

Uddannelse til behandlerfarmaceut

**Optagelse af medicin- og relevant
sygdomsanamnese forud for
Genordination af visse receptpligtige lægemidler
og
Ordination af dosisdispensering med tilskud**

Institut for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Farmakologi og Farmaci

Syddansk Universitet

Vejledning i optagelse af medicin- og relevant sygdomsanamnese

Af Ulla Hedegaard, Lotte Stig Nørgaard, Lærke Poulsen og Charlotte Rossing

Baggrund for vejledning

Autorisation som behandlerfarmaceut kræver, at man har gennemført og bestået uddannelsen til behandlerfarmaceut. Uddannelsen omfatter ifølge bilag 1 til bekendtgørelsen om uddannelsen¹, at man har opnået færdigheder og kompetencer i at optage *medicin- og relevant sygdomsanamnese, herunder hvordan behandlerfarmaceuten skal indhente relevante helbredsoplysninger ved hjælp af fastlagte kriterier, der bl.a. foreskriver, hvornår en patient er i stabilt/ustabilt medicineringsforløb og stabil/ustabil patienttilstand.*

Denne vejledning er tænkt som introduktion til at opnå læring inden for disse emner i forbindelse med uddannelsen til behandlerfarmaceut. Da erfaringsgrundlaget herom er begrænset på private apoteker, tager beskrivelsen for medicinanamnesens vedkommende udgangspunkt i den praksis og viden, man har inden for sygehusfarmacien.

Hvad er en medicinanamnese?

Ved en medicinanamnese forstår man en kortlægning af patientens medicinhistorie med henblik på at fastlægge patientens aktuelle medicin. I 2014 blev der i forbindelse med udvikling af klinisk farmaci i Danmark udarbejdet et konsensus-arbejde for nationale definitioner på begreber for arbejdsgange indenfor klinisk farmaci, herunder optagelse af medicinanamnese (1). Her var der enighed om, at begrebet medicinanamnese skulle beskrives som selve handlingen og processen i opgaven og ikke som det endelige produkt. Arbejdet resulterede i følgende definition på en medicinanamnese:

¹ Bekendtgørelse om uddannelse af behandlerfarmaceuter. BEK nr 1689 af 18/12/2018.

”En proces, hvor der indhentes oplysninger om patientens lægemiddelbehandling med henblik på at udarbejde en aktuel medicinliste på baggrund af kildeafstemning”

Supplerende oplysninger: En kildeafstemning er en sammenholdning af forskellige relevante kilder om patientens medicin i forbindelse med optagelse af medicinanamnesen. Kilder inkluderer fx patientens medbragte medicin, oplysninger fra patienten, pårørende, praktiserende læge, hjemmeplejen, plejehjem, apotek, det fælles medicinkort (FMK) eller tidligere indlæggelser. Det dokumenteres, hvilke kilder der er anvendt. Medicinlisten bør omfatte al lægemiddelbehandling inkl. håndkøbslægemidler, naturlægemidler, kosttilskud, stærke vitaminer og mineraler. Præparater, som er pauserede eller nyligt seponerede, kan indgå²

Denne definition er udarbejdet på baggrund af kliniske farmaceuters arbejde i hospitalssektoren, men kan tilnærmelsesvis og med få justeringer i de supplerende oplysninger også anvendes på primærapotek.

På apoteket vil patienten selv, oplysninger fra apotekets it-system og medicinkortet (FMK-online) være de primære kilder til indhentning af oplysninger om patientens medicin.

Behandlerfarmaceutens formål med medicin- og relevant sygdomsanamnese

Som behandlerfarmaceut skal man ifølge bekendtgørelsen om uddannelse til behandlerfarmaceut kunne:

- 1) foretage ordination af dosisdispensering med tilskud af lægeordineret medicin til patienter, der er i stabil behandling, og hvor der foreligger en aktiv ordination og*
- 2) foretage genordination af visse receptpligtige lægemidler til patienter, som er i stabil behandling hermed.*

Udvalgte receptpligtige lægemidler må genorderes én gang og i mindste pakning til patienter i stabil behandling. Ved genordination er man som behandlerfarmaceut med til at sikre, at patienter ikke får unødigt pause i fast lægeordineret behandling med deraf følgende risiko for subterapeutisk behandling, behandlingssvigt og komplikationer relateret hertil.

