

Sjekkliste for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

En grundig innføring i metodene finnes her: Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang og Norsk legemiddelhåndbok, kapittel G24. En elektronisk utgave av denne sjekklisten finnes på www.helsebiblioteket.no

Legemiddelsamstemming (LMS) er å lage en liste over alle legemidler pasienten faktisk bruker. Listen kalles *Legemidler i bruk (LIB)*. Lege eller virksomhet¹ som overtar behandlingsansvaret for en pasient, bør alltid utføre LMS. Bruk den beste tilgjengelige kilden: *Pasientens legemiddelliste (PLL)*, Kjernejournal (KJ), henvisning, epikrise, multidose, lokal EPJ eller pasientens egen liste. Opplysningene skal bekreftes av pasienten eller den som hjelper til med bruk av legemidler. Spør om etterlevelse, legemiddelreaksjoner (CAVE), faste legemidler som ikke brukes daglig, legemidler ved behov, reseptfrie legemidler og evt. kosttilskudd og naturlegemidler. Husk sprøyter, inhalatorer, plaster, dråper, stikkpiller, kremer og salver. Kontroller *Reseptformidleren (RF)* for doble oppføringer, tilbakekall uaktuelle resepter og oppdater LIB/PLL som for hvert legemiddel skal angi: *Virkestoff og evt. produktnavn, legemiddelform, styrke, dosering og bruksområde*. LMS må alltid utføres før LMG.

Legemiddelgjennomgang (LMG) er en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler for å sikre best mulig effekt og redusere risiko for bivirkninger og pasientskader. LMG utføres av legen alene eller sammen med farmasøyt og/eller sykepleier. Pasienten bør delta, ved behov også pårørende. LMG bør gjøres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud, ved uavklarte kliniske tilstander og minst årlig for pasienter som bruker 4 eller flere legemidler. Viktige beslutninger i LMG bør bygge på samvalg med pasienten.

Forberedelser til legemiddelgjennomgang

- Avtal tid, sted og evt. forberedelser med aktuelle deltakere inkludert pasient og pårørende.
- Anamnese og klinisk undersøkelse² gjøres ved nye symptomer, endret tilstand eller hvis det er lenge siden sist (≥ 1 år).
- Blodprøver: Vurder behov, inkludert nyrefunksjon, legemiddelanalyser og evt. farmakogenetiske³ tester.
- Andre tester: For eksempel EKG, 24-timers blodtrykk, spirometri, tester for fysisk funksjon, depresjon og demens⁴.

Gjennomføring av legemiddelgjennomgang

- Behandlingsmål bør tilpasses pasientens ønsker, diagnoser, prognose, tilstand og livssituasjon.
- Indikasjon: Kontroller indikasjon for hvert legemiddel og evt. begrunnelse for bruk utenom indikasjon.
- Effekt: Har pasienten nytte av hvert legemiddel og kombinasjonen av alle – subjektivt og objektivt?
- Tidsbegrenset behandling eller kur: Bekreft eller velg sluttdato.
- Blodprøver og andre tester: Har svarene betydning for valg og dosering av legemidlene?
- Dosering: Juster for alder, nyre- og leverfunksjon, effekt, bivirkninger, annen sykdom og evt. serumkonsentrasjon.
- Bivirkninger: Spør pasienten. Sjekk kliniske tegn og blodprøvesvar.
- Interaksjoner: Bruk analyseverktøy i EPJ/RF. Husk interaksjoner mellom legemiddel og sykdom.
- Funksjonssvikt: Tretthet, kognitiv svikt, delir, svimmelhet, fall og ernæringsvikt kan skyldes legemidler.
- Risikable og uhensiktsmessige legemidler: Sjekk tabellene på neste side og evt. andre sjekkliste⁵.
- Nye legemidler: Er bedre virkestoffer tilgjengelig? Har pasienten ubehandlede sykdommer eller plager?
- Alternativer eller tillegg til legemidler: F. eks. livsstilsråd, miljøtiltak, psykoterapi, stress- eller livsmestring.
- Pasientvennlig: Velg legemiddelformer og doseringsplan som forenkler bruk og fremmer etterlevelse.
- Livssituasjon og egenomsorg: Trenger pasienten hjelp til håndtering av legemidlene – evt. multidose?
- Vaksiner: Kontroller status i SYSVAK. Tilby vaksiner som pasienten trenger ifølge anbefalinger fra www.fhi.no

