

NYT FRA BESTYRELSEN

Af Dorte Glintborg, formand Sektion for Klinisk farmaci

Farmaceuter kan forebygge genindlæggelser

Det er velkendt, at op til hver 10. indlæggelse på hospital skyldes lægemiddelrelaterede problemer, og at disse ofte kan forebygges ved ændringer i medicineringen. Det er fx vist i et tidligere svensk randomiseret studie, at farmaceuter kan forebygge lægemiddelrelaterede genindlæggelser. Nu viser et nyt dansk studie med godt 1.500 polyfarmaci patienter, at en farmaceutisk intervention kan forebygge godt hver 10. genindlæggelse. Der er således værdi at hente for både patienter og samfund ved at involvere farmaceuterne, når patienter, som bruger 5 lægemidler eller mere, skal udskrives fra hospital. Læs mere om studiets intervention og resultater under – nyt fra videnskaben. Men medicingennemgang gør det ikke alene. Studiet viser således, at såvel samarbejde med andet sundhedspersonale som opfølgning ved sektorovergange er vigtigt for at sikre effekten. Samtidig er det vigtigt, at de lægemiddelrelaterede problemer, som farmaceuten fokuserer på, har klinisk relevans. Et andet dansk studie viser, at farmaceuter og læger ikke altid har den samme opfattelse af klinisk relevans. Læs mere om begge studier under – nyt fra videnskaben.

GF og event om specialer fra PharmaSchool

Der holdes generalforsamling i Sektion for Klinisk Farmaci

Mandag den 23. april kl. 16.30 i Pharmadanmark, Rygårds Allé 1, 2900 Hellerup

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Beretning om Sektionens virksomhed i det forløbne år
3. Valg af medlemmer til bestyrelsen
4. Indkomne forslag
5. Eventuelt

Efter generalforsamlingen får vi besøg af nogle nyslåede farmaceuter, der fortæller om deres specialer i klinisk farmaci/socialfarmaci.

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

Det kan f.... da ikke passe!	3
Fem skarpe til farmaceuten	4-6
Patient-case	7-9
Videnskab	10-12
Nyt fra den kliniske videreuddannelse for farmaceuter	13
Kommende begivenheder	14-15

DET KAN F.... DA IKKE PASSE!

Af Birgit Toft

Sådan lød vores mantra i lægemiddelenheden i det tidligere Ringkøbing Amt (nu Region Midtjylland), når vores øjne faldt på endnu en uforståelig ordination eller et forbrug, der var helt ude i hampen. Jeg må indrømme, at vi også fyrede en f-ed af engang imellem, når forbruget var i den helt megalomane ende, f.eks. en patient, der over et år havde fået ordineret/udleveret Imigran injektionsvæske for ½ mio. kr. eller en ung mand, der fik 7000 DDD af de langlivede benzodiazepiner på ½ år. Sådan var der flere ordinationer, der fik os op af stolene.

I den case, der kan læses nedenfor i nyhedsbrevet, er der et eksempel på en ordination, som ikke burde være sket – en patient får flere slags stærkt smertestillende medicin samt et epilepsipræparat, som savner begrundelse for ordination. Heldigvis tager farmaceuten fat i begge problematikker, og behandlingen bliver rettet op efter foreskrevne retningslinjer – men der kunne måske godt ske endnu en intervention? Og her savner jeg, at farmaceuterne kommer frem i skoene og hjælper det øvrige sundhedsvæsen med at tage nogle initiativer til en endnu bedre behandling med farlig medicin.

Et af initiativerne kunne være at sætte fokus på en behandlings- og nedtrapningsplan, når en patient bliver udskrevet fra hospital med stærkt smertestillende medicin. Alene et fokus på en nedtrapningsplan vil skærpe lægers og farmaceuters opmærksomhed på at begrænse produktionen af opioid-afhængige patienter. Og forhåbentligt større fokus på de non-farmakologiske indsatser ved smertelindring.