² Vær opmærksom på at kildeafstemning ikke er det samme som medicinafstemning. Medicinafstemning er en struktureret proces hvor medicinanamnesen og ændring i lægemiddelordination ved ambulatoriebesøg, indlæggelser, overflytninger og udskrivelse afstemmes med patientens aktuelle lægemiddelordinationer.

Som behandlerfarmaceut skal man indhente tilstrækkelig information om patientens medicin og helbredstilstand til, at genordinationen kan foregå på sikker og forsvarlig vis. Det betyder, at det rigtige lægemiddel bliver ordineret i den rigtige dosis, og at der er indikation for behandlingen. Det indebærer, at man inden genordination optager en *medicin- og relevant sygdomsanamnese* for at få det fulde overblik over patientens lægemiddelbehandling og helbredsoplysninger til at vurdere, om patienten er i en stabil fase/behandling af sin sygdom. Dette indebærer også, at farmaceuten med kritisk blik på medicinen som helhed sikrer sig, at ordination ikke har potentiale til at forårsage lægemiddelrelaterede problemer som eksempelvis bivirkninger og interaktioner.

Overblik over patientens medicin er ligeledes nødvendig for, at behandlerfarmaceuten kan ordinere dosisdispensering med tilskud. Et retvisende grundlag er nødvendigt, for at man kan gå i dialog med patienten og evt. dennes pårørende med henblik på at vurdere behovet for dosisdispensering og derigennem sikre optimal og sikker behandling af patienten.

Medicianamnese en forudsætning for sikker ordination³

Udgangspunktet for en sikker ordination er en præcis (entydig) og komplet liste over patientens aktuelle medicin. Ved komplet forstås, at alle lægemidler (herunder også håndkøbslægemidler, naturlægemidler, vitaminer og mineraler) er med på listen og ved entydig, at lægemiddelnavn, administrationsvej, dosering og lægemiddelform indgår (3).

Medicianamnesen skal bidrage til et rigtigt beslutningsgrundlag for ordinationen. Det er relevant ved den aktuelle ordination at vide og forholde sig til, hvilke lægemidler patienten tager aktuelt, og også nogle gange, hvilke der tidligere og nyligt har været anvendt.

Uden en præcis og opdateret oversigt over patientens medicinering risikerer vi at ordinere på et forkert grundlag, hvilket kan forårsage medicineringsfejl, som i værste fald kan skade patienten. Er grundlaget forkert, kan der ske fejl, som fx genopstart af tidligere seponeret medicin, ordination af en forkert dosis, dobbeltordination, eller at en potentiel risiko for lægemiddelinteraktioner overses. Manglende kortlægning af patientens håndkøbsmedicin, kosttilskud og naturlægemidler kan udgøre en potentiel

³ Ved ordination forstås i det følgende såvel genordination af et receptpligtige lægemiddel som ordination af dosisdispensering med tilskud.

risiko for at overse en interaktion med den medicin, der skal ordineres. Med fejl i medicinlisten er grundlaget for vurdering af bivirkninger ligeledes usikker (3,4).

Fra sygehusfarmacien ved vi, at fejl i patienters optagede medicinhistorie er meget almindelige. De hyppigste fejl i patienternes medicinliste er lægemidler, som mangler, lægemidler, som patienten ikke længere tager, eller forkert dosis eller dosisfrekvens (2). Drejer det sig fx om lægemidler med et smalt terapeutisk indeks, så som antitrombotika, kardiovaskulære midler, smertestillende midler eller hypnotika, er det ikke overraskende, at fejl i patientens medicinliste potentielt udgør en risiko for medicineringsfejl og skade af patienten.

