



UiO : **Universitetet i Oslo**

Kommunefarmasi i Norge

**En studie over hva farmasøyter bidrar med og hva de mener
det er behov for av farmasøytiske tjenester i
kommunehelsetjenesten**

Rapport av:

Else-Lydia Toverud og Helle Håkonsen

Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, august 2019

Innhold

1. BAKGRUNN	3
2. PROSJEKTETS GJENNOMFØRING	5
3. RESULTATER	5
3.1 Ansettelsesforhold	5
3.2 Oppgaver farmasøyter utfører i kommunen i dag	6
3.2.1 Hovedoppgaver på systemnivå.....	6
3.2.2 Hovedoppgaver på individnivå	8
3.3 I hvilken grad har farmasøytene relevante oppgaver?	9
3.4 Deltagernes syn på hva som bør være deres primæroppgaver i kommunen	10
3.5 Samarbeidspartnere	10
4. KONKLUSJON	11

1. BAKGRUNN

På grunn av en økende levealder i den norske befolkning stiger antallet pasienter som er mer eller mindre kontinuerlig avhengig av et velfungerende helsevesen. Mange pasienter lever lenge med flere kroniske sykdommer, og stadig flere overlever akutte sykdommer. I tillegg vil situasjonen bli mer dramatisk i nær fremtid på grunn av den store etterkrigsgenerasjonen som snart vil inneholde mange pleietrengende.

Flere oppgaver enn før pålegges de enkelte kommunene, noe som i høy grad gjelder helse. Et økende antall sykehjem og omsorgsboliger, samt en fungerende og økende hjemmetjeneste, krever et tilstrekkelig antall ansatte med nødvendig og differensiert utdanning. Situasjonen medfører også at legemiddelbruken øker, og at flere bruker mange legemidler over lang tid. Samtidig kommer det nye og dyrere legemidler på markedet. Dette setter krav til avgjørelser om hvilke legemidler som skal tas i bruk, der både medisinske og økonomiske årsaker må tas hensyn til. I tillegg kommer stadig flere kopipreparater på markedet. Disse er med på å skape en viss forvirring dersom ikke kompetansen er til stede hos dem som skal ta hånd om preparatene.

Farmasøyer er den gruppe helsepersonell som har en utdanning om legemidler og om bruken av disse, enten på bachelor- eller masternivå. Tradisjonelt har farmasøytene hatt/har sin arbeidsplass i apotek, der arbeidet tidligere besto i fremstilling av legemidler. Over de senere decennier er arbeidet i apotekene erstattet med ekspedering av industrifremstilte legemidler og tilhørende informasjon.

Farmasøyer har fått en stadig viktigere rolle i norske sykehus, og det er også nå muligheter for farmasistudenten å ta sin mastergrad i klinisk farmasi. I Helsedirektoratets rapport fra 2014, «Utredning av farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling», påpekes det at mange av de farmasøytiske tjenestene som er beskrevet for spesialisthelsetjenesten, også gjelder for kommunehelsetjenesten [1]. Ut fra Helsedirektoratets rapport dreier det seg der om tjenester på system- så vel som på individnivå (Tabell 1). I kommunene utføres oppgavene til dels av farmasøyer innleid fra primærapotek eller sykehusapotek, men også i stor grad av annet helsepersonell enn farmasøyer.

Ettersom Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har medført at mer pasientbehandling foregår i kommunehelsetjenesten [2], anbefaler Helsedirektoratet i sin rapport at også den farmasøytiske kompetansen i kommunehelsetjenesten styrkes [1].

Tabell 1. Farmasøytiske tjenester i kommunehelsetjenesten [1].

