



## NYT FRA BESTYRELSEN

Den 25. maj var der generalforsamling i Sektion for Klinisk Farmaci. Ønsket om at indføre en autorisation af farmaceuter har fortsat fyldt i bestyrelsens arbejde. Sammen med Pharmadanmark har vi indsendt endnu en klage over det afslag vi fik i første omgang. Samtidig har vi benyttet andre lejligheder til at indsende høringssvar, hvor vi gør opmærksom på, at danske farmaceuter er de eneste i Europa, som ikke er omfattet af en autorisationsordning

Det gør os ringere stillet, såfremt vi ønsker at tage job i udlandet.

Vi arbejder løbende på at forbedre vores nyhedsbrev om hvad der rør sig i den kliniske farmaceutiske verden, samt vores kliniske videreuddannelse for farmaceuter (KVF), hvor vi årligt udbyder 4 kurser indenfor forskellige terapeutiske emner ([se kurser for 2016 og 2017](#)).

Det har været lidt småt i år med møder og events for medlemmerne, men det råder vi bod på nu med tilførsel af nye medlemmer til både bestyrelsen og eventgruppen.

Camilla Jahn Christensen og Huong Vo blev valgt som nye suppleanter til bestyrelsen, og vil også begge indgå i eventgruppen. Huong arbejder til daglig på Statens Serum Institut. Camilla læser til farmaceut med specialisering i klinisk farmaci på Syddansk Universitet. Den øvrige bestyrelsen består anno 2016 af:

- Dorte Glintborg (formand og medlem af uddannelsesudvalget for KVF)
- Anton Pottegård (næstformand og nyhedsbrevsredaktør)
- Birgit Signora Toft (PR-ansvarlig)
- Helle McNulty (udpeget af Sygehusapotekerne)
- Louise Winnecke Jensen (eventansvarlig)
- Trine Rune Høgh Nielsen (medlem af uddannelsesudvalget for KVF)
- Charlotte Vermehren (medlem af uddannelsesudvalget for KVF)

Referat fra generalforsamlingen kan ses på [selskabets hjemmeside](#).

## I N D H O L D S F O R T E G N E L S E

---

FEM SKARPE TIL FARMACEUTEN :	3 - 6
PATIENT-CASE :	6 - 8
PCNE-KONFERENCE I HILLERØD :	9
VIDENSKAB :	10 - 12
NYT FRA DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE	13 - 14
KOMMENDE BEGIVENHEDER :	15

---

## FEM SKARPE TIL FARMACEUTEN

**De "fem skarpe" er denne gang stillet til Anna Birna Almarsdottir i anledning af at hun er tiltrådt som professor i samfunds- og klinisk farmaci på Københavns Universitet.**

1) HVAD FIK DIG I FØRSTE OMGANG INTERESSERET I FORSKNING?

“ Mit kandidatspeciale handlede om termofile bakterier og disses evne til at producere L-fenylalanin – med bakteriekulturer fra de islandske varme kilder. Så det lå langt væk fra samfundsfarmaci og klinisk farmaci. Ikke desto mindre var det jo forskning og jeg kunne mærke en susen i maven når jeg målte på kulturene – det at få resultater er spændende. Det skete ofte at jeg fik resultater jeg slet ikke forstod og så var det sjovt at lege Sherlock Holmes sammen med de andre fra gruppen. Jeg blev fascineret af mikrobiologi fordi vi havde en ny-udklækket ph.d. fra USA som underviste os og han formåede at gøre sin forskning så gennemskuelig, hvordan man tænker som forsker, både i selve forskningsprocessen og anvendelsesorienteringen. Jeg arbejdede i hans laboratorie i et år efter jeg blev færdig og han var meget interesseret i at finde et passende ph.d.-program til mig i USA. Jeg foretog dog en kovending i den tid inspireret af en lille smule arbejde jeg lavede på min fars apotek ved siden af laboratoriearbejdet.



