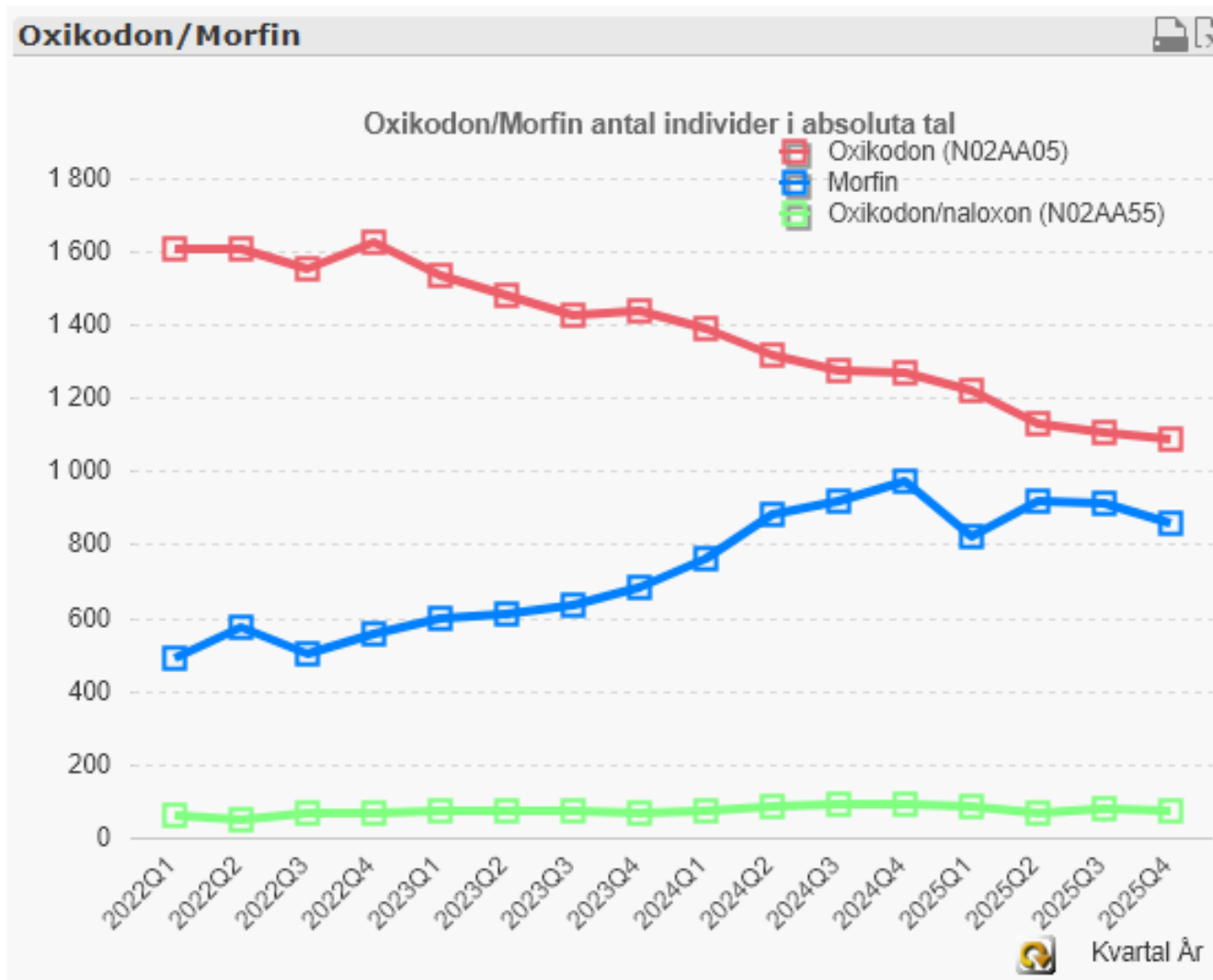


# Beroendeframkallande läkemedel - Hälsoval

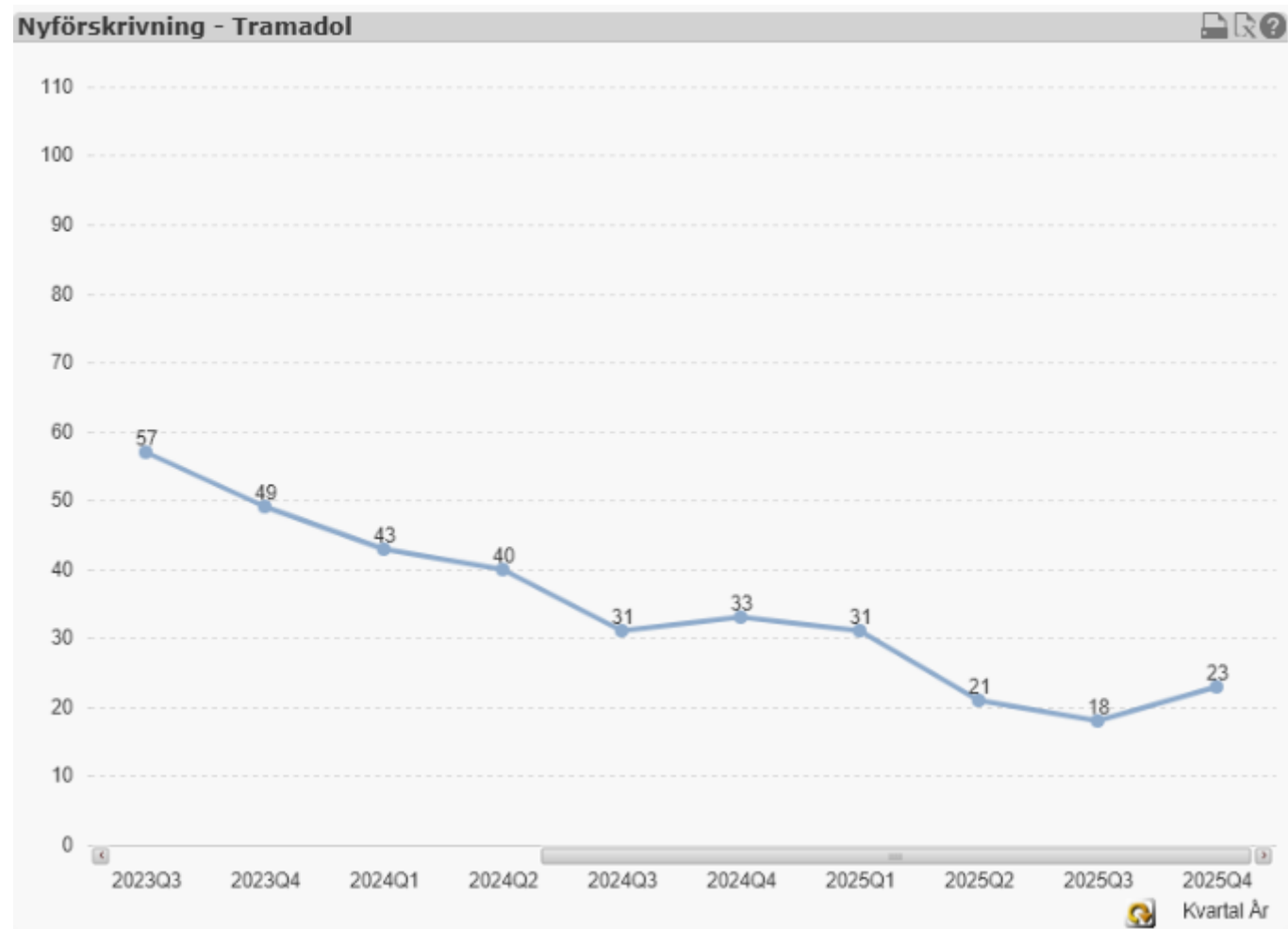


Opioider - patienter per 1000 listade

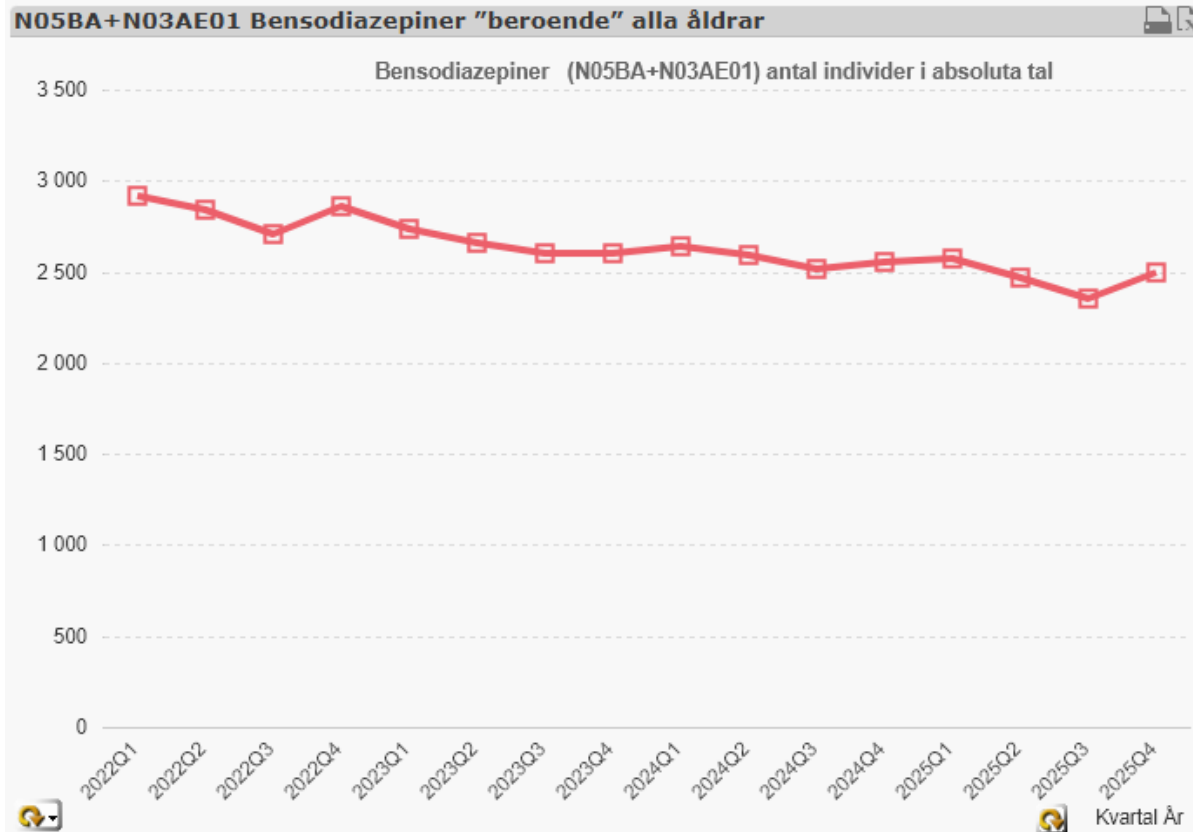




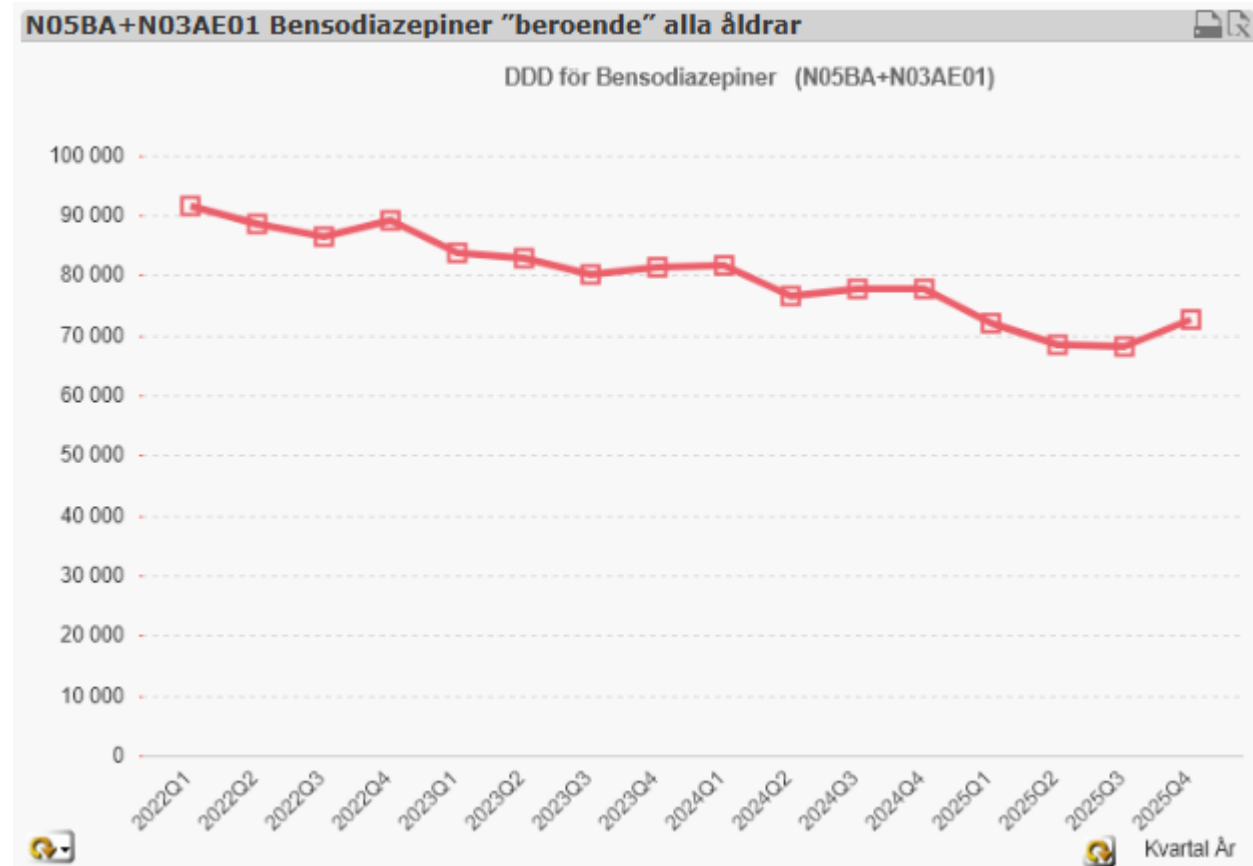
# Tramadol nollvision nyförskrivning



# Bensodiazepiner

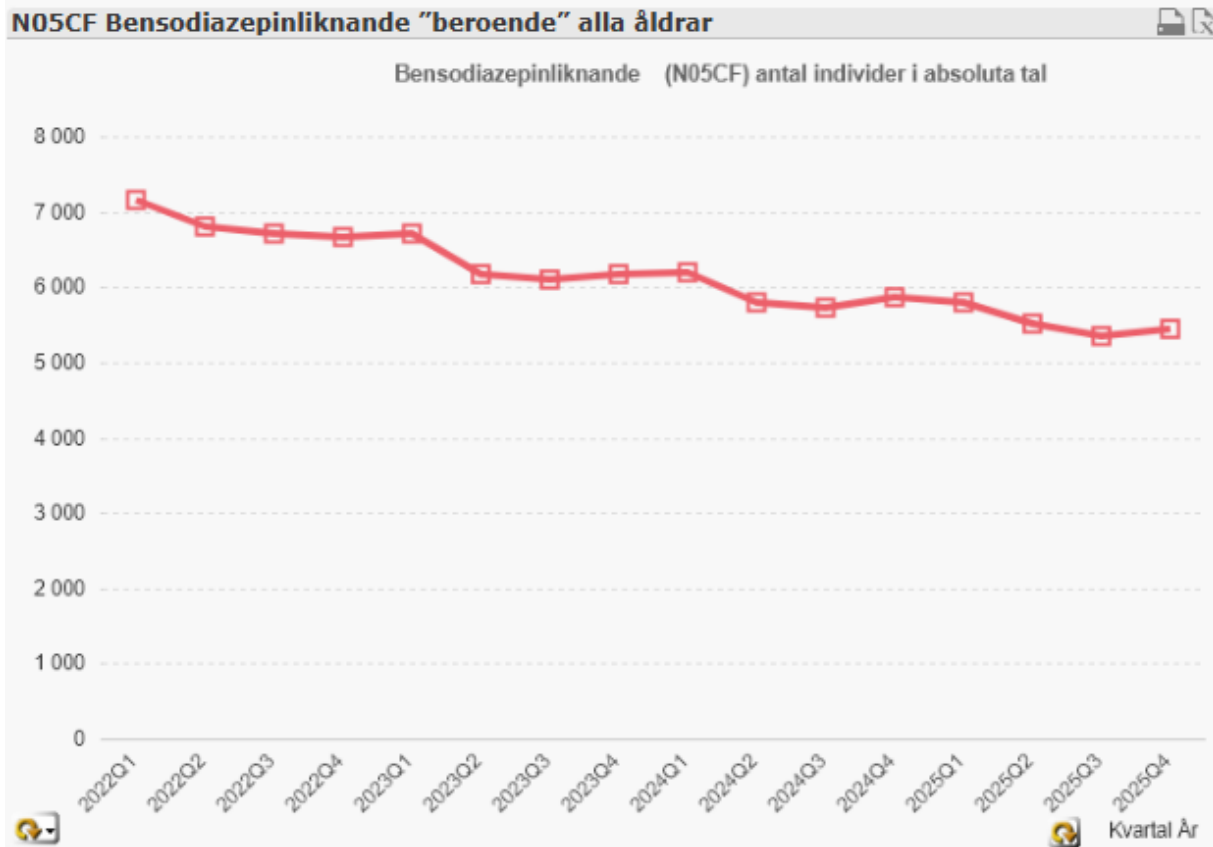


Individer

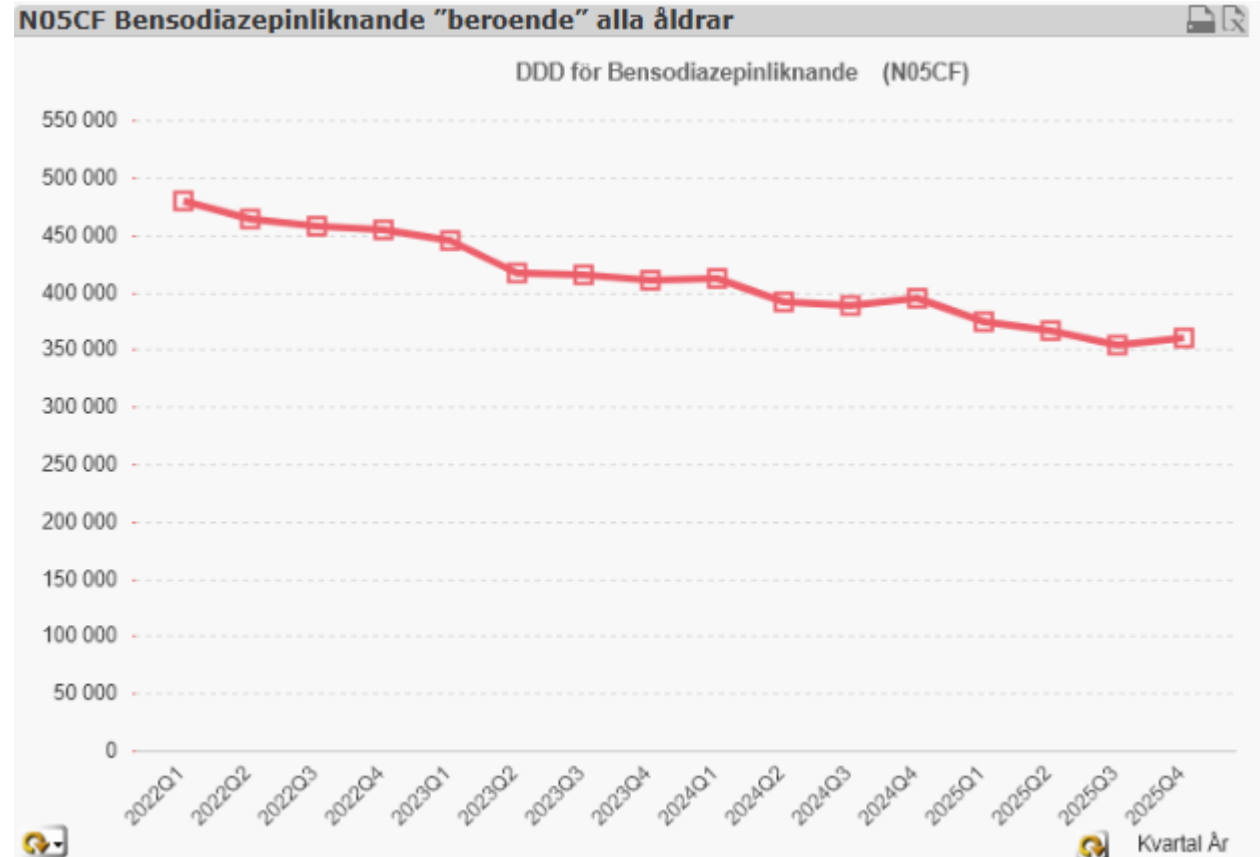


DDD

# Zopiklon/zolpidem

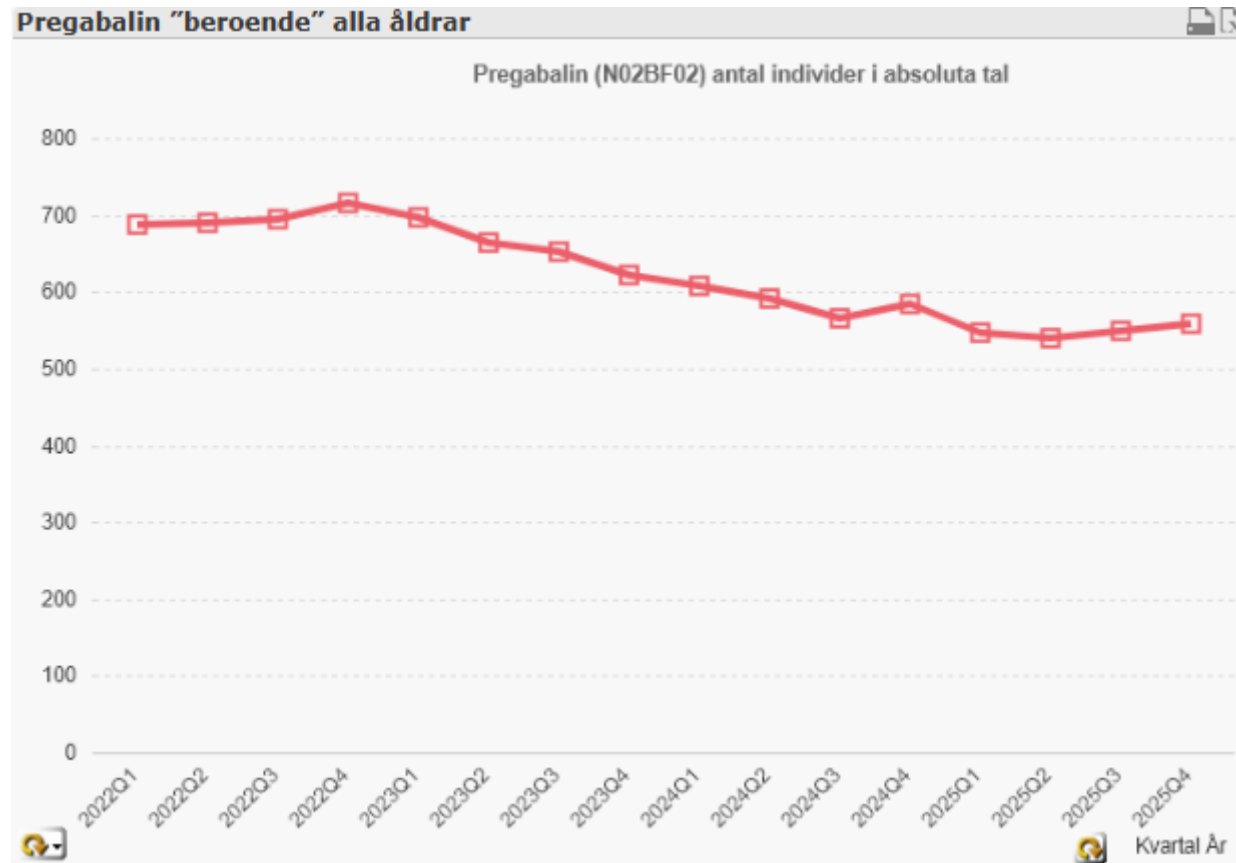


Individer



DDD

# Pregabalin



## Mål med BFL-arbetet

- Ansvarsfull och ändamålsenlig ordination av BFL:
  1. Gemensamt arbetssätt
  2. Tydligt ansvar
  3. Tydlig dokumentation
  4. Ökad medvetenhet
- Mätbart mål: nå rikets förskrivningsnivå 2030 (-20% när arbetet började)

För både patienternas  
och medarbetarnas skull!

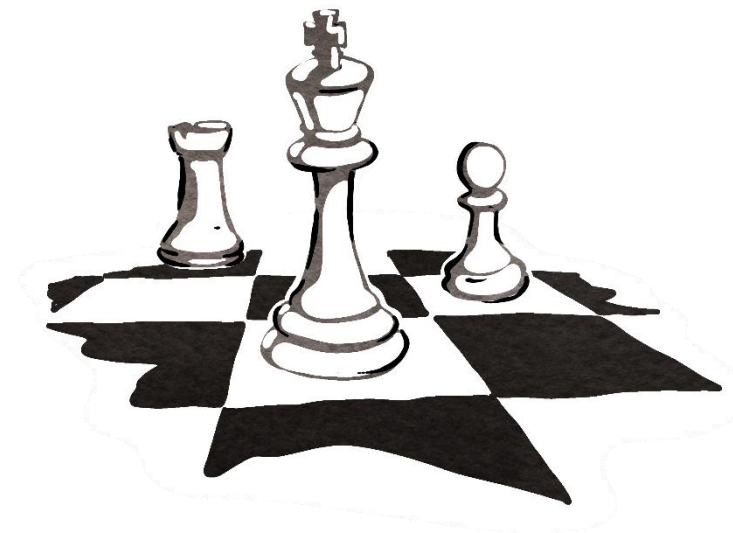
## Riktlinjen i korthet

- Förskrivarens och enhetens ansvar
- Korrekt indikation
- Informerad patient
- Plan inklusive utsättning eller uppföljning
- Tydlig dokumentation i journalen

Rätt indikation och tydlig plan  
– vårt gemensamma ansvar

## Vad händer nu?

- Riktlinjen omsätts i lokala rutiner och arbetssätt
- Beslutsstöd och andra resurser kommer på hemsidan
- Kommunikation riktlinje internt våren -26
  - Primärvård MAL/BEC, läkare, sk
  - Sjukhus
  - Psykiatri
  - Folktandvården
  - Kommunsköterskor
- Regelbunden uppföljning med statistik hos berörda kliniker + ledning
- Information till allmänheten senhösten -26



## Tidsplan för primärvården

- MAL-möte 25/2, hälsovalsmöte 11/3, Träffpunkt allmänmedicin 19/3
- Ta fram lokal rutin för BFL innan sommaren
- KUS-möte (ssk från PV och kommunerna) 30/9
- Lokal rutin på plats och implementerad senast **2026-11-01** enligt ledningsbeslut

## Konkret för primärvården

- Hur jobbar ni konkret med BFL på er HC? Hur långt har ni kommit?
- Ni är nyckelpersoner!
- Alla yrkesgrupper behöver vara med på tåget
- Uppdaterad hemsida med resurser inom kort
- Återkommande statistik som uppföljning framåt

Frågor? Funderingar? Medskick till oss?

The background is a solid red color with several overlapping, semi-transparent circles of varying shades of red. In the center, there is a prominent heart shape formed by the intersection of two overlapping circles. The text is centered within this heart shape.

**Tillsammans**  
för ett **friskare**  
**tryggare** och  
**rikare liv**

# Beroendeframkallande läkemedel

Ordination och evidens

Tobias Damgaard  
Läkemedelskommittén

### Smärtanalys styr behandling:

- Vilken smärtmekanism är drivande (nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk)?
