



AF FORMAND TRINE RUNE HØGH ANDERSEN

Foråret er skudt i gang og den kommende tid byder på masser af aktivitet, der kan have betydning for fremtidens kliniske farmaci. Tidens fokus på det nære sundhedsvæsen og på personlig medicin rummer mange spændende muligheder for kliniske farmaceuter.

I Sektion for Klinisk Farmaci planlægger vi aktuelle videreuddannelseskurser, der ruster farmaceuten til at gå ud i klinikken og virke. Allerede i maj kan du komme ombord på "flag-skibet" med et kursus i Generel Klinik, og i efteråret sætter vi et helt nyt skib i søen – nemlig lægemiddelbivirkninger og -forgiftninger.

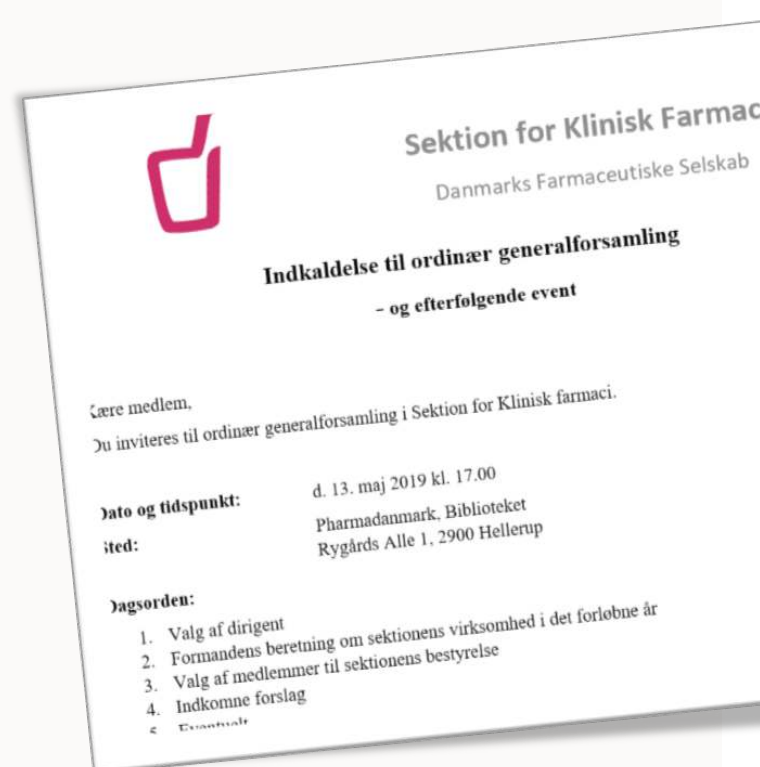
Vi holder dig opdateret med, hvad der rør sig nationalt og internationalt via vores nyhedsbrev, og vi planlægger events om netop det, der er vigtigt for klinisk farmaci i Danmark.

Har du lyst til tage del i det spændende arbejde, har du muligheden ved den kommende generalforsamling. Som medlem indbydes du til at deltage i generalforsamlingen og høre hvilke aktiviteter, der har været det seneste år, og du indbydes ligeledes til at stille forslag til bestyrelsen eller stille op til valg i bestyrelsen.

Efter generalforsamlingen og lidt mad har vi inviteret nogle nyslåede kandidater til at fortælle, hvad de har bedrevet i deres specialer. Det var en meget spændende event sidste år, som vi nu gentager – og håber du har lyst til at høre med.

Bestyrelsen består af 6-7 medlemmer og 1-2 suppleanter. Du kan læse mere om sektionen og vedtægterne på [hjemmesiden](#).

Har du forslag til bestyrelsen, eller ønsker du at høre mere om bestyrelsesarbejdet, kan du kontakte mig på trn@regionsjaelland.dk.





INDHOLDSFORTEGNELSE

Redaktørens rubrik	3
Når der går polyfarmaci i den	4
Patient-case	6
Nyt fra KVF	9
Videnskab	10
Kommende begivenheder	13





REDAKTØRENS RUBRIK

Interviewet, vi bringer om seponering, og casen om samme emne, inspirerer redaktøren til, at komme med et par betragtninger.

