

BREŽŠIVNA SKRB: NOVA FARMACEVTSKA STORITEV, KI SPREMINJA DOSEDANJE DELO V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

MATEJ ŠTUHEC

Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Katedra za farmakologijo, Maribor, Slovenija.

E-pošta: matej.stuhec@um.si

Psihiatrična bolnišnica Ormož, Oddelek za klinično farmacijo, Ormož, Slovenija.

E-pošta: matejstuhec@gmail.com

Sprejeto

05. 12. 2021

Izdano

31. 3. 2022

DOPISNI AVTOR

matejstuhec@gmail.com

Ključne besede:

brežšivna
skrb,
farmaceutska
storitev,
sprejem
in
odpust iz
bolnišnice,
usklajevanje
zdravljenja z
zdravili,
optimizacija
zdravljenja

Povzetek Nova zakonodaja na področju lekarniške dejavnosti v Sloveniji prinaša tudi nove farmacevtske storitve. Med najpomembnejšimi storitvami je brezšivna skrb, ki bo leta 2023 obvezna v vseh slovenskih bolnišnicah. Z navedeno novo storitvijo je farmacevt zadolžen za izmenjavo informacij ob sprejemu in odpustu iz bolnišnice. V tem prispevku prikazujemo brezšivno skrb, pozitivne in negativne izkušnje ter povzemamo stanje na tem področju v Sloveniji. Ta prispevek lahko služi kot pomoč zdravnikom in farmacevtom ter predvsem vodilnim v zdravstvenih sistemih k vzpostavitvi ustreznih oblik sodelovanja, ki vodijo do optimalnih kliničnih in ekonomskih izidov.



1 Uvod

Prehod bolnikov med različnimi ustanovami in nivoji zdravstvenega varstva predstavlja enega izmed najpomembnejših terapevtskih izzivov, saj na tej točki pogosto prihaja do napak v zdravljenju z zdravili (ME). (Ay, Akici in Harmanc, 2005; Egger, Bachmann, Hubmann, Schlienger in Krähenbühl, 2006). Le te so pogosto povezane z večjo pojavnostjo neželenih učinkov in višjimi stroški. Glede na podatke raziskav je razširjenost ME v Evropi 9,8–25,8 %. (Ay, Akici in Harmanc, 2005; Egger, Bachmann, Hubmann, Schlienger in Krähenbühl, 2006). Glede na rezultate obsežnega sistematičnega pregleda so izračunali razširjenost ME v bolnišnicah okoli 7%. (Lewis, Dornan, Taylor, Tully, Wass in Ashcroft, 2009). Bolniki imajo zaradi ME tudi večjo verjetnost hospitalizacije v enoletnem obdobju zdravljenja (razmerje obetov oz. OR=1,73; 95 %, 1,14–2,60). (Ruggiero, Dell'Aquila, Gasperini in drugi 2010). Glede na podatke raziskav je v ZDA letna finančna posledica preprečljivih ME znašala 3,8 milijarde USD (posledica različnih sprejemov v bolnišnice) in 3,3 milijarde zaradi ambulantnih obiskov. Letni stroški preprečljivih ME v ZDA so znašali 16,4 milijard USD za bolnišnične bolnike in 4,2 milijarde USD za ambulantne in so predstavljali 7000 dodatnih smrti letno na račun preprečljivih ME. Glede na navedeno upravljalci zdravstvenega sistema morajo vzpostaviti ustrezne sisteme za zaznavo, poročanje in odpravo ME, s čimer se v večini razvitih držav ukvarjajo agencije za kakovost, akreditacijske hiše ter strokovnjaki za kakovost in varnost bolnikov. (To Err is Human., 2000; Fu, Jiang in drugi 2007; Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI, 2008). ME se dogajajo na vseh ravneh ambulantnega in bolnišničnega zdravljenja, pri čemer je veliko pozornosti namenjeno sprejemu in odpustu iz bolnišnične nazaj v ambulantno obravnavo, zato je potrebno izvesti ustrezno usklajevanje zdravljenja z zdravili. Glede na rezultate raziskave Santell in soavtorjev se 22 % ME pojavi ob sprejemu v bolnišnice, 66 % med prehodom oddelkov in v času odpusta iz ustanove 12 %, kar pomeni, da so te točke kritične točke v verjetnosti ME in jih je potrebo še posebno izpostaviti v zdravstvenem timu ter uvesti učinkovite strategije za preprečevanje le-teh (Santell, JP., 2006). Glavna razloga, ki predstavljata izvor ME, sta slaba komunikacija v zdravstvenem timu in odsotnost strategij kakovosti in varnosti v ustanovah (Santell, 2006). O varnosti in kakovosti zdravljenja v smislu zmanjšanja ME je pisal Štuhec M, ki je navedel, da sodelovanje kliničnega farmacevta v vseh procesih zdravljenja z zdravili (tudi usklajevanje zdravljenja z zdravili) predstavlja enega izmed najmočnejših ukrepov zmanjšanja ME v zdravstvenih ustanovah (Štuhec, 2017). Usklajevanja zdravljenja z zdravili (angl. medication reconciliation processes) je tako

