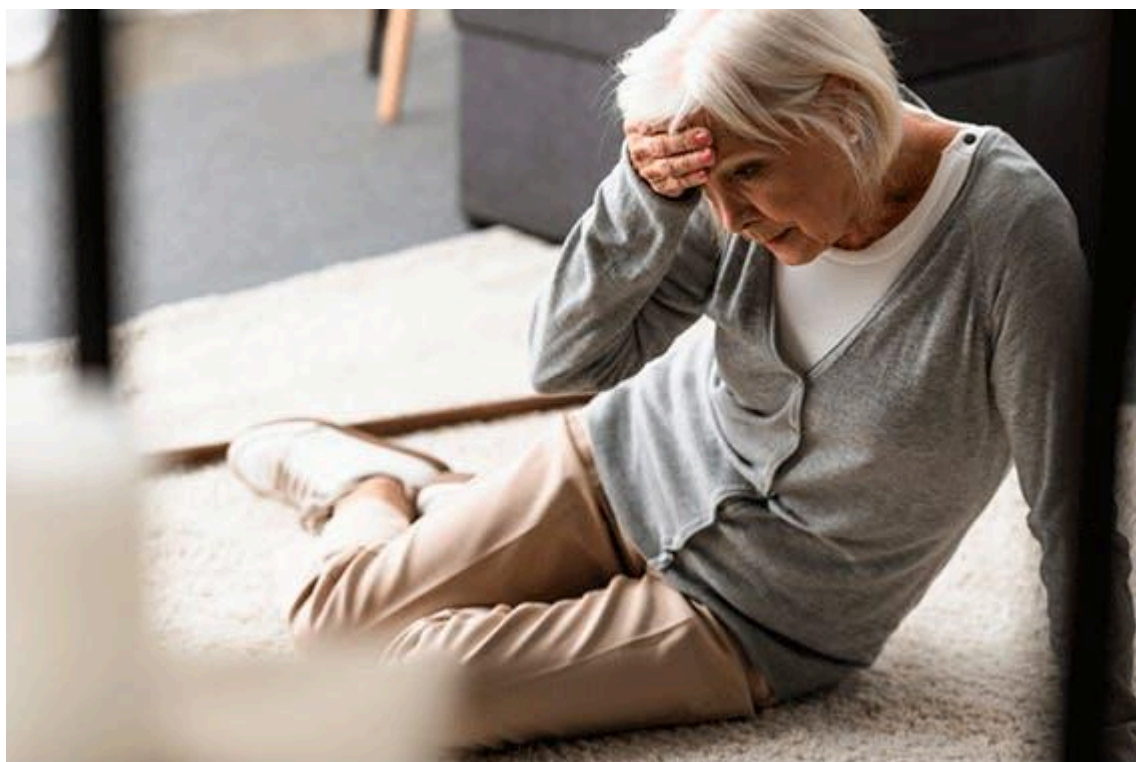


# Opfølgning efter ordination af gabapentin



Marie Østby-Deglum og Cecilie Møller

Holdnummer 66

Vejleder Bo Christensen

# Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse</b>	<b>2</b>
<b>Introduktion</b>	<b>3</b>
<b>Baggrund</b>	<b>3</b>
Virkning af gabapentin og bivirkningsprofil	5
Receptfornyelse og opfølgning på ordination	6
<b>Metode</b>	<b>7</b>
Dataudtræk Skørping/XMO	7
Dataudtræk Vesterbro/Clinea	7
Journalgennemgang	7
<b>Resultater</b>	<b>9</b>
<b>Diskussion</b>	<b>11</b>
Brug af gabapentin ved skrøbelige patienter	11
Opfølgning og årskontroller	12
Svagheder ved studiet	13
Smertebehandling - hvad gør vi så?	13
<b>Konklusion</b>	<b>14</b>
<b>Referencer</b>	<b>15</b>
<b>Bilag</b>	<b>17</b>
Tabel 1	17

# Introduktion

Flere af lægerne på Geriatrisk Afdeling AAUH oplever, at gabapentin er årsagen til svimmelhed og deraf følgende faldtendens ved patienter, der er indlagt, fx efter en hoftefraktur.

En mulig hypotese er, at praktiserende læger ofte glemmer systematisk at følge op på effekt og bivirkninger efter ordinationen af gabapentin. Dette kan have stor betydning hos ældre patienter, der er faldtruede.

Vores egne erfaringer fra almen praksis er, at der udskrives mere gabapentin end tidligere, særligt efter det øgede fokus på opioider. Der er krav om opfølgning ved ordination af opioider, herunder fremmøde-kontroller ved fornyet recept. Der er ingen formelle krav om opfølgning på gabapentin, selvom det (også) er et bivirkningstungt præparat.

Med baggrund i dette vil vi lave et kvalitetsprojekt i vores uddannelsespraksis, hvor vi undersøger, om der bliver fulgt op efter ordinationen af gabapentin hos patienter over 65 år, herunder på om effekten på den kliniske problemstilling dokumenteres, samt om det vurderes, om patienten udvikler bivirkninger.

## Baggrund

I Danmark lever 1.200.000 millioner sv.t. 26% af den voksne befolkning med kroniske smerter ifølge en opgørelse fra Sundhedsstyrelsen (SST) (1) .