Der er sket meget i de sidste få år inden for dette felt, og det er så sandelig på høje tid. F.eks. er der nu nedtrappingsvejledninger for antidepressiv medicin og for morfika, og der er behov for mange flere, f.eks. for antipsykotika og visse epilepsimidler brugt som angst- og depressionsdæmpende medicin. Men som det lyder i kommentaren til casen, så er vejledningerne ofte drevet frem af erfaringer, fordi der mangler forskning på området. Og den erfaring siger efterhånden, at man skal være varsom med for store dosisnedsættelser, at nedtrapping skal være individuel, at der skal undervises/informeres om abstinenser og livsstilsændringer samt at støttende samtaler med psykolog eller anden person, som borgeren har tillid til, bliver iværksat. Der er dog et projekt i gang på Cochrane-centeret, hvor cand. psych. Anders Sørensen nu på tredje år er Ph.d.-studerende i nedtrapping.

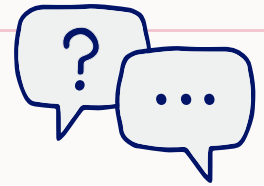
En nedtrapping er ofte besværlig at gennemføre, når der skal reduceres i dosis. Der findes alt for få tabletter og kapsler i små doser, og når borgere efterspørger netop små doser, må farmaceuterne ty til fantasi og kreativitet. Man kan komme langt med en fil, en kniv eller en tabletdeler fra apoteket, inden man evt. begynder at sjaske med vand og en plastiksprøjte. Må man dele en tablet, når den ikke har delekærv? Må man dele flere gange, selv om der kun er én delekærv? Kan man være sikker på, at medicinen er ligeligt fordelt i hele tabletten? Må man splitte en

kapsel ad og drysse indholdet på havregrøden? Og mange andre helt relevante spørgsmål. En del af de spørgsmål har jeg sammen med andre nedtrappings-erfarne beskrevet i to pjecer, som vi henviser til i casen.

Som tidligere medicinkonsulent i Region Midt, hvor benzodiazepin-nedtrappingen begyndte for mange år siden, arbejdede jeg sammen med farmaceut Birgitte Høyberg på Holstebro Løveapotek. Hun gennemførte en hel del benzodiazepin-nedtrappinger på borgere, som blev henvist af nogle interesserede læger i almen praksis. Lægerne blev fri for en opgave, som de i bund og grund ikke brændte for og derfor ikke fik gennemført, og farmaceuten fik mulighed for at udvide sin kompetence med en helt naturlig opgave for en klinisk farmaceut – nemlig at forholde sig åbent til, om den igangværende behandling er relevant og hensigtsmæssig - med god hjælp fra de anbefalinger, som styrelser og selskaber har udgivet. Dem er der nemlig ikke noget galt med, men det er forvaltningen af dem, det halter med. Bl.a. er der for mange receptfornyelser og forsøg på at undgå en ubekvem kontakt om nedtrapping. Her kan den kliniske farmaceut gøre en forskel uanset om han eller hun er ansat på hospital, på apotek eller i medicinfunktion i region eller kommune.

Artiklen om samarbejde mellem apotek og almen praksis om nedtrapping kan læses [her](#).





NÅR DER GÅR POLYFARMACI I DEN

Interview med praktiserende læge Janne Unkerskov, medicinkonsulent i KAP-H i Region Hovedstaden

Vi bringer her uddrag af en samtale med Janne Unkerskov, der som praktiserende læge og regional medicinkonsulent har været optaget af seponering i mange år.

Gennem det daglige arbejde følger Janne sine patienter gennem deres liv med sygdomme og livskriser hen over årene – diabetes, blodpropper, depression mv., og i patienternes yngre år er det især vigtigt, at de bliver behandlet med de relevante lægemidler, sådan som anbefalingerne tilsiger.

” Når patienterne kommer op i årene, bliver de mere skrøbelige, og der kommer ofte flere skadevirkninger end gavnlige effekter af medicinen. Derfor skal der luges ud i medicinen. Kunsten er at luge ud i de bivirkningstunge lægemidler, inden de bliver et problem for patienten. Det kræver både god viden og føling med patienten at vide, hvornår det rette tidspunkt er inde. Og hvornår tager man lige tid i hverdagen og sætter sig med patienten med den velbehandlede depression eller det forhøjede kolesterol og tager skridt til at seponere? Og at tage ansvaret, hvis det ikke går?”

