



Er'e så farlig'a?

Legemidler og pasientsikkerhet

Morten Finckenhagen

Overlege i Statens legemiddelverk - enhet for *Riktig bruk av legemidler*
Spesialist i allmennmedisin - fastlege i 30 år

H'akke tid – æ'kke mitt bord



Gode nyheter fra Statens legemiddelverk



Statens legemiddelverks strategi

- Raskere tilgang til nye, effektive og sikre legemidler
- Riktig legemiddelbruk (egen enhet i ny organisasjon)
- Tydelig og åpen fagetat på legemiddelområdet
- Innovasjonsstøtte på legemiddelområdet
- Sikker forsyning av sikre legemidler

Mange kokker gir mye søl



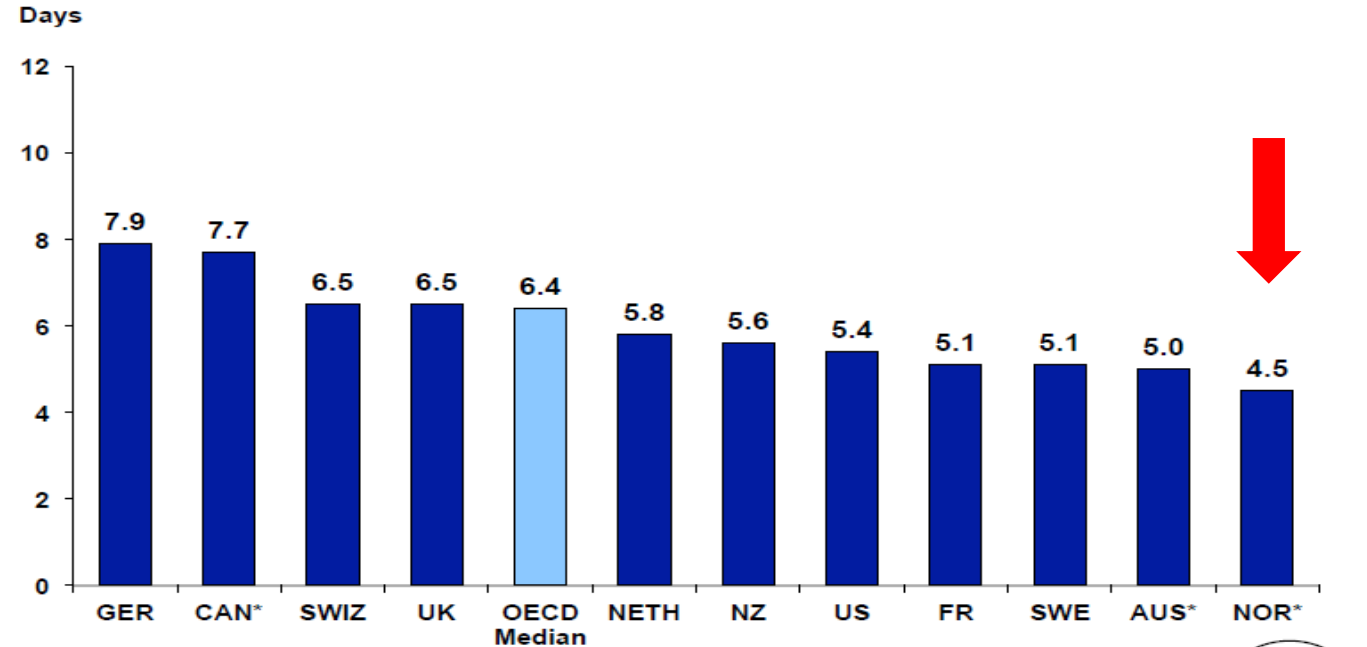
Stor meny – kompliserte oppskrifter



Raskest i verden?



Average Length of Hospital Stay for Acute Care, 2011



* 2010.
Source: OECD Health Data 2013.



Hastverk er lastverk

Har vi tid til pasienten?

English  | Bokmål

 kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Hjem



Prosjekter



Ansatte



Publikasjoner



Våre kurs



Verktøy

Hva gjør vi?

Hva kan vi tilby?

Om oss

Nyheter - Internasjonal undersøkelse

Norge dårligere på brukerorientering enn andre land

Du er her: [Forsiden](#) » [Nyheter](#)

Pasientene vurderer informasjon og organisering ved utskriving fra sykehus som dårligere enn gjennomsnittet for 11 land.

Tilsvarende skårer norske allmennleger dårligere enn gjennomsnittet på kommunikasjon, brukerinvolvering og tilgjengelighet. Tannlegeprisene oppleves også som et problem i Norge. (14.11.2013)

Dokumentert systemsvikt

Helse-SØ 2013: 262 pasienter fra 5 sykehus

- 80% hadde minst én feil i kurven
- 2 av 3 feil kunne ha moderate eller alvorlige følger

Eidsberg kommune 2011:

- 100% uten samsvar fastlege/hjemmetjeneste
(20 av 20 pasienter som brukte gj.sn. 9 legemidler)

Eur J Hosp Pharm doi:10.1136/ejhp-2015-000686

Original article

Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards

Niklas Nilsson^{1,2}, Marianne Lea^{1,2}, Yvonne Lao^{1,2}, Katherine Wendelbo^{2,3},
Glør Gløersen^{2,4}, Morten Mowé^{5,6}, Hege Salvesen Blix^{2,7}, Kirsten K Viktil^{2,8}

Legemidler og pasientskader

- Legemiddelrelaterte dødsfall ca. 780/million (USA 2016)
 - Legemiddelskader under sykehusopphold 7.310*
 - Legemiddelskader i kommunehelsetjenesten ???
-
- ca. 5-10% av innleggelser i med. avdelinger skyldes legemiddelfeil
 - *ca. 50 % av legemiddelrelaterte problemer (LRP) kan forebygges!*

*GTT 2017 - 1,2% av 609.247 sykehusopphold: Skade med forlenget opphold, varig mén, kritisk syk eller død

Penger å spare...?

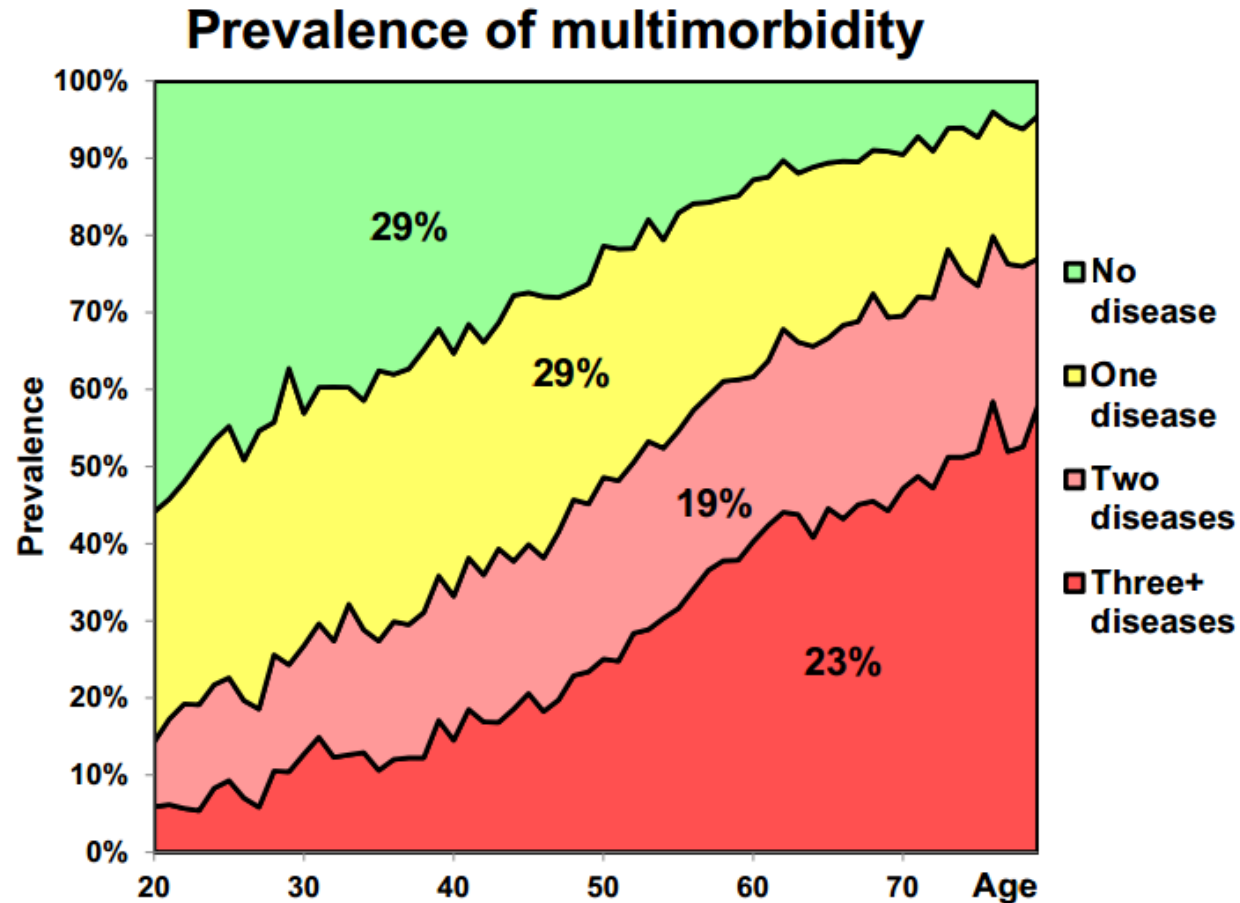


Grovt sett koster et gjennomsnittlig døgnopphold på sykehus om lag 40 000 kroner. For det enkelte sykehusopphold vil det kunne være store variasjoner fra dette gjennomsnittet. For eksempel koster en hofteoperasjon om lag 160 000 kroner, en vanlig fødsel om lag 22 000 kroner, en fødsel med keisersnitt om lag 55 000 kroner og en levertransplantasjon om lag 1,2 millioner kroner. (www.regjeringen.no)

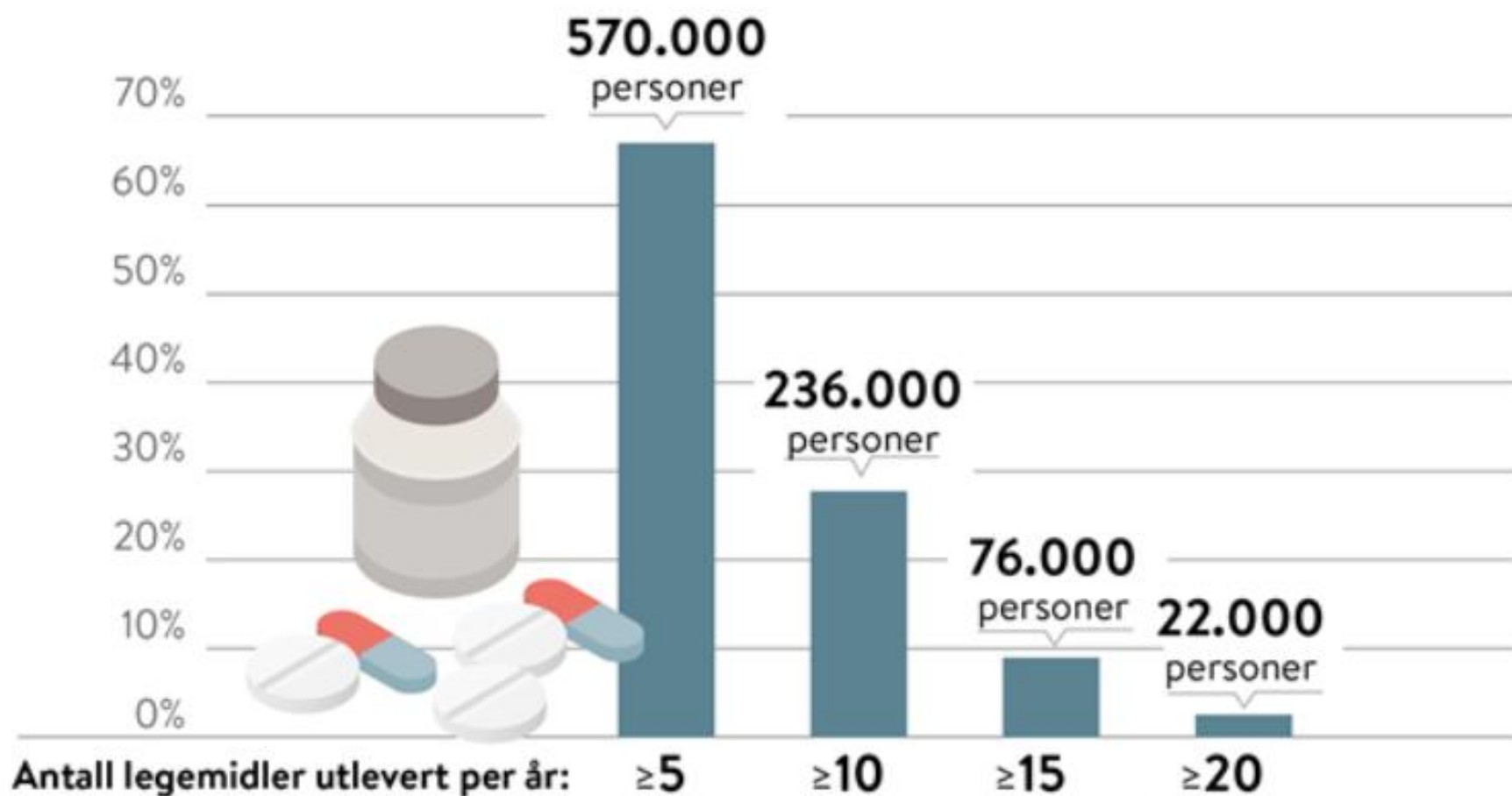
Eldreølgen

- 270.000 pasienter mottar kommunale hjemmetjenester
- 40.000 pasienter i sykehjem
- 70.000 demente i og utenfor institusjon
- 500.000 «friske» hjemmeboende eldre over 65 år
- >65 år: 15% av befolkningen - bruker 50% av legemidlene

Multimorbiditet gir polyfarmasi



Legemiddelbrukere over 65 år som fikk utlevert minst fem legemidler på resept i 2017, andel og antall



Antall legemidler definert som ATC 5. nivåer.