  - När och hur ska smärtan utvärderas?
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nociceptiv</li><li>• Neuropatisk</li><li>• Nociplastisk (primär långvarig)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Akut</li><li>• Kronisk</li><li>• Malign (cancerrelaterad)</li></ul> |
|--|---|

Analgetikainsats mot nociceptiv smärta utvärderas inom några dagar och mot neuropatisk/nociplastisk smärta efter 1-2 månader. Ineffektiv behandling ska sättas ut.

Utvärdering:

- Nociceptiska läkemedel – inom några dagar
- Neuropatiska läkemedel – inom 1-2 månader

### AKUT ICKE-MALIGN SMÄRTA

Nociceptiv smärta behandlas i första hand med paracetamol och/eller Cox-hämmare om inga kontraindikationer föreligger. Kombinationen kan ha likvärdig effekt som opioider.

Vid behov av opioidbehandling bör behandlingen vara kortvarig, i regel endast några dagar, även postoperativt. Kan då sättas ut direkt. Kortverkande tabletter underlättar uppföljning och dosjusteringar i akutstadiet.

- **Använd paracetamol och/eller COX-hämmare i första hand**
- Behövs opioider, tänk kortvarigt (inom 5 dagar) och kortverkande

# Likvärdig smärtlindring med opioider vid många akuta smärttillstånd

COX-hämmare med/utan paracetamol har påvisat lika bra eller bättre smärtlindring vid:

- Artrossmärter
- Lumbagosmärter
- Extremitetssmärter (inkl höft/axel)
- Många kirurgiska ingrepp

Bråckoperationer (ljumsk, navel, främre bukvägg)

Hemorroidborttagning

Lumpektomi (bröstcancerkirurgi)

Kolecystektomi

Dagkirurgi

# Kombinationsbehandling vid akut smärta

## Single dose for extremity pain at the ER

Table 2. Numerical Rating Scale (NRS) Pain Scores and Decline in Pain Scores by Treatment Group

	NRS Pain Score, Mean (95% CI) <sup>a</sup>				P Value <sup>f</sup>
	Ibuprofen and Acetaminophen <sup>b</sup>	Oxycodone and Acetaminophen <sup>c</sup>	Hydrocodone and Acetaminophen <sup>d</sup>	Codeine and Acetaminophen <sup>e</sup>	
No. of patients <sup>g</sup>	101	104	103	103	
Primary end point: decline in score to 2 h	4.3 (3.6 to 4.9)	4.4 (3.7 to 5.0)	3.5 (2.9 to 4.2)	3.9 (3.2 to 4.5)	.053
Baseline score	8.9 (8.5 to 9.2)	8.7 (8.3 to 9.0)	8.6 (8.3 to 9.0)	8.6 (8.2 to 8.9)	.47
Score at 1 h	5.9 (5.3 to 6.6)	5.5 (4.9 to 6.2)	6.2 (5.6 to 6.9)	5.9 (5.2 to 6.5)	.25
Score at 2 h	4.6 (3.9 to 5.3)	4.3 (3.6 to 5.0)	5.1 (4.5 to 5.8)	4.7 (4.0 to 5.4)	.13
Decline in score to 1 h	2.9 (2.4 to 3.5)	3.1 (2.6 to 3.7)	2.4 (1.8 to 3.0)	2.7 (2.1 to 3.3)	.13

<sup>a</sup> Pain intensity was assessed using an 11-point NRS in which a score of 0 indicates no pain and a score of 10 indicates the worst possible pain.