Endvidere kan farmaceuter i primærsektoren – både ansatte på apotek, i regioner og kommuner – være opmærksomme på et over-

forbrug ved enten at kontakte den praktiserende læge eller psykiater eller rette en såkaldt bekymringshenvendelse til embedslægeinstitutionen. Sidstnævnte kan alle foretage, og der er en større sandsynlighed for, at en henvendelse bliver taget alvorligt i dag end for få år siden. Da havde man ikke styr på overvågning af medicin, selvom Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne foregav det. Som de fleste vil vide, blev afdelingen i Sundhedsstyrelsen nedlagt for få år siden og erstattet af Styrelsen for Patientsikkerhed, som har helt anderledes greb om feltet.

Min erfaring fra arbejdet med at nedsætte forbruget af benzodiazepiner i Region Midtjylland omfattede begge interventioner (og mange andre i øvrigt) – behandling- og nedtrapningsplan samt bekymringshenvendelse. Og mange praktiserende læger åndede lettet op ved tilbud om hjælp i stedet for et påbud, da de ikke anede, hvordan en nedtrapning skulle foregå – og måske stadigvæk ikke er klar over det.

En nedtrapning af smertestillende medicin omfatter sideløbende livsstilsændringer, og der er i høj grad brug for, at også farmaceuter melder sig på den bane med viden og erfaring om non-farmakologisk behandling. På den måde kan uhensigtsmæssig medicinering hurtigt rettes op og korrigeres i retning af større fokus på livsstilsændringer.

Der er initiativer i gang i IRF på opioidområdet. Lad os håbe på, at der kommer klare og tydelige behandlings- og nedtrapningsplaner for det her område.

FEM SKARPE TIL FARMACEUTEN

De "fem skarpe" er denne gang stillet til farmaceut, ph.d. Charlotte Tredal, som har to jobs: klinisk farmaceut og forsker på Amager-Hvidovre Hospital samt videnskabelig assistent på Pharma School på Københavns Universitet

Hvilke opgaver er du optaget af i din dagligdag som farmaceut/forsker?

“ Jeg er for nylig blevet ansat i en delestilling, så halvdelen af min tid bruger jeg på Hvidovre Hospital delt mellem apoteket og klinisk forskningscenter, og den anden halvdel af min tid bruger jeg på PharmaSchool. På Hvidovre Hospital er mine arbejdsopgaver primært forskningsrelaterede. På klinisk forskningscenter er jeg en del af forskningsgruppen Optimed. Gruppen arbejder med identifikation, behandling og forebyggelse hos skrøbelige ældre. Vi har netop kørt studiet FAM-CPH, der har til formål at undersøge og karakterisere akutmedicinske patienter med henblik på optimering af patientforløb i akutmodtagelser. I samarbejde med apoteket kørte vi et del-studie, som havde fokus på at udvikle og afprøve en tværfaglig medicinafstemning og -gennemgangsmodel på akutmodtagelsen. Vi undersøgte "feasibility" og virkningen af en tværfaglig medicinafstemning og -gennemgangsmodel blandt ældre polymedicinerede patienter i akutmodtagelsen ved indlæggelse, efter intervention og 4 uger efter udskrivelsen. Jeg udførte medicinafstemningen og -gennemgangen, som efterfølgende blev gennemgået med en geriater tilknyttet akutmodtagelsen. Med udgangspunkt i farmaceutnotatet og i dia-



log med patienten udførte geriateren de medicinske interventioner. I øjeblikket er jeg med til at planlægge det videre studie, hvor vi planlægger at lave et randomiseret studie.

På apoteket er jeg også med inde over lidt mindre projekter. Aktuelt er vi ved at starte et projekt, hvor patienter, der enten er indlagt eller netop udskrevet fra ortopædkirurgisk afdeling, får mulighed for at ringe til en farmaceut, hvis de har medicinrelaterede spørgsmål. Det bliver registeret, hvem der ringer, og hvilken slags spørgsmål de har, for at vi har mulighed for at udvikle på servicen.

