

# G27 Avmedisinering

Publisert: 20.06.2018

Sist endret: 5.01.2022

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

## Innhold

|       |   |     |          |  |      |
|-------|---|-----|----------|--|------|
| G27.1 | Beslutningsstøtte.....                              | s.1 | G27.10   | Tabeller.....  | s.5  |
| G27.2 | Praktisk gjennomføring - Hvordan avmedisinere?..... | s.2 | G27.10.1 | Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering..... | s.5  |
| G27.3 | Nødvendige legemidler.....                          | s.3 | G27.10.2 | Tabell 2: Forslag til nedtrappings skjema for sterke opioider.....                               | s.8  |
| G27.4 | Forebyggende legemidler.....                        | s.3 | G27.11   | Arbeidsskjema for avmedisinering.....  | s.9  |
| G27.5 | Symptomlindrende legemidler.....                    | s.3 | G27.12   | Kilder.....  | s.10 |
| G27.6 | Ulike seponeringsreaksjoner.....                    | s.4 |          |  |      |
| G27.7 | Organisering og utfordringer.....                   | s.4 |          |  |      |
| G27.8 | Oppsummering.....                                   | s.5 |          |  |      |
| G27.9 | Legemidler som bør trappes ned før seponering.....  | s.5 |          |  |      |

## Skånsom nedtrapping og seponering av legemidler

*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 har vist at avmedisinering kan ha god effekt på pasientenes helse og livskvalitet uten negativ påvirkning på dødelighet, komplikasjoner og sykehusinnleggelse. Det er også vist at mange eldre pasienter er positive til seponering av legemidler hvis legen sier det er mulig.

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.

Håndtering og inntak av et stort antall tabletter oppleves av mange pasienter som en belastning. Det kan medføre psykisk stress, misforståelser, feilbruk, lav etterlevelse og nedsatt appetitt. For helsepersonell tar arbeidet med kontroll og utdeling av legemidler mye tid og kan gå utover andre viktige oppgaver som pleie, omsorg og miljøtiltak. Utgiftene til legemidler og pasientskadene som følge av legemiddelrelaterte problemer er dessuten en betydelig byrde for samfunnet.

Avmedisinering må sees i sammenheng med overordnede behandlingsmål og diskuteres med pasienten, eventuelt også med pårørende. Diagnoser, subjektive plager, livssituasjon, leveutsikter samt nytte og risiko ved behandlingen må vurderes. Pasientens ønsker og prioriteringer bør veie tyngst, oppsummert i spørsmålet: Hva er viktig for deg? For pasienter i livets slutfase og for dem med langtidsopphold i sykehjem, vil lindring av plager her og nå ofte være viktigere enn å forebygge sykdom og forlenge livet. Hjemmeboende eldre med godt funksjonsnivå, vil kanskje ønske å fortsette med forebyggende legemidler. Hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, må slike spørsmål diskuteres med pårørende. Uten nære pårørende bør beslutningene bygge på anerkjente medisinske og etiske prinsipper.

## G27.1. Beslutningsstøtte

Systematisk legemiddelgjennomgang som er grundig beskrevet i kapittel G24 [Legemiddelgjennomgang \(LMG\) \(G24\)](#), er et godt utgangspunkt for en planmessig nedtrapping og prøveseponering av legemidler.

[Legemiddelverkets sjekkliste](#) gir en kortfattet innføring i begreper og metode. En legemiddelgjennomgang er en

forskriftsfestet oppgave for fastleger og sykehjemsleger, men kan også gjennomføres i sykehus. Tverrfaglig legemiddelgjennomgang med lege, sykepleier og klinisk farmasøyt har vist seg nyttig og lønnsomt.

Kapittel G10 Eldre og legemidler Eldre og legemidler (G10), gir nyttig bakgrunnskunnskap for legemiddelgjennomgang og avmedisinering. Her finner man en grundig innføring i fysiologiske aldersforandringer som påvirker homeostase, farmakokinetikk og farmakodynamikk hos eldre og hvordan aldring øker risikoen for legemiddelrelaterte problemer. Kunnskapsbaserte kriteriesamlinger er nyttige verktøy for å oppdage om pasientene bruker risikable og uhensiktsmessige legemidler. STOPP2-kriteriene Tabell 2 STOPP-2 (G24.1.2) og NorGeP-kriteriene Tabell 3 NorGeP (G24.1.3) er mest brukt i Norge – se kapittel G24 Legemiddelgjennomgang (LMG) (G24). Det finnes egne versjoner beregnet på eldre, skrøpelige pasienter og pasienter innlagt på sykehjem, STOPPFrail-2STOPPFrail-2 (G24.1.4) og NorGep-NH. Mange av sjekkpunktene i disse listene ivaretas også av det nasjonale analyseverktøyet som er integrert i e-resept og de mest brukte EPJ-systemene, interaksjoner.no. Se ev. også Farmakologiportalen - en landsomfattende oversikt over hvilke legemiddel- og rusmiddelanalyser som utføres ved norske laboratorier.

