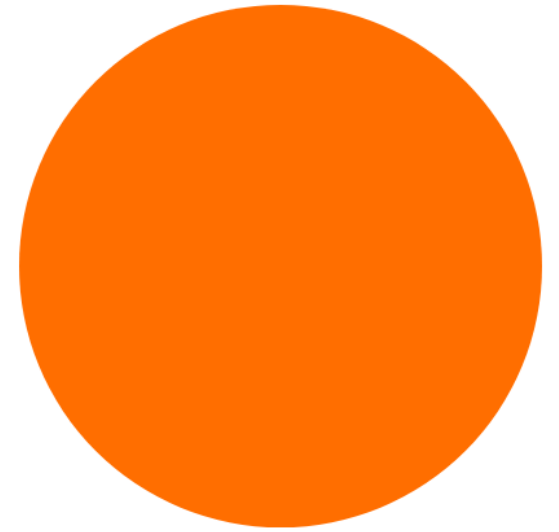
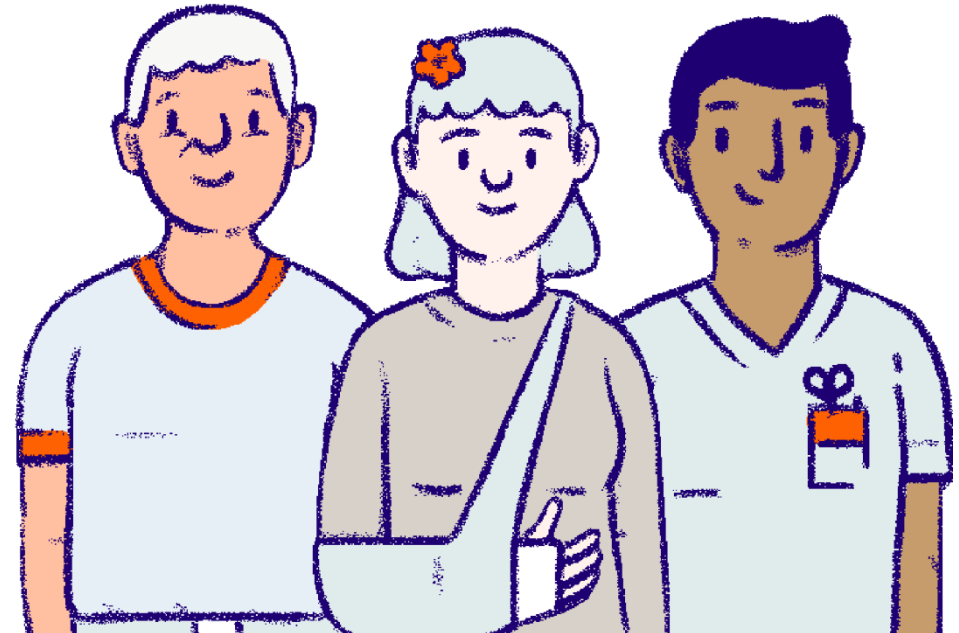


Pasientsikkerhets- konferansen 2024



**Nasjonal satsning på
riktig legemiddelbruk**



Omfang pasientskader grunnet legemiddelfeil fortsetter å øke



Legemiddelrelaterte skader er den **hyppigste typen av pasientskader** i norske sykehus. Forekom ved **2,4 % av sykehusopphold** i 2023

Ulike studier viser til at **5–20 % av innleggelser i medisinske avdelinger** er forårsaket av feil bruk av legemidler eller bivirkninger



Estimerte kostnader for sykehusene: **NOK 9,5 mrd**

Utbetalinger fra NPE grunnet feilmedisinering og manglende/forsinket medisinering som i perioden 2015-2019 utgjorde **MNOK 165,5**

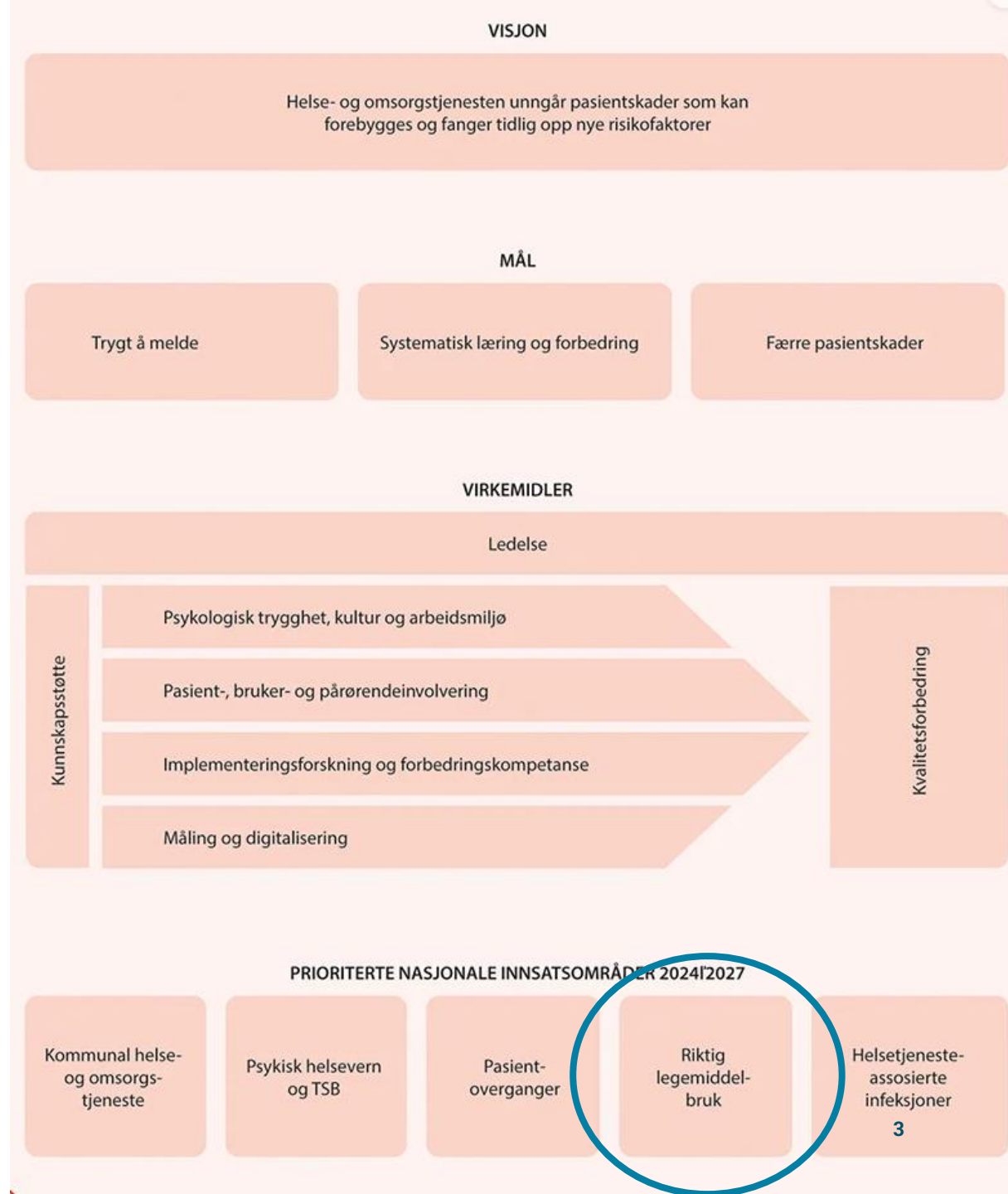


Konsekvenser for helse og livskvalitet hos pasienter og pårørende



Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet

- Regjeringen vil fremme systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet med utgangspunkt i det faglige rammeverket
- Rammeverket angir visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder og gir hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, forvaltningen og hos øvrige relevante aktører.
- Ved å ha et faglig rammeverk på nasjonalt nivå kan oppmerksomheten rettes mot oppfølging og implementering

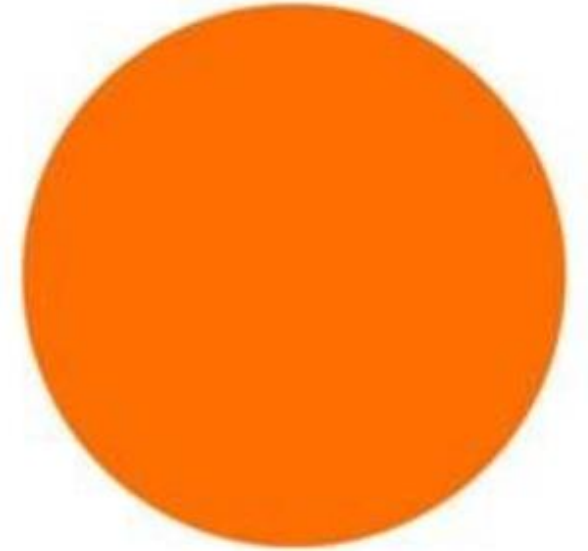


Agenda

- Nasjonal gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk (Helsedirektoratet)
- Legemiddelpoliklinikk (Haraldsplass diakonale sykehus)
- Nylansering av nettsiden trappned.no (SKIL)






