

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

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:

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

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

☐ andfåddhet	☐ muntorrhet
☐ aptitlöshet	☐ muskelsvaghet
☐ blåmärken	☐ muskelsvärk
☐ blödning	☐ orkeslöshet
☐ bröstsmärtor	☐ oro/ångest
☐ diarré	☐ perifer kyla/frusenhet
☐ förstoppning	☐ skakningar
☐ förvirring	☐ svettningar
☐ hjärtklappning	☐ svullna underben/fötter
☐ hosta	☐ synstörningar
☐ hudutslag	☐ sömnbesvär
☐ huvudvärk	☐ trötthet/dåsighet
☐ illamående	☐ urinretention
☐ klåda	☐ yrsel/ostadighet
☐ kräkningar	☐ ögonbesvär
☐ magsmärtor	☐ annat symptom _____
☐ mardrömmar	_____

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. Journal för poängsumman, identifierade problem, risker och åtgärder.

Din egen värdering av läkemedelsanvändningen

Säker								Osäker	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