I trygge hender

pasientsikkerhetsprogrammet.no



Innsatsområder



Riktig legemiddel-
bruk i sykehjem



Riktig legemiddel-
bruk i hj. tjenesten



Samstemming av
legemiddellister



Forebygging av
trykksår



Forebygging av fall
i helseinstitusjoner



Forebygging av
underernæring



Tidlig oppdagelse
av forverret tilstand



Tidlig oppdagelse
av sepsis



Forebygging av
urinveisinfeksjoner



Forebygging av
infeksjon ved SVK



Behandling av
hjerneslag



Trygg kirurgi



Forebygging av
selvmord



Forebygging av
overdosedødsfall



Ledelse av
pasientsikkerhet



Trygg utskrivning



Samstemming av legemiddellister

Samstemming av legemiddellister

Informasjon

Kontaktperson

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Denne listen kalles «Legemidler i bruk» og må følge pasienten i hele behandlingskjeden for å oppnå sikker legemiddelbruk. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et

Tiltakspakke (revidert 2015)

Tiltakspakke (2012-2015)

> Verktøy

Tiltakspakke for Samstemming av legemiddellister



✓ Verktøy

- Måledokument Samstemming av legemiddellister
- Sjekkliste forberedelse til legemiddelgjennomgang
- Sjekkliste for samstemming - innleggelse.docx
- Sjekkliste for samstemming - utskrivning.docx
- Målinger i tiltakspakkene
- Evaluering av epikriser.pdf

> Kunnskapsgrunnlag

> Faglige ressurser og informasjonsmateriell

Fastlegens ansvar - forskrift 2013

§ 25 Legemiddelbehandling

- Fastlegen skal **koordinere legemiddelbehandlingen** og løpende **oppdatere legemiddellisten**
- Fastlegen skal gi en oppdatert **liste til pasienten og andre tjenesteytere** i helse- og omsorgstjenesten
- Fastlegen skal gjennomføre en **legemiddelgjennomgang** når dette anses nødvendig for pasienter med 4 legemidler eller mer. (Takst 2ld)

Sykehjemmets ansvar – forskrift 2017

Legemiddelhåndteringsforskriften - lovdata.no

§ 5a. *Legemiddelgjennomgang i sykehjem:*

- Legemiddelgjennomgang skal sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem.
- Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med **langtidsopphold** i sykehjem **ved innkomst og minst en gang årlig**. Utover dette skal legemiddelgjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av leger, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell.

Legemiddelsamstemming – LMS?

Definisjon:

Legemiddelsamstemming er en metode der helsepersonell *i samarbeid med pasienten* skal sikre korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddelbruk.

WHO's definisjon oversatt og bearbeidet av Pasientsikkerhetskampanjen

Sette opp en liste over alle legemidler pasienten faktisk bruker.

Statens legemiddelverk

STIKKORD: «SANN-STEMME»

LMS – hvorfor?

- Nødvendig grunnlag for å vurdere pasientens symptomer og tilstand
- Viktig beslutningsgrunnlag for videre legemiddelbehandling
- Kontroll av etterlevelse
- Sikre korrekt legemiddelliste (LIB) i epikrise og henvisning
- Sikre korrekt legemiddelliste (LIB) til pasient og omsorgsperson
- Utgangspunkt for legemiddelgjennomgang (LMG)
- Sikre korrekt pakking og utlevering av Multidose

LMS – hvordan?

- Ta utgangspunkt i den beste, tilgjengelige, skriftlige kilden
 - Reseptformidleren (E-resept)
 - Kjernejournal
 - Henvisning
 - Epikrise
 - EPJ
 - Pasientens liste
- *Pasienten* skal bekrefte, korrigere og supplere opplysningene
- Forsikre pasienten om at du ikke blir skuffet eller sint om han/hun gjør noe annet enn legen har anbefalt
- Spørre om: CAVE + Dråper, sprøyter, inhalator, plaster, reseptfri, behov, kosttilskudd, naturmedisin
- Hvis pasienten ikke har ansvar for egne legemidler, spør den som hjelper - *pårørende eller hjemmesykepleier*

LMS skal dokumenteres i journal og kurve

[illegible]

Kilde til legemiddelinformasjon: ☐ E-resept ☐ Kommunehelsetjeneste ☐ Fastlege ☐ Pårørende ☐ Pasient ☐ DIPS ☐ Annet: _____	Bistand legemiddelhåndtering: ☐ Pasienten håndterer selv ☐ Kommunehelsetjeneste ☐ Multidose ☐ Pårørende ☐ Annet: _____
---	--

Legemiddelsamstemming fullført: Lege (dato/sign):

Opplysningene er kontrollert med den som administrerer legemidlene

☐ Pasient ☐ Pårørende ☐ Kommunehelsetjenesten
 Annet: _____

Samstemming på sykehus – Journalforskriften §9

Sjekkliste for legemiddelanamnese

Mål: Samstemt liste over alle legemidler pasienten bruker ved innleggelse.

- Kilde(r) til legemiddelopplysningene dokumenteres i kurve og journal (e-resept, kjernejournal, henvisning, liste fra fastlege/kommunehelse, etc.)
- Pasienten selv eller den som hjelper til med legemiddelhåndteringen, skal bekrefte opplysningene.

CAVE: Notér legemidler pasienten ikke tåler.

Registrer for hvert legemiddel:

- Produktnavn/virkestoff (obs kombinasjonspreparater)
- Form (tablett, depot, sprøyte, inhalator, dråper, etc.)
- Styrke og dosering m/tidspunkt (obs når ikke daglig)
- Bruksområde (angis evt. som «ukjent»)

Sjekk om pasienten bruker:

- Inhalatorer, sprøyter (obs insulin), plaster.
- Øyedråper, kremer, salver, stikkpiller etc.
- P-piller, hormontilskudd, potensmidler.
- Legemidler ved behov, reseptfrie legemidler.
- Vitaminer, mineraler, naturlegemidler.

Journaltekst ved usikkerhet:

«Legemiddelsamstemming er ikke fullført.
Arbeidet må videreføres på sengepost».

Journaltekst ved fullført samstemming:

«Legemiddelsamstemming er fullført».
Signer og dater samstemmingsfeltet i kurven.

Sjekkliste for legemidler ved utreise

Mål: Samstemt liste over alle legemidler pasienten skal bruke ved utreise.

- Listen skal føres i epikrisen og i skriftlig informasjon til pasienten.
- Kontroller opplysningene mot listen ved innleggelse og kurven på utskrivningsdagen.
- Begrunn alle endringer i epikrisen.

CAVE: Før opp legemidler pasienten ikke tåler.

Angi for hvert legemiddel:

- Produktnavn/virkestoff (obs kombinasjonspreparater)
- Form (tablett, depot, sprøyte, inhalator, dråper etc.)
- Styrke og dosering m/tidspunkt (obs når ikke daglig)
- Bruksområde
- Status ved utskrivning (NY, ENDRET, KUR)
- Seponerte legemidler føres i eget avsnitt

Informasjon til pasienten:

- Forklar pasient eller omsorgsperson hvorfor og hvordan hvert legemiddel skal brukes.
- Informer om relevante bivirkninger og tiltak ved slike.
- Pasienten skal ha med samstemt legemiddelliste, og evt. medisiner for ventetiden til ny levering av Multidose.

E-resept: Reseptformidleren skal avspeile samstemt liste.
Skriv inn aktuelle resepter og fjern seponerte legemidler.

Informasjon til kommunehelsetjeneste og apotek ved behov

Eksempel på legemiddelavsnitt i epikrise

Legemiddellisten ved innleggelsen bygger på bekreftet liste fra fastlegen.

Legemidler i bruk ved utskrivelse:

Cozaar (losartan) tbl 50 mg. 1 tablett morgen. Blodtrykksmedisin

Selo-Zok (metoprolol) depottbl 100 mg. 1 tablett morgen. Hjertemedisin

Marevan (warfarin) tbl 2,5 mg. Følg eget dosekort. Forebygger blodpropp. **NY**

Pravastatin tbl 40 mg. 1 tablett kveld. Kolesterolsenkende. **ENDRET**

Amoxicillin tbl 500 mg. 1 tablett 3 ganger daglig. Mot luftveisinfeksjon tom.23.mai **KUR**

Legemidler ved behov:

Imovane (zopiclone) tbl 5 mg. 1 tablett kveld ved behov. Sovemedisin

Legemiddel avsluttet:

Furix (furosemid) tabletter. Vanndrivende

Begrunnelse for endringer under oppholdet:

Warfarin er innført pga. kronisk atrieflimmer.

Pravastatin økt fra 20 til 40 mg pga. LDL>2,0 og kjent koronarsykdom.

Furosemid er seponert pga. usikker indikasjon

Oppfølging av legemidler

Marevan doseres i hht. til INR verdi (mål INR 2,5 (2,0-3,0)).

Effekten av doseøkning av pravastatin følges opp ved kontroller av LDL 8 (±4) uker etter doseendring inntil behandlingsmål (behandlingsmål LDL <1,8 mmol/L og/eller ≥50 % reduksjon i LDL dersom behandlingsmål ikke kan oppnås).

Kontroller CK dersom muskelbivirkninger oppstår.

Evaluering av epikriser

Legen som skriver epikrisen skal følge **bokføringsprinsippet** med absolutt krav til balanse. Antall medisiner på medikamentlisten som registreres i journalen ved innleggelse, skal stemme med antall medisiner oppført i epikrisen; oppsummert i formelen:

$$\text{MEDISINER UT} = \text{MEDISINER INN} +/\text{- ENDRINGER.}$$

I tiltakspakken for samstemming av legemiddellister evalueres et utvalg av epikriser etter følgende kriterier, og med tilhørende poengscore:

Spørsmål:	Ja	Delvis	Nei
Er kilde oppgitt	2 poeng		0 poeng
Går regnskapet opp?	2 poeng		0 poeng
Er endringer begrunnet?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er salgsnavn angitt?	2 poeng		0 poeng
Er generisk navn angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er dosering angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er indikasjon angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng
Er kategori angitt?	2 poeng	1 poeng	0 poeng

Maksimal poengscore er 16 poeng.

KOMMENTARER: Det er en viktig forsikring for fastlegen som skal foreta en legemiddelsamstemming at kilden til opplysningene fremgår. Det er en forutsetning for tillitten til listen i epikrisen at regnskapet går opp. Derfor gis 2 poeng for disse parametrene.

Internopplæring - IMPALA-modellen UiO

Implementering av legemiddelprosedyrer for alle

- Ledelsesansvar
- Målgruppe: Leger og sykepleiere
- Undervisningsansvar: Klinisk farmasøyt
- Korte opplæringsøkter (10-15 minutter)
- På morgenmøter
- Måling av kvalitet – www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
 - Kurver
 - Epikriser



Pasientene kan bidra - etablere et folkekrav:

«Medisinliste, takk!»

Alle innkallingsbrev fra
sykehus og spesialister:

«Husk å ta med deg en
liste over alle medisiner du
bruker. Listen får du hos
fastlegen din.»

Har du liste over medisinene dine?

En medisnlliste forebygger fell og misforståelser.
Den glr trygghet for deg og de som behandler deg.

- Be fastlegen din skrive ut en liste over medisiner du bruker og husk å oppdatere den
- Oppbevar listen i lommeboken eller vesken
- Vis fram listen hver gang du oppsøker lege og når du henter medisiner på apoteket



Generisk bytte: Hva hører sammen?

Blodtrykk

Glucophage

Paracetamol

Smerte

Omnice

Sertralin

Depresjon

Atacand

Tamsulosin

Prostata

Imovane

Metformin

Diabetes

Zoloft

Zopiklon

Søvnløshet

Panodil

Candesertan



Hva hører sammen? - Fasit

Blodtrykk

Smerte

Depresjon

Prostata

Diabetes

Søvnløshet

Glucophage

Omnice

Atacand

Imovane

Zoloft

Panodil

Paracetamol

Sertralin

Tamsulosin

Metformin

Zopiklon

Candesertan



Det finnes 2-5 ulike tabletter/emballasjer for hver !

6 av 10 resepter mangler bruksområde

DAGENS
Medisin

Nyheter

Debatt

DM Arena

DMTV

Om Dagens Medisin

KRONIKK

Ufullstendige resepter

Påført bruksområde er nødvendig for at pasienter skal kunne vite hva ulike medisiner brukes for, men seks av ti resepter er ikke påført bruksområde. Det er på tide med full skjerpings om bruksområde og fullstendig bruksrettledning.

Publisert: 2016-01-25 15:06 Skrevet av: Anne Gerd Granås / Helle Slupphaug

Del:



113



0



Del



Mail



Skriv ut

Anne Gerd Granås, professor ved Institutt for naturvitenskapelige helsefag,

Høgskolen i Oslo og Akershus

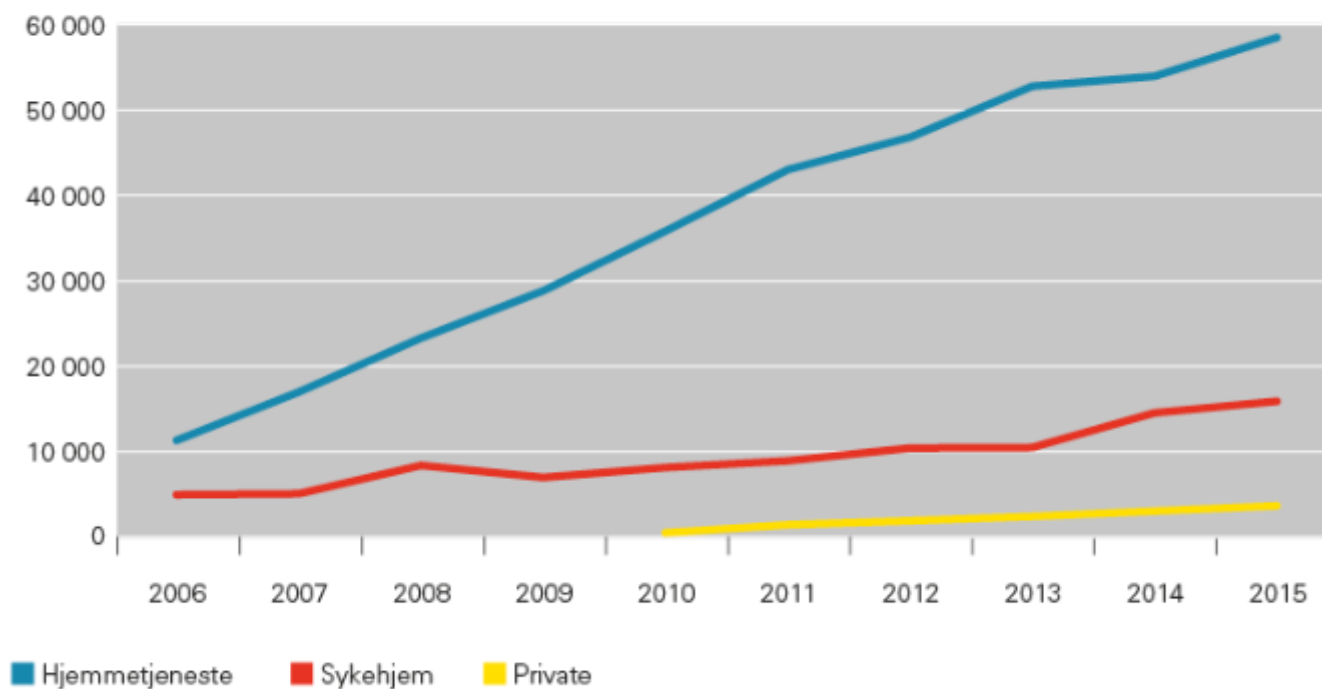
Helle Slupphaug, reseptarfarmasøyt, Oslo

Legemidler i bruk (LIB) skal beskrive:

• Produktnavn	Lipitor
• Virkestoff	Atorvastatin
• Legemiddelform	Tablett
• Styrke	40mg
• Dosering	1 tabl. daglig
• Bruksområde/indikasjon	Kolesterolsenkende

Multidose – trygt og effektivt?