<sup>b</sup> Patients received 400 mg of ibuprofen and 1000 mg of acetaminophen.

<sup>c</sup> Patients received 5 mg of oxycodone and 325 mg of acetaminophen.

<sup>d</sup> Patients received 5 mg of hydrocodone and 300 mg of acetaminophen.

<sup>e</sup> Patients received 30 mg of codeine and 300 mg of acetaminophen.

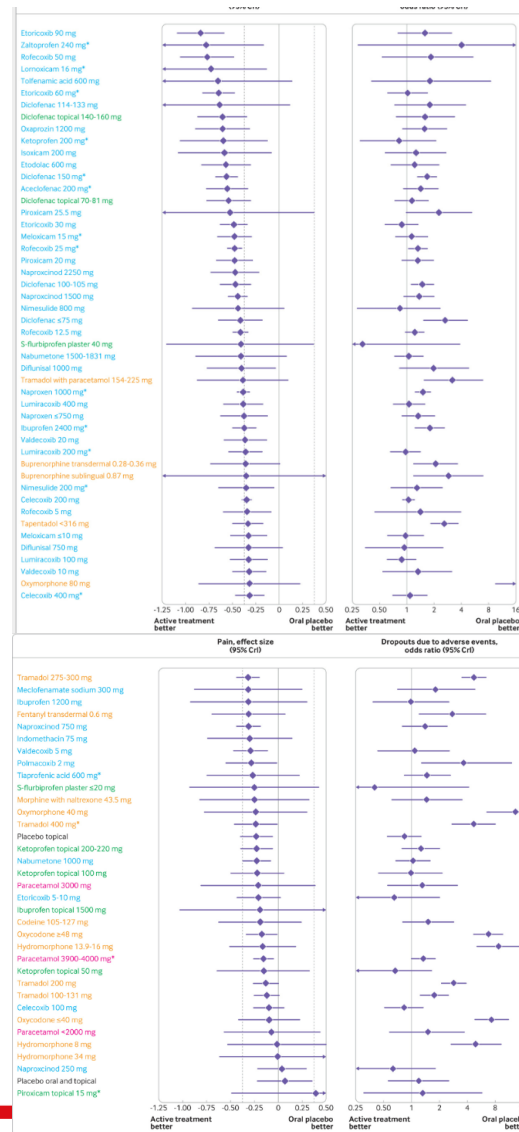
<sup>f</sup> Calculated using analysis of variance.

<sup>g</sup> One patient in each group had imputed NRS data.

Ibuprofen + paracetamol hade **lika god effekt** som oxikodon + paracetamol vid extremitetssmärta på akuten (höft/axel och utåt).

JAMA. 2017;318(17):1661-1667. doi:[10.1001/jama.2017.16190](https://doi.org/10.1001/jama.2017.16190)

# Effekt smärtläkemedel knä- och höftartros

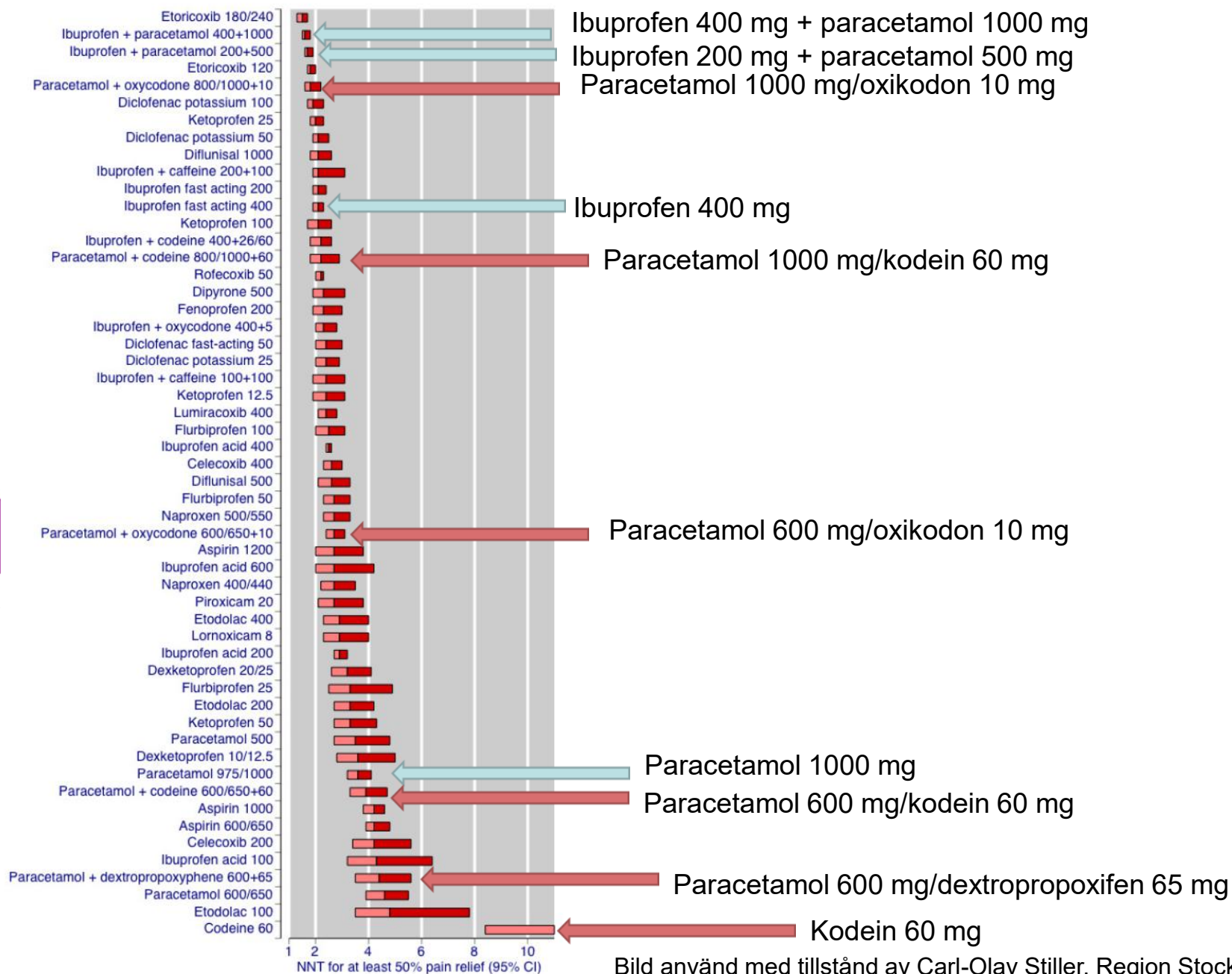


## Sammanfattning

NSAID ger god effekt, och färre drop-outs.

Opioider ger modest effekt, med fler drop-outs.

Figure I. Single dose oral analgesics in moderate or severe pain: NNT for at least 50% maximum pain relief over four to six hours.



Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults - an overview of Cochrane reviews (Review)

Moore RA, Derry S, Aldington D, Wiffen PJ

# Guide-line osteoartrit primärvård

BENEFITS AND HARMS	TREATMENT	WITHDRAWALS DUE TO ADVERSE EVENTS*	POTENTIAL ADVERSE EVENTS	PRESCRIBING COMMENTS	COST
😊 Benefits likely exceed harms	Exercise	Similar to control	Injuries	Consider pedometers with specific exercise goals. <sup>1</sup> Type of activity is not important. <sup>1</sup>	\$ to \$\$\$\$
	Intra-articular Corticosteroids	Similar to placebo	Infection	Efficacy for knee osteoarthritis peaks between 1-2 weeks. May inject 4 times per year. <sup>4</sup>	\$
	Topical NSAIDs	5% versus 4%	Application site reactions	Data unavailable to support one formulation or concentration over another. <sup>5</sup>	\$ to \$\$
😊 Benefits may not exceed harms in some patients	Oral NSAIDs	Similar to placebo	Adverse gastrointestinal, renal and cardiovascular effects	Consider naproxen or ibuprofen. Diclofenac and COX-2 Inhibitors may increase cardiovascular risk. <sup>6</sup>	\$
	SNRIs (Duloxetine)	12% versus 6%	Headache, drowsiness, gastrointestinal, weight loss	Most trials studied duloxetine 60mg once daily.	\$\$
😞 No benefit	Acetaminophen	Similar to placebo	Abnormal liver function	Most trials studied acetaminophen 1000mg every 6 hours.	\$
😞 Harms likely exceed benefits	Opioids	21% versus 7%	Dependency, constipation, overdose, cognitive effects, fracture	Efficacy similar with placebo in trials longer than 12 weeks.	\$\$ to \$\$\$
😊 Unclear benefits	Glucosamine	Similar to placebo	Nothing reported	Efficacy similar to placebo in publicly funded trials.	\$
	Chondroitin		Nothing reported		\$
	Viscosupplementation (Hyaluronic acid)	Percentages not reported	Injection site reactions		\$\$\$ to \$\$\$\$

# Cochrane över cochranes - Lumbago

## Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews

✉ Aidan G Cashin, Benedict M Wand, Neil E O'Connell, Hopin Lee, Rodrigo RN Rizzo, Matthew K Bagg, Edel O'Hagan, Christopher G Maher, Andrea D Furlan, Maurits W van Tulder, James H McAuley Authors' declarations of interest

Version published: 04 April 2023 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013815.pub2>

### Acute LBP

#### *Paracetamol*

There was high-certainty evidence for no evidence of difference between paracetamol and placebo for reducing pain intensity (MD 0.49 on a 0 to 100 scale (higher scores indicate worse pain), 95% CI -1.99 to 2.97), reducing disability (MD 0.05 on a 0 to 24 scale (higher scores indicate worse disability), 95% CI -0.50 to 0.60), and increasing the risk of adverse events (RR 1.07, 95% CI 0.86 to 1.33).

### Chronic LBP

#### *Paracetamol*

No evidence was identified by the included reviews for chronic LBP.

# Risker med paracetamolanvändning

## Biverkningar

- Hypertoni
- Möjlig njurpåverkan
- Möjlig ökad risk för GI-blödningar vid hög dos
  - Additiv risk med COX-hämmare
- Akut leverintoxikation
- Central sensitisering

## Praktiska problem

- Tablettbörda (6-8 extra tabletter)
- Extra utdelningstillfällen (kl 14)
- Ökade kostnader

Ompröva stående behandling

# Minskar opioid-relaterade biverkningar såsom

## Ej aktuellt vid:

- Hjärtsvikt (Cox-hämmare)
- Grav njursvikt (Cox-hämmare)
- Graviditet (Cox-hämmare)
- Leversvikt (Paracetamol)

## Motsägelsefulla data för:

- Läkning (kanske bättre)
- Blödningsrisk (kanske värre)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136175/#CR50>

### AKUT ICKE-MALIGN SMÄRTA

Nociceptiv smärta behandlas i första hand med paracetamol och/eller Cox-hämmare om inga kontraindikationer föreligger. Kombinationen kan ha likvärdig effekt som opioider.

Vid behov av opioidbehandling bör behandlingen vara kortvarig, i regel endast några dagar, även postoperativt. Kan då sättas ut direkt. Kortverkande tabletter underlättar uppföljning och dosjusteringar i akutstadiet.

- Använd paracetamol och/eller COX-hämmare i första hand
- **Behövs opioider, tänk kortvarigt (inom 5 dagar) och kortverkande**

### **NOCIPLASTISK SMÄRTA**

All långvarig smärta ska behandlas i en bio-psyko-social kontext med individuellt anpassade interventioner. Vid läkemedelsbehandling bör endast en lindrande verkan förväntas. Samma preparatval som vid Perifer neuropatisk smärta. Kräver ofta lägre maxdosering, se ordinationsmallar. Kan även kombineras med paracetamol och/eller Cox-hämmare vb. Opioider är inte lämpliga och ska undvikas.

- Neuropatiska smärtläkemedel i lägre dos kan prövas
- Paracetamol/COX-hämmare endast vid behov (undantagsfall)
- Opioider olämpliga, ska undvikas

# När ska opioider inte användas

- Psykogen smärta
- Nociplastisk smärta (fibromyalgi, IBS, smärtsensitivering)

Läkemedelsverket / EULAR / NHS / US Agency for Healthcare Research and Quality m.fl.

- Nociplastisk smärta uppstår till följd av förändrad nociception orsakad av störd smärtmodulering, och i avsaknad av tecken på vävnadsskada eller skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet. Den farmakologiska behandlingen liknar den vid neuropatisk smärta, det vill säga SNRI och gabapentinoider, medan opioider bör undvikas.

Läkemedelsverket

[Start/](#) [Behandling/](#) [Expertgruppsutlåtanden/](#) [Smärta och reumatologiska sjukdomar/](#) Om opioider behövs vid akut smärta ska behandlingen avslutas inom 3–5 dygn

# Om opioider behövs vid akut smärta ska behandlingen avslutas inom 3–5 dygn

För att minska risken för långtidsbehandling med opioider vid icke-cancerrelaterad smärta är det viktigt att optimera doseringen vid behandling av akut smärta. Tre till fem dagars behandling är ofta tillräckligt. Detta Kloka råd bygger på klinisk erfarenhet och är i linje med de amerikanska riktlinjerna från Centers for disease control and prevention, CDC, som anger att opioidbehandling vid akut smärta kan avslutas inom tre dagar.