<i>Systemnivå</i>
Legemiddelkomitearbeid
Oppfølging av legemiddelhåndteringsforskrift(er)
Prosedyrer/kvalitetsarbeid/revisjoner/tilsyn i kommunehelsetjenesten
Generell rådgivning om håndtering og bruk av legemidler, herunder tilberedning, utblanding og administrasjon av legemidler
Legemiddelforbruksstatistikker
Kurs/undervisning
Prosjektdeltakelse
<i>Individnivå</i>
Legemiddelsamstemming
Legemiddelgjennomgang
Multidose
Legemiddelsamtale
Pasient/pårørendeundervisning

Trondheim kommune var i 2009 først ute med å ansette en farmasøyt. Antall ansettelser har økt, og det var per oktober 2018 ansatt tolv farmasøytter i kommunale heltidsstillinger, hvorav ti provisorer (master i farmasi) og to reseptarer (bachelor i farmasi). Stillingene var fordelt på ni kommuner (Bergen, Drammen, Kristiansand, Melhus, Oslo, Stavanger, Trondheim, Tromsø og Ullensaker).

At dette tallet fremdeles er så lavt har antagelig å gjøre med at legemiddelhåndteringsoppgavene utføres av andre yrkesgrupper ut fra etablerte rutiner, og at det har blitt en vane at farmasøytter fra andre arbeidsplasser har vært innleid til blant annet å utføre revisjoner/tilsyn. Det kan også forklares med at farmasøytene betydning ikke har kommet frem i høy nok grad.

Med bakgrunn i det som her er beskrevet, ønsket Norges Farmaceutiske Forening (NFF) i samarbeid med Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo (UiO) å utføre et prosjekt for å undersøke hva de forskjellige kommunalt ansatte farmasøytene i Norge har som hovedarbeidsoppgaver og hvor de føler det er størst behov for legemiddelkompetansen deres.

2. PROSJEKTETS GJENNOMFØRING

Samtlige kommunalt ansatte farmasøyter i landet var aktuelle deltagere i studien. Disse besto av to som var utdannet på bachelornivå og ti på masternivå. Tre av de sistnevnte hadde tilleggsutdanning i klinisk kjemi eller klinisk farmasi. Følgelig var det tolv farmasøyter som ble kontaktet (skriftlig) med informasjon om studien og invitasjon til å delta. Alle inviterte bortsett fra én samtykket til å delta. To av dem ble senere forhindret på grunn av problemer med flytrafikken på de aktuelle dagene.

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode, og det ble gjennomført to fokusgrupper med henholdsvis tre og seks deltagere. Disse ble holdt i NFFs lokaler i oktober 2018. I forkant av fokusgruppene startet begge dagene med at hver deltager holdt et PowerPoint-innlegg på 10-15 minutter der han/hun fikk presentere sine erfaringer som kommunalt ansatt farmasøyt. De hadde på forhånd fått beskjed om å behandle følgende områder:

- Hvor lenge de hadde vært ansatt i kommunen
- Hvilke hovedarbeidsoppgaver de hadde
- I hvilken grad de følte at de hadde relevante oppgaver
- Hva de syntes at oppgavene til en farmasøyt ansatt i kommunen bør være
- Hvem de samarbeidet med og på hvilken måte

Deretter ble de samme områdene diskutert i fokusgrupper. Hver fokusgruppe varte ca. 2 timer. Etter deltagernes samtykke ble alle innlegg og diskusjoner tatt opp på lydbånd. EL Toverud ledet fokusgruppene mens H Håkonsen fungerte som assisterende moderator og tok notater og stilte oppfølgingsspørsmål. I etterkant av fokusgruppene ble opptakene lyttet til flere ganger og i all hovedsak transkribert. Deretter ble det gjort en tematisk analyse.

3. RESULTATER

3.1 Ansettelsesforhold

De ni farmasøytene som deltok i prosjektet var til sammen ansatt i seks kommuner av svært varierende størrelse, men alle kom fra kommuner/bydeler med stort innbyggerantall. Den vanlige formelle ansettelsen var som fagkonsulent eller rådgiver i kommunen, noen ganger i små faste stillinger som senere ble utvidet. De var alle den første til å inneha stillingen de nå hadde. De fleste hadde også blitt ansatt uten at det eksisterte en klar beskrivelse fra arbeidsgiver om hvilke arbeidsoppgaver de skulle ha. Med bakgrunn i tidligere tilsynsstillinger i sykehjem var det imidlertid noen arbeidsgivere som hadde lagt vekt på tilsyn/revisjon ved utlysningen.

