

# Avmedisinering – hva bør du vite?

## Hva bør en farmasøyt kjenne til – og hva kan du gjøre?

Det kan være utfordrende å optimalisere legemiddelbehandlingen til den enkelte pasient. Enhver forskrivning kan ses på som midlertidig, blant annet fordi pasientens kliniske situasjon kan endre seg. Avmedisinering er således sentralt, det vil si prosessen der helsepersonell i samarbeid med pasienten trapper ned og seponerer uhensiktsmessige legemidler for å bedre pasientens helse og livskvalitet samt forebygge bivirkninger. Det er viktig å kjenne til prinsippene for hvordan man kan gå frem når det er aktuelt å avmedisinere.

### Hvem har spesielt nytte av avmedisinering?

Avmedisinering bør vurderes hos alle pasienter, men spesielt hos pasienter:

- med kort forventet levetid og hos skrøpelige – for å redusere behandlingsbyrden, fordi toleransen for legemidler er sterkt redusert, og fordi behandlingsmålene endres fra å forlenge livet til fokus på økt livskvalitet
- som er eldre, spesielt eldre med demens – fordi de har økt risiko for uhensiktsmessig legemiddelbehandling og økt risiko for legemiddelrelatert skade grunnet endringer i farmakokinetikk og -dynamikk
- med mange kroniske sykdommer og derav mange legemidler – fordi de har økt risiko for interaksjoner (legemiddel-sykdom og legemiddel-legemiddel) og økt risiko for andre legemiddelrelaterte problemer
- som forholder seg til mange leger, samt ved skifte av omsorgsnivå – fordi det ofte mangler en overordnet vurdering
- som har dårlig etterlevelse – fordi grunnlaget for å vurdere effekten er dårlig, men det er først viktig å avdekke årsaken til dårlig etterlevelse
- som opplever uventet effekt (manglende eller for stor) eller ved mistenkte bivirkninger av legemiddelbehandling
- med nyresvikt – fordi de har økt risiko for bivirkninger
- hvor indikasjon ikke (lenger) er til stede, eller tilstanden har bedret seg – f.eks. ferdigbehandlet depresjon eller ulcus, mindre smerter, redusert inflammasjon
- som selv ønsker å avslutte legemiddelbehandling

### Tre typer legemidler

Legemidlene kan inndeles i grupper med hensyn til hvordan starte avmedisineringen. Videre er det best å gjøre en og en endring, slik at man kan vurdere effekten.

**Nødvendige legemidler** skal helbrede (f.eks. noen krefttyper), behandle alvorlige lidelser som vil forverres uten behandling (f.eks. glaukom, hjertesvikt), substitusjonsbehandling for kroniske mangeltilstander (f.eks. B12-mangel, insulinmangel), eller være palliative i livets slutfase (f.eks. smertestillende). Vær varsom med å avmedisinere nødvendige legemidler.

**Forebyggende legemidler** reduserer risikoen for fremtidig sykdom, alvorlige hendelser og død, enten før (primærforebyggende) eller etter (sekundærforebyggende) en hendelse, for eksempel antihypertensiva for å forebygge slag, osteoporosemidler for å forebygge brudd. Primærforebyggende legemidler er ofte svakt dokumentert hos eldre og skrøpelige pasienter, og avmedisinering bør vurderes. For sekundærforebyggende legemidler bør avmedisinering vurderes på bakgrunn av overordnet nytte/risiko, forventet levetid, samt pasientens ønsker/prioriteringer.

**Symptomlindrende legemidler** skal lindre symptomer eller plagsomme tilstander. De er ofte vanedannende, uhensiktsmessige eller øker risikoen for alvorlige legemiddelrelaterte problemer, og avmedisinering bør vurderes.

### Seponeringsreaksjoner

Mange legemidler kan seponeres direkte, men flere legemidler må trappes ned før seponering for å unngå alvorlige eller ubehagelige seponeringsreaksjoner, rebound-effekter eller organsuppressjon. Eksempler er protonpumpheholdere som kan gi en rebound-effekt med hypersekresjon av magesyre dersom de bråseponeres, abstinens ved bråseponering av opioider, og addisonkrise ved bråseponering av kortikosteroider.

### Hvordan lykkes med avmedisinering?

- God kommunikasjon, involver pasient og eventuelt pårørende.
- Samarbeid mellom relevante helsepersonell.
- Ha klare planer både for hvordan avmedisineringen skal foregå rent praktisk, og det må være tydelig avklart hva pasienten skal gjøre dersom det oppstår problemer med nedtrappingen, f.eks. hvem de skal kontakte.
- Vær obs på tap av motivasjon hos pasienten, f.eks. synes selv ikke det er nødvendig å trappe ned mer.
- Det bør formidles til pasient at det kan bli noen utfordringer underveis.

### Vil du vite mer?

- [www.legemiddelhandboka.no](http://www.legemiddelhandboka.no) Kapittel G27 – Avmedisinering
- [www.fasut.no](http://www.fasut.no)
- [www.trappned.no](http://www.trappned.no) vanedannende legemidler
- [www.deprescribing.org](http://www.deprescribing.org)
- UpToDate: Deprescribing

### Hvordan kan farmasøyt bidra?

- Bevisstgjør deg pasientgrupper, situasjoner og legemidler der avmedisinering er spesielt aktuelt.
- Kjenn til hvilke legemidler som er nødvendige, forebyggende og symptomlindrende.
- Kjenn til verktøy og kilder, f.eks. tabeller, som omhandler konkrete nedtrappingsregimer.
- Avdekk behov for avmedisinering gjennom samtale med pasient/pårørende eller ved systematiske legemiddelgjennomgang.
- Trygg pasient og annet helsepersonell i situasjoner som omhandler avmedisinering.
- Gi råd om nedtrapping for å unngå seponeringsreaksjoner, og bidra med din spisskompetanse på legemidler i tverrfaglige behandlingsteam.

**TEKST:** Marianne Lea, postdoktor, Universitetet i Oslo og klinisk farmasøyt, Sykehusapotekene HF, og Kirsten K. Viktil, avdelingsleder, ph.d., klinisk farmasøyt, Diakonhjemmet Sykehusapotek og førstepamanuensis, Universitetet i Oslo