Oppfølging etter legemiddelgjennomgang

- Prioriter nødvendige endringer, lag en plan for gjennomføring og journalfør tiltakene med begrunnelser.
- Oppdater RF/PLL: Tilbakekall uaktuelle resepter og legg inn nye. Send oppdatert LIB til hjemmetjenesten ved behov.
- Vurder om multidose (fortsatt) er egnet for pasienten. Gjør avtale med kommunen og multidose-apoteket.
- Skriv ut ny, oppdatert LIB til pasienten og informer om muligheten til å sjekke *Mine resepter* på www.helsenorge.no
- Forklar pasient eller omsorgsperson hva som evt. er endret og hvorfor og hvordan hvert legemiddel skal brukes.

1. I sykehus og kommunehelsetjenesten kan LMS helt eller delvis delegeres til klinisk farmasøyt eller sykepleier etter opplæring. En lege skal ha ansvaret for å godkjenne samstemt LIB/PLL.

2. Anamnese og klinisk undersøkelse kan evt. delegeres til sykepleier med støtte i en sjekkliste.

3. Farmakogenetiske tester (bl.a. CYP-enzym) kan være aktuelt før langvarig behandling, ved uventet klinisk effekt eller store avvik i serumkonsentrasjon.

4. Tester og annen nyttig informasjon finnes her: www.aldringoghelse.no

5. STOPP2 viser kriterier for uhensiktsmessige legemidler. STOPPfrail og NorGeP-NH gjelder skrøpelige eldre og sykehjemspasienter

Tre gode råd for legemiddelgjennomgang

TILTAK: Hvis mulig, gjør bare én endring av gangen og observer⁶ virkningen av den.

AVMEDISINERING: Behold livsviktige og nødvendige legemidler, men vurder om forebyggende og symptomlindrende legemidler gradvis kan trappes ned, (prøve)seponeres⁷ eller bare brukes ved behov. Seponerte legemidler må tilbakekalles fra RF. Husk interaksjonskontroll: Opphør av interaksjoner ved seponering kan gi økt eller redusert virkning av gjenværende legemidler.

NYE LEGEMIDLER: Bruk nasjonale retningslinjer, veiledere og faglige råd. Sett en dato for evaluering. Avslutt behandlingen ved mangelfull effekt eller uakseptable bivirkninger. Bruk av vanedannende legemidler bør tidsbegrenses i en journalført avtale med pasienten.

