

# BREŽŠIVNA SKRB PRI BOLNIKI Z DEPRESIJO

## SEAMLESS CARE IN PATIENTS SUFFERING FROM DEPRESSION

AVTORICA / AUTHOR:

Sandra Pehan, mag. farm., spec.

*Univerzitetna Psihiatrična Klinika Ljubljana, Lekarna,  
Chengdujska 45, 1000 Ljubljana*

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: sandra.pehan@psih-klinika.si

## 1 UVOD

Prehode bolnikov med ravnmi zdravstvenega sistema že dolgo prepoznavamo kot kritično točko v procesu kontinuiranega zdravljenja bolnikov. Prekinjena oskrba bolnika z zdravili in slabo poznavanje (ne)namernih sprememb oz. neskladij v terapiji in razlogov zanje lahko vodi v težave, povezane z zdravili, in posledično v negativne izide zdravljenja. Za namen zagotavljanja varnih prehodov so se razvile različne aktivnosti brezšivne skrbi, vsem pa je skupna multidisciplinarnost različnih zdravstvenih profilov. Kot pomemben člen pri tem procesu je kot strokovnjak za zdravila prepoznan tudi farmacevt (1–6).

## POVZETEK

Prehodi bolnikov med različnimi ravnmi zdravstvenega sistema so kritični za nastanek težav, povezanih z zdravili. Z letošnjim letom smo v Sloveniji pričeli sistemsko uvajati aktivnosti brezšivne skrbi s ciljem zagotavljanja večje kakovosti in varnosti pacientovega zdravljenja z zdravili ob prehajanju med primarno, sekundarno in terciarno ravno zdravljenja. Zaradi narave duševne bolezni, še vedno prisotne stigmatizacije in vprašljive adherence pri zdravljenju so bolniki z depresijo ena izmed skupin bolnikov, pri katerih lahko storitve brezšivne skrbi pomembno izboljšajo terapevtske izide.

## KLJUČNE BESEDE:

adherenca, brezšivna skrb, depresija, prehodi med ravnmi, psihoedukacija

## ABSTRACT

Transitions of patients between different levels of the health system are critical to the emergence of drug-related problems. Seamless care activities have started to be implemented systematically in Slovenia from the beginning of this year, aiming to ensure greater quality and safety of the patient's medication management when transitioning between primary, secondary and tertiary medical settings. Due to the nature of the mental illness, the still-present stigma and questionable adherence to treatment, patients suffering from depression could benefit from seamless care services.

## KEY WORDS:

adherence, depression, psychoeducation, seamless care, transition care

## 2 BREŽŠIVNA SKRB V SLOVENIJI

Posamezne aktivnosti brezšivne skrbi so se v omejenem obsegu začele izvajati že pred leti (4, 7). Pravno se je področje uredilo z Zakonom o lekarniški dejavnosti (ZDL-1, 2017) (8) in za bolnišnice s Pravilnikom o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni (Pravilnik) (9). S Splošnim dogovorom z Zavodom za zdravstveno zavarovan-



vanje Slovenije (ZZZS) za leto 2023 (10) se je delno uredilo tudi financiranje izvajalcev.

Začetek izvajanja brezšivne skrbi so z januarjem 2023 prevzele bolnišnice v omejenem obsegu na bolnikih, pri katerih so prepoznale večje tveganje za slabe izide zdravljenja ob prehodnih zdravstvenih ravni. V nadaljevanju je predvideno stopenjsko vključevanje drugih nivojev za sklenitev kroga brezšivne skrbi, širitev obsega storitev ter razvoj storitve s sodelavci na vseh ravneh ter s tem vključitev vseh ključnih deležnikov (Ministrstvo za zdravje, ZZZS, lekarne na primarnem nivoju, specialistične ambulante itd.) pa je predviden v prihodnjih letih.

