

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger} \times \text{pris}} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

## Medicin til børn – praktiske anbefalinger til almen praksis

Af Helle Holst\*, Lene Ørskov Reuther\* og Mia Bjergager\*\*

Mange af de lægemidler, der anvendes til behandling af børn, er ikke undersøgt i disse aldersklasser. Det betyder, at der ofte benyttes lægemidler, hvor virkning og bivirkninger er ekstrapoleret fra voksenstudier. Når et lægemiddel anvendes uden for indikation, i en anden dosis eller indgivet på en anden måde, end det oprindeligt er godkendt til, anvendes det *off label*. Det er både legalt og ofte hensigtsmæssigt at anvende lægemidler *off label*, men der bør tages kritisk stilling til, om det nødvendige videnskabelige grundlag er til stede.

Optagelse, fordeling og udskillelse (farmakokinetik) af lægemidler ændres gennem hele vækstperioden. Manglende undersøgelser af lægemiddelomsætning hos børn kan derfor føre til over- eller underbehandling med alvorlige konsekvenser til følge. Endvidere skal dosering af medicin til det enkelte barn næsten altid beregnes ud fra fx vægt eller legemsoverfladeareal, hvilket øger risikoen for fejdosering.

På europæisk plan har man erkendt, at det økonomiske incitament for den farmaceutiske industri er for

ringe med hensyn til udførelse af kliniske forsøg, udvikling af formuleringer og egnede doseringer til børn. Derfor vedtog man i 2007 forordningen om pædiatriske lægemidler »Medicines in Children« i EU. Forordningen fastslår, at godkendelse af lægemidler til voksne, som ønskes anvendt til børn, forudsætter samtidig klinisk dokumentation for effekt og sikkerhed hos børn.

Vi vil i to artikler give en række forslag til, hvilke lægemidler der skal anvendes til behandling af nogle af de mest almindelige sygdomme hos børn. Del 1 omfatter midler mod gastro-øsofageal reflux, obstipation, urticaria, hoste, astma, feberkrampe og enuresis. Del 2 omfatter antibiotika.

Der er i videst muligt omfang taget hensyn til, om lægemidlet anvendes på godkendt indikation, herunder hvilke aldersgrupper der kan behandles i henhold til lægemidlets produktresume. Der skal gøres opmærksom på, at der kan forekomme uoverensstemmelser mellem produktresumenerne, der er juridisk gældende for producenten, og pro.medicin.dk.

De mest anvendte lægemidler i 2012-2013 fremgår af tabellen på side 5. Listen er fremkommet ved træk fra Den nationale receptdata-

base. Lægemidler til behandling af psykiske lidelser samt hormonbehandling (primært p-piller) er ikke medtaget i artikelserien. Smertebehandling til børn vil blive behandlet i en separat efterfølgende artikel.

### Gastro-øsofageal reflux

Behandling med protonpump hæmmere er ufuldstændigt undersøgt hos børn < 1 år.

Det glade, trivelige barn med udtalt gylpetendens kræver ingen behandling.

Den komplicerede reflux hos det urolige, skrigende eller spisevægrende barn kan kræve medicinsk behandling. I de fleste tilfælde er anamnese og objektiv undersøgelse tilstrækkeligt til at sikre pålidelig diagnose og påbegynde behandling. Protonpump hæmmere anvendes som førstevalgspræparat. Esomeprazol er sammen med omeprazol godkendt til flest aldersgrupper  $\geq 1$  år. Esomeprazol findes som et granulat til oral opløsning, hvilket er en fordel ved administration til små børn. Omeprazol er billigere end esomeprazol, men findes ikke som oral opløsning og er sværere at dosere.

Fuld døgndosis kan gives om morgenen, men har man mistanke om insufficient natlig syresuppression deles

\* Klinisk Farmakologisk afdeling, Bispebjerg Hospital

\*\* Børne- og ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital Hillerød

### Protonpumpehæmmere

- Esomeprazol, hvor oral opløsning er nødvendig
- Omeprazol, hvor tabletter/kapsler er en mulighed

#### Dosering af esomeprazol og omeprazol

- Børn > 12 år: 20-40 mg 1 gang dgl. i 4 (-8) uger  
Profylaktisk langtidsbehandling eller symptomatisk behandling: 20 mg 1 gang dgl.
- Børn 1-12 år med legemsvægt  $\geq$  20 kg: 10-20 mg 1 gang dgl. i 8 uger
- Børn 1-12 år med legemsvægt 10-20 kg: 10 mg 1 gang dgl. i 8 uger

**NB:** anvend kun Nexium granulat, da enterotabletter ikke kan opløses. Den orale opløsning må ikke opløses i kulsyreholdigt vand, men kan opløses i fx postevand eller saftvand.