FIGUR 8.7.1 ANTALL PASIENTER SOM MOTTAR MULTIDOSEPAKKEDE LEGEMIDLER
(tallene er per september hvert år, innhentet fra multidoseprodusentene)



Hvor sikkert er multidose?

- Bruk av dosett:
 - Feil i ca. 10% eller én av 10 utfylte dosetter
- Maskinell pakking av multidose:
 - Feil i 0,0005%* eller én av 185.000 poser

*Tall oppgitt fra Apotek1

Multidose – ulemper og risiko

- Sykepleiere mister erfaring med legemiddelhåndtering
- Sårbart for samstemmingsfeil – mange kokker, mye søl
- Sjeldnere legekontakt – sjeldnere LMG
- *Uegnet for ustabile tilstander – hyppig doseendring*
- Uegnet for behovsmedisiner og vanndrivende
- Økt bruk av vanedannende legemidler
- Ikke alle legemidler kan pakkes om
- Pasienten mister kontroll og oversikt
- Press på leger og pasienter fra kommune/sykepleier
- **Stor risiko ved utskrivning fra sykehus – hvem har ansvaret?**
- Årsak til legemiddelrelaterte innleggelser (ny studie)



Tiltak 2: Inkluder samstemt legemiddelliste i henvising og epikrise



Multidose ut fra sykehus – hvem tar ansvaret?

- Ved endringer i LIB for pasienter med multidose må det bestilles ny levering. Det må avklares om endringer i legemiddelbehandlingen skal iverksettes umiddelbart eller om endringene kan vente til neste pakking. Dersom endringene må iverksettes før ny levering, må pasienten få utlevert alle legemidler i henhold til samstemt legemiddelliste mens man venter på ny multidose-levering. Praktisk kan dette skje ved å fylle en doseringseske med riktige legemidler for dagene frem til ny levering av multidose. Dette er en kritisk samhandlingsutfordring der sykehus og kommune må utarbeide gode rutiner og bli enige om fordeling av ansvar og utgifter. Det er fastlegens (LIB-ansvarlig leges) ansvar å oppdatere multidosebestillingen.

Tilsynsmyndighetene har våknet...

Helsetilsynet sterkt bekymret

NRK 080316

– Alle lovbrudd er alvorlig. Det er et uttrykk for at det er svikt i tjenestene som setter pasientene i en potensielt farlig situasjon, så det er alvorlig, sier direktør i Helsetilsynet, Jan Fredrik Andresen.

I tillegg til for dårlig informasjon til pasientene, trekker Andresen fram feil og mangler i medisinlister som den mest graverende svikten:

– I verste fall så kan jo pasienter forkomme eller man får utviklet økt sykkelighet fordi man ikke får effekt av behandlingen. Manglende eller feil bruk av legemidler kan man lett tenke seg fører til en forverring av pasientens tilstand.



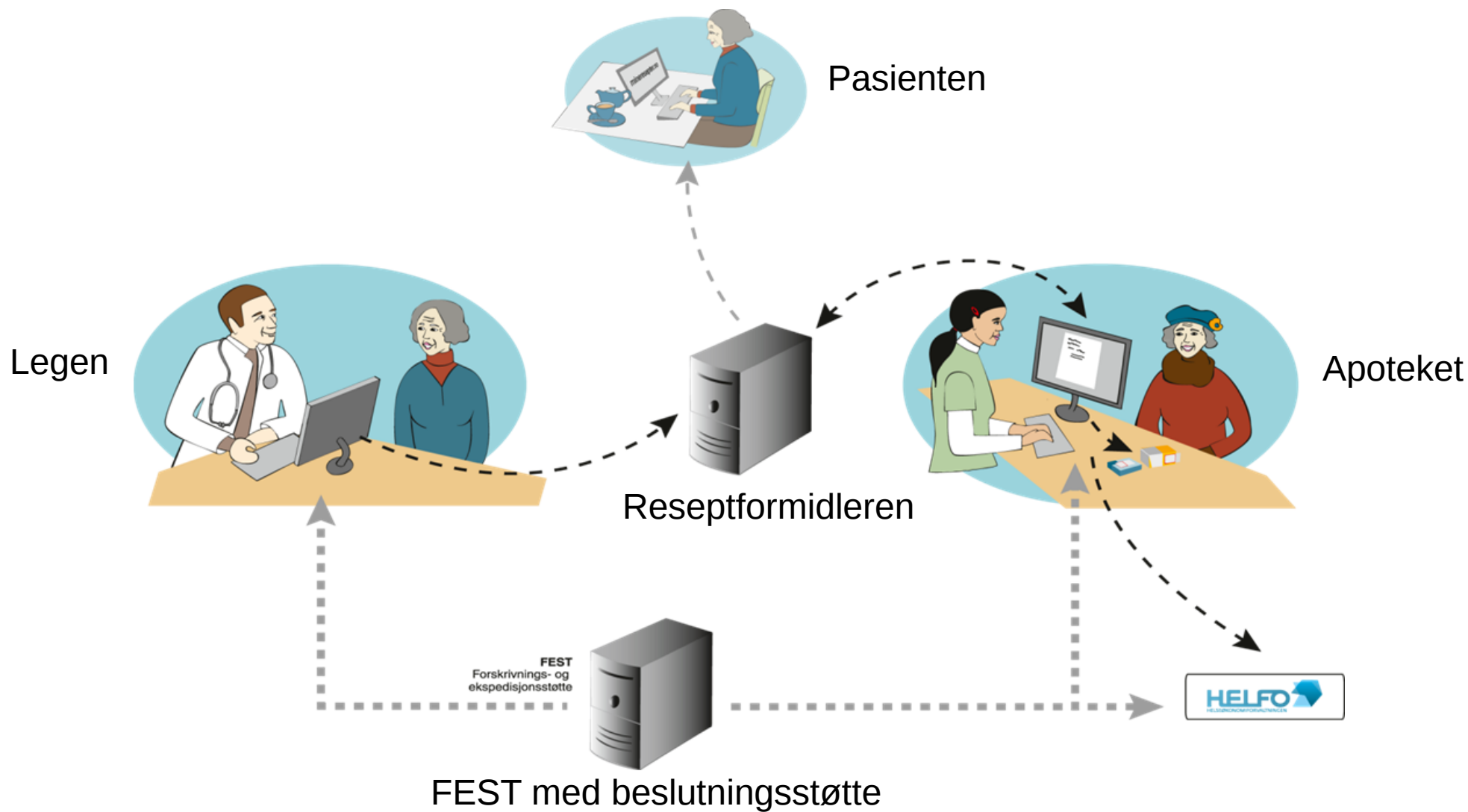
BEKYMRET: – Etter over fire år burde flere av disse forholdene være i orden, synes direktør i Helsetilsynet, Jan Fredrik Andresen.

FOTO: ROALD, BERIT / NTB SCANPIX

Legemidler – et spesielt sårbart område

- Legemidler er ofte en viktig del av pasientbehandlingen og korrekt legemiddelbruk kan være helt avgjørende for en pasients tilstand og prognose.
- *Svikt eller fare for svikt i overføring av legemiddellister er omtalt i nesten alle tilsynsrapportene.*
- Både **fastleger og ansatte i hjemmesykepleien** erfarer at det er **svært krevende** å sikre korrekt oversikt over legemiddellister etter opphold i sykehus.
- Tilsvarende uttalte flere **sykehusleger at det var krevende** å få korrekt oversikt over hvilke legemidler pasienten faktisk brukte.
- Fylkesmennene fant at helseforetakene bare unntaksvis overførte legemiddelinformasjon elektronisk til hjemmetjenesten.
- Fylkesmennene konkluderte med **lovbrudd i 36 tilsyn, og i 23 tilsyn ble det påpekt klare forbedringsområder.**

E-resept



Skremmende mange feil i RF

Hva med legemidler som er seponert, men ikke fjernet fra RF?

357.794 pasienter har feilaktige doble resepter

Feil i EPJ-systemer og leger som glemmer å rydde opp i gamle resepter, fører til at flere hundre tusen pasienter har doble resepter i Reseptformidleren som ikke skulle ha vært doble.

Publisert: 2017-02-28 06.00

Vilde Sundstedt Baugstø

vilde.sundstedt.baugsto@dagensmedisin.no

– Opplæring er ekstremt viktig. Praktisk undervisning i riktig bruk av e-resept må snarest bli obligatorisk pensum i legestudiet. Fortsatt lærer mange studenter bare å skrive resepter på papir. Av den grunn brukes det nå mye tid og ressurser på voksenopplæring av leger. Både praktisk bruk og den dypere forståelsen av e-resept som et samhandlingsverktøy, bør sitte i ryggmargen på de nyutdannede legene, sier Finckenhagen.

Kjernejournal

Kjernejournal henter
legemiddelopplysningene fra
Reseptformidleren (e-resept)

Garbage in – garbage out!



Line Danser

040980 05660

Kvinne (35 år)

Kjernejournal opprettet 08.01.2012

OVERSIKT

OM PASIENTEN

LEGEMIDLER

KRITISK INFO

BESØKSHISTORIKK

INNSTILLINGER

Kritisk informasjon



Legemiddelreaksjon

Anafylaktisk reaksjon

Kombinasjon av penic
inkl. beta-laktamase h



Legemiddelreaksjon

Anafylaktisk reaksjon

Fenoksymetylpenicilli



Kritisk medisinsk tilstand

Marfan syndrom



Avgrensning av livsforlengende behandling

Gyldig til: 25.04.2017



Pasienten har reservert seg mot
blodtransfusjon/blodprodukter

Legemidler

Legemidler som trenger spesiell oppmerksomhet (siste 12 måneder)

Legemiddel / gruppe	Legemiddel	Risiko / bivirkninger
Benzodiazepiner og lignende sovemedisiner (zopiklon og zolpidem)	Imovane Tab 5 mg	Avhengighet, døsighet, ustøhet og
NSAID og COXIB(cox-2 hemmere)	Naproxen-E Mylan Enterotab 500 mg	
Opioider	Paralgin Forte Tab 400 mg/30 mg	GI-blødning. Hjerne- og hjerneinfarkt Hypertensjon. Astma. Avhengighet, døsighet, ustøhet og Obstipasjon.

Legemiddelhistorikk (siste 12 måneder)

Legemiddel	Dosering
Naproxen-E Mylan Enterotab 500 mg	1 tablett 2 ganger daglig Svelges
Ciprallex Tab 10 mg	1 tablett daglig
Imovane Tab 5 mg	1 tablett daglig

Nasjonal legemiddelliste - Dagbladet 060617



Helse- og omsorgsdepartementet fore- slår:

- At leger skal forpliktes til å oppdatere legemiddellista. Legen må se og forholde seg til lista før ny resept kan skrives eller det på annen måte gjøres endringer i pasi- entens legemiddelbehandling.

- Utvidet lagringstid i reseptformidle- ren: Legemiddelopplysninger skal være tilgjengelige i pasientens legemiddelliste så lenge det er meningen at pasienten skal bruke legemidlene, uten hensyn til om re- septen har utløpt.

- At reseptformidleren utvides med opp- lysninger om legemidler som ikke krever re- sept (interne ordinasjoner på sykehjem, legemidler gitt ved dagbehandling, resept- frie legemidler), kosttilskudd, alvorlige le- gemiddelreaksjoner (CAVE), legemiddel- gjennomgang og interaksjonsvurderinger.

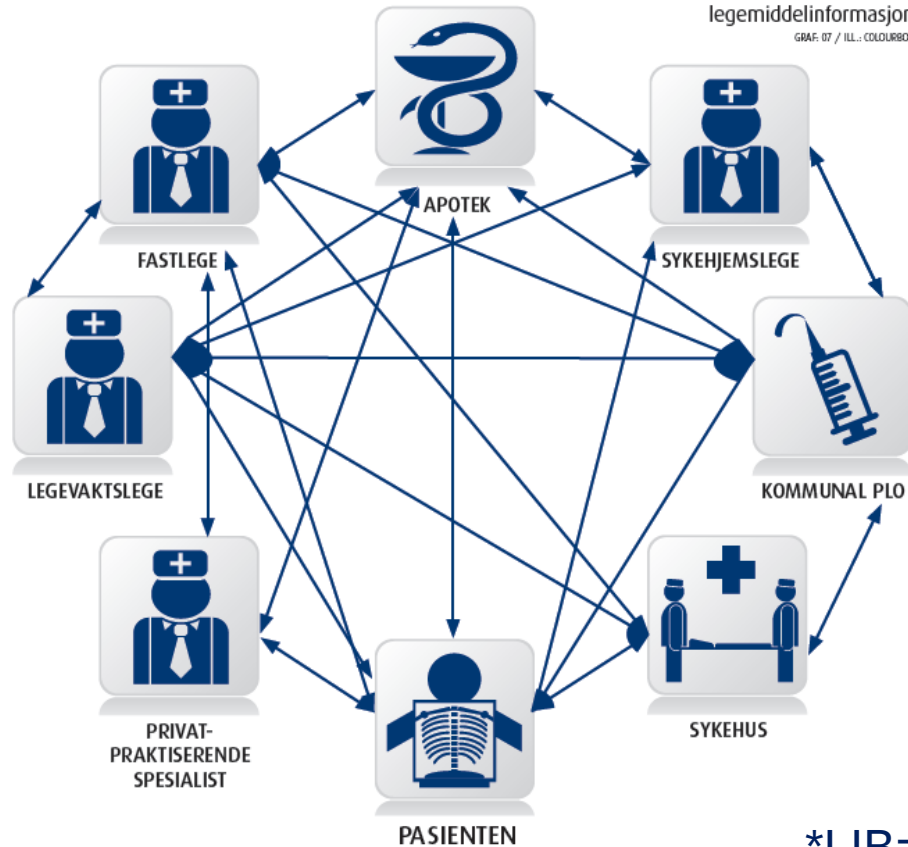
- At legemiddellisten gjøres tilgjengelig for helsepersonell uten rekvireringsrett fra kjernejournaløsningen.

