

Rutin

Rubrik: Läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad, samt läkemedelsberättelse	
Enhet/förvaltning: Hälso- och sjukvården	Huvudområde/delområde: Läkemedel
Ansvarig: Kjell Ivarsson, Hälso- och sjukvårdsdirektör	Utfärdare: Lena Olsson, Klinisk farmaceut
Gemensamt med: Anna Janson, ordförande Läkemedelskommittén	Version: 1.2
Godkänt datum: 2022-02-15	Nästa revidering: 24-03-01

Syfte och omfattning

Syftet med rutinen är att beskriva hur enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång ska genomföras och dokumenteras. Grunden är Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37. Läkemedelsgenomgångar genomförs för att öka kvalitet och säkerhet i läkemedelsbehandlingen för patienter med många läkemedel eller då det råder oklarheter kring val och effekter av behandlingen.

Rutinen omfattar all hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs inom eller finansieras av Region Blekinge.

Ansvar

En läkare ansvarar för läkemedelsgenomgången. Vid behov sker samarbete med andra läkare, klinisk farmaceut, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Region Blekinge tolkar detta som att läkaren är övergripande ansvarig för att läkemedelsgenomgången genomförs samt att ytterst ta beslut kring de läkemedelsrelaterade problem som identifieras. Detta innebär inte alltid att läkaren ansvarar för hela genomförandet. För patienter i hemsjukvård och i särskilt boende initieras läkemedelsgenomgång med fördel av ansvarig sjuksköterska.

Enkel läkemedelsgenomgång

Till vem

En enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel vid:

- besök hos läkare i öppenvård
- inskrivning i slutenvård
- påbörjad hemsjukvård och därefter årligen
- inflyttning på särskilt boende och därefter årligen
- vid initiering av dosdispensering och därefter årligen

- och alltid till patienter som har läkemedelsrelaterade problem* eller där det finns misstanke om sådana problem, oavsett ålder och antal läkemedel.

*Läkemedelsrelaterade problem kan vara olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem som är relaterade till en patients läkemedelsanvändning.

Kartläggning av läkemedel

För att upprätta en aktuell läkemedelslista, stäms följande av med patienten:

- Vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför? (Styrka, dosering, beredningsform.)
- Vilka av dessa läkemedel patienten verkligen använder och hur?
- Vilka receptfria läkemedel, naturläkemedel och kosttillskott som intas regelbundet och vid behov? Dessa dokumenteras under sökord "Läkemedelsberättelse".

Om patienten inte själv kan lämna uppgifterna kan andra källor såsom närstående, journalhandlingar (egna eller annan vårdgivare), Pascal, Nationell patientöversikt (NPÖ) eller Nationella läkemedelslistan (NLL) användas.

Lämplighetsbedömning

Läkaren ska kontrollera om läkemedelslistan är korrekt samt göra en bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

Att tänka på:

- olämpliga läkemedelsval t.ex. antikolinerga läkemedel till äldre
- interaktioner av klinisk relevans
- hanteringsproblem till exempel sväljsvårigheter, svårighet att hantera läkemedelsburk/inhalator
- över- och underbehandling

Uppföljning

Läkemedelsrelaterade problem som går att lösa direkt ska åtgärdas och följas upp. Om problemen inte kan åtgärdas vid aktuellt tillfälle ska en fördjupad läkemedelsgenomgång planeras in.

Information till patienten

Patienten ska få individuellt anpassad information om vilka åtgärder som har vidtagits och orsakerna till dessa samt en uppdaterad utskrivna läkemedelslista.

I slutenvård ska den uppdaterade läkemedelslistan och läkemedelsberättelse lämnas till patienten vid utskrivningen.

Dokumentation i journalsystem/NCS Cross

Läkemedelslistan uppdateras. För dospatienter görs eventuella ändringar i Pascal.

Vid inskrivning i slutenvård ska läkemedelslistan dokumenteras under sökordet ”aktuell medicinering”. Ange källan till listan (t.ex. patient, anhörig) och om det finns behov av komplettering på vårdavdelning.

Enkel läkemedelsgenomgång dokumenteras under sökord ”Läkemedelsberättelse”.

Dokumentationen ska innehålla information om:

- Vilka läkemedelsrelaterade problem patienten har.
- Vidtagna åtgärder, läkemedelsförändringar. Vilka? Varför?
- Behandlingsmål, planerad behandlingstid.
- Uppföljning, när och av vem?

För att synliggöra genomförd läkemedelsgenomgång (när och av vem) i journalen så ska den markeras med knappen Läkemedelsgenomgångar (läkemedelslistan öppenvård).

Fördjupad läkemedelsgenomgång

Till vem

Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska av vårdenheten erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Den initieras av/genomförs av:

- aktuell vårdenhet som identifierar behovet.

Om man inom den aktuella vårdenheten inte kan genomföra en fördjupad läkemedelsgenomgång ska remiss skickas till:

- berörd primärvårdsenhet eller
- specialistklinik som har huvudansvar för patient.