Pantoprazol er godkendt til børn over 12 år. Lanzoprazol og rabeprazol er ikke godkendt til børn.

dosis i to. Fødeindtagelse både forsinket og mindsker absorptionen af protonpumpehæmmere, dog uden signifikant indflydelse på virkning på surhedsgraden i mavesækken. Der skal derfor ikke tages hensyn til fødeindtagelse.

Det er vist, at en daglig dosering på 10 mg esomeprazol hos børn i alderen 1-11 år, svarer til en daglig dosis på 20 mg til unge (>12 år) samt voksne af samme præparat. Efter længerevarende PPI-behandling (> 8 uger) skal dosis aftrappes for at undgå rebound syresekretion. Aftrapningen bør ske over 2-4 uger i et eller to trin.

I 2013 er der publiceret flere studier om bivirkninger ved langtidsbehandling med PPI hos børn, herunder et systematisk review. Reviewet, der er baseret på flere retrospektive studier og et prospektivt multicenter-studie, finder øget risiko for både pneumoni og gastrointestinale infektioner. Mekanismen tilskrives, at en ændret pH i ventriklen medfører øget kolonisering af bl.a. patogene bakterier. Herefter kan denne bakterieflora overføres til både øvre luftveje og den øvre del af gastrointestinkanalen med pneumoni og gastroenteritis til følge. Behandlingen med PPI bør derfor pågå i kortest mulige tid og i lavest mulige dosis. Klinisk effekt kan forventes opnået efter 3-4 døgn behandling.

Det kan også være nødvendigt at behandle ældre børn og teenagere ved gastrisymptomer. Hvis symptomerne vedvarer trods kortvarig behandling, henvises til specialist.

### Obstipation

Omkring 20 % af alle børn fra 4-18 år har på et eller andet tidspunkt obstipation; i småbørnsgruppen 0-2 år er tallet ca. 3 %. Obstipation er langt den hyppigste årsag til, at et barn har ondt i maven, også i tilfælde hvor barnet har daglig afføring. Obstipation kan medføre daginkontinens, enkoprese, analfissurer og gentagne cystitter. Hos 95 % af alle børn med obstipation findes ikke en organisk årsag. En anamnese og grundig undersøgelse hos egen læge er som

hovedregel nok til at stille diagnosen funktionel obstipation.

Generelt kan laksantia inddeles i 2 grupper:

1. Midler med blødgørende effekt (fx laktulose, magnesia, docusatfosfat, macrogol (Movicol®))
2. Peristaltikfremmende midler (fx natriumpicosulfat, bisacodyl)

Macrogol er ved randomiserede forsøg vist at være bedre end placebo. Ligeledes konkluderede et Cochrane-review fra 2012, at effekten var bedre end behandling med laktulose og magnesiumholdige midler, og et andet prospektivt studie fra samme år, at effekten er mere vedvarende end for laktulose. Prisen er dog betydeligt højere. Dertil kommer, at de studier, der indgik i Cochrane-reviewet, var meget heterogene, da macrogol findes i flere formuleringer samt med og uden elektrolytter. Macrogol er godkendt til børn fra 2 år og opefter. Laktulose oral opløsning er godkendt til børn > 0 år. Både macrogol og laktulose kan betragtes som mulige behandlingsvalg til vedligeholdelsesbehandling af obstipation.

Udtømning anbefales altid forud for vedligeholdelsesbehandling. Hertil anbefales macrogol eller natriumfosfat (Klyx). I behandlingsresistente tilfælde kan der suppleres med peristaltikfremmende laksantia. Inden for denne gruppe af lægemidler er natriumpicosulfat godkendt til flest aldersgrupper >0 år.

### Laksantia

#### Laktulose som mikstur

- Børn under 5 måneder: 3-6 ml dgl. fordelt på 2 doser
- Børn 5-12 måneder: 10 ml dgl. fordelt på 1-2 doser
- Børn 1-14 år: 5-15 ml dgl. fordelt på 1-2 doser i 2-4 dage, vedligeholdelsesdosis 5-10 ml dgl.

#### Macrogol (Movicol junior)

- Børn 2-6 år: Initialt 1 enkeltdosisbeholder (Junior) dgl.
- Børn 7-11 år: Initialt 2 enkeltdosisbeholdere (Junior) dgl.
- Børn > 11 år: Sædvanligvis 1 enkeltdosisbeholder 1-3 gange dgl.