Janne mener, der her er et indsatsområde, som kan gøre alle læger bedre i stand til at tage et initiativ. Der er ikke behov for flere materialer og flow-charts om behandling af enkelt sygdomme, men hun efterspørger inspiration gennem dialoger, øvelser og videoer, hvor man ser på hele patientens medicinliste og en prioritering af denne. Desuden diskussioner om, hvad og hvordan man kan gøre, hvor vil man begynde og hvad tør man?

Janne fortsætter:



” Mange patienter ønsker at seponere blodtryksmedicin og kolesterolsænkende medicin, men når det kommer til psykofarmaka, føles det for mange som grænseoverskridende. Det er jo den gruppe af medicin, der er højst compliance på – sovepiller og smertepiller - de bliver indløst til tiden, fordi afhængigheden skaber den gode compliance. For at komme overforbruget af den slags medicin til livs, må man indstille sit fokus på reglerne, og se at hanke op i rutinerne med at bede folk om at komme i konsultationen og få mindste pakning.”

Som Janne siger, så er det også et spørgsmål om at hjælpe patienten med at forstå, at det er abstinenser, de mærker, når de ikke får eller tager pillerne. Det vedvarende fokus er nødvendigt, og derfor sætter hendes lægepraksis tid af til konsultation med en sygeplejerske. ”Det sender også et signal til patienten om, at det



ikke bare er bolsjer.”

For lægerne er det en balancegang at afsætte tid til at snakke om at fjerne en halv pille hver 14. dag, når der er så travlt. Hun fortsætter: ”Det kan godt virke meningsløst i en tid, hvor vi skal forebygge cancer og hjerte-kar-sygdomme og tage vare på de rigtigt syge. Derfor må vi bruge vores praksispersonale til at gøre det her arbejde – det er ofte hårdt for personalet, da mange patienter er uforstående overfor, hvorfor de skal komme, men det er nødvendigt, så vi overholder vejledningerne og sender det rigtige signal til patienten.” Janne ønsker sig især materialer og indsatser for praksispersonalet på det her område.

” Det er tiden, der er alfa og omega. Nogle gange kommer patienterne med noget andet end den seponering, vi havde aftalt at skulle snakke om - så er der lige noget med knæet, og så går tiden med det. Så det er super vigtigt, at man som læge også fastholder, at vi skal altså snakke om sovepillerne, og så må knæet vente. På den måde forsøger nogle patienter jo at stikke af fra problemet.”

I Jannes lægepraksis tager kommunikation med patienten omkring f.eks. sovepiller og smertestillende medicin udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger, og som hun siger

” så er det aldrig for sent at gå i gang med en nedtrapning.” Hun fortæller, at praksissen har haft mange vikarer ind over et generationsskifte, og derfor har lægerne været for lemfældige med f.eks. sovepiller og antibiotika. Forbruget er steget, fordi der ikke har været den samme selvjustits som tidligere. ”Det må vi så rydde op i her efterfølgende.”

Når vi snakker om kvalitetsudvikling nævner Janne, at mulighederne for datafangst er blevet dårligere, og det har heller ikke hjulpet, at besøg af regionens medicinkonsulent nu er reduceret til et besøg hvert 3. år. Det tager tid

at lave al mulig statistik i praksis, og for de, der gerne vil arbejde med kvalitet, har det være en dårlig periode, men hun håber at de nye klynger giver grobund for kvalitetsudvikling i samarbejde med lokale kollegaer. Alle har travlt med at leve op til de mål, man bliver målt på fx i forbindelse med akkreditering, så seponering kommer længere ned i prioriteringen. Janne mener, at seponering fylder meget lidt hos den enkelte læge, og at det føles som ”op ad bakke”. Hun siger med en bekymret mine:

” Når vi tænker på, hvor lang tid, det tog at få rationel farmakoterapi på landkortet – så er der et langt sejt træk forude.”