Aktivnosti brezšivne skrbi, ki jih po Pravilniku (9) farmacevti v bolnišnicah izvajajo, so:

- pregled terapije z zdravili in drugimi izdelki, ki jih je bolnik prejemal pred sprejemom v bolnišnico,
- usklajevanje zdravljenja z zdravili (UZZ) ob sprejemu v bolnišnično zdravljenje ter ob odpustu iz bolnišnice,
- izdelava farmakoterapijskega poročila (FP) z vsemi relevantnimi spremembami v terapiji glede na terapijo pred sprejemom in z razlogi za spremembe, s seznamom vseh izdanih zdravil ob odpustu in s planom za preskrbo z zdravili, ki jih na primarni ravni ni moč pridobiti, in je del odpustne dokumentacije,
- izdelava osebne kartice zdravil (OKZ) z vsemi relevantnimi podatki za bolnika,
- izdaja zdravil v količini za varen prehod med zdravstvenimi ravni (predvsem na novo uvedena zdravila, zdravila, ki jih ni moč pridobiti v lekarni na primarni ravni),
- svetovanje bolniku oz. svojcem ob izdaji zdravil.

## 3 BREŽŠIVNA SKRIB PRI BOLNIKU Z DEPRESIJO

Depresija je pogosta bolezen, ki se lahko pojavi v vseh življenjskih obdobjih. Lahko se pojavi samostojno ali kot posledica drugih bolezni, npr. pri bolnikih z rakom, internističnih bolnikih, kot posledica travme, izgube bližnjega itd. Zanj je značilen širok spekter različnih težav, tako psihičnih kot somatskih, zato jo pogosto težko prepoznamo. Ne-prepoznana ali prepozno prepoznana depresija lahko vodi bolnika v samomor (11, 12).

Vključevanje bolnikov z depresijo v brezšivno skrb je smiselno, saj imajo zaradi narave in dojemanja bolezni večje tveganje za slabše izide zdravljenja (13). Aktivnosti brezšivne skrbi pri bolniku z depresijo se po naših izkušnjah v osnovi

### ALI STE VEDELI?

- Brežšivna skrb pri bolnikih z depresijo je v osnovi enaka kot pri ostalih bolnikih.
- V ospredju so izzivi, kot so aderenza, stigmatizacija in pogoste spremembe v terapiji s hospitalizacijami.
- Za optimalen učinek brezšivne skrbi je potrebno kontinuirano sodelovanje na vseh ravneh zdravstvenega sistema, najbolje s kombinacijo različnih intervencij.

ne razlikujejo od aktivnosti brezšivne skrbi pri ostalih psihiatričnih ali somatskih bolnikih, v ospredju pa so izzivi, kot so še vedno prisotna stigmatizacija, slabša aderenza, pogostejše hospitalizacije in spremembe terapije ter ne-nazadnje tudi pravočasna preskrba z zdravili.

### 3.1 REHOSPITALIZACIJE

Farmacevti imajo lahko z intervencijami v okviru brezšivne skrbi pomembno vlogo pri preprečevanju rehospitalizacij (14). Rehospitalizacije v 30 dneh po odpustu namreč predstavljajo 20 % vseh hospitalizacij (13). Od tega naj bi bilo približno 21 % rehospitalizacij posledica z zdravili povezanih neželenih dogodkov, 69 % pa naj bi se jih dalo preprečiti (15). Vzroki neželenih dogodkov so običajno posledica namernih sprememb v terapiji, kadar bolnik z njimi ni ustrezno seznanjen, jih ne razume ali informacije niso ustrezno predane med zdravstvenimi ravni. Del vzrokov predstavljajo tudi nenamerne spremembe ali neskladja in aderenza pri zdravljenju z zdravili (16–20).

V primerjavi s izvajanjem enega samega tipa intervencije so se za učinkovitejše izkazale kombinacije različnih intervencij, npr. pregled zdravil, usklajevanje zdravljenja z zdravili, edukacija bolnika in prenos informacij med zdravstvenimi ravni, ponekod tudi izobraževanje zdravstvenega osebja in spremljanje bolnika v obdobju po uvedbi zdravila (*follow-up*). Za optimalen učinek naj bi intervencije izvajali na vseh ravneh zdravstvenega sistema kontinuirano in ne le na eni (npr. le v bolnišnici) (14, 21, 22).

### 3.2 SPREMEMBE V TERAPIJI

Bolniki z depresijo so zaradi narave bolezni in slabše aderencae podvrženi pogostejšim spremembam terapije in hospitalizacijam. Izziv kontinuirane obravnave ob prehodih med zdravstvenimi ravni zato predstavlja predvsem učinkovito sledenje celotni aktualni terapiji z zdravili in/ali ostalimi

izdelki za samozdravljenje, ki jih bolnik jemlje in lahko vplivajo na predpisano terapijo.

