

Forprosjektsøknad

Legemiddelgjennomgang i sykehjem

Bruk av elektronisk kommunikasjon for tverrfaglig samarbeid

30. september 2013



Prosjekttittel: Legemiddelgjennomgang i sykehjem

Behovsområde: Medisinering i sykehjem

Prosjekteier i HS: 1) Meldal kommune 2) Hemne kommune

Prosjektansvarlig i HS: Ann Lisbeth Tøndel, sektorsjef Helse og Omsorg (1) Unni M. Ressel, seksjonsleder Meldal helsetun (1), Inger-Lise Ø. Waade, enhetsleder pleie og omsorg (2), Eli Mette L. Vitsø, enhetsleder pleie og omsorg (2)

Prosjektleder i InnoMed: Nina Vanvik Hansen

Prosjektansvarlig i InnoMed: Espen H. Aspnes

Utarbeidet av: Liv Johanne Wekre, Hanne Ekran Thomassen, Nina Vanvik Hansen

Søknadsbeløp: NOK 500.000

Velg dato: 30. september 2013

1 Definisjoner

Legemiddelgjennomganger (LMG) (1)

Helsedirektoratet skriver i sin Veileder at:

«En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk for å ivareta effekt og sikkerhet.

Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten.

Legemiddelgjennomganger skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger.»

Intergrated Medicine Management (IMM) (2)

Integrated Medicines Management (IMM) er en modell for pasientens legemiddelforløp. Modellen ble utviklet ved United Hospital Trust, Nord-Irland i samarbeid med Queens University of Belfast på begynnelsen av 2000-tallet. IMM beskriver en sømløs prosess og integrerer behandlingsnivåene i hverandre i tillegg til å integrere farmasøyten i det tverrfaglige behandlingsteamet.

IMM er en systematisk måte å jobbe på for:

- å kvalitetssikre pasientens legemiddelliste
- å individualisere og optimalisere legemiddelbehandlingen for pasienter
- å sikre informasjonsoverføring til andre omsorgsnivåer (sykehjem, fastlege, hjemmesykepleier)
- å involvere pasienten til å forstå legemiddelbehandlingen

2 Sammendrag

En tredjedel av sykehjemspasienter i Norge bruker minst ett uhensiktsmessig legemiddel (2). Samtidig er det vist at systematisk bruk av legemiddelgjennomganger (LMG) i tverrfaglige team kan bidra til å redusere risikoen for uønskede legemiddeleffekter (1).

En anbefaling fra et prosjekt gjennomført i Bergen er at klinisk farmasøyt må være til stede på institusjonen ved LMG (3). Erfaringer fra andre prosjekt bl.a. i Trondheim kommune (4) er at personlig oppmøte av farmasøyt ved LMG er utfordrende organisatorisk, selv i sentrale strøk. I distriktene er mangel på farmasøytressurser en faktor som begrenser muligheten for å involvere farmasøyt ved LMG. Dessuten blir tjenesten dyr når reisetid og reisekostnader skal dekkes opp.

Så langt er behovet for og effekten av LMG blitt grundig dokumentert og det er enighet om at tverrfaglighet med deltagelse av farmasøyt er gunstig (5). Det er likevel ikke tidligere blitt tilstrekkelig problematisert at tilgjengeligheten på farmasøytressurser er en begrensning, og at personlig oppmøte både blir dyrt og lite rasjonelt. I Norge har vi i alt 738 apotek fordelt på 256 kommuner (6). Det betyr at 172 kommuner er uten apotek. Her er det for krevende organisatorisk og ressursmessig å gjennomføre LMGer med farmasøyt tilstede ved sykehjemmet.

I dag gjennomføres LMG i sykehjem der farmasøyt deltar, men uten personlig oppmøte. Da utveksles aidentifiserte dokumenter mellom sykehjem og farmasøyt ved avtaleapoteket. Farmasøyten gjennomgår pasientenes legemiddelliste mv og gir skriftlige anbefalinger til sykehjemslegen. Denne fremgangsmåten er effektiv med hensyn til ressursbruk, men mangler en naturlig arena for tverrfaglig dialog. Man mister dermed både læringseffekt og muligheten for å gjøre raske avklaringer som kan endre anbefalingene gitt av farmasøyt.