Janne fortsætter:

” Men den dystre stemning skal ikke stå i vejen for en god nedtrapning. Nedtrapning af psykofarmaka er ikke helt så enkelt som nedtrapning af somatisk medicin, da vi f.eks. kan skrue op og ned for blodtrykket med medicin. Med psykofarmaka er det anderledes, for vi ved ikke, om patienten er i stand til at stå op med de ressourcer, der er nødvendige for at møde nedtrapningssymptomerne i form af uro, kvalme og søvnløshed, at møde sig selv i en ny og sårbar udgave eller at leve med flere smerter. Det er et spørgsmål om motivation og råstyrke, og her er mennesker meget forskellige. Store dosisspring i psykofarmaka er ofte meget ubehagelige, og derfor anbefaler vi kun 10-20 % nedgang hver anden uge og at ubehaget skal være ovre, før den næste dosisedsættelse sker. Der er skabt mange dårlige forløb, fordi nedtrapningen er gået for hurtigt. En nedtrapning må hellere tage måneder mere, end at den går for hurtigt.”

Tak til Janne Unkerskov for en snak om seponering i almen praksis. Nedenfor beskriver vi en case, som netop er et eksempel på, hvordan en langsom nedtrapning kan forløbe.



PATIENT-CASE

*Casen er indsendt af selvstændig rådgivende farmaceut, ph.d. Birgit Signora Toft, København.
Casen er kommenteret af Dorte Glintborg.*

Ægtefællen til 76-årig mand henvender sig med spørgsmål om reaktioner på nedtrapning. Manden har fået ordineret tabl. Mirtazapin 45 mg i over 10 år. Behandlingen blev påbegyndt efter en voldsom omgang lungebetændelse, som han havde svært ved at komme sig efter. Han var ”som en streg i luften”, da han blev udskrevet fra hospitalet.

Mandens læge foreslog ham her ti år efter at trappe ud, hvilket han takkede ja til. Dosis blev nedsat til 30 mg og efter et par måneder var han på 15 mg. Han fik det dårligt efter nedtrapning til 15 mg og han blev tiltagende irriteret over småting og svarede på en kedelig måde. Skete der små ændringer i ting, der var aftalt, kunne han ikke overskue det. Han kunne godt se det, når ægtefællen nævnte det. Ægtefællen gik med ham til lægen og han blev sat op til 30 mg igen (se skema 8.6.2017). Herefter blev jeg kontaktet, og den første samtale drejede sig om abstinenser og grundig forklaring om for hurtig nedtrapning.

Manden havde svært ved at forstå, at han reagerer på nedtrapningen, som han gjorde og troede, at det var hans hjerne, det var galt med. Han havde svært ved at forholde sig til at gøre nogle ting, som han ikke havde gjort i lang tid, f.eks. skulle han samle højtryksrenseren, og det var en næsten uoverskuelig opgave. Han syntes, at de måtte sælge huset, for han kunne ikke finde ud af noget. Ægtefællen hjalp ham lidt, og bare det, at hun stod der, gjorde, at han samlede den og spulede det hele. Bagefter var han rigtig glad for, at han fik det gjort og var ked af, at han reagerede som han gjorde. De fik snakket om det, og han fik det godt igen.

Efter små 3 måneder på 30 mg begyndte nedtrapningen til 26,25 mg (15 mg tabl. 1 + ½ + ¼). Ægtefællen skriver: Han har ingen symptomer, han er lige gået i haven med det formål at hele haven skal have en tur. Han har haft det godt hele sommeren, det havde en rigtig god virkning, at du snakkede med ham, han har faktisk haft en bedre energi end i lang tid.

Den langsomme nedtrapning fortsatte, men ægtefællen nævnte, at han fik et dyk ved at gå fra 18,75 mg til 15 mg, hvorfor han steg til 18,75 mg, indtil han igen efter godt tre uger besluttede sig for at tage 18,75 mg den ene dag og 15 mg den anden dag (se skema). Det fungerede godt, og efter et par måneder blev dosis fast 15 mg hver dag. Ca. hver måned fortsatte han med at fjerne ¼ tablet, og ægtefællen skriver: ”Hvis du ved, hvad vi har fået lavet i sommerhuset som har trængt i mange år, tømt redskabsskuret og gjort rent og kørt på lossepladsen. Han har højtryksrenset carporten, så den er klar til at blive malet. Der er en helt anden energi, end jeg har set i mange år.”