Hvordan gør man rent praktisk?

Ved stillingtagen til mulig genordination skal farmaceuten optage medicin- og relevant sygdomsanamnese for at sikre et rigtigt beslutningsgrundlag for ordinationen.

Formålet med medicinanamnesen er, at man som farmaceut på apotek får et overblik over patientens behandling og almene tilstand, så man kan vurdere, om rammerne for genordination er tilstede. Det er selvfølgelig vigtigt at indsamle oplysninger om det lægemiddel, som ordinationen omfatter, men ved anamnesen skal der indsamles oplysninger om al den medicin, patienten får. Detaljeringsgraden kan dog variere.

Tilgangen til anamnesen og ordination kan inddeles i følgende trin:

1. Indledning
2. Kortlægning af patientens medicin ud fra tilgængelige kilder
3. Vurdering af patientens behandling, herunder om patienten er i stabilt/ustabilt medicineringsforløb og stabil/ustabil patienttilstand
4. Vurdering af evt. uoverensstemmelser, som er fundet ved medicinanamnesen
5. Ordination og plan
6. Dokumentation og kommunikation.

1. Indledning

Indledningsvis kan farmaceuten kort orientere sig om patientens medicin på medicinkortet. Hvis patienten får mange lægemidler, kan man med fordel udskrive en medicinliste fra medicinkortet (FMK-online), der kan bruges som støtte ved optagelse af anamnesen.

Som farmaceut skal man over for patienten præsentere sig ved for- og efternavn og stilling og orientere om sine beføjelser til at ordinere. Sammen med patienten sætter man den tids- og indholdsmæssige ramme for samtalen. Her forklarer man patienten, hvad der skal foregå, og hvad formålet med medicinanamnesen er. Her kan det også være relevant at få afklaret, om kunden evt. har bistand til håndtering af medicinen og bruger doseringshjælp. Afhængigt af hvilke kilder, der er nødvendige ved medicinanamnesen, kan det også være relevant at indhente samtykke hertil fra patienten. Samtykke skal også indhentes til selve iværksættelse af behandling.

2. Kortlægning af patientens medicin ud fra tilgængelige kilder

Når der optages medicinanamnese, sker der en indsamling af oplysninger om både receptpligtige lægemidler og håndkøbsmedicin/kosttilskud som patienten på nuværende tidspunkt får.

Oplysninger omfatter lægemiddelnavn, styrke og dosering, varighed af behandling. Medicin som er stoppet for nylig, fx kortvarige behandling med antibiotika, er også relevant at inddrage.

Kilder til kortlægning

På apoteket vil forskellige oplysninger om patientens medicin fortrinsvis skulle indsamles fra patienten selv, medicinkortet og apotekets it-system, men der er dog intet til hinder for, at andre kilder tages i brug fx pårørende og/eller hjemmeplejen.

Hvis oplysninger indhentes fra andre kilder, skal farmaceuten have patientens samtykke hertil. Iflg. Sundhedslovens §41 kan sundhedspersoner dog uden samtykke videregive informationer til andre sundhedspersoner, *hvis det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov*, men i daglig praksis anbefales det, at indhente patientens samtykke.

Hvorvidt det er nødvendigt at indsamle data fra flere kilder for at opnå en valid medicinhistorie, må bero på en vurdering, men det afhænger af, hvor troværdig man vurderer den pågældende kilde til at være (3,4). Inden for sygehusfarmacien er det ofte standard, at man altid indsamler data fra mindst 2 kilder.

I forbindelse med genordination på apotek, vil det sandsynligvis være tilstrækkeligt at indsamle data fra medicinkortet (FMK-online) og kunden selv. Det er behandlerfarmaceutens samlede billede af patienten, der skal ligge til grund for stillingtagen til, om genordination er en mulighed.

Følgende kilder kan komme i betragtning:

Patienten/Kunden

Patienten selv er den primære og vigtigste kilde og ofte den bedste kilde til deres egen lægemiddelanvendelse, da det ultimativt er dem, der tager medicinen.