- Rett for pasienten til å reservere seg mot at reseptopplysninger og legemiddel- lista gjøres tilgjengelig for helsepersonell.
 - Det burde vært slik allerede, sier Høie.

Nasjonal legemiddeljournal

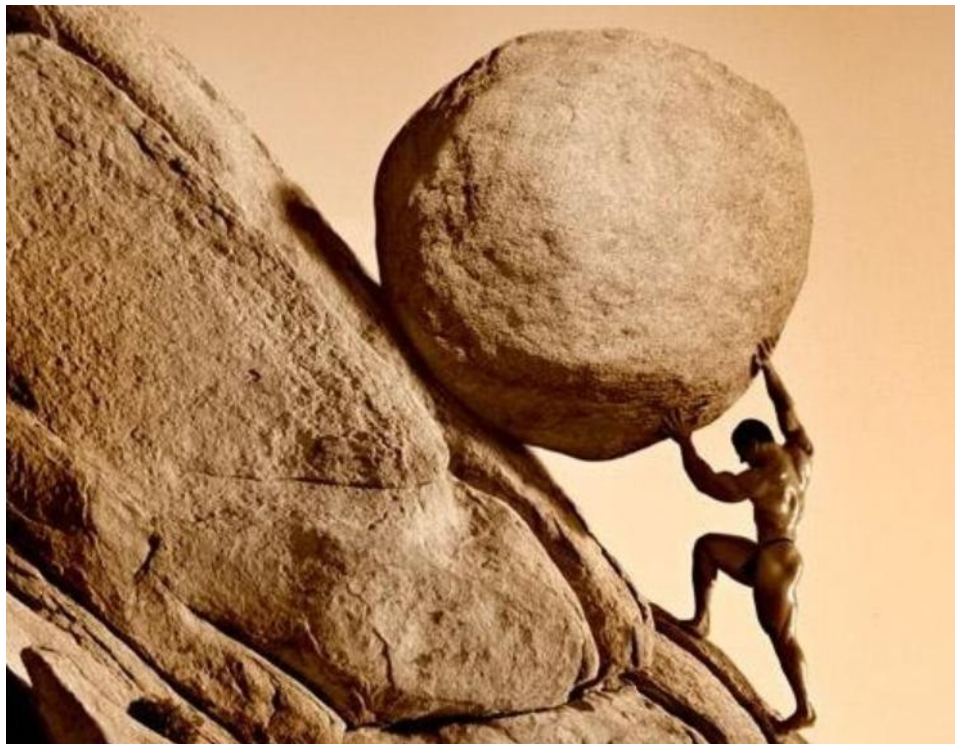
- alle som trenger det, har tilgang på pasientens LIB* i «sann tid»

FIGUR 1. Dagens flyt av legemiddelinformasjon
GRAF: 07 / ILL.: COLOURBOX



*LIB= «Legemidler i bruk»

LMS – om og om igjen!



Et sisyfosarbeid



Gjør mot andre, det du vil at andre skal gjøre mot deg! (Matt.7,12)

En kollegial gest

Suksessfaktorer - LMS

NORDLANDSYKEHUSET

- Ambisiøs toppledelse
- Lege med prosjektansvar (like barn leker best?)
- Målinger

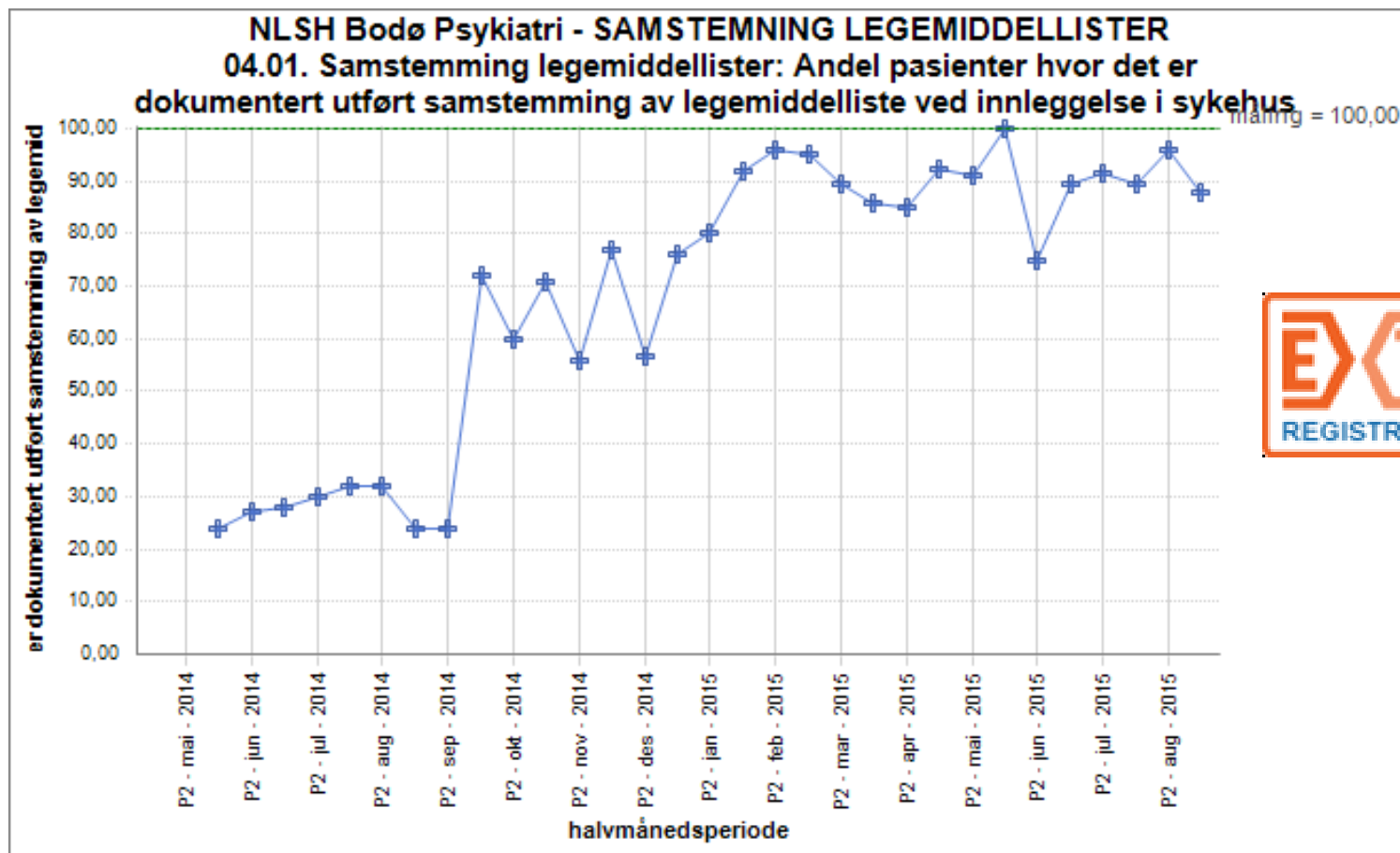
HELSE SØR-ØST (OUS og VV-HF)

- Impala/Vimpel: Korte økter med enkelt budskap (farmasøyt til leger)

HELSE MIDT NORGE

- Kliniske farmasøyter
- Delegere til sykepleiere

Målinger motiverer



Ta med hjem budskap

- Lege som overtar behandlingsansvar må gjøre LMS
- Aktiver automatisk oppslag i RF (pålegg fra myndighetene)
- Sjekk alltid innholdet i RF før ny forskrivning
- Fjern seponerte legemidler og dobbeltforskrivninger
- Sjekk interaksjoner mellom gamle og nye legemidler
- RF skal avspeile pasientens sanne LIB
- Alle leger som forskriver i E-resept har ansvar for RF
- *Foreslå LMG og avmedisinering i epikrisen*

Legemiddelgjennomgang - LMG?

Definisjon:

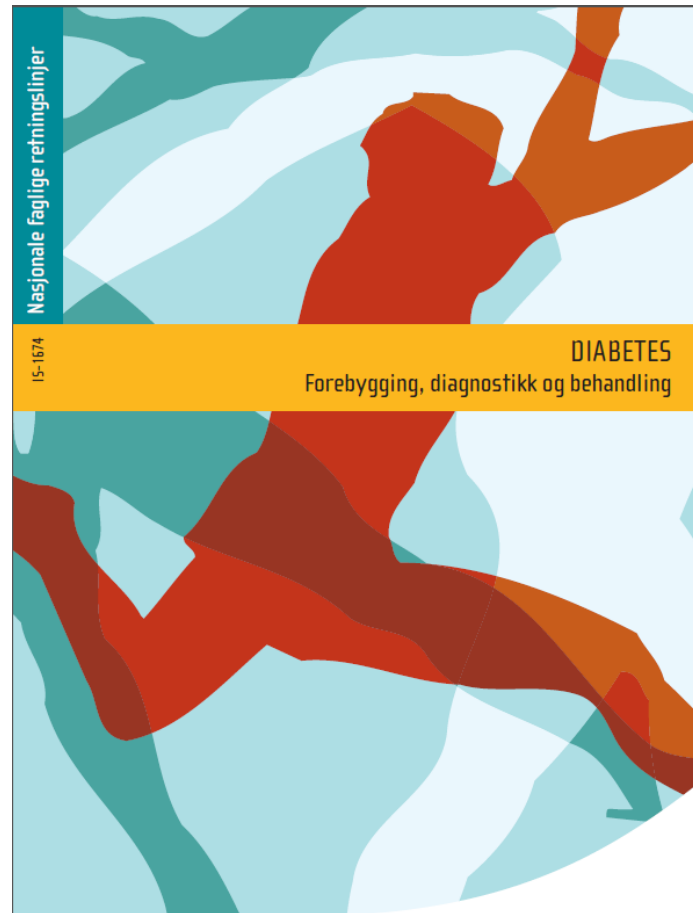
Systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader.

Statens legemiddelverk

Retningslinjer og veiledere – brukes de?

- 52 nasjonale retningslinjer og 162 veiledere.
- Omtaler ofte én sykdom eller ett terapiområde.
- Hver retningslinje inneholder > 50 kunnskapsbaserte tiltak.
- Fastlegen er forpliktet til å følge dem (forskrift).
- Mange (gode?) grunner til at det ikke skjer.

Bjarne Austad, fastlege/PhD-stip. Utposten nr. 2 - 2014



Sjekkliste for legemiddelgjennomgang - LMG

Sjekkliste for legemiddelgjennomgang

En grundig innføring i metoden finnes her: Helsedirektoratets Veileder om legemiddelgjennomgang 18-1998 og Norsk legemiddelhåndbok, kapittel G24.

BEGREPER OG METODE:

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader. LMG utføres av legen alene eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier. Pasienten og pårørende kan delta. LMG utføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgs-tilbud og årlig for pasienter som bruker mange legemidler (>3).

Legemiddelsamstemming (LMS) er å lage en liste over alle legemidler pasienten bruker. Listen kalles **Legemidler i bruk (LIB)**. Bruk tilgjengelige kilder som EPJ, henvisning, epikrise, e-resept, multi-dose, PLO-melding eller pasientens egen liste. Opplysningene skal bekreftes av pasienten eller den som hjelper til med bruk av legemidler. Spør etter legemidler pasienten ikke tar (CAVE), reseptfrie legemidler, legemidler ved behov, kosttillskudd og naturligelegemidler. Husk dråper, sprayler, stikkpiller, inhalatorer, plaster, salver og kremer. Spør om etterlevelse og sjekk eventuelt utlevering i e-resept. LIB skal angi: Produktnavn, virkestoff, legemiddelform, styrke, dosering og bruksområde. Lege som overtar behandlingsansvaret for en pasient, bør alltid utføre LMS. LMS må utføres for LMG.

Forberedelser til legemiddelgjennomgang

- Avtal tid og sted med aktuelle deltakere.
- Klinisk undersøkelse* gjøres ved nye symptomer eller endret tilstand.
- Blodprøver: Vurder behov, inkludert legemiddelanalyser.
- Andre tester: For eksempel EKG, 24-timers BT, spirometri, diemans- og depresjonstester.

Gjennomføring av legemiddelgjennomgang

- Behandlingsmål: Bør tilpasses pasientens tilstand, livssituasjon og ønsker.
- Indikasjon og effekt: Har pasienten fortsatt nytte av legemidlene?
- Kur eller tidsbegrenset behandling? Fastsett en sluttdato.
- Nye legemidler: Har pasienten ubehandlede sykdommer eller plager?
- Blodprøver og andre tester: Har svarene betydning for behandlingen?
- Dosering: Juster for nyre- og leverfunksjon, serumkonsentrasjon, alder og andre sykdommer.
- Bivirkninger: Spør pasienten. Sjekk kliniske tegn og blodprøvesvar.
- Funksjonsnivå: Tretthet, forvirring, svimmelhet, fall og ernæringsnivå kan skyldes legemidler.
- Interaksjonskontroll: Bruk funksjonen i EPJ eller www.interaksjoner.no
- Risikable og uhenstkommessige legemidler: Sjekk tabellene på neste side.
- Dobbelbruk: Kontroller for samme eller lignende virkestoff.
- Pasientvennlig: Velg gjerne depottabletter, faste kombinasjoner, depotplaster, mikstur.
- Livssituasjon og egenomsorg: Kan pasienten håndtere egne legemidler?

Oppfølging etter legemiddelgjennomgang

- Skriv ut ny, oppdatert LIB til pasienten og eventuelt til hjemmepleiesten.
- Forklar pasient eller omsorgsperson hvorfor og hvordan hvert legemiddel skal brukes.
- Oppdater e-resept. Bestill eventuelt mulldose.
- Journaliser LMG med begrunnede endringer, tiltak og plan for oppfølging.