Pasientsikkerhets- konferansen



Nasjonalt innsatsområde
riktig legemiddelbruk

Litt mer om legemiddelfeilene

Legemiddelfeil	Eksempler
 Forskrivning 50 %	<ul style="list-style-type: none">• Unødvendig/ uhensiktsmessig legemiddel• Manglende legemiddel• Feil dosering (for høy eller lav)• Uheldig kombinasjon av legemidler• Mangelfull/ uklar dokumentering av resept eller legemiddelkurve• Mangelfull informasjon gitt til pasient
 Dispensering 10 %	<ul style="list-style-type: none">• Feil registrering• Feil ekspedering som fører til feil legemiddel, dose eller adm.form• Feil klargjøring som fører til feil legemiddel, dose eller adm.form
 Administrering og oppfølging 40 %	<ul style="list-style-type: none">• Feil i utdeling (feil pasient, feil dose, manglende utdeling)• Mangelfull/ uklar dokumentering• Manglende oppfølging og monitorering av effekt og bivirkninger• Dårlig etterlevelse av pasient

Høringsnotat Pasienten legemiddelliste 2017



47 %

Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2023.

Oppdraget i innsatsområde riktig legemiddelbruk



Alle aktører har medansvar for å følge opp
Hdir skal **koordinere** en gjennomføringsplan med
status, mål og prioriterte tiltak



Pågående arbeid sees i lys av planen



Varighet 2024-2027(28)



Finansiering følger ikke med

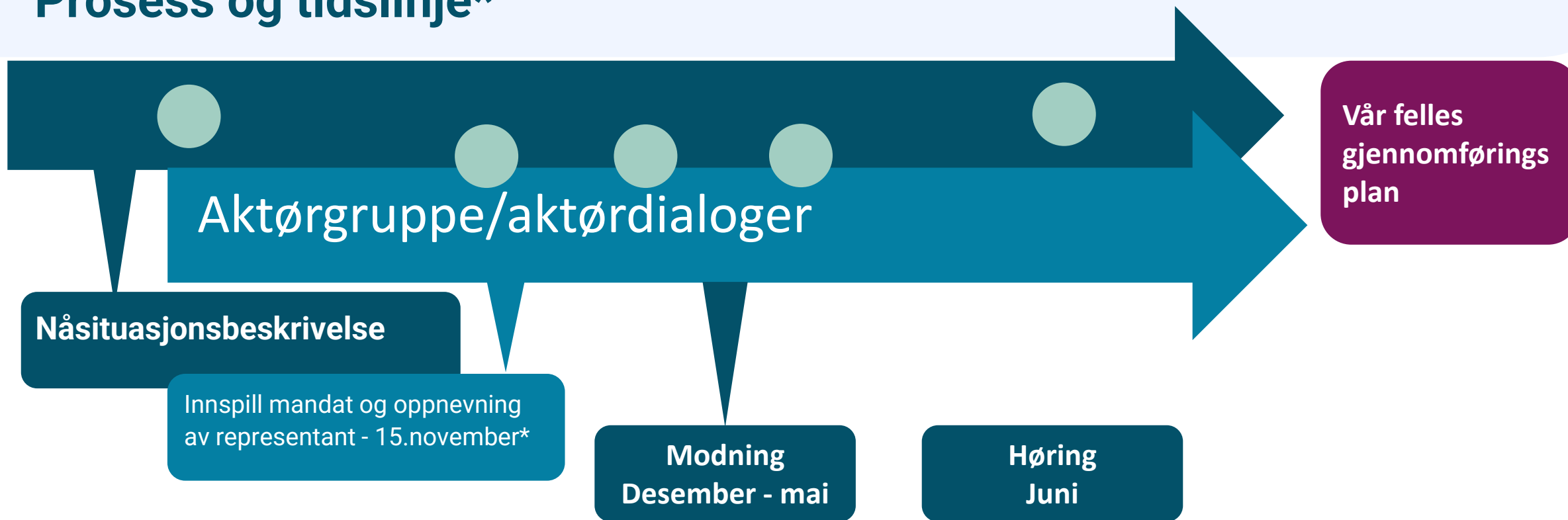




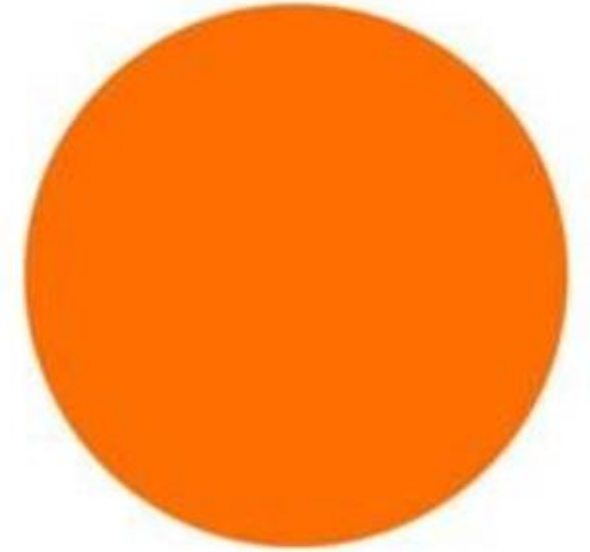
Hva ønsker vi?

- **Samle** aktørene med ansvar og oppgaver i oppfølgingen av innsatsområde riktig legemiddelbruk
- Starter med dagens status og prioriterte tiltak, opplevde utfordringer og behov
- Bruke som utgangspunkt for **samordning og målretting** der det er mulig og til **prioriteringer** fremover

Prosess og tidslinje*



Pasientsikkerhets- konferansen



Legemiddelpoliklinikk

Tverrfaglig legemiddelpoliklinikk

Marit Stordal Bakken,
geriater og indremedisiner,
Haraldsplass diakonale sykehus og
1.amanuensis, Universitetet i Bergen

Trude Cecilie Mellingsæter,
avdelingsleder og klinisk farmasøyt,
Avdeling for farmasøytiske tjenester,
Sjukehusapoteket i Bergen

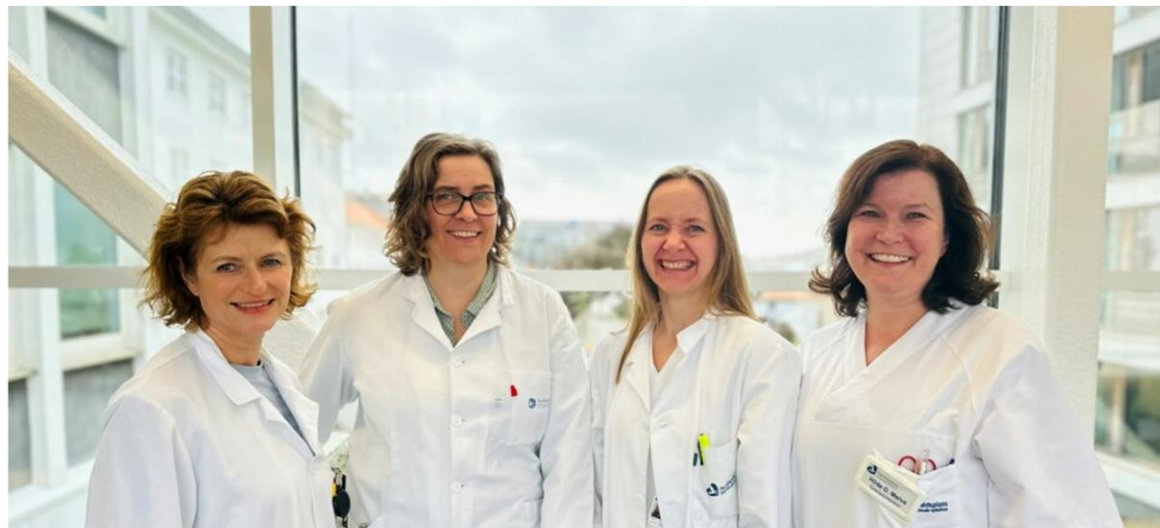
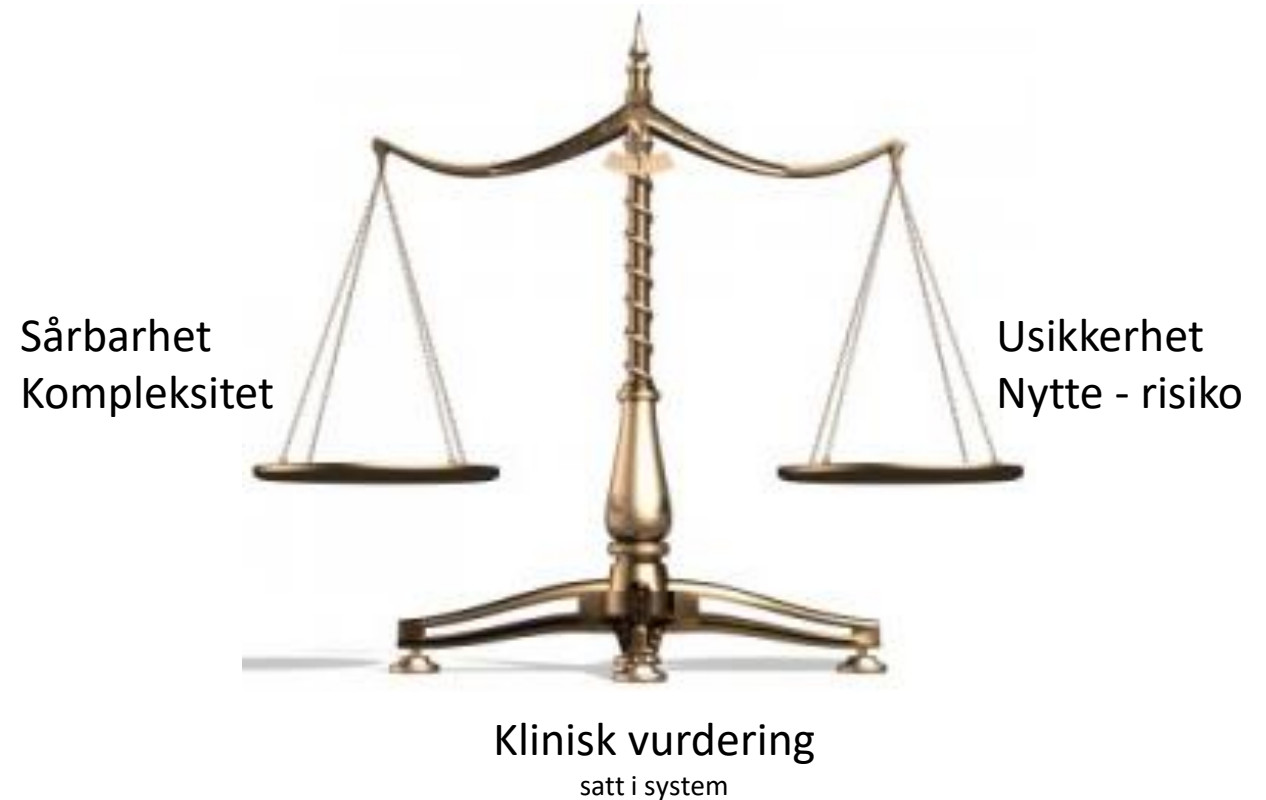