pomembno na vseh nivojih zdravljenja pacientov in je natančno definirano tudi v slovenski zakonodaji (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018). Definirano je kot »storitev, pri kateri specialist klinične farmacije pridobi pacientovo zgodovino zdravljenja z zdravili, ugotovi neskladja med zgodovino zdravljenja z zdravili in predpisano terapijo ter v posvetu z odgovornim zdravnikom odpravi neskladja in v pacientovi zdravstveni dokumentaciji zabeleži namerne spremembe v terapiji in razloge zanjk« (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018). Glede na vse skupaj navedeno upravljalci zdravstvenih sistemov morajo vzpostaviti sisteme sledljivosti zdravljenja z zdravili, ki zmanjšajo verjetnost ME in okrepi natančno usklajevanje zdravljenja z zdravili na vseh nivojih zdravstvenega sistema.

2 Definicija brezšivne skrbi in zakonska podlaga v Sloveniji

V Sloveniji imamo v veljavi relativno nov zakon o lekarniški dejavnosti (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1), ki je vstopil v veljavo v Sloveniji 27. 1. 2017), ki definira brezšivno skrb: »Brezšivna skrb je zagotavljanje neprekinjene preskrbe pacienta z zdravili in farmacevtska obravnava pri prehajanju med različnimi ravni zdravstvenega varstva. V okviru brezšivne skrbi izvajalci lekarniške dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zagotovijo medsebojno izmenjavo informacij o zdravljenju z zdravili pri posameznem pacientu, ki omogočajo hitro in učinkovito usklajevanje zdravljenja z zdravili in so pomembne za varno nadaljevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu pacienta v bolnišnico in ob odpustu z nje« (Petrica, 2016).

Brezšivno skrb v bolnišnici naj bi izvajala bolnišnična lekarna, ni pa v ZLD-1 natančno definirano kako naj bi to potekalo. Za odgovor na to vprašanje je deloma poskrbel Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, ki bolj natančno navaja brezšivno skrb (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018). V 9. členu Pravilnika je navedeno, da se »brezšivna skrb na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti izvaja ob sprejemu pacienta v bolnišnico, vključno z enodnevno in dnevno bolnišnično obravnavo, pri pacientih v specialistični ambulantni obravnavi in ob vključeni bolnišnični obravnavi pacienta z namenom zagotavljanja usklajenega zdravljenja z zdravili in neprekinjene preskrbe pacienta z zdravili« (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018).

Pravilnik tako natančno definira, da se bo brezšivna skrb morala izvajati ob sprejemu in odpustu iz bolnišnice ter pri ambulantni obravnavi in le-to bo lahko izvajal samo nosilec bolnišnične lekarniške dejavnosti (bolnišnični farmacevt). Pravilnik natančno definira tudi naloge ob sprejemu pacienta v bolnišnico, kjer *»bolnišnični farmacevt preveri predpisana zdravila ob sprejemu v primerjavi s seznamom iz prejšnjega odstavka in oceni morebitne z zdravili povezane težave, predvsem morebitne interakcije, podvajanja terapije, odsotnost terapije v primeru obstoječe indikacije, težave pri jemanju zdravila glede na predpisano farmacevtsko obliko, problemi v zvezi z dobavljivostjo zdravila in druge. Svoje ugotovitve zabeleži v elektronski ali papirni obliki tako, da so na razpolago zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo posameznega pacienta«* (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018).

