

## NYT FRA BESTYRELSEN

### Ny forfrue for den kliniske farmaci

På generalforsamlingen i maj fik sektionen ny formand, idet vores længe residerende formand, Dorte Glintborg, valgte at stille sit mandat til rådighed. Dorte fortsætter dog sit gode arbejde i bestyrelsen med videnskab og uddannelse. Tak til Dorte for mange gode år, og velkommen til Trine R.H. Andersen. Dorte blev belønnet med sektionens nål i sølv.

”Tiltrædelsesforelæsning” af formanden bliver det ikke lige til, men vi har valgt at sende de fem skarpe til Trine, som så kan indvi os i, hvad hun har på hjerte. Læs mere nedenfor.



### Generalforsamling i Sektion for Klinisk Farmaci 2018:

Årets generalforsamling blev holdt d. 23. april i Pharmadanmarks lokaler og bød i år både på nyvalgte bestyrelsesmedlemmer og et nyt tiltag.

De nyvalgte medlemmer i bestyrelsen er cand. pharm. ph.d. Simon Tarp, IRF og cand. pharm. ph.d. Charlotte Trelidal, Region Hovedstadens Apotek og PharmaSchool.

Vores nye tiltag bestod i at invitere nyuddannede farmaceuter til at fremlægge deres speciale. Det var en særdeles opløftende event, som bestyrelsen har besluttet at gentage til næste generalforsamling. Tak til Tim Vejborg, Anna Bøgelund, Lykke Ida Kaas-Rasmussen Olsen, Anne Mette Drastrup, Karoline Holm Mogenssen, Jeanette Seehuusen for jeres præsentationer og tillykke med uddannelsen.

Efterfølgende konstituerede bestyrelsen sig, og den består nu af:

- Trine R. H. Andersen, formand, uddannelsesudvalget for KVF
- Louise Winnecke Jensen, næstformand
- Dorte Glintborg, PR-ansvarlig, uddannelsesudvalget for KVF
- Helle McNulty, repræsentant for DSS
- Charlotte Vermehren, repræsentant i DFS-hovedbestyrelse, uddannelsesudvalget for KVF
- Birgit Toft, nyhedsbrevsredaktør
- Charlotte Trelidal, eventkoordinator
- Simon Tarp, suppleant og høringskoordinator, nyhedsbrev
- Camilla Jahn Christensen, suppleant (arbejder pt. i Grønland)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

---

SEPONERING	3
FEM SKARPE TIL FARMACEUTEN	4-5
PATIENT-CASE	6-10
VIDENSKAB	11-12
NYT FRA DEN KLINISKE VIDEREUDDANDELSE FOR FARMACEUTER	13
KOMMENDE BEGIVENHEDER	14-15

---

## SEPONERING

*Af Birgit Toft*

I hvert nummer af nyhedsbrevet har vi en case med, som vores læsere har indsendt – eller skal vi hellere sige – er blevet fravristet. Det er nemlig så som så med de frivilligt indsendte. Vi sætter stor pris på at bringe en case hver gang, da vi tror, de er med til at give inspiration til løsning af små og større opgaver i klinikken. Så tøv ikke med at sende en case ind – gerne én, som du har lyst til at få andre øjne på.

Som det fremgår af casen i dette nyhedsbrev, er der mange psykiatriske problemstillinger, og vi har igen at gøre med en patient, der over tid har fået alt for meget medicin – fem forskellige psykofarmaka – og her har været både praktiserende læge og psykiatere inde over. Indrømmet – det ene psykofarmakon, oxazepam, har ikke været anvendt lige op til indlæggelsen, men der har så til gengæld været et stort indtag af alkohol.