Jeg begyndte at tænke på hvad en farmaceut egentlig kan og hvad han/hun så bliver brugt til? Jeg begyndte at snakke med kliniske farmaceuter på Landspitali og deres chef søgte stipendiat til mig til England hvor hun er uddannet. I mellemtiden kiggede jeg også i American Journal of Hospital Pharmacy og så på hvad man lavede (og hvorhenne) i det kliniske farmaci-mecca. Jeg skrev til de steder hvor jeg så en grænseflade med mine interesser. En skønne dag kom der så et telefon-opkald fra Chapel Hill, North Carolina hvor jeg blev spurgt om jeg ikke ville være sød og komme og læse hospitalsfarmaci hos dem. Det var før e-mailen, så det var ganske stort for mig at få en tyk sydstats-stemme i telefonen. Dette førte til at jeg og min daværende mand hev teltpælene op og startede på hver vores studieprogram ved University of North Carolina (UNC). Vi tænkte vi skulle være der i to år, men det blev til syv. Jeg fik også stipendiat til Englands-rejsen og der var jeg så også en sommer og lærte om klinisk farmaci på Londons hospitaler.”

## 2) HVAD HAR DU LAVET PÅ DIN VEJ TIL DIT PROFESSORAT PÅ KU?

“Efter jeg var færdig med min ph.d. fra North Carolina School of Public Health i 1994 blev jeg et par år i Chapel Hill og arbejdede på Center for Pharmaceutical Outcomes Research ved UNC. Jeg ville gerne tilbage til Europa, men kunne ikke se nogen muligheder i mit hjemland. Derfor skrev jeg til professor Ebba Holme Hansen og hun opfordrede mig til at søge adjunktstilling ved Institut for Samfundsfarmaci på Danmarks Farmaceutiske Højskole. Igen blev teltpælene hevet op og familien flyttede til København i 1996. Der arbejdede jeg i, for min karriere, fire meget vigtige år. Vigtige fordi jeg lærte så uhyre meget fra instituttets medarbejdere om undervisning, forskning og administration. Deres tilgang til forskning var meget forskellig fra det jeg kendte fra USA. Specielt var deres fokus på brugerperspektivet meget ny og spændende for mig.

Da familien gerne ville tilbage til Island i 1999 var det så heldigt at jeg blev opdaget af et nyt firma deCODE genetics der var ved at starte op i Reykjavik. Jeg blev interviewet og ansat "on the spot" – meget forskelligt fra den langsommelige proces man kender fra den akademiske verden. Der arbejdede jeg på den meget omdiskuterede ide om en sundhedsdatabase over hele den islandske befolkning. Det krævede en stor politisk indsats og hård hud for at arbejde på så

omstridt et projekt. I firmaet arbejdede jeg dog mest på de projekter som allerede var i gang på specifikke sygdomsgrupper. Data var indsamlet fra journaler og patientinterviews og der var meget arbejde med at gøre den anvendelig til analyser af phenotyper og epigenetiske faktorer i sygdomme.

I 2002 tog jeg tilbage til den akademiske verden da jeg blev lektor på Islands Universitet – jeg havde indset at jeg følte mig mest hjemme på universitetet. I 2004 blev jeg ganske udramatisk forfremmet til professor i farmakoepidemiologi. I 2012 blev jeg opfordret til at søge professorat i klinisk farmaci. Jeg var kørt lidt træt i at stå som ene videnskabsmand indenfor mit felt på det lille men dog aktive universitet. Islands Universitet havde i årene op til 2008 været godt på vej med at sikre sig en bedre økonomisk base og havde flyttet sig gevaldigt forskningsmæssig. Farmacien var dog som forventet en meget lille enhed, men vi forventede at blive større i kraft af at regeringen prioriterede at styrke universiteternes forskningspuljer. I 2008 krakkede de islandske banker og der kom nogle rigtig magre år som ikke mindst gik ud over universitetet og dets udviklingspotentiale. Jeg besluttede mig for at hvis jeg skulle skifte job og prøve at arbejde i større grupper var det på tide at kigge til udlandet. Jeg var tæt på 50 år gammel og tænkte Odense nok var der hvor jeg blev resten af mit arbejdsliv. Men nej, sådan skulle det jo ikke blive.”