I dette prosjektet ønsker vi å se på muligheten til å bruke ny eller eksisterende kommunikasjonsteknologi under LMG i sykehjem for å oppnå tverrfaglig dialog på en mer kostnadseffektiv måte enn ved personlig oppmøte av farmasøyt.

3 Målsetting

Dette forprosjektet har som målsetting å etablere kunnskapsgrunnlag for etablering av et eller flere hovedprosjekt.

Konkrete mål er å fremskaffe kunnskap gjennom disse spørsmålene:

- Gjennomføres LMG ved sykehjem slik det er anbefalt i bl.a. nasjonal veileder for LMG?
- Hvilke erfaringer og/eller holdninger har ansatte ved sykehjem til deltagelse av farmasøyt ved gjennomføring av LMG?
- Hvilken tilgjengelig teknologi er egnet til å gjennomføre LMG uten personlig oppmøte av farmasøyt ved sykehjem?
- Hvordan kan man ivareta sensitive personopplysninger mellom juridisk og fysisk adskilte organisatoriske enheter ved gjennomføring av LMG?
- Kan en profesjonalisering av LMG danne grunnlag for en bedrift som vil tilby denne tjenesten til kommuner og institusjoner nasjonalt, ja kanskje også internasjonalt?

4 Prosjektbeskrivelse

4.1 Forankring

A) Initiativ fra nasjonale myndigheter:

I Legemiddelmeldingen «Rett kurs mot riktig legemiddelbruk» (7) omtales LMG som et tiltak for å bedre legemiddelbruken hos utvalgte pasienter. Det presiseres at de som foretar en LMG må være trent i å se pasientens legemiddelbruk i forhold til de sykdommer pasientene lider av og at innsikt i både sykdom og legemiddel er nødvendig for å oppnå de ønskede forbedringer. Derfor egner vurdering av pasientens legemiddelbruk seg for tverrfaglig samarbeid. Også Nasjonal helse- og omsorgsplan (8) beskriver etablering av tverrfaglige team og LMG som viktige tiltak for å bedre legemiddelbehandlingen.

I Helsedirektoratets rapport «Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien» står det at «kommunen/virksomhetsleder/lege bør legge til rette for etablering av tverrfaglige team bestående av minimum lege, farmasøyt og sykepleier» og at «kommunen bør vurdere å prioritere midler til bruk av farmasøyt i tverrfaglige team» (9). I tillegg hadde meldingen «God kvalitet – trygge tjenester» LMG som et av flere konkrete tiltak for riktig legemiddelbruk (10).

LMG i sykehjem er i tillegg et eget innsatsområde i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Prosjekt med LMG for 30 pasienter ved Nygård sykehjem i Sandefjord har vært pilot i pasientsikkerhetskampanjen. Erfaring herfra tilsier at et grundig for- og etterarbeid er nøkkelen til suksess. De fant også at tverrfaglig oppfølging gir en bredere gjennomgang av pasientens legemiddelbehandling (11).

Helsedirektoratet har gitt økonomisk og/eller faglig støtte til prosjekt med LMG i Sandefjord, Trondheim, Tromsø og Bergen kommune. Resultatene fra disse prosjektene ligger til grunn for den nasjonale veilederen for LMG som kom i 2012 (1). Veilederen beskriver en systematisk fremgangsmåte for å gjennomføre LMG og bruken av tverrfaglige team samt bruk av verktøy (sjekklister mv). Verktøyet som omtales i den nasjonale veilederen er lik det som brukes i IMM modellen.

B) Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen:

Prosjektet er eid av Meldal kommune og Hemne kommune. Begge er kommuner i kommunegrupperingen «Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen» (SiO), som er en samarbeidspart i prosjektet. Vedlagt ligger egne forankringsbrev fra kommunene og SiO.

C) Sykehusapotekene i Midt-Norge HF:

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF er et statlig eid foretak under Helse Midt-Norge RHF. Foretaket eier og driver i alt seks sykehusapotek (Sykehusapotekene i Namsos, Levanger, Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund). Foretaksadministrasjonen er lokalisert i Trondheim.

Sykehusapoteket i Trondheim har avtaler om internrevisjoner mv med 13 kommuner i Sør-Trøndelag. I tillegg har Sykehusapotekene i Midt-Norge HF en samarbeidsavtale med Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO).