Patienten peger selv på et problem, nemlig seponeringssymptomer, som er et overset problem i psykiatrien. For få år siden kunne man ikke nogen steder læse om, hvordan man trappede ud af f.eks. depressionsmedicin, men der er nu et længere afsnit på promedicin.dk om seponering. Den anbefaling er i visse tilfælde også for skrap, så nedtrapningen må foregå endnu langsommere – og individuelt. Erfaringerne siger, at det er ved de små doser, at nedtrapningssymptomerne mærkes tydeligst, og det er også ved de mindre doseringer, at brugeren af medicinen mærker resultatet af at have været dæmpet på følelser og sanser. Der

er mere at føle og mærke, når medicintågerne letter. Det kan virke overvældende på både brugeren selv og omgivelserne, når stemningslejet svinger, og nogle brugere taler endog om, at de skal til at lære deres eget følelsesliv og nervesystem at kende igen, fordi det har været nedtonet af medicin. Det er også i denne fase, at mange brugere er i tvivl om, de igen er ved at blive syge eller det blot er seponeringssymptomer, de mærker. Derfor forstår man også godt, at mange brugere af depressionsmedicin er bange for at trappe ud af medicin, fordi erindringer om den tidligere tilstand står som en situation, de ikke ønsker at opleve igen. Men den langsomme nedtrapning tager højde for, at kroppen og nervesystemet kan nå at regenerere og dermed lindre overgangen til at blive medicinfri.

Så vidt depressionsmedicin, hvor der nu foreligger en klar nedtrapningsvejledning. Der er også stor viden om nedtrapning af benzodiazepiner, men hvad med smertelindrende midler, neuroleptika og andre CNS-aktive stoffer. Selvom man leder længe, finder man ingen vejledninger i f.eks. nedtrapning af neuroleptika, men der findes mange vejledninger i, hvordan man trapper op og hvordan man omlægger til andre neuroleptika.

Her er en opgave for kliniske farmaceuter – at blive verdensmestre i seponering med viden om omlægning til non-farmakologisk behandling. Til gavn for medicinbrugere, læger og sygeplejersker, for økonomien og for sundheden.

## FEM SKARPE TIL FARMACEUTEN

*De "fem skarpe" er denne gang stillet til vores nye formand Trine R. H. Andersen som til daglig arbejder som klinisk farmaceut og forsker på Region Sjælland Sygehusapoteket.*

Du er netop blevet valgt som formand for SKF. Hvad vil du bruge din nye platform til?

” Jeg vil gerne samle og dele!

Jeg vil gerne samle farmaceuter med interesse for klinisk farmaci på tværs af sektorer, arbejdsområder, generationer og erfaringsniveau. Og så vil jeg gerne dele. Jeg ser gerne, at Sektion for Klinisk Farmaci er stedet, man går til for at finde inspiration, dele erfaringer og finde samarbejdspartnere og netværk. Som farmaceuter og kliniske farmaceuter har vi uendeligt mange muligheder for at deltage i netværk, kurser, konferencer osv. Sektion for Klinisk Farmaci favner bredt, og det vil jeg gerne tydeliggøre og styrke i min post som formand.”

Hvad brænder du især for i dit virke som klinisk farmaceut og forsker?

” Jeg brænder for at udvikle og udbrede klinisk farmaceutiske ydelser. Jeg tror på, at vi gør en forskel for patienterne og hjælper dem til en bedre hverdag med deres medicin. Og jeg tror på, at vi hjælper vores sundhedsfaglige kolleger, fx læger og plejepersonale, med at navigere mellem



omfattende medicinlister, retningslinjer og krav om at være farmakologisk opdaterede. I kraft af, at sundhedsvæsenet udvikler sig, og at behandlingsmulighederne bliver mere og mere specialiserede, har vi i højere grad brug for, at lægemiddeleksperter byder ind med den nyeste viden i den farmakoterapeutiske del af behandlingen. Derfor skal vi også blive ved at udvikle klinisk farmaci og udbrede klinisk farmaceutisk service.”

