

Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggesskriv og epikriser

Sammendrag

Bakgrunn. Korrekt kommunikasjon om medisinbruk på tvers av nivåene i helsevesenet er avgjørende for å unngå uønskede legemiddelvirksomheter og feilmedisinering. Vi har undersøkt hvordan sykehus og primærhelsetjeneste kommuniserer om medisinbruk gjennom henvisninger og epikriser.

Materiale og metode. I to perioder i 2009 ble alle elektive henvisninger til medisinsk poliklinikk og epikriser fra medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik kopiert og anonymisert. Det ble undersøkt hvorvidt medisinopplysninger forelå og om de var fullstendige. Det ble også undersøkt om innleggesskriv ved akuttinnleggelse på medisinsk avdeling inneholdt medisinliste.

Resultater. 92 (47 %) av 194 elektive henvisninger hadde fullstendige medisinopplysninger. I epikrisene hadde 167 (91 %) av 184 som brukte medisiner fullstendige medisinopplysninger. I 61 (49 %) av 125 epikriser hvor endringer i legemiddelbruk var omtalt, var endringene ikke beskrevet i medisinlisten. Blant 196 akuttinnlagte som brukte medisiner, manglet medisinliste hos 76 (39 %). Ved innleggelse fra fastlege manglet den hos 10 av 63 (16 %) som brukte medisiner.

Fortolkning. Kommunikasjon om medisinbruk er for lavt prioritert, og pasientene kommer til undersøkelse og innleggelse med mangelfulle opplysninger. Pasienter bør ha sin egen medisinliste i papirversjon inntil informasjon kan fås elektronisk.

Karin Frydenberg
frydrein@online.no
Skreia Legesenter
og
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet – Gjøvik

Mette Brekke
Avdeling for allmenntidrett
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

God kommunikasjon om pasientens sykdom, utredning og behandling er viktig på tvers av behandlingsnivåene i helsevesenet. Legenes viktigste kommunikasjonsverktøy er henvisninger og epikriser. En betydningsfull del av denne kommunikasjonen gjelder pasientens medikamentelle behandling. Norske undersøkelser har vist manglende kommunikasjon om og samsvar mellom medisinlisten hos allmenntidrettslegen, hjemmelegepleien og på sykehjemmet hos 60–90 % av pasientene (1, 2). Det er vist at mange innleggelse i sykehus skyldes uønskede legemiddelvirksomheter (3). Når pasienter bruker mange medisiner, blir det vanskeligere å ha oversikt over bivirkninger og interaksjoner (4), og det medfører økt risiko for død (5, 6). Dårlig kommunikasjon om medisinlisten er en faktor som bidrar til feilmedisinering (7). Fastlegen er den som skal ha oversikt over pasientens faste medisiner, men har det ofte ikke (1, 2). Endringer som gjøres under sykehusinnleggelse er ikke alltid godt begrunnet i epikrisene og kan derfor føre til usikkerhet når pasienten er utskrevet (8).

Ved akuttinnleggelse i sykehus kan det være vanskelig for personalet i mottaket å finne ut hvilke medikamenter og doser pasienten bruker, dersom dette ikke står i henvisningen og pasienten ikke har medisinliste eller tilstrekkelig oversikt selv (9). Opplysninger fra pårørende og telefoniske forespørsler til kommunehelsetjenesten gir usikre svar, og medisinlistene for akuttinnlagte pasienter kan dermed bli mangelfulle (10).

Vi ønsket å belyse hvordan kommunikasjonen om medisiner er mellom første- og annenlinjetjenesten ved å undersøke påstandene:

- Ved henvisninger til sykehuset er medisinlisten i fastlegens henvisning ofte mangelfull eller foreligger ikke.
- Medisinlisten i epikrisene fra medisinsk avdeling er ofte mangelfull og inneholder ikke alltid informasjon om endringer og seponeringer.

- Ved akuttinnleggelse må personalet ofte lete etter medisinlisten andre steder enn hos pasient og i henvisningsskriv.