Foto: Frida Urheim, Haraldsplass diakonale sykehus

Hvorfor tverrfaglig legemiddelpoliklinikk for eldre?

- Polyfarmasi
- Legemiddelrelaterte problemer
- Sårbarhet (frailty)
 - Aldersforandringer
 - Sykdomsforandringer



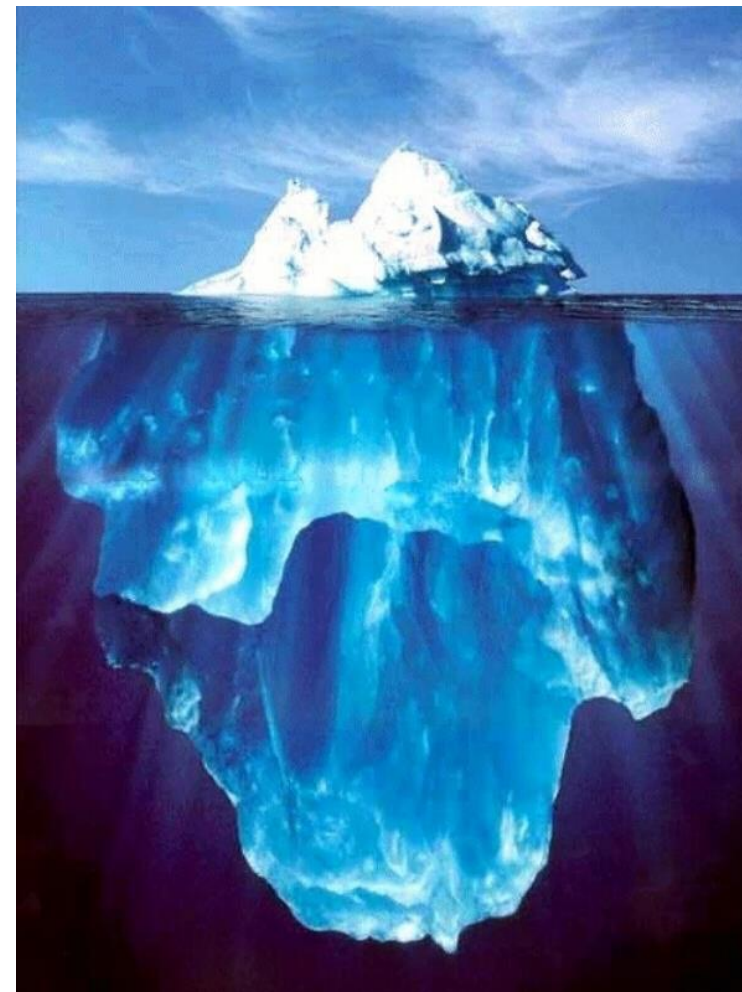
Polyfarmasi er vanlig – særlig blant eldre

- Økt risiko for
 - Legemiddelrelaterte problemer
 - Forskrivningskaskader
 - Innleggelse (og økt liggetid)
 - Død
- Som øker med antall
 - Legemidler
 - Forskrivere
 - Administrasjonsmåter – og tidspunkt



Hvor vanlig er legemiddelrelaterte innleggelser?

- Legemiddelrelaterte innleggelser (65+)
 - <1%
 - 5-10%
 - 10-20%
 - >25%
- => Daglig på post/vakt/poliklinikk
- Ca 50/50 hovedårsak/bidragster



Sårbarhet

- Aldersforandringer

Homeostase
Opptak
Distribusjon!
Eliminasjon!
Reseptor/enzym



- Sykdomsforandringer

Nyrefunksjon!
Lever
Multimorbiditet
Skrøpelighet

Endret (oftest økt) legemiddeleffekt
Endret presentasjon av bivirkninger
Endret presentasjon av symptomer

Retningslinjer

Retningslinjer for 5 kroniske sykdommer

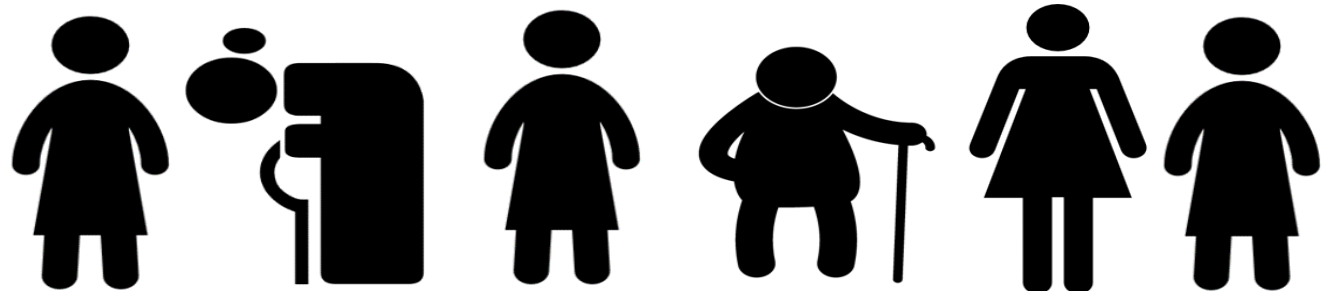
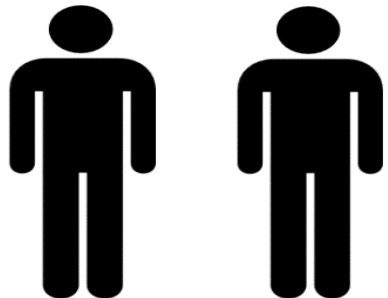
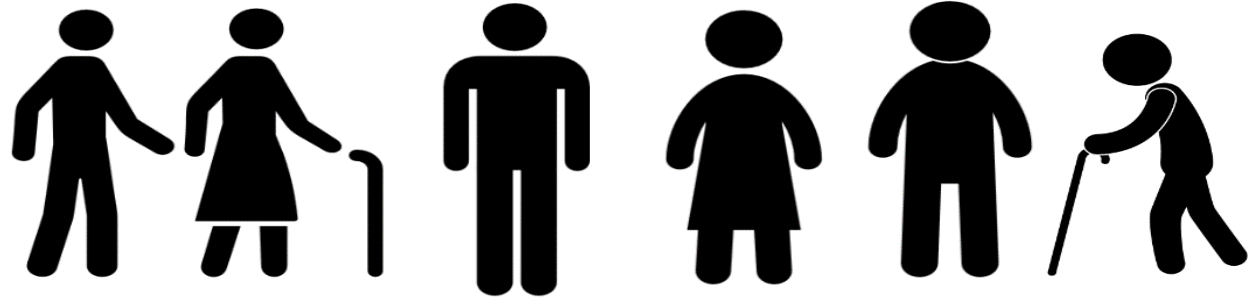
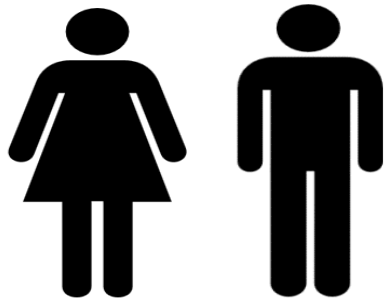
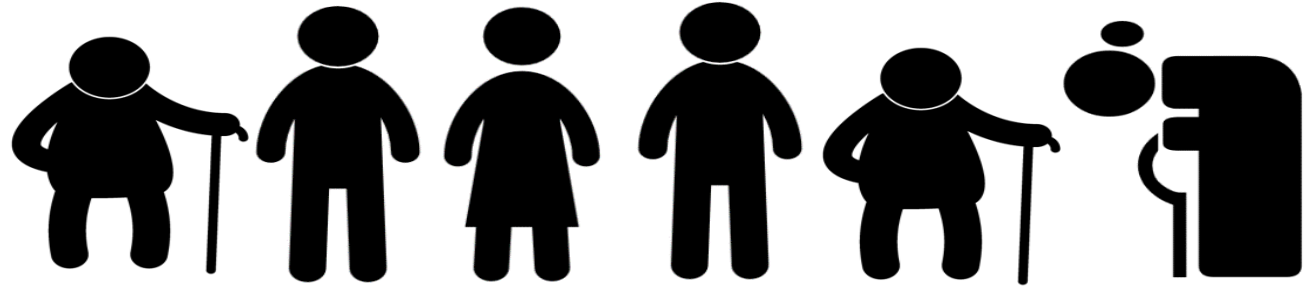
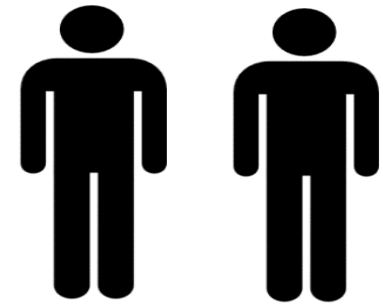
Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