Za pridobivanje točnega seznama zdravil so farmacevti kot strokovnjaki za zdravila in ostale izdelke edinstveno kvalificirani (23). Ob sprejemu v bolnišnico pridobljen seznam zdravil bolnika uskladijo s terapijo v bolnišnici, tudi z vidika medsebojnega učinkovanja (tj. aktivnost usklajevanja zdravljenja z zdravili), ki ji nato sledijo do odpusta, ko ponovno izvedejo usklajevanje zdravljenja z zdravili (20). Ob odpustu pripravijo farmakoterapijsko poročilo z vsemi relevantnimi spremembami in s tem zmanjšajo možnosti za potencialne ali dejanske težave, povezane z zdravili po odpustu, ko npr. zdravnik na primarni ravni ne ve, zakaj je bilo določeno zdravilo ukinjeno (interakcije z novo uvedeno terapijo, neželeni učinki itd.) in ga uvede nazaj. Pomemben del farmakoterapijskega poročila je tudi podajanje indikacij za zdravila, saj imajo zdravila v psihiatriji pogosto več različnih indikacij, pogosteje pa jih tudi predpišejo izven območja indikacije (*off label*) ter v odmerkih, ki so glede na indikacijo prekoračeni.

Težave ob prehodih lahko zmanjšamo tudi z ustrezno edukacijo bolnika o spremembah v terapiji (ukinitev ali uvedba zdravil, spremenjen režim odmerjanja, generična ali terapevtska zamenjava zdravila) in zdravilih, ki jih prejema. Ob tem je pomembno, da je informacija podana jasno in na bolniku razumljiv način tako v ustni kot tudi v pisni obliki (tj. aktivnost izdelave osebne kartice zdravil) (20, 24).

Ob prehodu bolnika na primarno raven podatek o terapiji bolnika ob odpustu v obliki osebne kartice zdravil pridobi tudi farmacevt v lekarni (22). S pomočjo osebne kartice zdravil lahko bolniku ob izdaji zdravil ustrezneje svetuje ter s tem izboljša adherenco bolnika. Ob vključenosti bolnika v brezšivno skrb lahko farmacevt pozorneje spremlja izdaje zdravil (frekvence dvigov, spremembe v terapiji) ter prepozna težave, kot je npr. opuščanje terapije ali nenamerno podvajanje zdravil, in ob tem ustrezno in pravočasno ukrepa.

### 3.3 STIGMATIZACIJA DEPRESIJE

Bolniki z depresijo imajo pogosto občutek krivde in sramu, zaradi česar so lahko socialno bolj izolirani, težje spregovorijo o svojih težavah in težje poiščejo pomoč (25). Primeren pristop k obravnavi in način komunikacije z bolnikom ima zato pomembno vlogo v zagotavljanju čim bolj optimalnega izida zdravljenja.

Eden izmed izzivov farmacevtov pri obravnavi bolnika z depresijo zaradi stigmatizacije je, kako na ustrezen način podati informacije o namenu uporabe zdravila (indikaciji)

bolniku ter kako to informacijo zapisati na osebno kartico zdravil, ki je nato dostopna tudi vsem zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo bolnika.

V naši klinični praksi se je izkazalo za koristno, da indikacijo za zdravilo zapišemo čim bolj na bolniku razumljiv in prijazen način. Tako npr. za duloksetin, eno pogosteje predpisovanih učinkovin, navodilo za uporabo zdravila bolniku razumljivo, a obširno navede in pojasni vse indikacije zdravila, kar lahko bolnika zmede, zato je na osebni kartici zdravil bolj smiselno navesti le bolnikovo indikacijo. Prav tako bi bilo za bolnika manj razumljivo, če bi uporabili način, kot je zapisan v povzetku glavnih značilnosti zdravila, saj je le-ta velikokrat preveč strokoven. Tako v primeru, da je zdravilo predpisano za zdravljenje depresije, na osebno kartico zdravil pod namen uporabe ne zapišemo »antidepresiv«, temveč navedemo »za izboljšanje razpoloženja«. Podobno pri zdravilih za pridruženo anksioznost ne navedemo »anksiolitik« ali »pomirjevalo«, temveč namen uporabe opišemo kot »za lajšanje tesnobe«. S tem po našem mnenju zmanjšamo stigmatizacijo, po izkušnjah pa je tak način tudi dobro sprejet pri bolnikih. Izpis dejanske indikacije zdravila je primeren tudi takrat, ko zdravilo predpišejo izven uradne indikacije (*off-label*), saj je lahko koristna informacija tudi za farmacevta v lekarni na primarni ravni, ki na ta način ustrezno poda informacije bolniku. Bolnik tako dobi od vseh udeležencev enako informacijo, s tem pa se lahko izboljša njegovo zaupanje v zdravilo.