Materiale og metode

Vår undersøkelse gjelder henvisninger og epikriser mellom fastleger (hovedsakelig i Vest-Oppland) og leger ved medisinsk avdeling og poliklinikk ved Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik, som har et nedslagsfelt på 100 000 innbyggere. Datainnsamlingen ble av praktiske grunner gjort i ulike perioder første og annet halvår 2009.

Henvisninger

Alle elektive henvisninger til medisinsk poliklinikk fra primærleger i nedslagsfeltet til Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik ble kopiert av sekretærer ved medisinsk avdeling i periodene 4.2.–2.3. 2009 og 31.8.–15.9. 2009.

Sekretærene anonymiserte henvisningene, slik at verken pasient eller lege kunne gjenkjennes. Pasientens fødselsår og kjønn ble notert på henvisningene som ble nummerert fortløpende. Inklusjonskriteriene var at henvisningene skulle komme fra fastleger og gjelde utredning og behandling ved medisinsk poliklinikk. Vi registrerte opplysninger om medikamentbruk, hvorvidt tidligere sykdommer var anført og om det fremgikk en klar problemstilling som grunn til henvisningen. Der det fremgikk at pasienten brukte medisiner, vurderte vi hvorvidt opplysningene var fullstendige.

«Fullstendig medisinliste» innebar at det under en overskrift (Medikamenter/Pasienten bruker følgende medikamenter e.l.) sto listet opp medikamentnavn og dosering, det skulle ikke være åpenbare feil og/eller dob-

Hovedbudskap

- Halvparten av henvisningene til medisinsk poliklinikk manglet eller hadde ufullstendige medisinopplysninger
- Epikrisene inneholdt som oftest opplysninger om medikament og dosering, men endringer var omtalt i bare halvparten av medisinlistene når slike endringer var blitt foretatt iht. epikrisen
- Ved akuttinnleggelse manglet medisinliste i fire av ti tilfeller, og ved innleggelse fra fastlege manglet den i mindre enn to av ti

beltregistreringer, alle medikamenter nevnt i teksten skulle stå i listen og listen skulle inkludere medikamenter som pasienten åpenbart sto på ut fra diagnoser beskrevet i henvisningen. Dersom ett eller flere av disse kravene ikke var oppfylt, ble listen definert som «ufullstendig».

«Fullstendig i teksten» innebar at medikamentnavn og dosering ble gitt som tekst, og ikke som en egen liste. Igjen skulle det ikke være åpenbare feil og/eller dobbeltregistreringer, og medikamenter som pasienten åpenbart sto på ut fra beskrevne diagnoser skulle være med. Informasjon om «tidligere sykdommer» ble ansett å foreligge når det var en egen liste eller det sto: tidligere frisk. «Klar problemstilling» ble vurdert ut fra om vi fant en klar bestilling.

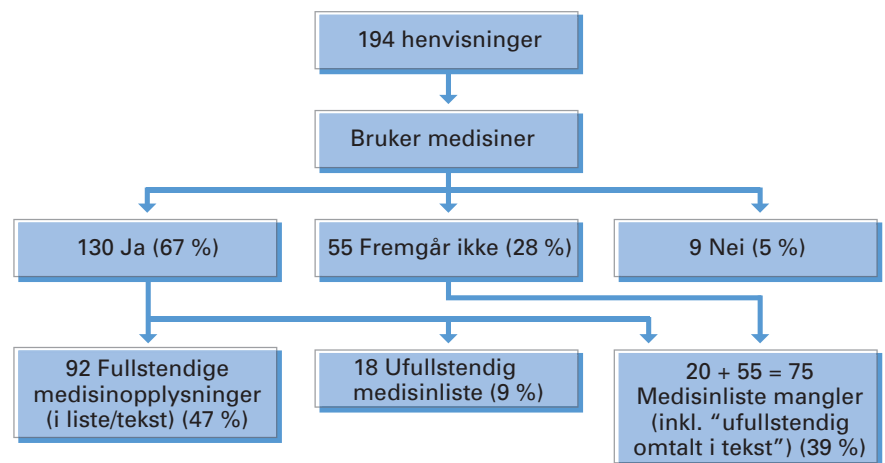
Epikriser

Alle epikriser fra medisinsk avdeling til fastlegene i nedslagsfeltet ble i periodene 15.1–26.2. 2009 og 7.8–22.9. 2009 kopiert. De ble anonymisert av sekretærene på samme måte som henvisningene, pasientens fødselsår og kjønn ble påført og epikrisene ble nummerert fortløpende. Inklusjonskriteriet var at det skulle være epikrise til fastlege.