## Hvad er dit bedste råd til unge kliniske farmaceuter?

” Vær aktive og opsøgende. Der foregår så meget spændende inden for klinisk farmaci - nationalt og internationalt. Vi kan lære af hinanden og vi udvikler os kontant, og I må endelig ikke tro, at I skal opfinde klinisk farmaci og starte fra bunden. Sektion for Klinisk Farmaci blev etableret for mere end 25 år siden, hvor faget begyndte at spire i DK efter inspiration fra bl.a. USA og UK. Det er 25 års erfaring, udvikling, trial and errors, som er lige til at dykke ned i og bygge ovenpå. På den måde kan I unge kliniske farmaceuter komme endnu længere med udviklingen og udbredelsen af klinisk farmaci, om det så er lokalt i eget arbejde eller via international videnskab.”

## Hvordan vil du gerne, at klinisk farmaci ser ud om 5-10 år?

” Når jeg kigger 10 år tilbage og ser på antallet af kliniske farmaceuter og arten af de opgaver, de varetog, er vi jo allerede et helt andet sted i dag. Så jeg tør godt drømme om en fortsat udvikling om 5-10 år, som nærmest er eksponentiel, og som slet ikke har nået steady state.

Jeg så gerne, at farmaceuter samarbejder på tværs af sundhedsvæsenet til gavn for patienten, som i dag kastes mellem sektorer og specialer. Jeg så også gerne, at kliniske farmaceuter er de naturlige go-to personer, når det handler om lægemidler, uanset om du er patient, borger, læge, sygeplejerske eller myndighed og uanset om du arbejder på sygehus, primærapotek, i regioner, i kommuner, i styrelser eller på universitetet.”

## Hvad vil du opfordre alle os til at gøre for at nå målet?

” Vi SKAL gøre os umage. Vi skal udvikle os, undres og stræbe efter at forblive lægemiddeleksperter. Det starter på farmaceutuddannelsen, hvor Sektion for Klinisk Farmaci allerede er aktiv, og det fortsætter i den postgraduat videreuddannelse (Klinisk Videreuddannelse for Farmaceuter), som er sektionens flagskib. Vi bestræber os på at gøre uddannelsen endnu bedre her mere end 20 år efter det første kursus blev afholdt.

Og så skal vi fortsat - og måske i endnu højere grad - netværke og erfaringsudveksle, for jeg er overbevist om, at den samlede hivemind af kliniske farmaceuter har et stort potentiale.”

## PATIENT - CASE

*Casen er indsendt af klinisk farmaceut Christina Skovsø Eriksen, Region Hovedstadens Apotek. Casen er kommenteret og redigeret af Charlotte Vermehren, Trine R. H. Andersen og Dorte Glintborg.*

### Bipolar lidelse og alkoholafhængighedssyndrom

#### Patienten:

53-årig kvinde, kendt med bipolar affektiv sindslidelse, indlægges frivilligt grundet alkoholabstinenser. Herudover har patienten for nylig haft en dyb venetrombose.

Patienten afruses det første døgn og er dagen efter indlæggelse uden synlige tegn til alkoholabstinenssymptomer, Wernicke eller delirium.

Hun er velorienteret og relevant, men fremstår med omskifteligt, løftet og tidvist let irritabelt stemningsleje. Patienten fremstår med taletrang, indimellem næsten talepres. Hun skifter hurtigt mellem forskellige emner, er indimellem grinende for så pludselig at græde og tale med lav sagte stemme. Hun sover i ugerne op til indlæggelsen ca. 2 timer/nat.

Klinisk ligner billedet mest en blandingstilstand med overvejende hypomane/maniske træk.