*Klinisk vurdering kan delvis utføres av sykepleier ved bruk av egen sjekkliste: www.pasientdelaktighetsprogramet.no

TILTAK: Hvis mulig, gjør bare én endring av gangen og observer virkningen av den.

SEPONERING: Behold alle livsviktige legemidler, men vurder om forebyggende og symptomlindrende legemidler kan (prøve)seponeres eller gradvis trappes ned.

NYE LEGEMIDLER: Bruk nasjonale retningslinjer og veiledere. Sett en dato for evaluering. Avslutt behandlingen ved manglende effekt eller uakseptable bivirkninger.

17.000 eksemplarer er distribuert til nå!

Noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger:

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / bivirkninger	Alternativer / tiltak
M01A	NSAID og COXIB (cox-2 hemmere)	GI-blødning. Hjerne- og hjerteinfarkt. Forverret nyre- og hjerteavst. Ødem. Hypertensjon. Astma.	Parasetamol 1g x 3 bør foretaks først. NSAID bør kun brukes ved behov. Eventuelt tillegg av PPI. Løs diuretika eller COXIB ved hjerte- og karsykdom.
B01AA03	Warfarin	GI-blødning og hjerteblødning. Terapifelt.	Startveiledning og doseringstiltak. Regelmessig kontroll av INR.
B01AEF	NOAK (nye orale antikoagulantia)	GI-blødning og hjerteblødning. Terapifelt. Blødningsfare ved nedsatt nyrefunksjon.	Følg nasjonal veileder 18-2020 2.0 (Helsedirektoratet). Startveiledning og doseringstiltak. Regelmessig kontroll og oppfølging.
B01AC	ASA og andre platehemmere	Blødning og terapifelt.	Startveiledning. ASA ikke > 75mg daglig.
N05BA N05CD N05DA	Benzodiazepiner og lignende sovemedikamenter (zopiklon og zolpidem)	Avhengighet, døsighet, ustøhet og fall. Forverret effekt av alkohol. Tretthetstap.	Psyko-sept, senetid og fysisk aktivitet. Velg lav dose av ett virkestoff med kort halveringstid i en begrenset periode. Melatonin kan prøves.
N02A	Opioider	Avhengighet, døsighet, ustøhet og fall. Tretthetstap ved oppstart og dosejustering. Obstruksjon.	Parasetamol 1g x 3 bør foretaks først. Bruk Veileder* i smertebehandling. Laksantia bør gis forebyggende.
C09A/ B01CD	ACE-hemmere og ARB (A2-blokkere)	Elektrolyttforstyrrelser: Hypotensjon, svimmelhet og fall. Nyreavst ved akutt dehydrering.	Startveiledning. Gradvis dosejustering ved hjerteavst. Informer om tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C03C	Styngeduretika (furosemid og bumetanid)	Elektrolyttforstyrrelser: Dehydrering. Hypotensjon, svimmelhet og fall.	Skafflig pasientveiledning med dosering eller symptom-er: Vekketaking, ødem og dyspné, samt tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C01AA05	Digoksin	AV-blokk og arytmier. Forgiftning: Kvalme, slapphet og forvirring.	Vurder behovet for digoksin. Doser etter nyrefunksjon og serumkonsentrasjon.
H02AB	Kortikosteroider - systemisk bruk	Bensjønhet, diabetes, hypertensjon. Aftoli av muskulatur og hud.	Osteoporoseprofylakse bør vurderes ved bruk av prednison ≥ 7,5mg x 1 i >3 måneder.

*Kapittel T20 i Norsk legemiddelbåndbok anbefales.

Legemidler som bør unngås til pasienter over 65 år:

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / bivirkninger	Alternativer / tiltak
N06AA	TCA (tricykliske antidepressiva)	Antikolinerge bivirkninger: Svimmelhet, kognisjon, tretthet, forvirring, urin, arytmier, blodprøyer, urinretensjon, munntørhet, senetid og ustøtt syn.	Velg annen behandling mot depresjon og smerte.
N05A	Antipsykotika (neuroleptika)	Antikolinerge bivirkninger: Parkinsonisme, tardive dyskinesier og dystoni. Forverret GI-fkt. Økt risiko for plutselig død.	Eventuelt haltpastol kortvarig ved delir. Ellers kun mot psykose i samråd med psykiater. Vurder behov for smertestillende og melittak ved urin hos demens.
N02BA/B/ D02D02E06	Anesthetika – 1. generasjon	Antikolinerge bivirkninger.	Velg 2. generasjon anestetika med sikkegi og urtika. Velg annen sovemedisin.
G04B D04-11	Antikolinerge midler mot overaktiv blære	Antikolinerge bivirkninger.	Urledning, blæretrening og bløtinnensubst: Vurder andre legemidler.

Juli 2014 ISBN 978-82-83251-10-7

Gjennomføring



Hva er viktig for deg?

Gjennomføring av legemiddelgjennomgang

- Behandlingsmål bør tilpasses pasientens tilstand, livssituasjon og **ønsker**.
- Indikasjon og effekt: Har pasienten fortsatt nytte av legemidlene?
- Kur eller tidsbegrenset behandling? Fastsett en sluttdato.
- **Nye legemidler:** Har pasienten ubehandlede sykdommer eller plager?
- Blodprøver og andre tester: Har svarene betydning for behandlingen?
- Dosering: Juster for nyre- og leverfunksjon, serumkonsentrasjon, alder og andre sykdommer.
- Bivirkninger: Spør pasienten. Sjekk kliniske tegn og blodprøvesvar.
- Funksjonssvikt: Tretthet, forvirring, svimmelhet, fall og ernæringssvikt kan skyldes legemidler.
- Interaksjonskontroll: Bruk funksjonen i EPJ eller www.interaksjoner.no
- Risikable og uhensiktsmessige legemidler: Sjekk tabellene på neste side.
- Dobbel bruk: Kontroller for samme eller lignende virkestoff.
- Pasientvennlig: Velg gjerne depottabletter, faste kombinasjoner, depotplaster, mikstur.
- Livssituasjon og egenomsorg: Kan pasienten håndtere egne legemidler?

3 gylne regler for LMG

TILTAK: Hvis mulig, gjør bare én endring av gangen og observer virkningen av den.

SEPONERING: Behold alle livsviktige legemidler, men vurder om forebyggende og symptomlindrende legemidler kan (prøve)seponeres eller gradvis trappes ned.

NYE LEGEMIDLER: Bruk nasjonale retningslinjer og veiledere. Sett en dato for evaluering. Avslutt behandlingen ved manglende effekt eller uakseptable bivirkninger.

Sjekklisten - nettversjon

<http://www.kunnskapssenteret.no/193994/sjekkliste-for-legemiddelgjennomgang>

Meny [English](#)

 kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten

Søk på kunnskapssenteret.no



Sjekkliste for legemiddelgjennomgang

[Forsiden](#) >

Publisert 04.03.2015 13.20

En grundig innføring i metoden finnes her: Helsedirektoratets [Veileder om legemiddelgjennomganger](#) (IS-1998) og [Norsk legemiddelhåndbok](#), kapittel G24.

[Begreper og metode](#) | [Forberedelser til legemiddelgjennomgang](#)

[Gjennomføring av legemiddelgjennomgang](#) | [Oppfølging etter legemiddelgjennomgang](#)

[Tabell: Noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger](#)

[Tabell: Legemidler som bør unngås til personer over 65 år](#)



Noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger:

ATC-kode	Legemiddel/gruppe	Risiko/bivirkninger	Alternativer/tiltak
M01A	NSAID og COXIB (cox-2 hemmere)	GI-blødning. Hjerte- og hjerneinfarkt. Forverret nyre- og hjertesvikt. Ødem. Hypertensjon. Astma.	Paracetamol 1g x 3 bør forsøkes først. NSAID bør kun brukes ved behov. Eventuelt tillegg av PPI. Ikke diklofenak eller COXIB ved hjerte- og karsykdom.
B01A A03	Warfarin	GI-blødning og hjerneblødning. Terapisvikt.	Startveiledning og doseringskort. Regelmessig kontroll av INR.

 FELLESKATALOGEN

Sjekkliste for legemiddelgjennomgang

Søketreff: M01A unntatt M01A X05

Utvalg ved Legemiddelverket.

- [Arcoxia](#) Farmagon tabl.
- [Arcoxia](#) MSD tabl.
- [Arthrotec](#) Pfizer tabl.
- [Brexidol](#) Takeda Nycomed tabl.
- [Brufen Retard](#) BGP Products depottabl.
- [Cataflam](#) Novartis tabl.
- [Celebra](#) Farmagon kaps.
- [Celebra](#) Pfizer kaps.
- [Celebrex](#) 2care4 kaps.
- [Diclofenac Bluefish](#) Bluefish enterotabl.
- [Diclofenac](#) ratiopharm enterotabl.
- [DiclofenacKalium](#) ratiopharm tabl.
- [Dicuno](#) Vitabalans tabl.
- [Dynastat](#) Pfizer pulv. til inj.
- [Ibumax](#) Vitabalans tabl.
- [Ibuprofen](#) Takeda Nycomed tabl.
- [Ibuprofen](#) ratiopharm tabl.
- [Ibux](#) Weifa kaps., tabl., mikst.
- [Kettese](#) Menarini tabl.
- [Meloxicam](#) Actavis tabl.
- [Meloxicam Bluefish](#) Bluefish tabl.
- [Migea](#) Sandoz tabl.
- [Modifenac](#) Actavis kaps.
- [Napren-E](#) Takeda Nycomed enterotabl.
- [Naproxen](#) Mylan tabl.
- [Naproxen-E](#) Mylan enterotabl.
- [Nurofen](#) Reckitt Benckiser mikst.
- [Orodek](#) Menarini tabl.
- [Orudis](#) sanofi-aventis depotkaps.
- [Piroxicam](#) Mylan tabl.
- [Proxan](#) Weifa tabl.
- [Relifex](#) Meda oppl. tabl., tabl.
- [Seractiv](#) Nordic Drugs tabl.
- [Toradol](#) 2care4 inj.
- [Toradol](#) Roche inj.
- [Vimovo](#) AstraZeneca tabl.
- [Voltaren](#) Novartis supp., enterotabl., inj.
- [Voltarol](#) Novartis kaps., tabl.

Legemidler

Preparater A-Z

Vaksiner

Preparater på godkjenningsfritak

Naturlegemidler

ATC-register

«Apotek»-preparater i ATC

Substansregister

Formelregister

Endringer i preparatsortiment

Legemidler på utenlandsreise

Rapportering av bivirkninger

Individuell refusjon

Varsler fra SLV

Napren-E Takeda Nycomed

Antiflogistikum.

ATC-nr.: M01A E02

● Står ikke på WADAs dopingliste

Indikasjoner | Dosering | Kontraindikasjoner | Forsiktighetsregler | Interaksjoner | Graviditet, amming og fertilitet | Bivirkninger | Overdosering / Forgiftning | Egenskaper | Andre opplysninger | Pakninger, priser og refusjon

ENTEROTABLETTER 250 mg, 375 mg og 500 mg: Hver enterotablett inneh.: Naproxen 250 mg, resp. 375 mg og 500 mg, laktose 18 mg, resp. 27 mg og 36 mg, hjelpestoffer. Magesaftresistent drasjering.

Indikasjoner: Revmatoid artritt, juvenil revmatoid artritt, artrose, Bekhterevs sykdom. Akutte anfall av urinsyregikt. Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet. Primær dysmenoré. Primær og spiralindusert menoragi.

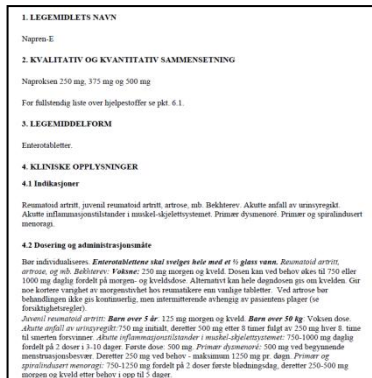
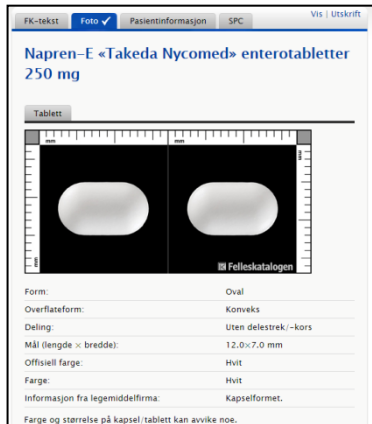
Dosering: Individuell.

Revmatoid artritt, artrose og mb. Bekhterev: Voksne: 250 mg morgen og kveld. Kan ved behov økes til 750 eller 1000 mg daglig fordelt på morgen- og kveldsdose. Hele døgndosen kan alternativt gis om kvelden. Ved artrose bør behandlingen ikke gis kontinuerlig, men intermitterende avhengig av pasientens plager (se Forsiktighetsregler).

Juvenil revmatoid artritt: Barn >5 år: 125 mg morgen og kveld. Barn >50 kg: Voksen dose.

Akutte anfall av urinsyregikt: 750 mg initialt, deretter 500 mg etter 8 timer fulgt av 250 mg hver 8. time til smerten forsvinner.

Akutte inflammasjonstilstander i muskel-skjelettsystemet: 750-1000 mg daglig fordelt på 2 doser i 3-10 dager. Første dose: 500 mg.





Bør ikke kombineres

Årsaken kan være en farmakodynamisk interaksjon som kan få dramatiske konsekvenser (uforutsigbar økning i blødningsrisiko, alvorlige hjertearytmier, benmargssuppresjon, kramper, serotonergt syndrom etc.). Årsaken kan også være en svært kraftig eller uforutsigbar farmakokinetisk interaksjon. Det kan enten dreie seg om kraftig en økt konsentrasjon (i regelen mer enn en femdobling) av det legemidlet som påvirkes med risiko for toksiske effekter, eller en betydelig nedsatt konsentrasjon (i regelen mer enn 80% reduksjon) av det legemidlet som påvirkes med tilhørende risiko for terapivikt.

Hvis legemidlet er essensielt (immunsuppresiva, warfarin, anti-HIV-midler, p-piller) kan konsekvensene av terapivikten være dramatisk (avstøtning av transplanterte organer, blodpropper, oppblussing av HIV-infeksjon, uønsket graviditet). Noen ganger er en nedsatt terapieffekt langt mindre dramatisk (fosfodiesterasehemmere som sildenafil, tadalafil og vardenafil ved impotens), men også i slike tilfeller er en reduksjon på mer enn 80 % i konsentrasjonen med tilhørende mangelfull effekt klassifisert i denne kategorien.