### 3) HVORFOR HAR DU VALGT AT SØGE NETOP DETTE PROFESSORAT?

“ Jeg blev opfordret til at søge professoratet i samfunds- og klinisk farmaci (SCP) ved Københavns universitet da jeg jo har haft samarbejde med forskere fra KU's sektionen for samfunds- og klinisk farmaci lige siden jeg var adjunkt på stedet. Jeg tænkte mig grundigt om, da jeg jo var meget passioneret for det studieprogram som SDU har, jeg havde nogle rigtig gode kollegaer på stedet og godt samarbejde i regionen. Det som gjorde at jeg søgte KU-professoratet var dels fordi jeg ikke kunne lade være (jeg anser det for en "once in a life time" mulighed), men vigtigere var det at jeg på denne måde ville få muligheden for at lede en gruppe forskere som jeg har stort kendskab til og respekt for, samt dyrke vores allerede eksisterende samarbejde på nært hold. SCP er anerkendt for sit arbejde med patient/bruger perspektivet, men der er anden styrke som gør at SCP kan komme rundt i at tackle udfordringerne omkring medicinering. SCP er en del af et stort farmaciinstitut og en kæmpe stor enhed på PharmaSchool hvor der er muligheder for forskningssamarbejde omkring lægemidler. KU har også stiftet et nyt Center for Regulatory Sciences (CORS) som hører hjemme ved SCP. De har for nylig ansat en professor der kommer fra Utrecht universitet som jeg også syntes var en spændende partner i forskningen. Jeg vil arbejde på at SCP etablerer et aktivt forskningssamarbejde med CORS

og de andre sektioner på PharmaSchool. SCP skal ikke længere kunne ses som et samfundsvidenskabeligt øland i det kemisk-biologiske hav. Jeg har mærket en stor efterspørgsel fra de andre sektioner på PharmaSchool for vores ekspertise og denne mulighed er jeg virkelig spændt på at udnytte.”

### 4) INDEN FOR HVILKET/HVILKE OMRÅDE(R) AF FARMACIEN VIL DU MARKERE DIG INDEN FOR DE NÆSTE ÅR?

“ KU's sektion for samfunds- og klinisk farmaci arbejder i skrivende stund på sin forskningsstrategi fremadrettet. At være sektionsleder er ikke et primadonna-projekt, men handler om få formuleret fælles vision, mission og succes-kriterier sammen med enhedens forskere. [Redaktørens note: Forskningsstrategien vil blive gengivet i et senere nyhedsbrev].

Jeg har personligt tænkt mig at arbejde på at kortlægge og implementere mulige og effektive indsatser for forbedring af lægemiddelforbrug i samarbejde med patienter/borgere og sundhedspersonale. Jeg er især interesseret i sektorovergange fra hospital til hjem og systemer der forebygger medicineringsfejl. Mit syn er at vi fremmer hensigtsmæssig anvendelse af lægemidler på baggrund af en dyb forståelse af brugerperspektivet, koblet med viden om det organisatoriske, professionelle og politiske/lovmæssige perspektiv.”

5) HVAD ER I DINE ØJNE DEN STØRSTE UDFORDRING SOM DANSK FORSKNING INDEN FOR KLINISK FARMACI OG SAMFUNDSFARMACI STÅR OVERFOR?

“Helt konkret, set fra hvor jeg står i den akademiske verden, handler det om at sikre fondsmidler til forskningen. Efterhånden har klinisk farmaci og samfundsfarmaci en stærk position i Danmark hvor der er mange dygtige forskere indenfor vores felt og der

kommer stadig nye spirer til. For at udnytte dette potentiale og opfylde kravene fra samfundet til universiteterne, må vi forske på primært eksterne midler. Samfunds- og klinisk farmaci er ikke grundforskning, så vi må se os omkring i alle kroge i forhold til fundraising. Her bliver vi nødt til at være gode til at netværke med diverse aktører, at kunne udnytte nye samarbejdsflader og se hvordan eksterne aktører kan bidrage med midler.”