#### Paraklinisk:

- P-Totalkolesterol 7,5 mmol/L
- P-LDL 4,5 mmol/L
- P-Litium 0,65 mmol/L
- Øvrig paraklinik er upåfaldende

#### Vanlig medicin -

#### Psykofarmakologisk behandling:

- |      |   |
|------|---|
| Fast | <ul style="list-style-type: none"><li>• Depotkaps. venlafaxin 225 mg kl. 21</li><li>• Tabl. quetiapin 50 mg kl. 21</li><li>• Tabl. lithiumkarbonat 300 mg kl. 21</li><li>• Disp.tabl. lamotrigin 100 mg kl. 8</li></ul> |
| PN   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tabl. Oxapax 15 mg pn (ikke anvendt lige op til indlæggelsen)</li></ul>   |

## Vanlig medicin - Somatofarmakologisk behandling

---

- |      |   |
|------|---|
| Fast | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tabl. Pantoprazol 40 mg kl. 8</li><li>• Tabl. Xarelto 15 mg kl. 8 og kl. 18 (d.17.05.2018-07.06.2018)</li><li>• Tabl. Xarelto 20 mg kl. 8 (d.08.06.2018-05.09.2018)</li><li>• Tabl. B-combin stærke 1 tabl. kl. 8</li></ul> |
| PN   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tyggetabl. Alminox 1 tyggetabl. pn (Anvendes typisk flere gange ugentlig)</li><li>• Tabl. Pamol 1000 mg pn (Anvendes ca. x 1/uge)</li></ul>   |

## Input til medicingennemgang

---

### *Venlafaxin*

Det anbefales gradvis nedtrapning af behandling med venlafaxin med 37,5-75 mg ad gangen indtil behandlingen er udtrappet. Hvis patientens tilstand tillader det, kan behandlingen evt. nedtrappes med en uges mellemrum eller mere, da patienten tidl. har været generet af seponeringssymptomer i forbindelse med at

være trappet ned fra 225 mg til 75 mg på én gang. Patienten ytrer ønske om, at nedtrapningen foregår så langsomt som muligt.

Venlafaxinbehandling øger risiko for maniske/hypomane symptomer hos bipolare patienter og anbefales ikke rutinemæssigt og kun i kortvarig behandling ved svær bipolar depression.

### *Quetiapin*

Det anbefales at dosis øges gradvist til minimum 400 mg i samlet døgndosis.

Det anbefales at være opmærksom på patientens sedation/svimmelhed, som patienten angiver tidl. at have oplevet ved doser på 100 mg i døgnet.

### *Lithiumcarbonat*

Det anbefales at øge dosis til 1050 mg alternativt 1200 mg til natten, da patienten ved seneste måling ligger i den lave ende af dosisintervallet, 0,65 mmol/L. (0,6-0,8 mmol/L)

### *Lamotrigin*

Det anbefales at overveje indikation for behandling med lamotrigin, evt. at måle plasma lamotrigin. Patienten mener ikke at behandlingen er effektiv. Det er muligt at patienten kan undvære behandlingen. Hvis lithiumcarbonat og quetiapin øges, er det muligt at det kan stabilisere patienten.

### *Oxapax*

Det anbefales sep. Oxapax, som ikke rekommanderes til langtidsbrug. Patienten har ikke brugt behandlingen op til indlæggelsen, da hun har drukket alkohol i stedet for.

### *Alkoholbehandling*

Det anbefales at overveje opstart af behandling med Adepend. Patienten er anbefalet opstart af Campral af stofbehandlingscenteret Novavi, da hun kan drikke på Antabus. Patienten har dog meget modstand på "mange piller".

### *Statin*

Det anbefales at opstarte behandling med atorvastatin 10 mg x 1. Dosis kan øges 1 gang/måned til maksimalt 80 mg x 1 til sufficient dosis er nået. Patienten har hyperkolesterolemie (seneste måling i januar 2018 viser totalcholesterol på 7,5 mmol/L og LDL 4,5 mmol/L) og har endvidere haft en DVT for nylig, som hun aktuelt får Xarelto for.

### *Pantoprazol*

Det anbefales at omlægge pantoprazol 40 mg x 1 til 20 mg x 2 med henblik på at opnå en bedre døgndækning, da patienten lejlighedsvis har problemer med at sove grundet mavesyre. Er undersøgt med gastroskopi x flere, hvor der er konstateret reflux og katar.