Til tross for at en legemiddelkombinasjon er klassifisert i denne gruppen kan det noen ganger være forsvarlig eller til og med ønskelig å kombinere legemidlene. Det må imidlertid kun gjøres etter en grundig risiko/nytte-bedømming på individuelt grunnlag.



Ta forholdsregler

Denne kategorien brukes hvis de farmakodynamiske interaksjonene er mindre dramatiske enn i kategorien over, eller hvis de farmakokinetiske interaksjonene fører til en økning i konsentrasjonen på mindre enn 5 ganger eller en reduksjon i konsentrasjonen på mindre enn 80 %.

Eksempler på forholdsregler som kan være aktuelle er:

- juster dosen på det legemidlet som påvirkes
- mål plasmakonsentrasjonen av det legemidlet som påvirkes og juster eventuelt dosen ut fra dette
- ta pasienten tilbake til klinisk kontroll
- be pasienten ta kontakt ved spesielle symptomer
- følg relevante laboratorieparametre (INR, S-Kreatinin, hematologiske parametre, EKG etc.)

Resultat av interaksjonsanalysen

For gjenkjente preparater vises substansnavn og ATC-kode. Preparater som ikke vedlikeholdes mtp. interaksjoner er markert med rødt. Her henvises det til relevant litteratur.

Tips: Klikk på ATC kodene under "Gjenkjente ord" for å se handelsnavn for preparater i gruppen.

Gjenkjente ord	Ciprallex => N06A B10 Escitalopram
	losartan => C09C A01 Losartan
	Marevan => B01A A03 Warfarin
	selo-zok => C07A B02 Metoprolol
	Seretide => R03A K06 Salmeterol and other drugs for obstructive airway diseases
	voltaren => M01A B05 Diclofenac
	Voltaren => M02A A15 Diclofenac
	Voltaren => S01B C03 Diclofenac

Liste over interaksjoner

	B01A A03 Warfarin - M01A B Acetic acid derivatives and related substances Økt blødningsrisiko gjennom kombinert hemming av blodplateaggrerering og koagulasjonsfaktorer. Studier indikerer at interaksjonen manifesterer seg hovedsaklig hos eldre pasienter	Løpenr = 6277 Søk i PubMed
	B01A A03 Warfarin - M01A B Acetic acid derivatives and related substances Økt blødningsstendens, for visse preparater også økt konsentrasjon av warfarin med økt INR	Løpenr = 4325 Søk i PubMed
	B01A A03 Warfarin - N06A B Selective serotonin reuptake inhibitors Økt blødningsrisiko pga nedsatt trombocytffunksjon.	Løpenr = 6067 Søk i PubMed
	B01A A03 Warfarin - N06A B10 Escitalopram Økt blødningsrisiko gjennom kombinert hemming av blodplateaggrerering og koagulasjonsfaktorer. Studier indikerer at interaksjonen manifesterer seg hovedsaklig hos eldre pasienter	Løpenr = 5661 Søk i PubMed
	C07 BETA BLOCKING AGENTS - M01A B Acetic acid derivatives and related substances Nedsatt blodtrykkssenkende effekt (sannsynligvis minst risiko med sulindak)	Løpenr = 1320 Søk i PubMed
	M01A B Acetic acid derivatives and related substances - C09C ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN Nedsatt antihypertensiv effekt (sannsynligvis minst risiko for sulindak), økt risiko for nyresvikt.	Løpenr = 4575 Søk i PubMed
	N06A B Selective serotonin reuptake inhibitors - M01A B Acetic acid derivatives and related substances Mulig økt risiko for gastrointestinal blødning	Løpenr = 7371 Søk i PubMed
	N06A B10 Escitalopram - C07A B02 Metoprolol Økt konsentrasjon av metoprolol (gjennomsnittlig 2 ganger i interaksjonsstudie). økt	Løpenr = 7096

App for legemiddelutregning

Legemiddelutregning

By Shortcut AS

Open iTunes to buy and download apps.

[View More By This Developer](#)



[View In iTunes](#)

Free

Category: Medical

Updated: 05 June 2013

Version: 1.0.1

Size: 4.9 MB

Languages: English, Bokmål, Norwegian

Developer: Shortcut AS

© Shortcut

Rated 4+

Requirements: Compatible with iPhone 3GS, iPhone 4, iPhone 4S, iPhone 5, iPod touch (3rd generation), iPod touch (4th generation), iPod touch (5th generation) and iPad. Requires iOS 5.0 or later. This app is optimized for iPhone 5.

Customer Ratings

We have not received enough ratings to display an average for the current version of this application.

**More iPhone Apps by
Shortcut AS**

Description

Helsebiblioteket og Statens legemiddelverk har i samarbeid utviklet en app for medikamentutregning.

Appen "Legemiddelutregning" er et praktisk verktøy og hjelpemiddel for helsepersonell. «Legemiddelutregning» tar

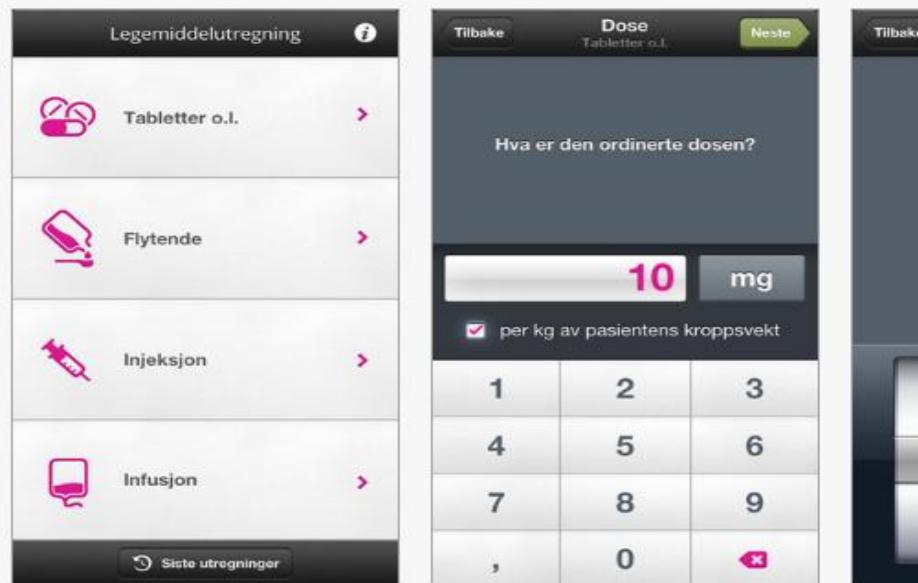
[Shortcut AS Web Site](#) [Legemiddelutregning Support](#)

[...More](#)

What's New in Version 1.0.1

■ Appens navn er endret

iPhone Screenshots



Tverrfaglig LMG – anbefales...!



Noen har skjønt det.....

Satser sikkert

- Helseregion blir kalt «et fyrtårn»

HELSE

Helse Midt ansetter flere farmasøyter som skal jobbe tett med legene og sjukepleierne på sengepostene.

Helse Midt-Norge har øremerket 20 millioner kroner til klinisk farmasi fra 2015-2019.

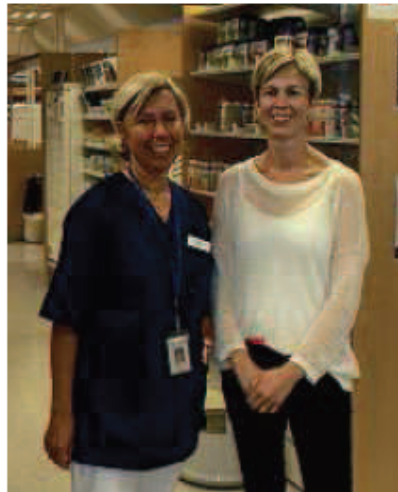
For pasientene betyr det at færre vil oppleve komplikasjoner i forbindelse med legemiddelbruk, siden legene og farmasøytene nå får bedre oversikt og kompetanse.

Det mener sjukehusapoteker Åse Østrem og forskning- og utviklingssjef, Anne Lise Sagen

FAKTA

- Helse Midt bevilger 20 millioner i langtidsbudsjettet til klinisk farmasi.
- Det skal ansettes 15 nye farmasøyter fra 2015 som skal samarbeide tett med legene i ulike avdelinger.
- Farmasøytene er spesialister på medisin og legemidler.
- Legen vil fortsatt ha ansvaret for bruk, men får veiledning og råd underveis.

KILDE: HELSE MIDT-NORGE



GLADE: Sjukehusapoteker Åse Østrem og FoU-sjef, Anne Lise Sagen Major.

Farmasøyter
er lønnsomt:
10* ganger
investeringen!

**BMJ Open 2013;*

3:e001563 doi:10.1136/bmjopen-2012-001563:

Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management Model (LIMM*) in elderly patients admitted to hospital

**LIMM:*

Legemiddelsamstemming + Legemiddelgjennomgang

Vestvågøy viser vei...

- Pasientsikkerhetskampanjen
- Videreføring av prosjektet
- **Kjøp av farmasøytjenester fra apotek**
- **Lønnsomt for kommunen**
- Artikkel i Apotekforeningens tidsskrift
- Presentert på Legemiddeldagen 2015
- Presentert for HOD 240915

Sammen om pasienten

– Jeg har jobbet 20 år i helse- og omsorgssektoren, og vet at noen tiltak har større effekt enn andre. Tverrfaglige team som gjennomgår pasientens legemiddelbruk fører til en bedre hverdag for pasienten, samtidig som det fører til besparelser for helsesektoren.

Ordene kommer fra Lars Pleymludvigsen, Kommunalsjef Omsorg i Vestvågøy kommune. Etter flere vellykkede prosjekter med tverrfaglige legemiddelgjennomganger i kommunen, har kommunalsjefen nå formalisert samarbeidet med det lokale apoteket.

Et eget fag

I 2013 ble kommunen og hjemmetjenesten spurt om å være med på et prosjekt i regi av pasientsikkerhetskampanjen, «Samstemming av legemiddelliste og riktigere legemiddelbruk i hjemmetjenesten». Lege, sykepleier og farmasøyt utgjorde det tverrfaglige teamet, og alle var fornøyde med gjennomføringen av legemiddelgjennomgangene i prosjektet. De ulike profesjonene så store fordeler for pasientene ved samarbeidet, og de synes at det var en inspirerende og lærerik måte å jobbe på. Men selv forskningsprosjekter med gode resultater er vanskelig å videreføre i praksis når prosjektmidlene tar slutt. Vestvågøy kommunen ønsket å fortsette det gode tverrfaglige samarbeidet.



Apoteker Håvard Horn (til venstre) synes at kommunen er lett å få i tale og åpen for dialog og innspill. Han har tatt initiativ overfor flere nøkkelpersoner i kommunen og invitert seg selv på møter med blant annet Lars Pleymludvigsen.

Legens erfaringer



Jeg har aldri vært så stolt som nå som sykehjemslege ved Nygård sykehjem.

I 30 år i sykehus opplevde jeg at vi gjorde samme feilene om og om igjen.

Min erfaring er at vi med innføring av *strukturerte legemiddelgjennomganger* lærer av våre feil, samarbeider godt i team, og pasientene våre får det bedre.

Bjørn Schreiner, 10.09.2012

Pasientens erfaringer

Hans Andersen: «Dere må fortsette dette viktige arbeidet!»

Han var 100% pleietrengende og flyttet hjem til kona etter legemiddelgjennomgang



SKIL

www.legeforeningen.no

www.skilnet.no

- Kurspakke i LMG
- Pilot med 114 fastleger
- Gode evalueringer
- Rask endring av praksis
- Modell for andre kvalitetsprosjekter
- Forskning
- Fremhevet av HOD
- *Kommuner betaler kursavgiften*



[Min startside](#) ► [Mine kurs](#) ► [SKIL modul 1](#)

Progresjon

Status: Ikke startet ennå

Alle kriteriene under er obligatoriske:

Påkrevde kriterier	Status
Aktiviteter fullført	0 av 2

[Flere detaljer](#)

Innstillinger

▼ Kursadministrasjon

 [Meld meg ut av SKIL modul 1](#)

► [Mine profilinnstillinger](#)

Din fremdrift 

SKILs emnekurs i legemiddelgjennomgang - modul 1



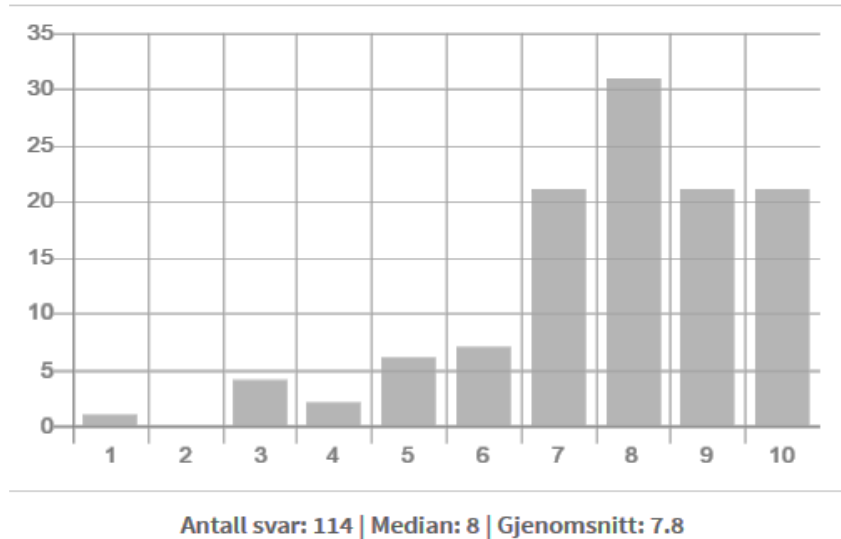
Denne e-læringsmodulen er en del av et større 15-timers emnekurs fra Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL). Emnekurset består av 3 e-læringsmoduler med påfølgende kollegagruppesamlinger. Du kan melde deg på hele emnekurset ved å gå på www.skilnet.no. Du kan ta denne modulen kostnadsfritt, og dersom du kun ønsker å få valgfrie poeng for kurset (1 poeng per modul) må du gi beskjed om dette til SKIL på kontakt@skilnet.no.