## Författare

[Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar](#)

[Läs mer från expertgruppen](#)

**Viss.nu**

[Nervsystemet och smärta](#)

## Centers for Disease Control and Prevention\*

### Selecting Opioids and Determining Opioid Dosages Recommendation 3

**When starting opioid therapy for acute, subacute, or chronic pain, clinicians should prescribe immediate-release opioids instead of extended-release and long-acting (ER/LA) opioids (recommendation category: A; evidence type: 4).**

\*USAs motsvarighet till Folkhälsomyndigheten

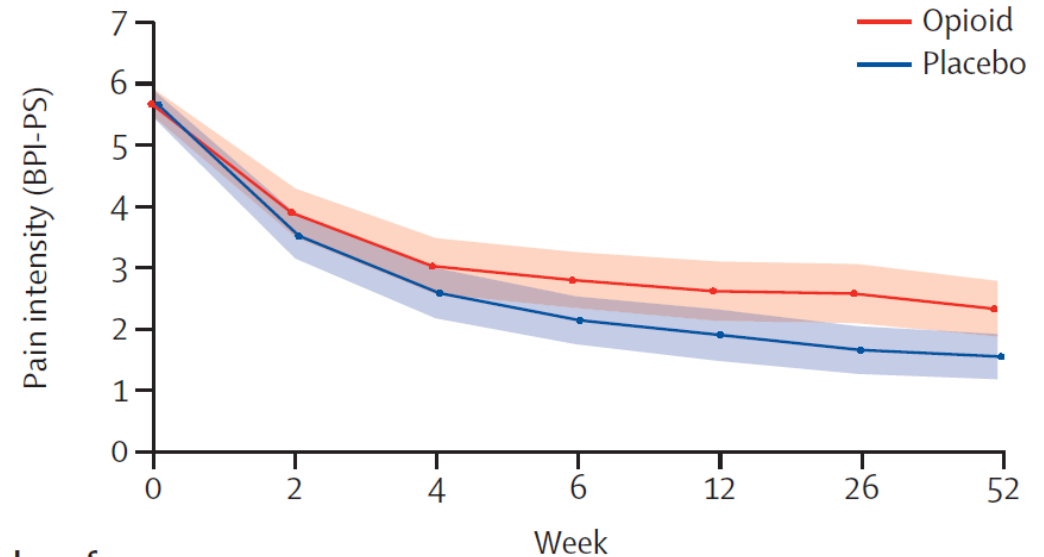
# Biverkningar (samtliga) opioider

- Mortalitet
- Sömn
- Endokrina effekter
- Hyperalgesi
- Kognitiva/psykiatriska besvär
- Missbruk
- Tramadol har även SNRI-biverkningar

Redan pågående opioidbehandling korrelerar till sämre resultat av medicinska behandlingar, och utveckling av långvarig smärta  
– *Utbildning Läkartidningen Smärta 2023-03-09*

# Opioider vid nedre rygg/nacksmärtor (OPAT)

- RCT, placebo, totalblindad, bra randomisering
- 342 deltagare, 52 veckors behandling
- Ingen statistisk skillnad efter 6 veckor, dock signifikant ökad smärta vid opioidbehandling efter 52 v.



## Number of participants

Opioid	174	136	127	132	124	121	123
Placebo	171	140	122	138	129	126	128

Jones et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. (2023) Lancet 402:10398 p 304-312

# Opioider vid nedre rygg/nacksmärtor

- Fysisk sämre funktion i rygg, även tendens generellt sämre fysisk förmåga
- Dock tydligt sämre mental livskvalitet efter 52 v.

	Opioid (n=174)		Placebo (n=172)		Mean difference (95% CI)	p value
	n	Mean (SE)	n	Mean (SE)		
<b>Pain severity (BPI-PS)</b>						
Week 2	136	3.81 (0.19)	140	3.54 (0.19)	NA	NA
Week 4	127	3.08 (0.20)	122	2.73 (0.20)	NA	NA
Week 6	132	2.78 (0.20)	138	2.25 (0.19)	0.53 (-0.00 to 1.07)	0.051
Week 12	124	2.58 (0.20)	129	2.10 (0.19)	0.48 (-0.06 to 1.02)	0.083
Week 26	121	2.67 (0.20)	126	1.87 (0.19)	NA	NA
Week 52	123	2.37 (0.20)	128	1.81 (0.19)	0.57 (0.02 to 1.11)	0.041
<b>Physical functioning, generic (BPI-IS)</b>						
Week 2	126	3.90 (0.22)	132	3.58 (0.21)	NA	NA
Week 4	115	2.92 (0.22)	115	2.75 (0.22)	NA	NA
Week 6	125	2.64 (0.22)	126	2.12 (0.21)	0.52 (0.08 to 1.12)	0.088
Week 12	114	2.48 (0.22)	120	1.90 (0.22)	0.58 (-0.03 to 1.19)	0.064
<b>Physical functioning, back (RMDQ)</b>						
Week 6	109	8.89 (0.64)	109	6.56 (0.64)	2.33 (0.55 to 4.11)	0.011
<b>Physical functioning, neck (NDI), %</b>						
Week 6	23	22.70% (3.66)	19	20.98% (3.93)	1.73 (-9.16 to 12.61)	0.75
<b>Quality of life, physical score (SF-12v2)</b>						
Week 2	119	39.24 (0.85)	125	40.00 (0.81)	NA	NA
Week 4	112	41.44 (0.86)	113	42.28 (0.84)	NA	NA
Week 6	119	43.78 (0.85)	117	44.62 (0.83)	-0.84 (-3.17 to 1.50)	0.48
Week 12	111	45.27 (0.86)	118	45.66 (0.82)	-0.40 (-2.74 to 1.95)	0.74
<b>Quality of life, mental score (SF-12v2)</b>						
Week 2	119	47.46 (0.87)	125	48.50 (0.82)	NA	NA
Week 4	112	48.65 (0.88)	113	50.46 (0.86)	NA	NA
Week 6	119	48.01 (0.86)	117	51.26 (0.85)	-3.25 (-5.63 to -0.87)	0.0075
Week 12	111	48.24 (0.88)	118	51.91 (0.84)	-3.67 (-6.07 to -1.27)	0.0028
<b>Global perceived effect scale</b>						
Week 2	121	1.22 (0.23)	126	1.76 (0.23)	NA	NA
Week 4	114	1.81 (0.24)	114	1.93 (0.24)	NA	NA
Week 6	121	2.01 (0.23)	119	2.16 (0.23)	-0.15 (-0.80 to 0.50)	0.65
Week 12	111	2.27 (0.24)	119	2.46 (0.23)	-0.19 (-0.85 to 0.47)	0.58

For all outcomes, higher scores reflect worse outcomes except for quality of life (mental and physical) and global perceived effect, for which higher scores reflect better outcomes. BPI-PS= Brief Pain Inventory Pain Severity. BPI-IS= Brief Pain Inventory Interference Subscale. NA= not applicable. NDI= Neck Disability Index. RMDQ= Roland Morris Disability Questionnaire. SE= standard error.

Table 2: Model results for primary and secondary outcomes

### Starka opioider

1:a hand

Försiktighet vid eGFR < 45 ml/min. Undvik vid eGFR < 30 ml/min.

#### **morfin**

*Morfin tablett*

Kortverkande

*Dolcontin depottablett*

Långverkande

2:a hand

Främst vid eGFR < 30 ml/min. Dosanpassning vid nedsatt njurfunktion.

#### **oxikodon**

*Oxikodon*

Kortverkande

*Oxikodon Depot*

Långverkande

Oxikodon bedöms ha ökad risk för beroendutveckling jämfört med morfin.

# Finns det skillnader mellan opioider i effekt och biverkningar?

- Inga tydliga skillnader i effekt
  - Möjligen snabbare tillslag av oxikodon post-op
- Inga tydliga skillnader i biverkningar såsom:
  - Förstoppning
  - Illamående
  - Sederig
  - Pruritus
- Däremot är patienter **nöjdare** med oxikodon
- **Morfin ackumuleras vid eGFR < 30**

TABLE 2 Opioid related adverse events (ORAEs)

	IV Oxycodone (n = 119)	IV Morphine (n = 119)	P
Total period			
Number of patients with ≥1 ORAEs	55 (48)	46 (40)	.19
Nausea	17 (15)	15 (13)	.7
Vomiting	6 (5)	6 (5)	1
Respiratory depression (need >3L O <sub>2</sub> /minutes)	29 (26)	19 (17)	.1
Respiratory depression (naloxone injection)	0	0	1
Urinary retention	22 (20)	14 (12)	.2
Pruritus	0	2 (2)	.1
Allergy	1 (1)	1 (1)	1
Cognitive disorder	1 (1)	4 (4)	.1

Post-operative opioid-related adverse events with intravenous oxycodone compared to morphine: A randomized controlled trial

<https://doi.org/10.1111/aas.13685>

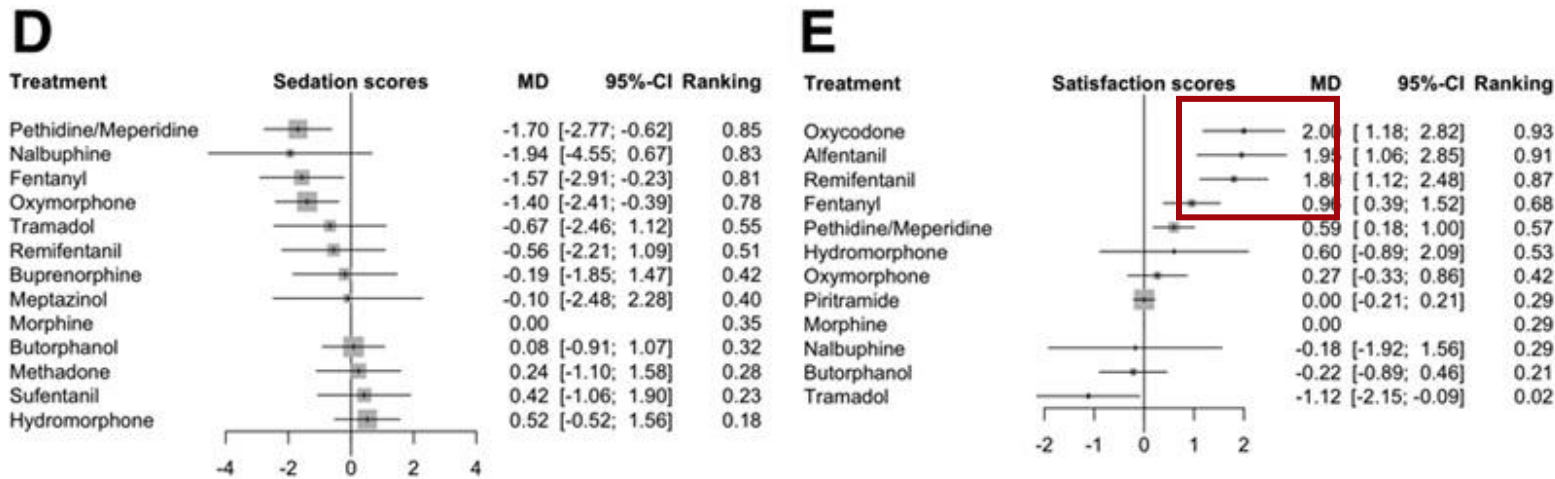
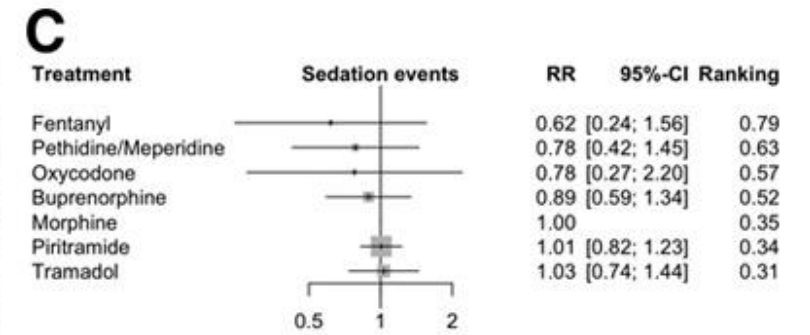
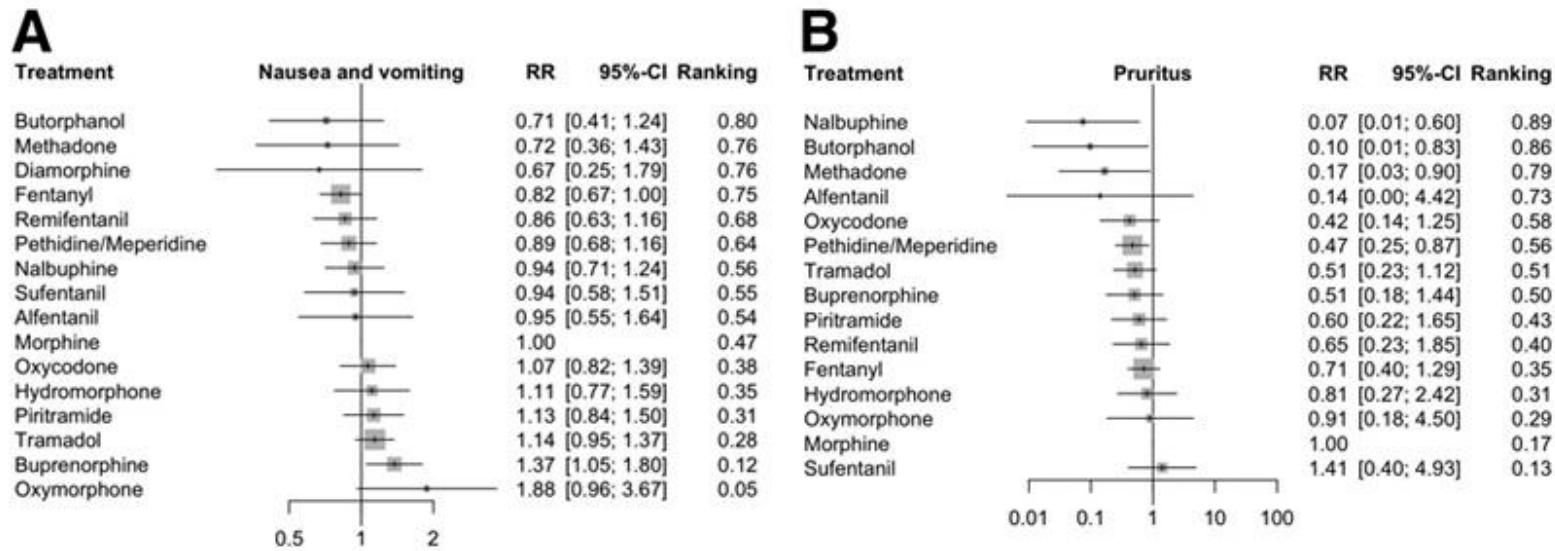
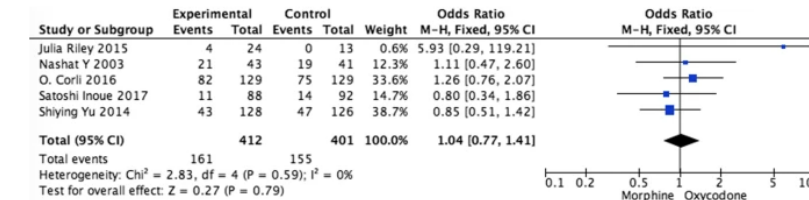


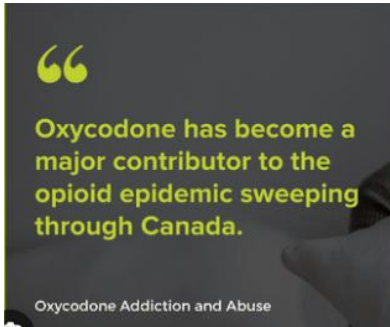
Fig. 9



Pooled analysis of constipation comparing oxycodone with morphine on patients with cancer pain