Navedeno pomeni, da bodo bolnišnice uporabljane enoten dokument brezšivne skrbi za posameznega bolnika, ki bo bolnika spremljal celotno obravnavo v bolnišnici. Natančno Pravilnik tudi definira brezšivno skrb ob odpustu iz bolnišnice kjer se ponovno izvede postopek usklajevanja zdravljenja z zdravili. *»V sklopu brezšivne skrbi ob zaključeni bolnišnični oziroma specialistični ambulantni obravnavi se pacientu izdajo zdravila, ki jih potrebuje za varen prehod med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti. Bolnišnični farmacevt ob odpustu iz bolnišnice pripravi in izda pacientu zdravila, ki po vrsti in količini zagotavljajo varen prehod pacienta v ambulantno obravnavo ali v obravnavo v drugem zdravstvenem ali socialno varstvenem zavodu. Predvsem mora bolnišnica ob odpustu pacientu zagotoviti zdravila, ki so bila na novo uvedena v okviru bolnišnične obravnave, zdravila, ki jih v skladu z zakonodajo ni mogoče zagotoviti v lekarnah na primarni ravni, in zdravila, ki jih lekarna na primarni ravni ne zagotavlja. Bolnišnični farmacevt ob izdaji zdravil pacientu zagotovi tudi svetovanje, ki vključuje vse informacije, potrebne za varno uporabo zdravil, in informacije o dostopnosti zdravil, uvedenih v bolnišnici«* (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018).

Ob odpustu iz bolnišnice bo del brezšivne skrbi predstavljala tudi osebna kartica zdravil (OKZ), ki predstavlja *»podatke o vseh zdravilih, ki jih pacientu predpiše zdravnik in vseh izdelkih, ki jih pacient kupi sam. Vsebuje kratke informacije o zdravilih in drugih izdelkih za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, predpisanem odmerjanju, namenu uporabe in dodatnih opozorilih, na katera mora biti pacient pozoren ob jemanju zdravil«*. Pravilnik tako omogoča bolnišničnim lekarnam izdajo zdravil za domov v obliki dokumenta za izvajanje brezšivne skrbi. Glede na navedeno lahko pričakujemo enoten dokument za brezšivno skrb s strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije za vse bolnišnice, ki bo bolnika spremljal tekom celotnega procesa zdravljenja z zdravili in omogočal

izdajo zdravila za domov. Pravilnik natančno definira, da morajo klinični farmacevti imeti neposreden dostop do pacientov, njihove zdravstvene dokumentacije, ki jo potrebuje pri svojem delu (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018).

Dodatno je potrebno izpostaviti, da je usklajevanje zdravljenja z zdravili najpomembnejši del brezšivne skrbi, ki pa dodatno obsega tudi izmenjavo informacij med zdravstvenimi delavci (Žerovnik, Čebren Lipovec, Locatelli, in Kos, 2018). Glede na Pravilnik bodo morale bolnice izvajati brezšivno skrb 1. januarja 2023, pri čemer pa še financiranje ni popolnoma dorečeno in urejeno. Izvajanje brezšivne skrbi na primarnem nivoju pa trenutno ni natančno opredeljeno, saj Pravilnik opredeljuje le bolnišnično brezšivno skrb (Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018). V Sloveniji je mogoče zaznati, da so nekatere ustanove že zaznale potrebo po uvedbi brezšivne skrbi v bolnišnici, med katerimi je potrebno izpostaviti predvsem URI Soča, ki ima to storitev vpeljana na vseh oddelkih od leta 2016. V URI Soča brezšivna skrb obsega usklajevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu in odpustu, farmakoterapijski pregled in svetovanje ob odpustu ter pripravo osebne kartice zdravil (OKZ), (Petrica, 2016).

3 Dokazi in svetovna praksa za brezšivno skrb

Potrebo po ciljnem in natančnem usklajevanju zdravljenja z zdravili (kot del brezšivne skrbi) so zaznali tudi slovenski raziskovalci, ki so na Kliniki Golnik raziskali, da je samo 42 % vseh zdravil ob sprejemu imelo popolne informacije (n=108). Pri primerjavi informacije zapisane v anamnezi in pridobljene s strani farmacevta je bila vsaj ena razlika ugotovljena pri 72,4 % zdravilih, enaka razlika je bila pogosto prisotna tudi na terapevtskem listu (76,2 %) bolnika in v odpustnici bolnika (69,9 %).

Izpust zdravila (20,9 %) in predpis zdravila, ki ga bolnik doma ni prejemal (6,5 %), sta bila najpogostejša razloga za ugotovljene razlike (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). (2021). V drugih raziskavah so raziskovalci raziskali, da je razmerje sprejem/odpust med odkloni v zdravljenju z zdravili 2:1, a razmerje med potencialnimi neželenimi učinki 1:3, kar kaže na zelo pomembno usklajevanje zdravljenja z zdravili ob odpustu iz bolnišnice (čeprav so ti manj pogosti). V nadaljevanju so raziskali, da kar 70% odklonov v zdravljenju z zdravili uspešno

zmanjša magister farmacije v procesu brezšivne skrbi, kar kaže na neprecenljivo vlogo farmacevta v tem procesu in potrebo po implementaciji teh procesov v praksi. (Režonja, Knez, Šuškovič, Košnik in Mrhar, 2010; Haig, 2006).