Behandlingen bør normalt højst vare 2 uger, men kan gentages efter et døgn pause.

Erfaring savnes vedr. behandling af børn i mere end 4 uger.

## Urticaria og allergisk rhinitis

Til de fleste former for urticaria anvendes ikke sederende orale H<sub>1</sub>-antihistaminer. Den patofysiologiske mekanisme ved urticaria anses for at være aktivering af mastceller og basofile leukocytter. Der findes ingen sammenlignende undersøgelser, der dokumenterer, at der er signifikant bedre effekt af nogen ikke-sederende H<sub>1</sub>-antihistaminer fremfor andre. Det er derfor prisen, der afgør valget til større børn. Cetirizin- og clemastintabletter er begge godkendt til børn over 6 år. Desloratadin findes som en oral opløsning med flere smagsvarianter og kan anvendes som alternativ til små børn, der ikke kan tage tabletter. Det er godkendt til børn ned til 1 år. Den kløestillende effekt kendes ikke.

Der er ingen sederende første generations-H<sub>1</sub>-antihistaminer, der er godkendt til børn < 2 år, bortset fra Clemastin (Tavegyl) injektionsvæske, som alene benyttes til anafylaktiske reaktioner og er godkendt til børn ned til 1 år. I 2004 udsendte det amerikanske lægemiddelagentur (FDA) en advarsel ved brug af prometazin (Phenergan) pga. øget risiko for fatal respirationsdepression. I alt blev 7 ud af 22 dødsfald tillagt brugen af Phenergan hos de helt små børn. Ligeledes tilrådes forsigtighed ved brug af Phenergan til børn over 2 år.

Ved kortvarig eller sæsonbetinget allergisk rhinitis anbefales antihistaminer, enten lokalt eller systemisk, på grund af den hurtigt indsættende virkning. Ved langvarige eller alvorlige symptomer (især nasalstenose) er nasale glukokortikoider førstevalg på grund af bedre effekt. Der kan evt. gives lokal kombinationsbehandling med antihistaminer og glukokortikoider.

### Oral antihistamin

- Til børn > 6 år er cetirizin-tabletter p.t. det billigste præparat
- Ved behov for oral opløsning til børn > 1 år kan desloratadin benyttes.

### Allergisk rhinitis

Der er ikke forskel på effekt eller sikkerhed mellem de forskellige præparater til behandling af allergisk rhinitis. Prisen afgør derfor valget af nasal steroid.

Til lokal behandling (næsесpray/øjendråber) med antihistaminer findes to lægemidler på markedet. Azelastin er godkendt til børn over 6 år, mens levocabastin (Benaliv) er godkendt til børn over 2 år. Der er ingen klinisk relevante forskelle i effekten mellem de forskellige glukokortikoider til lokal anvendelse i næsen. Budesonid og mometason er godkendt til børn > 6 år, mens fluticasonfuroat kan anvendes fra 4 år. Endelig kan triamcinolonacetonid anvendes fra 6 år.

### Hoste

Kun få studier har vist effekt af hostestillende midler eller bronkodilatatorer ved hoste eller pseudocroup, og de bør derfor generelt undgås. Et nyligt systematisk Cochrane-review konkluderede, at acetylcystein og carbocystein synes at have en begrænset effekt hos børn > 2 år (børn < 2 år indgik ikke i data). Studiets konklusion var baseret på et meget begrænset antal forsøgspersoner, og den dårlige metodologiske kvalitet af de valgte studier blev fremhævet af forfatterne bag reviewet.

### Hostemidler

Ringe evidens – medicin bør generelt undgås mod hoste.

### Astma

*Medicinsk behandling af børn < 5 år*  
Der forligger kun få undersøgelser af behandling i denne aldersgruppe. Diagnosen vanskeliggøres af, at småbørn ofte har astmalignende symptomer ved forkølelse. Ifølge *Global Strategy for Asthma Management and Prevention* (GINA-guidelines 2012) skelnes imellem tre kliniske tilstande:

1. Korte episoder med vejrtrækningsbesvær og hvæsen hos børn < 3 år er oftest associeret med præmaturitet og/eller forældres rygning.
2. Gentagende episoder (første episode inden 3-årsalderen) uden familiær disposition for atopi, og som primært udløses af virale infektioner. Symptomerne hos disse børn varer ofte helt op til 12-årsalderen. Hos børn < 2 år dominerer infektioner med respiratorisk syncytial (RS-) virus, mens andre vira er udløsende årsag hos de lidt ældre børn.
3. Persisterende astmatiske symptomer, som også ses mellem infektioner, der hæmmer barnets daglige aktiviteter eller vækker det om natten. Denne gruppe har overvejende en atopisk disposition tillige med eksem.