Noen av deltagerne i studien hadde blitt ansatt i midlertidige prosjektstillinger, under eller i kjølvannet av arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»¹. I disse prosjektene hadde et fokus vært på kliniske oppgaver, spesielt legemiddelgjennomganger og samstemming av legemiddellister. Situasjonen som den fremkom nå etter at stillingene var blitt gjort faste, som var tilfelle for de fleste, var derimot i mindre grad rettet mot kliniske problemstillinger.

Det de fleste hadde fått erfare, var at behovet for kompetanseheving på legemiddelområdet generelt var stort. De sa også at de først og fremst mente at dette var nødvendig å håndtere på systemnivå når det er så få farmasøyter tilgjengelig i kommunene. Bare noen få av deltagerne hadde oppgaver på individnivå.

3.2 Oppgaver farmasøyter utfører i kommunen i dag

Som beskrevet over, foreligger det ofte ingen klar beskrivelse over hva en stilling som farmasøyt i en kommune innebærer. Siden farmasøytene i studien arbeidet i kommuner eller bydeler med høye innbyggertall, følte de alle at oppgavene «sto i kø», og de anså det ikke som et problem å finne frem til oppgaver som det var et stort behov for sett fra et farmasøytisk standpunkt. I enkelte kommuner var det visse føringer, for eksempel at de skulle arbeide med innføring av velferdsteknologi/digitale tjenester.

Det kom frem at deltagerne overordnet sett utførte ganske ulike oppgaver, fra administrative oppgaver på systemnivå til pasientrettede oppgaver på hjemmetjeneste-/ sykehjemnivå. Dog var alle i noen grad involvert i oppgaver på systemnivå. Først og fremst anså de seg selv som legemiddelfaglige rådgivere for kommunen.

Tre av deltagerne var ansatt i Oslo kommune, enten på sentralt nivå eller i en bydel. Sistnevnte (to personer) var først og fremst ansatt for å bedre legemiddelhåndteringen i bydelen og for å avdekke avvik hos hjemmetjenesten og i sykehjem.

3.2.1 Hovedoppgaver på systemnivå

Legemiddelkomitéarbeid og -anbud

Legemiddelhåndtering på systemnivå var det arbeidsområdet som farmasøytene la aller størst vekt på. En typisk slik oppgave som flere var involvert i, var legemiddelkomitéarbeid. Dette er også et godt eksempel på tverrfaglig samarbeid hvor det kan virke innlysende at farmasøytens kunnskaper kan være viktige å ta hensyn til. Dette gjaldt også for anbudsprosesser, både med hensyn på deltagelse og kunnskaper. Deltagerne opplevde at de på denne måten bidro til en god økonomistyring av legemiddelområdet i kommunen.

¹ www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7.

Rutiner for legemiddelhåndtering

En stor del av farmasøytens arbeidstid gikk ut på systematiske gjennomganger av kvalitetssystemene, for alle områder innenfor legemiddelhåndteringen. Dette innebar å utarbeide nye, eller revidere/forbedre allerede eksisterende rutiner og prosedyrer ut fra gjeldende forskrifter.

I tillegg til å utarbeide kvalitetssystemer, utfører farmasøytene revisjoner for å vurdere etterlevelse av de fastsatte rutinene. Det ble lagt vekt på at revisjon av rutiner, utført av farmasøyter ansatt i kommunen, kan innbefatte en større mulighet til å forbedre legemiddelhåndteringen, i motsetning til det tidligere tilsynsarbeidet flere av dem hadde gjort som farmasifaglige konsulenter. Da hadde de jo vært ansatt «utenfra» på oppdrag for kommunene, og får ikke samme innblikk og forståelse av kvalitetsarbeidet.

Flere hadde påtatt seg ansvaret med å utvikle rutiner for å forebygge svinn av A- og B-preparater. Farmasøytene deltok dessuten i ulike kvalitetsutvalg som behandler avvik, klager og tilsynssaker i kommunen.