V raziskavi avtorjev Smith in Mango sta raziskovalca raziskala vlogo farmacevta v procesu brezšivne skrbi. Raziskala sta, da se je ob pregledu bolnikovih zdravil ob sprejemu natančnost bolnikovih prejetih zdravil ob sprejemu povečala iz 45,8 % na 95 % na bolnika, kar kaže na nepogrešljivo vlogo farmacevta (Conklin, Togami, Burnett, Dodd in Ray, 2014). Pomembno vlogo farmacevta v procesu brezšivne skrbi (katerega del je usklajevanje zdravljenja z zdravili), priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organisation, WHO), ki priporoča zaposlitve farmacevtov v te namene (Smith in Mango, 2013). Ob tem je pogosto dilema, kdo naj bi izvajal usklajevanje zdravljenja z zdravili (zdravnik, farmacevt ali medicinska sestra). Rezultati ameriške raziskave so pokazali, da so farmacevti v primerjavi z medicinskimi sestrami in zdravniki prepoznali in ugotovili statistično značilno več zdravil, ki jih je bolnik prejel doma ob prihodu v bolnišnico, in s tem zmanjšali število ME bolj kot zdravniki in medicinske sestre (Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care, 2016).

Trenutna praksa v Evropi je zelo različna. V večini državah to opravita medicinska sestra in/ali zdravnik, v nekaterih državah pa tudi farmacevt (Žerovnik, Čebren Lipovec, Locatelli in Kos, 2018). O tem so pisali slovenski raziskovalci v preglednem članku, ki so vključili v raziskavo osem različnih držav (Belgija, Danska, Nizozemska, Francija, Anglija, Avstralija, Kanada ter ZDA) ter primerjali stanje s Slovenijo. Raziskali so, da samo na Nizozemskem samostojno zgodovino zdravljenja z zdravili pregleda farmacevt ob sprejemu. Na drugi strani so raziskali, da samo v Kanadi farmacevt svetuje pacientu v zvezi z njegovimi zdravili ob odpustu. Za večino držav pa samo zdravnik in medicinske sestre. Prav tako samo na Nizozemskem in Angliji pošljejo informacije lekarniškem farmacevtu in v vseh državah zdravniku. V večini vključenih držav pacienti dobijo zalogo zdravil ob odpustu (Žerovnik, Čebren Lipovec, Locatelli in Kos, 2018). Na to temo so opravili dvojno slepo randomizirano raziskavo, kjer so primerjali usklajevanje zdravljenja z zdravili (najpomembnejši del brezšivne skrbi) kliničnih farmacevtov in medicinskih sester pri 201 vključenih pacientih na kardiološkem oddelku na Norveškem. Raziskali so, da so klinični farmacevti v povprečju potrebovali 22,9 min, medicinske sestre pa 32,2 minute na pacienta ($p < 0,001$). Prav tako so se zdravniki bolj pogosto strinjali s spremembami podanih s strani kliničnih farmacevtov. Raziskovalna skupina je

ugotovila, da je približno 50% predlogov bilo klinično pomembnih. V povprečju so klinični farmacevti podali 3,1 predloge na pacienta, medicinske sestre pa 2,8 na pacienta (Lancaster, 2014).

Slovenija bo tako v letu 2023, če bo brezšivno skrb uspešno implementirala, postala ena izmed najbolj naprednih držav na tem področju, saj bodo farmacevti zadolženi tako za pregled zgodovine zdravljenja ob sprejemu v bolnišnico kot svetovanje z zdravili ob odpustu in zdravila bolniku lahko tudi izdali. To je seveda tudi povezano z dolgoletno prakso dela v Sloveniji, zato bo potrebno s strani MZ RS ustrezno obvestiti zdravstvene ustanove, da to področje sedaj prevzemajo farmacevti in v timih vzpostaviti ustrezen način dela, da bo mogoče uspešno implementirati brezšivno skrb. Dodatno skrb pa predstavlja financiranje, saj trenutno še to ni urejeno s Splošnim dogovorom. ZLD-1 sicer vključuje člen, da so vodstva bolnišnic zadolžena za kadrovsko pokritost farmacevtov, a ob neurejenem dodatnem financiranju brezšivne skrbi je nemogoče pričakovati urejeno financiranje s strani zdravstvenih zavodov samih (Petrica, 2016).

