# Ansvarsövertag för läkemedelshantering

*Det är förskrivarens ansvar att ta ställning till om patienten klarar att hantera sina läkemedel självständigt. Om förskrivaren bedömer att patienten inte klarar det, bör ställningstagandet dokumenteras i patientjournalen. Detta beslut bör omprövas vid förändring av patientens hälsotillstånd. Den sjuksköterska som övertar ansvaret för läkemedelshanteringen ska försöka finna en praktisk lösning i samråd med behandlande läkare, personal och / eller närstående.*

|  |
| --- |
| Helt ansvarsövertagande för läkemedelshanteringen |
| Administrering via läkemedelsautomat, stående dosdispenserade läkemedel *(Om patienten får stående dosdispenserade läkemedel via läkemedelsautomat kryssa i följande ruta tillsammans med helt eller delvis läkemedelsövertag - se riktlinje för läkemedelshantering inom kommunal  primärvård för ytterligare information om hur övertaget förändras med läkemedelsautomat)* |
| Delvis ansvarsövertagande  *(specificera nedan vad det delvisa övertaget innefattar endast när det är delvis ansvarsövertag)*  Hälso- och sjukvården ansvarar för: 1 …………………………………………………………………………………………… 2 …………………………………………………………………………………………… 3…………………………………………………………………………………………… 4…………………………………………………………………………………………… 5…………………………………………………………………………………………… |

Förutsättningar för ansvarsövertag av läkemedelshantering:

* Detta dokument med underskrift
* En kopia på journalanteckningen som ligger till grund för beslutet och där det framgår att patient och/eller närstående är informerade
* En samlad läkemedelsförteckning
* Information om när och hur kontakt med förskrivaren ska ske
* Informera patient/närstående om låsbart medicinskåp
* Läkare behöver ta ställning till att det inte finns några hinder för administrering via läkemedelsautomat

ANSVARSÖVERTAGANDE AV LÄKEMEDELSHANTERINGEN FÖR:  
Namn …………………………… Personnummer ………………………………..  
Överföres till omvårdnadsansvarig sjuksköterska från och med …………………………….………………….………………….………………….  
Göteborg ……. /…….-……………..……………  
  
………………………………………………………………………………………  
Patientansvariges läkares underskrift/namnförtydligande  
  
Patient/närstående är informerad om beslutet