## PATIENT - CASE

Har du haft en god case, der har illustreret noget, du gerne vil dele med dine kollegaer? Så indsend din case-historie til SKFs nyhedsbrev. Det kan være alt lige fra særligt komplicerede forløb over sjældne bivirkninger til arketyperne systemfejl, du som farmaceut har været med til at udrede. Husk selvfølgelig altid at få samtykke fra involverede patienter (eller anonymiser historien).

Denne case er indsendt af farmaceut Caroline Pontoppidan og farmaceut Kirstine Ullitz Færch, Region Hovedstadens Apotek. Den omhandler problematikken omkring sektorovergang mellem primær- og sekundærsektor og er et typisk eksempel på, hvor vigtigt det er, at information om patientens aktuelle medicin dokumenteres og videndeles mellem sektorerne.

### BAGGRUND

En mand sidst i 70'erne, kendt med type II-diabetes, nefropati, claudicatio, atrieflimren, hypertension, arthritis urica og adipositas indlægges inkompeniseret med tiltagende ødemer i begge underekstremiteter i starten af april. Patienten har ikke åndenød eller

brystsmerter og er alment velbefindende. Han er 10 dage forinden udskrevet fra hjertemedicinsk sengeafsnit. I forbindelse med farmaceutisk medicingennemgang blev en række problemstillinger identificeret. To af disse beskrives nedenfor.

**UDDRAG AF LÆGEMIDDELBEHANDLINGEN**

<b>LANTUS SOLO STAR</b>	<b>(116 IE X 2 DGL)</b>
<b>MAREVAN</b>	<b>(SKEMA, 5,0-7,5 MG DGL)</b>
<b>FURIX</b>	<b>(375 MG X 1 DGL)</b>
<b>SPIRIX</b>	<b>(25 MG X 1 DGL)</b>
<b>KALEORID</b>	<b>(SAMLET 3750MG DGL)</b>
<b>LOSARTAN</b>	<b>(25 MG X 1 DGL)</b>
<b>CORDAN</b>	<b>(100 MG X 1 DGL)</b>
<b>METOPROLOLSUCCINAT</b>	<b>(50 MG X 2 DGL)</b>

Derudover bruges fast alfacalcidol, Forsteo, allopurinol, Perilax, Pinex, Doltard, gabapentin, venlafaxin, Unikalk og D-vitamin. Som PN-behandling anvendes Movicol, Laxoberal, Oxynorm og alprazolam.

**FURIX OG KALEORID**

Patienten indlægges i marts på hjertemedicinsk afdeling. Her anvendes Furix 375 mg x 1 og Kaleorid 2250 mg x 2 + 1500 mg x 1. I indlæggelsesjournalen samt den efterfølgende gennemgang anføres, at der er "rod i medicinen" og at der skal følges op på dette, evt. i samarbejde med farmaceut. Denne sengeafdeling har dog ikke farmaceut tilknyttet og desværre sker der ingen opfølgning på patientens medicin. Patienten udskrives i slutningen af marts med Furix 375 mg. Ved hjemkomst kontakter hjemmesygeplejerske nefrologisk afd., hvor patienten følges, da hun er i tvivl om dosis af Furix i forbindelse med udskrivelse. Patienten har ifølge hjemmesygeplejerske fået 875 mg inden indlæggelsen. I FMK-online ligger en ordination på Tabl. Furix 375 mg x 1 (og dertilhørende løse recepter), men ingen ordination på Tabl. Furix 875 mg x 1.

