

SMA

Safe Medication Assessment

Underlag för distriktssköterskans bedömning, åtgärd samt journalföring av patientens läkemedelsanvändning

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

Läkemedelsprofil

1. Be patienten uppgive/visa sina läkemedel (namn, styrka, dos, indikation).
Anteckna patientens uppgifter på nedanstående lista.
Jämför nedanstående lista med läkemedelslistan i patientens journal.
Använd vid behov resultatet som underlag för diskussion med patienten och läkaren.

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

Läkemedelsanvändning

Skriv poängsiffran på linjen och summera i slutet av bedömningen

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

3 = Ja
0 = Nej

3. Patienten får hjälp av anhörig med dosdispensering/iordningställande av sina läkemedel i Dosett eller liknande.

1 = Ja
0 = Nej

4. Patienten kan uppgive/visa samtliga läkemedel som han/hon ordinerats, inklusive vid behovsläkemedel.

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 uppgive/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 egenvårds-läkemedel.

1 = Nej
0 = Ja

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

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

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 uppenbar 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"/> andfåddhet	<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 låter medvetet bli att ta sina läkemedel eller tar en annan dos än den ordinerade utan att rådgöra med förskrivaren.

2 = Nej

1 = Ja, ibland

0 = Ja _____

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

Patienten upplever

- rädsla för att bli beroende av läkemedel
- önskan om egenkontroll över sin läkemedelsanvändning
- biverkningar/rädsla för biverkningar
- svårigheter att acceptera sin sjukdom
- att läkemedlen inte har någon effekt
- att ordinerad dos inte ger tillräcklig effekt
- minskade sjukdomssymptom
- bristande förtroende för förskrivare
- bristande ekonomiska resurser
- påverkan från vänner, media, etc.
- vinst i att välja risk för framtida komplikationer
- 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 _____

Totalsumma (max 30 poäng) _____

Bedömning av säkerheten i patientens läkemedelsanvändning

0 p

30 p

Osäker _____ Säker _____

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

Författare:

Christel Beckman, dsk och adjungerad klinisk adjunkt

Annelie Gusdal, dsk och vårdutvecklingsledare

Lena Törnkvist, dsk, med dr och vårdutvecklingschef

Centrum för allmänmedicin, Stockholm

Rolf Wahlström, dl, docent och FoU-chef

FoU-centrum, sektionen för allmänmedicin, Eskilstuna