

Dokumentation i Melior av apotekare

Sammanfattning

Rutin för hur apotekare inom berörda kliniker dokumenterar patientnära arbete i journalsystemet Melior. Rutinen beskriver en kartläggning av patientens läkemedelsanvändning.

Förändringar sedan föregående version

Utöver redaktionella ändringar har aktualisering gjorts av innehåll under rubrik *Förutsättningar* samt mindre justering i avsnitt *Justera ordination för dosering*.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förändringar sedan föregående version	1
Förutsättningar	1
Genomförande	2
Läkemedelsgenomgång	2
1. Uppdatera läkemedelslista	2
2. Journaldokumentation	2
Uppföljning	3
Dokumentinformation	3

Förutsättningar

Apotekare tar fram underlag till korrekt läkemedelslista och dokumenterar i Melior. Källor som används är patient, eventuell anhörig, hemsjukvård, vård- och omsorgsboende, Melior, Pascal (om dospatient), Nationella läkemedelslistan (NLL), Asynja Visph, privata vårdcentraler (tfn/fax), nationell patientöversikt (NPÖ), eventuellt egenskrivna listor, medhavd dosett/förpackningar.

Eventuella läkemedelsrelaterade problem, t.ex. orimliga doseringar, allvarliga biverkningar, riskfyllda läkemedel och betydelsefulla interaktioner diskuteras med läkare som fattar beslut och eventuellt uppdaterar läkemedelslistan samt informerar patienten. Läkare ansvarar

för att uppdatera sökordet *Läkemedelsgenomgång* under aktiviteten *Planering* när läkemedelsgenomgången är slutförd.

Genomförande

Läkemedelsgenomgång

1. Uppdatera läkemedelslista

Vid en läkemedelsgenomgång justerar apotekare läkemedelslistan via ordinationsöversikten. För att ta reda på patientens aktuella läkemedelsanvändning, d.v.s. aktuell läkemedelslista, förs samtal med patient, närstående, vårdpersonal eller annan källa utifrån behov. Uppdateringarna dokumenteras i journaltext enligt punkt 2.

Vid uppdatering av läkemedelslistan väljs ansvarig läkare som ansvarar för signering. Därefter utförs följande:

Sätta in ordination. Läkemedel som patient/närstående uppger att hen tar, och vilka kan verifieras med t.ex. en läkemedelsförpackning, recept eller journalanteckning, läggs in för signering. Ordinationen sparas och ska sedan signeras av läkare.

Sätta ut ordination. Ordinationer som patient/närstående uppger är utsatta, och vilket kan verifieras med t.ex. journalanteckning eller att recept inte förskrivits det sista året, kan sättas ut. Även dubbletter kan sättas ut. Att utsättning är gjord dokumenteras i läkemedelslistan när utsättningen görs samt i en journalanteckning. Ange källa till utsättningen, t.ex. hänvisa till journalanteckning eller receptlistan.

Justera ordination för dosering. Enligt uppgifter från patient/närstående, vårdpersonal eller journalanteckning kan ordinationer ändras från stående till vid behov och vice versa (t.ex. för paracetamol).

Justera dostillfälle. Enligt uppgifter från patient/närstående, vårdpersonal, journalanteckning kan intag på dagen justeras, t.ex. patient uppger att Levaxin tas till lunch istället för på morgonen.

Utdelningstillfälle. Enligt uppgift från vårdpersonal eller patient/närstående kan utdelningstillfällen i utdelningsvyn läggas till för att förtydliga när nästa läkemedelsdos ska iordningställas och administreras (t.ex. smärtplåster).

2. Journaldokumentation

Texten ska vara lätt att förstå. Fackuttryck kan användas när så krävs. Förkortningar ska undvikas, men kan användas om de är allmänt

kända. Texten ska utformas så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som värderande av patienten. Negativa formuleringar undviks.

Apotekaren ska dokumentera i Melior om en åtgärd gjorts på en patient (justering av läkemedelslista, läkemedelsinformation etc.).

Dokumentation görs under aktiviteten *Läkemedelsanteckning apotekare*. Denna anteckning är låst till rollen apotekare, men är kopplad till personalkategorin Ssk (eftersom denna kategori möjliggör uppdatering av läkemedelslistan i läkares namn). Titel *Apotekare* visas framför namnet och personalkategori Ssk visas till höger i anteckningshuvudet.

I anteckningen ska framgå vilka källor apotekaren använt sig av för att ta fram underlag till läkemedelsgenomgång samt vilka justeringar som är genomförda i ordinationsöversikten enligt ovan. Även övrig relevant information såsom följsamhet, misstanke om biverkningar, hanteringsproblem samt läkemedelsinformation till patient dokumenteras. Vid behov sker muntlig avstämning med ansvarig läkare.

Uppföljning

Rutinen ska följas upp minst årligen alternativt tidigare vid behov av revidering.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Catrine Gustavsson, apotekare, Sjukvårdsapoteket VGR/SÄS

Grete de Flon, tf enhetschef, Sjukvårdsapoteket VGR/SÄS

Remissinstanser (utgåva 1)

Karin Hederstierna, verksamhetschef, medicinkliniken

Inger Holm Gunnarsson, läkarchef underläkare, medicinkliniken

Christina Furhammar, utvecklingscontroller, medicinkliniken

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Läkemedelsgenomgång, apotekare, medicinering,

läkemedelsordinationer, ordinationsförändringar, patientjournal

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Grete de Flon, (grede1), Enhetschef

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-246

Version: 3.0

Giltig från: 2024-12-17

Giltig till: 2026-12-16