Nefrologisk afd. bekræfter i første omgang at patienten skal have 875 mg, men kontakter efterfølgende hjemmesygeplejersken for at meddele, at patienten efter sidste indlæggelse har fået ordineret Furix 375 mg x 1 og at patienten derfor skal have denne dosis. Kaleorid dosis forblev uændret trods reducere i Furix dosis. Det er således realistisk at den reducerede Furix-dosis kan være årsagen til ødemer og vægtøgning og dermed denne genindlæggelse. Sagen blev indberettet som utilsigtet hændelse til Dansk Patient Sikkerheds Database af farmaceuten i samråd med journalførende læge.

Patienten blev ved denne indlæggelse "afvandet" med intravenøs Furix 60 mg x 3 samt p.n. og Kaleorid dosis blev reduceret til 750 mg x 3, hvorved P-kalium falder. Patienten udskrives en uge senere, dog uden



at der i epikrisen, eller andet sted i journal, er beskrevet medicinstatus ved udskrivelse. Således er aktuel Furix og Kaleorid dosis uklar for sekundær sektoren i forbindelse med udskrivelsen. Dette medfører at patienten bliver indlagt to uger senere, endnu engang med incompensatio, ødematøse ben og vægtøgning. Ifølge medicinanamnese optaget af læge får patienten ved denne afsluttende indlæggelse nu kun Furix 250 mg x 1.

#### MAREVAN OG INR

Ved medicingennemgangen blev det konstateret at patienten ikke havde fået kontrolleret INR i 5 måneder. Siden november 2015 havde det været meningen, at kontrol af patientens Marevan-behandling skulle overgå fra egen læge til AK-ambulatoriet på et lokalt hospital. Også her bristede kommunikationen mellem sektorerne: Patienten blev aldrig indkaldt til AK-ambulatoriet.

#### OPFØLGNING OG REFLEKSION

Denne case er et eksempel på en typisk sektorovergangsproblematik. Casen viser med al tydelighed vigtigheden af at dokumentere ændringer i ordinationer, samt at disse ændringer klart kommunikerer mellem sektorerne, herunder at FMK-online ajourføres. Desuden viser casen vigtigheden af tæt tværfagligt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i primærsektoren og hospitaler (i dette tilfælde farmaceuten). Var det ikke for en "vaks" hjemmesygeplejerske og en farmaceutisk medicingennemgang, var ovenstående problemstillinger ikke nødvendigvis opdaget. At Furix-dosis alligevel ikke bliver korrigeret korrekt ved udskrivelsen, skyldes formentlig manglende dokumentation af ordinationsændringer i journal og FMK-online samt mangelfuld opfølgning i forbindelse med udskrivelsen. En løsning, som muligvis kunne bidrage til at afhjælpe problemet, kunne være en farmaceutisk udskrivelses-samtale. Ved en sådan lejlighed ville der blive fulgt op på ændringer i ordinationer under indlæggelsen. Desuden kunne det sikres at FMK-online blev ført ajour, og at information om aktuel medicinstatus blev formidlet til relevante instanser i primærsektoren.



## PCNE-KONFERENCE I HILLERØD

Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) er et netværk af bl.a. farmaceuter og andre forskere i Europa, som arbejder med farmaceutisk omsorg, det vi i Danmark typisk kalder samfundsfarmaci i primærsektoren og klinisk farmaci i sekundærsektoren. Netværket beskæftiger sig især med medicingennemgang og lægemiddelrelaterede problemer. Årligt afholdes en konference og i år blev den afholdt i Danmark i februar.

Under konferencen var der indlagt 4 forskellige workshops. Herunder en workshop hvor PCNE's [definition af medicingennemgang](#) blev revideret, og en workshop hvor [PCNE's kategoriseringssystem](#) til lægemiddelrelaterede problemer blev opdateret.

### LÆS MERE OM NETVÆRKET OG KONFERENCEN PÅ:

<http://www.pcne.org/conference/15/5th-pcne-working-symposium-2016>

### NÆSTE PCNE KONFERENCE AFHOLDES I FEBRUAR 2017 I BLED, SLOVENIEN.



## VIDENSKAB

I dette nyhedsbrev bringer vi referat af seks spændende artikler. En stor tak til dem der har hjulpet med at finde og resumere litteraturen: Trine Rune Høgh Nielsen, Ulla Hedegaard og Anna Birna Almarsdottir.