Sykehusapotekene sine overordnede oppgaver er å:

- levere farmasøytiske tjenester for å kvalitetssikre legemiddelbruk
- sørge for en sikker og kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon

Det første punktet innebærer at foretaket bl.a. skal yte farmasøytiske tjenester for å fremme faglig og økonomisk rasjonell legemiddelbruk.

Det er utarbeidet en helhetlig plan for klinisk farmasi i Midt-Norge. Planen omhandler hvordan klinisk farmasi skal utvikles, implementeres og organiseres i Helse Midt-Norge, inklusive hvordan samarbeidet mellom omsorgsnivåene skal ivaretas.

I Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har man siden 2010 jobbet aktivt for å øke kompetansen ved å utdanne kliniske farmasøyter. I tillegg til å sørge for økt kunnskap om legemidler blant farmasøyter som jobber klinisk, er det gitt opplæring i en standardisert modell kalt Integrated Medicine Management (IMM) (12). Modellen inneholder blant annet metodikk for å gjennomføre LMG. Dvs. at standardiserte sjekklister og faglige oppslagsverk er utviklet og tatt i bruk. Dette sikrer at LMG gjennomføres på en standardisert måte og dermed blir tjenesten mindre personavhengig.

4.2 Kartlegging av eksisterende løsning for LMG

Målet med behovskartleggingen er å oppnå god innsikt i hvordan dagens rutiner for legemiddelgjennomgang ved sykehjem fungerer.

Som en del av behovskartleggingen vil en oppgave gjennomført av legestudenter fra NTNU, høsten 2013, være relevant for prosjektet. Totalt 60 studenter er i uke 36-41 ute i kommunepraktis hvor de har fått i oppgave å kartlegge oppfølging av legemiddelbruk i sykehjem. Spørsmål som skal besvares er:

- ❖ Rutiner for legemiddelgjennomgang eller annen oppfølging av legemiddelbehandling hos pasienter.
 - Som en del av årskontroll, evt. hvor ofte?
 - Hvilke pasienter omfattes?
 - Hvem er med på legemiddelgjennomgangen/ oppfølgingen?

I alt blir sykehjem i 40 kommuner kartlagt.

4.3 Kartlegging og vurdering av behov

Behovskartleggingen vil forsøke å inkludere innsikt fra de ulike interessentene, dette gjelder helsepersonell ved sykehjemmene slik som tilsynslege og sykepleiere samt de farmasøytiske tjenestene ved de private apotekkjedene og ved sykehusapotekene. En del av behovskartleggingen vil derfor bestå i å få god oversikt over løsningens ulike brukere og deres behov relatert til den. Det vil bli utført undersøkelser både i sykehjem med tradisjonell medisiner og i sykehjem som bruker multidoser pakkelegemidler. Behovskartleggingen vil bli foretatt med kvalitative metoder som intervju og observasjoner. Det blir blant annet gjennomført:

- ❖ Intervju med ansatte på sykehjem
- ❖ Intervju med ledelsen i kommunal helsetjeneste
- ❖ Intervju med farmasøyter i private apotek
- ❖ Intervju med kliniske farmasøyter ved sykehusapotek

4.4 Kartlegging og vurdering teknologi

I tillegg til kartlegging av eksisterende ordning for LMG ved sykehjem og de ulike brukerne involvert i denne vil det bli kartlagt eksisterende teknologi knyttet til kommunikasjon i helsetjenesten. Det vil være fokus på teknologi som kan tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid mellom farmasøyter, tilsynslege og annet helsepersonell der blant annet geografi kan være en barriere for et slikt samarbeid.

Multidose er dosepakking av legemidler som involverer teknologi. Denne teknologien innebærer bl.a. at apotekpersonalet får tilgang til sykehjemspasientenes legemiddellister istedenfor å levere legemiddel til sykehjemmets medisinaler. Forskrivning av multidose skal etter hvert ivaretas i eResept, noe som gir nye muligheter og utfordringer i forhold til kommunikasjon omkring aktuell legemiddelbruk. Det er derfor viktig at teknologiske behov for kommunikasjon både omhandler ordinær forskrivning og multidoseforskrivning.

En del av vurderingen av teknologi blir juridiske betingelser som må tas hensyn til når sensitive personopplysninger skal kommuniseres mellom juridisk og fysisk adskilte organisatoriske enheter.