- 12 legemidler



- Administrert ≥ 6 x/dag
- 14 ikke-farmakologiske tiltak

Studiedeltakere - og våre pasienter



Tilnærming til pasienten

Retningslinjer



Tilpasse



Symptomlindre og avmedisinere



Individuell tilnærming – skreddersøm

Retningslinjer



Tilpasse

Forebygging
Behandlingspause
Symptomlindring
Samtidig!

Prioritering
Preparatvalg
Dosering
Adminstrering

Symptomlindre og avmedisinere



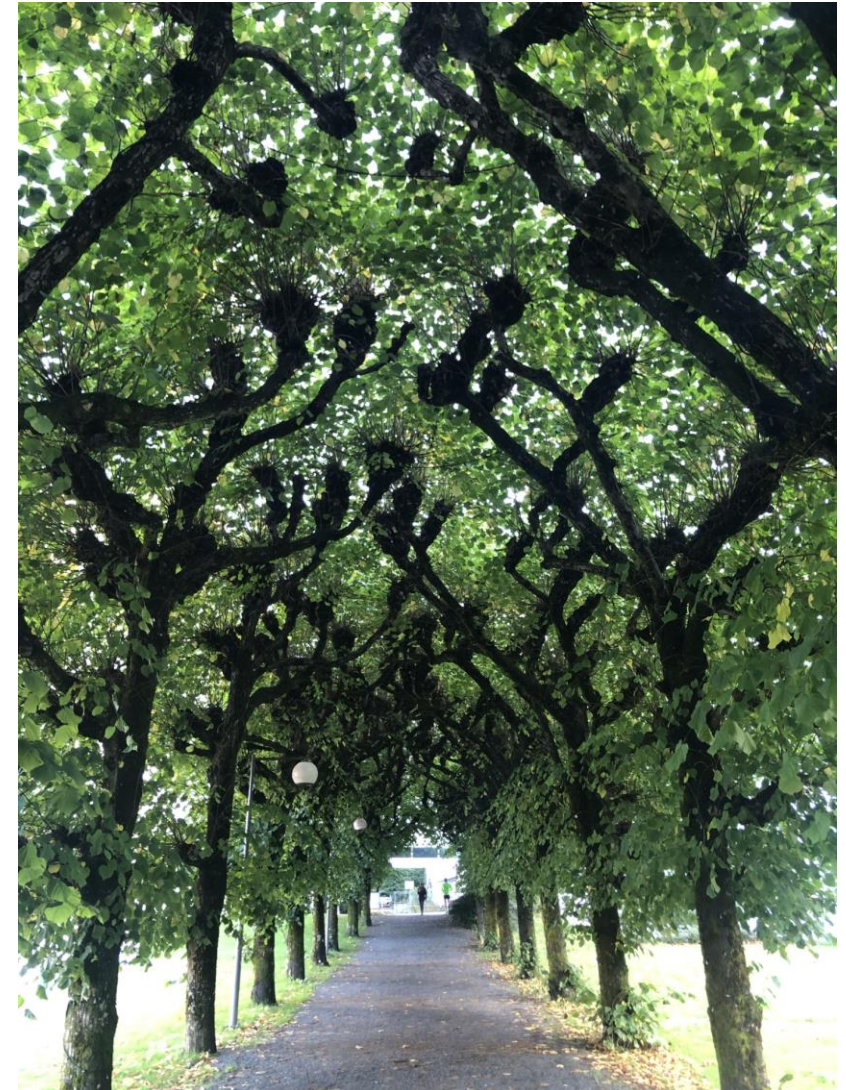
Kjennskap til pasientens legemiddelbruk

- Forutsetning for god klinisk vurdering
- God dialog og reelt samarbeid
- Ferskvare



Planlegging og pilotering

- Sikre forankring - alle nivå (gjentatt)
- Utarbeide arbeidsflyt:
 - Prosedyre, [Pasientinformasjon](#)
 - Henvisningskriterier og vurdering av henvisninger
- Sikre ressurser: Rom, sykepleier og merkantil ressurs
- Teste ut tidsbruk i pilot:
 - Tid i poliklinikken for pasient ca 2.5 timer
 - Sykepleier 30 min
 - Farmasøyt 30 (-45) min
 - Lege 30 (-45) min
 - Oppsummeringssamtale med pasient 15 min
- Gode tilbakemeldinger!



Hva gjør vi?

Sykepleier

Spørreskjema til pasient, høyde, vekt
EKG, orto-BT, kognitiv og fysisk testing

Farmasøyt

Legemiddelsamstemming
Start legemiddelgjennomgang

Lege

Journalgjennomgang - helhetsvurdering
Legemiddelgjennomgang

Fellesmøte med pasient

Hvordan henwise?

Henvisningsgrunn

Konkret legemiddelrelatert problemstilling

Sykehistorie

Relevant tidligere og aktuelle sykdommer

Legemiddelliste

Oppdatert, fullstendig, fast og behov

Lab

Alle: kreatinin, Na, K, Hb med hematologi,
folat, B12, tilfeldig glukose, TSH, fritt kalsium.
Andre på indikasjon

Tilleggsopplysninger

F.eks CYP-status, legemiddelanalyser mm

Primærkonsultasjon – koding

Medisinske koder

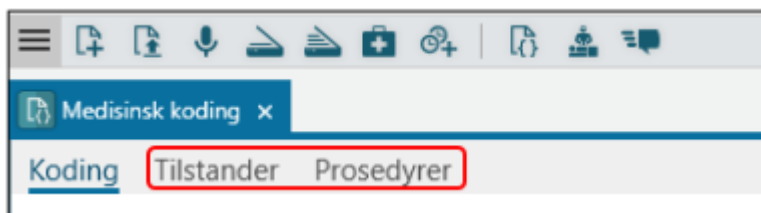
Kodes av lege

- Hovedtilstand, eventuelt andre tilstander
- Eksempel: Bivirkning av legemiddel + mest presise ATC-kode
 - Y4n Terapeutiske legemidler i terapeutiske doser som årsak til bivirkning/annen uønsket virkning
- Eventuell symptomkode
 - R29.6 Falltendens ikke klassifisert annet sted

Prosedyre koder

Kan kodes av merkantil

- WBGX00 Legemiddelgjennomgang
- WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand
- IAAJ00 Strukturert kartlegging/utredning kognitive funksjoner
- OAAJ00 Kartlegging/utredning av grovmotorikk og mobilitet
- FYFX10 Ortostatisk blodtrykksmåling