•Dinges, Hanns-Christian MD; Otto, Stephan MD; Stay, David K. MD; Bäumllein, Synke MD; Waldmann, Susanne Dipl Ing agr; Kranke, Peter MD, MBA; Wulf, Hinnerk F. MD; Eberhart, Leopold H. MD, MA Side Effect Rates of Opioids in Equianalgesic Doses via Intravenous Patient-Controlled Analgesia: A Systematic Review and Network Meta-analysis, Anesthesia & Analgesia: October 2019 - Volume 129 - Issue 4 - p 1153-1162 doi: 10.1213/ANE.00000000000003887

# Missbrukas oxikodon i samhället?



Har samma beroendepotential  
som heroin och fentanyl

## SVT granskar: Oxycontin- missbruket i Karlshamn

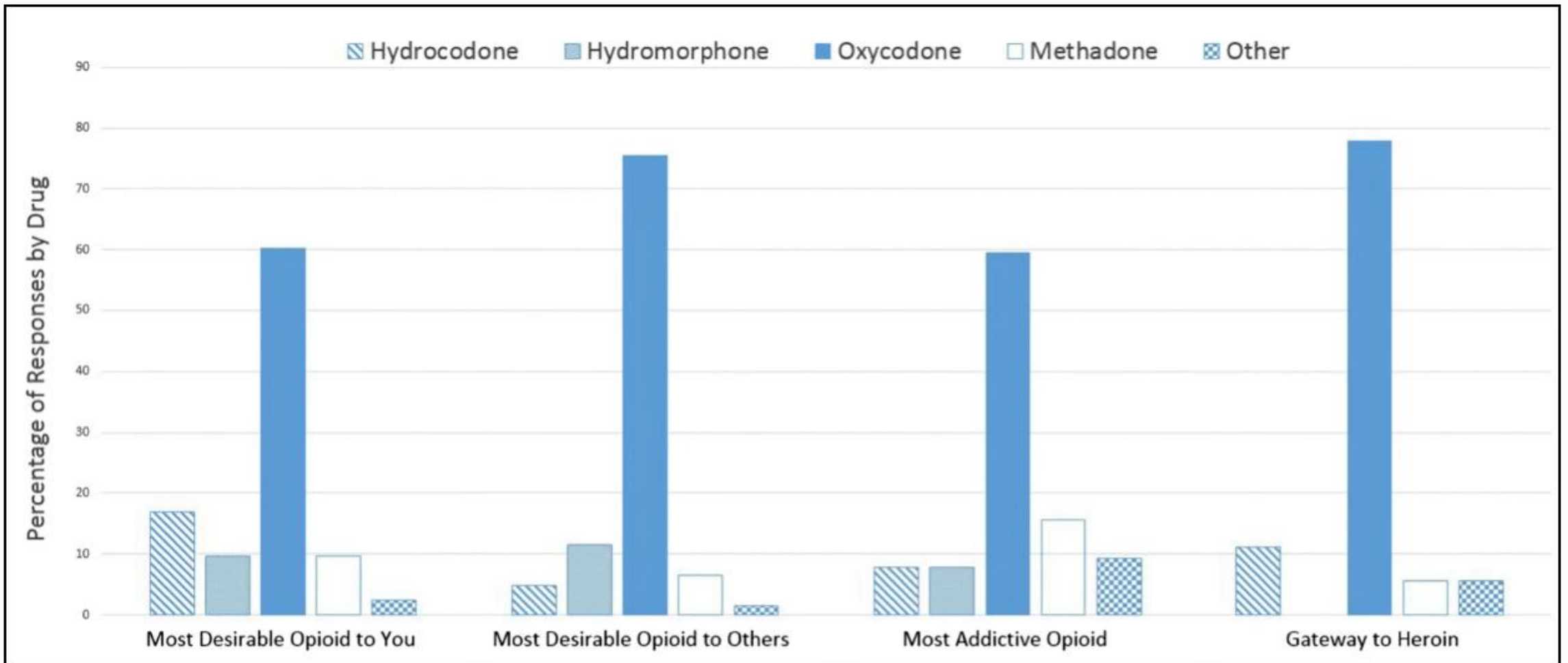
UPPDATERAD 16 JUNI 2022 PUBLICERAD 16 JUNI 2022

SVT Nyheter Blekinge kommer i en rad publiceringar att granska det utbredda missbruket av drogen Oxycontin i Karlshamn.

Som Aftonbladet tidigare berättat är Oxycontin dyrt att vara beroende av. Varje tablett kostar omkring 400–500 kronor, och en tung missbrukare kan använda ett tiotal om dagen.

1 förpackning 100 tabl = 40 - 50 000 SEK

Betalningsvilja tunga missbrukare = 4-5000 SEK/dag



### Prescription opioid desirability and addictive potential ratings by participants

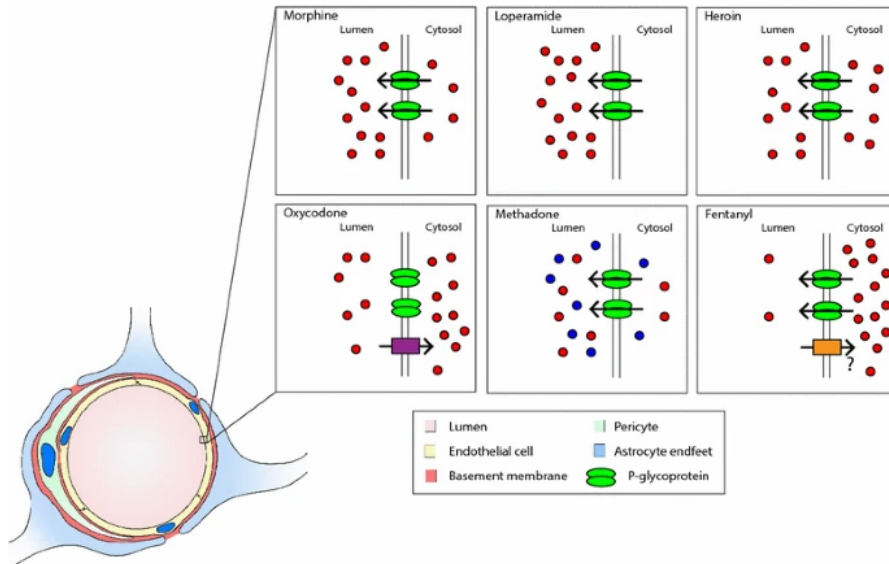
Remillard, D., Kaye, A.D. & McAnally, H. Oxycodone's Unparalleled Addictive Potential: Is it Time for a Moratorium?. *Curr Pain Headache Rep* **23**, 15 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0751-7>

# Vad orsakar skillnad i beroendepotential? Prekliniska teorier:

Morfin: Aktiv efflux ut ur CNS

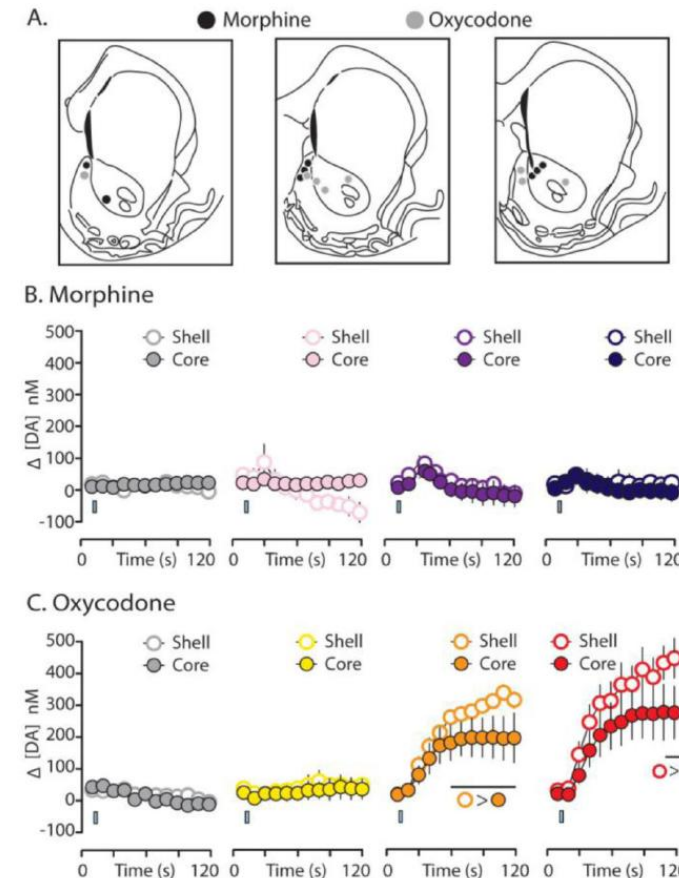
Oxikodon: Aktiv influx in i CNS = snabbare tillslag

Fig. 1



Model of the of the neurovascular unit with a diagram indicating the relative brain penetration of selected opioids. Endothelial cells surround the capillary lumen. P-Glycoprotein (green ovals) in the luminal membrane effluxes many types of opioids (red/blue circles) back into the circulation. Additional transporters (purple/orange) at the luminal membrane transport specific opioid analogs. In the methadone figure, the red and blue circles represent different methadone enantiomers

Dopamin frisätts tidigare i nucleus accumbens med oxikodon



## Risker med överdos i jämförelse:

- Morfin har mindre risk för överdos
- Oxikodons risk högre
- Kombination med bensodiazepiner ökar risken

Table 2. Prescription Characteristics Associated With Increased Risk of Opioid Overdose Among Opioid-Naive Patients

Characteristic	Total cohort, No. (%)	Overdose, No. (%)	Overdose rate per 100 000 person-years (95% CI)	aHR (95% CI) <sup>a</sup>	P value
<b>Index prescription</b>					
<b>Opioid name</b>					
Codeine sulfate	11 536 (4.9)	21 (3.1)	76.0 (49.5-116.5)	1 [Reference]	
Hydrocodone bitartrate	140 362 (59.2)	336 (50.4)	101.8 (91.5-113.3)	1.31 (0.84-2.04)	.23
Morphine sulfate	2283 (1.0)	5 (0.7)	246.8 (102.7-592.9)	0.90 (0.33-2.48)	.84
Other opioids	2560 (1.1)	23 (3.4)	403.9 (268.4-607.8)	1.68 (1.07-2.66)	.03 <sup>b</sup>
Oxycodone hydrochloride	61 721 (26.1)	210 (31.5)	145.1 (126.7-166.1)	1.70 (1.04-2.77)	.04 <sup>b</sup>
Tramadol hydrochloride	18 459 (7.8)	72 (10.8)	167.9 (133.2-211.5)	2.80 (1.34-5.84)	.01 <sup>b</sup>
<b>Long-acting formulation</b>					
No	236 136 (99.7)	655 (98.2)	118.8 (110.1-128.3)	1 [Reference]	
Yes	785 (0.3)	12 (1.8)	734.8 (417.3-1294.0)	1.24 (0.54-2.82)	.61
<b>No. of days' supply, d<sup>c</sup></b>					
≤7	190 900 (80.6)	516 (77.4)	108.9 (99.9-118.7)	NA	
>7	34 439 (14.5)	151 (22.6)	191.3 (163.1-224.4)	NA	
<b>Index period</b>					
<b>No. of opioid fills<sup>c</sup></b>					
1-2	193 961 (81.9)	434 (65.1)	95.6 (87.0-105.0)	NA	
3-5	32 191 (13.6)	138 (20.7)	184.5 (156.1-218.0)	NA	
≥6	10 769 (4.6)	95 (14.2)	395.3 (323.3-483.4)	NA	
<b>MME sum</b>					
<90	23 423 (9.9)	31 (4.6)	59.1 (41.6-84.1)	1 [Reference]	
90-149	26 774 (11.3)	32 (4.8)	52.5 (37.1-74.2)	0.98 (0.74-1.30)	.90
150-299	54 776 (23.1)	88 (13.2)	68.7 (55.8-84.7)	0.93 (0.72-1.20)	.57
300+	131 948 (55.7)	516 (77.4)	165.7 (152.0-180.6)	1.24 (0.96-1.60)	.10
<b>No. of benzodiazepine fills</b>					
0	206 217 (87.0)	500 (75.0)	103.1 (94.5-112.6)	1 [Reference]	
≥1	30 704 (13.0)	167 (25.0)	245.7 (211.1-285.9)	1.06 (1.01-1.11)	.01 <sup>b</sup>
<b>Opioid and benzodiazepine overlap</b>					
No	219 349 (92.6)	566 (84.9)	109.6 (101.0-119.0)	1 [Reference]	
Yes	17 572 (7.4)	101 (15.1)	276.1 (227.2-335.5)	2.11 (1.70-2.62)	<.001 <sup>b</sup>

## Behandling med opioid + benso

USA:

- 2009: 9 %
- 2013: 17 %

Kalmar:

