



# Medicingennemgang i Netværksgrupper

Solgaven – et botilbud for  
ældre blinde og svagtseende

# Forord

Projektet er udført i samarbejde med Den Sociale Virksomhed og botilbuddet Solgaven i Region Hovedstaden. Der skal lyde en stor tak til alle deltagere fra Solgavens personalegruppe, Den Sociale Virksomhed og den praktiserende læge, som muliggjorde medicingennemgangsindsatsen og medvirkede i medicingennemgangsmøderne i perioden oktober 2018 – marts 2019.

Projektet er finansieret af Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Som kompensationen til den deltagende læge er der søgt midler hos KEU, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Hovedstaden.

### Rapporten er udarbejdet af:

Anne Mette Drastrup<sup>1</sup> (farmaceut), Gitte Krogh Madsen<sup>1,2</sup> (speciallæge i almen medicin), Nina Rolin<sup>3</sup> (sygeplejerske), Charlotte Vermehren<sup>1</sup> (farmaceut, ph.d.).

---

1 Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

---

2 Roskilde Lægehus

---

3 Solgaven, Den Sociale Virksomhed.



## Indholdsfortegnelse

Forord	2
Indholdsfortegnelse	3
Indledning	4
Formål	5
Metode	5
Inklusionskriterier	5
Medicingennemgang i netværksgrupper	5
Resultater	6
Karakteristik af beboerne	6
Medicingennemgangen	7
Opfølgning af medicingennemgangene	7
Fremadrettet læring	8
Netværksmøder	9
Refleksion	10
Konklusion	11
Kilder	12

### Indledning

Andelen af ældre er stigende og vil fortsat stige betydeligt de kommende år. Da der blandt ældre er en øget forekomst af kroniske sygdomme, ses der i denne befolkningsgruppe ofte behandling med flere lægemidler dagligt (polyfarmaci). Polyfarmaci defineres i mange tilfælde som mindst 5 lægemidler dagligt<sup>(1)</sup>. Problemstillinger i forhold til medicin, herunder polyfarmaci og risici for fejlmedicinering, er derfor meget centrale i forhold til den ældre medicinske patient. U hensigtsmæssig ordination af lægemidler til ældre kan resultere i lægemiddelrelaterede problemer, hvilket er årsag til en betydelig del af ældres akutte hospitalsindlæggelser<sup>(2-5)</sup>.

I almen praksis er man bekendt med at udføre medicingennemgang. Den praktiserende læge har som patientens faste læge mulighed for – og er i et vist omfang forpligtet til – jævnlige gennemgå patientens samlede medicin. Udførelse af medicingennemgang er især aktuelt for patienter med flere kroniske lidelser. Gennemgang af en patients medicin kræver stor indsigt i lægemidlers effekt, bivirkninger og interaktioner, og hos ældre ikke mindst indsigt i, hvorledes medicinen skal doseres under hensyntagen til fx aftagende nyrefunktion og alder.

En borgers gennemsnitlige levetid efter at være flyttet på plejecenter er cirka 2 år<sup>(6)</sup>. Dette forholder sig imidlertid anderledes for beboerne på Solgaven, der er et botilbud for 50–85+ årige med synshandicap. For at blive visiteret til Solgaven skal borgeren have et nedsat syn, som defineres ved 6/60 eller derunder på det bedste øje. Disse borgers almene helbred og funktionsniveau kan således være bedre sammenlignet med en borger, der får anvist en almindelig, kommunal plejecentersplads. Dette betyder, at borgere med bopæl på Solgaven som udgangspunkt forventes at kunne indgå i en dialog om egen medicinering, hvilket ikke altid kan forventes af en borger bosat på et almindeligt, kommunalt plejecenter. Denne borgergruppe af blinde og svagtseende ældre er begrænset beskrevet i litteraturen. Det er derfor relevant at se på, om der er specielle behov og problematikker, som denne gruppe har i forhold til medicinering.



