

(Finns för utskrift som pdf-fil på www.gothiafortbildning.se)

Safe Medication Assessment

Underlag för bedömning, åtgärd, kommunikation och journalföring av läkemedelsanvändning

Namn: _____

Personnummer: _____

Vikt: _____ Längd: _____ Kreatininclearance: _____

Patientansvarig
distriktssköterska/sjuksköterska: _____

Patientansvarig
läkare: _____

Datum: _____ Sign: _____

Be patienten uppges/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)

[illegible]

Vid behov skriv på baksidan

- ☐ Ja
- ☐ Nej

- ☐
- Ja
-
- ☐
- Nei

- ☐ Ja
- ☐ Nei

- ☐ Ja
- ☐ Nej

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

- 1 = Ja, stämmer
0 = Nej, stämmer inte

- 1 = Ja, stämmer
0 = Nej, stämmer inte

- 1 = Ja, stämmer
0 = Nej, stämmer inte

- 1 = Ja, stämmer
0 = Nej, stämmer inte

- 1 = Ja stämmer
0 = Nej, stämmer inte

- 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 symtom 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 symtom:

<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/ängest
<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"/> hjärklappning	<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"/> magsmärtor	<input type="checkbox"/> annat symtom _____
<input type="checkbox"/> 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. Journalför poängsumman, identifierade problem, risker och åtgärder.

Din egen värdering av läkemedelsanvändningen

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