Jf SSTs Smerteguide (2), er førstevalget paracetamol. Dernæst NSAID, som dog også har flere potentielle bivirkninger, herunder gastrointestinal blødning, ulcus, nyreinsufficiens og kardiovaskulær sygdom (fx AMI og AFLI) (3). Derfor anbefales NSAID ikke til blandt andet hjertepatienter og ældre >60 år, hvilket kan vanskeliggøre at få smertedækket de ældre patienter med komplekse smerter.

SST har taget en række initiativer med henblik på, at man forsøger at nedsætte brug af opioider og forbeholder dem til akutte smerter, cancerpatienter og palliativ behandling. I Smerteguiden nævnes også, at det anbefales at vælge depotmorfin, når muligt. Det bør aldrig forsøges ved non-maligne kroniske smerter. Der er lavet

mange opgørelser og statusartikler på Sundhedsstyrelsens hjemmeside omkring, at forbruget af opioider er stødt faldende (4); således ser det ud til, at der er effekt af kampagnerne omkring at få skåret ned.

Over de seneste år er forbruget af gabapentin til gengæld stigende. Jf [medstat.dk](http://medstat.dk) fik 1,9% og 2,4% for hhv. aldersgrupperne 65-79 år og 80+ år gabapentin i 2015, i 2024 var tallene steget til hhv. 5% og 6,5% (5). Derudover viser tal fra [ordiprax.dk](http://ordiprax.dk), at også dosis af gabapentin er stigende, i Nordjylland fra en daglig dosis på 711 mg i 2022 til 817 mg i 2025 (6). Øgningen er også beskrevet i den nyere artikel i British Journal of Clinical Pharmacology (7), hvor der rejses tvivl omkring, om det bruges rationelt, fordi stigningen er så markant.

ATC kode: **N02BF, N02BF01**  
 Søgevariabel: **Antal personer pr. 1.000 indbyggere**  
 Aldersgrupper: **65 - 79 år, 80+ år**  
 Køn: **Køn, samlet**  
 Sektor: **Primærsektor**  
 Region: **Nordjylland**

ATC kode: **N02BF (Gabapentinoide)**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Andel af salget i primærsektor, der er personhenførbart									
	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%
Personhenførbart salg	Antal personer pr. 1.000 indbyggere									
65 - 79 år	29,15	31,61	35,64	41,33	47,18	52,03	58,38	66,64	72,65	77,91
80+	36,45	38,73	42,90	51,95	60,21	68,75	76,86	87,34	96,05	103,07

ATC kode: **N02BF01 (Gabapentin)**

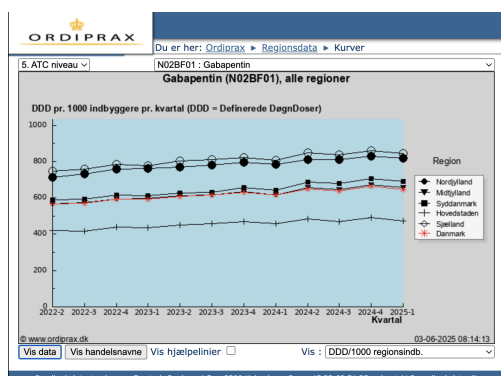
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Andel af salget i primærsektor, der er personhenførbart									
	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%
Personhenførbart salg	Antal personer pr. 1.000 indbyggere									
65 - 79 år	19,61	21,57	24,89	28,45	32,21	35,34	39,28	44,46	47,26	50,17
80+	24,05	26,31	29,78	35,92	39,47	45,18	49,13	56,36	60,14	64,61

Signaturforklaring

0 eller 0,0 Værdien er så lille, at den ikke kan vises efter afrunding, eller hvor antal personer er 1-4 og data derfor er diskretioneret.  
 For antal personer er tallene for Køn, samlet og Alle aldre, afrundet til nærmeste 5

- Intet salg eller ingen data.

Tabel fra [medstat.dk](http://medstat.dk). Antal patienter i gabapentinbehandling over de seneste 10 år.



Gabapentin (N02BF01), alle regioner						
Kvartal	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Danmark
2022-2	711,75	568,69	588,54	419,95	746,68	565,61
2022-3	731,06	572,57	594,29	416,62	758,10	570,23
2022-4	759,47	593,15	616,55	437,69	783,15	592,75
2023-1	760,59	596,28	612,83	437,07	778,27	591,58
2023-2	768,12	610,38	628,75	452,12	803,44	607,29
2023-3	781,91	617,44	630,69	458,80	812,41	614,10
2023-4	796,00	632,81	657,20	469,15	823,69	629,49
2024-1	782,91	615,23	642,45	459,43	805,80	614,96
2024-2	811,02	656,35	688,73	483,66	847,31	650,50
2024-3	810,66	644,74	678,77	469,84	836,09	639,71
2024-4	829,15	671,09	705,16	490,21	860,31	663,06
2025-1	817,32	656,93	690,35	474,72	842,91	647,56

Oversigter fra [ordiprax.dk](http://ordiprax.dk). Stigende DDD af gabapentin over årene og fordeling i Danmark.

I Smerteguiden (2) nævnes gabapentin udelukkende til brug mod neuropatiske smerter, sammen med pregabalin (et andet gabapentinoid) og SNRI- og TCA-præparater. Her nævnes risiko for bivirkninger og vigtigheden af langsom optrapning.

Der er ikke nævnt yderligere medicinske behandlingsmuligheder for smerter. Dvs. man som læge har udtømt sine muligheder for behandling af kroniske smerter, hvis paracetamol er insufficient og NSAID ikke tåles eller ikke er tilrådeligt fx grundet alder eller anden comorbiditet. Opioider bør ikke benyttes ved de kroniske smerter, og gabapentin er kun indiceret, hvis der er tale om neuropatiske smerter. Tilbage står non-farmakologiske tiltag og off-label brug af fx gabapentin.