Innføring av velferdsteknologi

Stadig flere kommuner arbeider med utvikling og implementering av velferdsteknologiⁱⁱ i helsetjenesten, noe flere av farmasøytene var involvert i. I disse kommunene var de sentrale i utvikling- og forbedringsarbeid når det gjaldt medisinerrom og medisinkabinett, som for eksempel utvikling av elektroniske medisinskapⁱⁱⁱ og -traller i sykehjem.

Multidose^{iv}

Flere av farmasøytene hadde hatt i oppgave å igangsette bruk av multidose i sykehjem. De var i disse tilfellene kommunenes faglige ansvarlige for kontakt med legemiddelleverandører samt de såkalte multidoseapotekene. Flere steder var det nå innført elektroniske multidosedispensere (som en del av velferdsteknologien nevnt over).

Legemiddelstatistikk

Enkelte av farmasøytene var involvert i prosjekter med utgangspunkt i innsamlet legemiddelstatistikk. Legemiddelstatistikk ble som oftest hentet fra leveringsapoteket, ettersom innkjøpte legemidler gjennom en lengre tidsperiode (for eksempel 1 år) i høy grad samsvarer med faktisk forbruk. Dette dannet grunnlag for å kunne se på forskjeller i forskrivningsmønster mellom sykehjemmene i kommunen, innad i sykehjemmene, og utvikling fra forrige tidsperiode.

ⁱⁱ Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren (Direktoratet for e-helse).

ⁱⁱⁱ Har funksjonen at det registreres digitalt hver gang skapet åpnes samt hva som settes inn og hva som tas ut. Ikke minst underletter dette for et nøyaktig narkotikaregnskap der et eventuelt svinn lettere kan spores til involvert person.

^{iv} Av deltagerne i studien primært beskrevet som arbeid på systemnivå, i motsetning til Helsedirektoratets inndeling vist i tabell 1.

Legemiddelberedskap

Enkelte av farmasøytene jobbet med legemiddelberedskap i kommunene. I tillegg til generell legemiddelberedskap, var det to av farmasøytene som nevnte at de hadde deltatt i arbeidsgrupper med ansvar for pakking og utdeling av jodtabletter i kommunen.

Rutinearbeidelse for legemiddelgjennomganger

På systemnivå arbeidet en del av farmasøytene med å innføre rutiner for gjennomføring av legemiddelgjennomganger. Helsedirektoratets «Veileder om legemiddelgjennomganger» [3] og Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker^{v,vi} for riktig legemiddelbruk i hhv sykehjem og hjemmetjenesten var i hovedsak utgangspunktet for dette. Tiltakspakkene inneholder skjemaer og sjekklister som fungerer som metodisk støtte ved gjennomføringen. Enkelte av farmasøytene var også ansvarlig for etablering av læringsnettverk for kvalitetssikring av tverrfaglige legemiddelgjennomganger i sine kommuner.

Undervisning

Mange av farmasøytene hadde oppgaver knyttet til undervisning og opplæring av annet helsepersonell, som for eksempel sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. For noen utgjorde dette en relativt stor del av arbeidstiden. Flere underviste sykepleiere for å gjøre dem bedre i stand til å utføre legemiddelgjennomganger. I undervisningen ble det lagt vekt på hvordan sykepleierne kan identifisere enkle legemiddelrelaterte problemer for pasienter med mindre komplekse legemiddelregimer.

De arbeidet ellers ofte med opplæringsplaner og e-læringskurs, noe som utgjør viktige deler av kommunenes kvalitetsplaner. Utarbeidelse av retningslinjer for legemiddelhåndtering for barnehager, skoler, SFO, helsestasjoner/skolehelsetjeneste, fengsel samt boliger for enslige mindreårige flyktninger, ble også nevnt.

3.2.2 Hovedoppgaver på individnivå

Samstemming av legemiddellister

Samstemming av legemiddellister går ut på å sammenligne en legemiddelliste med den/dem som eksisterer fra forrige behandlingsinstans(er). Dette kan av mange årsaker lett være en meget krevende oppgave. Etter innhenting av informasjon fra så mange relevante kilder som mulig, gjennomgås listen i samråd med pasienten der dette lar seg gjøre. I sykehjem i dag er ofte en slik gjennomgang sammen med pasient vanskelig å få til på grunn av den stadig større andelen demente pasienter. Også ikke-demente pasienter er ofte lite klar over detaljer i egen legemiddelbruk, særlig når det dreier seg om polyfarmasi av høy grad. Deltagerne i studien hevdet at samstemming hovedsakelig ble utført av sykepleiere med en viss støtte fra lege.