## G27.2. Praktisk gjennomføring - Hvordan avmedisinere?

For å forebygge uhensiktsmessig legemiddelbruk er det en god holdning å se på all ny forskrivning som et midlertidig tiltak. Pasienten og sykdommen endrer seg ofte over tid. Det gjør også kunnskap, behandlingsretningslinjer og utvalget av legemidler. Et legemiddel som en gang var nyttig, kan bli uhensiktsmessig eller kontraindisert pga. f.eks. høy alder, redusert nyrefunksjon eller en nyoppstått sykdom. Leger må også være bevisst på faren for den såkalte forskrivningskaskaden, dvs. at en bivirkning av ett legemiddel feiltolkes som en ny tilstand som krever behandling med enda et legemiddel. Ved forskrivning av nye legemidler bør det alltid avtales en kontroll for vurdering av effekt og bivirkninger. Liten effekt eller uakseptable bivirkninger tilsier seponering. Ikke-medikamentelle, kunnskapsbaserte tiltak bør alltid vurderes som alternativ eller supplement til legemidler. Eksempler er fysisk aktivitet, ernæringsråd, søvnhygiene, miljøtiltak, psykoterapi og stressmestring. Musikterapi for demente har dokumentert effekt og kan redusere behovet for beroligende legemidler. Hjemmeboende eldre kan dessuten oppleve økt trygghet, mestring og egenomsorg ved bruk av ergoterapi og omsorgsteknologi.

For å komme i gang med planmessig avmedisinering er det viktig å bevisstgjøre seg situasjoner der seponering eller prøveseponering er aktuelt. Her er noen eksempler:

- Lav etterlevelse eller autoseponert legemiddel.
- Bruk av identiske eller lignende virkestoffer.
- Bedring eller helbredelse av sykdom/tilstand.
- Terapisvikt eller mangelfull effekt.
- Kontraindikasjon – f.eks. høy alder eller nedsatt nyrefunksjon.
- Ukjent eller tvilsom indikasjon.
- Tidsbegrenset indikasjon – f.eks. dobbelt platehemming etter koronar intervensjon.
- Alvorlige eller plagsomme bivirkninger.
- Alvorlig eller uønsket interaksjon mellom virkestoffer eller mellom virkestoff og sykdom.
- Uhensiktsmessig legemiddel i henhold til kunnskapsbaserte kriterier (STOPP2 Tabell 2 STOPP-2 (G24.1.2) og NorGeP Tabell 3 NorGeP (G24.1.3))
- Svak dokumentasjon for nytte og risiko for den aktuelle pasientgruppe
- Uegnet legemiddelform – f.eks. pga. svelgevansker.
- Mer egnet legemiddel tilgjengelig på den aktuelle indikasjon.
- Palliativ livsfase – legemidler som ikke er del av palliasjonen, bør seponeres.

Ved alvorlige bivirkninger og interaksjoner er det viktig å seponere så raskt som mulig. Da kan det noen ganger være nødvendig å seponere flere legemidler samtidig. De fleste legemidler kan seponeres direkte, men noen kan gi alvorlige eller plagsomme seponeringsreaksjoner ved brå avslutning. Av den grunn bør de hvis mulig, trappes gradvis ned før endelig avslutning. Ved kortvarig bruk dvs. 1 – 2 uker kan også slike legemidler som regel seponeres direkte. Det er aldri feil å trappe ned dosen gradvis før endelig seponering hvis man er i tvil. Et nyttig tiltak ved avmedisinering, er å overføre et legemiddel med status som «fast» til status «ved behov». Hvis det viser seg at pasienten sjelden eller aldri har behov, seponeres legemidlet. En slik praksis er særlig aktuell ved avvikling av sovemidler og smertestillende.

Tabeller med anbefalt nedtrapping av noen legemiddelgrupper med risiko for seponeringsreaksjoner finnes i slutten av dette kapittelet.

For å kunne tolke virkningen av avmedisinering anbefales å avvikle et legemiddel om gangen. Det er viktigst å starte med legemidler som er direkte skadelige eller risikable for pasienten, fortsette med de som gir plagsomme bivirkninger og avslutte med legemidler uten sikker effekt eller indikasjon. Systematisk observasjon av symptomer og kliniske tegn, eventuelt med oppfølging av blodprøver og andre tester, er viktig ved dosereduksjon og prøveseponering. Det kan skje ved selvrappotering fra pasienten eller som registrering utført av pårørende eller pleiepersonale. I sykehus, sykehjem og kommunal hjemmetjeneste vil bruk av sjekklister og tverrfaglige tavlemøter bedre kvaliteten på observasjonene ved seponeringsforsøk, se: [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Ved avmedisinering må man alltid være forberedt på tilbakefall av symptomer eller sykdom og dermed behov for å gjenoppta behandlingen. Det er i så fall en nyttig observasjon og vitner ikke om uforsvarlig eller uetisk virksomhet.

Ved planlegging av avmedisinering kan det være hensiktsmessig å dele pasientens legemidler i tre hovedkategorier:

### G27.3. Nødvendige legemidler

- Kurative legemidler dvs. behandling som tar sikte på helbredelse – f.eks. antibiotika og noen kreftlegemidler.
- «Livsviktige» legemidler dvs. behandling av alvorlige lidelser som vil forverres vesentlig uten behandling – f.eks. legemidler mot hjertesvikt, kreft og glaukom.
- Substitusjon for kroniske mangeltilstander – f.eks. hypotyreose, insulinmangel og vitamin B12 - mangel.
- Palliativ behandling i livets slutfase – f.eks. behandling av smerter, forstoppelse, angst og pustevansker.