## Virkning af gabapentin og bivirkningsprofil

Gabapentin er et antiepileptikum godkendt til at behandle neuropatiske smerter i doser op til 3600 mg i døgnet. Initialdosis er 300 mg med gradvis optrapning over dage, med individuel tilpasning ud fra virkning og bivirkning for den enkelte.

Gabapentin er en GABA-analog, som inhiberer specifikke calciumkanaler hvorved bl.a frisætningen af glutamat, nordadrenalin og substans-P-hæmmes.

Der er fundet moderat effekt mod neuropatisk smerter, især diabetisk neuropati og postherpetisk neuropati, men evidensen for en række andre neuropatiske smertetilstande og akut smertelindring er begrænset (8) (9) .

Selv om gabapentin bliver anset som relativt sikkert lægemiddel at anvende, har det en bred bivirkningsprofil.

Jævnfør pro.medicin (10) oplever over 10% træthed, søvnighed, ataksi og svimmelhed, hvilket hos den ældre patient kan give faldtendens og knoglebrud. Øget brug af gabapentin til patienter, der i virkeligheden ikke har effekt af det, kan udsætte patienterne for unødvendige bivirkninger. Der er i de senere år lavet flere studier, som er samlet i et review, der viser, at gabapentin også har et misbrugspotentiale (11) . Allerede i 2018 havde Indsats for Rationel Farmakoterapi fokus på det stigende brug af gabapentin, og opfordrede til opmærksomhed omkring faren for at udvikle misbrug (12).

Behandling med gabapentin samtidig med opioid, øger risikoen for alvorlige

bivirkninger. Der ses en stigning på 40% i plasmakoncentrationen (AUC) af gabapentin ved samtidig behandling med opioid (10). Respirationsbesvær, sedation og dødsfald associeret med gabapentin er blevet rapporteret ved samtidig administration af CNS-depressiva, herunder opioider, særligt hos ældre patienter med underliggende respiratoriske sygdomme, samt hos stofmisbrugere (10).

Gabapentin udskilles uændret gennem nyrerne, hvorfor det er vigtigt at dosisjustere ved nedsat nyrefunktion. Allerede ved GFR 60-80 anbefales det at holde sig under en døgndosis på 600-1800 mg i døgnet, fordelt på 3 doser. En typisk alvorlig fejl er overset nyreinsufficiens, og dermed manglende dosistilpasning, som kan medføre indlæggelse og bevidstløshed (10).

## Receptfornyelse og opfølgning på ordination

Pr. 1. januar 2018 skiftede en række opioider udleveringsbestemmelse således at alle opioider, bortset fra kodeinkombinationspræparater, nu er underlagt samme udlevering og særlig overvågning, da de er forbundet med risiko for misbrug og afhængighed. Ændringen i udlevering betyder, at recepten ikke kan deles eller afhentes over flere gange, samt at fornyelse kræver fysisk fremmøde hos lægen (13).

Det fremgår desuden af Sundhedsstyrelsens vejledning (14), at afhængighedsskabende medicin som hovedregel skal udskrives ved en personlig konsultation mellem lægen og patienten. Der skal være en plan for behandlingen og for, hvornår behandlingen skal stoppe, med mindre der er tale om helt akut behandling og enkeltstående ordinationer.

De samme regler gælder ikke for gabapentin. I samme periode som ordinationerne af opioider er faldet, er brugen af gabapentin steget (se tidligere data fra medstat og ordiprax), uden at man på samme måde kræves at holde øje med det. Patienter med neuropatiske smerter og kroniske non-maligne smerter kan tilbydes en årskontrol, og vores indtryk er, at man er gode til dette ved opioid-patienterne, da der foreligger ovenstående krav. Vi er nysgerrige på om man også får indkaldt gabapentin-patienterne hertil?

## Metode

Vi gennemførte undersøgelsen baseret på dataudtræk fra journaler i vores to praksisser. Vi inkluderer patienter over 65 år (i hhv EG Clinea og XMO), som behandles med gabapentin.

### Dataudtræk Skørping/XMO

Dataindsamling i Skørping lægehus blev foretaget d. 12. maj 2025 i statistik-modulet i journalsystemet XMO. Der blev søgt på ATC-kode N02BF01, og alder over 65 år, dvs fødselsdato før 12.05.1960.

### Dataudtræk Vesterbro/Clinea

Dataindsamlingen ved Lægerne Vesterbro blev foretaget d. 30. maj 2025 i statistik-modulet i EG Clinea. Der blev søgt på samtlige diagnoser i kombination med gabapentin og filteret for patienter over 65 år (benyttet filtersøgning "65+").