Vi vurderte om epikrisene inneholdt fullstendige medisinopplysninger og om doseendringer, seponeringer og initiering av nye medisiner var omtalt eksplisitt i medisinlisten. Vi kartla også hvorvidt epikrisen anga en plan for oppfølging av pasienten etter utskrivning og om det var en klar ansvarsfordeling i oppfølgingen. Medisinlisten ble vurdert som «fullstendig» hvis den var det ut fra epikrisens innhold og diagnoser og inneholdt preparatnavn og dosering. Dersom det ikke forelå liste, men medisiner og doseringer var nøyaktig beskrevet i teksten, ble det også regnet som fullstendige medisinopplysninger. Kategorien «Endring omtalt i medisinlisten» ble brukt når seponeringer og doseendringer var skrevet direkte inn i medisinlisten. At det var foretatt endringer, kom frem ved at dette var nevnt i epikrisen (i tekst og/eller liste). Om det var «Plan for oppfølging», vurderte vi ut fra hvorvidt dette var beskrevet eksplisitt i epikrisen. Under «Klar ansvarsfordeling» vektla vi om det sto hvem som skulle følge opp pasienten etter utskrivning.

Akuttinnleggelser

Ved akuttinnleggelser ved medisinsk avdeling i periodene 23.4–6.5. 2009 og 28.9–13.10. 2009 fylte sykepleier i akuttmottaket ut et enkelt, anonymt registreringsskjema. Registreringen omfattet innleggende instans, om pasienten brukte medisiner (basert på henvisningsskriv eller opplysninger fra pasienten selv) og hvorvidt det forelå medisinliste, enten i henvisningen eller at pasienten selv hadde med medisinliste. Det ble ikke vurdert om medisinlisten var fullstendig. Medisiner beskrevet i teksten ble ikke regnet som medisinliste. Ved manglende medisinliste ble det registrert hvordan personalet i



Figur 1 Opplysninger om medikamentbruk i henvisninger fra primærleger til medisinsk poliklinikk, Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik, i periodene 4.2.–2.3. 2009 og 31.8.–15.9. 2009

mottaket skaffet opplysninger om hvilke medikamenter pasienten brukte.

Alle vurderingene ble gjort av førsteforfatter (KF). En spesialist i allmennmedisin og en assistentlege ved medisinsk avdeling gjennomgikk 20 tilfeldig valgte epikriser og 20 henvisninger. Vurderingene ble drøftet mellom de tre inntil enighet om vurderingskriteriene forelå. Deretter gjorde KF alle vurderingene på nytt.

Dataene ble lagret i statistikkprogrammet SPSS.

Etikk

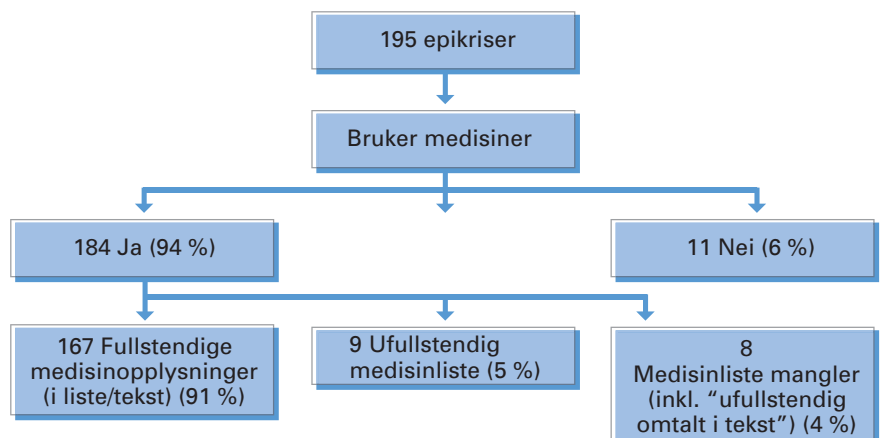
Vi vurderte det slik at godkjenning av studien i regional etisk komité for medisinsk forskning ikke var nødvendig, da den kun omfatter forhold ved legers kommunikasjon som ikke kan relateres til konkrete pasienter. Råd fra personvernrådgiver om personalets taushetsplikt og avdelingsledelsens ansvar ble fulgt. Materialet er anonymisert av sekretærene ved medisinsk avdeling og kan ikke føres tilbake til enkeltleger eller pasienter. Det er dermed ikke personidentifiserbart og kommer under det som på Regionale komiteer for medisinsk