Generelt bør man være forsiktig med å seponere slike legemidler. Det kan likevel være nødvendig ved uakseptable bivirkninger og interaksjoner, ved terapivikt eller ved overgang til terapeutisk likeverdige legemidler med en bedre nytte-risiko profil.

### G27.4. Forebyggende legemidler

Dette er legemidler som reduserer risiko for alvorlig hendelse eller for tidlig død – f.eks. behandling av forhøyet blodtrykk og ugunstige lipidverdier. Bruk av forebyggende legemidler bør bygge på nasjonale retningslinjer og bruk av anerkjente verktøy for risikoberegning. Primærforebyggende effekt er ofte svakt dokumentert for eldre. Derfor bør man i samråd med pasient/pårørende vurdere seponering av primærprofylakse hos eldre (> 75 – 80 år) når det ikke finnes dokumentasjon. Ved vurdering av sekundærprofylakse må nytte-risiko, forventet gjenstående levetid og pasientens egne ønsker vektlegges.

Både middelblodtrykket og evnen til rask blodtrykksregulering synker normalt med økende alder. Denne tendensen er særlig uttalt hos skrøpelige pasienter og pasienter med demens. Derfor vil dosereduksjon og seponeringsforsøk med antihypertensiva oftest være forsvarlig. Ved fortsatt bruk av blodtrykksmidler må valg av virkestoff og dosering alltid tilpasses pasienten for å unngå ortostatisk hypotensjon, svimmelhet og fall. Måling av stående blodtrykk etter ett og tre minutter er en enkel og nyttig undersøkelse. Ortostatisk hypotensjon defineres som et fall i systolisk blodtrykk på minst 20 mm Hg eller et fall i diastolisk blodtrykk på minst 10 mm Hg innen tre minutter fra pasienten reiser seg. Det er viktig å huske at noen blodtrykksmedisiner også brukes i behandling av hjertesvikt. Pasienter med denne diagnosen må ofte fortsette behandlingen selv med ganske lave blodtrykksverdier.

Eldre og relativt velfungerende demente pasienter med atrieflimmer og CHA2DS2-VASc > 1 bør fortsette med antikoagulasjonsbehandling for å forebygge emboliske hjerneslag hvis det er praktisk mulig og risikoen ikke overstiger nytten. Alvorlig demens, blødningsrisiko og falltendens taler for seponering.

### G27.5. Symptomlindrende legemidler

Denne kategorien omfatter legemidler til behandling av plagsomme tilstander og symptomer. Her finnes mange legemidler som er uhensiktsmessige, vanedannende eller som øker risikoen for alvorlige legemiddelrelaterte problemer. De vil derfor være aktuelle kandidater for prøveseponering, men mange av dem krever gradvis dosereduksjon for å unngå seponeringsreaksjoner.

Inndelingen i nødvendige, forebyggende og symptomlindrende legemidler kan være nyttig, men må brukes med skjønn. F.eks. vil man kunne hevde at antikoagulasjon ved atrieflimmer både er forebyggende og nødvendig behandling. Andre legemidler vil kunne ha ulike status avhengig av diagnose og indikasjon. F.eks. vil bruk av

antidepressive legemidler være nødvendig behandling ved en alvorlig depresjon, men vil kunne være symptomlindrende behandling ved en mild til moderat depressiv reaksjon.

## G27.6. Ulike seponeringsreaksjoner

De fleste legemidler kan seponeres direkte, men som tidligere nevnt kan noen gi alvorlige eller ubehagelige seponeringsreaksjoner som kan forebygges ved nedtrapping av dosen før endelig seponering. Her beskrives de viktigste seponeringsreaksjonene med eksempler på noen vanlige legemidler innenfor hver reaksjonsform.

### Rebound-effekt

Pasienten vil oppleve forsterket tilbakefall av symptomer. F.eks. vil brå seponering av en betablokker kunne gi takykardi, hypertoni og forverring av koronarsykdom. Tilsvarende vil rask seponering av en protonpumpehemmer kunne gi hypersekresjon av magesyre med forverring av dyspepsi og reflukssymptomer.

### Seponeringssymptomer

Seponeringssymptomer dreier seg om andre plager enn de som var indikasjonen for oppstart av behandlingen. Noen ganger kan slike symptomer oppfattes som tilbakefall av sykdom eller tilstand. Det kan igjen skape usikkerhet hos både lege og pasient og medføre at man gjenopptar behandling som egentlig ønskes avsluttet. Antidepressiva som SSRI og SNRI, gabapentin og pregabalin er eksempler på legemidler som kan gi slike seponeringssymptomer.

### Blandete reaksjoner/abstinens

Det dreier seg om en kombinasjon av rebound-effekt og seponeringssymptomer og kan klinisk fremstå som ulike grader av abstinens. Benzodiazepiner, z-sovemidler, opioider (inkludert kodein og tramadol) og antiepileptika er kjent for å kunne gi slike blandete reaksjoner.

### Suppresjon av organfunksjon

Det vanligste og viktigste eksempelet på dette fenomenet er langvarig systemisk bruk av kortikosteroider med suppresjon av binyrebarken. Brå seponering kan gi kritisk lave kortisolnivåer med alvorlige kliniske konsekvenser (Addison-krise ...).

