

Safe Medication Assessment

Underlag för bedömning, åtgärd, kommunikation och journalföring av läkemedelsanvändning

Namn: _____
Personnummer: _____
Vikt: _____ Längd: _____ Kreatininclearance: _____
Patientansvarig distriktssköt/sjuksköt: _____
Patientansvarig läkare: _____
Datum: _____ Sign: _____

Läkemedelshantering (a-d)

Be patienten uppge/visa sina läkemedel (namn, styrka, dos, indikation). Anteckna på listan nedan. Jämför med läkemedelslistan i patientens journal. Använd resultatet som underlag för diskussion med patient och förskrivande läkare eller distriktssköterska.

(OBS! patientens uppfattning)

Läkemedelsnamn	Styrka & Dos	Indikation

Vid behov skriv på baksidan

a. Patientens egen beskrivning av sina läkemedel stämmer med läkemedelslistan i patientjournalen.

Ja

Nej

b. Patienten får dosdispenserade läkemedel av hälso- och sjukvårdspersonal eller farmaceut, t ex ApoDos, E-dos eller Dosett.

Ja

Nej

c. Patienten får dosdispenserade eller iordningställda läkemedel av anhöriga i Dosett eller liknande.

Ja

Nej

d. Patienten får hjälp med att ta sina läkemedel ur burk, Dosett eller liknande.

Ja

Nej

Riskbedömning (1-16)

Skriv poäng på linjen och summera i slutet. Värdera resultatet i förhållande till ovan a-d.

1. Patienten har svårigheter att uppge eller visa samtliga läkemedel som ordinerats, inkl. läkemedel vid behov.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

2. Patienten har svårigheter att tala om för vilket sjukdomstillstånd respektive läkemedel används.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

3. Patienten har svårigheter att uppge eller visa respektive läkemedels administrationsform och dos.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

4. Patienten har förskrivare från fler än två vårdenheter, (t ex specialistmottagning, vårdcentral, vårdavdelning).

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

5. Patienten använder fem eller fler läkemedel, inklusive läkemedel vid behov och för egenvård.

1 = Ja stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

6. Patienten har en komplicerad läkemedelsbehandling (t ex administrering fler än tre gånger/dag, fler än 12 doser/dag, nedtrappningsschema eller cyklisk behandl.).

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

7. Patienten har ingen metod eller rutin för att komma ihåg att ta sina läkemedel.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

8. Patienten kan ha eller har enligt din bedömning en nedsatt kognitiv förmåga eller minnessvårigheter.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

9. Patienten har inte en adekvat förvaring av sina läkemedel.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

10. Patienten har en misstänkt risk för interaktion mellan sina läkemedel, inklusive läkemedel vid behov och för egenvård.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

11. Patienten har svårigheter att svälja sina läkemedel.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

12. Patienten har ett eller flera symptom som kan misstänkas vara läkemedelsbiverkningar.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

Om **ja**, ange vilket eller vilka symptom:

<input type="checkbox"/> andfäddhet	<input type="checkbox"/> muntorrhet
<input type="checkbox"/> aptitlöshet	<input type="checkbox"/> muskelsvaghet
<input type="checkbox"/> blåmärken	<input type="checkbox"/> muskelvärk
<input type="checkbox"/> blödning	<input type="checkbox"/> orkeslöshet
<input type="checkbox"/> bröstsmärtor	<input type="checkbox"/> oro/ångest
<input type="checkbox"/> diarré	<input type="checkbox"/> perifer kyla/frusenhet
<input type="checkbox"/> förstoppning	<input type="checkbox"/> skakningar
<input type="checkbox"/> förvirring	<input type="checkbox"/> svettningar
<input type="checkbox"/> hjärtklappning	<input type="checkbox"/> svullna underben/fötter
<input type="checkbox"/> hosta	<input type="checkbox"/> synstörningar
<input type="checkbox"/> hudutslag	<input type="checkbox"/> sömnbesvär
<input type="checkbox"/> huvudvärk	<input type="checkbox"/> trötthet/dåsighet
<input type="checkbox"/> illamående	<input type="checkbox"/> urinretention
<input type="checkbox"/> klåda	<input type="checkbox"/> yrsel/ostadighet
<input type="checkbox"/> kräkningar	<input type="checkbox"/> ögonbesvär
<input type="checkbox"/> magsmärter	<input type="checkbox"/> annat symptom _____
<input type="checkbox"/> mardrömmar	_____

13. Patienten har medvetet valt att inte följa ordination, utan att rådgöra med förskrivaren (t ex tar annan dos ibland eller ingen dos alls).

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

Om **ja**, ange av vilken eller vilka orsaker:

<input type="checkbox"/> rädsla för att bli beroende av läkemedel
<input type="checkbox"/> önskan om ökad egenkontroll över sin läkemedelsbehandling
<input type="checkbox"/> önskan om större delaktighet i sin läkemedelsbehandling
<input type="checkbox"/> biverkningar/rädsla för biverkningar
<input type="checkbox"/> svårigheter att acceptera sin sjukdom
<input type="checkbox"/> att läkemedlen inte har någon effekt
<input type="checkbox"/> att ordinerad dos inte ger tillräckligt effekt
<input type="checkbox"/> minskade sjukdomssymptom
<input type="checkbox"/> bristande förtroende för förskrivare
<input type="checkbox"/> bristande ekonomiska resurser
<input type="checkbox"/> störande inverkan på den dagliga rutinen
<input type="checkbox"/> påverkan från vänner, media eller liknande
<input type="checkbox"/> vinst i att välja en framtida högre risk
<input type="checkbox"/> annan orsak _____

14. Patienten har svårigheter att förstå det svenska språket.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

15. Patienten har enligt din bedömning alkoholrelaterade problem.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

16. Patienten har enligt egen bedömning för många läkemedel.

1 = Ja, stämmer

0 = Nej, stämmer inte _____

Totalsumma (max 16 poäng) _____

Ju högre poäng desto sämre förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning. Journalför poängsumman, identifierade problem, risker och åtgärder.

Din egen värdering av läkemedelsanvändningen

Säker										Osäker
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	