Forståelsen af atopisk vs. nonatopisk astma er dog fortsat begrænset. Ved episodisk astma er de fleste børn < 5 år tilstrækkeligt behandlet med korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonister, dvs. tilstand 1 og 2. Der er her ingen dokumenteret effekt for inhalationssteroid. Generelt anses inhalationsterapi som hjørnestenen i behandling af børn med astma, da inhalation medfører færre bivirkninger end både oral og intrave-

### Astma. Antileukotriener

#### Montelukast

- Tabletter 10 mg: godkendt fra 15 år
- Tyggetabletter 4 mg: godkendt fra 2-5 år
- Tyggetabletter 5 mg: godkendt fra 6 -14 år
- Granulat Singulair: godkendt fra 6 måneder.

*NB:* Tyggetabletter bør ikke tages i forbindelse med et måltid, men 1 time før eller 2 timer efter måltidet. Granulatet kan indtages blandet med kold eller tempereret blød mad, fx æblemos.



### Astma. Korttidsvirkende $\beta_2$ -agonister til symptomatisk behandling af børn uanset alder

#### Salbutamol

- Spray: alle produkter godkendt fra 0 år
- Pulver: godkendt til børn fra 6 år, enkelte diskos godkendt fra 4 år
- Oral opløsning: Ventoline godkendt fra 0 år

#### Terbutalin

- Depottabletter: godkendt fra 6 år
- Pulver: godkendt fra 3 år
- Oral opløsning: Bricanyl godkendt fra 0 år

**NB:** Salbutamol er den eneste korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonist, der er tilgængelig som spray.

### Astma. Selektive langtidsvirkende $\beta_2$ -agonister

#### Formoterol

- Pulver: godkendt fra 6 år
- Spray: godkendt fra 6 år

#### Bambuterol

- Tabletter: godkendt fra 2 år

#### Salmeterol

- Pulver: godkendt fra 4 år
- Spray: godkendt fra 4 år

**NB:** Intermitterende behandling anbefales kun på dage med fx sportsaktiviteter. Behandling af børn < 5 år er en specialisoppgave.

nøs administration, herunder ved behandling med korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonister.

Ved persisterende astmatiske symptomer, tilstand 3, er den fortrukne behandling inhalationssteroid i lav til moderat dosis, se nedenfor. Bivirkninger ved behandling i denne gruppe er sparsomt belyst. Tillægsbehandling med leukotrienreceptor-antagonist kan forsøges til patienter, der ikke er tilstrækkeligt velbehandlede på inhalationssteroid samt korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonist efter behov. Montelukast er den eneste antileukotrien, der er godkendt i Danmark. Heraf er kun Singulair godkendt til denne aldersgruppe. Der foreligger dog kun

begrænsede data om effekten i alderen 6 måneder til 2 år. Singulair er ikke undersøgt som monoterapi til børn < 2 år. Ved vedvarende astmaligende symptomer hos børn < 2 år bør der henvises til pædiater.

#### Medicinsk behandling af børn > 5 år

Diagnosen baseres på karakteriske symptomer i form af anfaldsvis vejrtrækningsbesvær, hvæsen, natlig hoste samt lungefunktionundersøgelse.

Igen er det ofte tilstrækkeligt med korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonister efter behov ved milde, intermitterende symptomer. I tilfælde af persisterende symptomer samt behov for  $\beta_2$ -agonist >2 gange ugentlig anbefales inhalationssteroid, initialt i moderat dosering. Behandling med inhalerede kortikosteroider kan forårsage påvirkning af højdevæksten, der udliges efter ophør af korterevarende behandling. Det er ikke helt klart, om den endelige sluthøjde bliver reduceret ved gentagne behandlinger, da der foreligger modstridende

data. Hvis det er tilfældet, synes den gennemsnitlige højdereduktion at være på 1 cm efter kortikosteroidbehandling i forhold til placebo.

Der er sjældent indikation for brug af mere end lav til moderat dosis inhalationssteroid ved vedligeholdelsesbehandling. Fast behandling med langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonist i kombination med steroid er en specialisoppgave, og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonister må aldrig anvendes i monoterapi.