**Blinde og svagtseende ældre er begrænset beskrevet i litteraturen. Det er derfor relevant at se på, om der er specielle behov og problematikker, som denne gruppe har i forhold til medicinering.**



## Formål

Projektets overordnede formål var at tilbyde beboere på botilbuddet Solgaven en medicingennemgang for derigennem at fremme hensigtsmæssig lægemiddelbehandling på botilbuddet Solgaven i Region Hovedstaden til gavn for den enkelte beboer. Dette skete i et bredt fagligt samarbejde mellem Solgaven, Den Sociale Virksomhed, botilbuddets læge fra almen praksis og Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Der blev lagt vægt på at opnå en fremadrettet læring på botilbuddet og i almen praksis i forhold til at blive opmærksom på uhensigtsmæssig lægemiddelbehandling og at kende redskaberne til at forebygge dette. Dette blev understøttet gennem undervisning af personalet og gennem tværfagligt samarbejde ved netværksmøder.

### Projektets succeskriterier

- Udfør medicingennemgang for mindst 40 af 64 beboere på Solgaven.
- Deltagende beboere får en mere hensigtsmæssig medicinsk behandling. Dette er vurderet ud fra, i hvor høj grad Solgavens praktiserende læge accepterer og efterfølgende implementerer ændringsforslag til beboernes medicin.
  - Målet var, at mindst 80 % af de foreslåede medicinændringer blev accepteret og at mindst 60 % af disse var implementeret efter 6 måneder.
- Udarbejd undervisningsmateriale med afrapportering af projekts resultater om rationel medicinanvendelse til ældre.

## Metode

### Inklusionskriterier

Alle beboere på Solgaven, som var tilknyttet botilbuddets læge, blev tilbudt en medicingennemgang. Beboere, der indgik i projektet, skulle give informeret samtykke. Det var plejepersonalet, der indhentede skriftligt samtykke fra beboerne eller deres pårørende.

### Medicingennemgang i netværksgrupper

Medicingennemgangene blev udført på baggrund af oplysninger fra medicinlister og plejeloger, som botilbuddet sendte til et tværdisciplinært medicingennemgangsteam fra Medicinfunktionen, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Medicingennemgangsteamet bestod af en farmaceut og en speciallægekonsulent i almen medicin.

Medicingennemgangsteamet gennemgik medicinen i forhold til borgerens alder, funktionsniveau, diagnoser, kontraindikationer og interaktioner mellem de anvendte lægemidler, samt ud fra regionale og nationale guidelines.

Herefter mødtes medicingennemgangsteamet med hver beboers netværksgruppe, der bestod af botilbuddets læge, Kvalitet og Udviklingssygeplejersken på Solgaven, den sygeplejefaglige teamleder

samt beboerens kontaktperson. Der var afsat ca. 10–15 minutter til hver beboer. Under dette møde blev medicinen gennemgået kritisk ift. den enkelte beboer med input fra alle implicerede parter. Eventuelle ændringsforslag blev drøftet og noteret. Typen af ændringsforslag blev kategoriseret som seponering, reduktion af dosis, øgning af dosis, skift af præparat, justering af antal enheder (fx tabletter) eller styrke per enhed, justering af administrationstidspunkt og forslag til nyt præparat.

Efter hvert medicingennemgangsmøde blev mødet kort evalueret med netværksgruppen, hvor eventuelle fremtidige forbedringer til metoden blev drøftet. Dette blev gjort med inspiration i forbedringsmodellen<sup>(7)</sup>. Netværksgruppen mødes i alt 6 gange.

Efter medicingennemgangsmødet drøftede botilbuddets læge og personalet ændringsforslagene med den enkelte beboer ved næste konsultation. Beboeren blev hermed inddraget i den videre beslutningsproces.

Der blev fulgt op på medicingennemgangene hhv. 3 og 6 måneder efter medicingennemgangsmøderne. Beboernes medicinlister blev her gennemgået med henblik på at evaluere implementeringsgraden af de af botilbuddets læge accepterede ændringsforslag.