### Opphør av interaksjon

Opphør av interaksjoner kan medføre økt eller redusert virkning av gjenværende legemidler f.eks. pga. bortfall av induksjon eller hemning av legemiddelmetaboliserende enzymer. Det er derfor viktig å gjøre interaksjonssøk av pasientens legemiddelliste før man igangsetter en prøveseponering.

## G27.7. Organisering og utfordringer

Avmedisinering forutsetter godt samarbeid mellom de involverte. En tillitsfull allianse mellom helsepersonell, pasient og pårørende er en forutsetning. Beslutningen om nedtrapping og prøveseponering av legemidler bør være et samvalg som bygger på god informasjon fra legen og ønsker og prioriteringer fra pasienten. Pårørende vil ofte ha en viktig rolle, og for pasienter uten samtykkekompetanse må de ta beslutningen på vegne av pasienten. Praktisk gjennomføring av avmedisinering organiseres best som et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell der roller og oppgaver er definert og avtalt på forhånd på samme måte som ved legemiddelgjennomgang.

Avmedisinering byr på ulike utfordringer avhengig av hvor den gjennomføres. I sykehjem ligger forholdene godt til rette fordi man har god tid ved behov for langvarig nedtrapping og man kan observere pasienten døgnet rundt, men det kan være vanskelig å kommunisere med demente pasienter om subjektive opplevelser av tiltakene. Eldre hjemmeboende med behov for kommunale tjenester er en sårbar gruppe. Behovet for medisinsk behandling og oppfølging er stort, men det er vist at antall fysiske møter med fastlegen avtar med økende alder. Bruk av Multidose kan forsterke tendensen til ukritisk fornyelse av faste medisiner uten nødvendig klinisk vurdering og regelmessig legemiddelgjennomgang. Det er ikke gitt at en pasient med stabil tilstand og normale prøvesvar er optimalt medisinsk behandlet. Derfor er det viktig å etablere god samhandling mellom fastlege og

hjemmetjeneste. Et fornuftig mål vil være at denne pasientgruppen i likhet med sykehjemspasientene sikres minst én årlig legemiddelgjennomgang inkludert nødvendig avmedisinering.

Pasienter uten behov for pleie- og omsorgstjenester kan også ha nytte av avmedisinering. Å hjelpe pasienter ut av langvarig overforbruk av vanedannende legemidler er en krevende oppgave for fastlegen. Tid, tålmodighet og regelmessig oppfølging er viktig. Bruk av et detaljert nedtrappingsskjema og forslag til ikke-medikamentelle alternativer kan styrke pasientens gjennomføringsevne. Nye begrensninger i førerkortforskriften kan også øke pasientens motivasjon. For mer informasjon se: [Nasjonal faglig veileder for vanedannende legemidler](#) og [Legemidler – helsekrav til førerkort](#).

Multidose kan være et godt tilbud til pasienter med i en stabil klinisk tilstand, men da multidose pakkes og leveres for 2 – 4 uker om gangen, er det uegnet for pasienter som trenger hyppige dosejusteringer og ved planlagt avmedisinering med gradvis nedtrapping av doser. Multidose bør i slike situasjoner erstattes av individuell daglig eller ukentlig utdeling av legemidler i doseringseske (dosett). Når avmedisinering er gjennomført, kan Multidose gjeninnføres hvis pasientens tilstand er stabil.

Når det gjøres endringer i pasientens legemiddelliste ved legemiddelgjennomgang og avmedisinering, må legen alltid sørge for å oppdatere legemiddellisten og gyldige resepter i reseptformidleren (e-resept) slik at begge avspeiler alle legemidler pasienten faktisk skal bruke. Legen må påse at doseringen er korrekt og skal tilbakekalle alle legemidler som ikke lenger skal brukes. Hvert legemiddel i reseptformidleren og lokale legemiddellister skal beskrives med produktnavn, virkestoff, legemiddelform, styrke, dose og bruksområde/indikasjon.

## G27.8. Oppsummering

Tidspress, svikt i kommunikasjon og samhandling samt legenes frykt for å skade pasienten er viktige hindre for å komme i gang med avmedisinering. Ved planmessig dosereduksjon og prøveseponering må man være forberedt på tilbakefall av symptomer eller sykdom og behov for å gjenoppta behandlingen. Det er i så fall en verdifull erfaring som bekrefter at pasienten fortsatt har nytte av det aktuelle legemidlet. Oftest registreres ingen endring i pasientens tilstand, men noen ganger oppleves en betydelig bedring av pasientens symptomer, funksjon og livskvalitet. Gjennom god planlegging, tverrfaglig samarbeid, involvering av pasienten og/eller pårørende, samt systematisk observasjon og dokumentasjon er avmedisinering en fullt forsvarlig og svært nyttig prosedyre.

## G27.9. Legemidler som bør trappes ned før seponering

Tabell 1 viser forslag til nedtrapping og seponering av noen viktige legemiddelgrupper.

De fleste legemidler, inklusive antidemensmidler og antikolinerge legemidler mot urininkontinens, kan seponeres direkte uansett behandlingens lengde. Også legemidler som er inkludert i tabell 1 ... , kan seponeres direkte uten nedtrapping ved bruk i inntil 1 – 2 uker. Legemidler som er brukt i 2 – 4 uker kan ofte trappes ned raskere enn angitt i tabellen. Ved langvarig bruk og høy dosering eller hvis det oppstår seponerings-symptomer, kan en langsommere nedtrapping enn foreslått i tabellen være nødvendig.