Mine arbejdsopgaver på PharmaSchool har indtil videre primært været at planlægge valgfaget Pharmacotherapy Practice, som jeg er blevet kursusansvarlig for. Det er et nyt valgfag, der ligger på bachelordelen af farmaceutuddannelsen. Det skal give de studerende et indblik i, hvordan farmaci bliver brugt i klinikken og omfatter både formuleringsaspekter samt den mere patientnære kliniske farmaci. Det har givet mig nogle helt nye og interessante udfordringer i og med, at jeg blandt andet har været med til at planlægge skema, booke undervisere til forelæsningserne og planlægge praktikophold til de studerende. I planlægningsarbejdet har det været en stor fordel, at jeg har kendskab til arbejdet i klinikken, samt at jeg har en masse søde kollegaer, der har kunnet bidrage til undervisningen samt praktikpladser. “

Hvorfor har du valgt at arbejde inden for netop dette område?

“ At jeg er endt med at arbejde med forskning, er lidt af et tilfælde. Da jeg skulle til at skrive speciale, sprang min speciemakker fra, og jeg endte så i den heldige situation, at jeg blev tilbudt at lave speciale med farmaceut Stine Mogensen på klinisk forskningscenter på Hvidovre Hospital. Stine havde i sit bachelorprojekt udviklet en lokalbedøvende sugetablet med lidokain, så i vores specialeprojekt lavede vi et randomiseret studie, hvor vi afprøvede effekten af sugetabletten på patienter, der fik lavet en gastroskopi

i et forsøg på at mindske deres ubehag i svælg. Det var utrolig spændende at forsøge at løse en klinisk udfordring og der igennem være med til at gøre en forskel for patienterne. Det skabte min interesse for forskning og førte til, at jeg lavede ph.d.-projekt med sugetabletten, var med til at oprette et biotekfirma samt er medejere af et patent på sugetabletten.

Da jeg havde afsluttet min ph.d., fik jeg tilbudt et job på apoteket på Hvidovre Hospital som klinisk farmaceut på ortopædkirurgisk afdeling. Jeg har altid haft en stor interesse for klinisk farmaci, og stillingen var med til at vække min interesse for at udbrede og videreudvikle klinisk farmaci. Dette er jeg så privilegeret at have fået muligheden for gennem mit arbejde med vores medicingennemgangsprojekt i akutmodtagelsen.”

Hvad er den bedste oplevelse du har haft som forsker?

“ Da jeg arbejdede med de lokalbedøvende sugetabletter, lavede vi et projekt, hvor vi undersøgte, om den lokalbedøvende effekt kunne være til gavn for patienter med hoved-/halscancer. Jeg oplevede, hvordan sugetabletten gavnedede patienterne, så de blev lindret for deres svære smerter i mund og hals, så de var i stand til at spise og drikke og tage deres medicin. At opleve at ens arbejde gør en forskel for patienterne, har stor betydning for mig. “

Hvad fik dig til at søge stillingen på PharmaSchool?

“ Jeg fandt det attraktivt, at det er en delstilling, da jeg derved både kan have den tætte kontakt til klinikken og forskningen på Hvidovre Hospital samt være en del af undervisnings-/forskningsmiljøet på PharmaSchool. Jeg håber derigennem at kunne bidrage til, at kurserne på PharmaSchool bliver mere klinisk relevante. Yderligere er der et inspirerende forskningsmiljø på PharmaSchool, hvor jeg håber at kunne bidrage til nye samarbejder mellem klinikken og universitet.“

Hvad er i dine øjne den største udfordring, klinisk farmaci har i Danmark i disse år?

“ Jeg mener fortsat, at det er en stor udfordring at få udbredt klinisk farmaci både i primær- og i sekundærsektoren. Der er sket meget de sidste par år, men der ligger stadig et stort stykke arbejde i at få kliniske farmaceuter til at være en anerkendt og integreret del af sundhedsvæsenet. I og med at der er flere og flere danske farmaceuter, der arbejder med forskningsprojekter inden for klinisk farmaci, er der et godt grundlag for studier, der kan være med til at understøtte vigtigheden af de kliniske farmaceuters bidrag til det tværfaglige arbejde.“

PATIENT - CASE

Casen er indsendt af klinisk farmaceut Frederikke Lisberg Andersen, Region Sjælland Sygehusapoteket og kommenteret og redigeret af cand.pharm. ph.d. Charlotte Vermehren og cand.pharm. og ph.d. Trine R. H. Nielsen.