Har patienten medbragt en medicinliste eller sin medicin (eller noget af det) kan man også inddrage dette som kildemateriale. Vær dog opmærksom på, at det måske er gammel medicin som patienten ikke længere tager, eller at medicinen måske ikke er patientens egen. Er udleveringen af ældre dato, kan dette indikere et compliance-problem.

Hvorvidt andre kilder er nødvendige for at bekræfte eller afklare oplysninger, er en vurderingssag. Hvis patienten fx er usikker på, hvor lang tid de har været i behandling, vil det være relevant at indhente oplysninger fra medicinkortet eller receptserveren.

Pårørende

Har patienten en pårørende med eller henviser til en pårørende, kan oplysninger herfra også inddrages, hvis patienten er indforstået hermed, dvs. giver samtykke. Nogle gange er det den pårørende, som står for lægemiddelhåndteringen, og som derfor kan være en god hjælp ved optagelsen af medicinanamnesen.

Det Fælles Medicin kort (FMK)

Her kan man se oplysninger om patientens åbne recepter og dato og ordination for tidligere udlevering af medicin på recept. Man bør være særlig opmærksom på, at gamle, uaktuelle recepter også kan ligge på FMK. FMK-online giver oplysninger om dosis, frekvens mm., men vær opmærksom på, at oplysningerne ikke altid er retvisende. Eksempelvis kan en dosis efterfølgende være ændret, uden det er opdateret i FMK. Via FMK kan man også identificere mulige problemer med compliance.

Medicinlister

Dette kan omfatte patientens eller pårørendes egen udformede liste eller lister udskrevet fra den praktiserende læge, sygehus, hjemmeplejen, sundhed.dk eller receptserver mm. Man skal være opmærksom på, at listen ofte vil være et udtryk for, hvad der er ordineret, og ikke nødvendigvis reflekterer, hvad patienten reelt tager af medicin. Sådanne lister repræsenterer heller ikke nødvendigvis al patientens medicin. Ved anvendelse af medicinlister som kilder skal man således være opmærksom på, at de kan være forældede og spørge ind hertil.

Andre kilder

Oplysninger fra hjemmeplejen, lægehus, specialklinik, andet apotek eller andet kan, omend formentlig sjældent, være aktuelt.

2. Kortlægning af patientens medicin ud fra tilgængelige kilder

Som tidligere nævnt kan man med fordel udskrive en medicinliste fra FMK-online som udgangspunkt for vurdering af patientens medicin som helhed (om end denne formentlig ikke er komplet) og bruge den som støtte ved optagelse af anamnesen.

Patienten interviewes herefter om, hvilken medicin vedkommende aktuelt tager. Der er både receptpligtig og håndkøbsmedicin, naturlægemidler, kosttilskud, vitaminer og mineraler. Vær opmærksom på, at mange patienter ikke betragter inhalatorer, øjendråber og cremer som medicin (3). Måske glemmer de også at nævne medicin, som ikke er en del af en sygdomsbehandling fx. p-piller eller hvis de har købt lægemidler over internettet eller i udlandet. Tilsvarende kan også være tilfældet med håndkøbslægemidler, naturlægemidler, vitaminer og mineraler. Rent spørgeteknisk kan man spørge direkte: Anvender du nogen form for inhalator, øjendråber etc.?

Et eksempel på et skema man kan anvende til medicinanamnesen kan ses i *bilag 1*.

Oplysninger, som farmaceuten skal indhente, omfatter lægemiddelnavn, administrationsform, styrke, dosering og varighed af behandling mm. Anamnesen omfatter også pn. lægemidler. Medicin, som er stoppet for nylig, fx kortvarig behandling med antibiotika eller glukokortikoid, kan også være relevant at få oplysninger om.