4.5 Finansiering av legemidler og av LMG

Kommunen har ansvar for finansiering av legemidler brukt i kommunale institusjoner (6).

Helsedirektoratet har i en kartlegging ikke funnet oppdaterte totaltall til legemiddelutgifter i kommunene, men for de kommunene som er omfattet av anbudsprosessen Oslo kommune gjennomfører, er utgiftene berammet til 120 mill. kr i 2009 (15).

Det er foreløpig ingen statlige finansieringsordning for LMG i institusjon, men i 2013 har fastlegene fått en egen takst for gjennomføring av LMG for sine pasienter: I § 25 i Fastlegeforskriften (13), går det fram at fastlegen skal gjennomføre en LMG for listeinnbyggere som bruker mer enn fire legemidler når dette anses som nødvendig, og fra mai 2013 kan fastlegen kreve takst 2LD for gjennomføring av LMG. Taksten kan kreves inntil en gang per kalenderår per pasient.

LMG har vist seg å være et viktig kvalitetssikringstiltak på sykehjem som også gir samfunnsøkonomiske effekter ved at pasientenes legemiddelrelaterte problemer reduseres og i tillegg reduseres antall legemidler som pasientene bruker (5). Prosjektet skal bidra til å belyse problemstillinger omkring finansiering av legemidler med fokus på finansiering av tiltak som bidrar til å kvalitetssikre legemiddelbruk. Man antar at LMG gir en mer rasjonell legemiddelbruk som bidrar til reduserte utgifter til legemidler i sykehjem, noe som kan vises med uttak av innkjøpsstatistikk over legemidler til sykehjem. Dette vil være et aktuelt effektmål i et hovedprosjekt der LMG gjennomføres ved sykehjem.

4.6 Bearbeiding av informasjon

Etter behovskartleggingen og kartleggingen av eksisterende teknologi vil man sitte igjen med en bred mengde informasjon om temaet "LMG i sykehjem" i form av for eksempel brukernes uttalelser og inntrykk man har fått gjennom observasjonene. For å strukturere arbeidet videre vil det bli tatt i bruk designmetodikk for å bearbeide og prioritere funnene. Det kan her være aktuelt å involvere brukerne i designprosessen gjennom en workshop.

4.7 Finne bedrifter for videreføring

I dette prosjektet kan det være aktuelt å involvere ulike bedrifter for videreføring. Sykehusapotekene og de private apotekkjedene kan være aktuelle for videre utvikling og testing av tjenesten som en del av deres virksomhet. En bedrift, foretak eller kjede som ønsker å bli en nasjonal aktør på LMG, har store muligheter til å effektivisere og profesjonalisere tjenesten. En del av tjenesten består av kommunikasjonsteknologi for økt tverrfaglig samarbeid, og det kan derfor være aktuelt å involvere bedrifter som kan drifte, levere og eventuelt utvikle denne teknologien. En kan derfor se for seg at det er et nettverk av bedrifter som samarbeider videre i et hovedprosjekt. Norsk helsenett kan også være en aktuell aktør.

4.8 Konseptutvikling av ny løsning

På grunnlag av innsikten en har fått gjennom behovskartlegging og kartlegging av eksisterende teknologi, skal det utarbeides ideer på en framtidig tjeneste for LMG på sykehjem. Målet er at et konsept skal bli til gjennom flere iterasjoner der en tester de ulike iterasjonene på de ulike brukerne og andre interessenter i prosjektet (det skal i behovskartleggingen utarbeides et interessentkart). Konseptet skal være så detaljert at brukerne og eventuelle andre interessenter skal kunne gi tilbakemeldinger og forslag på endringer, slik at de aktivt tas med i designprosessen. I et hovedprosjekt skal et valgt tjenestekonsept videreutvikles og testes av brukerne (farmasøyt, helsepersonell på sykehjem).

4.9 Markedsvurdering av ny løsning

Det er omkring 41 000 sykehjemsplasser i Norge. Sykehjem utgjør en viktig del av det kommunale velferdstilbudet. Regjeringen har lovet å bygge 12.000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre full sykehjemsdekning (14).