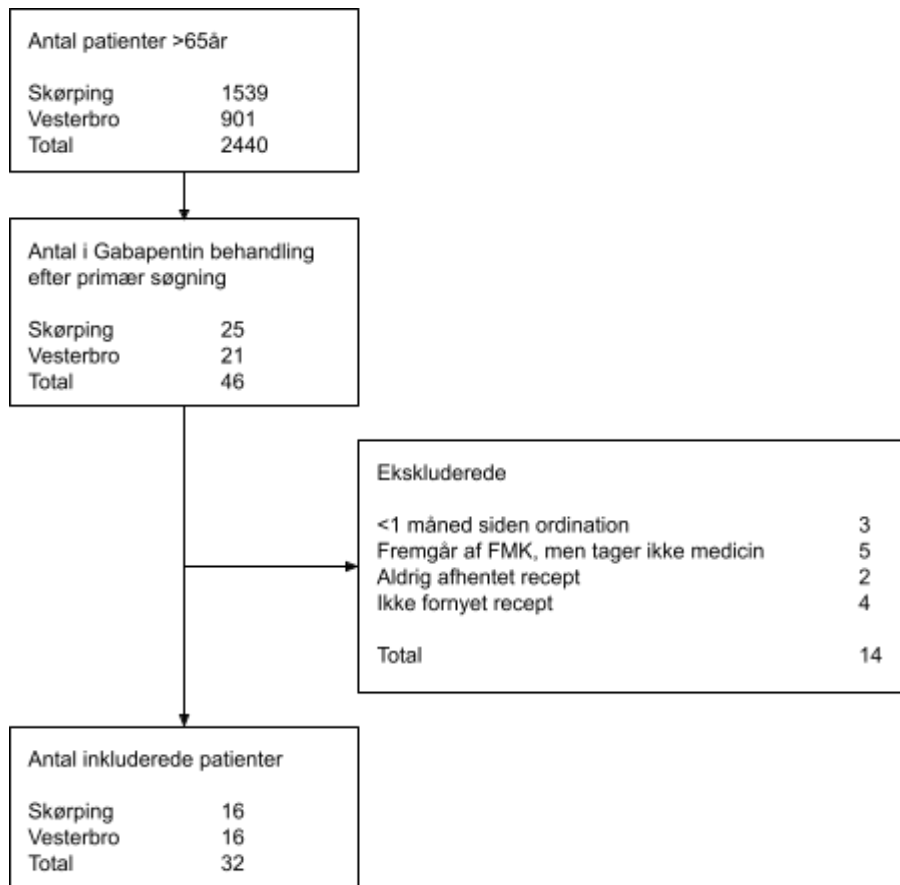
### Journalgennemgang

Der blev efterfølgende lavet en manuel journalgennemgang af de identificerede patienter. Vi brugte Excel til at indsamle data i et auditskema, angivet Tabel 1, se bilag.

Først blev medicinlisten (FMK) gennemgået for at sikre, at patienterne rent faktisk havde en aktuel ordination på gabapentin. Dernæst kontrollerede vi, at patienterne indløste deres recepter.

Efterfølgende blev søgeordet "gaba" og "neurontin" brugt for at finde journaloplysninger, hvor gabapentin er nævnt, idet vi således ikke kun søgte på indholdsstoffet, men også præparatnavnene (jf pro.medicin), som kan være brugt i journalen (fx Gabapenstad, Gabaratio mv).

Vi ekskluderede patienter, som havde fået ordinationen for under 1 måned siden, da der ikke nødvendigvis kan forventes opfølgning på disse endnu. Patienter blev desuden ekskluderet, hvis de ikke havde afhentet medicinen eller fornyet recepter.



Flowchart, inklusionsproces

Journalerne for de inkluderede patienter blev gennemgået og karakteristika for patienterne blev noteret med henblik på den videre analyse, se Tabel 1 i bilag. Der blev noteret patienternes køn, alder, indikation for ordination, tidspunkt for ordinationens start, dosis intielt samt dosis aktuelt. Vi fandt det samlede antal kontakter, hvor gabapentin var nævnt, og noterede os også om ordinationens start var i egen praksis, tidligere egen læge, eller ved anden læge (fx sygehus eller neurolog).

Vi gennemlæste alle de fundne notater, hvor gabapentin var nævnt og noterede om der var omtalt enten effekt eller bivirkninger, dvs vi har angivet et ja, hvis der fx er omtalt, at der ikke er bivirkninger, idet målet var at undersøge, om det er journalført og omtalt.

Vi tjekkede patientens medicinliste for polyfarmaci, defineret som 5 præparater eller mere, og noterede dette som ja/nej i skemaet. Samtidig blev brug af opioider registreret ud fra, om der var en aktuel ordination på FMK.

Vi undersøgte, om patienten får hjælp af hjemmeplejen ved at tjekke, om der var korrespondancer fra disse, og noterede det som ja, hvis vi fandt en korrespondance. Endelig kontrollerede vi, om patienten har været til årskontrol, defineret som en selvstændig smertekontrol, derfor er ikke medregnet, hvis gabapentin er nævnt i fx en diabetes årskontrol (det tæller i stedet som en kontakt).

## Resultater

Der er i alt 2440 patienter over 65 år, fordelt på 1539 i Skørping og 901 på Vesterbro. Jf. flowchart under metodeafsnittet, er fundet i alt 46 patienter i behandling med gabapentin, som efter manuel gennemgang af journalerne medførte ekskludering til et samlet antal patienter på 32 jf de opstillede inklusionskriterier. Dvs i alt 1,31% af de >65-årige er i behandling med gabapentin, fordelt på 1,04% i Skørping og 1,78% på Vesterbro. Efter opdeling i køn ses der at der samlet er 66% der er kvinder, og 34% mænd.