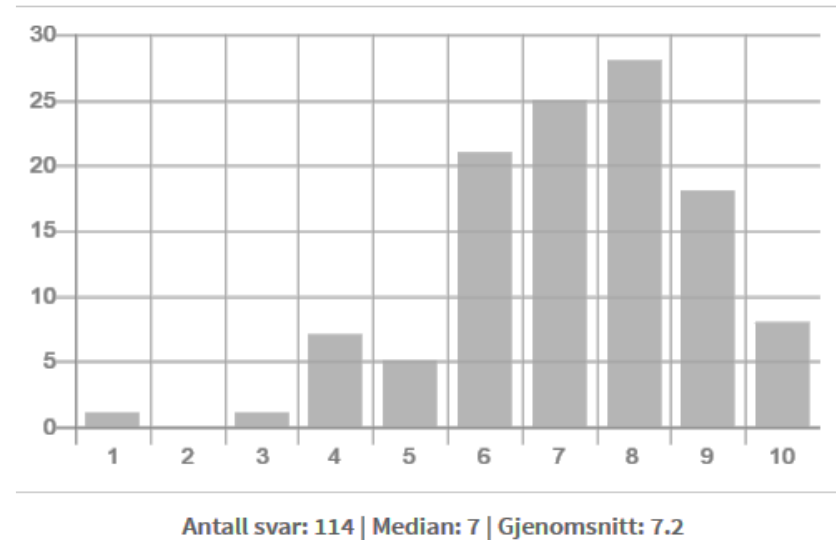
EVALUERING LEGEMIDDELGJENNOMGANG (n=114)

97% har opplevd positive endringer i praksis
91% ønsker å bruke indikatorer aktivt videre

Bedre oversikt over legemiddelbehandling



Bedre kvalitet på legemiddelbehandling



Å forskrive eller ikke forskrive?



Mesterhjerne eller autopilot?



Still en diagnose –
forskriv et legemiddel

Still en diagnose –
forskriv et legemiddel

Still en diagnose –
forskriv et legemiddel

Osv.

Å forskrive er (litt for?) lett...

Jeg har ikke sovet på 4 uker!
Min datter skal skilles, og jeg ligger
våken og bekymrer meg for
henne og barnebarna.

Du trenger å gjenvinne normal døgnrytme.
Du skal få resept på Zopiklon – et lett
innsovningsmiddel.



Å seponere er vanskelig (6 måneder senere)

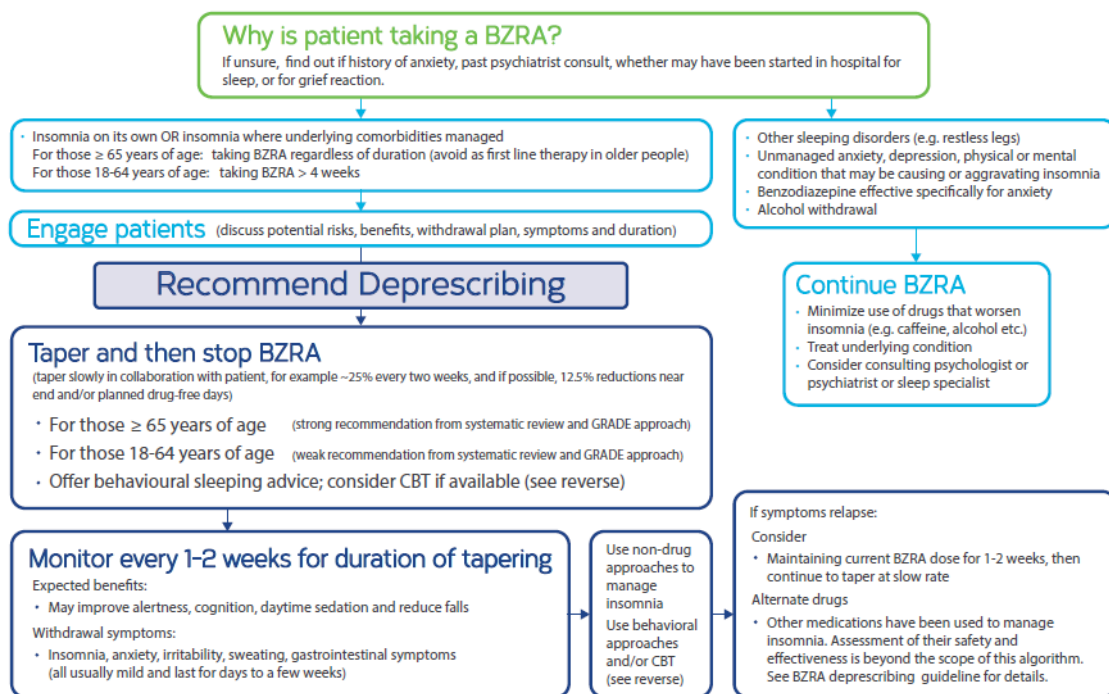
...og før jeg går, kunne jeg få en ny resept på 100 tabletter Zopiklon.

Ja, jeg skal sende inn en ny e-resept. Vi burde snakke sammen om at du kanskje bør trappe ned og slutte med Zopiklon - en gang jeg har litt bedre tid.



Veldig vanskelig!

Kunnskapsbasert seponeringsalgoritme for benzodiazepiner/Z-sovemedler



BZRA Availability

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Bromazepam (Lectopam®) ^T	1.5 mg, 3 mg, 6 mg
Chlordiazepoxide (Librax®) ^C	5 mg, 10 mg, 25 mg
Clonazepam (Rivotril®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Clorazepate (Tranxene®) ^C	3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg
Diazepam (Valium®) ^T	2 mg, 5 mg, 10 mg
Flurazepam (Dalmene®) ^C	15 mg, 30 mg
Lorazepam (Ativan®) ^{TS}	0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Nitrazepam (Mogadon®) ^T	5 mg, 10 mg
Oxazepam (Serax®) ^T	10 mg, 15 mg, 30 mg
Temazepam (Restoril®) ^C	15 mg, 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0.125 mg, 0.25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5mg, 75mg
Zolpidem (Sublinox®) ^S	5mg, 10mg

T = tablet, C = capsule, S = sublingual tablet

BZRA Side Effects

- BZRAs have been associated with:
 - physical dependence, falls, memory disorder, dementia, functional impairment, daytime sedation and motor vehicle accidents
- Risks increase in older persons

Engaging patients and caregivers

- Patients should understand:
- The rationale for deprescribing (associated risks of continued BZRA use, reduced long-term efficacy)
 - Withdrawal symptoms (insomnia, anxiety) may occur but are usually mild, transient and short-term (days to a few weeks)
 - They are part of the tapering plan, and can control tapering rate and duration

Tapering doses

- No published evidence exists to suggest switching to long-acting BZRAs reduces incidence of withdrawal symptoms or is more effective than tapering shorter-acting BZRAs
- If dosage forms do not allow 25% reduction, consider 50% reduction initially using drug-free days during latter part of tapering, or switch to lorazepam or oxazepam for final taper steps

Behavioural management

Primary care:

- Go to bed only when sleepy
- Do not use bed or bedroom for anything but sleep (or intimacy)
- If not asleep within about 20-30 min at the beginning of the night or after an awakening, exit the bedroom
- If not asleep within 20-30 min on returning to bed, repeat #3
- Use alarm to awaken at the same time every morning
- Do not nap
- Avoid caffeine after noon
- Avoid exercise, nicotine, alcohol, and big meals within 2 hrs of bedtime

Institutional care:

- Pull up curtains during the day to obtain bright light exposure
- Keep alarm noises to a minimum
- Increase daytime activity & discourage daytime sleeping
- Reduce number of naps (no more than 30 mins and no naps after 2 pm)
- Offer warm decaf drink, warm milk at night
- Restrict food, caffeine, smoking before bedtime
- Have the resident toilet before going to bed
- Encourage regular bedtime and rising times
- Avoid waking at night to provide direct care
- Offer backrub, gentle massage

Using CBT

What is cognitive behavioural therapy (CBT)?

- CBT includes 5-6 educational sessions about sleep/insomnia, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, relaxation training and support

Does it work?

- CBT has been shown in trials to improve sleep outcomes with sustained long-term benefits

Who can provide it?

- Clinical psychologists usually deliver CBT, however, others can be trained or can provide aspects of CBT education; self-help programs are available

How can providers and patients find out about it?

- Some resources can be found here: <http://sleepwellns.ca/>

Virker ikke legemiddelgjennomgang?



Hjemmetjenesten i Kristiansund gjorde legemiddelgjennomgang hos 15 brukere. Her er sykepleier Bente Rånes på besøk hos en bruker. (Foto: Kristiansund kommune).

Endret halvparten av medisinalistene

Av Cecilie Bakken Høstmark

Publisert 19/01/2017 09:14 Oppdatert 19/01/2017 14:16

I Kristiansund kommune førte legemiddelgjennomgang til 69 endringer i medisinalistene hos 15 brukere i hjemmetjenesten.

Råd til andre

Faksvåg gir følgende råd til andre som vil jobbe med riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten:

- Sett av tid, lag et system, involver pasientene, samstem legemiddellistene tidlig og sørg for godt samarbeid. Start i det små, sier hun.

Brukerne var veldig fornøyd med legemiddelgjennomgangen.

- Vi gjorde mange endringer. Men brukerne brukte i gjennomsnitt 12 legemidler før gjennomgangen, og 12 etter. Det var ikke noe mål i seg selv å redusere antall legemidler, målet var å sikre riktigere legemiddelbruk, sier Faksvåg.

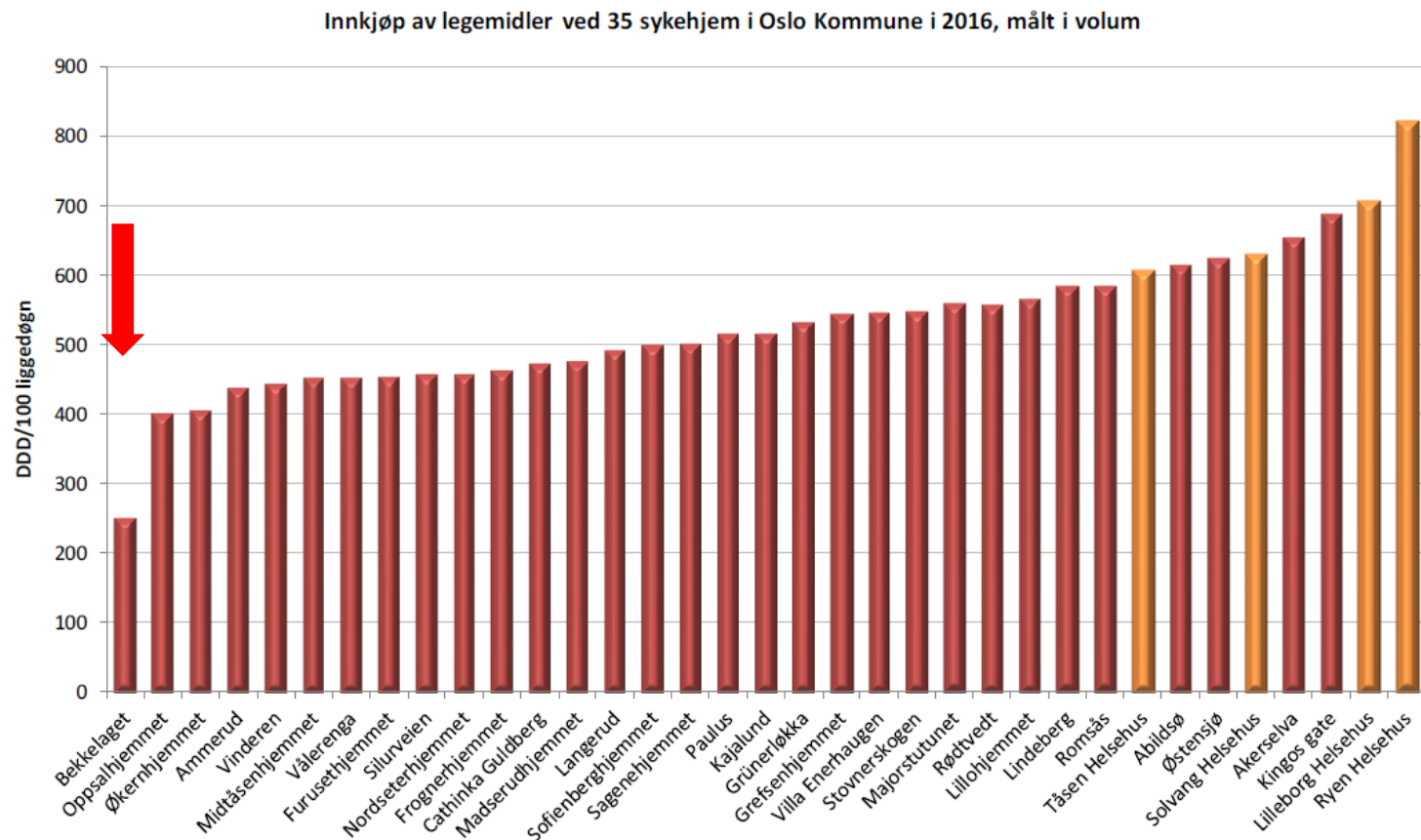
976 LMG i Oslo 2012-14

24 sykehjem(19 kommunale og 5 ikke-kommunale)

Tabell 1 Overordnede resultater for sykehjemmene

	2012				2014			
	Før LMG	Etter LMG	Endring	Endring%	Før LMG	Etter LMG	Endring	Endring%
Antall legemidler/pasient (gj.snt)	10,2	8,9	-1,32	-12,90 %	10,6	10,2	-0,4	-3,80 %
Antall faste legemidler/pasient (gj.snt)	7,2	6,5	-0,7	-9,70 %	7,6	7,5	-0,1	-1,30 %
Antall behovslegemidler/pasient (gj.snt)	3	2,4	-0,6	-20 %	3	2,7	-0,3	-3,90 %

Store forskjeller innen samme kommune



Noen våger å tenke nytt

DAGENS
Medisin

Nyheter

Debatt

DM Arena

DMTV

Om



FÆRRE MEDISINER: De to legemidlene som sykehjemslege Pernille Bruusgaard holder i høyre hånd, er de faste medisinene som pasienten nå bruker. Legemidlene hun holder i venstre hånd sammen med sykepleier Beneyam Assefa, er de pasienten gikk på tidligere. Alle foto: Ram Gupta

SYKEHJEMSMEDISIN

Bekkelagshjemmet: 2,8 faste medisiner
Landsgjennomsnitt: 7 – 7,5

Slik reduserte de medisinbruken på sykehjemmet

– Jeg mener vi nå har nok bevis for at titusener av sykehjemspasienter overmediseres hver eneste dag, sier sykehjemslege Pernille Bruusgaard.

