OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Psykos
Innehållsansvar: Kristina Annerbrink, (krian48), Sektionschef
Granskad av: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef
Godkänd av: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-07-08
Giltig till: 2028-07-07

Dokumentation av läkemedelsbehandling

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar.

Bakgrund och syfte

Upprätthållande av säker läkemedelsbehandling och tydlighet kring denna både internt mellan vårdgivare och till patienten.

Utförande

Slutenvård

Början av vårdtiden:

Enkel läkemedelsgenomgång och uppdatering av läkemedelslista ska göras för alla patienter. Dokumentation ska alltid göras under aktiviteten Läkemedelsgenomgång, i första hand under sökordet ”läkemedelsgenomgång”.

1. Genomför enkel läkemedelsgenomgång med patienten:
- Vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför?
- Vilka av dessa läkemedel använder patienten?
- Vilka övriga läkemedel (eller naturpreparat) använder patienten?
- Behandlas patienten med olämpliga läkemedel?

2. Kontrollera att listan i läkemedelsmodulen är korrekt.

Gör en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Inhämta vid behov uppgifter från närstående, journalhandlingar, läkemedelsförteckningen eller

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

dosrecept. Ta ställning till läkemedelsrelaterade problem och eventuella åtgärder samt uppföljning av dessa.

Under vårdtiden:

Alla läkemedelsförändringar ska dokumenteras under sökordet ”Förändrad läkemedelsordination” (t.ex. under aktivitet Daganteckning) – beskriv under detta sökord:

- Vilken förändring har gjorts?
- Varför?
- Hur ska uppföljning ske och när?

Vid alla utvärderingar och förändringar av långsiktig läkemedelsbehandling – tänk på att värdera följande:

- Finns indikation för läkemedlet?
- Värdera behandlingseffekten.
- Värdera dosen och nyttan kontra riskerna i förhållande till fysiologiska funktioner samt övriga läkemedel, inkl. interaktioner.
- Värdera effekten kontra biverkningar.

För mer information om enkla resp. fördjupade läkemedelsgenomgångar, se SU-gemensam rutin ”Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse” (dok.nr. Barium 9153).

Inför utskrivning:

Gör en sammanfattning av läkemedelsrelaterade problem och läkemedelsförändringar i slutanteckningen. Vid utskrivning ska alla läkemedel som patienten inte ska fortsätta med i öppenvård sättas ut. Gå in i Aktuella Ordinationer och gå igenom listan så den är korrekt och utan dubbletter.

Skriv en vård- och läkemedelsberättelse i journalen under aktiviteten Vård- och läkemedelsberättelse. Denna ska säkerställa att patienten (och närstående) förstår sin läkemedelsbehandling och ska underlätta kommunikation mellan olika vårdinrättningar. Den ska skrivas på ett språk som är lätt att förstå och ska innehålla uppgifter om:

- Vårdenhet, vårdtid och ansvarig specialist vid utskrivningen.

- Orsak till vården.
- Aktuella läkemedel – hänvisas till separat lista.
- Vilka läkemedelsändringar som gjorts och behandlingar som givits.
- Syfte och mål med läkemedelsbehandlingen.
- Vilken uppföljning som kommer att ske (inkl. tid till öppenvård och eventuellt andra vårdinrättningar)

Även andra relevanta bedömningar och vårdinsatser under vårdtiden (men som inte inbegriper läkemedel) tas med i vård- och läkemedelsberättelsen.

Vid utskrivningen ska patienten få utskriven vård- och läkemedelsberättelse samt läkemedelslista med sig.

Öppenvård

Nybesök:

Följ rutinen för ”Enkel läkemedelsgenomgång och uppdatering av läkemedelslista” ovan.

Under vårdtiden:

Vid varje besök hos läkare kontrolleras att läkemedelslistan (Aktuella Ordinationer) är korrekt

Förändringar av läkemedelsbehandlingen dokumenteras under sökordet ”Förändrad läkemedelsordination” enligt ovan (aktivitet Besök, Psykiatri läkare). Görs ändringar utan kopplat läkarbesök kan förändringen dokumenteras under Annan kontakt och sedan nämnas under rätt sökord vid nästa läkarbesök.

Minst en gång per år samt vid behov genomförs Enkel läkemedelsgenomgång.

Ansvar

Verksamhetscheferna via linjecheferna på respektive enheter ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Läkare och sjuksköterskor ansvarar för att följa rutinen i tillämpliga delar för patienter de vårdar. VÖL:ar ansvarar för att rutinen följs på respektive enhet.

Uppföljning

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Psykos

Innehållsansvar: Kristina Annerbrink, (krian48), Sektionschef

Granskad av: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef

Godkänd av: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9806-1988473940-162

Version: 8.0

Giltig från: 2026-07-08

Giltig till: 2028-07-07