Hos pasienter i sykehjem eller sykehus kan nedtrapping ofte gjøres raskere enn det som er angitt i tabellen fordi pasienten kan observeres kontinuerlig. Noen ganger kan alvorlige eller plagsomme bivirkninger gjøre svært rask nedtrapping eller umiddelbar seponering nødvendig. Da er det viktig å observere pasienten nøye og eventuelt iverksette tiltak for å dempe seponeringsreaksjoner, f. eks. kortvarig bruk av andre legemidler.

Tabletter med delestrek kan deles, men ytterligere oppdeling av tabletter med kniv eller tablettdele bør unngås. Videre nedtrapping med dosering hver annen dag kan gjøres hvis virkestoffet har lang halveringstid. Ved behov for svært langsam nedtrapping kan overgang til mikstur eller dråper være en løsning hvis virkestoffet finnes i disse formene.

## G27.10. Tabeller

### G27.10.1. Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering.

| Legemidler   | Forslag til nedtrapping   |
|--|---|
| <b>Benzodiazepiner og z-hypnotika</b>  |   |
| Anksiolytika: diazepam, oksazepam, alprazolam m.fl.  | Brukt i inntil 4 – 6 uker: Nedtrapping over få dager. Brukt i over 4 – 6 uker: Avhengig av utgangsdose kan dosen trappes ned over 4 – 12 uker med dosereduksjon en gang per uke. Kjent avhengighet kan kreve enda lengre tid. <a href="#">Lenke til Helse-dir. kapittel med tabeller.</a>   |
| Hypnotika: nitrazepam m.fl.  | Brukt i inntil 4 – 6 uker: Nedtrapping over få dager hvis mulig ut fra tablettstyrke. Kan eventuelt brukes ved behov i en periode. Brukt i over 4 – 6 uker: Gradvis nedtrapping over 3 – 4 uker med dosereduksjon en gang per uke hvis mulig ut fra tablettstyrke.  |
| Z-hypnotika: zopiklon, zolpidem  | Brukt i inntil 4 – 6 uker: Nedtrapping over få dager hvis mulig ut fra tablettstyrke. Kan eventuelt brukes ved behov i en periode. Brukt i over 4 – 6 uker: Gradvis nedtrapping over 2 – 3 uker med dosereduksjon en gang per uke hvis mulig ut fra tablettstyrke. <a href="#">Lenke Helse-dir</a>  |
| <b>Benzodiazepiner til sedasjon ved intensivbehandling</b>   |   |
| Midazolam  | Gradvis nedtrapping etter langtidsbruk, eventuelt bytte til annet beredende middel.   |
| <b>Sederende (førstegenerasjons) antihistaminer</b>  |   |
| Alimemazin, prometazin, doksyamin  | Brukt i inntil 4 – 6 uker: Kan seponeres uten nedtrapping. Brukt i over 4 – 6 uker: For alimemazin, trapp ned med 10 mg per uke. For prometazin og doksyamin, gi halv dose i 2 uker hvis mulig ut fra tablettstyrke og seponer deretter.  |
| <b>Antipsykotika ved psykiatriske lidelser</b>   |   |
| Amisulprid, aripiprazol, flupentiksol, klozapin, kvetiapin, olanzapin, risperidon, sertindol, ziprasidon, zuklopentiksol m.fl. | Etter langtidsbruk bør nedtrapping og seponering skje på individuelt grunnlag, helst i samråd med psykiater. En dosereduksjon på i ca. 10 – 20 % av utgangsdosen hver til hver annen måned kan være et utgangspunkt ved schizofreni. Nedtrapping av depotpreparater til intramuskulær injeksjon bør gjøres gradvis og i samråd med spesialist i psykiatri og tilpasset pasientens tilstand. Reduksjon av enkeltdose, økning av doseringsintervall og eventuelt overgang til nedtrapping av samme virkestoff i tablettform kan være alternative metoder for nedtrapping avhengig av den kliniske virketiden til hvert enkelt preparat. |
| <b>Antipsykotika ved andre tilstander</b>  |   |
| Olanzapin, kvetiapin, risperidon, aripiprazol, haloperidol m.fl.   | Brukt i inntil 4 – 6 uker ved uro og adferdsforstyrrelse ved demens: Kan seponeres uten nedtrapping. Brukt i over 4 – 6 uker: Halvere dosen i 2 uker hvis mulig ut fra tablettstyrke, eventuelt halvere dosen en gang til i 2 uker og så seponere.  |
| Levomepromazin, klorprotiksen, kvetiapin m.fl.   | Brukt i inntil 4 – 6 uker som sedasjon eller adjuvant til smertestillende behandling: Kan seponeres uten nedtrapping. Brukt i over 4 – 6 uker i lave doser: Halvere dosen i 2 uker hvis mulig ut fra tablettstyrke og så seponere. Brukt i over 4 – 6 uker i høye doser: Halvere dosen i 2 uker, deretter halvere dosen en gang til i 2 uker og så seponere.  |
| <b>Antidepressiva</b>  |   |
| Citalopram, bupropion, duloksetin, escitalopram, fluvoksamin, fluoksetin,  | Brukt i over 3 måneder: Nedtrapping med et trinn hver annen uke over 4–8 uker, avhengig av hva som er praktisk mulig ut fra tablettstyrke. Hvis behov for langsommere nedtrapping enn det som er praktisk mulig ut fra tablettstyrken, kan  |