og helsefaglig forskningsetikk (REK) hjemmeside beskrives under «Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK» Siste punkt der lyder: « Med anonyme opplysninger menes opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson» (11). Vi fremla studien for komiteen i etterkant for å få vurdert spørsmål om dispensasjon fra taushetsplikt. De konkluderte med at den ikke var fremleggelsespliktig.

Resultater

Henvisninger

61 av 255 henvisninger ble ekskludert fordi de ikke fylte inklusjonskriteriene. 194 henvisninger gjensto, 70 fra første og 124 fra andre periode. 112 (58%) henviste var menn og 81 (42%) kvinner (opplysning om kjønn manglet hos én). Median alder var 57 år (spredning 11–89). I ni (5%) av henvisningene fremgikk det klart at pasienten ikke brukte medisiner. I 55 (28%) av henvisningene fremgikk det ikke hvorvidt pasienten brukte medisiner. I de 130 henvisningene



Figur 2 Opplysninger om medikamentbruk i epikriser fra Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik, til primærleger i periodene 15.1–26. 2. 2009 og 7.8–22. 9. 2009

Tabell 1 Oversikt over om medisinliste forelå ved akuttinnleggelse på Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik i periodene 23.4.–6.5. 2009 og 28.9.–13.10. 2009, etter innleggende instans. Her har vi kun tatt med de 196 som brukte medisiner. Hos tre manglet opplysninger om innleggende instans

Innleggende instans	Medisinliste ved innleggelse, n [%]		Totalt
	Ja	Nei	
Fastlege	53	10	63
Sykehjem o.l.	25	0	25
Legevakt	32	29	61
Direkte/akuttmedisinsk kommunikasjonsentral/ambulans	7	26	33
Poliklinikk/annet sykehus	3	8	11
Totalt	120 (62)	73 (38)	193 (100)

der det var oppgitt at pasienten brukte medisiner, var dette fullstendig omtalt i liste (n = 87) eller tekst (n = 5) i 92 tilfeller, ufullstendig omtalt i liste i 18 tilfeller og i 20 tilfeller ufullstendig omtalt i tekst eller liste manglet helt (fig 1). De 20 som manglet medisinliste/hvor medisinene var ufullstendig omtalt i tekst utgjorde sammen med de 55 hvor det ikke fremgikk om pasienten brukte medisiner, 75 (39 %) av henvisningene.

Tidligere sykdommer var beskrevet i 101 (52 %) av henvisningene, og i 178 (92 %) forelå det en klar problemstilling som bakgrunn for henvisningen.

Epikriser

24 av 219 epikriser ble ekskludert fordi de ikke fylte inklusjonskriteriene. 195 epikriser gjensto: 88 fra første og 107 fra andre periode. 111 (59 %) av epikrisene gjaldt menn og 77 (41 %) kvinner (sju manglet opplysning om kjønn). Median alder var 68 år (spredning 17–97). Det fremgikk klart av alle epikrisene om pasienten brukte medisiner eller ikke. Av 184 pasienter som brukte medisiner, forelå fullstendige medisinopplysninger i 167 (91 %) av epikrisene. I 17 (9 %) tilfeller var medisinopplysningene ufullstendige eller manglet (fig 2).

Endringer i medisineringen var skrevet

inn i medisinlisten markert som «ny», «økt dose», «seponert» eller liknende hos 64 av 125 (51 %) pasienter hvor endringer var omtalt i epikrisen (liste og/eller tekst). Plan for oppfølging forelå i 170 (87 %), og ansvaret var klart fordelt i 182 (93 %) av epikrisene.

