

Bistand av farmasøyt i oppfølging av hjertepasienter?

Feil ved medisineringen er vanlig etter utskrivning fra sykehus. Tett oppfølging av farmasøyt førte ikke til færre feil i en randomisert studie i USA.

I en randomisert studie ved to universitets-sykehus i USA ble pasienter med akutt koronarsykdom eller akutt hjertesvikt randomisert til to grupper før utskrivning (1). I intervensjonsgruppen ble farmasøyt involvert i legemiddelvalg, de ga pasientene individualiserte råd og informasjonsmateriale, og ringte opp pasientene noen dager etter utskrivning. Kontrollgruppen fikk ordinær oppfølging.

30 dager etter utskrivning ble det påvist én eller flere klinisk viktige feil ved medisineringen hos 51 % av de 851 pasientene, hvorav 23 % ble bedømt som alvorlige og 2 % som livstruende. 30 % av pasientene rapporterte bivirkninger. Antall medisineringsfeil og bivirkninger i intervensjonsgruppen var ikke signifikant færre enn i kontrollgruppen, med ujustert insidensratio henholdsvis 0,92 (95 % KI 0,77–1,10) og 1,09 (0,86–1,39).

– Denne studien bekrefter at mange pasienter har problemer med å følge medisineringen etter et sykehusopphold, sier Else-Lydia Toverud, som er professor i samfunnsfarmasi ved Universitetet i Oslo. Farmasøyer kan i slike situasjoner utvilsomt hjelpe en del pasientgrupper. Denne studien omfatter relativt velutdannede pasienter, ikke spesielt gamle, og fra to sykehus kjent for god oppfølging, noe som kan ha hatt en betydning for resultatene. At det var mange feil, viser likevel et klart forbedringspotensial.

Også i Norge har studier i primær- og spesialisthelsetjenesten vist et høyt antall legemiddelrelaterte problemer. Eldre og visse innvandrergupper er to pasientgrupper med mye polyfarmasi og ditto feilbruk. At kopimedisiner utgjør 40 % av legemiddelomsetningen, byr også på utfordringer, særlig ved skifte av omsorgsnivå, sier Toverud.

Petter Gjersvik

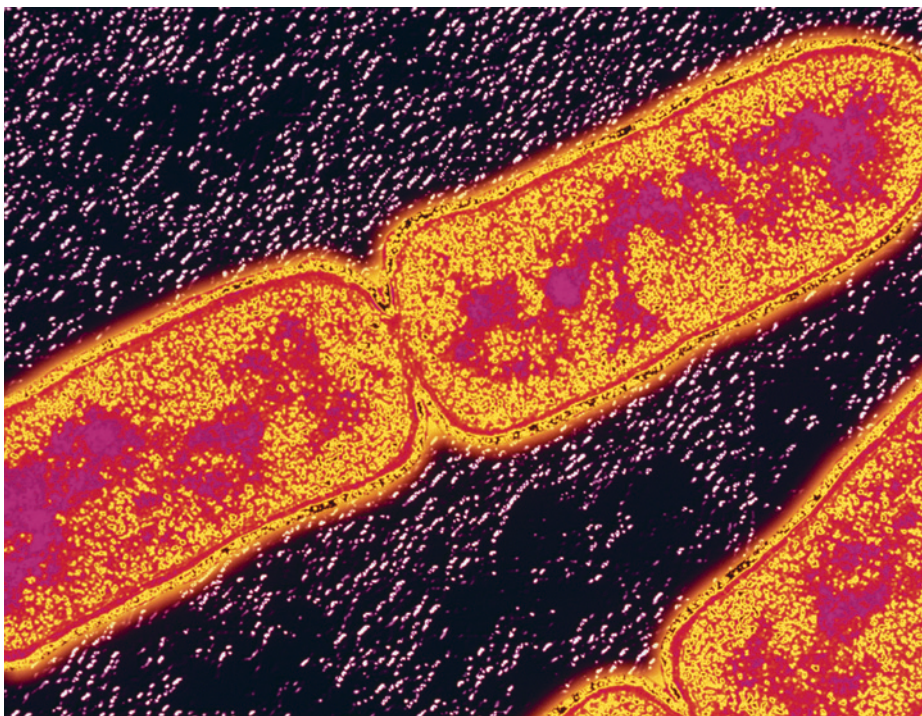
petter.gjersvik@gmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Kripalani S, Roumi CL, Dalal AK et al. Effects of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge. *Ann Intern Med* 2012; 157: 1–10.

Antibiotikaregimer ved tuberkuløs meningitt

En ny studie fra Indonesia tyder på at intensivert behandling kan redusere mortaliteten ved tuberkuløs meningitt.



Illustrasjonsfoto Science Photo Library/NTB scanpix

Fase II-studien sammenliknet intensivert og standard behandling med henblikk på farmakokinetikk, sikkerhet og mortalitet (1). 60 pasienter over 14 år med tuberkuløs meningitt ble randomisert til å motta enten standarddose rifampicin (450 mg) oralt eller høydose rifampicin (600 mg) intravenøst kombinert med oral moxifloxacin 400 mg, moxifloxacin 800 mg eller etambutol 750 mg en gang daglig. I tillegg fikk pasientene standarddoser isoniazid, pyrazinamid og kortikosteroider. Etter to uker fortsatte alle med standardbehandling.

Maksimal konsentrasjon (C_{max}) av rifampicin i plasma og i spinalvæske var om lag tre ganger høyere i gruppen som fikk høydose rifampicin. Hos rifampicinfølsomme tuberkulosestammer er minste hemmende konsentrasjon (MIC) < 0,5 mg/l, mens C_{max} i spinalvæsken hos høydosegruppen var gjennomsnittlig 0,60 mg/l (95 % KI 0,46–0,78 mg/l).

– Dette kan synes skuffende lavt, men det er tidligere vist økende intracellulære konsentrasjoner (i makrofager) i løpet av de første ni dager av behandling. Nødvendig-

heten av høy C_{max} er derfor uavklart, sier Bent von der Lippe, spesialist i infeksjonssykdommer og seksjonsoverlege ved infeksjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus.

– Denne studien har en ufokuset design med flere parallelle intervensjoner fordelt på små pasientgrupper. Den statistiske analysen er derfor svekket, sier Lars Heggelund, spesialist i infeksjonssykdommer og overlege ved Oslo universitetssykehus. Pasienter som fikk høydose rifampicin hadde nær halvert mortalitet ved seks måneders oppfølging. Dette er et svært interessant funn som bør forsøkes bekreftet i større studier, avslutter Heggelund.

Ingrid Skinlo Rokstad

ingrid.rokstad@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ruslami R, Ganiem AR, Dian S et al. Intensified regimen containing rifampicin and moxifloxacin for tuberculous meningitis: an open-label, randomised controlled phase 2 trial. *Lancet Infect Dis* 2013; 13: 27–35.