- 2022 Q1: 13 %

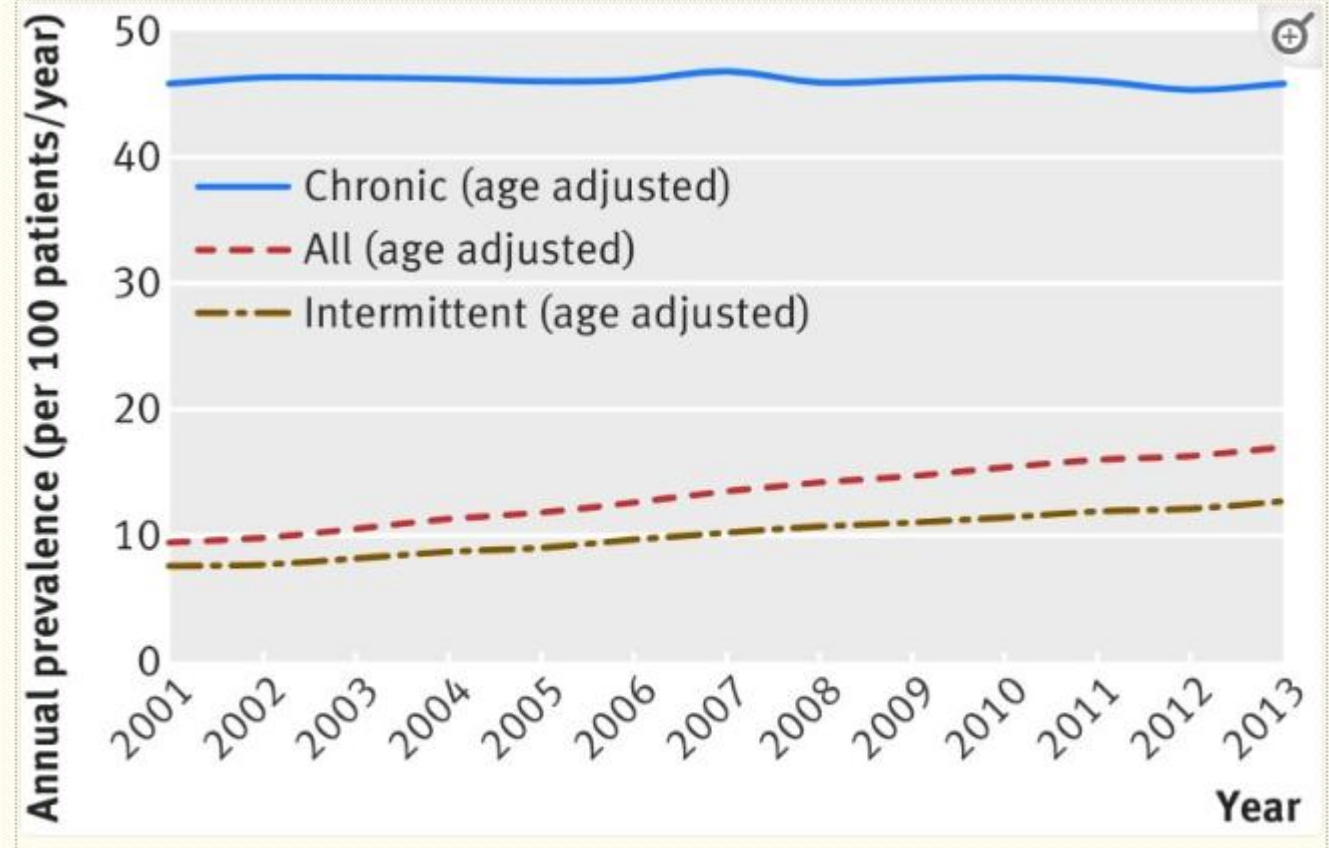
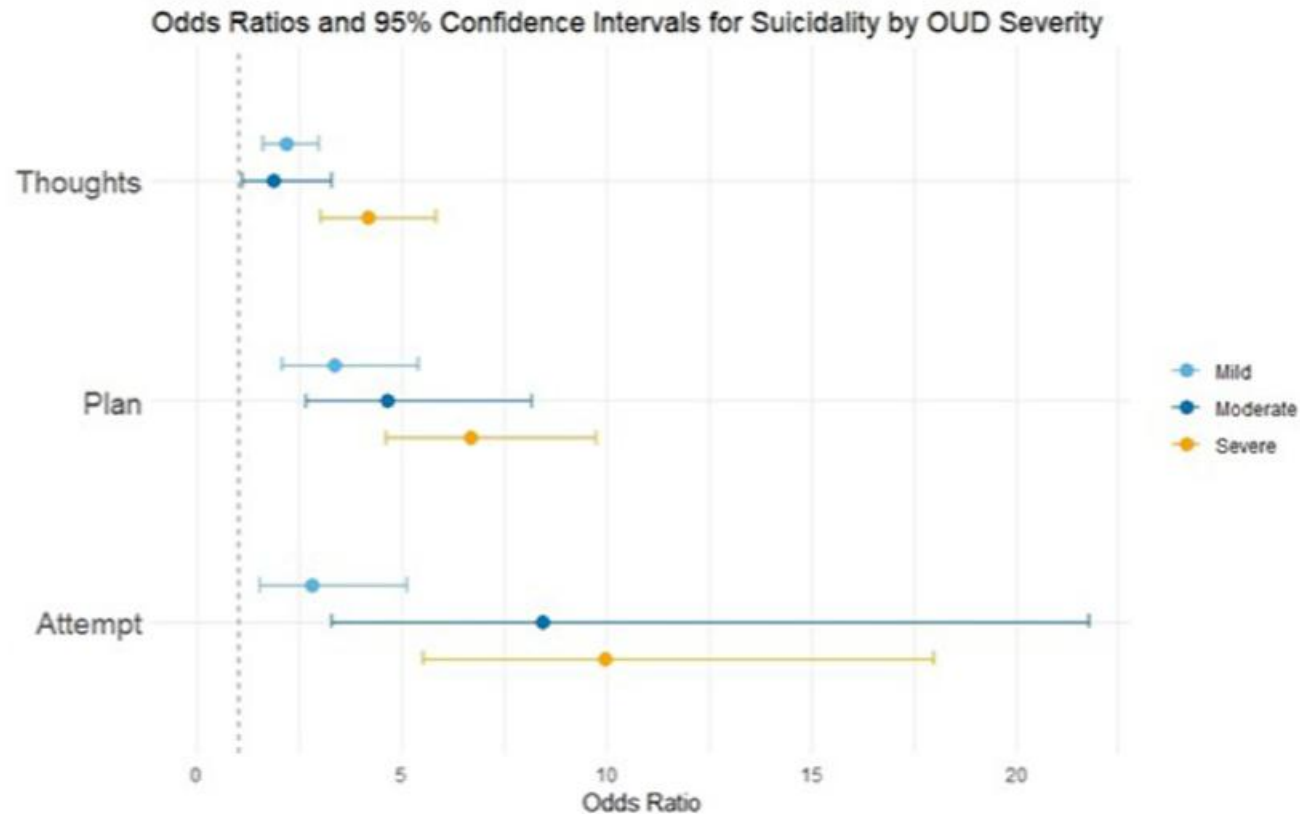


Fig 1 Annual age adjusted prevalence of concurrent benzodiazepine/opioid use, 2001-13. Concurrent use was defined as having at least one day of overlap between time covered by prescriptions

Sun EC, Dixit A, Humphreys K, Darnall BD, Baker LC, Mackey S. Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *BMJ*. 2017;356:j760. Published 2017 Mar 14. doi:10.1136/bmj.j760



- Skadligt bruk av opioider och bensodiazepiner ökar suicidrisk
- 3-4 fall av genomgångna suicider efter läkemedelsutsättning under 2025
- Suicid behöver finnas med i tankarna vid eventuell utsättning
- Utsättningen behöver vara trygg och med tydlig plan för uppföljning

Fig. 1. Adjusted odds ratios and 95% Confidence Intervals for past-year suicide thoughts, plans, and attempts.

# Bensodiazepiner

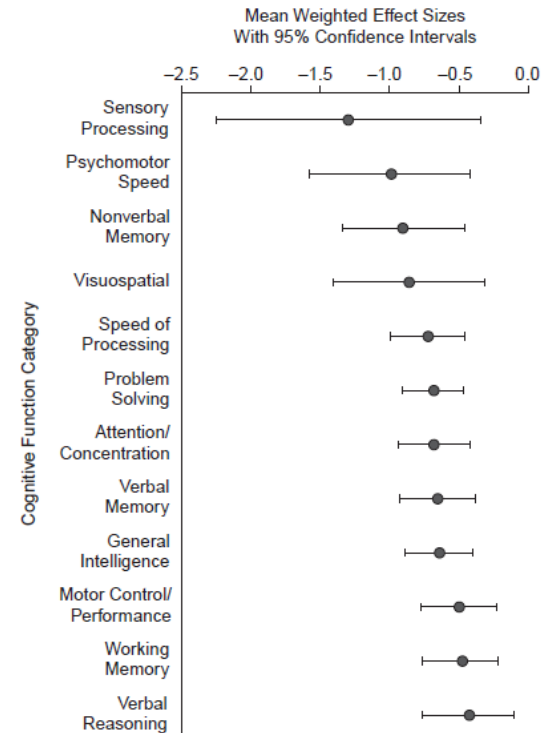
# Benzodiazepiner

- Inga RCT över 8 veckor
- **Icke-göra** vid långvariga ångestsyndrom (GAD, panikångest, social fobi, akut stressyndrom eller PTSD) – SoS nationella riktlinjer 2020 – Depression och ångestsyndrom
- Det går snabbt att sätta in, svårt att sätta ut.
- Bättre effekt på depression vid kombinationsbehandling initalt.
  - 6-12 % som fick BZD vid initiering av SSRI hade kvar det efter 6 mån. Enstaka fastän de avslutat SSRI.
- Livsavgörande för **vissa patienter**, inte alltid möjligt att sätta ut helt.

# Försvinner biverkningar vid utsättning?

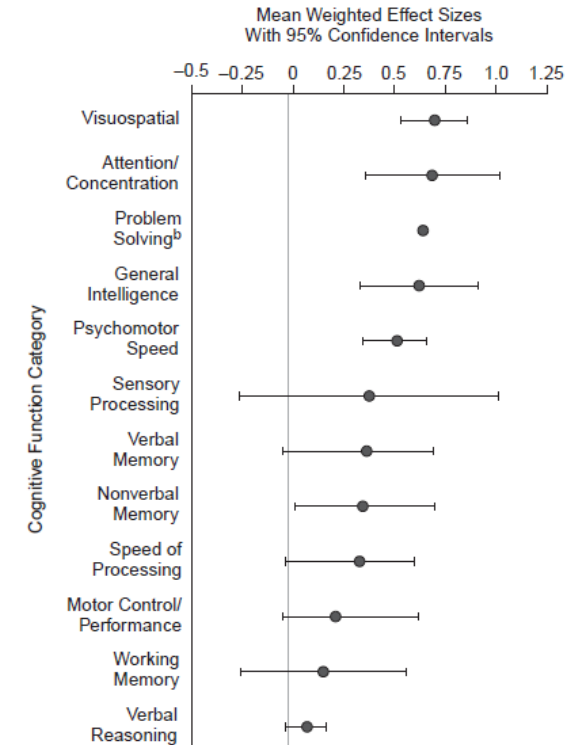
- Behandling med benso försämrar kognitionen inom nästan samtliga områden.
- Förbättring sker inom 6 månader efter utsättning.
- När inte tillbaks till samma nivå som kontrollgrupp

## Aktiv behandling



<sup>a</sup>Reprinted with permission from Barker et al.<sup>9</sup> A negative effect size indicates patients performed worse than controls.

## Efter utsättning



<sup>a</sup>Reprinted with permission from Barker et al.<sup>12</sup>

<sup>b</sup>The effect size for problem solving could not be calculated because only 1 test in this category was used.

Stewart S. The Effects of Benzodiazepines on Cognition. J Clin Psychiatry 2005; 66[suppl 2]: 9-13

# Räcker det med att informera om risker?

- RCT där patienter med benso tillfrågades om de fick mer information via apotek.
- Hembesök med information om biverkningar.
- Ca var 4:e patient slutade helt.
- Ca var 3:e patient reducerade dos.

Table 2. Prevalence, Risk Difference, and Odds Ratios for Discontinuation and Discontinuation Plus Benzodiazepine Dose Reduction at the 6-Month Follow-up

Variable	Participants, No.	Outcome, No. (%)	Risk Difference (95% CI) <sup>a</sup>	No. Needed to Treat	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) <sup>b</sup>
Discontinuation of benzodiazepine use						
Intention to treat analysis						
Intervention	148	40 (27.0)	0.23 (0.14-0.32)	4.35	8.05 (3.51-18.47)	8.33 (3.32-20.93)
Usual care	155	7 (4.5)				
Intraclass correlation			0.008		0.008	0.010
Per protocol analysis						
Intervention	123	38 (30.9)	0.26 (0.16-0.36)	3.85	8.53 (3.69-19.76)	8.10 (3.34-19.66)
Usual care	138	7 (5.1)				
Intraclass correlation			0.007		0.007	0.005
Discontinuation plus benzodiazepine dose reduction						
Intention to treat analysis						
Intervention	148	56 (37.8)	0.27 (0.18-0.37)	3.70	5.05 (2.66-9.59)	5.49 (2.78-10.84)
Usual care	155	17 (11.0)				
Intraclass correlation			0.006		0.006	0.010
Per protocol analysis						
Intervention	123	54 (43.9)	0.34 (0.22-0.45)	2.94	6.73 (3.10-12.92)	6.73 (3.12-14.55)
Usual care	138	16 (11.6)				
Intraclass correlation			0.030		0.030	0.020

<sup>a</sup> 95% Confidence intervals were calculated using robust standard errors.

<sup>b</sup> Adjusted for age, sex, education, health status, indication of benzodiazepine use for insomnia, anxiety disorder, benzodiazepine dose, previous attempt at tapering, duration of benzodiazepine use, and number of medications.

Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Jun;174(6):890-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.949. PMID: 24733354.

# Z-läkemedel

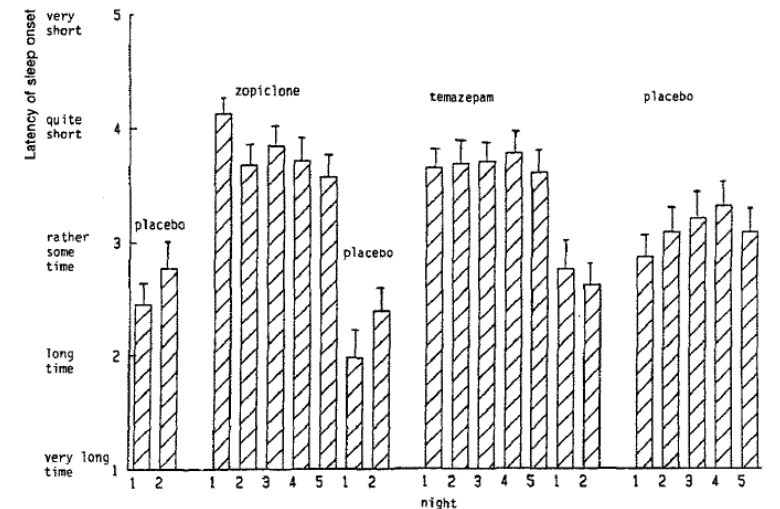
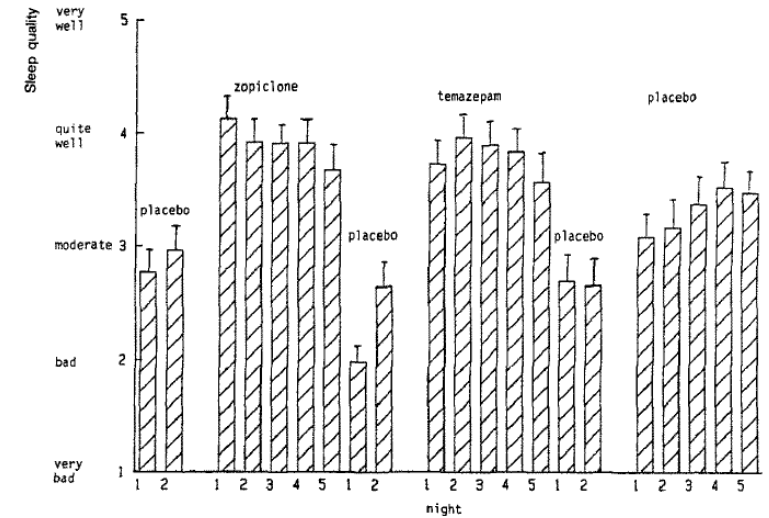
# Zopiklon/zolpidem

- Ej indicerat för längre än 4 veckors behandling
  - Kan vara aktuellt för akut sömnbrist, några dagar
- Toleransutveckling för sömn
- Ökad risk för nattlig sömnavdring
- Ökar frakturen (OR 1,63)
  
- Uttrappning ökar chansen för en lyckad utsättning

# Sömnkvalitet efter utsättning

- Två veckor med hypnotika samt en vecka med placebo.
- Spontan återhämtning under vecka med placebo.