**Hvordan udføres en struktureret medicingennemgang?**

*Coane, Sharon, and Rosalyne Payne. Carrying out a structured medication review. Prescriber 27.1 (2016): 22-26.*

I relation til NICE guidelines om medicinoptimering gennemgår artiklen NICE's anbefalinger omkring medicingennemgang, og hvordan medicingennemgang i praksis anvendes effektivt. Artiklen har fokus på hvilke patienter medicingennemgang er egnet for, hvad den skal indeholde og hvilket sundhedspersonale, der skal udføre den. Herudover giver artiklen råd til hvordan medicingennemgangen i højere grad kan involvere patienten selv, og hvilke barrierer der kan være til stede for en effektiv udøvelse af medicingennemgang.

**Systematisk review af farmaceutens optimale rolle ved sektorovergang**

*Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, Bouvy ML.*

*Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review.*

*J Manag Care Spec Pharm. 2015 Aug;21(8):614-36.*

Dette systematiske review sætter fokus på farmaceutinterventioner udført ved sektorovergang og forsøger at identificere de interventionskomponenter, som forbedrer den kliniske effekt hos patienterne.

I alt 30 randomiserede kontrollerede studier blev inkluderet i reviewet. Det gennemsnitlige antal komponenter var ligeligt fordelt mellem effektive og ineffektive studier. Ved en analyse af de 15 studier med højst kvalitet blev der fundet god effekt af klinisk medicingennemgang inkluderet i multifaceterede interventioner. For øvrige typer interventioner, herunder medicinafstemning ved indlæggelse, var resultaterne divergerende. Tæt samarbejde med andet sundhedspersonale øgede effekten af interventionerne.

**Samarbejde mellem samfundsfarmaci og klinisk farmaci – en kommentar**

*Almarsdottir, Anna Birna, and Anne Gerd Granas.*

*Social Pharmacy and Clinical Pharmacy—Joining Forces.*

*Pharmacy 4.1 (2015): 1.*

Denne kommentar søger at definere områderne samfundsfarmaci og klinisk farmaci og afdække, hvad de har til fælles, og hvad der adskiller dem. Trusler og

udfordringer for de to områder undersøges for at forstå de kræfter der stadig magter at holde forskningsområderne klinisk og samfundsfarmaci adskilt, så som universitetsstrukturer, forskningstraditioner, og forskelle i udøvelse af apoteksvirksomhed mellem sektorer. De centrale (men skrumpende) forskelle mellem klinisk og samfundsfarmaci består i de niveauer der undersøges, de fysiske rammer hvor forskningen udføres, valg af forskningsdesign og metoder, samt det teoretiske fundament. Det er nu alt vigtigere at finde fælles fodslag hos forskere indenfor de to områder. Det kan gøres ved at deltage som samlet front i tværfaglig forskning og i dialog med interne og eksterne centrale aktører om hvad farmaci professionen kan bidrage med til samfundet. Det er mere vigtigt end nogen sinde før at fokusere på, hvad der forener klinisk farmaci og samfundsfarmaci fremfor hvad der adskiller. Det kommer til at gavne begge felter, farmacie i almindelighed, og samfundet som helhed.