Leukotrinreceptor-antagonister (montelukast) er mindre effektive end inhalationssteroider og er ikke førstevalg. I en nylig ph.d.-afhandling figurerede montelukast på listen over de 10 lægemidler, der forårsagede flest bivirkninger hos børn i alderen 0-17 år. Bivirkningsindberetningerne stammer fra perioden 2005-2010. Disse bivirkninger var primært agitation, aggressivitet og hyperaktivitet.

### Astma. Glukokortikoider til inhalation

#### Budesonid

- Pulver: godkendt til børn fra 6 år

#### Fluticason

- Spray: godkendt til børn > 4 år
- Pulver: godkendt fra 4 år

#### Beclomethasondipropionat

- Pulver: godkendt fra 5 år
- Spray: godkendt fra 5 år

#### Mometasonfuroat

- Pulver: godkendt fra 12 år

Forskelle i effekt og bivirkningsprofil mellem forskellige produkter er generelt uden klinisk betydning.

### Astma. Ækvieffektive doser af inhalationssteroider efter GINA-guidelines

Lægemiddel	Lav dosis	Moderat dosis	Høj dosis
Budesonid	100-200 µg	>200 µg	>400 µg
Beklo-methasondipropionat	100-200 µg	>200 µg	>400 µg
Fluticason	100 µg	>100 µg	>200 µg
Mometason	100 µg	>200 µg	>400 µg

Der er tale om skønnede sammenlignelige daglige doser, da de forskellige inhalatorer/devices påvirker den endelige optagelse.

**Enuresis. Desmopressin**

Gives til natten som tablet (0,2-0,4 mg), initialdosis 0,2 mg eller smeltetablet, dosis 120-240 µg sublingualt.

Tabletbehandling er markant billigere end behandling med smeltetabletter. Væskeindtagelse skal reduceres fra 1 time, før dosis gives, og i løbet af natten for at undgå risiko for væskeretention.

*Obs.* Desmopressin næsespray eller næsedråber må *ikke* anvendes til børn pga. risiko for hyponatriæmi og kramper.

**Enuresis (monosymptomatisk natinkontinens)**

Inden påbegyndelse af behandling bør der foretages en grundig anamnese, væske/vandladningsskema og urinundersøgelse (se i øvrigt forløbsprogrammer på sundhed.dk).

Enuresis behandles primært med enuresis-alarm. Ved natlig polyuri (urinvolumen >130 % af estimeret blærevolumen) har desmopressin bedst effekt. Cirka 60 % af børnene bliver tørre på desmopressin, der er et

syntetisk vasopressin, som nedsætter urin-produktionen i 6-8 timer.

Behandling med desmopressin forsøges først i 2 uger. Ved manglende effekt kan dosis øges gradvist med ca. en uges interval til maksimal dosis. Ved fortsat manglende effekt sepone-res desmopressin. Ved god effekt fortsættes ofte lang tid, nogle gange år, men det anbefales at holde en uges pause hver 3. måned for at vurdere den fortsatte effekt.

Behandling med antikolinergika er

en mulighed, men bør håndteres af specialist.

**Feberkramper**

Feberkramper forekommer typisk hos børn fra 6 måneder til 5 år. Der ses generaliserede tonisk-kloniske kramper og samtidig høj feber. Kramperne forekommer normalt den første dag ved infektion, og ukomplicerede feberkramper varer få minutter. Feberkramper er som regel en godartet tilstand, der ses hos 2-5 % af alle børn en eller flere gange inden 5-årsalderen.

Ved første anfald bør patienten vurderes på den nærmeste skadestue. Hos en tredjedel af børnene ses efterfølgende lignende anfald ved nye febrile episoder. Feberkramper kan ikke forhindres ved antipyretika eller ved repetitiv brug af disse. Afkøling, fx ved badning eller køling med fugtige klude, har ingen effekt. Forældrene skal lejre