*”The gradual, spontaneous restoration of sleep during the last placebo period is difficult to explain. Certainly, some patients will not need hypnotics for more than 2 weeks and will spontaneously improve thereafter. Thus, prescription of hypnotics for longer periods should regularly be challenged...”*



Eur J Clin Pharmacol (1989) 36:247-251

# Sömläkemedels påverkan på upplevd och reell sömnkvalitet i placebogrupp

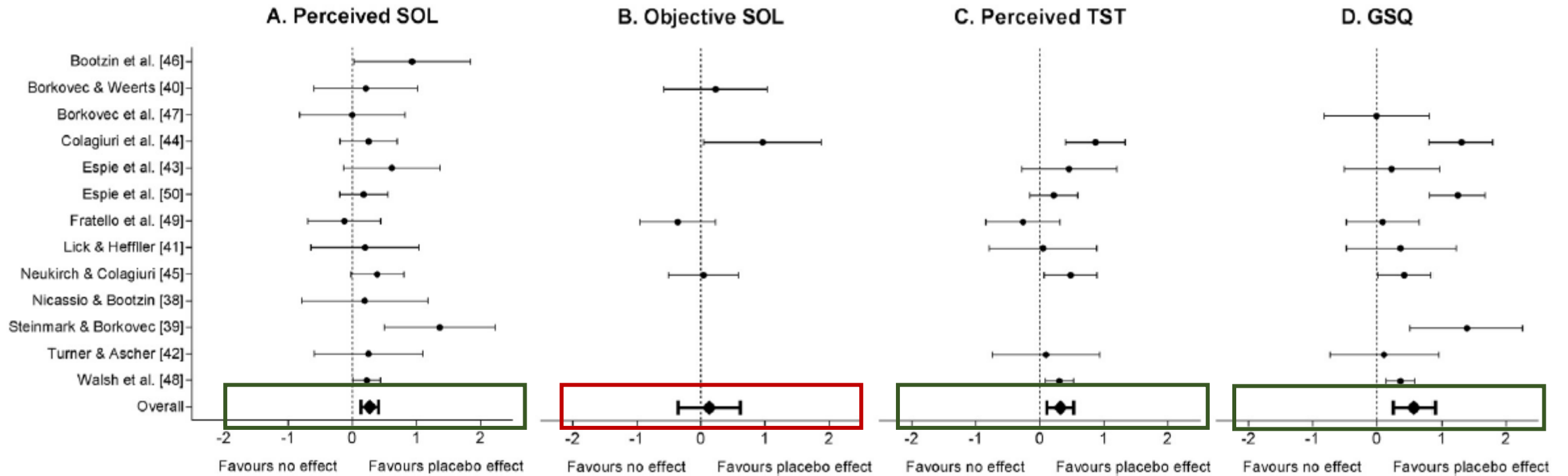


Fig. 2. Forest plots showing Hedge's g (+/-95% CI) for individual studies and overall effects for A. perceived SOL, B. objective SOL, C. perceived TST, and D. perceived GSQ.

GSQ = global sleep quality; SOL = sleep onset latency; TST = total sleep time.

Contents lists available at ScienceDirect

ELSEVIER

Sleep Medicine Reviews

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/smr](http://www.elsevier.com/locate/smr)

sleepmedicine

CLINICAL REVIEW

A systematic review and meta-analysis of placebo versus no treatment for insomnia symptoms

Valerie Yeung<sup>a</sup>, Louise Sharpe<sup>a</sup>, Nick Glozier<sup>b</sup>, Maree L. Hackett<sup>c,d</sup>, Ben Colagiuri<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> University of Sydney, School of Psychology, Sydney, Australia

<sup>b</sup> University of Sydney, Brain and Mind Centre, Sydney Medical School, Sydney, Australia

<sup>c</sup> University of Sydney, The George Institute for Global Health, Sydney, Australia

<sup>d</sup> Faculty of Health and Wellbeing, The University of Central Lancashire, Preston, United Kingdom



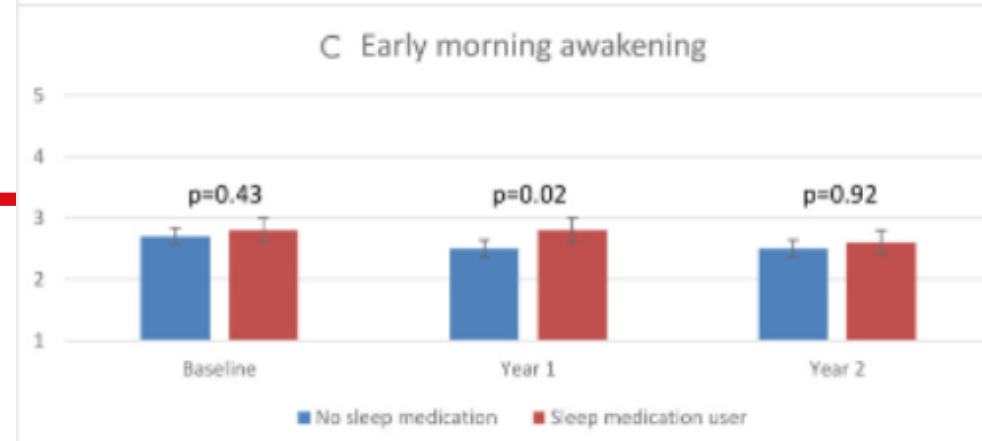
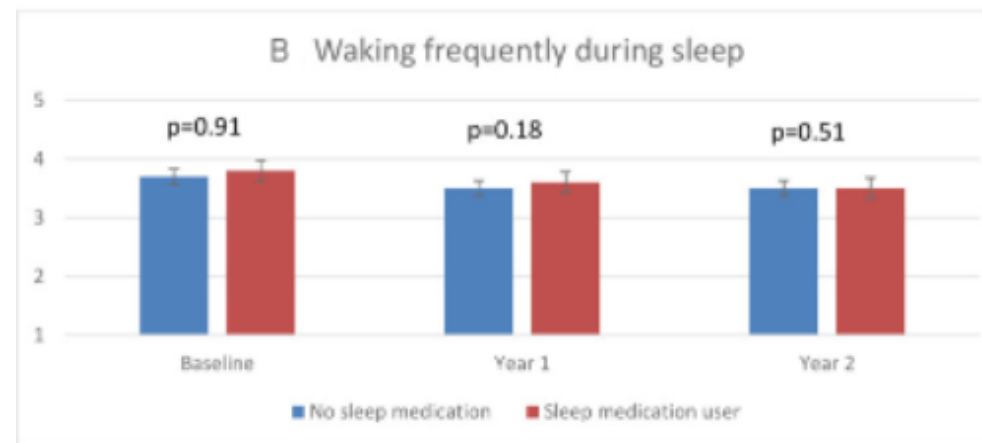
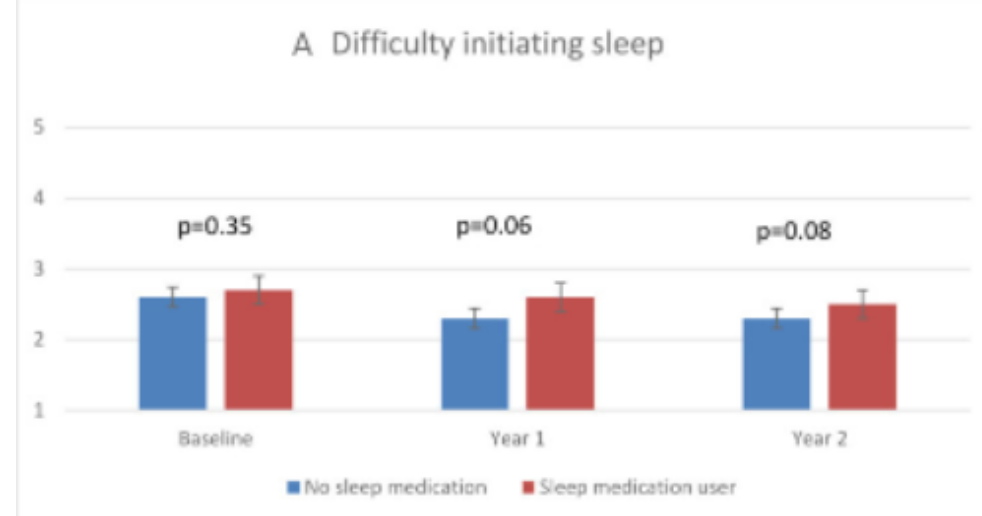
# Sömnläkemedel

## Sannolikt ingen effekt av sömnläkemedel efter två år

Publicerat 2021-06-24

Randomiserade studier på sömnläkemedel har nästan alltid en uppföljningstid på bara 12–24 veckor. Många patienter står dock på sömnmedel i flera år. I en välmatchad amerikansk kohortstudie på medelålders kvinnor med samma grad av sömnproblem jämfördes, under två år, de som valde sömnmedel med de som inte gjorde det. Ingen skillnad på grad av sömnbesvär kunde ses efter dessa två år.

- Som koffein: Vi skapar ett behov som inte hjälper på sikt.



# Suicid

- Zopiklon är regelbundet med vid statistik över genomförd suicid med hjälp av läkemedelsöverdos.

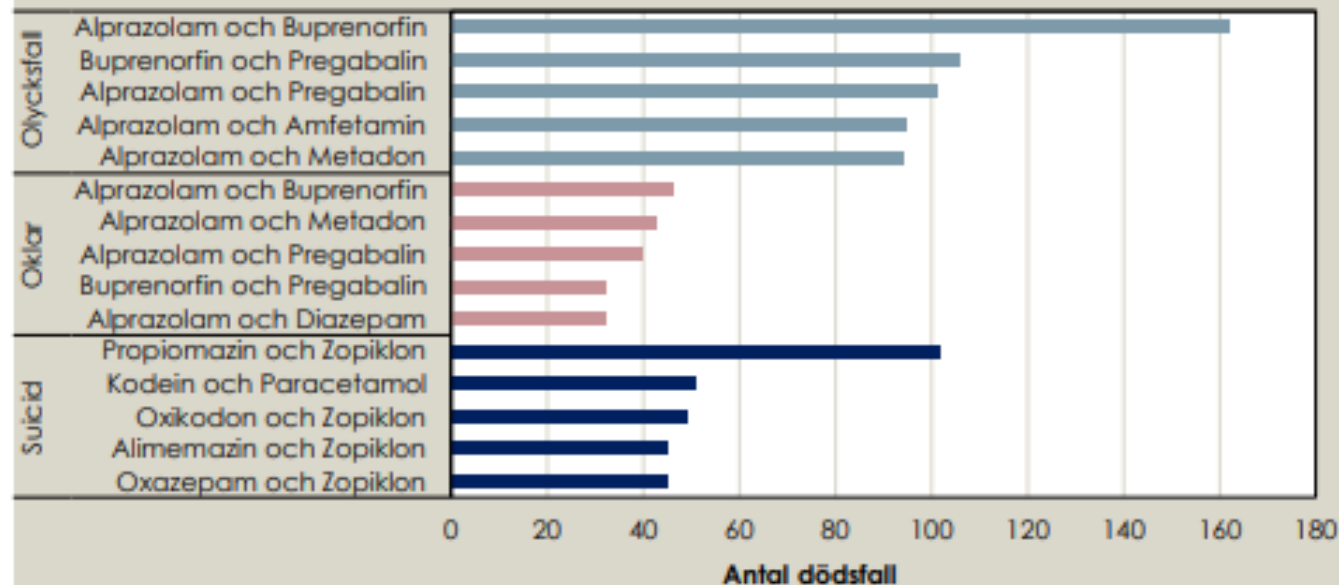
**Tabell 1. Psykiatriska diagnoser, smärtdiagnoser, LARO-behandling samt LVM-placering fördelat på dödsfallsorsaker och kön**

Kategori (ICD-10)	Olycksfall %		Oklar avsikt %		Suicid %	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Psykiatrisk diagnos (F00-F99)	85,5	80,0	86,9	74,6	73,9	78,8
Förstämningssyndrom (F30-F39)	20,7	22,1	24,2	37,3	32,4	51,3
Missbruksdiagnos (F10-F19)	70,7	61,1	68,7	46,3	42,3	44,2
Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)	24,3	26,3	29,3	44,8	29,7	27,4
Sjukdomar i rörelseorganen och bindväven (M00-M99)	34,9	45,3	36,4	53,7	45,9	52,2
Uttag av LARO-läkemedel	10,9	8,4	7,1	1,5	0,9	0,9
LVM-placering	8,2	8,4	10,1	3,0	0,9	0,9

Källa: Dödsorsaks-, patient-, läkemedels och LVM-registren, Socialstyrelsen.

Not: Kontroll av tidigare diagnoser, läkemedelsuttag samt LVM-placering avser perioden 2015-2020

**Figur 2. Tvåstelliga kombinationer\* av substanser (fem vanligaste) bland dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt, 2012-2020**



\* Observera att ett dödsfall kan ha flera olika kombinationer av substanser

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012-2020, SoS 2021

# Pregabalin

# Pregabalin

- Narkotikaklassat sedan 2018
- Kan ge eufori och missbrukas
- Erkänt svår att sätta ut
- Finns flera andra alternativ för perifer neuropatisk smärta som bör väljas innan

2024-02-19, 00:16 → #20323

**Morfar-52**  
Moderator ●



Reg: Feb 2014  
Inlägg: 6 784

Citat:

← Ursprungligen postat av **fnibyxfuobo**  
**LYRICA HÖGA DOSER.**

jag har försökt starta nytt ämne/inlägg men får inte till det. hittade denna tråd så jag skriver här.

har totalt hamnat i lyrice-träsket. varannan till var tredje dag använt Lyrica 300 mg x 12, efter några timmar fyllt på med 300 mg x 8 ungefär.

Alltså hur farligt är detta? höga doserna beroer såklart på att jag söker samma rus som i början av missbruket, VET att man bör vänta en vecka/veckor för att ruset ska bli bra men såklart kan jag ej låta bli.

Skriver här mest bara för att få spy ur mig detta då jag känner mig ensam i missbruket, alltså vad fan håller jag på med. nykter i 9 år sen fick jag gabapentin utskrivet i samband med en plastikoperation. gick över till Lyr då detta va mer lättillgängligt, blablabla.

har vi fler här som sitter i samma träsk?

... [ [Visa mer](#) ]

Det finns en del trådar i (FB) [Drogrehabilitering](#) :  
[https://www.flashback.org/sok/?query=lyrica&search\\_post=0&sp=0&forumchoice%5B%5D=265&date\\_from=2000-01-01&date\\_to=2024-02-19&so=pd](https://www.flashback.org/sok/?query=lyrica&search_post=0&sp=0&forumchoice%5B%5D=265&date_from=2000-01-01&date_to=2024-02-19&so=pd)

Du kan ju starta ett nytt ämne där också om du vill få stöd och råd att bli drogfri.

Citera

## Fyra män döms för omfattande verksamhet med narkotikaklassat läkemedel

Publicerad 2019-12-23 av [Malmö tingsrätt](#)

Den mängd Pregabalin som smugglats in och sedan hanterats i verksamheten är 190 kg, även om visst förpackningsmaterial ingår i den mängden. Eftersom drygt 20 kg fanns kvar måste knappt 170 kg ha överlåtits. Därtill kommer ett ytterligare smuglingstillfälle avseende ca 30 kg Pregabalin. Det fanns kvar 1,7 miljoner tomma kapslar som tingsrätten bedömer skulle ha använts i den fortsatta verksamheten.

Pregabalinet har i en lägenhet i Malmö förpackats i kapslar och skickats till kunder. Två av männen döms för att ha agerat gemensamt och i samråd. De har haft organiserande och samordnande roller i verksamheten. De döms till sju och ett halvt respektive åtta års fängelse. Den som döms till åtta års fängelse döms också för ett ytterligare narkotikainnehav. En man döms till fyra års fängelse för delaktighet i själva smuglingen.