Andre på indikasjon – kodes av den som gjør det

Oppfølging

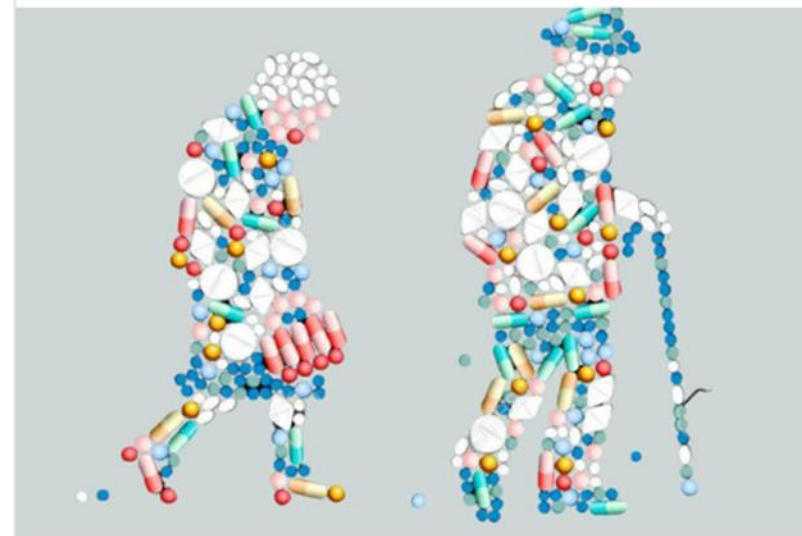
Samarbeidsmøter telefon/video

- Fastlege
- Klinisk farmasøyt
- Geriater

Telefon/video-konsultasjon med pasient

- Også aktuelt som primærkonsultasjon

Petter Thornam Trude Mellingsæter Marit Stordal Bakken
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
Sjukehusapoteka Vest HF
Sjukehusapoteket i Bergen



Haraldsplass åpner legemiddelpoliklinikk med farmasøyt - Farmatid
farmatid.no • 2 min. lesetid

Skreddersyr legemiddellister

Haraldsplass tester ut et nytt tilbud til pasienter med mistenkte legemiddelrelaterte problemer. Fastleger kan nå henvise pasienter til en tverrfaglig vurdering ved legemiddelpoliklinikken (geriatrik poliklinikk). – På Haraldsplass ønsker vi å prioritere pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, sier fagdirektør Petter Thornam.



Takk:

For invitasjonen til å holde dette innlegget!

Haraldsplass diakonale sykehus ved fagdirektør
Petter Thornam for støtte til oppstart og
gjennomføring

Alle de andre som har bidratt ved HDS og i
Sjukehusapoteka Vest

Til diskusjon

- Hvordan sikre gode legemiddelvurderinger i sykehus?
- Forskriftsfeste legemiddelgjennomgang også i sykehus?
- Tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid?
- Andre tiltak?

Noen bakgrunnskilder

- [Hospitalisations caused by adverse drug reactions \(ADR\)](#) (Beijer 2002)
- [Adverse drug reactions as cause of admission to hospital](#) (Pirmohamed 2004)
- [Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria](#) (Dalleur 2012)
- [Screeningverktøy forebygger ikke alle legemiddelbivirkninger](#) (Wang-Hansen 2019)
- [Drug-related deaths in a department of internal medicine](#) (Ebbesen 2001)
- [Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer](#) (Ruths 2007)
- [Hver 5. innleggelse i Akuttmottaket kan knyttes til legemiddelbruk](#) (Damlien 2022)

Nasjonale faglige råd for LMS og LMG i sykehus

Legemiddelsamstemming

- Bør gjøres så snart som mulig etter innleggelse og senest innen 24 timer
- Kan være nødvendig ved poliklinisk dagbehandling
- Ved ordinære polikliniske konsultasjoner bør lege gjøre oppslag i Kjernejournal, Rp-formidler eller Pasientens legemiddelliste (PLL) for oversikt over pasientens legemiddelbruk:
 - viktig for å vurdere om sympt. kan skyldes bivirkninger eller andre legemiddelrelaterte problemer
 - ved endring i pasientens legemiddelbehandling skal lege alltid ta stilling til pasientens legemidler for å forebygge legemiddelrelaterte problemer

Legemiddelgjennomgang

- Legemiddelgjennomgang er **ikke forskriftsfestet** i sykehus, men **bør gjøres ut fra en medisinsk faglig vurdering og ved mistanke om legemiddelrelaterte problemer**
- Det er særlig aktuelt å gjennomføre legemiddelgjennomgang i sykehus ved
 - kompliserte legemiddelbehandlinger og legemiddelbehandling som krever tett oppfølging
 - akutt funksjonssvikt eller fallskader hos eldre
 - multisykdom og skrøpelighet
 - utredning av uavklarte kliniske tilstander

Medikamentvurderinger – melding om bivirkning

- **Spontanrapportering viktig kilde til økt kunnskap om eldre og legemidler**
- Legemiddelovervåkning

Hvordan

- [Bivirkninger – RELIS](#)
- [Melde.no](#) (helsepersonell/ansatte)
- [Helsenorge.no](#) (pasient/pårørende)



- Journalsystemer, for eksempel BL Arena melding om bivirkning

Meldeplikt ved mistanke om bivirkning

Bivirkninger skal meldes ved mistanke om at bruk av ett/flere legemidler har gitt:

- dødelige eller livstruende bivirkninger,
- bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger, eller
- uventede eller nye bivirkninger (ikke omtalt i preparatomtalen)

Bivirkninger klassifiseres som alvorlige når hendelsen har:

- Medført livstruende sykdom eller død
- Medført sykehusopphold eller forlenget sykehusopphold
- Gitt vedvarende betydelig nedsatt funksjonsevne/funksjonskapasitet

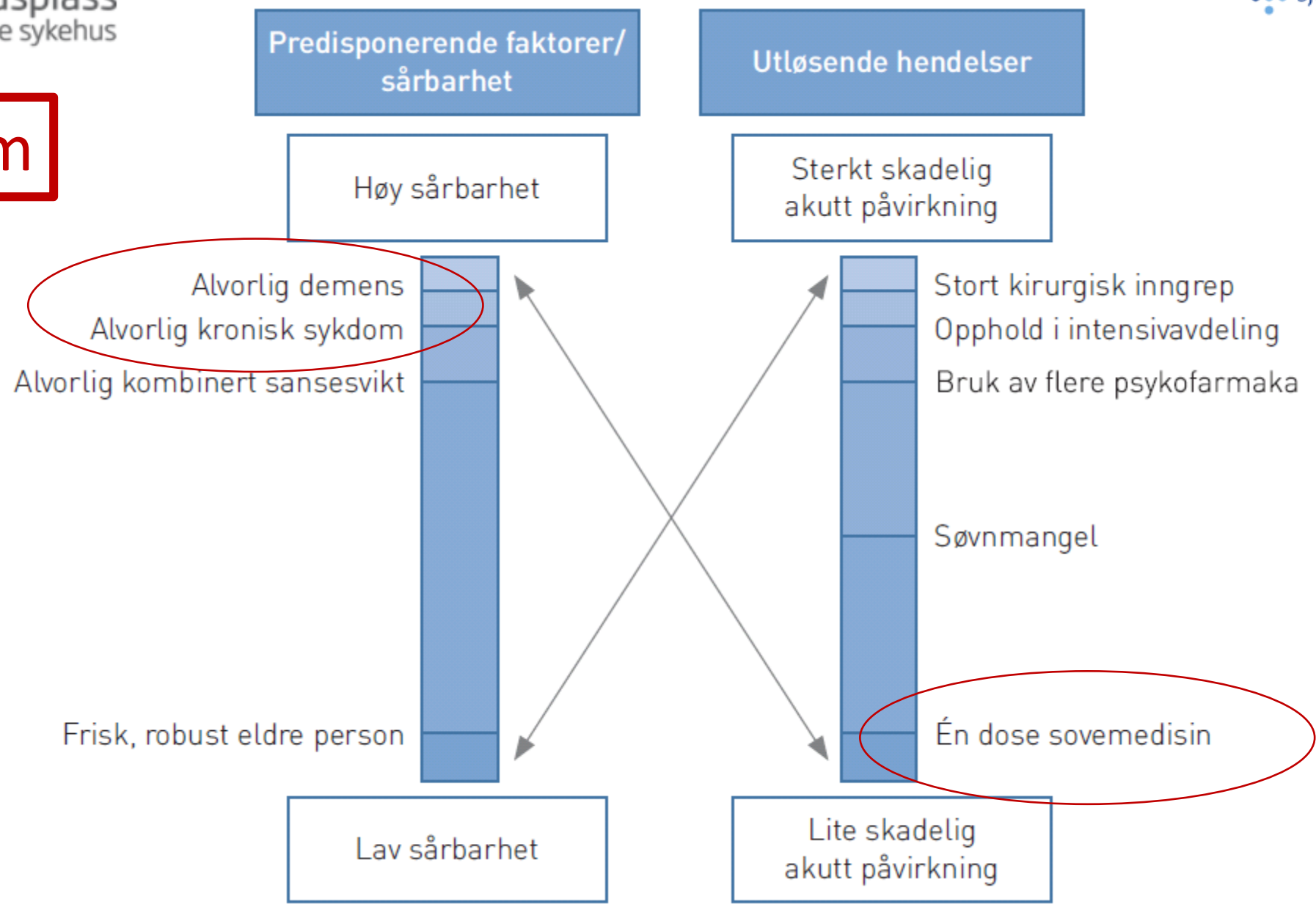
Det er også ønskelig at helsepersonell melder bivirkninger av legemidler merket med svart trekant, samt bivirkninger som har ført til sykehusinnleggelse.