Patienten:

En ældre mand (70 år), overvægtig (124 kg), kommer ind på akutafdelingen, da han den sidste måned har været dårligt gående, har svært ved at rejse sig op fra stolen, benene forsvinder under ham, og han kan ikke gå. Derudover nedsat kraft i begge arme og lettere konfus den sidste måneds tid.

Han er kendt med: spinal stenose, strålebehandling for prostatakræft (afsluttet), flere operationer for hudkræft på ballen, samt basocellulært karcinonon på venstre øre, med hudtransplantation (afsluttet). Derudover kendt med Wegeners granulomatose og nyrepåvirkning.

Paraklinisk:

Nedsat nyrefunktion med eGFR på 38, ligger normalt omkring 40-45 hos ham. Ellers ingen relevante laboratoriesvar. Ingen målinger på LDL. Blodtryk 122/77.

Mediceringennemgang:

Patienten får store doser smertestillende, men har også en vægt på 124 kg. Patienten får følgende:

- Gabapentin 300 mg x 4 dgl (er opstartet for 1 måned siden over 3 dage)
- Contalgin 30 mg x 2 dgl
- Depottabl tramadol 200 mg x 3 dgl
- Panodil 500 mg x 3 dgl

Gabapentin - Pt er for nyligt opstartet i gabapentin 300 mg x 4 dgl og har en eGFR på 38. Derudover er pt kommet ind med kraftsløshed i ben og arme. Maksimal anbefalet dosis er 300 mg x 2 dgl ved eGFR 30-60. En almindelig bivirkning er kraftsløshed. Det foreslås lægen at overveje at reducere dosis, gerne under nedtrapning. Der er desuden interaktion mellem morfin og gabapentin, med øget risiko for CNS-depression. Ved tegn på CNS-depression anbefales dosisreduktion af

enten morfin eller gabapentin. Det vides ikke, om patienten tidligere har været forsøgt behandlet med tricykliske antidepressiva (TCA) for neuropatiske smerter. Det kunne fx foreslås at forsøge at erstatte gabapentin med TCA, da der ikke umiddelbart er kendskab til interaktioner mellem TCA og morfin.

Morfin - Pt får morfin 30 mg x 2 dgl. Ved kronisk eGFR<50 anbefales skift fra morfin til oxycodon. Det foreslås lægen at overveje om morfin skal omordineres til oxycodon. Morfin depot 60 mg svarer til oxycodon depot 30 mg. Ved skift anbefales en dosis reduktion på 25 %, svarende til oxycodon depot 20 mg.

Tramadol - Pt får depottabl tramadol 200 mg x 3 dgl. Tramadol har en ceilingeffekt som betyder, at man ikke får øget effekt ved doser over 400-600 mg dgl. Derudover anbefales det at behandle med kun ét opioid. Det foreslås at omordinere til oxycodon. Tramadol 600 mg svarer til 60 mg oxycodon. Ved skift anbefales en dosis reduktion på 25 %, svarende til oxycodon depot 45 mg.

Øvrig medicin:

- Tabl Furix 40 mg 1+0+0+0, vanddrivende.
- Depottabl Kaleorid 750 mg 1+0+0+0, kaliumtilskud.
- Enterotabl Lansoprazol 15 mg, 1+0+0+0, mod mavesyre i spiserøret.
- Pulv Movicol, 1+0+1+0, mod forstoppelse.
- Tabl Cellcept 500 mg, 2+0+2+0, mod nyresygdom.
- Tabl Prednisolon 5 mg, 1+0+0+0: Forebyggende pga. diverse sygdomme.

Furix og kaleorid har været forsøgt seponeres, men pt fik hurtigt ødemer pga. sin nyresygdom.

Pt har prøvet at trappe ud af PPI uden held. Har fortsat øget mavesyre. Dosis er normal vedligeholdelsesdosis, derfor ingen kommentarer.

Det anbefales altid at tillægge laksantia ved fast opioidbehandling, og ofte er peristaltikfremmende nødvendigt. Pt har god effekt af Movicol. Derfor ikke behov for peristaltikfremmende.

Pt er i fast behandling med prednisolon. Det kan derfor overvejes at tillægge Kalk med D-vitamin forebyggende, f.eks. Unikalk Forte.