Her vil det bli tatt en vurdering av:

- Hvem er brukere og kjøper av ny løsning?
- Hva er viktige egenskaper med ny løsning?
- Hvordan og hvorfor vil denne løsningen oppleve levedyktighet i markedet?
- Hvordan bredde løsning i helsesektoren?
- Har prosjektet et internasjonalt potensiale?

4.10 Etablering av hovedprosjekt

Hovedprosjekt i denne sammenheng vil være videre utvikling og testing av en tjeneste med tilhørende teknologi der farmasøytter og helsepersonell samarbeider i tverrfaglige team om pasientens LMG på sykehjem.

4.11 Rapportering

Prosjektet skal levere en sluttrapport som oppsummerer resultatene og erfaringene fra forprosjektet, og som skal gjøres offentlig tilgjengelig. Rapporten skal inneholde funn fra behovskartleggingen og funn fra kartleggingen av eksisterende teknologi. Den skal også formidle det utviklede konseptet.

5 Leveranser

Hovedleveransen fra prosjektet er en innsats for å etablere ett eller flere hovedprosjekter.

Sekundært skal det leveres en prosjektrapport som skal gi et godt grunnlag for de som ønsker å utvikle en tjeneste for tverrfaglig LMG i sykehjem ved hjelp av kommunikasjonsteknologi.

6 Organisering

Arbeidet vil gjennomføres i et samarbeid mellom InnoMed, Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) med tilhørende kommuner og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.

Prosjekteier: 1) Meldal kommune 2) Hemne kommune

Prosjektansvarlig i HS: Ann Lisbeth Tøndel, sektorsjef Helse og Omsorg (1) Unni M. Ressel, seksjonsleder Meldal helsetun (1), Inger-Lise Ø. Waade, enhetsleder pleie og omsorg (2), Eli Mette L. Vitsø, enhetsleder pleie og omsorg (2)

Kontaktperson i HS:

Unni M. Ressel, seksjonsleder Meldal helsetun

Ann-Lisbeth Tøndel, sektorsjef Helse og Omsorg, Meldal kommune

Eli Mette L. Vitsø, enhetsleder pleie og omsorg, Hemne kommune

Inger Lise Øyan Waade, enhetsleder pleie- og omsorg, Hemne kommune

Anne Kathrine Hallem, daglig leder, Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen

Prosjektleder

Prosjektleder i InnoMed: Nina Vanvik Hansen

Prosjektgruppe

Sykehusapoteket Liv Johanne Wekre

InnoMed/SINTEF Hanne Ekran Thomassen

InnoMed/SINTEF Espen H. Aspnes

Referansegruppe

Nina Carstens, klinisk farmasøyt /avd. leder i Sjukehusapoteka Vest HF

Ole Johan Lien, sykehusapoteker Sykehusapoteket i Namsos

Hilde Heimly, seniorrådgiver Helsedirektoratet

Per Kristian Faksvåg, fagsjef Apotekforeningen

Kjell Krüger, overlege ved Løvåsen sykehjem

7 Tidsplan og budsjett

Arbeidet vil startes opp umiddelbart etter eventuell innvilgning. Tidsplan er angitt i måneder etter oppstart.

Aktivitet	1.mnd	2.mnd	3.mnd	4.mnd	5. mnd	6. mnd
0. Prosjektledelse						
1. Forankring						
2. Behovskartlegging						
3. Eksisterende løsninger						
4. Bearbeiding av informasjon						
5. Finne bedrift for videreføring						
6. Konzeptutvikling av ny løsning						
7. Markedsvurdering av ny løsning						
8. Etablering av hovedprosjekt						
9. Rapportering						

Aktivitet	Time-kostnad InnoMed	Dir. kostnad	Totalt
1. Prosjektledelse	40.000	20.000	60.000
2. Behovskartlegging	150.000		150.000
3. Eksisterende løsninger	20.000		20.000
4. Bearbeiding av informasjon	30.000		30.000
5. Finne bedrift for videreføring	20.000		20.000
6. Konseptutvikling av ny løsning	140.000	10.000	150.000
7. Markedsvurdering av nye løsninger	20.000		20.000
8. Etablering av hovedprosjekt	30.000		30.000
9. Rapportering	20.000		20.000
Totalt	470.000	30.000	500.000