Af Tabel 1 i bilag fremgår den indsamlede data i sin helhed. Herunder er en opsummering af udvalgte fund

	Er effekt journalført?	Er bivirkninger journalført?	Har det været opfølgning ?	Årskontrol?	Hjemmepleje?	Polyfarmaci (+5)	Opioid samtidig?
Ja (antal)	26	15	28	8	13	27	12
Nej (antal)	6	17	4	24	19	5	20

*Kort opsummering af udvalgte fund fra Tabel 1 (se bilag for den fulde tabel)*

Det blev herudover fundet, at den gennemsnitlige daglige dosis var hhv. 1060 mg i Skørping og 1440 mg på Vesterbro, flere af dem dosisjusteret over flere gange og med mange kontakter til praksis jf Tabel 1.

Der er stor forskel mellem de to klinikker i forhold til hvor længe patienterne har været i behandling med gabapentin. I Skørping i gennemsnit ca. 1 år og 10 måneder, på Vesterbro ca. 6 år og 10 måneder. Der er lavet opfølgning på i alt 28 af de 32

patienter svarende til 88%, fordelt på i gennemsnit 3,8 kontakter i Skørping og 8,6 kontakter på Vesterbro.

Kun 25% af patienterne har en reel smerte årskontrol (0120). Dog skal nævnes, at der ved gennemgangen blev fundet, at gabapentin fx kunne være nævnt ved diabetes årskontrol.

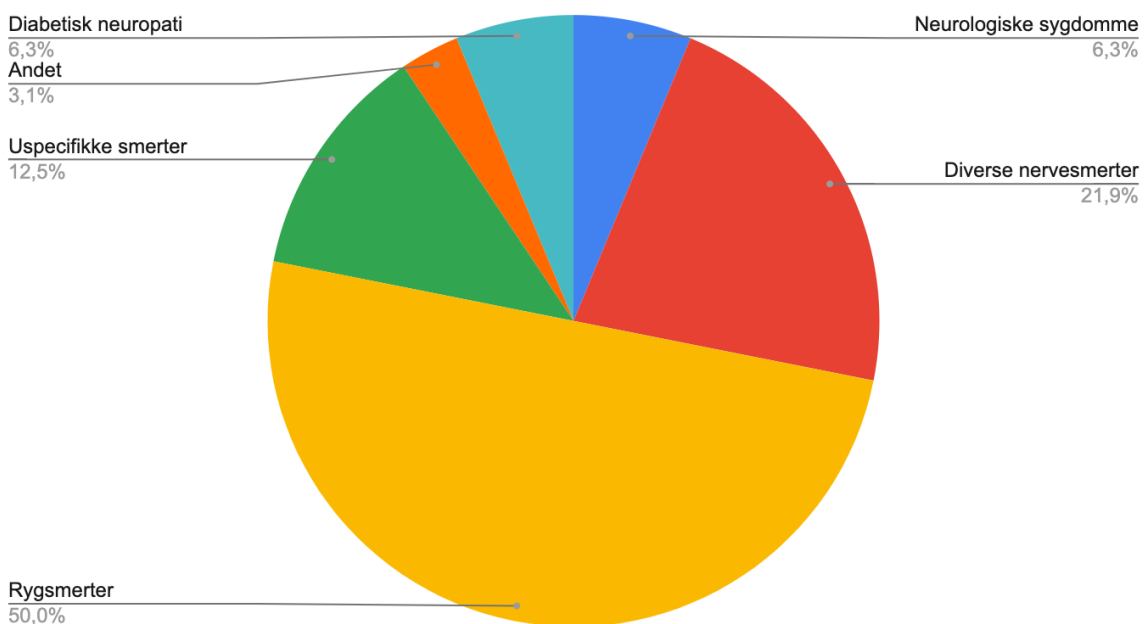
Vi fandt, at 41% af patienterne er tilknyttet hjemmeplejen. 84% af patienterne er i behandling med 5 præparater eller mere, tolket som polyfarmaci. Af den samlede gruppe over 65 år, er i alt 44% over 80 år.

I alt får 12 ud af de 32 patienter et opioidpræparat samtidig med behandlingen med gabapentin, sv.t. 37,5%.

Ved 81% er der lavet et journalnotat, som beskriver, om der er effekt af behandlingen. Kun i 47% af journalerne kunne findes et notat, som beskriver, om der enten var eller ikke var bivirkninger.

Fordelingen af indikationen for ordinationen er opsummeret i nedenstående cirkeldiagram

Fordeling af indikationer



Indikationerne for gabapentin var mange, men generelt kan man se, at rygsmerter (både med og uden angivet udstråling) dominerer (50%). Der var også forskel på de to klinikker, hvor rygsmerter dominerer i Skørping, mens der på Vesterbro var flere forskellige indikationer.

## Diskussion

Vi identificerede i alt 32 patienter i gabapentin-behandling jf de opstillede inklusionskriterier. Dvs i alt 1,31% af de >65-årige er i behandling med gabapentin, fordelt på 1,04% i Skørping og 1,78% på Vesterbro. Vi fandt, at der bliver lavet opfølgning på 88% af patienterne, men kun 25% har en reel årskontrol. Ved 81% var lavet et journalnotat om effekt, kun 47% havde et notat om bivirkninger.

Sammenlignet med landsgennemsnittet på 5,7% (jf. data fra medstat), får en væsentlig mindre andel af vores patienter gabapentin. Vores patienter er selekteret ud fra, at de henter medicinen, og at de har fået det i over en måned (mhp. vores formål om at tjekke for opfølgning). Data fra medstat er formentlig blot hentet fra FMK. I vores selektionsproces gik vi fra 46 patienter til 32 patienter, dvs vi også finder en lidt højere procent, 1,89%, hvis vi ikke laver selektering.