### *Magnesia*

Det anbefales at ordinere Magnesia pn max 1,5 g daglig. Patienten får tendens til obstipation, når hun ikke drikker alkohol.

Interaktionskontrol vha. interaktionsdatabasen.dk

### *Lamotrigin og quetiapin*

Opmærksomhed på effekt og bivirkninger for quetiapin.

Kombinationsbehandling med quetiapin og lamotrigin medfører et fald i plasmakoncentrationen for quetiapin på 17% i ét studie og 58% fald i dosis-korrigeret quetiapin koncentration i et andet studie.

### *Bivirkninger*

Patienten klager over mundtørhed.

Herudover tendens til obstipation, når hun ikke drikker (alkoholforbrug medfører diarré).

### *Compliance*

Patienten vurderes delvist compliant. Har dog på eget initiativ nedjusteret dosis af lithiumcarbonat, da hun er bekymret for sin nyrefunktion. Undertegnede har forsøgt at berolige patienten desangående, og hun accepterer dosisøgning som en mulighed.

### *Opfølgning ved psykiater under indlæggelse*

De forskellige behandlingsmuligheder drøftes mellem psykiateren og patienten med udgangspunkt i farmaceutens anbefalinger og



den aktuelle kliniske situation. Først og fremmest synes der at være behov for intensiveret stemningsstabiliserende og antimanisk behandling. Vi aftaler dosisøgning på lithiumcarbonat til 1200 mg x 1 og skift til Seroquel Prolong i hurtig optrapning mod mani, 300 mg x 1 i aften og yderligere dosisøgning de følgende dage til 600 mg x 1. De følgende nætter sover patienten i 10 timer, hvilket er hovedformålet med den hurtige dosisøgning af quetiapin.

Venlafaxin reduceres til i første omgang til 150 mg x 1 - seponering fravælges af hensyn til risiko for seponeringssymptomer, som patienten er bange for at skulle komme til at opleve. Ved udskrivelsen nedjusteres venlafaxin yderligere til 75 mg x 1.

Der findes ikke i det aktuelle tilfælde ordentlig indikation for lamotrigin, der kun er givet i lav dosering og desuden potentielt kan interagere med quetiapin, hvorfor lamotrigin seponeres.

Campral (acamprosate) seponeres, da patienten ønsker så få tabletter som muligt. Adepend (naltrexon) opstartes ikke, da det bedst gøres som led i en samlet psykosocial behandling på et misbrugscenter, fx Novavi, hvor patienten kommer. Patienten er informeret om muligheden.

Endvidere opstartes atorvastatin 10 mg x 1 med plan om evt. dosisøgning ved egen læge, doseringen af pantoprazol ændres til 20 mg x 2 og der ordineres Magnesia 1,5 g efter behov.

Efter 5 dages indlæggelse er patientens søvn stabiliseret, og patienten er mere stemningsstabil. Hun udskrives til eget hjem og videre opfølgning ved vanlig privatpraktiserende psykiater med plan om opfølgning på lithiumcarbonat plasmakoncentration og videre vurdering af indikation for fortsat behandling med venlafaxin.

## Kommentarer til casen

---

Det er vigtigt at få afklaret, om patienten lider af bipolar lidelse type 1 eller 2, da anbefalet lægemiddelvalg, herunder antidepressiva, er forskelligt. Behandling af den akutte fase bør ske med sigte på, hvad der skal fortsætte/ophøre i den efterfølgende vedligeholdelsesfase. Det kan derfor være relevant at spørge til tidligere sygdomsmønster - har patienten overvejende maniske/depressive episoder/blandingsepisoder?