Akuttinnleggelser

221 akuttinnleggelser ved medisinsk avdeling ble registrert, 95 fra første og 126 fra andre periode. 74 pasienter (34 %) ble innlagt fra fastlegen, 69 (32 %) fra legevakt, 35 (16 %) direkte eller fra akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulans, 26 (12 %) fra sykehjem og 12 (6 %) fra poliklinikk eller annet sykehus (på fem skjema manglet opplysning om henvisende instans). 196 (89 %) av pasientene brukte medisiner, og for 76 (39 %) av disse manglet medisinliste. Ved innleggelse fra sykehjem manglet ikke medisinliste i noen av tilfellene, mens den manglet i ti av 63 (16 %) av innleggelsene fra fastlege (11 av de 74 pasientene innlagt fra fastlege brukte ikke medisiner). Ved direkte innleggelse fra ambulans/AMK manglet opplysninger om medikamenter hos 26 av 33 (79 %) (to brukte ikke medisiner) (tab 1, fig 3).

Hos de 76 pasientene som manglet medisinliste ved innleggelsen, forsøkte syke-

pleier i mottaket å finne opplysninger på følgende måte: gjennom informasjon fra pasienten selv hos 27, ved å ringe fastlegekontor, hjemmesykepleie, sykehjem eller pårørende hos 12, ved å studere medbrakte medisinbokser hos ti og i sykehusets elektroniske pasientjournal fra tidligere innleggelser og polikliniske undersøkelser hos 15. For fire klarte man ikke å finne opplysninger om medikamentbruk, og for åtte pasienter var spørsmålet ikke besvart av sykepleier.

Diskusjon

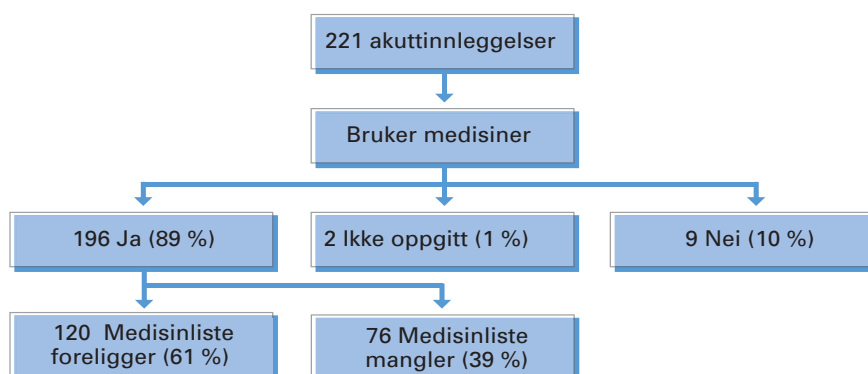
Undersøkelsen viser at opplysninger om pasienters medisinbruk ofte er mangelfull ved kommunikasjon på tvers av helsetjenestnivåene.

Når medisinlistene ikke foreligger ved akuttinnleggelser, må personalet i mottaket støtte seg på andre kilder. Ved siden av tids spillet ved denne letingen, blir opplysningene usikre og risiko for medisinfeil øker (7).