Efterfølgende:

Lægen startede med at reducere gabapentinosis ved nedtrapning over et døgn. En anden læge valgte senere helt at seponere Gabapentin ved nedtrapning. De var overbeviste om, at gabapentin var årsag til patientens kraftsløshed. Når man læser i de nyeste notater, oplever patienten heller ikke kraftsløshed efterfølgende. Man må også gå ud fra, at patienten føler sig tilstrækkeligt smertedækket med den ændrede behandling, siden behandlingen ikke ændres yderligere.

Morfin og tramadol er seponeret. Der er ordineret depot oxycodon 30 mg x 2. Efter seponering af gabapentin, oxycodon 30 mg x 3.

Der er blevet tillagt Unikalk.

Kommentarer/spørgsmål fra redaktionen

Smertebehandlingen bør følges op hos egen læge efter plan medsendt fra hospitalet. Her kunne en langsom nedtrapning foreslås for at reducere risikoen for afhængighed.

Ved valg og justering af smertebehandling bør der altid være fokus på, om smerteindikationen fortsat består, eller om den er aftagende. Her kunne en VAS-score være til hjælp ved justeringen af medicineringen. Det kan være svært at anbefale den optimale smertebehandling, da regionernes rekommandationer på smerteområdet er forskellige, og det gælder også omregningsfaktoren mellem morfin og oxycodon, som kan variere mellem 1,5 og 2. Sundhedsstyrelsen er netop nu ved at færdiggøre en National Rekommandationsliste for behandling af kroniske nociceptive smerter. Her foreslår specialistgruppen bag rekommandationslisten, at fentanyl og buprenorfin er de sikreste behandlingsalternativer til patienter med nyreinsufficiens. Oxycodon kan anvendes med forsigtighed, mens morfin bør undgås ved svær nyresvigt (pga. den aktive metabolit, som udskilles renalt). Ved tilstedeværelse af en neuropatisk smertekomponent foreslår Den Nationale Rekommandationsliste de sekundære analgetika – som 1. valg TCA'erne og som 2. valg gabapentin, pregabalín, duloxetin og venlafaxin.

VIDENSKAB

I dette nyhedsbrev bringer vi referat af to nye danske publikationer samt to udenlandske indenfor klinisk farmaci. Artiklerne er udvalgt og refereret af Charlotte Vermehren, Trine Nielsen og Dorte Glintborg i samarbejde med forfatterne.

DANSKE STUDIER

Danske farmaceuter forebygger genindlæggelser

En multifacetteret intervention kan reducere antallet af genindlæggelser både på kort og lang sigt. Det viser et randomiseret dansk multicenterstudie fra Odense (OPTIMIST).

Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission. A randomized clinical trial.

L.V. Ravn-Nielsen et al.

JAMA Intern Med. 2018;178(3):375-382.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2670037?redirect=true>

Formålet med studiet var at undersøge effekten af en samlet farmaceutisk ydelse i forbindelse med sektorovergang hos 1467 polyfarmacipatienter inkluderet fra de Fælles Akutmodtagelser fra september 2013 til april 2015.

Patienterne blev randomiseret til hhv. basisintervention, udvidet intervention og ingen

farmaceutisk intervention (kontrolgruppe). Basis- og udvidet intervention omfattede begge en struktureret patientcentreret medicingennemgang. Den udvidede intervention omfattede herudover medicinafstemning og motiverende samtale inden udskrivelse fra hospital samt skriftlig formidling til patientens praktiserende læge af de interventionsforslag, som ikke var effektueret under indlæggelsen. Derudover inkluderede den udvidede intervention to opfølgende telefonsamtaler med patienten, samt telefonisk kontakt til egen læge, og evt. plejeinstans og apotek. Alt i alt tog den udvidede intervention i gennemsnit 114 min pr. patient.

For patientgruppen, som modtog den udvidede intervention, var der en markant og statistisk signifikant reduktion på antallet af genindlæggelser efter både 30 dage (hazard ratio [HR], 0.62; 95% CI, 0.46-0.84) og 180 dage efter inklusion i studiet (HR, 0.75; 95% CI, 0.62-0.90). For hver 11 patienter der modtog den udvidede intervention blev der forhindret én indlæggelse indenfor 180 dage, dvs. NNT=11. Effekten af basisinterventionen (medicingennemgang alene) var ikke signifikant forskellig fra kontrolgruppen.