## Resultater

### Karakteristik af beboerne

Ud af Solgavens i alt 64 beboere blev 50 inkluderet i indsatsen, og der blev således udført 50 medicingennemgange. De 9 ikke-inkluderede beboere havde enten en anden læge eller ønskede ikke at deltage.

Gennemsnitsalderen for de deltagende var 88 år (52 år til 99 år), 39 (78 %) var kvinder og 11 (22 %) var mænd. De blev i alt behandlet med 595 lægemidler, hvilket i gennemsnit svarede til 11,9 lægemidler per beboer. Ser man bort fra lægemidler til øjnene, havde beboerne i gennemsnit 11,0 lægemidler. 193 af de 595 lægemidler var pn. ordinationer, hvilket svarede til, at hver borger i gennemsnit havde 3,8 pn. ordinationer. Pn. står for pro necessitate, der betyder efter behov.

Ved gennemgang af diagnoser havde alle beboerne en øjenrelateret sygdom. Derudover omfattede de hyppigste diagnosegrupper kredsløbssygdomme (bl.a. hypertension, hjertesvigt, atrieflimren), gener relateret til bevægelsesapparatet (bl.a. alle gigtformer, knogleskørhed) samt gastrointestinale sygdomme (bl.a. mavesår, dyspepsi). Disse diagnoser blev afspejlet i lægemiddelordinationsmønstret, se tabel 1.

**Tabel 1** Oversigt over de hyppigst anvendte præparater inden medicingennemgangen

Type lægemidler	Antal
<b>Hjertekar/blod lægemidler</b>	141
<b>Svage smertelindrende lægemidler</b> (paracetamol, NSAID - tablet + topikal)	80
<b>Vitaminer, mineraler m.m.</b>	58
<b>Afførende/diarréhæmmende lægemidler</b>	50
<b>Øjenlægemidler</b>	46
<b>Smertelindrende lægemidler</b> (alle opioider, herunder morfin m.m.)	26
<b>Mavesyrerelaterede lægemidler</b> (pantoprazol m.m.)	18
<b>Sovemedicin</b> (cicadin, zolpidem, zopiclon)	18
<b>Benzodiazepiner</b> (nitrazepam, oxazepam m.m.)	17
<b>Inhalationslægemidler</b>	15
<b>Antidiabetika</b>	15
<b>Antidepressiv/angstdæmpende</b> (citalopram, mirtazapin m.m.)	15

## Medicingennemgangen

Medicingennemgangsteamet forberedte hver borgers medicingennemgang, som efterfølgende blev gennemgået i samarbejde med botilbuddets læge fra almen praksis og resten af netværksgruppen. Medicingennemgangsteamet foreslog 157 ændringer til de 50 beboeres medicin. Der blev således foreslået ændringer til ¼ af den ordinerede medicin, hvilket gennemsnitligt svarede til 3 ændringer per borger. Her blev 144 (91,7%) af dem accepteret eller accepteret med forbehold (benævnes herefter accepteret+) af beboerens læge, som havde ansvaret for ordinationerne. Accepteret med forbehold, blev noteret, når lægen var positiv overfor ændringsforslaget, men havde behov for at undersøge et sygdomsforløb nærmere ved fx blodprøvetagning eller andre undersøgelser, før en endelig accept kunne gives. Fordelingen af de forskellige typer af ændringsforslag er præsenteret i figur 1.

De hyppigst anvendte ændringsforslag blandt de accepterede+ ændringsforslag var seponering af lægemidler (n=78) og reduktion af dosis (n=35).