Manden har reageret kraftigt følelsesmæssigt, når han trappede ned, så derfor er der gået ca. en måned imellem hvert trin. Lægen har været med på sidelinje og har ment, at livskvaliteten var vigtigere end nedtrapning, og at manden måske ikke kunne komme helt ud af behandlingen. Både ægtefællen og manden var fast besluttede på at fuldføre nedtrapningen, for de kunne begge mærke, at manden havde meget mere initiativ og virkelyst end tidligere.

Kursen nedad fortsatte indtil den sidste kvarte på 3,75 mg. Her tog han skiftevis ¼ tablet den



ene dag og ingen tablet den anden dag, indtil han i oktober 2018 tog den sidste kvarte. Nedtrapningen begyndte med en tanke i maj 2017 og har således været i ca. 1½ år.

Birgit Signora Toft: Jeg har haft et par samtaler med dem begge, men ellers har kommunikationen foregået på mail, når ægtefællen har haft behov. Vejledningen har været baseret på den

langsomme nedtrapning, som bør foregå individuelt og i små trin med 10-20 % reduktion af dosis på hvert trin. De to pjecer, som vejledningen er baseret på, er Tips og tricks om deling af tabletter og kapsler ved nedtrapning af psykofarmaka, og Vejledning i langsom nedtrapning af psykofarmaka. Begge pjecer kan downloades [her](#) og [her](#).

	Tabl Mirtazapin 45 mg i mindst 10 år	
Marts 2017	Tabl Mirtazapin 30 mg	2 mdr.
10.05.17	Tabl. Mirtazapin 15 mg	29 dage
08.06.17	Tabl. Mirtazapin 30 mg	87 dage
04.09.17	Tabl. Mirtazapin 26 ¼ mg	45 dage
19.10.17	Tabl. Mirtazapin 22 ½ mg	83 dage
01.01.18	Tabl. Mirtazapin 18 ¾ mg	33 dage
03.02.18	Tabl. Mirtazapin 15 mg	4 dage
07.02.18	Tabl. Mirtazapin 18 ¾ mg	54 dage
02.03.18	Tabl. Mirtazapin 15 mg og 18 ¾ mg skiftevis hver anden dag	64 dage
06.05.18	Tabl. Mirtazapin 15 mg	34 dage
10.06.18	Tabl. Mirtazapin 11 ¼ mg	29 dage
09.07.18	Tabl Mirtazapin 7 ½ mg	35 dage
13.08.18	Tabl. Mirtazapin 3 ¾ mg	38 dage
20.09.18	Tabl. Mirtazapin 3 ¾ mg hver anden dag	34 dage
24.10.18	Tabl. Mirtazapin sidste gang	





Dorte Glinthorbs kommentarer til casen om nedtrapning:

Er behandling med antidepressiva opstartet på sikker indikation?

Behandling med mirtazapin startede for 10 år siden i forbindelse med en langvarig indlæggelse pga. lungebetændelse. Der er ingen oplysninger om depressive symptomer, og derfor er der usikkerhed om indikationen.

Seponeringssymptomer eller opblussen af depression – den store udfordring!

Symptomerne opstår flere måneder efter nedtrapning begyndte, hvilket taler mere for en opblussen af depressionen (opstår typisk uger efter sidste dosisreduktion) end for seponeringssymptomer (opstår få dage efter dosisreduktion). Symptomerne (irritation, svært ved at

overskue dagligdagen) kunne være tegn på opblussen af depression, men kan skyldes andre årsager (fx begyndende demens eller somatisk sygdom). For at blive klogere på årsagerne kunne man spørge ind til specifikke symptomer som nævnt i skemaet nedenfor. I denne case synes symptomerne at opstå umiddelbart (få dage) efter halvering af dosis fra 30 til 15 mg, hvilket, sammenholdt med usikkerheden om den oprindelige indikation, kunne tyde på, at nedtrapningen er gået for hurtigt, hvilket det efterfølgende vellykkede forløb med langsom nedtrapning også tyder på. Seponering af antidepressiva er sparsomt belyst i videnskabelige undersøgelser, og valg af forløb bygger derfor fortrinsvis på praktiske erfaringer.