^v www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem.

^{vi} www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten.

Legemiddelgjennomgang

Flere av farmasøytene var blitt ansatt i forbindelse med prosjekter som en del av Pasientsikkerhetsprogrammet, der tverrfaglige legemiddelgjennomganger var en viktig oppgave. Etter at prosjektene var avsluttet, var de imidlertid i mindre grad involvert i legemiddelgjennomganger. Hovedgrunnen til dette var at legene og sykepleierne hadde fått god opplæring i å gjennomføre legemiddelgjennomganger og følte seg trygge og kompetente i denne oppgaven, og at farmasøytene i større grad fikk andre arbeidsoppgaver på systemnivå. I sykehjem så vel som i hjemmetjenesten ble farmasøytene for det meste tilkalt der det dreide seg om pasienter med omfattende legemiddellister eller kompleks legemiddelbehandling. I disse tilfellene deltok fortsatt farmasøytene i tverrfaglige team sammen med lege og sykepleier.

Den generelle oppfatningen var at legene og sykepleierne i stor grad gjennomførte legemiddelgjennomgangene på en adekvat måte og at farmasøytene derfor prioriterte andre oppgaver. Men selv om det ble påpekt at legemiddelgjennomganger i utgangspunktet er legens lovpålagte ansvar, var det stor enighet om at farmasøytene kunnskaper absolutt var av betydning, og at de med flere ressurser, kunne ha bidratt mer på dette området.

Andre tiltak på individnivå

Andre prosjekter som ble nevnt var hjemmebehandling med infusjonspumpe og håndtering av intravenøst administrert antibiotika, samt mer generelt avviks- og forbedringsarbeid i hjemmetjenesten.

3.3 I hvilken grad har farmasøytene relevante oppgaver?

Deltagerne oppfattet de fleste arbeidsoppgavene de utførte som høyst relevante, men at de måtte prioritere hvilke oppgaver de brukte tiden sin på. Oppgavene som de følte var av høyest relevans, var deres arbeid med rutiner for legemiddelhåndtering (særlig revisjoner), legemiddelgjennomganger og undervisning. I tillegg var deres deltagelse i anbudsprosesser av stor viktighet. De hadde gjerne sett at det var flere farmasøyer ansatt i kommunene, slik at de kunne konsentrert seg mer om avgrensede områder, være seg en eller flere oppgaver på system- eller individnivå.

Når det gjaldt undervisningsoppdrag, var det ikke all slik virksomhet som ble oppfattet som relevant. For eksempel ble det satt spørsmålsteget ved hvorvidt det skal være en farmasøyt som holder oppfriskningskurs om legemidler for helsefagarbeidere. Det ble også stilt spørsmålsteget ved behovet for deres farmasøytiske kompetanse i utførelsen av enkelte oppgaver innen utvikling av velferdsteknologi.

3.4 Deltagernes syn på hva som bør være deres primæroppgaver i kommunen

Klare stillingsbeskrivelser manglet som tidligere beskrevet ofte da farmasøytene ble ansatt. Dette gjaldt både de som ble ansatt i faste stillinger i kommunen fra starten av, så vel som de som hadde fått prosjektstillinger omgjort til faste stillinger. For noen hadde derfor starten vært følt forvirrende når det gjaldt hvilke oppgaver som skulle prioriteres

Deltagerne mente generelt at det er store behov for kvalitetsforbedring i legemiddelhåndteringen. Oppgavene som ble utført av farmasøytene var som sagt som regel på systemnivå, og siden kommunene var så store, mente de at det måtte nødvendigvis dreie seg om slike oppgaver.

De aller fleste uttrykte at de følte seg verdsatt på arbeidsplassen, noe som var med på å gi dem følelsen av at de oppgavene de hadde kommet frem til, var viktige og riktige. De mente samtidig at oppgavene ville bli mer fullstendig utført hvis det var flere farmasøytter ansatt.