Vi finder en væsentlig højere gennemsnitlig daglig dosis i vores klinikker på hhv 1060 mg og 1440 mg sammenlignet med et gennemsnit på fra Nordjylland i 2025 på 847 mg. Vores patienter er selekteret ud fra alder og behandlingsvarighed over en måned, og vores højere dosis kan derfor ikke sammenlignes direkte med region- og landsgennemsnit. Vores patienter har muligvis mere komplekse problemstillinger end fx kortvarig behandling for helvedesild eller lignende.

## Brug af gabapentin ved skrøbelige patienter

Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om der bliver fulgt op efter ordination med henblik på vurdering af bivirkninger, som i særlig grad vil påvirke ældre, skrøbelige patienter, som dels tåler medicinen dårligere og dels er i større risiko for faldtendens generelt.

Idet det ikke er muligt at afgrænse skrøbelige patienter ved søgningen, valgte vi at se på alder, polyfarmaci og hjemmehjælp. Vi fandt, at 44% er over 80 år, 84% er i polyfarmacibehandling og 41% er knyttet til hjemmeplejen.

Ud fra vores fund tolker vi, at gruppen i høj grad er præget af en øget skrøbelighed, hvorfor opmærksomheden på bivirkninger og opfølgning, herunder årskontroller og tjek på nyrefunktion, er særlig vigtig. Dertil kommer, at 37,5% af dem også fik opioid, til trods for at pro.medicin advarer mod, at det kan øge AUC for gabapentin med op til 40% og dermed potentielle bivirkningerne.

## Opfølgning og årskontroller

Undersøgelsen viser, at 88% af patienterne har en form for opfølgning, hvoraf 81% har et notat omkring effekt. Det er en højere andel, end vi havde forventet. Der er dog kun journalført, hvorvidt der er bivirkninger eller ej for i alt 47% af patienterne. Det kan ikke vides, om der er adspurgt ved de øvrige, og at den manglende journalføring måske blot er et udtryk for, at der ikke er væsentlige bivirkninger til stede.

På Vesterbro har patienterne fået gabapentin i væsentlig længere tid sammenlignet med Skørping. Det medfører, at det gennemsnitlige antal gabapentin-kontakter i denne klinik er lavere. Det er måske rimeligt at forvente, at kontakterne er hyppigst i starten for at afklare effekt og eventuelle bivirkninger, samt for at justere dosis ind. Kun 25% har en decideret årskontrol og med tanke på, at der er flere patienter, der har fået gabapentin i mange år, og i relativt store doser, kan man diskutere, om der burde foreligge en kontakt mindst en gang om året for at sikre fortsat effekt og evt. dosisjustering ift nyrefunktion. Dette i takt med at patienten bliver ældre og der opstår polyfarmaci og potentielle interaktioner.

I vores opgave har vi ikke tjekket, om der er taget nyrefunktion i løbet af det sidste år, hvilket ville være væsentlig at vide, da gabapentin udskilles via nyrerne. Dette ville være oplagt at tjekke til en årskontrol.

## Svagheder ved studiet

Vores ønske er at belyse, om der er opfølgninger, herunder om der bliver taget stilling til både effekt og bivirkninger. Vi er afhængige af, at det er journalført, idet vi ikke har anden mulighed for at kontrollere, om der er blevet spurgt ind til det.

Vi har kun inkluderet de >65-årige patienter, idet udgangspunktet var de geriatriske patienter med faldtendens og svimmelhed. Vi har ikke undersøgt, om der er større grad af opfølgning hos disse patienter sammenlignet med den yngre gruppe, dvs. dem under 65 år. Vi ved derfor ikke, om der er et bedre fokus på de ældre, men det kunne være relevant at undersøge.

Det var vanskeligt at afgøre med sikkerhed, om der var koblet hjemmepleje til. Vi har undersøgt, om der forelagde korrespondancer med hjemmeplejen og ud fra det tolket, at de i så fald modtager pleje. Vi ved ikke om det blot er tale om medicinadministration, eller om det er besøg mange gange dagligt med hjælp til personlig hygiejne mv. Vi kan have overset patienter som modtager hjemmepleje, såfremt der ikke foreligger korrespondancer. Patienterne kan også være registreret af os til at modtage hjemmepleje, selvom det måske blot var en kort periode, der medførte en korrespondance til lægehuset.

Når vi har opgjort opioidforbruget, har vi kun taget udgangspunkt i FMK-ordinationerne på søgetidspunktet. Vi ved derfor ikke, om det samtidige opioidforbrug med gabapentin er stigende eller faldende. Vi har ej heller viden om varigheden af opioidbehandlingen eller om indikationen herfor er den samme som for gabapentin.

## Smertebehandling - hvad gør vi så?

Hvad skal man som praktiserende læge efterhånden gøre? Gabapentin er måske blevet brugt som erstatning for opioider, hvilket vi nu er mere opmærksomme på måske er uhensigtsmæssigt. Både fordi det ikke har påvist effekt på andet end diabetisk neuropati og helvedesild, og fordi det har en bred bivirkningsprofil, der til en vis grad ligner opioiders. Gabapentin er desuden på seponeringslisten (15), lige så

vel som opioider. Hvad kan vi så ordinere til de 1.2 millioner danske smertepatienter?

Har vi for stort fokus på, at vi bare skal ordinere medicin? Er vi som praktiserende læger gode nok til at bruge tid på at tale med patienterne om non-farmakologiske tiltag? Og er vi som samfund parate til at acceptere, at ikke alt skal behandles med medicin?