Vanligvis bør henvisninger til medisinske undersøkelser inneholde medisinliste, slik det er presisert i «den gode henvisning» (12). Vår undersøkelse kan tyde på at sykehusleger gjør en større innsats for kommunikasjon gjennom epikrisene enn hva allmennlegene gjør med henvisninger. Gjenspeiler dette kulturforskjeller mellom hvordan man arbeider på sykehus og i allmennpraksis? Sykehuslegene har ved epikriseskriving en «kurve» som inneholder medisinhistorikk under innleggelsen tilgjengelig. Sykehusets struktur bidrar dessuten til at legene blir sett i kortene og kanskje derfor strekker seg lenger for å kvalitetssikre det skriftlige arbeidet. Kan den mer byråkratiske allmennmedisinske arbeidsformen med mange raske avgjørelser og henvisninger til ulike instanser føre til at man nedprioriterer det som krever mer tid? Oppdatering av medisinlisten i den elektroniske pasientjournalen i allmennpraksis er tidkrevende og blir ikke alltid gjort systematisk (13). Er medisinlisten ikke oppdatert når henvisning skal skrives, blir den neppe vedlagt. En studie fra Lungeavdelingen, Haukeland universitetssykehus 2008–09 viser at elektronisk beslutningsstøtte ved henvisninger gir økt kvalitet på henvisningene uten at det er mer tidkrevende (14). Utviklingen av «den gode henvisning» i de tilgjengelig elektroniske pasientjournalene har etter vår erfaring hittil ikke gitt allmennlegene enklere verktøy for bedre henvisninger og mer oppdaterte medisinlister. At så mange allmennleger ser ut til å nedprioritere medisinlisten i sin kommunikasjon med medisinsk poliklinikk, står i kontrast til den sentrale plassen riktig medisinering har i pasientbehandlingen.

Styrker og svakheter

Vi har benyttet opplysninger i henvisning og epikrise til vurdering av pasientens medikamentbruk og til vurdering av om medikamentopplysningene er fullstendige. Hvorvidt dette reflekterer faktisk medikamentbruk,



Figur 3 Opplysninger om medikamentbruk registrert av sykepleier i mottak ved akuttinnleggelser, Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik, i periodene 23.4.–6.5. 2009 og 28.9.–13.10. 2009



Figur 4 Plakat utarbeidet til bruk i venterommene. Pasienten oppfordres til å be legen om å få utskrevet sin medisinliste. Plakaten er utarbeidet av Morten Finckenhagen i samarbeid med Legeforeningen og Statens legemiddelverk og er sendt ut til alle allmennleger

vet vi ikke. Ved registrering av akuttinnleggelser skulle alle innleggelse registreres, men vi har ikke kontroll med om det faktisk ble gjort. Materialet er så stort at vi mener at studiens interne validitet er god. Om resultatene fra vår undersøkelse har overføringsverdi til andre deler av Norge, er avhengig av flere lokale faktorer. Hvilke elektroniske pasientjournaler som brukes og hvorvidt elektronisk henvisning er innført, vil påvirke innhold og kvalitet i henvisninger. Ved bruk av «den gode henvisning», slik man er tvunget til ved elektronisk henvisning, legges medisinlisten automatisk inn, men kun hvis den er lagret i journalen. Vi kjenner ikke til lokale faktorer som skiller fastleger og sykehusleger i Vest-Oppland fra andre deler av Norge eller at andre har organisert kommunikasjonen systematisk annerledes.

Mulige løsninger

Det arbeides på flere områder for å bedre oversikten over den enkelte pasients medisinbruk. Eksempler er mer automatisert elektronisk beslutningsstøtte og bedre medisinlistefunksjon i elektronisk pasientjournal (14). Nye former for kommunikasjon om medisinlister er på trappene. Nasjonalt tilgjengelige, reseptbaserte lister og eResept kan vise seg å bli noe av løsningen, men dette er ennå på forsøksstadiet (10). Det har i flere år vært forprosjekter til en samtykkebasert kjernejournal (15) der bl.a. medisinlisten skal være elektronisk tilgjengelig for dem pasienten har gitt samtykke til. Anders

Grimsmo skriver i en oppsummering av forprosjektet til en nasjonal kjernejournal at apotekenes reseptregistrering av utleverte legemidler kan bli kilden for legemiddelopplysninger (16).

I en Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i 11 land som ble publisert i 2009 og oppsummert i en rapport fra Kunnskapssenteret (17), kommer norske allmennleger dårlig ut sammenliknet med bl.a. England, Tyskland og Italia når det gjelder å gi ut medisinliste til pasientene sine. Bare 20 % oppgir rutinemessig å gi ut fullstendig medisinliste. Kvalitetsutvalget for primærmedisin (KUP) leverte i 2005 en rapport om kvalitetsindikatorer i allmennmedisin. Der presenterer de blant annet oppdatert medisinliste i journalen som en kvalitetsindikator for å vurdere journalkvalitet (18).