Øget fokus på medicinering og øget

samarbejde mellem sundhedspersonale i forbindelse med patienters udskrivelse og overgang til egen læge kan forbedre patienters medicinering og sygdomsforløb. Et muligt tiltag for at opnå dette er i højere grad at involvere farmaceuter, idet de kan varetage medicingennemgang, uddanne patienter samt sikre overleveringen af informationer mellem sektorerne. Studiet viste således, at antallet af genindlæggelser blev reduceret på kort og længere sigt. Der blev desuden rapporteret stor patienttilfredshed. Forebyggelse af genindlæggelser har ikke kun betydning for den enkelte patient, men er med til at styrke kvaliteten af behandling, modvirke kapacitetsproblemer samt medføre en betydelig økonomisk besparelse.

Læger og farmaceuter ser forskelligt på den kliniske relevans af lægemiddelrelaterede problemer

C.F. Bech et al.

Healthcare professionals' agreement on clinical relevance of drug-related problems among elderly patients

International Journal of Clinical Pharmacy, February 2018, Volume 40, Issue 1, pp 119–125

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-017-0572-x>

I et dansk prospektivt studie blev den potentielle kliniske alvorlighed af lægemiddelrelaterede problemer (LRP) vurderet af et panel bestående af to speciallæger, to farmaceuter og en alment praktiserende læge.

Studiet inkluderede 30 ældre patienter med kroniske non-maligne smerter og anden comorbiditet tilknyttet Tværfagligt Smertecenter Rigshospitalet. Panelet vurderede 162 case beskrivelser af LRP identificeret via farmaceutisk medicingennemgang. Alvorligheden af hvert LRP blev kategoriseret individuelt af hvert panelmedlem ud fra en skala fra 0-4 af potentiel klinisk alvorlighed. LRP vurderet af højere klinisk alvorlighed blev scoret mellem 3-4 og ville kræve lægefaglig intervention. LRP af lavere klinisk alvorlighed (0-2) krævede ikke lægefaglig intervention og ville kunne løses af andet sundhedspersonale såsom farmaceuter eller sygeplejersker f. eks med patientundervisning i medicin håndtering. Enigheden mellem paneldeltagernes vurderinger blev analyseret ved Fleiss kappa koefficient.

Panelet vurderede 46 % af LRP af højere klinisk alvorlighed og 54 % af lavere klinisk alvorlighed, men var ikke enige om alvorlighedsgraden tildelt det enkelte LRP ($K = 0.12$). Blandt andet vurderede den alment praktiserende læge oftere uoverensstemmelser i medicinlisten af højere klinisk alvorlighed end f. eks speciallægen på smertecentret.

Studiet indikerer, at klinisk relevans vurderes forskelligt afhængig af faggruppe, internt mellem faggrupper og tværsektorielt. Der er inkluderet for få patienter til signifikante data og uenigheden i panelet kan også være en tilfældighed.

INTERNATIONALE STUDIER

- kort fortalt

Medicingennemgang med brug af START/STOP-lister er omkostningseffektivt

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29162290>

I et spansk randomiserede studie af 490 ældre patienter fandt man, at farmaceutisk medicingennemgang med anvendelse af de såkaldte START/STOP-kriterier var omkostningseffektiv. Omkostningerne efter et år faldt således med 234 € per patient i interventionsgruppen mod 169 € per patient i kontrolgruppen (forskul 64 € per patient). Hvis man fratækker omkostningerne til interventionen var besparelsen 2.38 € per patient per år.

Kortlægning af hyppigt forekommende forebyggelige lægemiddelrelaterede hændelser

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29118045>

Ukontrollerede postoperative smerter, ukontrolleret pneumoni og lægemiddelrelateret hypotension er de hyppigst forekommende forebyggelige lægemiddelrelaterede hændelser. Det viser en amerikansk gennemgang af 83.787 indlæggelser af voksne patienter. I alt 32.5% udviklede mindst én forebyggelig lægemiddelrelateret hændelse. De mindst hyppige forebyggelige hændelser (< 1%) var fald, akut ændring i mental status og venøs tromboembolisk sygdom.