### 3.4 ADHERENCA IN OPOLNOMOČENJE BOLNIKA Z DEPRESIJO

Bolniki z depresijo pogosto opuščajo jemanje zdravil. Po nekaterih raziskavah naj bi tretjina bolnikov opustila zdravljenje z antidepresivi že po enem mesecu zdravljenja, slaba polovica pa po treh mesecih po uvedbi antidepresiva (25, 26). Razlogi za to so lahko nemotiviranost, strah pred neželenimi učinki in odvisnostjo ali pa so povezani z nezadovoljstvom z obravnavo, s premalo edukacije o bolezni in zdravljenju ter s (pre)zahtevnimi shemami zdravil ob komorbidnosti (27).

Pomemben del pri spodbudi k adherenci je na primeren način in z ustrezno komunikacijo izvedena edukacija bolnika, še posebej ob prvem predpisu zdravil za depresijo. Edukacija vključuje informacije o naravi bolezni, terapevtskih pričakovanih in o zdravilih, ki jih prejema. Te informacije so (28, 29):

- pričakovan nastop učinka zdravila, potek in cilji zdravljenja,
- pomembnost rednega jemanja predpisanih zdravil,



- prepoznavanje težav, povezanih z zdravili, ali znakov poslabšanja bolezni,
- toleranca oz. odvisnost od zdravil,
- vpliv drugih bolezni na zdravljenje depresije in obratno (sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni),
- previdnost pri sočasnem jemanju zdravil brez recepta in prehranskih dopolnil.

Pozitivna vloga farmacevtske intervencije pri izboljšanju adherence bolnikov je bila že večkrat prepoznana na vseh ravneh zdravstvenega sistema (20, 24, 26, 30, 31). Kot strokovnjak za zdravila lahko farmacevt ob prvi izdaji zdravil ter tudi ob naslednjih izdajah z ustreznim svetovanjem opolnomoči bolnika ter ga motivira za nadaljevanje zdravljenja. Ta vloga je še posebej pomembna pri ambulantno zdravljenih bolnikih, ki ob začetku zdravljenja od zdravnika običajno prejmejo manj informacij kot bolniki v času bolnišničnega zdravljenja, prav tako je nadzor ob uvajanju terapije slabši. Bolniki v času bolnišničnega zdravljenja prejmejo več informacij o bolezni in zdravljenju z zdravili, kar je pričakovano, saj so zaradi bivanja v bolnišnici daljši čas v stiku z zdravstvenimi delavci. V tem času so tudi pod zdravniškim nadzorom, začetne težave, ki se lahko pojavijo ob uvajanju specifičnega zdravljenja (neželeni učinki, neodzivnost na terapijo itd.), pa so hitro prepoznane in obravnavane (28).

K adherenci bolnika pripomorejo tudi intervencije farmacevta ob polifarmakoterapiji. Klinični farmacevt lahko s svojim znanjem o zdravilih in bolezni predlaga optimizacijo celotne terapije z namenom poenostavitve na raven, ki bo za bolnika še obvladljiva. S pravočasnim prepoznavanjem potencialnih ali dejanskih interakcij med zdravili ter med zdravili in hrano ali s prilagoditvijo režima jemanja zdravil lahko zmanjša pojav neželenih učinkov, ki bi bolnika odvrnili od jemanja zdravil (11, 28, 32, 33).

