

Dokumentet togs fram under våren 2024.

Kontaktperson är Catrin Hermansson catrin.hermansson@ockero.se

Bedömning gällande användning av läkemedelsautomat för hemsjukvårdspatient

Följande frågor är ett stöd för bedömning om användande av läkemedelsautomat. Kursiv text är vägledande i bedömningen.

Namn:

Personnummer:

Datum:

Delaktiga vid bedömning:

Datum för uppföljning (Inom 14dgr):

LÄKEMEDELSBEHANDLING	JA	NEJ
<ul style="list-style-type: none">Har patienten dosdispenserade läkemedel idag? <p><i>Guide: Eller har möjlighet att få det?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Om det finns läkemedel som patienten tar i originalförpackning, ex inhalator eller flytande läkemedel, kan patienten ta dessa med hjälp av en påminnelse? <p><i>Guide: Om svaret är nej, kan en läkemedelsautomat ibland vara ett alternativ med komplement av ett personligt besök. Målet måste inte vara noll hembesök relaterade till läkemedel.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DELAKTIGHET		
<ul style="list-style-type: none">Är patienten positiv till att ta sina läkemedel? <p><i>Guide: Om inte, välj annan metod.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÖLJSAMHET		
<ul style="list-style-type: none">Är patienten följsam till läkemedelsbehandling (ej risk för överkonsumtion?) <p><i>Guide: Om inte, välj annan metod.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÖRELSEFÖRMÅGA		
<ul style="list-style-type: none">Bedöms patienten kunna ta sig till och från läkemedelsautomat för läkemedelsintag? <p><i>Guide: Med eller utan hjälpmedel? Vid osäkerhet, konsultera rehab</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRSEL OCH SYN		
<ul style="list-style-type: none">Bedöms patienten kunna höra ljudpåminnelser från läkemedelsautomat och se meddelanden på skärmen? <p><i>Guide: Med eller utan hjälpmedel?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOGNITIV FÖRMÅGA		
<ul style="list-style-type: none">Har patienten kognitiv förmåga för att använda en läkemedelsautomat? <p><i>Guide: Kan hantera enklare teknisk utrustning (t.ex. fjärrkontroll, trygghetslarm). Klarar patienten att ta sina läkemedel med hjälp av påminnelser, om rätt dos tas fram vid rätt tid? Om osäkerhet: genomför Safe Medication Assessment/SMA bedömning</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HANTERING AV DOSPÅSE		
<ul style="list-style-type: none">Kan patienten öppna en dospåse som är förklippt? <p><i>Guide: Testa vid tveksamhet</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNKTION		
<ul style="list-style-type: none">Är hemmet rökfritt? <p><i>Guide: Diskutera med HMC</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none">• Kan läkemedelsautomaten stå i närheten av ett eluttag? <p><i>Guide: Läkemedelsautomatens batteri fungerar i h vid elavbrott</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Alla kriterier behöver inte vara uppfyllda, de ska ses som hjälp i arbetet med att identifiera lämpliga patienter. Individens specifika situation och behov ligger till grund för sjuksköterskans bedömning.

Obs spara blanketten i patientens fysiska journal.