# Utsättning

## Utsättning av beroendeframkallande läkemedel

- Använd långverkande preparat i första hand
- Trappa ut långsamt, gå ej tillbaks till högre nivå, individuell plan
- Även sömnmedel kan ha stöd med uttrappning
- Kommer gå ifrån utsättningscheman

The background is a solid red color with several overlapping, semi-transparent circles of varying shades of red. In the center, there is a prominent heart shape formed by the intersection of two overlapping circles. The text is centered within this heart shape.

**Tillsammans**  
för ett **friskare**  
**tryggare** och  
**rikare liv**

# Stora Trädgårdsgatans HC Västervik

- ca 9 300 patienter
- stabil och bra bemanning sedan länge
- var med i BFL projekt från början

Kamil Uminski, dl  
*Träffpunkt Allmänmedicin 2026-03-19*

# Varför...

... kan det bli frustrerande med vissa BFL recept?

... är det ibland lättare att förlänga BFL än att diskutera med patienten?

... är det svårt att avsluta BFL förskrivning?

# Det är svårt att förändra:

- när man inte ser något problem.
- när man inte har bestämt sig för vad som är det egentliga problemet.
- när man vill att någon annan ska ändra på sig först.
- när man inte tror på att det går att förändra.
- när man inte har ett tillräckligt stort eget lidande i det man gör eller bidrar till.
- när man inte vet hur man gör förändringen.
- när man är rädd för reaktionerna och konsekvenserna av förändring.

# Probleminventering

## SJUKSKÖTERSKOR

- Arga patienter
- Olika bedömningar av olika läkare
- Svårt att hitta en bedömning i journalen
- Lättast att bara boka och inte ifrågasätta

## LÄKARE

- Bristande tid för att göra bedömning på receptbokning (10min)
- Att neka ett recept genererar många samtal i efterhand, blir stökigt i schemat och dålig arbetsmiljö
- Triage-ssk bokar uppföljningar, på det man redan bedömt. Man känner sig ensam i frågan
- Patienten kräver en second-opinion

- Många patienter – Var/hur ska man börja?
- Bristande dokumentation i samband med förskrivning/förnyelse av BFL
- Går inte att bedöma indikationer
- Recept förnyas utan fysisk kontakt
- Olika handläggningar för samma åkommor
- Olika engagemang
- Olika utgångspunkter
- Otydlig lokal projektplan
- Kommunikation – Är alla VERKLIGEN med på spåret?

*Sammanfattning: Amjad Assadi, dl Kristineberg HC, Oskarshamn, 2021*

# Hur...

...kan man bedöma aktuell BFL-ordination?

...kan man förändra patientens motivation?

...ska man påbörja en förändring och hur ska man fortsätta?

# Verktyg

Indikation!

Ansvaret!

Gemensamt arbetssätt!

Information till patienten!

Olika bedömningar av olika läkare  
Går inte att bedöma indikationer  
Olika handläggningar för samma åkommor  
Olika utgångspunkter

# Indikation

Olika bedömningar av olika läkare  
Recept förnyas utan fysisk kontakt  
Olika engagemang  
Man känner sig ensam i frågan  
Patienten kräver en second-opinion

# Ansvar

Svårt att hitta en bedömning i journalen

Lättast att bara boka och inte ifrågasätta

Många patienter – Var/hur ska man börja?

Bristande tid för att göra bedömning på receptbokning (10min)

Bristande dokumentation i samband med förskrivning/förnyelse av  
BFL

Att neka ett recept genererar många samtal i efterhand, blir stökigt i  
schemat och dålig arbetsmiljö

Otydlig lokal projektplan

Kommunikation – är alla VERKLIGEN med på spåret?

# Gemensamt arbetssätt

Olika bedömningar av olika läkare  
Olika handläggningar för samma åkommor  
Arga patienter

**Information till patienten**

# Vad har vi gjort?

- Deltagit i 2-3 utbildningar om BFL för läkare (lokala och regionala)
- Genomfört 3-4 lokala utbildningar (olika personalgrupper) om BFL
- Deltagit i 1-2 läkarutbildningar om smärta
- Deltagit i läkemedelsinformationsmöten (statistik BFL)
- Aktualiserat receptrutin (frågor om antal tabletter kvar)
- Ändrat receptförskrivning (BFL-sökordet, tydlig Läkemedelsplan)
- Infört rutin kring omlistning (ej vid nekat BFL-önskemål)
- **Betonat hela tiden vikten av rätt indikation och kontinuitet (PAL)**

# Receptrutin

## STEG 1 – LÄKEMEDELSLISTAN

- Finns önskat läkemedel på aktuell läkemedelslista? Är receptet senast förskrivet av STT?  
→ om inte - finns journalanteckning om att patienten är utremitterad och vi tar över läkemedelsansvar? Informera patienten och hänvisa till ordinerande enhet/läkare annars. Vid osäkerhet, diskutera med PAL (behov av telefontid? Förnyelse ändå? Planering?)
  - Fungerar medicinen bra? Biverkningar? Behov av besök/telefontid?
  - Stämmer styrkan och doseringen? Vid behovs-medicinering, efterfråga hur många tabletter patienten tar per dag.
- Vid BFL: Hur många tabletter är kvar? Läs läkemedelsplan. Stämmer förbrukning med ordination?**  
→ om inte - informera PAL (behov av telefontid? ändring av ordination?)
- Har läkemedlet förskrivits "nyligen"? Finns det uttag kvar?  
→ om det finns uttag kvar - be patienten återkomma när det är ca 30 dagar kvar av behandlingen
  - Titta i läkemedelslistan, finns det andra läkemedel som håller på att ta slut (för kroniska sjukdomar, utskrivna ungefär samtidigt på STT)?  
→ om det finns - fråga patienten om hen är i behov av förnyelse, vad vet hen om planerad kontroll?

## STEG 2 – JOURNALEN

- Finns det någon planering? Läs senaste anteckningarna för information om patienten ska kallas/kontaktas/rekommenderas/provatas. Filtrera "Planerade åtgärder".  
→ om det finns - följ planeringen och meddela patienten
- BFL - Läkemedelsplan? Indikation? Effekt?**

## STEG 3 - PROVSVAR

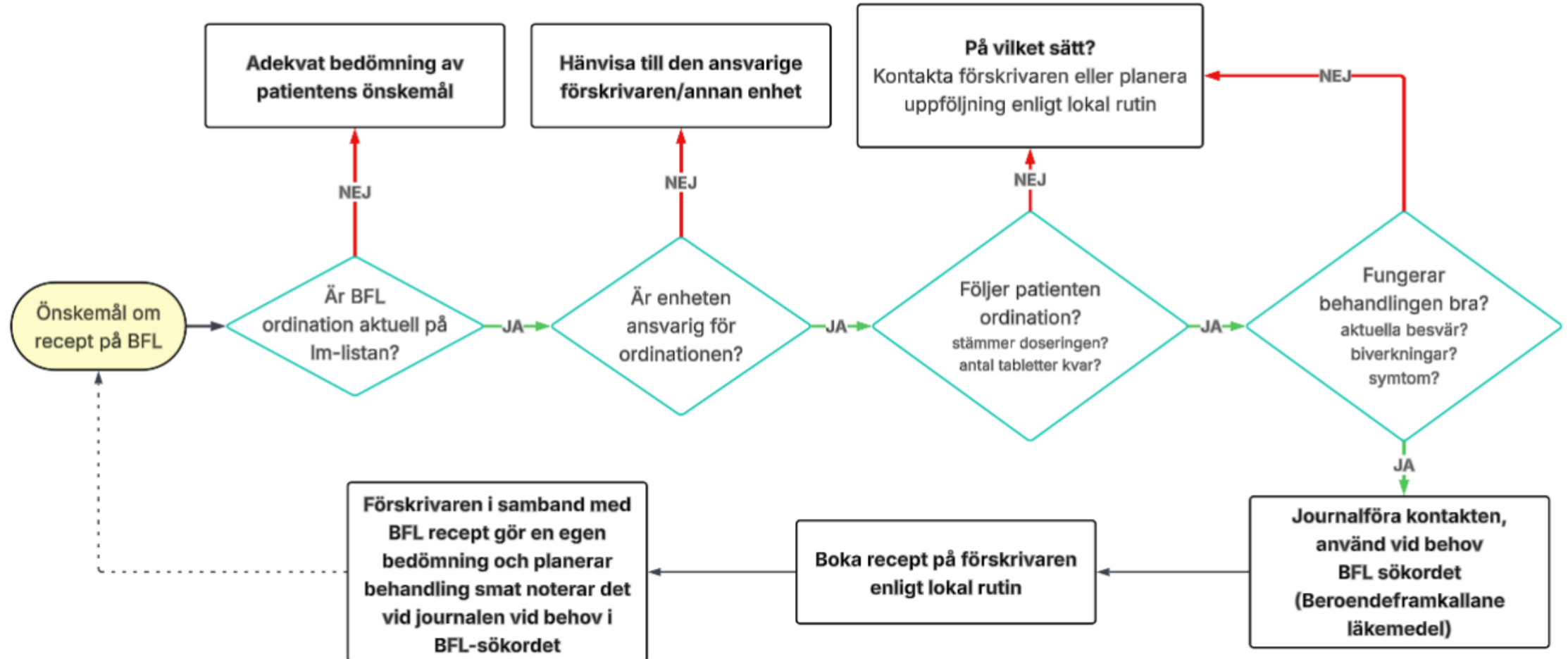
- Har patienten diabetes/hypertoni/förmaksflimmer/hjärtsvikt/njursvikt?  
→ om diagnosen finns - behov av läkarbesök? Om inget annat står i "Planerade åtgärder" eller på väntelistan (patientöversikt, kolla även andra kliniker)  
→ om diagnoser enligt ovan, beställ provtagning enligt länk: [Prover före läkarbesök](#)
- Behövs inte om nytagna prover finns (senaste 6 månaderna)
- Läser patienten bedömning och provsvar själv i e-journal eller önskar patienten provsvar i brev?

## STEG 4 - RECEPVBOKNING

- Boka in "Utfärdande av recept" på PAL. Skriv i bokningsinformationen "Recept X och Y" samt ev. ytterligare läkemedelsrelaterad information (slutat med recept Z, läser e-journal).
- Journalanteckning av sjuksköterska vid behov, annars information i bokningsinformation.
- Diagnossättning och journalanteckning ska göras av läkaren.

**Vid osäkerhet eller komplexa frågor, involvera PAL (eller om receptbehovet är av mer akut karaktär kvitterande läkare).**

# Exempel på recept algoritm



# Vad har andra gjort?

- Infört särskilda BFL-tider (för bedömningar av patienter med BFL)
- Tydliggjort rutin för eventuell ”second-opinion”
- Infört nya algoritmer för receptbokning av BFL
- Lokal BFL-grupp på hälsocentralen
- Använt Medrave för att följa upp sin patientlista avseende BFL

*Sammanfattning: Amjad Assadi dl, Kristineberg HC, Oskarshamn, 2021*

# I praktiken

Det krävs mera tid och engagemang i början men...

...80% fall är verkligen enkla

...15% fall kräver något mera jobb

...5% fall är svåra och patient är inte adherent

# I praktiken

Det krävs mera tid och engagemang i början men...

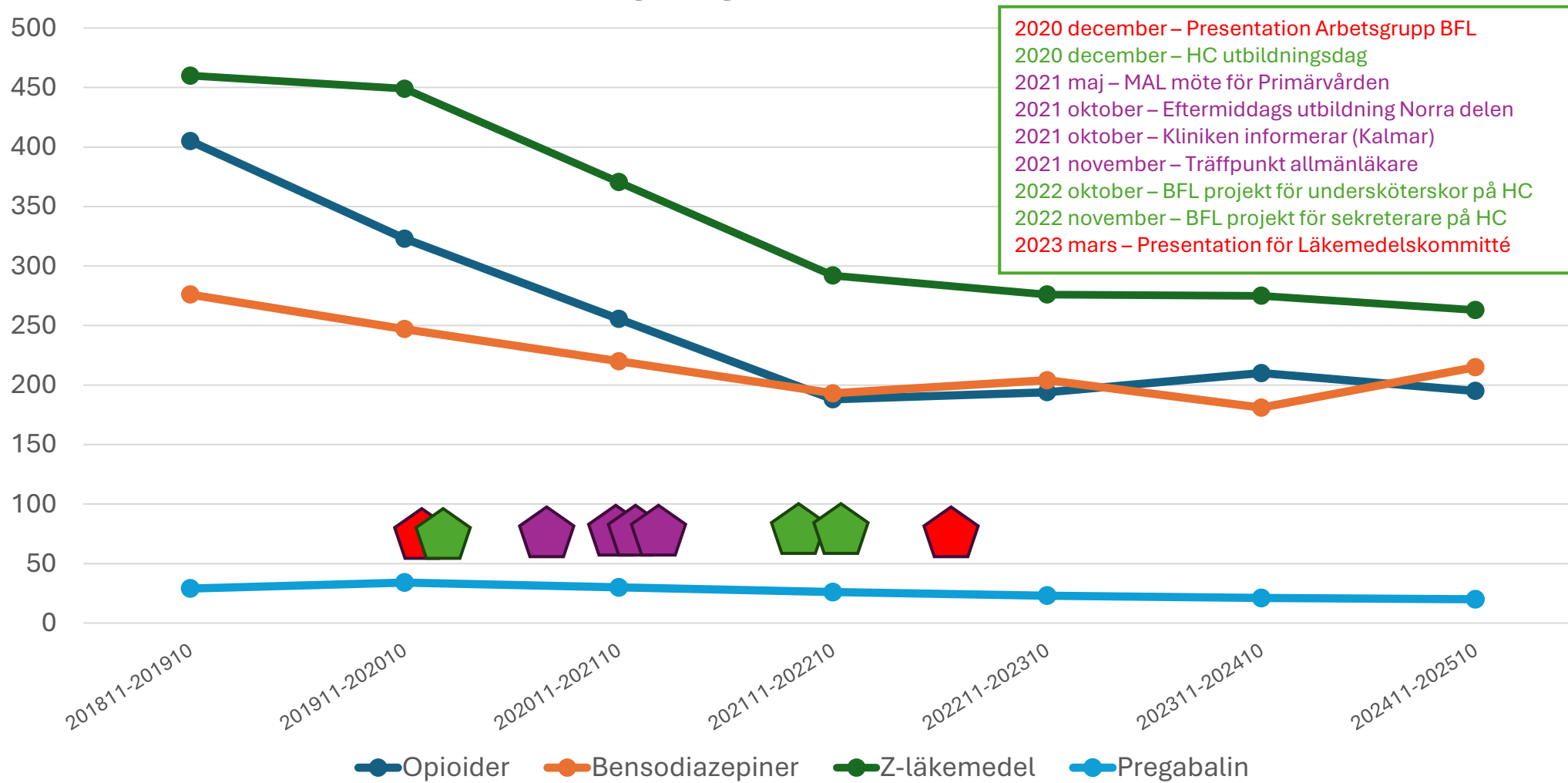
...80% fall är verkligen enkla ← **indikation + information**

...15% fall kräver något mera jobb ← **+ ansvaret**

...5% fall är svåra och patient är inte adherent ← **+ arbetsätt**

## No pain - no gain?

## Stora Trädgårdsgatans HC, antal individer



# Lätt att göra rätt

**En väl genomförd utsättning av BFL  
kan höja livskvaliteten hos patienten**

... och hans närmaste,  
... samt läkaren och sjuksköterskorna,  
...plus även hos övriga vårdpersonalgrupper