### 3.5 PRESKRBA Z ZDRAVILI

Pravočasna oskrba z zdravili je pomembna za uspešnost zdravljenja in tudi za vzdrževanje adherence, saj lahko vmesne prekinitve zdravljenja bolnike z depresijo še dodatno spodbudijo k opuščanju zdravil. V praksi se težave največkrat pojavljajo ob pomanjkanju zaloga v lekarnah bodisi zaradi nedobavljivosti zdravil bodisi zaradi manjših potreb po določenem zdravilu v okolišju lekarne. Večji problem so petki popoldan in konci tedna, ko lekarne nimajo več možnosti zdravilo naročiti (2).

Eden večjih doprinosov brezšivne skrbi k rešitvi problema je oskrba bolnika z minimalno zalogo zdravil ob odpustu iz bolnišnice. Farmacevti v bolnišnicah imajo ob tem tudi

možnost, da zdravnike vnaprej opozorijo na morebitno nedobavljivost zdravil na primarni ravni in s tem omogočijo pravočasno prilagoditev terapije. Prav tako lahko bolnike opozorijo na zdravila, ki niso dobavljiva v lekarnah na primarnem nivoju in jim ob tem predajo plan oskrbe z njimi.

## 4 SKLEP

Bolniki z depresijo so zaradi narave bolezni in dojemanja le-te pogosto podvrženi spremembam v terapiji in hospitalizacijam, zato je njihova vključitev v brezšivno skrb smiselna in potrebna. Neprekinjena obravnava bolnikov z ustreznim prenosom informacij o zdravljenju in zdravilih ter pravočasna oskrba z zdravili sta namreč ključni za varno prehajanje med ravnmi zdravstvenega sistema. Kot pomemben člen je v tem procesu kot strokovnjak za zdravila prepoznan tudi farmacevt, ki lahko z opisanimi intervencijami v okviru brezšivne skrbi pripomore k izboljšanju terapevtskih izidov. Za optimalen učinek brezšivne skrbi za bolnika z depresijo je potrebno kontinuirano sodelovanje na vseh ravneh zdravstvenega sistema, najbolje s kombinacijo različnih intervencij. Ker pa v Sloveniji brezšivno skrb šele uvajamo in jo trenutno izvajamo v omejenem obsegu, si želimo čim prejšnje razširitve aktivnosti tudi na ostale ravni zdravstvenega sistema.

## 5 LITERATURA

1. Žerovnik Ž, Čebren Lipovec N, Locatelli I, Kos M. Brežšivna skrb pri zdravljenju z zdravili v Sloveniji. *Farm Vest* 2018;69:211-8.
2. Čufar A. Brežšivna skrb za bolnike pri prehodu iz bolnišnice v domače okolje. 14. Schrottovi dnevi. *Med Razgl* 2011;50:S1:19-25.
3. Knez L, Šuškovič S, Režonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med.* 2011;105 (Suppl 1):60-6.
4. Knez L. Usklajevanje zdravljenja z zdravili ob prehodu bolnikov med različnimi ravnmi zdravstvene oskrbe. *Golniški simpozij 2013: Klinična farmacija: usklajevanje zdravljenja z zdravili;* 2014;38.
5. Pehan S. Spremembe terapije in težave povezane z zdravili ob prvem obisku v lekarni po odpustu iz bolnišnice in po obisku specialista. *Specialistična naloga iz klinične farmacije.* Ljubljana, 2019.