Remiss till annan vårdenhet ska innehålla en frågeställning om varför en fördjupad läkemedelsgenomgång är önskvärd t.ex. misstänkt biverkan, olämplig dosering eller oklar indikation.

Förberedelser

Utöver en aktuell läkemedelslista från den enkla läkemedelsgenomgången kan följande information behöva inhämtas:

- symtomskattning, PHASE-20/Proxy
- aktuella laboratorie- och mätvärden (blodtryck, puls, vikt, lab-paket SÄBO/hemsjukvård i BOS)
- vid behov, inhämta information från annan behandlande kollega

Utvärdering av läkemedelsbehandling

Patientens samtliga läkemedel utvärderas med avseende på:

- att aktuell indikation finns
- behandlingseffekten
- doseringen av läkemedlet i förhållande till patientens fysiologiska funktioner
- biverkningar och risk för biverkningar
- utvärdera nyttan i förhållande till risker (biverkningar, interaktioner) och övrig behandling

Undvik att göra alltför många läkemedelsförändringar på en och samma gång, för att underlätta utvärdering av resultatet.

Information till patienten

Patienten alternativt närstående ska få:

- information om de åtgärder som vidtagits och orsaken till dessa
- information om målen för läkemedelsbehandlingen
- en uppdaterad läkemedelslista innehållande aktuella indikationer för samtliga ordinerade läkemedel

Dokumentation i journalsystem/NCS Cross

Fördjupad läkemedelsgenomgång dokumenteras under sökord ”Läkemedelsberättelse – Fordjupad läkemedelsgenomgång.”

Dokumentationen ska innehålla information om:

- vidtagna åtgärder och läkemedelsförändringar. Vilka? Varför?
- behandlingsmål, planerad behandlingstid
- uppföljning, när och av vem?
- vilka yrkesutövare som har deltagit vid läkemedelsgenomgången

Efter fördjupad läkemedelsgenomgång uppdateras läkemedelslistan respektive ordinationerna i Pascal för patient med dosdispenserade läkemedel.

För att synliggöra genomförd läkemedelsgenomgång (när och av vem) i journalen så ska den markeras med knappen Läkemedelsgenomgångar (läkemedelslistan öppenvård).

Läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvård

Läkemedelsberättelse upprättas i journalen i samband med utskrivning från slutenvård samma dag som patienten skrivs ut. Läkemedelsberättelsen utgör en del av patientens utskrivningsmeddelande samt epikrisen och ska innehålla information om:

- förändringar i en patients läkemedelsbehandling som har genomförts under vårdtiden samt orsaken till förändringarna

I journalen skall även dokumenteras:

- behandlingstid och mål för läkemedelsbehandlingen
- när uppföljning av behandlingen ska göras och
- vilken vårdenhet som ska ansvara för uppföljningen

- kvarstående läkemedelsrelaterade problem

Tips på hur man skriver en läkemedelsberättelse finns i bilaga 1.

Referenser och länkar

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (inklusive handledning)
[HSLF-FS 2017:37](#)
- Symtomskattningsskala PHASE-20, PHASE-Proxy
[Läkemedelsgenomgångar - Region Blekinge](#)
- Klinisk farmaceut Region Blekinge
[Klinisk farmaci - Region Blekinge](#)

Rutinbilaga 1 Läkemedelsberättelse

Läkemedelsberättelse och information i utskrivningsmeddelande.

Att tänka på när man skriver Läkemedelsberättelse:

- Lista alla genomförda läkemedelsförändringar (vid utskrivning i förhållande till vid inskrivning) och orsak till dessa under sökord Läkemedelsberättelse.
- Förändringarna framförs i punktform med ny rad för varje läkemedelsförändring och med preparatnamnet först på raden.
- Ange preparatnamnet och inte bara exempelvis kortison, antibiotika eller kalktablett.
- Använd ett patientanpassat språk.
- Förtydliga att inga läkemedelsförändringar har genomförts om så är fallet.

Exempel:

- Panodil har avslutats eftersom du inte längre har smärta.
- Kåvepenin har påbörjats p.g.a. lunginflammation och ska tas i tio dagar till och med ååmmdd.
- Spironolakton har satts ut eftersom ditt kaliumvärde i blodet är högt. Din vårdcentral beslutar om det ska återinsättas.
- Enalapril har minskats i dos då ditt blodtryck är lågt.
- Alendronat är insatt på grund av benskörhet. Observera att du ska börja ta denna först den ååmmdd.

Utskrivningsmeddelande överlämnas till patienten innan patienten skrivs ut från sjukhus. Den aktuella läkemedelslistan går igenom med patienten för att försäkra att patienten förstår och är överens om de läkemedelsändringar som genomförts. För patienter som inte är orienterade ges om möjligt motsvarande information till patientens ombud. Utskrivningsinformationen överförs även till nästa vårdenhet (exempelvis ansvarig läkare i primärvård, sjuksköterska i kommun) senast samma dag.