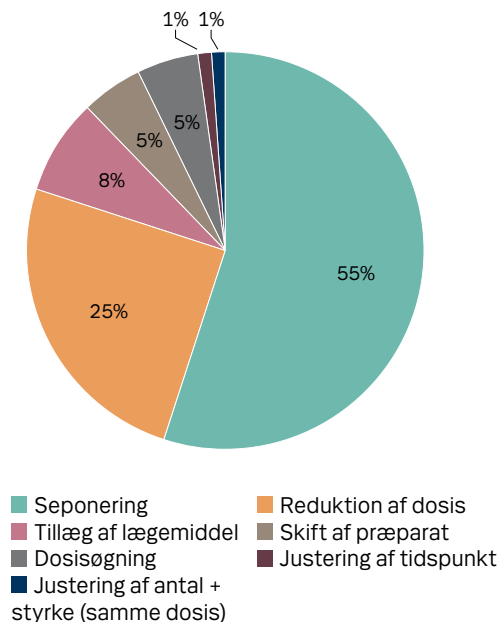
## Opfølgning af medicingennemgangene

Opfølgning på medicingennemgangene blev udført mhp. at vurdere hvor mange af de af lægen accepterede+ ændringsforslag, der var blevet implementeret. I figur 2 ses implementeringsgraden ved opfølgningerne.

Ved gennemgangen af beboernes medicinlister 3 måneder efter medicingennemgangen, var fem beboere døde. Herved udgik 20 ændringsforslag, og der var 124 tilbageværende ændringsforslag, der skulle følges op på. Af disse var 38 (30,6%) blevet implementeret, eller delvist implementeret. En delvis implementering kunne fx være, hvis lægen havde reduceret dosis og det oprindelige ændringsforslag var seponering. Resten af ændringsforslagene var ikke blevet implementeret.

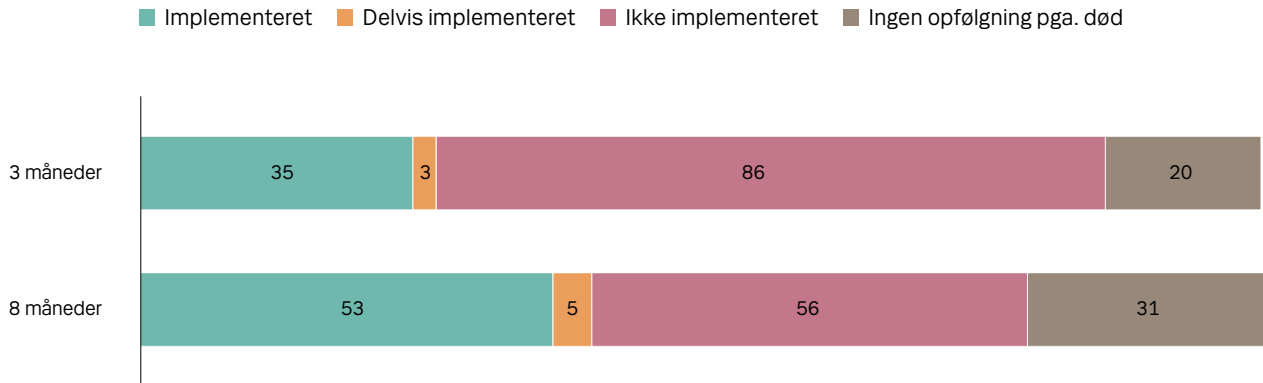
Ifølge planen skulle den anden opfølgning foretages 6 måneder efter medicingennemgangen var udført. Ved 6 måneders opfølgning blev der ved stikprøvekontrol fundet, at der kun var blevet implementeret ét ændringsforslag siden 3 måneders opfølgningen. Det blev derfor efter aftale med Solgaven besluttet at udskyde opfølgningen 2 måneder – dvs. til 8 måneder efter udførelsen af medicingennemgangene. I den mellemliggende periode blev medicingennemgangsteamets noter vedr. de enkelte ændringsforslag sendt til Solgavens personale. Med denne yderligere dokumentation gennemgik personalet i samarbejde med botilbuddets læge beboernes medicin igen mhp. at implementere de aftalte ændringer.