8 Sammendrag i henhold til kvalifikasjonskriterier (maks 1 side)

1) Identifisert innovasjonsprosjekt fra forstudie
Legemiddelgjennomganger i sykehjem - bruk av elektronisk kommunikasjon for tverrfaglig samarbeid.
2) Type innovasjonsprosjekt
Behovskartleggingen forventes å avdekke et potensiale for utvikling av en ny tjeneste der det vil bli tatt i bruk eksisterende eller ny teknologi. Det er også potensiale for utvikling av et kommersielt produkt.
3) Prosjekteier i sektor
Prosjekteier er Meldal kommune og Hemne kommune. Begge kommuner tilhører Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO). Forankringsbrev fra begge kommuner samt fra SiO ligger vedlagt.
4) Behovets størrelse
Strukturerte legemiddelgjennomganger til utvalgte pasienter er av nasjonale myndigheter anbefalt som et tiltak for å bedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen både i sykehus, i sykehjem og i allmennpraksis. Positive effekter er dokumentert blant annet gjennom prosjekt i regi av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Det anbefales videre at legemiddelgjennomganger gjennomføres i tverrfaglige team med farmasøytisk deltagelse. Prosjektet skal se på muligheter for å ta i bruk ny eller allerede eksisterende kommunikasjonsteknologi for gjennomføring av legemiddelgjennomganger i sykehjem for å unngå behov for personlig oppmøte av farmasøyt. Dette er ønskelig på grunn av begrensede farmasøytresurser og på grunn av ønske om å utvikle en mer kostnadseffektiv tjeneste. Den nye tjenesten kan tenkes også å være egnet for bruk i andre deler av den kommunale helsetjenesten samt i deler av spesialisthelsetjenesten.
5) Marked
Det er omkring 41 000 sykehjemsplasser i Norge. Sykehjem utgjør en viktig del av det kommunale velferdstilbudet. En relativt stor andel av kostnadene i kommunene går til drift av sykehjem. Dette tallet vil øke til 53 000 passer innen utgangen av 2015 (15).
6) Industripartnere
Apotek Ellers vil behovet for dette vil bli avklart i prosjektet
7) Prosjektets unikhhet
Vi er ikke kjent med andre prosjekt som ser på mulighet for å bruke teknologi for å tilgjengelig gjøre legemiddelgjennomganger i sykehjem med tverrfaglig deltagelse.
8) Prosjektaktiviteter
Sentrale aktiviteter i prosjektet er å kartlegge muligheten for utvikling og implementering av en ny tjeneste med tilhørende teknologi som skal bidra til økt tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier og farmasøyter om legemiddelgjennomganger i sykehjem.

9 Referanser

1. **Helsedirektoratet.** *Veileder om legemiddelgjennomganger.* 2012.
2. **Halvorsen, Kjell, et al., et al.** Prescribing quality for older people in Norwegian nursing homes and home nursing services using multidose dispensed drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012, ss. 929-36.
3. **Tverborgvik, Eli, et al., et al.** Legemiddelgjennomganger på sykehjem i Bergen kommune. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift.* 2012, ss. 14-17.
4. **Hageler, Astrid G, Fjermestad, Torgeir og Midtdal, Kristin.** Legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmebasert omsorg i Trondheim. *Utposten.* 2013, ss. 19-22.
5. **Davidsson, Malin, et al., et al.** A multidisciplinary approach to improve drug therapy in nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2011, ss. 9-13.
6. **Apotekforeningen.** *Apotek og legemidler.* Oslo : Apotekforeningen, 2013.
7. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *St. meld. nr. 18 "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk".* 2005.
8. **Helse- og omsorgsdepartementet,.** *St. meld. nr. 16 "Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)".* 2011.
9. **Helsedirektoratet.** *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien.* 2011.
10. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *St. meld. nr. 10 "God kvalitet - trygge tjenester".* 2012.
11. **Bostrøm, Vibeke.** *I trygge hender på Nygård. Eavluering av pilot: Sikker legemiddelbehandling i sykehjem med hovedfokus på utprøving av metoder for tverrfaglig systematiske legemiddelgjennomganger.* s.l. : Kunnskapssenteret, 2011.
12. **Scullin, C.** Integrated medicines management - can routine implementation improve quality? *J Eval Clin Pract.* 2011.
13. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. *Lovdata.* [Internett] 1 Oktober 2012. [Sisert: 9 September 2013.] <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html>.



Helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet

www.innomed.no