Den aktuelle episode kan skyldes, at patienten ikke har taget sit litium, og/eller at den ordinerede dosis (300 mg kl. 21) var for lav. Justering af litiumbehandlingen, samt tiltag for at sikre patientens adhærens til denne, har derfor høj prioritet. Inden indlæggelsen fik patienten tre lægemidler (litium, lamotrigin, venlafaxin), som forebygger ny depressiv episode, men kun litium forebygger ny manisk episode. Det virker derfor rationelt at opjustere litium og seponere lamotrigin. RADS anbefaler ikke måling af plasmakoncentration af lamotrigin.

Den antimaniske effekt af litium indsætter langsomt, hvorfor der kortvarigt skal suppleres med et hurtigere virkende præparat. Her øges dosis af quetiapin. Ved mani eller manisk blandingstilstand, kan man evt. i stedet anvende aripiprazol, der ikke har ligeså udtalt sedation. Der er ikke klar evidens for, at Seroquel Prolong kan optitreres hurtigere end almindelige quetiapintabletter, men prisforskellen er nu så lille, at det ikke gør nogen forskel <http://www.rads.dk/media/1904/bipolar-depression-bgn-september-2015.pdf>

Der synes ikke at være indikation for statinbehandling, da DVT er en venøs og ikke iskæmisk blodprop. Ved primær profylakse er et totalcholesterol på 7,5 og LDL på 4,5 ikke i sig selv indikation for statin, men afhænger af patientens 10 års risiko for kardiovaskulær mortalitet (SCORE), herunder alder, blodtryk og rygning. [https://www.nbv.cardio.dk/forebyggelse#figur34\\_1](https://www.nbv.cardio.dk/forebyggelse#figur34_1)

## VIDENSKAB

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

### Klinisk farmaci kan reducere hospitalsbesøg og sengedage

*Skjøt-Arkil, H., Lundby, C., Kjeldsen, L.J., Skovgaards, D.M., Almarsdottir, A.B., Kjølhede, T., Duedahl, T.H., Pottegaard, A., Graabaek, T*

**Multifaceted Pharmacist-led Interventions in the Hospital Setting: A Systematic Review.** [link](#)

Et systematisk review gennemført af danske forskere viser, at kliniske farmaceuter kan øge kvaliteten af lægemiddelbehandlingen, hvilket i nogle studier resulterer i færre hospitalsbesøg og sengedage. Resultaterne er baseret på 28 kontrollerede studier publiceret fra 2007 til 2017, hvoraf de 16 var randomiserede. Det var et kriterie, at interventionen var gennemført under indlæggelse, samt at farmaceuten havde gennemgået den samlede medicinering. Antallet af hospitalsindlæggelser blev signifikant reduceret i 7 ud af 16 studier. I 4 ud af 12 studier fandt man signifikant reduktion i længde af indlæggelse eller tid til genindlæggelse.

Ingen af studierne fandt effekt på mortalitet, omkostningseffektivitet eller patientrapporterede effektmål.

### Medicinafstemning reducerer ikke bivirkninger eller sundhedsydelse

*Cheema, E. et al.*

**The impact of pharmacists-led medicines reconciliation on healthcare outcomes in secondary care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** [link](#)

Medicinafstemning gennemført af farmaceuter er effektivt til at reducere uoverensstemmelser imellem den medicin, som er ordineret, og den medicin, patienter faktisk tager. Men et systematisk review viser, at interventionen hverken resulterer i færre bivirkninger eller mindre forbrug af sundhedsvæsenet. I alt 18 randomiserede studier, publiceret fra 2002 til 2015, indgik. Heraf rapporterede 4 studier effekten af medicinafstemning på medicinuoverensstemmelser, hvor der var en signifikant reduktion på 42 %. Fire studier fandt ingen signifikant reduktion i mulige eller forebyggelige bivirkninger. Fire studier havde rapporteret effekt på sundhedsydelse efter udskrivelse, men effekten af medicinafstemning var ikke signifikant. Resultaterne viser således, at en farmaceutisk intervention er effektiv til at mi-