## Typer af accepterede ændringsforslag



**Figur 1** Oversigt over fordelingen af accepterede+ ændringsforslag (n=144). + (accepterede eller accepteret med forbehold)

### Opfølgning af ændringsforslag



**Figur 2** Implementeringsgraden af accepterede+ ændringsforslag ved 3 måneders opfølgning n = 144 (20 ændringsforslag udgik pga. død, de resterende 124 ændringsforslag opfølges) og 8 måneders opfølgning n = 145\* (31 ændringsforslag udgår pga. død, de resterende 114 ændringsforslag opfølges).

\* Ét ændringsforslag blev implementeret, selvom lægen ikke havde accepteret det i første omgang.

Ved gennemgang af beboernes medicinlister 8 måneder efter medicingennemgangen, var i alt ni beboere døde. Dette betød, at denne opfølgning omfattede 114 ændringsforslag for de resterende beboere. Den ekstra indsats fra Solgavens personale betød, at der ved 8 måneders opfølgningen var 58 (50,9%) af de tilbageværende 114 ændringsforslag, der var implementeret/delvist implementeret. Se figur 2.

Projektets succeskriterium vedr. antallet af udførte medicingennemgange lød på mindst 40. Der blev i alt udført 50 medicingennemgange, så dette succeskriterium blev opfyldt. Projektets succeskriterier omfattede ydermere, at mindst 80 % af ændringsforslagene skulle accepteres af botilbuddets læge. Dette kriterium blev også opfyldt, da 91,7 % af de foreslåede ændringsforslag blev accepteret. Målet for implementeringsgraden var, at mindst 60 % af de accepterede ændringsforslag blev implementeret. Efter projektets sidste opfølgning var kun 50,9 % af ændringsforslagene blevet implementeret. Dette succeskriterium, blev således ikke nået.

### Fremadrettet læring

Efter udførelse af medicingennemgangene underviste farmaceuten fra medicingennemgangsteamet botilbuddets personale med udgangspunkt i resultaterne fra medicingennemgangene.

Undervisningen var case-baseret og bygget op omkring, hvilke fund der var set i medicingennemgangene. De lægemiddelgrupper, der var flest ændringsforslag til, var dem, der blev trukket frem i undervisningen. Baggrunden for ændringsforslagene blev forklaret, så personalet i fremtiden kunne være opmærksomme på disse.

Langt de fleste beboere havde en ordination på paracetamol enten som en fast- eller en pn. ordination. Her var det vigtigt at være opmærksom på effekten, da paracetamol ikke har en dokumenteret smertestillende effekt efter 6 uger. Ved langtidsbehandling blev det således anbefalet at forsøge at





pausere behandlingen i 1–2 uger, hvorefter effekten efterfølgende skulle vurderes. Hvis der ikke var forværring af smerterne, kunne paracetamol seponeres eller ændres til en pn. ordination.

Pantoprazol/omeprazol er protonpumpe-hæmmere og virker mod for meget mavesyre. Femten af de 50 inkluderede beboere var i langtidsbehandling med høj dosis. Høje doser anbefales oftest kun til akutte forløb med kortvarigt brug, og kun ved få sygdomme anbefales protonpumpe-hæmmere til langtidsbehandling med en lavere vedligeholdelsesdosis. Hvis der ikke var indikation for langtidsbrug, anbefalede vi at reducere dosis med henblik på seponering. Symptomerne kan returnere i udtrappingsfasen (rebound effekt), hvilket eventuelt kan afhjælpes med syreneutraliserende håndkøbsmedicin, indtil mavesyreproduktionen igen er reduceret.

Beroligende medicin og sovemidler var en anden lægemiddelgruppe, hvor vi anbefalede en række ændringer. Der blev anbefalet ændringer til halvdelen af præparaterne i denne lægemiddelgruppe. Benzodiazepiner, fx oxazepam, bromazepam m.m., er afhængighedsskabende og kan være forbundet med konfusion, svimmelhed, øget faldtendens og kognitiv svækkelse. Præparaterne anbefales ikke til langtidsbehandling (mere end 2 uger). Sovemidler, fx zopiclon, zolpidem m.m., kan give de samme bivirkninger som ovenstående, og virkningen aftager over tid. Behandling med sovemidler bør være af kort varighed (højst 1–2 uger). Vi anbefalede en dosisreduktion og herefter seponering, hvis det var muligt<sup>(8)</sup>.