Som tidligere nævnt er det lægemiddel, som ordinationen drejer sig om, naturligvis det vigtigste at få spurgt grundigt ind til. For at få et samlet overblik over patientens medicin skal også indsamles oplysninger om patientens øvrige medicin, men detaljeringsgraden kan variere afhængig af, hvilke oplysninger, der er nødvendige, som et sikkert grundlag for ordination.

Følgende spørgsmål kan anvendes til indsamling af oplysninger om lægemidlet:

1. Hvilket lægemiddel tager du?

Patienten kan have svært ved lægemiddelnavne og husker måske kun farve og indikation. Her kan det være relevant, at andre kilder tages i brug.

2. Hvad bruger du lægemidlet for?

Der kan være flere indikationer for det samme lægemiddel

3. Hvor meget medicin får du?

Her vil patienten ofte tale om antal tabletter fremfor mg. Så husk at afklare styrke

4. Hvor ofte?

Kan også give et signal om complianceproblemer. Fx hvis patienten kun angiver ved behov eller for få daglige doseringer.

5. Hvordan tager du medicinen?

Kan sikre at administrationsform og administrationen er korrekt, fx i forhold til mad.

6. Hvor lang tid har du taget medicinen?

Startdato. Udover at vurdere, om det er stabil behandling, har det også betydning for vurdering af evt. bivirkninger.

Endelig kan man stille spørgsmål til pn-medicin, håndkøbsmedicin, naturmedicin, kosttilskud etc. Lægemidler som er taget for nylig fx kan en kur med glukokortikoider kan indikere, at patientens

tilstand ikke er stabil og lægemidler med lang halveringstid kan resultere i interaktioner, hvis de er seponeret for nylig.

Det er nødvendigt, at farmaceuten får et overblik over al den medicin, patienten får. Det betyder ikke, at alle de 6 spørgsmål ovenfor skal stilles for hvert lægemiddel patienten får. Som farmaceut har man ekspertise i at vurdere, hvilke af patientens øvrige lægemidler, der kan have betydning for beslutningsgrundlaget for ordination og i den sammenhæng, hvilken detaljeringsgrad af oplysninger der er nødvendig for det enkelte lægemiddel. Fx vil det ved genordination af et antihypertensiva være relevant med fuld anamnese for patientens eventuelle øvrige antihypertensiva, mens en høj detaljeringsgrad for et antihistamin typisk er mindre vigtig.

I forbindelse med kortlægningsprocessen, kan behandlerfarmaceuten støde på problemstillinger i forhold til behandlingen. Behandlerfarmaceuten skal vurdere om disse problemstillinger har betydning for muligheden for genordination.

3. Vurdering af patientens behandling herunder om patienten er i stabilt/ustabilt medicineringsforløb og stabil/ustabil patienttilstand

Inden ordination skal farmaceuten sikre sig, at der er indikation for behandling og foretage en risikovurdering af behandling i forhold til bivirkninger, interaktioner, compliance etc. Herudover skal farmaceuten sikre, at patienten er i stabil behandling, hvilket for en given indikation som udgangspunkt er behandling i mere end seks måneder med uændret dosis, med mindre andet er angivet på Styrelsen for Patientsikkerheds liste over lægemidler til genordination. Følgende spørgsmål kan være relevante at stille patienten i denne sammenhæng:

Lægemiddelbehandling

- Hvornår har du sidst fået ændret dosis?
- Spørg ind til, hvordan udbyttet er af behandlingen. Svarer behandlingen til patientens forventninger?
- Spørg ind til bivirkninger, hvilket også kan være relevant for en vurdering af, om patienten er i stabil behandling

Behandler/behandling

- Hvem ordinerer normalt din behandling?
- Hvornår er du sidst blevet undersøgt vedr. din behandling? Hvornår er din næste kontrol?
- Har du været indlagt/været ved lægen inden for de sidste 6 måneder?