Her kan et skema fra RADS´ vejledning måske være en hjælp?

Mulige SSRI seponeringssymptomer Opstår få dage efter dosisreduktion	Fælles symptomer	Depressive symptomer Opstår typisk et par uger efter dosisreduktion
<p>Neurosensoriske</p> <ul style="list-style-type: none">• Vertigo• Paræstesier• Neuralgier• Myalgier <p>Neuromotoriske</p> <ul style="list-style-type: none">• Tremor• Myoklonier• Ataksi <p>Gastrointestinalt</p> <ul style="list-style-type: none">• Kvalme• Opkastninger• Diarre <p>Vasomotorisk</p> <ul style="list-style-type: none">• Diaforese• Flushing <p>Andre neurologiske symptomer</p> <ul style="list-style-type: none">• Søvnløshed• Livagtige drømme• Asteni/træthed• Kulderystelser	<p>Depressive kernesymptomer</p> <ul style="list-style-type: none">• Nedtrykthed <p>Depressive ledsage symptomer</p> <ul style="list-style-type: none">• Agitation eller hæmning• Søvnforstyrrelser• Koncentrationsbesvær	<p>Depressive kernesymptomer</p> <ul style="list-style-type: none">• Nedsat lyst og interesse• Nedsat energi• Øget træthedsfølelse <p>Depressive ledsage symptomer</p> <ul style="list-style-type: none">• Nedsat selvtillid• Selvbefridelse• Skyldfølelse• Tanker om døden/selv mord• Appetit- og vægtændring



NYT FRA KVF:

Kursusfladen for 2019 er i fuld gang og tilbyder både brede kurser, som tidligere har været gennemført med stor succes, og et helt nyt kursus.

KVF GENEREL KLINIK

KVF-kurset Generel Klinik sætter fokus på aktuelle klinisk farmakologiske og farmaceutiske problemstillinger og er både for dig, der har taget flere specialespecifikke KVF kurser, og for dig, der skal i gang med klinikarbejde og medicingennemgang.

I undervisningen skal vi gennemgå:

- Hvilke typer af medicingennemgang findes der, og er der evidens for nogle af dem?
- Hvordan prioriterer man patienter til medicingennemgang?
- Hvad skal man overveje i farmakologisk behandling af risikopatienter?
Herunder:
 - nedsat nyrefunktion
 - nedsat leverfunktion
 - svær overvægt og fedme
- Hvordan anvender man parakliniske data i praksis til medicingennemgang?
- Hvordan håndterer man klinisk relevante interaktioner?

Kurset afholdes på Ringsted Sygehus d. 7.+8. maj 2019.

KVF SMERTEBEHANDLING

Klinisk videreuddannelse for farmaceuter udbyder endnu engang vores populære smertekursus. På kurset vil du blive opdateret på akutte og kroniske smerter, forskellige patientgrupper såsom ældre, palliative, børn og unge, men derudover også få viden om den medicinske behandling, udfordringerne med trafiksikkerhed, strategi og udfordringer i såvel smerteklinik som i almen praksis.

Kurset afholdes på Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus. d. 24.+25. oktober 2019.

KVF LÆGEMIDDEL BIVIRKNINGER OG -FORGIFTNINGER

Et helt nyt kursus, der er aktuelt for dig, der arbejder med lægemiddelrådgivning og lægemiddelinformation i akutmodtagelser, med antidoter eller rådgiver patienter på apoteket eller ved medicinsamtaler.

Kurset afholdes på Bispebjerg Hospital d. 6.+7. november 2019





VIDENSKAB

I dette nyhedsbrev bringer vi referat af tre danske publikationer. Artiklerne er udvalgt og refereret af Charlotte Tredal, Trine R. H. Andersen og Dorte Glintborg.

PATIENTER MED MASSIV POLYFARMACI MENER, AT AL MEDICINEN ER NØDVENDIG

Danske patienter, som fik min. 10 lægemidler synes selv, de får meget medicin, men har høj tiltro til, at det er nødvendigt. De fleste ville dog gerne stoppe med et eller flere lægemidler, hvis deres læge sagde det.

Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. [Link til artiklen.](#)

Michaela L. Schiøtz, Anne Frølich, Anette K. Jensen, Lene Reuther, Hans Perrild, Tonny S. Petersen, Jonatan Kornholt, Mikkel B. Christensen

100 ambulante patienter over 65 år, som anvendte mindst 10 lægemidler, blev interviewet om deres holdning til seponering ved hjælp af et det validerede instrument PATD (Patients' Attitudes Towards Deprescribing). Patienter blev udvalgt fra endokrinologisk eller respiratorisk klinik på Bispebjerg hospital.

81 % syntes de fik meget medicin, men næsten lige så mange (79 %) mente, at al medicinen var nødvendig. En del patienter ville gerne have mindre medicin, hvis det var muligt. Således svarede 85 %, at de gerne ville stoppe med et eller flere lægemidler, hvis lægen sagde, det var muligt. Omvendt ville 71 % acceptere at tage mere medicin, hvis lægen sagde, at det var nødvendigt. Patienterne blev desuden spurgt om, hvor mange tabletter de ville føle sig komfortable med at tage om dagen. 39 % svarede 5-10 tabletter om dagen, men en relativ stor del (34 %) var komfortable ved at tage op til 14 tabletter per dag. Patienterne blev dernæst præsenteret for billeder med hhv. 4, 8, 12, 16, 20 og 24 tabletter, hvortil kun få svarede, at de var komfortable med at tage 12 eller flere tabletter om dagen. Hvis noget af medicinen blev seponeret, ønskede flertallet (67 %) at komme til en opfølgningssamtale. En del foretrak et telefonopkald og/eller skriftlig information. Endelig mente hele 57 % af patienterne, at deres medicin ikke gav nogen bivirkninger.

Der er ikke oplysninger om, hvor mange eller hvilke lægemidler, patienterne fik, eller om tidligere indlæggelser. Trods det, at patienter får min. 10 lægemidler, er det ikke muligt at konkludere, om patienter der regelmæssigt følges ambulant, vil være relevante emner for en medicingennemgang. Langt de fleste synes at være tilfredse med den medicin de får, hvilket kunne være et signal om, at det ikke er den patientgruppe man først og fremmest bør tilbyde medicingennemgang til.





INGEN REDUKTION, NÅR ANTAL GENINDLÆGGELSER I FORVEJEN ER LAV

Kliniske farmaceuter finder mange lægemiddelrelaterede problemer, men der er fortsat behov for bedre samarbejdsmodeller for implementeringen af medicinændringer. Antal genindlæggelser i kontrolgruppen var meget lavere end forventet, og der var derfor meget lille mulighed for reduktion.

Effect of a medicines management model on medication-related readmissions in older patients admitted to a medical acute admission unit—A randomized controlled trial. [Link til artiklen.](#)

Trine Graabæk, Ulla Hedegaard, Mikkel B. Christensen, Marianne H. Clemmensen, Torben Knudsen, Lise Aagaard

Et randomiseret studie med 600 akut indlagte patienter har undersøgt effekten af to kliniske farmaceutiske interventioner sammenlignet med ingen intervention: 1. En medicingennemgang og patientinterview ved indlæggelse. 2. Samme intervention + medicingennemgang under indlæggelsen, samt farmaceutnotat og patientrådgivning ved udskrivelsen. Det primære effektmål var medicinrelaterede genindlæggelser inden for 30 dage. Sekundære effektmål var bl.a. indlæggelser uanset årsag, samt mortalitet og lægebesøg op til 180 dage efter udskrivelse. Patienter fik median 6 lægemidler (IQR 3-10)

Studiet var powered efter to svenske studier, hvor antallet af lægemiddelrelaterede genindlæggelser blev reduceret fra hhv. 12 og 24 % i kontrolgruppen til hhv. 5,6 og 4,9 % i interventionsgruppen. I det danske studie var forekomsten af lægemiddelrelaterede genindlæggelser

i kontrolgruppen i forvejen meget lav (11 patienter, 5,6 %), hvorfor det reelt ikke var muligt at opnå en reduktion. Samtidig blev kun 46 % af i alt 920 forslag til medicinændringer accepteret. 3 % blev afvist, og de sidste 40 % er det uvist, om der er ageret på. De fleste forslag omfattede valg af lægemiddel, medicinafstemning og dosisjustering. Forslag til seponering eller nyordination er ikke nævnt. De hyppigste årsager til genindlæggelser var bivirkninger, behandlingssvigt eller ubehandlet indikation.