Det ble hevdet at farmasøytene burde være mer til stede på «korttidsinstitusjoner/-boliger», for eksempel ved utskriving. Ideelt sett skulle det også gjerne vært en farmasøyt fast ansatt ved store sykehjem.

I forbindelse med de oppgavene de har/bør ha, mente deltagerne at det er en fordel med kunnskaper i klinisk farmasi så vel som i samfunnsfarmasi, men i lys av den store variasjonen i oppgaver som de utførte, var det stort sett generell enighet om at ingen spesialisering var nødvendig.

3.5 Samarbeidspartnere

Deltagerne hadde i liten grad noe direkte samarbeid med andre farmasøytter bortsett fra det som forekom sporadisk med kolleger ansatt på primærapotek eller sykehusapotek. Det ble gitt uttrykk for at et slikt samarbeid avhang av mer eller mindre tilfeldige årsaker, være seg at man hadde deltatt i de samme prosjektene eller for eksempel samarbeidet vedrørende innkjøpsavtaler. Enkelte av deltagerne etterlyste et nærmere samarbeid med apotek- og sykehusfarmasøytter.

Imidlertid hadde deltagerne et utstrakt samarbeid med andre yrkesgrupper. Ser man i første omgang på leger, var det vanlig med et godt samarbeid med kommuneoverlegen(e). Med hensyn på samstemming, revisjoner, komitéarbeid etc. var det mer eller mindre hyppig samarbeid med både sykehjemsleger og fastleger, både på system- og individnivå.

Den yrkesgruppen som de imidlertid hadde det tetteste samarbeidet med, var sykepleiere. Sykepleiere i kommunene er ansatt i ulike stillingskategorier. Derfor opplevde de sykepleiere

i noen tilfelle som sine sjefer, noen ganger som rådgivere eller fagkonsulenter, men også selvfølgelig i stort omfang som ansatte i hjemmetjenesten, sykehjem, omsorgsboliger og helsehus. Farmasøytene hadde som tidligere nevnt en utstrakt undervisningsvirksomhet særlig overfor sykepleiere. Også når det gjaldt undervisning for andre grupper, var samarbeidet i utgangspunktet med dem som var ansvarlige i de enkelte undervisningssituasjonene, noe som oftest var sykepleiere.

Helsefagarbeidere var en annen yrkesgruppe farmasøytene samarbeidet med. I for eksempel sykehjem og helsetjeneste er som kjent antallet sykepleiere ofte relativt lite i forhold til antallet helsefagarbeidere og/eller ansatte uten helsefaglig bakgrunn.

Ellers nevnte deltagerne et visst samarbeid med økonomer og IT-personell, sistnevnte i forbindelse med arbeidet med digitalisering.

4. KONKLUSJON

Deltagerne i denne fokusgruppestudien med landets kommunalt ansatte farmasøyer påpekte det store antall arbeidsområder i kommunehelsetjenesten der det kreves kompetanse på legemiddelområdet. Foreløpig er antallet farmasøyer ansatt i norske kommuner lavt, men til en viss grad utfylles dette tomrommet av farmasøyer innleid fra apotek/sykehusapotek til å utføre spesielle oppgaver. Mange legemiddelrelaterte oppgaver utføres også av sykepleiere.

De aller fleste av farmasøytene arbeidet først og fremst med oppgaver på systemnivå hvorav utarbeidelse av rutiner for legemiddelhåndtering, revisjon, undervisning og anbud ble ansett som de mest relevante oppgavene. På individnivå ble deltagelse i legemiddelgjennomganger ansett å være av stor viktighet.

Det var generell enighet om at med så mange legemiddelrelaterte oppgaver som man har i kommunehelsetjenesten, vil det være en fordel å ansette flere farmasøyer.

Referanser

1. Walter, A.B. and G. Fredriksen, Utredning av farmasøyttjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling. Rapport 09/14. Helsedirektoratet. Oslo, 2014.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47, 2008-2009. Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo, 2009.
3. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomganger. Veileder IS-1998, utgitt 06/2012, oppdatert 09/2015.