| Legemidler  | Forslag til nedtrapping   |
|---|---|
| mianserin, mirtazapin, paroksetin, sertralín, venlafaksin, m.fl.  | overgang til mikstur eller dråper være et alternativ. Da fluoksetin har svært lang halveringstid, kan dette midlet trappes ned raskere, for eksempel over 4 uker.   |
| Trisykliske antidepressiva:<br>Amitriptylin, nortriptylin,<br>klomipramin, trimipramin m.fl.  | Brukt i over 4 – 6 uker: Nedtrapping i trinn på 25 mg av døgndosen hver uke, eventuelt med et ekstra trinn på 1 – 2 uker med en døgndose på 10 mg før seponering.   |
| <b>Antiepileptika ved epilepsi</b>  |   |
| Brivaracetam, eslikarbazepin, felbamat, fosfenytoin, gabapentin, karbamazepin, lakosamid, lamotrigin, levetiracetam, perampnel, rufinamid, topiramat, valproat, vigabatrin, zonisamid m.fl. | Ved sikker epilepsidiagnose: Rådspør nevrolog. Nedtrapping bør skje på individuelt grunnlag, i regelen over minst 2 måneder. Fenobarbital og klonazepam bør trappes ned over minst 12 måneder. Hos skrøpelige, multimorbide eller demente sykehjemspasienter kan nedtrapping og prøveseponering gjøres uten spesialistvurdering ved anfallsfrihet i minst 2 år.<br><br>OBS: Ved seponering av antiepileptika med enzyminduserende egenskaper (karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fenobarbital) kan bortfall av interaksjon kreve dosereduksjon av andre midler. |
| <b>Antiepileptika ved andre indikasjoner</b>  |   |
| Gabapentin, pregabalin  | Brukt i over 6 uker: Avhengig av størrelsen på døgndosen trappes gabapentin ned med mellom 100 og 300 mg hver uke til seponering. Pregabalin trappes ned med mellom 25 og 75 mg hver uke til seponering.  |
| Karbamazepin, valproat, lamotrigin, m.fl.   | Brukt i over 6 uker: Nedtrapping på individuelt grunnlag. På indikasjon bipolar sykdom kan nedtrapping skje i løpet av 1 – 2 uker. Dette kan være et utgangspunkt også ved bruk ved andre indikasjoner (ved epilepsi, se over). OBS: Ved seponering av karbamazepin, som er enzyminduserende, kan bortfall av interaksjon kreve dosereduksjon av andre legemidler.  |
| <b>Opioider ved ikke-maligne smerter</b>  |   |
| Kodein, tramadol  | Brukt i over 4 – 6 uker: Nedtrapping over 2 – 4 uker avhengig av hva som er praktisk mulig ut fra tablettstyrke. Ved langvarig overforbruk og avhengighet kan langsommere nedtrapping være nødvendig.   |
| Morfin, oksykodon, fentanyl m.fl.   | Brukt i over 4 uker: Se <a href="#">Tabell 2: Forslag til nedtrappingsskjema for sterke opioider</a> Brukt i 2–4 uker: Nedtrapping over betydelig kortere tid. Ved alvorlig avhengighet med ledsagende psykososiale komplikasjoner inkludert bruk av illegale opioider, er en langvarig og tverrfaglig tilnærming påkrevet. <a href="#">Lenke til Helse-dir</a> .   |
| <b>Protonpumpehemmere</b>   |   |
| Omeprazol, esomeprazol, pantoprazol, lansoprazol  | Brukt i over 8 uker: Redusere til halv døgndose i 1 uke, halvere så denne dosen i 1 uke osv. til laveste mulige dosering er oppnådd. Seponer så etter 1 uke på denne dosen. Ved noen diagnoser kan pasienten eventuelt gå over til intermitterende, symptomstyrt behandling.  |
| <b>Histamin H2-blokkere</b>   |   |
| Ranitidin, famotidin  | Brukt i over 4 uker: Redusere til halv døgndose i 2 uker før seponering. Ved noen diagnoser kan pasienten eventuelt gå over til intermitterende, symptomstyrt behandling.   |
| <b>Systemiske glukokortikoider</b>  |   |