NYT FRA DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE FOR FARMACEUTER

I resten af 2018 udbyder vi følgende kurser:

- Cancersygdomme - Maj 2018
- Generel klinik – September 2018
- Rheumatologiske og dermatologiske sygdomme – November 2018

Der er endnu ikke taget stilling til kurser i 2019

Cancersygdomme

Med udgangspunkt i udredning, klinisk vurdering og behandling af patienter med cancersygdomme, herunder solide tumorer og hæmatologiske lidelser, får du mulighed for at få indblik i og tage stilling til klinisk farmaceutiske problemstillinger ved behandling af patienter med maligne sygdomme. Ligeledes vil vi berøre sygehus-apotekets samarbejde med klinikken i forbindelse med cytostatika-produktion og protokolleret behandling.

Kurset afholdes på Sjællands Universitetshospital
Dato 29. - 30. maj 2018

Generel klinik

Målet med kurset er at øge den kliniske farmaceuts kompetencer, således at farmaceuten kan bidrage til optimering af den medicinske behandling af komplekse patienter. Anvendelse af parakliniske data og håndtering af interaktioner vil indgå i kurset.

Kurset afholdes på Sygehus Lillebælt, Kolding
Dato 5. - 6. september 2018

Reumatologiske og dermatologiske lidelser

Et nyt kombineret reumatologi- og dermatologikursus. Bliv skarp på behandlingen af bl.a. gigtpatienten, psoriasispatienten og eksempatienten. Den reumatologiske og dermatologiske behandling vil blive gennemgået under hensyntagen til behandlingsmæssigt overlap imellem de to specialer

Kurset afholdes på Regionshospitalet Silkeborg
Dato 18. - 19. september 2018

Kursusopslag om og tilmelding til Den kliniske Videreuddannelse er på Pharmakons hjemmeside flyttet til "Apotek og Primær Sundhedssektor" – [se her](#).

Generelt om Klinisk Videreuddannelse for Farmaceuter – [se her](#)

KOMMENDE BEGIVENHEDER

DATO	STED	EVENT	LINK
16-17/4	København	Patientsikkerhedskonference	www.patientsikkerhed.dk
21/4	Odense	Pharmadanmark Hospital Hovedmøde	www.pharmadanmark.dk
27-28/4	London	The Clinical Pharmacy Congress	https://www.pharmacycongress.co.uk/
2-4/5	Amsterdam	The International Forum on Quality and Safety in Healthcare	http://internationalforum.bmj.com/
19-23/5	Baltimore	ISPOR – International Society for pharmacoconomics and outcomes research, International Meeting	https://www.ispor.org/Event/Index/2018/baltimore
9-10/7	Manchester	Patient Safety Congress	https://www.patientsafetycongress.co.uk
23-26/7	Leuven	International Social Pharmacy Workshop 2018	www.pharm.kuleuven.be/clinpharmacotherapy/ispw-2018
2-6/9	Glasgow	FIP World Congress	www.fip.org
7-9/9	Wien	ECCO - European CanCer Organisation	www.ecco-org.eu
12-14/10	Loughborough	CMHP 2018 – College of Mental Health Pharmacy	http://www.cmhp.org.uk/

KOMMENDE BEGIVENHEDER

DATO	STED	EVENT	LINK
20-23/10	Seattle	ACCP – American College of Clinical Pharmacy	https://www.accp.com/meeting
23-26/10	Belfast	ESCP – European Society of Clinical Pharmacy	http://www.escpweb.org/Belfast
25-27/10	Nantes	ECOP - European Conference of Oncology Pharmacy	http://www.esop.li/index.php
10-14/11	Barcelona	ISPOR – International Society for pharmacoeconomics and outcomes research, Annual European Congress	https://www.ispor.org/Event/index/2018barcelona
29/11-1/12	Dublin	ESPACOMP – European Society for Patient Adherence, COMPLIANCE and Persistence	http://www.espacomp.eu
22-25/11	Brisbane	SHPA - The Society of Hospital Pharmacist of Australia	https://www.shpa.org.au/