Publisert: 2017-02-10 16.52

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

«Katastrofe»

Stephan Ore, sykehjemslege på Oppsalhjemmet Norlandia i Oslo, har lenge engasjert seg i medisinbruk hos eldre. Han sier det er viktig med fokus på dette:

– Det er en katastrofe at vi fortsetter å bruke legemidler på gamle som vi bruker på de yngre voksne. Her er det et viktig arbeid som er gjort. At Bruusgaard er så tydelig og klar gjør det lettere for kolleger som er mer usikre, slik at de ser hvor viktig det er å tenke nytt og annerledes. Vi er så foret opp på retningslinjer som sier noe om å starte på medisiner, men som ikke gir oss beslutningsstøtte før å avslutte medisiner før det går gæærnt.

Deprescribing - trygt og nyttig!



[Br J Clin Pharmacol](#). 2016 Sep; 82(3): 583–623.

PMCID: PMC5338123

Published online 2016 Jun 13. doi: [10.1111/bcp.12975](#)

The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis

[Amy T. Page](#),¹ [Rhonda M. Clifford](#),¹ [Kathleen Potter](#),¹ [Darren Schwartz](#),^{1, 3} and [Christopher D. Etherton-Beer](#)^{1, 2}

[Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ►

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

Abstract

[Go to:](#) ☒

Aims

Deprescribing is a suggested intervention to reverse the potential iatrogenic harms of inappropriate polypharmacy. The review aimed to determine whether or not deprescribing is a safe, effective and feasible intervention to modify mortality and health outcomes in older adults.

A total of 132 papers met the inclusion criteria, which included 34 143 participants aged 73.8 ± 5.4 years.

Conclusions

Although nonrandomized data suggested that deprescribing reduces mortality, *deprescribing was not shown to alter mortality in randomized studies*. Mortality was significantly reduced when applying patient-specific interventions to deprescribe in randomized studies.

Avmedisinering?

TIRSDAG 4. SEPTEMBER 2018



Årets
tidsskrift
2018

ARTIKLER

FAGOMRÅDER

UTGAVER

FORFATTERVEILEDNING

LEGEJOBBER

SØK Q

Deprescribing = avmedisinering

SPRÅKSPALTEN | ALLMENNEMEDISIN / GERIATRI / SAMFUNNSMEDISIN

Anne Gerd Granås, Marit Stordal Bakken, Sabine Ruths, Morten Finckenhagen
Om forfatterne

ARTIKKEL

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

Mange pasienter bruker legemidler som er skadelige eller uhensiktsmessige. Å avslutte slik medikamentbruk kalles på engelsk *deprescribing*. Vi foreslår at det kalles *avmedisinering* på norsk.

Publisert: 19. februar 2018

Utgave 4, 20. februar 2018

Tidsskr Nor Lægeforen 2018

doi: 10.4045/tidsskr.17.0845



PDF



SKRIV UT

Claes Lundgren – en pioner





↑ Generelle kapitler

G27 Avmedisinering

[Beslutningsstøtte](#)[Praktisk gjennomføring - Hvordan avmedisinere?](#)[Nødvendige legemidler](#)[Forebyggende legemidler](#)[Symptomlindrende legemidler](#)[Ulike seponeringsreaksjoner](#)[Organisering og utfordringer](#)[Oppsummering](#)[Legemidler som bør trappes ned før seponering](#)

⊕ Tabeller

[Arbeidsskjema for avmedisinering](#)[Kilder](#)

G27 Avmedisinering

Skånsom nedtrapping og seponering av legemidler

- *Publisert: 20.06.2018*
- *Sist endret: 18.07.2018*

Morten Finckenhagen, Renate Pettersen, Kirsten Viktil, Solveig Vist, Olav Spigset.

Avmedisinering eller «deprescribing» kan defineres som en prosess der helsepersonell planmessig trapper ned og seponerer uhensiktsmessige legemidler for å forebygge alvorlige bivirkninger og bedre pasientens helse og livskvalitet. I dette kapittelet beskrives noen enkle prinsipper og praktiske råd for avmedisinering.

Avmedisinering er særlig aktuelt hos eldre og pasienter som lider av flere kroniske sykdommer (multisyke), men kan være aktuelt å vurdere for pasienter i alle aldersgrupper. Forskning og klinisk erfaring med avmedisinering har vist god effekt på pasientenes helse og livskvalitet uten negativ påvirkning på dødelighet, komplikasjoner og sykehusinnleggelser.

Mange leger vegrer seg for å avslutte behandling med legemidler. Årsakene kan være frykt for forverring av pasientens tilstand, respekt for andre legers behandling, tidspress, uklare ansvarsforhold, at pasientens kliniske tilstand er stabil, uavklarte forventninger fra pasient eller pårørende, etiske dilemmaer og ikke minst mangelfullt kunnskapsgrunnlag og beslutningsstøtte for å avslutte behandling. For eksempel er praktiske seponeringsråd ikke en fast del av omtalen til det enkelte legemiddel i den fullstendige preparatomtalen (SPC) eller i Felleskatalogen.

Behandling av eldre og multisyke i henhold til nasjonale retningslinjer medfører ofte forskrivning av mange legemidler, noe som øker risikoen for bivirkninger og interaksjoner. Enkelte pasienter trenger mange legemidler for å overleve og opprettholde livskvalitet og verdighet. Derfor er ikke avmedisinering et mål i seg selv. Bruk av unødvendige og uhensiktsmessige legemidler omtales gjerne som polyfarmasi. Avmedisinering har som mål å forebygge nettopp dette.

Hvorfor er avmedisinering så vanskelig?

- Angst for Døden, Dagbladet og Helsetilsynet
- Respekt for andre legers vurderinger - spesialistenes kunnskap og status
- Retningslinjer og veiledere
- Tidspress og uklare ansvarsforhold – «Det er ikke mitt bord»
- Forventningskrise - press fra pasient, pårørende og samfunn
- Etisk dilemma – behandlingsnihilisme? kynisme?
- Pasient og prøvesvar er stabile – «If something works, don't fix it»
- Ingen retningslinjer for å håndtere eldre og multisyke pasienter
- Ingen enkel beslutningsstøtte for seponering/avmedisinering

Få seponeringsråd i Felleskatalogen / SPC

Vanskelig å finne for betablokkere
Lett å finne for SSRI



Symptomer sett ved seponering av paroksetin (spesielt brå): Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Svimmelhet, sanseforstyrrelser (inkl. parestesier og elektrisk sjokkfølelse), søvnforstyrrelser (inkl. intense drømmer), angst og hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Agitasjon, kvalme, tremor, forvirring, svetting, emosjonell ustabilitet, synsforstyrrelser, palpitasjoner, diaré og irritabilitet. Hos de fleste er disse reaksjonene milde til moderate og selvbegrensende, men kan være alvorlige og/eller av lengre varighet. Bivirkninger sett i kliniske studier med barn: Økt risiko for suicidal atferd (inkl. selvmordsforsøk og selvmordstanker), selvskading og økt fiendtlighet. Nedsatt appetitt, tremor, svette, hyperkinesi, agitasjon, følelsesmessig labilitet (inkl. gråt og humørsvingninger), blødningsrelaterte bivirkninger, hovedsakelig fra hud og slimhinner. Hendelser observert etter seponering/nedtrapping av paroksetin: Følelsesmessig labilitet (inkl. gråt, humørsvingninger, selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk), nervøsitet, svimmelhet, kvalme og abdominalsmerter.

Rapportering av bivirkninger

Statens legemiddelverk vi ta initiativ i EMA for krav om obligatoriske seponeringsråd for alle legemidler

Forsiktighetsregler

I.v. administrering av kalsiumantagonister av verapamiltypen skal ikke gis til pasienter som behandles med betablokkere. Bruk av betablokkere innebærer fare for å utløse eller forverre hjertesvikt. Ved hjertesvikt må myokardets kontraktilitet opprettholdes og svikten kompenseres. Pasienter med nedsatt kontraksjonskraft, særlig eldre, må undersøkes regelmessig mhp. utvikling av hjertesvikt. Betablokkere kan brukes med forsiktighet ved kompensert hjertesvikt. Betablokkere har negativ inotrop effekt, men påvirker ikke den positive inotrope effekten av digitalis. Ved hjertebløkk grad I må betablokkere brukes med forsiktighet pga. den negative effekten på overledningstid. Dosejustering må finne sted ved symptomgivende bradykardi. Hos pasienter med Prinzmetals angina kan betablokkerbetinget demaskering av alfamediert koronar vasokonstriksjon føre til økt antall og hyppighet av anfall. Metoprolol kan, som β_1 -selektiv blokker, brukes hos slike pasienter, men med størst mulig forsiktighet da β_1 -selektiviteten ikke er absolutt. Kan brukes med forsiktighet ved obstruktiv lungesykdom. Økt luftveismotstand hos astmatikere kan ikke utelukkes. Hos pasienter som bruker β_2 -agonister kan dosejustering være nødvendig. Ved økt luftveismotstand bør betablokkeren seponeres. Bronkospasme kan vanligvis reverseres med en β_2 -agonist (f.eks. terbutalin). Forsiktighet må utvises ved ukontrollert eller vanskelig innstillbar diabetes mellitus, da betablokkere kan maskere tegn på hypoglykemi (takykardi og tremor). Kan maskere tegn på tyreotoksikose, men tyreoidaeafunksjonsprøver endres ikke. Hos betablokkerte pasienter med anafylaktisk reaksjon på ulike allergener, kan den anafylaktiske reaksjonen forsterkes. Adrenalin i vanlige doser vil i slike tilfeller ikke alltid gi den ventede effekt. Kan forverre arteriell insuffisiens, psoriasis og myasthenia gravis. Ved bruk av metoprolol til pasient med kjent feokromocytom, bør alfablokker gis samtidig. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose. Forsiktighet må utvises ved generell anestesi. Før operasjon bør anestesilegen informeres om at pasienten står på metoprolol. Det anbefales å ikke seponere betablokker hos pasienter som skal opereres. Pasienter som gjennomgår ikke-kardiell kirurgi og som har risiko for kardiovaskulære hendelser bør ikke få en høy oppstartsdose metoprolol, da slik behandling har gitt bradykardi, hypotensjon og slag, inkl. dødsfall. Ved oral behandling bør brå seponering unngås. Dette gjelder spesielt høyrisikopasienter. Nødvendig seponering bør skje gradvis, hos de fleste i løpet av 14 dager. Dette kan gjøres ved gradvis dosenedtrapping til 12,5 mg 1 gang daglig (1/2 tablett à 25 mg). Sluttdosen bør gis minst 4 dager før avsluttet behandling. Om symptomer oppstår anbefales en mer langsom seponering.

Hva taler for avmedisinering?

- Dårlig etterlevelse eller autoseponert legemiddel
- Bruk av to identisk eller lignende virkestoffer
- Bedring eller helbredelse av sykdom/tilstand
- Terapisvikt eller skuffende effekt
- Kontraindikasjon – f. eks. allergi mot virkestoff, nedsatt nyrefunksjon
- Ukjent eller tvilsom indikasjon
- Tidsbegrenset indikasjon – f.eks. dobbelt platehemning etter PCI, PPI, HRT
- Alvorlige eller plagsomme bivirkninger
- Alvorlig eller uønsket interaksjon (virkestoff – virkestoff og virkestoff – sykdom)
- Uhensiktsmessig legemiddel i henhold til kriterier (eks. STOPP og NorGeP)
- Uegnet legemiddelform – f. eks. pga. svelgevansker
- Bedre egnet legemiddel tilgjengelig
- Svake dokumentasjon for nytte og risiko hos eldre
- Palliativ livsfase – legemidler som ikke er del av palliasjonen, bør seponeres

Vurder alternativer og tillegg til legemidler

Bruk ikke pille mot alt som er ille

- Kunnskapsbaserte, ikke-medikamentelle tiltak:
 - Fysisk aktivitet
 - Ernæringsråd
 - Søvnhygiene
 - Miljøtiltak (f. eks. musikkterapi for demente)
 - Psykoterapi
 - Stressmestring og Mindfulness (MBSR og MBCT)
 - Velferdsteknologi og ergoterapi

Tretrinnsraketten -



vår månelanding?



Avmedisinering

Legemiddelgjennomgang

Legemiddelsamstemming

Tretrinnsraketten må inn i grunnutdanningen!



Sjekk Facebook: Lege + farmasøyt = sant



TVERRFAGLIG SEMINAR: Legemiddelgjennomgang og avmedisinering - for 3. år på rad!

Målgruppen er medisins- og farmasistudenter (4. - 6. studieår), samt nyutdannede leger og farmasøyter.

Målet for dagen er at deltagerne skal kunne forstå begrepene legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang og avmedisinering, samt få praktisk erfaring med metodene gjennom tverrfaglig samarbeid, bruk av e-resept og anerkjente beslutningsstøtteverktøy.



Tusen takk for et fantastisk opplegg! Foredragsholderne var utrolig flinke og inspirerende, og jeg personlig har fått opp øynene (enda mer) når det gjelder interaksjonsfare **Fatima**, farmasi, UiO



Et av de beste kursene jeg har vært på! Jeg har bruk for det jeg lærte hver dag og føler meg tryggere på behandlingen jeg gir til mine pasienter. **Cecilie**, fersk fastlege

Det tilbys et høyaktuelt og praktisk rettet kurs med oppgaveløsning bygget på caser som er svært relevante for eksamen.

Foredragsholdere rett fra praksis - Kliniske farmasøyter og leger som jobber med dette til daglig.

Kursbeviset deles ut på slutten av dagen og vil gjøre seg godt på en CV!



Tid: Lørdag 20. oktober 2018 Kl. 10-15

Sted: Statens legemiddelverk – rett ved Helsfyr T-banestasjon

Påmelding til post@nfs.no innen 13. oktober

INGEN KURSAVGIFT – GRATIS LUNSJ!

Riktig legemiddelbruk – kort og godt!

Nå skjønner jeg hvorfor og hvordan jeg skal bruke medisinene mine og hvor trygg og nyttig medisinlisten er!

Endelig kan pasienter og pårørende føle seg trygge. Husker du kaoset vi levde med? Utrolig at myndighetene lot det skure og gå så lenge!

Delt ansvar



Felles forståelse

Samvalg - Shared decisionmaking