Skal allmennleger kunne kommunisere elektronisk om medisinlister, må de prioritere arbeidet med å lage og bruke korrekte medisinlister. Pasientens egen papirversjon av medisinlisten gir pasienten en mulighet til selv å ha oversikt og kan som kommunikasjonsmiddel være et godt alternativ inntil elektronisk liste blir mulig og lett tilgjengelig. M. Finckenhagen har utarbeidet en plakat for venterom der pasienten oppfordres til å be legen om å få utskrevet sin medisinliste (fig 4).

Konklusjon

Kommunikasjon om pasienters medisinbruk er viktig og vanskelig og viser seg å være mangelfull på tvers av nivåene i helsetjenesten. Arbeidet med å heve kvaliteten på den skriftlige kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og sykehus må styrkes. Elektronisk henvisning med beslutningsstøtte og forbedrede medisinlistefunksjoner i elektronisk pasientjournal både i sykehus og primærhelsetjeneste er midler som må tas i bruk for å oppnå dette. Pasienten bør selv ha en oppdatert medisinliste.

Takk til sekretærene ved Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet – divisjon Gjøvik for uttrekk av materialet og anonymisering, og til sykepleierne i akuttmottaket for registrering av akuttinnleggelser. Takk til Anna Linnea Breivik og Tore Mellbye for bidrag til kvalitetssikring av materialet.

Karin Frydenberg (f. 1954)

er spesialist i allmennmedisin. Hun er fastlege ved Skreia Legesenter og praksiskonsulent ved Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet – Gjøvik. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Mette Brekke (f. 1953)

er spesialist i allmennmedisin. Hun er professor ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og fastlege ved Kurbadet legesenter, Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 810–2.
- Bakken K, Larsen E, Lindberg PC et al. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1766–9.
- Thomsen LA, Winterstein AG, Søndergaard B et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. Ann Pharmacother 2007; 41: 1411–26.
- Brekke M, Rognstad S, Straand J et al. Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. Scand J Prim Health Care 2008; 26: 80–5.
- Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med 2001; 161: 2317–23.
- Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J et al. Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. J Intern Med 2001; 250: 327–41.
- Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Health Care 2007; 16: 34–9.
- Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P et al. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors—LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. Eur J Clin Pharmacol 2009; 65: 1037–46.
- Rabøl R, Arræ GR, Folke F et al. Uoverensstemmelser mellom medisinopplysninger fra pasienter og egen læge. Ugeskr Læger 2006; 168: 1307–10.
- Glintborg B, Poulsen HE, Dalhoff KP. The use of nationwide on-line prescription records improves the drug history in hospitalized patients. Br J Clin Pharmacol 2008; 65: 265–9.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34999&lan=2 [16.12.2010]
- Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger «Den gode henvisning». KITH-rapport nr. 22/2003. www.kith.no/upload/1121/R22-03HenviingMedisinskFagligInnhold-v1_1.pdf [8.10.2010]
- Christensen T, Faxvaag A, Loerum H et al. Norwegian GPs' use of electronic patient record systems. Int J Med Inform 2009; 78: 808–14.
- Rokstad K, Holmen S. Den gode henvisning. Foredrag ved Nasjonal konferanse for praksiskonsulenter, Kirkenes juni 2010. www.pko.no/Referat/Prog2010.htm [30.10.2010]
- Grimsmo A, Remmen VM, Nystadnes T. Oppsummert pasientinformasjon (kjernejournal). Trondheim: Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2009. www.nasjonallikt.no/NIKT%20Kjernejournalutredning-Endelig.pdf [24.9.2010].
- Grimsmo A. NTNU, Norsk senter for elektronisk pasientjournal. Valg av kilde for legemiddelopplysninger til en kjernejournal. www.nsep.no/publikasjoner/Valg%20av%20kilde%20for%20legemiddelopplysninger%20170910.pdf [28.10.2010].
- Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G et al. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport nr. 24/2009. Oslo: Kunnskapssenteret, 2009. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/7669.cms [30.10.2010].
- Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. Rapport fra KUP. Oslo: Den norske legeförening, 2005. www.legeföreningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf [28.10.10]

Mottatt 26.6. 2010, første revisjon innsendt 31.10. 2010, godkjent 17.3. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.