Det at vi ser, at 37,5% også får opioid sammen med gabapentin, er måske et udtryk for, at smerterne er for komplekse til, at retningslinjerne kan følges. Det viser i hvert fald tydeligt, at der er en stor andel af patienter med så komplekse smerter, at der ikke er fundet en god løsning, som overholder de gældende kliniske retningslinjer, men i stedet er baseret på den enkeltes patients behov i et forsøg på at lindre deres smerter, trods risikoen for bivirkninger.

## Konklusion

Der er et stigende forbrug af gabapentin blandt ældre patienter >65 år i Region Nordjylland, særligt blandt ældre kvinder. I de 2 undersøgte lægeklinikker ser det dog ud til, at der er et relativt lavt antal ældre, der behandles med gabapentin sammenlignet med regionen og landsgennemsnittet. Vi følger op i større grad end vi havde forventet, idet 88% har en form for opfølgning. Det kan til gengæld diskuteres om kvaliteten er god nok, da der er 81% af patienter, der har et notat omkring effekt, og kun 47% med et notat omkring bivirkninger. Samtidig har kun 25% haft en egentlig smerte årskontrol. Som beskrevet tidligere har vi ikke undersøgt, om nyrefunktionen er kontrolleret, og om man har holdt den op mod den ordinerede dosis, hvilket kunne være særligt relevant ift. de ældre og deres årskontroller. Man kunne overveje mere systematisk at aftale årskontroller, når fast smertestillende ordineres, uanset type. Der kan fx udarbejdes enten en frase i journalsystemet eller vejledning for disse kontroller indeholdende blandt andet, at der skal spørges ind til effekt, bivirkninger og kontrolleres nyrefunktion. Hvis godkendelsen af recepter er placeret et andet sted end ved lægen, kan personalet også gøres opmærksom på, at der ønskes årskontroller for disse patienter.

Til trods for fundet af relativt få patienter i fast behandling med gabapentin, er det bemærkelsesværdigt, hvor mange off-label indikationer, der er udskrevet gabapentin for. Det kan også overvejes, om der skal være en retningslinje i praksis for, hvilke typer af smerter, der tilbydes medicinsk behandling, eller hvornår huske at bringe de alternative non-farmakologiske tiltag i spil.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen,  
<https://www.sst.dk/da/Kroniskesmerter>
2. Sundhedsstyrelsen,  
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Smerteguide.ashx>.
3. [Cardio.dk](https://nbv.cardio.dk)  
<https://nbv.cardio.dk/farmaka>
4. Sundhedsstyrelsen,  
<https://www.sst.dk/da/nyheder/2025/Langtidsbrug-af-opioider-paa-recept-er-faldende>
5. [Medstat.dk](https://medstat.dk)  
<https://medstat.dk/da/viewDataTables/medicineAndMedicalGroups/%7B%22year%22:%5B%222024%22,%222023%22,%222022%22,%222021%22,%222020%22,%222019%22,%222018%22,%222017%22,%222016%22,%222015%22%5D,%22region%22:%5B%22%22%5D,%22gender%22:%5B%22%22%5D,%22ageGroup%22:%5B%2265-%22%5D%7D>.
6. <https://ordiprax.dk/RegionCurveData.php>.
7. Pottegård A, Rasmussen L, Olesen M, et al. Trends in gabapentinoid prescribing: A nationwide Danish drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol*. 2025; 1-9.  
<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bcp.70060>
8. Williams CD, Al-Jammali Z, Herink MC. Gabapentinoids for pain: a review of published comparative effectiveness trials and data submitted to the FDA for approval. *Drugs*. 2023; 83(1): 37-53.  
<https://doi.org/10.1007/s40265-022-01810-3>
9. Athavale A, Murnion B. Gabapentinoids: a therapeutic review. *Aust Prescr*. 2023 Dec;46(4):80-85.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10751078/>
10. Pro.medicin (2025)  
<https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/3330>

11. Hägg S, Jönsson AK, Ahlner J. Current evidence on abuse and misuse of Gabapentinoids. Drug Saf. 2020; 43(12): 1235-1254.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40264-020-00985-6>

12. Rationel Farmakoterapi 7, 2018

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-7-2018/Misbrug-af-gabapentin-og-pregabalin-%E2%80%93-forsigtighed-ved-behandling-af-personer-med-opioidmisbrug>

13. Sundhedsdata Styrelsen,

[https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638676188093096917/Forbrug\\_opioider\\_falder\\_fortsat\\_2018\\_2023.pdf](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638676188093096917/Forbrug_opioider_falder_fortsat_2018_2023.pdf)

14. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9523>

15. Seponeringslisten 2025,

[https://geriatri.dk/admin/files/userfiles/Seponeringsliste\\_25.pdf](https://geriatri.dk/admin/files/userfiles/Seponeringsliste_25.pdf)