4 Zaključek

Brezšivna skrb dokazano zmanjšuje število ME, odklonov v zdravljenju in neželenih učinkov. Uvedba brezšivne skrbi v slovenski zdravstveni sistem prinaša velike spremembe v delovnem procesu, zato bodo potrebne ustrezne strategije implementacije vodene s strani ustanovitelja bolnišnic in vodstva bolnišnic. Trenutno obstajajo dobre zakonske podlage, ki v ospredje predstavljajo farmacevta kot nosilca brezšivne skrbi in tako prinašajo veliko spremembo v delovni proces. Veliko oviro trenutno predstavlja financiranje brezšivne skrbi, ki še ni urejeno in lahko predstavlja zamik v izvajanju z letom 2023, saj vodstva bolnišnic farmacevtov najverjetneje ne bodo zaposlovala dovolj farmacevtov brez ustreznega finančnega kritja.

Literatura

- Aag, T. Garcia, B. H. in Viktil, K. K. (2014). Should nurses or clinical pharmacists perform medication reconciliation? A randomized controlled trial. *European journal of clinical pharmacology*, 70(11), 1325–1332.
- Ay, P., Akici, A. in Harmanc, H. (2005). Drug utilization and potentially inappropriate drug use in elderly residents of a community in Istanbul, Turkey. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 43, 195-202.

- Conklin, J. R., Togami, J. C., Burnett, A., Dodd, M. A. in Ray, G. M. (2014). Care transitions service: a pharmacy-driven program for medication reconciliation through the continuum of care. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists* 71, 802–810.
- Egger, S.S., Bachmann, A., Hubmann, N., Schlienger, R.G. in Krähenbühl, S. (2006). Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients: comparison between general medical and geriatric wards. *Drugs Aging*, 23, 823-837.
- Fu, AZ., Jiang, JZ., Reeves, JH., Fincham, JE., Liu, GG. in Perri M. (2007). Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the US community-dwelling elderly. *Med Care*, 45, 472-476.
- Haig, K. (2006). Medication reconciliation. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*, 21, 299–303.
- Lancaster, JW. (2014). Grgurich, PE. Impact of students pharmacists on the medication reconciliation process in high-risk hospitalized general medicine patients. *Am J Pharm Educ*, 78, 34.
- Lewis, PJ., Dornan, T., Taylor, D., Tully, MP., Wass, V. in Ashcroft, DM. (2009). Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. *Drug Saf*, 32, 379–389.
- Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI. (2008). Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts. Updated to 2008 figures. Cambridge, MA: NEHI, 2008. Pridobljeno s <http://www.nehi.net/>
- Petrica, D. (2016). Uvedba operativnega postopka za izvajanje storitev klinične farmacije na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča: specialistična naloga. Lekarniška zbornica Slovenije.
- Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni (Uradni list RS, št. 28/18). (2018). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13164>
- Režonja, R., Knez, L., Šuškovič, S., Košnik, M. in Mrhar, A. (2010). Comprehensive medication history: the need for the implementation of medication reconciliation processes. *Slovenian Journal of Public Health*, 49, 202-210.
- Ruggiero, C., Dell'Aquila, G., Gasperini, B., Onder, G., Lattanzio, F., Volpato, S., Corsonello, A., Maraldi, C., Bernabei, R. in Cherubini, A. (2010). ULISSE Study Group. Potentially inappropriate drug prescriptions and risk of hospitalization among older, Italian, nursing home residents: the ULISSE project. *Drugs Aging*, 27, 747-758.
- Santell, JP. (2006). Reconciliation failures lead to medication errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 32, 225-259.
- Smith, SB. in Mango, MD. (2013). Pharmacy-based medication reconciliation program utilizing pharmacists and technicians: a process improvement initiative. *Hosp Pharm*, 48, 112-119.
- Standard Operating Protocol Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care, (2016). World Health Organisation, WHO. Pridobljeno s <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
- Štuhec, M. (2017). Napake v zdravljenju z zdravili: realnost in prihodnost. Medication Errors: Realities and Perspectives. *Anali PAZU*, 7, 10-17.
- To Err is Human. (2000). Building a Safer Health System. Editors Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Source Washington (DC): National Academies Press (US).
- Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). (2021). Pridobljeno s

<http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7375>

Žerovnik, Š., Čebren Lipovec, N., Locatelli, I. in Kos, M. (2018). Brezšivna skrb pri zdravljenju z zdravili v Sloveniji = Seamless pharmaceutical care in Slovenia. *Farmaceutski vestnik : strokovno glasilo slovenske farmacije*, 69, 211-218.