

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

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

4. Patienten får hjälp med att ta sina läkemedel ur burk, Dosett eller liknande.
Ja
Nej

Skriv poängsiffran på linjen och summera i slutet av bedömningen

5. Patienten kan uppge/visa samtliga läkemedel som han/hon ordinerats, inklusive vid behovs läkemedel.
2 = Ja
1 = Delvis
0 = Nej _____

6. Patienten kan tala om för vilket sjukdomstillstånd som respektive läkemedel används.
2 = Ja
1 = Delvis
0 = Nej _____

7. Patienten kan uppge/visa respektive läkemedels administrationsform och dos.
2 = Ja
1 = Delvis
0 = Nej _____

8. Patienten har förskrivare från fler än två vårdenheter, ex specialistmottagning, vårdcentral eller vårdavdelning.
1 = Nej
0 = Ja _____

9. Patienten använder fem eller fler läkemedel, inklusive vid behovs- och egenvårdsläkemedel.
2 = Nej
0 = Ja _____

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"/> magsmärter	<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 28 poäng)

Distriktssköterskans bedömning av säkerheten i patientens läkemedelsanvändning

Osäker _____ **Säker**

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