**Tabeller over de 25 mest anvendte lægemidler, målt i antal personer behandlet i perioden 2012-2013**

Top 25 0-4 årige	Top 25 5-9 årige	Top 25 10-14 årige
Amoxicillin	Phenoxymethylpenicillin	Phenoxymethylpenicillin
Phenoxymethylpenicillin	Mebendazol	Terbutalin
Salbutamol inhalation	Amoxicillin	Mebendazol
Fluticason	Salbutamol	Budesonid
Mebendazol	Budesonid	Methylphenidat
Miconazol	Desmopressin	Fluticasonfuroat
Terbutalin	Terbutalin	Cetirizin
Salbutamol mikstur	Cetirizin	Dicloxacillin
Clarithromycin	Fluticason	Mometason
Desloratadin	Dicloxacillin	Desloratadin
Amoxicillin med clavulansyre	Desloratadin	Salbutamol
Macrogol	Fluticasonfuroat	Ibuprofen
Montelukast	Clarithromycin	Amoxicillin
Azithromycin	Macrogol	Desmopressin
Beclomethason	Pivmecillinam	Roxithromycin
Nystatin	Methylphenidat	Formoterol
Paracetamol	Azithromycin	Melatonin
Erythromycin	Montelukast	Pivmecillinam
Diazepam	Mometason	Montelukast
Aciclovir	Amoxicillin med clavulansyre	Azithromycin
Dicloxacillin	Erythromycin	Levonorgestrel og ethinylestradiol
Naproxen	Loratadin	Loratadin
Cetirizin	Sulfamethizol	Omeprazol
Trimethoprim	Melatonin	Erythromycin
Ibuprofen	Beclomethason	Tetracyclin

barnet på siden, således at aspiration forhindres

Når børn har været indlagt med feberkræmper første gang, vil hospitalet oftest udstede en recept med 2 diazepam-klysma.

EEG bør tages, hvis barnet får >4 episoder med feberkræmper, hvis kræmperne er fokale eller langvarige og svære at behandle. 97 procent af alle børn med feberkræmper vil ikke have nogen men i fremtiden. Cirka 3 procent af alle børn, der har haft feberkræmper, udvikler senere epilepsi.

### Feberkræmper

Ved 2 anfald af kræmper over 2-3 minutter kan diazepam rektalt gives:  
Børn <12 kg: 5 mg  
Børn ≥ 12 kg: 10 mg

Behandlingseffekten er ikke veldokumenteret, men kan eventuelt give forældrene større tryghed for, at kræmper ophører.

*Tak til Statens Serum Institut, Statistisk afdeling for udarbejdelse af ovenstående lister.*

### Korrespondance

Helle Holst, Helle.Holst.01@regionh.dk.

### Litteraturreferencer og habilitet

Se artiklen med alle referencer samt forfatterens habilitetserklæringer på [www.irf.dk](http://www.irf.dk).

## Ny redaktionskomité – Ny redaktør



Søren  
Brostrøm

Thor  
Grønlykke

Lars  
Bjerrum

Hanne  
Rolighed  
Christensen

Jakob Dahl

Bjørn  
Krølner

Janne  
Unkerskov

IRF har glæden af at byde velkommen til to nye medlemmer af redaktionskomiteen:

- Jakob Dahl, som er praktiserende læge i Lyngby og derudover medlem af PLO's bestyrelse
- Janne Unkerskov, der er praktiserende læge i Albertslund og desuden arbejder for Medicinfunktionen i Region Hovedstaden.

En stor tak skal fra IRF rettes til Preben Holme og Peter Magnussen, der stopper som medlemmer af redaktionskomiteen. Begge har gjort en fortrinlig indsats for bladet og været med til at tilføre det stor kvalitet gennem mange år.

Den tidligere redaktør af månedsbladet, Søren Brostrøm, der er Enhedschef for Sygehuse og Beredskab i Sundhedsstyrelsen, hvor IRF hører under, fortsætter som ansvarshavende redaktør. Endvidere fortsætter Lars Bjerrum, Hanne Rolighed Christensen og Bjørn Krølner i redaktionskomiteen.

Ny redaktør siden efteråret er Thor Grønlykke, afdelingslæge på IRF, speciallæge i Klinisk Farmakologi.

Jeg glæder mig til at formidle og udvikle afbalanceret, producentuafhængig lægemiddelinformation. Der er stor tillid til IRF's arbejde, og den skal udbygges. Opgaven med månedsbladet er at lave artikler på de områder, hvor der er størst mulighed for at øge kvaliteten af behandlingen, og hvor lægerne har mest brug for lettilgængelige anbefalinger. Artiklerne vil fortsat afspejle, at der i vores definition af rationel farmakoterapi indgår behandlingspris i overvejelsen, så de ressourcer, vi har til at hjælpe patienter i vores samfund, kan bruges bedst muligt.

De første områder, vi sætter fokus på relaterer sig til behandling med antibiotika og behandling af børn. Der kommer ingen revolutioner, men det er områder med behov for opdatering af vores anbefalinger.

Kommentarer, gode råd og kritik er som altid velkommen – vi er jeres blad.