

SMA

Safe Medication Assessment

Underlag för distriktssköterskans/sjuksköterskans bedömning, åtgärd och journalföring av patientens läkemedelsanvändning

Namn: _____
Personnummer: _____
Vikt: _____ Kreatininclearance: _____
Patientansvarig distriktssköterska: _____
Patientansvarig läkare: _____
Datum: _____ Sign: _____

Läkemedelsprofil

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

Namn (fasta, vid behovs- och egenvårdsläkemedel)	Styrka och Dos	Indikation (patientens uppfattning)

Läkemedelsanvändning

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

Ja
Nej

Skriv poängsiffran på linjen och summera i slutet av bedömningen

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

1 = Ja

0 = Nej

4. Patienten kan uppge/visa samtliga läkemedel som han/hon ordinerats, inklusive vid behovs läkemedel.

2 = Ja

1 = Delvis

0 = Nej

5. Patienten kan tala om för vilket sjukdomstillstånd som respektive läkemedel används.

2 = Ja

1 = Delvis

0 = Nej

6. Patienten kan uppge/visa respektive läkemedels administrationsform och dos.

2 = Ja

1 = Delvis

0 = Nej

7. Patienten har förskrivare från fler än två vårdenheter, ex specialistmottagning, vårdcentral eller vårdavdelning.

1 = Nej

0 = Ja

8. Patienten använder fem eller fler läkemedel, inklusive vid behovs- och egenvårdsläkemedel.

2 = Nej

0 = Ja

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

1 = Ja

0 = Nej

10. Patienten har, enligt Din bedömning, svårigheter att svälja sina läkemedel.

1 = Nej

0 = Ja

11. Patienten har, enligt Din bedömning, en komplicerad läkemedelsbehandling, ex administreringar fler än tre gånger/dag, fler än 12 doser/dag, nedtrappningsscheman eller cykliska behandlingar.

2 = Nej

0 = Ja

12. Patienten har metoder för att komma ihåg att ta sina läkemedel.

2 = Ja

1 = Delvis

0 = Nej

13. Patienten har, enligt Din bedömning, nedsatt kognitiv förmåga/minnessvårigheter.

2 = Nej

1 = Möjligen

0 = Ja

14. Patienten förvarar sina läkemedel adekvat.

2 = Ja

0 = Nej

15. Patienten har, enligt Din bedömning, en misstänkt risk för interaktioner mellan sina samtliga läkemedel, inklusive vid behovs- och egenvårdsläkemedel.

2 = Nej

0 = Ja

16. Patienten har, mer än tillfälligtvis, symptom som kan misstänkas vara läkemedelsbiverkning/ar.

2 = Nej

0 = Ja

Om **ja**, ange vilket/vilka:

<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"/> magsmärtor	<input type="checkbox"/> annat _____
<input type="checkbox"/> mardrömmar	_____

17. Patienten tar medvetet en annan dos än den ordinerade utan att rådgöra med förskrivande läkare eller distriktssköterska.

2 = Nej

1 = Ja, ibland

0 = Ja

Om **ja**, ange orsak/er:

Patienten upplever

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

annat _____

18. Patienten har, enligt Din bedömning, svårigheter att förstå det svenska språket.

1 = Nej

0 = Ja

19. Patienten har, enligt Din bedömning, alkoholrelaterade problem.

1 = Nej

0 = Ja

20. Patienten anser sig ha för många läkemedel.

2 = Nej

0 = Ja

Totalsumma (max 30 poäng)

Distriktssköterskans bedömning av säkerheten i patientens läkemedelsanvändning

0 p

Osäker

30 p

Säker

Ju högre poäng bedömningen resulterar i desto bättre förutsättningar för en säker läkemedelsanvändning. Journalför poängsumman, identifierade problem och risker samt vidtagna åtgärder.

Författare:

Annelie Gusdal dsk & vårdutvecklingsledare
Christel Beckman dsk & adjungerad klinisk adjunkt
Lena Törnkvist dsk, med dr & vårdutvecklingschef
Centrum för allmänmedicin, Stockholm
Rolf Wahlström dl & docent
Karolinska Institutet, Stockholm