### **Fortsat ingen effekt af medicingennemgang på mortalitet og genindlæggelser**

*Christensen M, Lundh A.*

*Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality.*

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD008986.*

Et tidligere Cochrane-review af medicingennemgang udført af forskellige faggrupper og/eller teams på indlagte patienter, har efterfølgende været kritiseret for bl.a. at ekskludere relevante studier. Forfatterne har nu opdateret Cochrane-reviewet med 6 yderligere studier. Konklusionen er dog forsat, at der ikke er evidens for, at medicingennemgang reducerer mortalitet eller genindlæggelser, men der er en mulig reduktion i kontakter til akutmodtagelsesafdelinger. Kontakt til akutmodtagelse var opgjort i fire studier, heriblandt et nyere dansk studie, hvor man fandt færre kontakter i den gruppe som havde fået en medicingennemgang. Studierne var generelt ikke designet til at måle effekt på hårde endepunkter. Forfatterne skriver således, at vigtige effekter kan være blevet overset pga. kort opfølgningstid. Medicingennemgang er ikke en skarpt afgrænset intervention, hvilket bekræftes af, at de interventioner som indgår i de forskellige studier er meget forskellige. Samtidig er en række studier med interventioner, som vi traditionelt opfatter som medicingennemgang, ekskluderet som følge af de valgte in- og eksklusionskriterier. Dette omfatter fx medicingennemgang gennemført udenfor sygehus, ved udskrivelse fra sygehus eller hvor fokus er på lægemidler til en bestemt sygdom.

### **Kan farmaceutisk intervention ved sektorovergange påvirke kliniske endepunkter? – nyt review og meta-analyse.**

*Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J., & Joanne, E. B.*

*Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis.*

*BMJ open, 6(2), e010003.*

Mekonnen et al. har ved et review identificeret 17 studier der indeholder medicinafstemning ved sektorovergange foretaget af farmaceuter. Forfatterne har på baggrund af studierne foretaget meta-analyse af effekten af interventionerne på hhv. genindlæggelser, akutindlæggelser og mortalitet. Meta-analyserne finder at der er positive effekter ved lægemiddelrelaterede genindlæggelser og akutindlæggelser, og forfatterne konkluderer at studiet støtter implementering af farmaceutinitierede medicinafstemningsydelser. Det skal dog understreges af de inkluderede studier indeholder meget bredere farmaceutiske ydelser end medicinafstemning, herunder medicingennemgange og farmaceutsamtaler.

### **Hyppigt anvendte kilder til medicingennemgang er utilstrækkelige**

*Hurkens, K. P., Mestres-Gonzalvo, C., De Wit, H. A. J. M., Van Der Kuy, P. H. M., Janknegt, R., Verhey, F., et al. (2016). Usually available clinical and laboratory data are insufficient for a valid medication review: A crossover study. The journal of nutrition, health & aging, 20(1), 71-76.*

Studiet har undersøgt tre forskellige professioners kvalitet af medicingennemgangcases i tre forskellige settings. 15 farmaceuter, 13 praktiserende læger og 18 plejehjemslæger i Holland foretog medicingennemgang på tre casepatienter hvor de havde hhv. (i) udelukkende medicinliste, (ii) medicinliste + laboratorietal og indlæggelsesårsag, og til sidst også (iii) journal til rådighed. Studiet fandt at medicingennemgangen blev mere og mere komplet jo flere kilder der var til rådighed, men selv ved alle de nævnte kilder blev medicingennemgangen aldrig fyldestgørende. Studiet fandt i øvrigt ingen signifikant forskel i kvaliteten af medicingennemgang mellem de tre professioner.

## NYT FRA DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE FOR FARMACEUTER

### KURSER I 2016 – FORTSAT LEDIGE PLADSER

#### GENEREL KLINIK – 21-22. SEPTEMBER 2016

Nyt kursus til dig som ønsker et generelt kompetenceløft ift. at optimere den medicinske behandling af den komplekse medicinske patient med fx med nedsat nyre- el. leverfunktion eller svær overvægt (bariatrisk patient). Der vil være fokus på patientudredning og medicingennemgang med vurdering af parakliniske data og interaktioner, samt anvendelse af kliniske retningslinjer.

*Kurset afholdes på Vejle sygehus d. 21-22. september 2016*

Enkelte ledige pladser.