Bivirkninger meldes ved mistanke. Det er tilstrekkelig at den som melder mener det kan være sammenheng med bruk av et eller flere legemidler. Det er ikke krav om at en slik sammenheng er bevist.

Overvåkingslisten

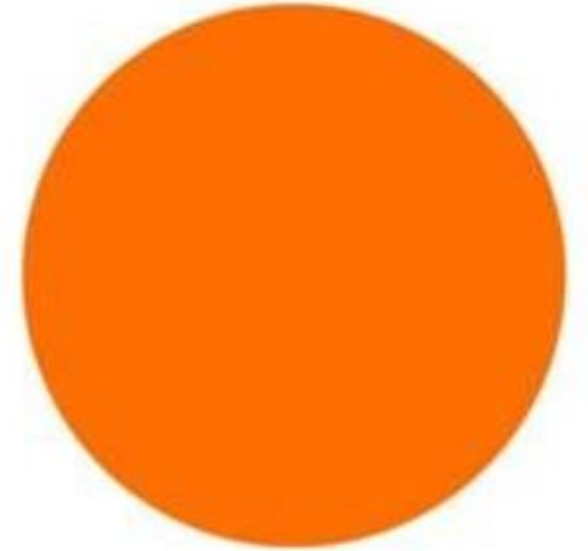
- Svart trekant = legemiddel under særlig overvåkning
<https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/legemiddelovervaking/svart-trekant-hva-betyr-det>

Delirium



Neerland, Watne, Wyller. Tidsskr Nor Legeforen 2013

Pasientsikkerhets- konferansen



Nylansering trappned.no

Trappned.no

Et digitalt verktøy for hjelp til nedtrapping av vanedannende legemidler

Ingvild Vatten, ingvild@skilnet.no

Fastlege, spesialist i allmenntmedisin, PhD

Fagsjef i Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)

Pasientsikkerhetskonferansen

21.November 2024


Møt Gøril

Den vanskelige pasienten?

Trapp ned

SKIL

Q SØK ≡ MENY



FAGARTIKKEL

De vanskelige pasientene?

Der leger er samlet og temaet «vanskelige pasienter» kommer opp, vil ofte utfordringene omkring forskrivning av vanedannende medisiner komme raskt på bordet. Dette reflekterer det som er selvsagt, men som likevel kan legges til grunn som en bevisstgjøring: Forhold rundt forskrivning av vanedannende medisiner oppleves vanskelig fordi det er vanskelig. Så, hva består egentlig vanskelighetene i?

«Vi snakker altså balansekunst. At problemstillinger er sammensatte, burde ikke skremme allmennleger.»



Harald Sundby

Spesialist i allmennmedisin, Fastlege på Midsund i Molde kommune. Leder av NFAs faggruppe for klinisk kommunikasjon.

Trappned.no lanseres i 2025

- Ny kalkulator for nedtrapping
- Nedtrappingsplan rett inn i journalen
- Guide til forebygging og nedtrapping
- Fagartikler fra eksperter
- Verktøykasse for legene



FAGARTIKKEL

Historien bak Trappned.no

Dette er en pussig historie som sikkert ligner mange andre; om hvordan en idé blir til, slummer i mange år og så plutselig ved tilfældigheter får vind i seilene.

Avdeling for Rusmedisin har siden starten i 2009 tatt imot pasienter til avgiftning fra vanedannende legemidler, både poliklinisk og i døgnavdelinger. Det har hele tiden vært diskusjon om hvordan dette bør gjøres – alt fra brå separering til langvarig, forsiktig nedtrapping. Nedtrapping foregikk på ulike måter, uten noen systematisk tilnærming. I 2013 begynte undertegnede og overlege Steinar Fosse å diskutere hvordan vi kunne få til en nedtrappingskalkulator som sikret en mest mulig jevn reduksjon av serumkonsentrasjon.

Fast prosentvis reduksjon

Vi kom frem til at dette best ble sikret gjennom en fast prosentvis reduksjon fra trinn til trinn, noe som innebar en raskere reduksjon i antall mg i starten av nedtrappingen enn mot slutten. Dette stemte godt med våre kliniske erfaringer. Vi fant ingen kalkulatorer på internett som kunne brukes. Steinar kan blant mye annet lage avanserte regneark (han er for øvrig mannen bak InfoDoc), og satte opp formler i Excel som regnet ut medikamentdose ut fra hvor bratt nedtrappingskurven skulle være. Dette fungerte etter hensikten, men hadde for det første et svært vanskelig tilgjengelig grensesnitt, dessuten var det vanskelig å beskytte formulene mot utilsikket endring.



Svein Skjøtskift

Legs, spesialist i psykiatri, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Overlege ved Avd. for rusmedisin, Haukeland universitetssjukehus. Har arbeidet med legemiddelavhengighet som spesialfelt siden 1990. Bosatt i Bergen.

«I pausen mellom to forelesninger kom en student frem og sa at han gjerne kunne forsøke å lage en nettside av kalkulatoren»

En dag i 2014 presenterte jeg kalkulatoren for en gruppe medisinerstudenter på Haukeland Sykehus, i forbindelse med undervisning om avhengighet av reseptbelagte medikamenter. I pausen mellom to forelesninger kom en student frem og sa at han gjerne kunne forsøke å lage en nettside av kalkulatoren, noe som ville løse de to hovedproblemene nevnt over. Dette var Johannes Vederhus, som siden har hatt hovedansvar for utviklingen av nettstedet trappned.no. Det er også han som laget faviconet. I 2019 fikk vi kontakt med Kjell Arne Helgebostad, som den gang var fastlege på Rest og laget en liten gruppe som samarbeidet om utforming og innhold. Året etter ble det etablert kontakt med en gruppe i SKIL med Nicolas Øyane i spissen og det ble etter hvert laget et nettkurs i nedtrapping av vanedannende legemidler, med trappned.no som et viktig redskap. I 2024 ble Felleskatalogen samarbeidspartner og det kom på plass finansiering av videre utvikling.

Trappned.no er nå et nettsted som både omfatter en avansert versjon av den opprinnelige kalkulatoren, ekvipotenskalkulatorer for benzodiazepiner og opioider samt informasjon til pasienter og behandlere om legemiddelavhengighet og nedtrapping. Vi håper at nettstedet vil kunne være til nytte i årene fremover.

> [Del artikkelen per epost](#)

Historien bak Trappned.no

Svein Skjøtskift

Trapp ned


SKIL

SØK MENY

Trapp ned fra SKIL

En digitalt verktøy for nedtrapping av vanedannende legemidler

[Gå til nedtrappingskalkulator](#)



Trapp ned

SKIL

MENY

Trapp ned fra SKIL

En digitalt verktøy for nedtrapping av vanedannende legemidler

[Gå til nedtrappingskalkulator](#)



Legens guide til nedtrapping

Innholdet i veilederen nedenfor baserer seg på Helsedirektoratets nasjonale veileder for bruk av vanedannende legemidler

Steg 1 | Forebygging

Vanedannende legemidler skal hovedsakelig brukes kortvarig. Mye kan gjøres for å redusere feil eller problematisk medisinbruk, og sjansen for at pasienten utvikler avhengighet. Leger bør ha kunnskap om hvordan smerte, søvnproblemer, angst og andre plager kan behandles uten bruk av vanedannende legemidler. Det er aldri for sent å gå over følgende sjekkliste, selv om man er i et nedtrappingsforløp.