Sygdom

- Hvilke symptomer har du på din sygdom?
- Er symptomer til stede hele tiden eller kun af og til?
- Har du forsøgt at behandle symptomerne, og i givet fald med hvad?
- Hvornår har der sidst været forandringer i din sygdom? Er der sket ændringer i din sygdom for nylig? Har dine symptomer ændret sig for nylig/ Er der sket en forværring i dine symptomer?

Hvilke specifikke symptomer, der skal spørges ind til, er afhængigt af hvilken indikation, der behandles for og lægemidlernes bivirkningsprofil.

Nødvendigheden af spørgsmål om stabil behandling for andre lægemidler end det, der skal ordineres, må bero på en vurdering af, hvorvidt de kan have betydning for lægemidler, der skal genordineres. Det kan fx være aktuelt, hvis patienten er i behandling med lægemidler med risiko for interaktion med det der skal genordineres. Det kan også være, hvis patienten får andre lægemidler med effekt på samme sygdom som lægemidlet, der skal genordineres.

Nogle gange kan oplysninger om rygning, madvaner og livsstil også være relevant. Det kan fx have indflydelse på de ordinerede lægemidlers farmakokinetik og effekt.

Farmaceuten skal henvise patienten til egen læge for ny ordination, hvis farmaceuten vurderer, at patientens behandling og sygdomstilstand ikke er stabil.

4. Vurdering af evt. uoverensstemmelser, som er fundet ved medicinanamnesen

Hvis farmaceuten ved optagelse af medicinanamnesen har fundet uoverensstemmelse mellem kilder, må farmaceuten vurdere, om der er behov for yderlige afklaring, eller om den ene kilde vurderes mere troværdig end den anden. I forhold til dette kan datering på lister eller medicin, hvor tæt kilden er på administrationen, og hvordan lægemidlet administreres, være oplysninger af betydning.

5. Ordination og plan

Farmaceutens baggrund for ordination sker i samarbejde med patienten ud fra en samlet vurdering af de indsamlede data. Det er bl.a., at der er indikation for behandling, at den er sikker for patienten, og at patienten kan og vil anvende lægemidlerne. Farmaceuten skal sikre sig, at patienten føler sig tilstrækkelig informeret om effekt, bivirkninger, varighed af behandlingen opfølgning. etc.

6. Dokumentation og kommunikation

Er uoverensstemmelser i kilder blevet identificeret ved medicinanamnese, bør dette dokumenteres. Det er også vigtigt at bemærke, at uoverensstemmelser ikke blot er vigtige i den aktuelle ordinationssituation. Da medicinkortet repræsenterer det faktiske brug, har det også betydning fremover for andre behandlere. Behandlerfarmaceuten skal dokumentere uoverensstemmelserne og kommunikere dem til den praktiserende læge. Den kliniske relevans og vigtighed er dog forskellig. Drejer det sig om en forkert styrke af fx et blodtryksmiddel, kan det være af stor klinisk relevans, mens et pn. præparat måske kan have mindre klinisk relevans.

Dokumentation i journalen

I journalen anføres det, at medicinamnesen er udført. Hvis uoverensstemmelser er identificeret angives, hvordan disse er blevet håndteret.

I journalen angiver behandlerfarmaceuten desuden følgende som baggrund for ordinationen:

1. Årsag til henvendelse, patientens forklaring
2. Objektive data: Aktuelle sygdom, aktuel medicin, allergi og kilder anvendt
3. Farmaceutens vurdering for ordination: indikation, effekt, sikkerhed samt patientens compliance og anvendelse af medicinen
4. Aktion og opfølgning: Ordination, information til patient, opfølgning, videreformidling til egen læge etc.

Kommunikation med sundhedspersonale

Uoverensstemmelser, som er fundet og vurderet relevante, skal kommunikeres skriftligt videre til behandlende læge. Alt efter typen af uoverensstemmelse bør dette ske straks, eller også kan det gøres i sammenhæng med formidling til lægen om genordinationen fra apoteket.