# Bilag

## Tabel 1

Vesterbro

	Køn (M/F)	Alder	Ordination dato	Hvem ordinerede?	Indikation	Er effekt journalført?	Er bivirkninger journalført?	Dosis ved start	Dosis aktuelt	Antal kontakter, hvor gabapentin er nævnt	Årskontrol?	Hjemmepleje	Polyfarmaci (+5)	Opioid ja/nej
1	F	79	22.10.18	EL	Uspec polyneuropati i fødder + kroniske knæ smerter	Ja	Ja	300*3	300+600+600	4	Nej	Ja	Ja	Ja
2	F	84	11.07.19	EL	Kroniske jagende rygsmerter	Ja	Ja	?	600*3	6	Nej	Ja	Ja	Ja
3	M	67	19.02.25	EL	Perifer neuropati (DM)	Ja	Ja	300	300*2	3	Ja	Ja	Ja	Nej
4	F	70	21.02.06	tidl EL	Komplekse muskelsmerter	Ja	Nej	300*3	300*3	11	Ja	Nej	Ja	Nej
5	F	76	23.02.09	tidl EL (+neuro)	Sclerose	Ja	Ja	300*2	1200+1200+800+800	37	Ja	Ja	Ja	Ja
6	F	68	13.02.23	Tværfagligt	Komplekse smerter	Ja	Ja	300*3	300+300+600+90	3	Ja	Nej	Ja	Ja

				smert eent er					0					
7	F	77	03.01 .12	EL	Spændte/urolig e/brændende ben til nat	Ja	Nej	300*2	300mg til nat	5	Nej	Nej	Nej	Nej
8	M	79	09.10 .01	EL	Polyneuropati (dm)	Ja	Ja	300*3	1200*3	13	Ja	Nej	Ja	Ja
9	M	81	23.11 .23	EL	Nervesmerter UE	Ja	Ja	300*3	600*3	5	Nej	Ja	Nej	Nej
10	F	80	06.08 .24	EL	Balle/ryg med udstråling	Ja	Ja	300*3	300*3	6	Nej	Ja	Ja	Ja
11	F	88	18.11 .18	vagtl æge	Spinalstenose	Ja	Ja	300*3	600*3	11	Nej	Ja	Ja	Nej
12	F	81	12.01 .22	EL	Neuropati efter fraktur	Ja	Ja	300*3	600*2	12	Ja	Nej	Ja	Nej
13	F	73	13.03 .18	Syge hus	Efter c. recti, smerter endetarm	Ja	Nej	?	400mg til nat	4	Nej	Nej	Nej	Nej
14	M	85	21.02 .24	EL	Lændesmerter	Nej	Nej	300*2	600mg morgen	1	Nej	Nej	Ja	Nej
15	F	92	15.07 .24	EL	Udstrålende smerter	Ja	Ja	300*3	600+300 +300	16	Nej	Ja	Ja	Ja
16	M	78	12.09 .24	Neur o amb	Myastenia	Nej	Nej	300	300mg	0	Nej	Nej	Ja	Nej

## Skørping

	Køn (M/F)	Alder	Ordningsdato	Hvem ordinerede?	Indikation	Er effekt journalført?	Er bivirkninger journalført?	Dosis ved start	Dosis aktuelt	Antal kontakter, hvor Gabapentin er nævnt	Årskontrol?	Hjemmep leje	Polyfarmaci (+5)	Opioid Ja/nej
1	M	69	27.08.24	EL	Udstrålende ryg	Ja	Ja	300x3	300x3	3	Nej	Ja	Nej	Nej
2	M	88	02.10.23	EL	Nakke og rygsmerter med udstråling	Ja	Nej	300x2	300x2	9	Ja	Nej	Ja	Ja
3	M	81	04.12.24	EL	Rygsmerter med udstråling	Ja	Nej	300x1	300x2-3 (PN)	2	Nej	Nej	Ja	Nej
4	M	86	02.09.21	EL	Ryg	Ja	Ja	300 x 3 (optrap)	300x3	6	Nej	Nej	Ja	Ja
5	F	71	10.02.22	EL	Rygsmerter	Ja	Nej	300x2	300x3	4	Ja	Nej	Ja	Ja
6	M	72	03.02.23	EL	Spinalstenose	Ja	Nej	300x3 (optrap)	300 x 2	4	Nej	Nej	Ja	Nej
7	F	81	19.11.24	EL	Udstrålende ryg	Ja	Ja	300x3 (optrap)	600x3	3	Nej	Nej	Ja	Nej
8	F	83	21.10.24	EL	Lænderygsmerter	Nej	Nej	300x2 (optrap)	300x3	2	Nej	Ja	Ja	Nej
9	F	68	02.09.24	EL	Nakkesmerter med udstråling	Ja	Nej	300x3 (optrap)	300+600+600	4	Nej	Nej	Nej	Nej
10	M	77	05.02.24	Tidl EL	Helvedesild	Nej	Nej	300x3 (optrap)	300x3	3	Nej	Ja	Ja	Nej
11	F	73	20.04.23	EL	Neurogene smerter ben	Nej	Nej	300x3	300x3	0	Nej	Nej	Ja	Nej

12	F	76	27.11 .24	EL	Spinalstenose	Ja	Ja	300X3	900+60 0+600	3	Nej	Ja	Ja	Nej
13	F	71	25.07 .23	EL	Neuropati	Ja	Nej	300x3	300x3	2	Nej	Nej	Ja	Nej
14	F	76	14.01 .25	EL	Sammenfald (knoglemetastase)	Ja	Nej	300x3	600x3	2	Nej	Nej	Ja	Ja
15	F	87	08.05 .17	EL	Trigeminusneur algi	Ja	Nej	300x3 (optrap)	600x3	13	Nej	Nej	Ja	Nej
16	F	80	16.11 .23	EL	Rygsmerter	Nej	Nej	300mg/2. dag	300mg/ 2. dag (lav GFR)	1	Nej	Ja	Ja	Ja