For bl.a. de tre overstående lægemiddelgrupper kan personalet sammen med beboeren observere effekten af ændringen og i samarbejde med lægen afhjælpe uhensigtsmæssig eller unødvendig medicinering i fremtiden.

## Netværksmøder

Det dybdegående kendskab til beboerens helbred, præferencer og den indgående viden om medicin, var med til at gøre netværksgruppens samarbejde værdifuldt i den kritiske gennemgang af medicinen. Ændringsforslagene blev i dette forum sat i relation til dagligdags observationer af beboerens tilstand og kendskab til den enkeltes ønsker og værdier. Arbejdet i netværksgruppen var med til at sikre relevansen og aktualiteten af ændringsforslagene. Herudover var det medvirkende til at engagere Solgavens personale i borgernes medicin samtidig med, at det styrkede fagligheden blandt Solgavens personale.

Kvalitet og Udviklingssygeplejersken på Solgaven fortalte om eksempler på, hvor personalet har undret sig over en behandling og efterfølgende reageret på det. Det har blandt andet været, når beboeren var kommet hjem efter en indlæggelse og var opstartet i ny medicin. De observerede, at flere beboere, der havde være indlagt på et hospital, blev udskrevet med en fast medicinpakke. Den indeholdt



**Figur 3** Billede artikel bragt i Kommunal Sundhed, Dagens Medicin den 14/11-2019, med et interview med Lederen af Kvalitets- og udvikling på Solgaven, Nina Rolin skrevet af Katrine Pinborg.

Hjerdyl (acetylsalisylsyre, blodprotsforebyggende), simvastatin (kolesterolsænkende), paracetamol (smertestillende) og pantoprazol (sænker mavesyreproduktionen). Kvalitet og Udviklingspsygeplejersken er sammen med de øvrige medicinansvalige personalegrupper nu begyndt at stille spørgsmålstegn ved "pakke-ordinationer" efter udskrivelse samt til dosis og varighed af nye ordinationer. Hermed mindskes uhensigtsmæssigt og unødvendig medicin.



Succeskriteriet om fremadrettet læring vurderes ud fra overstående at være opnået.

## Refleksion

Den inkluderede borgergruppe var sammenlignelig med andre ældre på plejecentre/botilbud, når det gælder alder, kønsfordeling, antal ordinationer og typen af diagnoser. Dog er beboerne på Solgaven i højere grad i stand til at deltage i overvejelser omkring deres behandling end beboere på almindelige, kommunale plejecentre<sup>(9, 10)</sup>. Dette skyldes, at hovedårsagen til en indflytning på Solgaven sker på grund af synshandicap, og dermed er en større del af beboerne kognitivt velfungerende. Inddragelsen af den enkelte beboer i netværksgruppen kunne i en fremtidig medicingennemgangsindsats på Solgaven eller lignede sted være en direkte kilde til viden om beboerens præferencer i forhold til den medicinske behandling. Dette må formodes at kunne målrette medicingennemgangen yderligere ift. beboerens behov og ønsker for medicinering. Medinddragelse af beboerne har også betydet at nogle ændringer ikke er blevet implementeret, fordi beboeren ikke ønskede det.

Netværksmøderne, undervisningen og det efterfølgende arbejde med implementeringen, som foregik mellem beboeren, personalet og botilbuddets læge, medførte, at cirka halvdelen af de accepterede+



ændringsforslag var implementeret efter 8 måneder. Denne arbejdsmetode var ressourcekrævende, men indsatsen afspejles også i forbedringen af resultaterne fra 3 til 8 måneder, hvor implementeringsgraden blev forbedret fra 30,6 % til 50,9%. I fremtidige projekter kan man arbejde systematisk med den ekstra opfølgende implementerings indsats og inkludere den i metoden fra start for at understøtte, at de aftalte ændringer til medicinen implementeres.