I patientsamtalen kan der også være fremkommet andre forhold, der kræver opfølgning, fx nye allergier eller forhold, som måske ikke er direkte relateret til det genordinerede lægemiddel, fx bivirkning ved et andet lægemiddel. Sådant relevant information kan også samtidig med oplysning om genordinationen formidles videre til den praktiserende læge, men patienten skal give samtykke hertil.

Kommunikation med patienten

Både måden, der spørges på, og omstændigheder for samtalen er afgørende for, hvor mange brugbare oplysninger behandlerfarmaceuten får fra patienten. Gode kommunikationsfærdigheder udgør derfor et vigtigt fundament for medicinanamnese og ordination. Som behandlerfarmaceut skal man kunne interviewe på en effektiv måde samt kunne informere og sikre, at informationen er forstået.

Anamnesens formål er primært at indsamle fakta og vil derfor været styret af behandlerfarmaceuten i modsætning til mere dybdegående samtale om lægemiddelbrug. Det er dog forsat vigtigt, at man som behandlerfarmaceut er åben over for patientens synspunkter, præferencer og bekymringer, lytter aktivt og udspørger, hvor det er relevant, og at beslutning om ordination er en fælles beslutning. Interviewet vil typisk tage udgangspunkt i det lægemiddel, som patienten ønsker genordineret, da det er det, som patienten har et aktuelt problem med, og som derfor formodes at fylde mest for patienten.

Færdigheder der skal bruges:

- Sætte en agenda for samtale (tids- og indholdsmæssig ramme)
- Eksplorere i de oplysninger, der indhentes
- Opsummere de oplysninger, patienten har givet
- Informere patienten og aftale med patienten det videre forløb. Spørg om patienten har spørgsmål.

Forfattere til vejledning

Uddannelse til behandlerfarmaceut tilrettelægges af et kursusudvalg bestående af repræsentanter fra Københavns Universitet, Syddansk Universitet og Pharmakon. Udvalget varetager kursusbeskrivelse, tilrettelæggelse af kurset og eksamen samt evaluering af uddannelsen. Denne vejledning er en del af dette fælles arbejde og er udarbejdet af farmaceuterne:

- Lektor Ulla Hedegaard, Ph.d., Institut for Sundhedstjenesteforskning, Klinisk Farmakologi og Farmaci, Syddansk Universitet,
- Lektor Lotte Stig Nørgaard, Ph.d., Institut for Farmaci, Det Sundhedsvidenskabelig Fakultet, Københavns Universitet,
- Afdelingsleder Lærke Poulsen, Pharmakon
- Udviklingschef Charlotte Rossing, Ph.d., Pharmakon.

Referencer

1. Kjeldsen, L.J., et al., *Udvikling af patientspecifikke begreber vedrørende medicin er en udfordring for alle sundhedsprofessionelle*. Ugeskr Laeger, 2014. 176(24).
2. Fitzgerald, R.J., *Medication errors: the importance of an accurate drug history*. Br J Clin Pharmacol, 2009. 67(6): pp. 671-5.
3. Viktil, K.K. & Salvesen Blix, H., *Klinisk farmasi - En lærebok 2017. Kapitel 10 Legemiddelfstemning*. Pp. 126-151
4. Nickless G, Davies R., *How to take an accurate and detailed medication history* *The Pharmaceutical Journal*, February 2016, Vol 296, No 7886, online DOI: 10.1211/PJ.2016.20200476

Udenlandske guidelines

- *Good practice in prescribing and managing medicines and devices (2013. General Medical Counsel*. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/Prescribing_guidance.pdf_59055247.pdf
- *NHS Education for Scotland. A Guide to Good Pprescribing Practice for Prescribing Pharmacists in NHSScotland*. July 2012. https://www.nes.scot.nhs.uk/media/1457463/nesd0061_goodprescribingpractice.pdf

- *Standards and Guidance for Pharmacist Prescribers 2013. Pharmaceutical Society of North Ireland. <https://www.psn.org.uk/wp-content/uploads/2012/09/Standards-and-Guidance-for-Pharmacist-Prescribing-April-2013.pdf>.*