| Legemidler  | Forslag til nedtrapping   |
|---|---|
| Betametason, deksametason, hydrokortison, kortison, metylprednisolon, prednisolon, triamcinolon | <p>Nedtrappingsforslaget under gjelder for prednisolon. Ved bruk av andre glukokortikoider kan dosene regnes om til prednisolonekvivalenter ved hjelp av Tabell 2: ... i kapittel L3.7 Glukokortikoider.</p> <p>A. Brukt i inntil 7 dager: Kan seponeres uten nedtrapping. B. Brukt i 8 – 14 dager: Kan trappe ned ved å halvere forrige dags dose hver dag i noen dager før seponering. Et alternativ kan være å trappe ned med 5 mg daglig til full seponering. C. Brukt i over 14 dager (langsommere nedtrapping jo lenger behandlingstiden har vært): -1. Ved døgndoser på over 40 mg, reduser døgndosen med 5 – 10 mg hver til hver annen uke til dosen er under 40 mg, gå deretter til punkt 2. -2. Ved døgndoser på 20 – 40 mg, reduser døgndosen med 5 mg hver til hver annen uke, gå deretter til punkt 3. -3. Ved døgndoser på 10 – 20 mg, reduser døgndosen med 2,5 mg hver til hver annen uke, gå deretter til punkt 4. -4. Ved døgndoser på 10 mg og lavere, reduser døgndosen med 1,25 mg hver annen til hver tredje uke. Ved døgndoser på 5 mg og lavere, se også ...</p> <p>Etter enkeltinjeksjoner, enten det er med korttidsvirkende preparater eller med depotpreparater, er nedtrapping ikke nødvendig.</p> |
| <b>Betablokkere (inkl. kombinerte alfa- og betablokkere)</b>                                    |   |
| Metoprolol, atenolol, bisoprolol, propranolol, labetalol, karvedilol, sotalol                   | Nedtrapping bør skje ved gradvis reduksjon av dosen over 1 – 3 uker avhengig av utgangsdose, ned til en halv tablett av minste tilgjengelige styrke som deretter brukes i 4 dager før endelig seponering.   |
| <b>Langtidsvirkende nitropreparater</b>   |   |
| Isosorbidmononitrat   | Reduser til halv dose i 2 uker før seponering hvis mulig ut fra tablettstyrke. Gi eventuelt korttidsvirkende nitroglyserin ved behov i denne fasen.   |

## G27.10.2. Tabell 2: Forslag til nedtrappings skjema for sterke opioider

|                                    | Utgangs-<br>d<br>ose | Uke<br>1 | Uke<br>2 | Uke<br>3 | Uke<br>4 | Uke<br>5 | Uke<br>6 | Uke<br>7 | Uke<br>8 | Uke<br>9 |
|------------------------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Morfin depottabletter (mg/døgn)    | 50                   | 45       | 40       | 35       | 30       | 25       | 20       | 15       | 10       | 0        |
| Oksykodon depottabletter (mg/døgn) | 50                   | 45       | 40       | 35       | 30       | 25       | 20       | 15       | 10       | 0        |
| Fentanyl depotplaster (µg/time) 1  | 62                   | 50       | 50       | 37       | 37       | 25       | 25       | 12       | 12       | 0        |

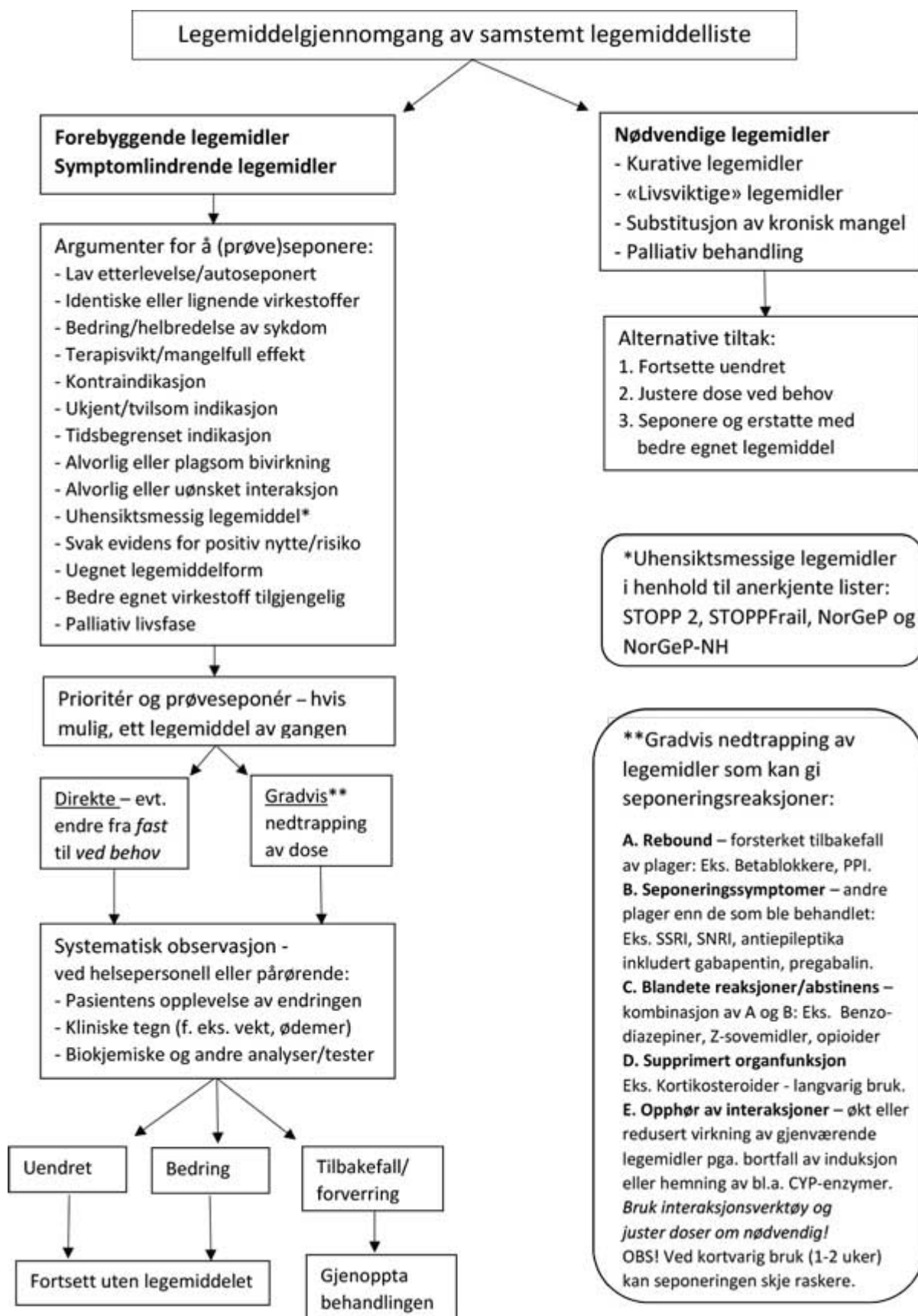
1 Nedtrappingsintervallet for Fentanyl depotplaster er seks dager og ikke en uke siden plasteret skal byttes hver tredje dag.