Medicingennemgangsmøderne i netværksgruppen og den efterfølgende undervisning af personalet styrkede personalets læring. Kvalitet og Udviklingssygeplejersken på Solgaven udtrykte, at personalet har lært meget om medicinering af ældre i løbet af projektperioden, og at de efterfølgende har været ekstra opmærksomme på uhensigtsmæssigheder ved beboernes medicin.

At samle en netværksgruppe omkring hver enkelt beboer har både været ressourcekrævende og samtidig meget givende. Den løbende evaluering af møderne og den efterfølgende justering af arbejdsformen har rettet metoden mod netværksgruppens behov, samtidig med at plejepersonalets involvering i medicingennemgangen har gjort metoden mere borgerrettet. Vores oplevelse er, at alle har lært noget nyt om beboerne, om rationel lægemiddelbehandling og om de andre faggruppers roller. Det er bestemt en metode, vi vil arbejde videre med.

## Konklusion

Beboerne fik gennemgået deres medicin ved medicingennemgangsmøder i netværksgrupper. I perioden blev 50 beboeres medicin gennemgået og efterfølgende blev der arbejdet med at implementere de aftalte ændringer. Lægen accepterede eller accepterede med forbehold 91,7 % af de ændringsforslag, som medicingennemgangsteamet foreslog. Efter 8 måneder var 50,9 % af de af lægen accepterede ændringsforslag implementeret/delvist implementeret.

Arbejdsmetoden med inklusion af netværksgrupper i udførelsen af medicingennemgange har givet et helhedsbillede af beboerne, som har været værdifuldt i ift. at kunne identificere problemstillinger for den enkelte beboer og prioritere de foreslåede ændringer efter deres ønsker og behov. Indsatsen og undervisningen har desuden skabt fremadrettet læring blandt de implicerede parter. Personalet har fundet, at deltagelse i projektet har løftet arbejdsglæden og styrket deres faglighed.

Projektet lever overordnet set op til succeskriterierne, både ift. antal udførte medicingennemgange, acceptgraden af medicingennemgangsteamets ændringsforslag og ift. fremadrettet læring. Succeskriteriet vedr. implementering af mindst 60 % af de accepterede ændringsforslag blev imidlertid ikke nået 8 måneder efter netværksgruppens medicingennemgangsmøder.





## Kilder

1. Christensen MB. Polyfarmaci Copenhagen: Pro.medicin.dk; 2017 Available from: <http://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318739-a440>.
2. Di Giorgio C, Provenzani A, Polidori P. Potentially inappropriate drug prescribing in elderly hospitalized patients: an analysis and comparison of explicit criteria. *International journal of clinical pharmacy*. 2016;38(2):462-8.
3. Hallas J, Gram LF, Grodum E, Damsbo N, Broesen K, Haghfelt T, et al. Drug related admissions to medical wards: a population based survey. *British journal of clinical pharmacology*. 1992;33(1):61-8.
4. Pedros C, Formiga F, Corbella X, Arnau JM. Adverse drug reactions leading to urgent hospital admission in an elderly population: prevalence and main features. *European journal of clinical pharmacology*. 2016;72(2):219-26.
5. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7456):15-9.
6. Ældreministeriet S-o. NATIONAL UNDERSØGELSE AF FORHOLDENE PÅ PLEJECENTRE. Copenhagen: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
7. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ (Clinical research ed)*. 1996;312(7031):619-22.
8. Sundhed-og-Ældreministeriet. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. In: Retsinformation, editor.: Sundhedsstyrelsen; 2018.
9. Region Sjælland. Medicingennemgang på Kalundborgs plejecentre. Sorø: Region Sjælland; 2015.
10. Region Hovedstaden. Medicingennemgang på plejecentre i Hørsholm kommune. København NV: Region Hovedstaden; 2020.