nimere antallet af medicin-uoverensstemmelser imellem forskellige kilder, men at dette i sig selv ikke har den store betydning på kort sigt. Det fremgår ikke, hvilken type medicin, uoverensstemmelserne typisk omhandlede, men man kunne forestille sig, at symptomlindrende eller livsvigtig medicin, som patienten mærker en her-og-nu effekt af, oftere blev taget korrekt, hvorimod uoverensstemmelser, hvor patienten ikke tager forebyggende medicin, såsom kolesterol- eller blodtrykssænkende medicin, først vil have evt. konsekvenser på længere sigt.

### Stor tilfredshed med udskrivningssamtaler blandt læger og patienter

*Duedahl, T.H., Hansen, W.B., Kjeldsen, L.J., Graabæk, T.*

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

Både læger og patienter udtrykker stor tilfredshed med medicingennemgang gennemført af en klinisk farmaceut i forbindelse med udskrivning af patienten fra hospital. Ved gennemgangen fandt farmaceuten i gennemsnit over 2 medicin-relaterede problemer, som lægerne rettede til (kun ca. 15 % af problemerne blev ikke ændret). Den opdaterede medicinliste blev efterfølgende sendt til hjemmeplejen. Lægerne fandt især, at farmaceutens intervention medførte en mere rationel ordinationspraksis ved udskrivelse, samt at det var en hjælp i lægens kliniske arbejde. Et telefoninterview viste, at patienter var positive og følte sig velinformerede omkring deres medicin.

### Flere kontakter til læge efter medicingennemgang!

*Lisby, M., Bonnerup, D.K., Brock, B., Gregeresen, P.A., Jensen, J., Larsen, M.L., Rungby, J., Sonne, J., Mainz, J., Nielsen, L.P.*

#### **Medication review and patient outcomes in an orthopedic department: a randomized controlled study.** [link](#)

Et randomiseret studie af "health-related effects" af farmaceutisk medicingennemgang blev gennemført på en ortopædkirurgisk afdeling. Efter den sædvanlige medicinrutine var afsluttet, foretog farmaceuten en medicingennemgang. Farmaceutens forslag til medicinændringer blev konfereret med en klinisk farmakolog og efterfølgende formidlet direkte til lægerne på afdelingen. Kun 18 % af forslagene blev reelt implementeret af ortopædkirurgerne. Studiet viste, at patienter, som havde modtaget interventionen i gennemsnit havde uplanlagt lægekontakt efter udskrivelsen 12 dage hurtigere end de patienter, som ikke havde fået interventionen. Det er vanskeligt at drage nogen konklusion af denne undersøgelse, da medicingennemgangen havde et dårligt output, og at interventionen ville forventes at øge tiden mellem udskrivelse og første uplanlagte lægekontakt.

Der kan stilles spørgsmål ved, om der reelt er nogen sammenhæng mellem intervention og resultater. Eller om konklusionen kunne være, at den megen snak om medicin øger opmærksomhed og bekymring! I den henseende var det vel godt så, at kun 18% af forslagene blev implementeret!

## NYT FRA DEN KLINISKE VIDEREUDDANNELSE FOR FARMACEUTER

### I resten af 2018 udbyder vi følgende kurser:

#### RHEUMATOLOGISKE 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 8. - 9. november 2018 – bemærk ændrede datoer ift. sidste nyhedsbrev

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](#)

Vi kan nu endelig løfte sløret for kursusfladen for 2019.

- **KVF Generel Klinik**

udbydes i foråret 2019. Kurset er for dig, der er ny i klinikken og i medicingennemgang og har brug for en bred kick-start, men kurset er især for dig, der søger en

opfriskning og opdatering inden for aktuelle emner. Denne gang fokuserer vi blandt andet på risikopatienter med nyre-, lever-, eller fedmeproblematikker og tager udgangspunkt i de aktuelle termer seponering, sanering og "deprescribing".