Kontakt Pharmakon for tilmelding

#### NEFROLOGI OG UROLOGI – 9-10. NOVEMBER 2016

Dette nye modul kombinerer for første gang nyre- og urinvejssygdomme. Dygtige undervisere fra højt specialiserede hospitalsafdelinger giver dig indblik i de kliniske problemstillinger, der er forbundet med nedsat nyrefunktion og nyresygdom. Lægemedeldosering til nyrepatienter og rådgivning til forebyggelse af bivirkninger og interaktioner vil indgå i dette kursus. I undervisningen indgår bl.a.: måling og udredning af nyrefunktion herunder tolkning af nyretal, behandlingsprincipper ved nyresygdomme og urinvejssygdomme, farmakoterapi ved nedsat nyrefunktion og dialyse, dialyseformer og nyeste forskning inden for calcium/fosfatstofskiftet

*Kurset afholdes på Roskilde Sygehus, d. 9.-10. november 2016.*

Tilmelding dig senest 8. august på [Pharmakon.dk](http://Pharmakon.dk)

**KURSER I 2017****ENDOKRINOLOGI, ODENSE, 7-8. MARTS 2017**

Endokrinologi, læren om hormoner og hormonelt betingede sygdomme, er et spændende og komplekst område og den farmakologiske behandling er i hurtig udvikling med nye præparater og behandlingsprincipper – deltag i kurset og bliv opdateret.

**KARDIOLOGI, AARHUS, 23-24. MAJ 2017**

Vil du bidrage aktivt til det sundhedsfaglige team omkring patienten med kardiovaskulær sygdom eller, som er i høj risiko herfor? På dette kursus har vi fokus på rationelt valg af lægemiddel, bivirkninger, den kardiologiske polyfarmacipatient, samt stillingtagen til primær profylakse med antihypertensiva og lipidsænkende lægemidler.

**PÆDIATRI, AARHUS, 13-14. SEPTEMBER 2017**

Børn er ikke små voksne, men særlige individer med særlige behov, som kræver både individuel og specifik behandling. Er du tilknyttet pædiatrien, eller har du blot lyst til at udvide din horisont, så deltag i dette kursus, hvor vi vil se på kliniske problemstillinger hos de syge børn.

**INFektionssygdomme November 2017  
(DATO OG KURSUSSTED MEDDELES SENERE)**

På dette kursus vil du blive klarere på, hvordan man får bugt med infektionssygdomme på en effektiv, økologisk og økonomisk forsvarlig måde, hvordan diagnostik og behandling går hånd i hånd, og hvad der er essentielt for både det kliniske personale og patienten at have viden om i forhold til forebyggelse, behandling og evt. smitteveje.

Tilmelding til de nye kurser åbner efter sommerferien.



## KOMMENDE BEGIVENHEDER

**PATIENT SAFETY CONGRESS**

Afholdes d. 6.-7. juli i England. Se mere her:  
[www.patientsafetycongress.co.uk](http://www.patientsafetycongress.co.uk)

**INTERNATIONAL CONFERENCE OF PHARMACOEPIDEMIOLOGY**

Afholdes d. 25.-28. august i Dublin.  
Se mere her:  
[www.pharmacoepi.org](http://www.pharmacoepi.org)

**FIP – INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION**

Afholdes d. 28. august til 1. September i Argentina. Se mere her:  
[www.fip.org](http://www.fip.org)

**EUROPEAN SOCIETY OF CLINICAL PHARMACY**

Årsmøde afholdes d. 5.-7. oktober i Oslo.  
Temaet er: "Clinical pharmacy tackling inequalities and access to health care".  
Se mere her: [www.escpweb.org](http://www.escpweb.org)

**LÄKEMEDELKONGRESSEN**

Afholdes 8.-9. November i Stockholm.  
Deres slogan siger det hele: "Den självklara kongressen för dig som arbetar med läkemedelsfrågor!".  
Se mere her:  
<http://www.lakemedelsakademin.se/seminariersymposier/lakemedelskongressen/>

**AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (ASHP)**

Midyear-meeting afholdes 4.-8. december i Las Vegas. Se mere her:  
<http://events.jspargo.com/midyear16/Public/Enter.aspx>

**DANSK SELSKAB FOR FARMAKOLOGI**

Årsmøde afholdes 18. januar 2017 på Syddansk Universitet i Odense.

Grafisk arbejde: [Trine Nielsen](#)