Noen legemidler med risiko for alvorlige bivirkninger

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / Bivirkninger	Alternativer / tiltak
M01A	NSAIDs inkludert koksiber (cox-2 hemmere)	GI-blødning. Hjerte- og hjerneinfarkt. Forverret nyre- og hjertesvikt. Ødem. Hypertensjon. Astma.	Paracetamol 1g inntil x 4 bør forsøkes først. NSAID bør kun brukes ved behov. Eventuelt tillegg av PPI. Ikke diklofenak eller koksib ved hjerte- og karsykdom.
B01A A03	Warfarin	GI-blødning og hjerneblødning. Terapisvikt.	Startveiledning og doseringskort. Regelmessig kontroll av INR.
B01A E/F	DOAK (direktevirkende orale antikoagulantia)	GI-blødning og hjerneblødning. Terapisvikt. Blødningsfare ved nedsatt nyrefunksjon.	Følg råd i Norsk legemiddelhandbok og nasjonale retningslinjer.
B01A C	ASA og andre platehemmere	Blødning og terapisvikt.	Startveiledning. ASA ikke >75mg daglig.
N05B A N05C D/F	Benzodiazepiner, zopiklon og zolpidem	Avhengighet, døsigheit, ustøhet og fall. Forsterket effekt av alkohol. Trafikkarlig.	Fysisk aktivitet, søvnråd, psykoterapi, stressmestring. Velg lav dose av ett virkestoff med kort halveringstid i en begrenset periode. Melatonin kan prøves.
N02A	Opioider	Avhengighet, døsigheit, ustøhet og fall. Trafikkarlig ved oppstart og doseøkning. Obstipasjon.	Paracetamol 1g inntil x 4 bør forsøkes først. Tramadol bør unngås til eldre (>65 år) pga. risiko for alvorlige bivirkninger. Laksantia bør gis forebyggende. Bruk en veileder ⁸ i smertebehandling.
N06A B/ X12-26	SSRI og SNRI	Hyponatremi, nedsatt blodplatefunksjon, søvnforstyrrelser, seksuelle bivirkninger og seponeringsreaksjoner	Psykoterapi, fysisk aktivitet, lysbehandling, nærværstrening.
C09	ACE-hemmere og ARB (A2-blokkere)	Elektrolyttforstyrrelser. Hypotensjon, svimmelhet og fall. Nyresvikt ved akutt dehydrering.	Startveiledning. Gradvis doseøkning ved hjertesvikt. Informer om tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C03C	Slyngediuretika (furosemid og bumetanid)	Elektrolyttforstyrrelser. Dehydrering. Hypotensjon, svimmelhet og fall.	Skriftlig pasientveiledning med dosering etter symptomer: Vektøkning, ødem og dyspné, samt tiltak ved akutt dehydrering: Midlertidig seponering.
C01A A05	Digoksin	AV-blokk og arytmier. Forgiftning: Kvalme, slapphet og forvirring.	Vurder behovet for digoksin. Doser etter nyrefunksjon og serumkonsentrasjon.
H02A B	Kortikosteroider - systemisk bruk	Benskjørhet, diabetes, hypertensjon. Atrofi av muskulatur og hud.	Osteoporoseprofylakse bør vurderes ved bruk av prednisolon >7,5mg x 1 i >3 måneder.
L04A X03	Metotreksat tabletter	Risiko for alvorlig forgiftning ved misforståelse om dosering daglig i stedet for ukentlig.	Grundig informasjon til pasienten som selv bør få velge ukedag for bruk.

Noen legemidler som bør unngås til pasienter over 65 år

ATC	Legemiddel / gruppe	Risiko / Bivirkninger	Alternativer / tiltak
N06A A	TCA (trisykliske antidepressiva)	Antikolinerge bivirkninger: Svekket kognisjon, tretthet, forvirring, uro, arytmier, obstipasjon, urinretensjon, munntørhet, tannråte og uklart syn.	Velg annen behandling mot depresjon og smerter.
N05A	Antipsykotika (nevroleptika)	Antikolinerge bivirkninger. Parkinsonisme, tardive dyskinesier og dystoni. Forlenget QT-tid. økt risiko for hjerneslag og plutselig død.	Eventuelt haloperidol kortvarig ved delir. Ellers kun mot psykose i samråd med psykiater. Vurder behov for smertestillende og miljøtiltak ved uro hos demente.
R06A A/D/ E03-05	Antihistaminer 1. generasjon	Antikolinerge bivirkninger.	Velg 2. generasjon antihistamin ved allergi og urtikaria. Velg annen sovemedisin.
G04B D04-11	Antikolinerge midler mot overaktiv blære	Antikolinerge bivirkninger.	Utredning, blæretrening og inkontinensutstyr. Vurder andre legemidler.
A10B B	Sulfonylurea	Risiko for hypoglykemi med alvorlige følger.	Velg annen behandling i tråd med nasjonal retningslinje for diabetes.

6. Observasjon kan delegeres til pasienten selv, til pårørende eller annet helsepersonell. Bruk evt. e-konsultasjon.

7. Kapittel G27 Avmedisinering i Norsk legemiddelhandbok inneholder praktiske råd med tabeller for nedtrapping når det er nødvendig.

8. Kapittel 20 Smerter i Norsk legemiddelhandbok inneholder grundig informasjon om smertebehandling.