Tabellen tar utgangspunkt i en dosering på 50 mg/døgn for morfin og oksykodon depottabletter og på 62 µg/time for Fentanyl depotplaster. Vær oppmerksom på at disse dosene ikke er ekvianalgetiske. Ved høyere utgangsdoser kan det være nødvendig å bruke lengre tid, og ved lavere utgangsdoser kan det brukes kortere tid. Tabellen er hentet fra boken Fas Ut 3 ([www.fasut.nu](http://www.fasut.nu)) og er gjengitt med velvillig tillatelse fra Claes Lundgren.

Ved alvorlig rusmisbruk av opioider: Se [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#).



## G27.11. Arbeidsskjema for avmedisinering



## G27.12. Kilder

Reeve E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015 Dec;80(6): 1254 – 68.

Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Bear CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2016 Sep; 82(3): 583 – 623. doi: 10.1111/bcp.12975. Epub 2016 Jun 13.

Allred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 12;2:CD009095. doi: 10.1002/14651858.CD009095.pub3.

Nixon M, Kousgaard MB. Organising medication discontinuation: a qualitative study exploring the views of general practitioners toward discontinuing statins. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 226. Published online 2016 Jul 7. doi: 10.1186/s12913-016-1495-2.

Fog AF, Kvalvaag G, Engedal K, Straand J. *Scand J Prim Health Care.* Drug-related problems and changes in drug utilization after medication reviews in nursing homes in Oslo, Norway. 2017 Dec; 35(4): 329 – 335. doi: 10.1080/02813432.2017.1397246. Epub 2017 Nov 2.

Lundgren C. Fas Ut 3. Zircon Media AB, Umeå, 2010. [www.fasut.nu](http://www.fasut.nu) Sundhedsstyrelsen (Danmark). Seponeringslisten: Forslag til seponering af lægemidler hos voksne. <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/medicingennemgang/seponeringsliste>. Lest mai 2018

O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015 Mar; 44(2): 213 – 8. doi: 10.1093/ageing/afu145. Epub 2014 Oct 16. Review

Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Kapittel G24 Legemiddelgjennomgang: START2 / STOPP2. <https://www.legemiddelhandboka.no/G24.1.2/STOPP-2>

Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice--Nursing Home criteria (NORGE-P-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care.* 2015 Jun;33(2): 134 – 41. doi: 10.3109/02813432.2015.1041833. Epub 2015 Jun 23.

Bramness J. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin. Universitetsforlaget, Oslo, 2017

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. <https://www.magicapp.org/app#/guideline/2273> Lest mai 2018. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Opioider.pdf> Lest mai 2018

Lossius M, Alfstad KÅ, Aaberg KM, Nakken KO. Seponering av antiepileptika ved anfallsfrihet - når og hvordan? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 451

Helsedirektoratet og Spesialsykehuset for epilepsi. Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi. Når kan behandlingen avsluttes? [https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=SGJJf2Z&book\\_request=sepilepsi&highlight=true](https://www.epilepsibehandling.no/index.php?action=showtopic&topic=SGJJf2Z&book_request=sepilepsi&highlight=true). Lest mai 2018

[https://www.uptodate.com/contents/proton-pump-inhibitors-overview-of-use-and-adverse-effects-in-the-treatment-of-acid-related-disorders?search=discontinuing%20ppi&source=search\\_result&selectedTitle=1~17&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/proton-pump-inhibitors-overview-of-use-and-adverse-effects-in-the-treatment-of-acid-related-disorders?search=discontinuing%20ppi&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1) Lest mai 2018

[https://www.uptodate.com/contents/physiology-of-gastric-acid-secretion?search=H2%20receptor%20antagonists%20tolerance&ionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H15&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\\_rank=1#H15](https://www.uptodate.com/contents/physiology-of-gastric-acid-secretion?search=H2%20receptor%20antagonists%20tolerance&ionRank=1&usage_type=default&anchor=H15&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H15). Lest mai 2018

[https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-withdrawal?search=glucocorticoid%20withdrawal&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-withdrawal?search=glucocorticoid%20withdrawal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Lest mai 2018

Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. Assessment of Attitudes Toward Deprescribing in Older Medicare Beneficiaries in the United States. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1673–1680. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4720

Romskaug R, Skovlund E, Straand J, et al. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2020;180(2):181–189. doi:10.1001/jamainternmed.2019.5096