[Gå til nedtrappingskalkulator](#)

SJEKKLISTE

- ✓ Kartlegge medisinsk årsak/indikasjon
- ✓ Tett oppfølging
- ✓ Forskriv små pakninger, minste effektive dose
- ✓ Forsøke ikke-medikamentell behandling (for eks kognitiv terapi, søvnkurs)
- ✓ Støttesamtaler
- ✓ Behandlingsplan: tenk avslutning og nedtrapping fra start

VERKTØY

[Helsedirektoratets veileder om vanedannende legemidler](#)

Trappned.no - Sjekkliste



SJEKKLISTE

- ✓ Kartlegge medisinsk årsak/indikasjon
- ✓ Tett oppfølging
- ✓ Forskriv små pakninger, minste effektive dose
- ✓ Forsøke ikke-medikamentell behandling (for eks kognitiv terapi, søvnkurs)
- ✓ Støttesamtaler
- ✓ Behandlingsplan: tenk avslutning og nedtrapping fra start

VERKTØY

[!\[\]\(96cc62f861fdd6e50510c0224a756dff_img.jpg\) Helsedirektoratets veileder om vanedannende legemidler](#)

Steg 2 | Forberedelse til nedtrapping

Før legen tar stilling til behandling med vanedannende legemidler bør en rekke forhold kartlegges uavhengig av om dose skal økes, opprettholdes eller trappes ned. Slik kartlegging kan ta tid, gjerne over flere konsultasjoner. Mens kartlegging og planlegging av nedtrapping pågår kan stabilisering av legemiddelbruk være aktuelt.

[Gå til nedtrappingskalkulator](#)

SJEKKLISTE

- ✓ Pasienten har en tilstand med indikasjon for bruk av vanedannende medisin
- ✓ Helsekrav: førerkort, yrkesutøvelse, fritidsaktiviteter
- ✓ Nødvendige undersøkelser
- ✓ Risikofaktorer: økt risiko ved for eksempel bruk av alkohol eller andre rusmidler, sykdommer, falltendens, kognitiv svikt, lav toleranseevne med mer
- ✓ Ta stilling til dagens dosering av vanedannende, effekt og bivirkninger

VERKTØY

- [Tips til motiverte intervju](#)
- [Håndbok i klinisk kommunikasjon](#)

Trappned.no - Sjekkliste



SJEKKLISTE

- ✓ Pasienten har en tilstand med indikasjon for bruk av vanedannende medisin
- ✓ Helsekrav: førerkort, yrkesutøvelse, fritidsaktiviteter
- ✓ Nødvendige undersøkelser
- ✓ Risikofaktorer: økt risiko ved for eksempel bruk av alkohol eller andre rusmidler, sykdommer, falltendens, kognitiv svikt, lav toleranseevne med mer
- ✓ Ta stilling til dagens dosering av vanedannende, effekt og bivirkninger

VERKTØY

- 🔗 [Tips til motiverte intervju](#)
- 🔗 [Håndbok i klinisk kommunikasjon](#)

Steg 3 | Nedtrapping

Behandling med vanedannende legemidler skal skje etter en klar plan. Spesielt ved nedtrapping etter langtidsbruk bør pasienten få være med når planen skal legges. Legen må sikre at behandlingen er trygg, og samlet sett til beste for pasienten.

[Gå til nedtrappingskalkulator](#)

SJEKKLISTE

- ✓ Tilstrekkelig kartlegging
- ✓ Lage behandlingsplan frem til neste avtale
- ✓ Utleveringsplan er delt med pasient og samarbeidspartnere
- ✓ Pasienten er informert og involvert
- ✓ Aktuelle samarbeidspartnere er involvert

VERKTØY

- 🔗 [Helsedirektoratets veileder om vanedannende legemidler](#)
- 🔗 [Nasjonale retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)

→ [Spørsmål og svar, Steg 3](#)

1 Preparat og dosering

Søk etter preparat

- Altermol (Svake opioider)
- Delipam (Benzodiazepiner)
- Dolcontin (Opioider)
- Kodein (Svake opioider)
- Mallin (Opioider)
- Morfin (Opioider)
- Nobigan (Svake opioider)
- Nobigan Retard (Svake opioider)
- OxyContin (Opioider)
- OxyNorm (Opioider)
- Palargin forte (Svake opioider)
- Pinex forte (Svake opioider)
- Rellebon Depot (Opioider)
- Sobril (Benzodiazepiner)
- Stærnit 4 (Benzodiazepiner)

Skriv inn pasientens nåværende døgndose i mg

Gå videre til varighet av plan →

1
Preparat og dosering

2
Varighet av nedtrappingsplan

3
Forslag til nedtrappingsplan

1 Preparat og dosering

Søk etter preparat

Sobril (Benzodiazepiner)
Stesolid (Benzodiazepiner)

1-3 måneder 3-12 måneder Mer enn 1 år

Skriv inn pasientens nåværende døgndose i mg

Gå videre til varighet av plan →

1
Preparat og dosering

2
Varighet av nedtrappingsplan

3
Forslag til nedtrappingsplan

1 Preparat og dosering

Søk etter preparat

Sobril

Skriv inn pasientens nåværende dognose i mg

80

Hvor lenge har pasienten brukt legemiddelet?

- 1-3 måneder 3-12 måneder Mer enn 1 år

Gå videre til varighet av plan →

✓
Føreset av dosering

●
Varighet av nedtrappingsplan

①
Forslag til nedtrappingsplan

● Varighet av nedtrappingsplan

Startdato

18.11.2024 

Anbefalt varighet

Her vises den anbefalte tidsintervallen for nedtrappingsplanen basert på dine valg. Om du velger avansert modus i toppen av siden gir dette mulighet til manuell overstyring.

VARIGHET

8.4 uker

STARTDATO

18.11.2024

SLUTTDATO

16.1.2025

Slå på manuell overstyring

← Gå tilbake

Gå videre til forslag til plan →

3 Varighet av nedtrappingsplan

Startdato

18.11.2024 

Anbefalt varighet

Her vises den anbefalte tidsintervallen for nedtrappingsplanen basert på dine valg. Om du velger avansert modus i toppen av siden gir dette mulighet til manuell overstyring.

VARIGHET

8.4 uker

STARTDATE

18.11.2024

SLUTTDATO

16.1.2025

Manuell overstyring er slått på

VELG MANUELT OVERSTYRINGEALTERNATIV

Manuell slutt dato Manuelt antall trinn

Antall doser per dogn

En dose To doser Tre doser Fire doser

Manuell overstyring er slått på

Dognfordeling

Velg et tidspunkt som skal prioriteres for dosering

Kl 08:00 Kl 12:00 Kl 16:00 Kl 20:00

Bruk ulike styrker av samme preparat

Tillat kun bruk av disse styrkene

10 mg 15 mg 25 mg

Automatisk justering av styrker er slått på

[← Gå tilbake](#)

[Gå videre til forslag til plan →](#)

3 Varighet av nedtrappingsplan

Startdato

18.11.2024 

Anbefalt varighet

Her vises den anbefalte tidsintervallen for nedtrappingsplanen basert på dine valg. Om du velger avansert modus i toppen av siden gir dette mulighet til manuell overstyring.

VARIGHET

8.4 uker

STARTDATO

18.11.2024

SLOTTDATO

16.1.2025

Manuell overstyring er slått på

VELG MANUELT OVERSTYRINGSLTERNATIV

Manuell slutt dato Manuelt antall trinn

ANTALL NEDTRAPPINGSTRINN

Her legges inn antall trinn som ønskes

Uker Dager

Antall doser per dogn

En dose To doser Tre doser Fire doser

Manuell overstyring er slått på

Døgnfordeling

Velg et tidspunkt som skal prioriteres for dosering

Kl 08:00 Kl 12:00 Kl 16:00 Kl 20:00

Bruk ulike styrker av samme preparat

Tilatt kun bruk av disse styrkene

10 mg 15 mg 25 mg

Automatisk justering av styrker er slått på

[← Gå tilbake](#)

[Gå videre til forslag til plan →](#)

✓
Preparat og dosering

✓
Varighet av nedtrappingsplan

3
Forslag til nedtrappingsplan

3 Forslag til nedtrappingsplan

Forslag til poliklinisk nedtrapping ved bruk av Sobril med dose 80 mg over 5.6 uker

VARIGHET
5,6 uker

STARTDATO
18.11.2024

SLUTTDATO
27.12.2024

Periode	08.00	12.00	16.00	20.00
Trinn 1: 18.11 - 22.11	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg
Trinn 2: 23.11 - 27.11	15 mg	15 mg	15 mg	10 mg
Trinn 3: 28.11 - 02.12	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg
Trinn 4: 03.12 - 07.12	10 mg	10 mg	5 mg	5 mg
Trinn 5: 08.12 - 12.12	5 mg	5 mg	5 mg	5 mg
Trinn 6: 13.12 - 17.12	5 mg	5 mg	5 mg	0 mg
Trinn 7: 18.12 - 22.12	5 mg	5 mg	0 mg	0 mg
Trinn 8: 23.12 - 27.12	5 mg	0 mg	0 mg	0 mg
Trinn 9: 28.12 - 01.01	0 mg	0 mg	0 mg	0 mg

← Gå tilbake

Avslutt →

Trappned.no - Sjekkliste



SJEKKLISTE

- ✓ Tilstrekkelig kartlegging
- ✓ Lage behandlingsplan frem til neste avtale
- ✓ Utleveringsplan er delt med pasient og samarbeidspartnere
- ✓ Pasienten er informert og involvert
- ✓ Aktuelle samarbeidspartnere er involvert


VERKTØY

- 🔗 [Helsedirektoratets veileder om vanedannende legemidler](#)
- 🔗 [Nasjonale retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)

→ Spørsmål og svar, Steg 3

Trapp ned

SKIL

 SØK  MENY

Verktøykasse

Her har vi samlet nyttige artikler om vanedannende legemidler

I møte med pasienter hvor det er aktuelt å starte opp med vanedannende medisiner, eller hvor det er ønskelig å trappe ned, er det mange problemstillinger å adressere.