Farmaceutens forslag blev fortrinsvis formidlet skriftligt via et farmaceutnotat i journalen. En mundtlig opfølgning var bl.a. vanskeliggjort, når patienten flyttede fra akutmodtagelsen til andre afdelinger. Der synes således i alle tilfælde at være et potentiale for at udvikle en bedre samarbejdsmodel for formidling og implementering af medicinændringer.





PATIENTER OG LÆGER TILFREDSE MED FARMACEUTISKE UDSKRIVNINGSSAMTALER

Farmaceutisk intervention ved udskrivelse fra hospital øger både kvaliteten af og tilfredsheden med behandlingen.

Pharmacist-led interventions improve quality of medicine-related healthcare service at hospital discharge [Link til artiklen.](#)

Tina Hoff Duedahl, Wiebke Boman Hansen, Lene Juel Kjeldsen, Trine Graabæk

I et studie gennemgik den kliniske farmaceut medicinlister for 313 patienter, som fik mediant 11 (8–14) lægemidler. Medicingennemgangen resulterede i 745 interventionsforslag. Det hyppigste forslag omhandlede længden af behandlingen. Acceptraten af forslagene var høj (85 %)

Lægerne besvarede et spørgeskema, som viste, at størstedelen fandt, at farmaceutens intervention var en hjælp i deres kliniske arbejde, lettede deres arbejdsbyrde ved udskrivelsen af patienten, samt at det resulterede i bedre behandlingskvalitet og mere rationel farmakoterapi.

22 patienter blev tilbudt en medicinsamtale (gennemsnit 15 min) og modtog en telefonisk opfølgning en uge efter udskrivelse. Alle patienter var tilfredse med rådgivningen og følte sig trygge og velinformerede om deres medicin.



KOMMENDE BEGIVENHEDER

DATO/2019	STED	EVENT	EVENT LINK
4/4	Hillerød	Indvielse af den nye polyfarmaciklinik*	https://www.nordsjaellandshospital.dk/polyfarmaciklinik
8-9/4	København	Patientsikkerhedskonference	http://patientsikkerhed.dk
11-12/4	Göteborg	SPPG – Scandinavian Pediatric Pharmacist Group	https://sites.google.com/site/sppgweb/
18-22/5	New Orleans USA	ISPOR - The Leading International Conference for Health Economics and Outcomes Research	https://www.ispor.org/
7- 8/6	London	The Clinical Pharmacy Congress	http://www.pharmacycongress.co.uk
12-14/6	København	9th Nordic Social Pharmacy and Health Services Research Conference 2019	https://www.pharmakon.com/aps/9th-nordic-social-pharmacy-and-health-services-research-conference-nspc-2019/
2-3/7	Manchester	Patient Safety Congress	https://www.patientsafetycongress.co.uk/
22-26/9	Abu Dhabi	79th FIP World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2019	www.fip.org
10-13/10	London	ISOPP VXIII	www.ISOPP.org
23-25/10	Ljubljana	ESCP Symposium	https://www.escpweb.org/Ljubljana

***Kære Sektion for klinisk farmaci**

Den 1.marts åbnede Polyfarmaciklinikken på Nordsjællands Hospital dørene for de første patienter. Klinikken er opstået på baggrund af et bredt fagligt samarbejde på tværs af NoH og er støttet af TrygFonden.

Torsdag den 4. april kl. 14.00, indvier vi Polyfarmaciklinikken officielt og vi håber, at du har lyst til og mulighed for at deltage. Indvielsen foregår i Bygning 58, Nordsjællands Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød.

Dorthe Vilstrup Tomsen
Kvalitets- og udviklingschef
Farmaceut