6. Ensing HT, Stuijt CCM, van den Bemt BJF, van Dooren A, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, et al. Identifying the optimal role for pharmacists in care transitions: a systematic review. *J Manag Care Spec Pharm.* 2015;21(8):614-3.
7. Petrica D. Uvedba operativnega postopka za izvajanje storitev klinične farmacije na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča. Specialistična naloga. Lekarniška zbornica Slovenije; 2016.
8. Zakon o lekarniški dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 85/2016 z dne 28. 12. 2016: 12731-12750. [cited 2023 February 14]. Available from: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-listrs/vsebina/2016-01-3687/zakon-o-lekarniski-dejavnosti-zid-1/25>.
9. Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni. Uradni list Republike Slovenije, št. 28/2018 z dne 20. 4. 2018: 4209-4213. [cited 2023 February 14]. Available from: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1243?sop=2018-01-1243>
10. Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023. Uradni list Republike Slovenije, št. 8/2023 z dne 23. 1. 2023: 319-90. [cited 2023 February 20]. Available from: [https://www.uradni-list.si/\\_pdf/2023/Ur/u2023008.pdf](https://www.uradni-list.si/_pdf/2023/Ur/u2023008.pdf)
11. Plesničar Kores B, Osnove psihofarmakoterapije. 1. izdaja, Maribor, Medicinska fakulteta 2007.
12. Tršinar M. Bolniki z motnjami razpoloženja v lekarni. *Farm vest* 2006;57(3):212-216.
13. Tillman F 3rd, Greenberg J, Liu I, Khalid S, McGuire N, Harris SC. Assessment of pharmacy-driven transitional interventions in hospitalized patients with psychiatric disorders. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2020 Jan-Feb;60(1):22-30.
14. Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018 Mar 1;178(3):375-382.
15. El Morabet N, Uitvlugt EB, van den Bemt BJF, van den Bemt PMLA, Janssen MJA, Karapinar-Carkit F. Prevalence and preventability of drug-related hospital readmissions: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:602-608.
16. Eibergen L, Janssen MJA, Blom L, Karapinar-Carkit F. Informational needs and recall of in-hospital medication changes of recently discharged patients. *Res Soc Admin Pharm.* 2018;14:146-152.
17. Uitvlugt EB, Siegert CEH, Janssen MJA, Nijpels G, Karapinar-Carkit F. Completeness of medication-related information in discharge letters and post-discharge general practitioner overviews. *Int J Clin Pharm-Net.* 2015;37:1206-1212.
18. Chapman SCE, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:446-452.
19. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, et al: Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Intern Med.* 2013;173:1715-1722.
20. Karapinar-Çarkit F, Borgsteede SD, Janssen MJA, Mak M, Yildirim N, Siegert CEH et al. The effect of a pharmaceutical transitional care program on rehospitalisations in internal medicine patients: an interrupted-time-series study. *BMC Health Serv Res.* 2019 Oct 21;19(1):717.
21. Dautzenberg L, Bretagne L, Koek HL, Tsokani S, Zevgiti S, Rodondi N et al. Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2021 Jun;69(6):1646-1658.
22. En-Nasery-de Heer S, Uitvlugt EB, Bet PM, van den Bemt BJF, Alai A, van den Bemt PMLA, et al. Implementation of a pharmacist-led transitional pharmaceutical care programme: Process evaluation of Medication Actions to Reduce hospital admissions through a collaboration between Community and Hospital pharmacists (MARCh). *J Clin Pharm Ther.* 2022 Jul;47(7):1049-1069.
23. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE et al. Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study. *Arch Intern Med.* 2009 Nov 23;169(21):2003-10.
24. Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2018 Apr;14(4):321-331.
25. Kuklec V. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. In: *Obzornik zdravstvene nege* 2010;44(3):195-201.
26. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Adherence to antidepressant medications: an evaluation of community pharmacists' counseling practices. [cited 2023 February 18]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23986631>.
27. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant Adherence: Are Patients Taking Their Medications?. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(5-6):41-46.
28. Kadilnik M. Oblikovanje protokolov za farmacevtsko obravnavo različnih pacientov z depresijo in anksioznostjo v javni lekarni na osnovi raziskave med pacienti, zdravniki in farmacevti. Specialistična naloga iz klinične farmacije. Ljubljana, 2018.
29. Hahn SR. Adherence to antidepressant medication: patient-centered shared decision making communication to improve adherence. *CNS Spectr.* 2009 Dec;14(12 Suppl 14):6-9.
30. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med.* 2016 Jan;11(1):39-44.
31. Dell'Osso B. et al. How to improve adherence to antidepressant treatments in patients with major depression: a psychoeducational consensus checklist. *Ann Gen Psychiatry.* 2020;19:61.
32. Linnebur A.S. et al. Patient-level Medication Regimen Complexity in Older Adults With Depression. *Original Research. Clinical Therapeutics.* 2014;36 (11):1538-1546.
33. Tršinar M, Prepoznavanje in obravnava najpogostejših neželenih učinkov zdravil za zdravljenje duševnih motenj. In: Prepoznavanje in zdravljenje duševnih motenj in bolezni. Strokovno izpopolnjevanje za magistre farmacije v letu 2018. *Lekarniška zbornica Slovenije;* 2018: 101-110.