Verktøykasse

Her har vi samlet nyttige artikler om vanedannende legemidler

I møte med pasienter hvor det er aktuelt å starte opp med vanedannende medisiner, eller hvor det er ønskelig å trappe ned, er det mange problemstillinger å adressere.

I møte med pasienter hvor det er aktuelt å starte opp med vanedannende medisiner, eller hvor det er ønskelig å trappe ned, er det mange problemstillinger å adressere.

For å komme i posisjon, og få hjelp til utfordringer og muligheter kommunikasjon kan gi, er ferdigheter innen for eksempel motiverende intervju nyttig. Helsedirektoratet presenterer [her en kortversjon](#) som kan være til hjelp.

Faggruppen for klinisk kommunikasjon i Norsk forening for allmennmedisin har dessuten laget en [håndbok knyttet til pasientsentrert tilnærming](#). Denne kan også bidra til mer kunnskapsbasert kommunikasjon med pasienter.

Langvarige smerter kan være svært ødeleggende for pasienter uavhengig av om det er fysisk eller emosjonell smerte. Symptomtrykket og funksjonsutfordringene kan være store. I økende grad anbefales ikke-medikamentelle tiltak fremfor medikamentell smertestillende behandling. Mestringsorientert behandling, hvor utforskning av vedlikeholdende og forsterkende faktorer, og dermed avdekking av kompleksiteten, kan være til hjelp. [Nomed er en fagkilde](#) med ytterligere informasjon om dette.

På Helsedirektoratets nettsider finnes den [Nasjonale veilederen om vanedannende legemidler](#). Nederst på siden finnes pasientinformasjon og verktøy.

Det er også mye informasjon på den [nasjonale faglige retningslinjen om avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)

[Helse Bergen har publisert Lommerus](#), som også kan være et oppslagsverk for leger utenfor sykehus.

Hvis du foretrekker lesestoff i form av en bok har Bramness og Vøyvik gitt ut *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner*. Et [bokutdrag finnes her](#).

Dersom du ønsker å lære mer om vanedannende legemidler; oppdatert kunnskap om indikasjoner, kontraindikasjoner, og sjekklister som kan benyttes før, etter og underveis i forskrivning av vanedannende medisin, kan det [kliniske emnekurset som tilbys av SKIL](#) være aktuelt.

Vi håper du med disse hjelpemidlene opplever at det blir lettere å hjelpe pasientene dine.

Det finnes mange flere gode kilder og læreverk, denne listen er langt fra uttømmende. Vi ønsker deg lykke til i det kliniske landskapet som er utfordrende, interessant og lærerikt på samme tid.

- Motiverende intervju kortversjon
- Håndbok klinisk kommunikasjon
- Mestringsorientert behandling
- Nasjonale veiledere/retningslinjer
- Lommerus, oppslagsverk
- Boktips
- Aktuelle utdypende kurs

Kvalitetsarbeid - fungerer det?



Trapp ned

SKIL

Q SØK

≡ MENY




FAGARTIKKEL

Suksess gjennom kvalitetsarbeid i Molde

I løpet av de siste årene har vi i Molde sett hvordan en strukturert tilnærming kan forbedre forskrivningspraksis for potensielt vanedannende legemidler, som opioider, benzodiazepiner og Z-hypnotika.

Langvarig bruk av opioider, benzodiazepiner og Z-hypnotika er forbundet med risiko for avhengighet og uheldige helseeffekter, noe som gjør det viktig å redusere unødvendig bruk. Studier har derimot avdekket ugunstige tendenser i forskrivningen av disse legemidlene. For opioider har forskrivningsratene økt i de tre nordiske landene de siste tiårene (1). En gjennomgang av forskrivninger i den norske voksne befolkningen fra 2005 til 2013 fant at over 20 % av pasientene som fikk forskrevet Z-hypnotika fortsatte å bruke legemidlene i fire år, hvorav 10 % av pasientene brukte legemidlene daglig (2). Ifølge Folkehelseinstituttet er samtidig bruk av disse legemidlene spesielt bekymringsfullt (2).

I Norge har fastlegene hovedansvaret for forskrivning, videreføring og seponering av vanedannende legemidler. Studier har imidlertid vist at fastleger ofte opplever vurderinger og beslutninger knyttet til forskrivning av slike legemidler som både komplekse og utfordrende (3). Mange pasienter fortsetter å bruke legemidlene over lang tid, selv om det finnes alternative behandlingsmetoder som kan gi tilsvarende eller bedre resultater uten de samme risikoene. Økningen i langtidsbruk av vanedannende legemidler har utløst en global diskusjon om tiltak for å sikre en mer målrettet og terapeutisk bruk.



M. Navaratnam

Spesialist i allmenntidmedisin siden 2017, jobber på legekontoret Molde Brygge. Fikk stipend fra allmenntidmedisinsk forskningsutvalg (AFU) i 2020 for å samle inn data på prosjektet i Molde som førte til publikasjon av artikkelen "Prescription of potentially addictive medication after a multilevel community intervention in general practice" på *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

«Resultatene viste en betydelig reduksjon i forskrivning av vanedannende legemidler i Molde, med en samlet nedgang på 27 % over tre år.»

Navaratnam, M., Vie, G. Å., Brevik, T., Austad, B., Innerdal, C., Getz, L. O., & Skjellegrind, H. K. (2023). Prescription of potentially addictive medications after a multilevel community intervention in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(1), 61-68.

Kliniske emnekurs



KLINISK EMNEKURS

Bedre legemiddelbruk i allmennpraksis (LMG)

Kvalitetspakken er utviklet i samarbeid med Legemiddelverket, IGS, UIB og NTNU

MELD PÅ DIN GRUPPE



KLINISK EMNEKURS

Bedre legemiddelbruk i sykehjem

Kvalitetspakken er utviklet av SKIL

MELD PÅ DIN GRUPPE

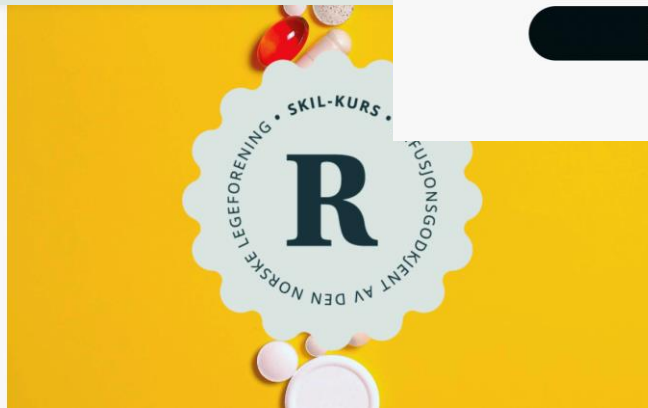


KLINISK EMNEKURS

Vanedannende Legemidler (VLM)

Kvalitetspakken er utviklet i samarbeid med Helse Bergen, UIO, Molde og Røst kommune

MELD PÅ DIN GRUPPE



Takk til bidragsytere

Svein Skjøtskift

Johannes Vederhus

Kjell Arne Helgebostad

Cato R. Innerdal

Morten Pedersen

Nicolas Øyane

Harald Sundby

Mudde Navaratnam


Med flere!

Trappned.no lanseres i 2025

- Ny kalkulator for nedtrapping
- Nedtrappingsplan rett inn i journalen
- Guide til forebygging og nedtrapping
- Fagartikler fra eksperter
- Verktøykasse for legene

Ekstern høring – rundskriv legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering (HØRINGSUTKAST)

 Rundskriv

! Ekstern høring: Høringsfrist er 1. april 2025. [Mer informasjon på høringssiden.](#)

1	Om rundskrivet
2	Legemiddelhåndteringsforskriftens formål og virkeområde
3	Definisjoner og prosess for legemiddelhåndtering (§ 3)
4	Organisering av virksomhetens legemiddelhåndtering (§ 4)
5	Ordinering, rekvirering, legemiddelinformasjon og oppfølging av legemiddelbehandling (§§ 5, 7 og 10)
6	Istandgjøring og utdeling av legemidler (§ 7 og 8)
7	Oppbevaring og kontroll av legemiddelbeholdning (§§ 6 og 9)

Søk i rundskriv

1. Om rundskrivet

2. Legemiddelhåndteringsforskriftens

Formål

Virkeområde

Frist: 1. april 2025

www.helsedirektoratet.no/horinger