- **KVF Smertebehandling**

udbydes i efteråret 2019. Kurset er for dig, der skal hjælpe patienter eller læger til at optimere deres smertebehandling. Der tages udgangspunkt i de nye retningslinjer og behandlingsvejledninger, og der vil blive diskuteret behandling af kroniske non-maligne smerter, hvor der ikke er nogen rekommanderede lægemidler.

- **KVF Lægmiddelbivirkninger og –forgiftninger**

udbydes i efteråret 2019. 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. Der tages udgangspunkt i de nye retningslinjer og behandlingsvejledninger, og der vil blive diskuteret behandling af kroniske non-maligne smerter, hvor der ikke er nogen rekommanderede lægemidler.

## KOMMENDE BEGIVENHEDER

<b>DATO/2018</b>	<b>STED</b>	<b>EVENT</b>	<b>LINK</b>
12-14/10	Loughborough	CMHP 2018 - College of Mental Health Pharmacy	<a href="http://www.cmhp.org.uk/">http://www.cmhp.org.uk/</a>
20-23/10	Seattle	ACCP - American College of Clinical Pharmacy	<a href="https://www.accp.com/meeting">https://www.accp.com/meeting</a>
23-26/10	Belfast	ESCP - European Society of Clinical Pharmacy	<a href="http://www.escpweb.org/Belfast">http://www.escpweb.org/Belfast</a>
25-27/10	Nantes	ECOP - European Conference of Oncology Pharmacy	<a href="http://www.esop.li/index.php">http://www.esop.li/index.php</a>
10-14/11	Barcelona	ISPOR - International Society for pharmacoconomics and outcomes research, Annual European Congress	<a href="https://www.ispor.org/Event/index/2018barcelona">https://www.ispor.org/Event/index/2018barcelona</a>
22-25/11	Brisbane	SHPA - The Society of Hospital Pharmacist of Australia	<a href="https://www.shpa.org.au/">https://www.shpa.org.au/</a>
29/11-1/12	Dublin	ESPACOMP - European Society for Patient Adherence, COMpliance and Persistence	<a href="http://www.espacomp.eu">http://www.espacomp.eu</a>
2-6/12	Anaheim, Californien	ASHP - American Society of Health-system Pharmacists - Midyear Clinical Meeting	<a href="https://www.ashp.org/Meetings-and-Events/Meetings-and-Conferences/Midyear-Clinical-Meeting-and-Exhibition">https://www.ashp.org/Meetings-and-Events/Meetings-and-Conferences/Midyear-Clinical-Meeting-and-Exhibition</a>

## KOMMENDE BEGIVENHEDER

<b>DATO/2019</b>	<b>STED</b>	<b>EVENT</b>	<b>LINK</b>
6-9/2	Holland	PCNE Working Conference. Targeting patients and tailoring pharmaceutical care.	<a href="http://www.pcne.org/">http://www.pcne.org/</a>
26-28/3	Amsterdam	GS1 Healthcare Conferene	<a href="https://www.healthcare-event.gs1.org/">https://www.healthcare-event.gs1.org/</a>
27-29/3	Barcelona	24th Congress of the EAHP	<a href="http://www.eahp.eu">www.eahp.eu</a>
27-29/3	Glasgow	International Forum on Quality and Safety in Healthcare	<a href="http://internationalforum.bmj.com/">http://internationalforum.bmj.com/</a>
11-12/4	Göteborg	SPPG – Scandinavian Pediatric Pharmacist Group.	<a href="https://sites.google.com/site/sppgweb/">https://sites.google.com/site/sppgweb/</a>
10-13/10	London	ISOPP VXIII	<a href="http://www.ISOPP.org">www.ISOPP.org</a>
7- 8/6	London	The Clinical Pharmacy Congress.	<a href="http://www.pharmacycongress.co.uk">http://www.pharmacycongress.co.uk</a>