

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet módszertani levele	Betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás
OGYI-P-67-2008	

A hatálybalépés időpontja: 2008. május 15.

A közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről szóló 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet (továbbiakban R.) 37. §-ban kapott felhatalmazás alapján, a Kórházi-Klinikai Gyógyszerészeti Szakmai Kollégiummal egyetértésben az alábbi módszertani levelet adjuk ki az ugyanezen rendelet 23.§-a (2) b) bekezdés *be)* alpontban nevesített intézeti gyógyszerészeti tevékenység leírására.

A módszertani levél célja, hogy elősegítse a fekvőbeteg gyógyintézetekben a gyógyszerek biztonságos, ellenőrzött felhasználását, ezért ajánlása kiterjed a betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás munkafolyamatának egészére.

Bevezetés

Motto:

"Because all patients differ in their responses to drugs, each therapeutic encounter must be considered an experiment with a hypothesis that can be tested"

Mivel a betegek egyedileg reagálnak a gyógyszerekre, lényegében minden új terápia beállítása kísérletnek tekinthető, amelynek során egy hipotézist tesztelünk.

A.S. Nies: Principles of Therapeutics (in Goodman & Gilman's /Tenth Edition/ 2001)

A betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás, a kórházi, klinikai gyógyszerész osztályos tevékenysége, a betegközpontú gyógyszerészi szolgálat alapvető eleme, amellyel a betegek egyéni gyógyszeres terápiájának optimalizálását segíti elő. A gyógyszerek biztonságos, ellenőrzött felhasználásának optimalizálása alapvetően fontos szakmai és egyben gazdasági kérdése is a kórházi betegellátásnak.

A betegágy melletti tanácsadás lényegében individualizált, független, komplex gyógyszer információ, amelynek célcsoportjai részben a beteg (és/vagy hozzátartozója), részben a gyógyszert rendelő orvos és a beteg ápolásában résztvevő egészségügyi szakdolgozók.

A tanácsadás körébe tartozó tevékenységek:

a/ a beteg vonatkozásában:

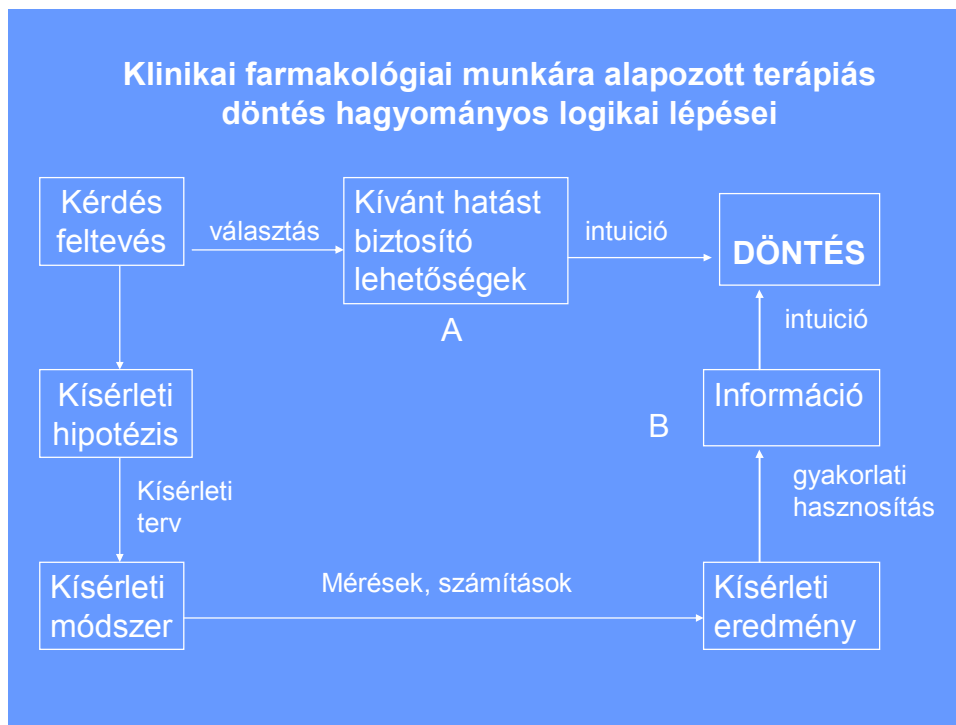
- gyógyszerelési „történet”, anamnézis felvétele, gyógyszerelési problémák dokumentálása;
- régi és új gyógyszerek alkalmazására vonatkozó tájékoztatás az intézeti tartózkodás idején – az ápoló személyzettel való együttműködésben;
- hazabocsátási tanácsok; otthoni gyógyszerelésre vonatkozó utasítások (közvetlenül a betegnek és/vagy a hozzátartozónak–gondozónak);

- Speciális beteg csoportokat érintő tanácsadás, pl.:
 - cukorbeteg
 - daganatos betegek
 - anticoagulánst szedők
 - nephrológiai betegek
 - pszichiátriai betegek
 - transplantáltak
 - HIV pozitív betegek

- Speciális élethelyzetben/korban levőket érintő tanácsadás, pl.
 - idős kor
 - terhesség
 - koraszülött, újszülött

b/ az orvos vonatkozásában:

Elvi séma:

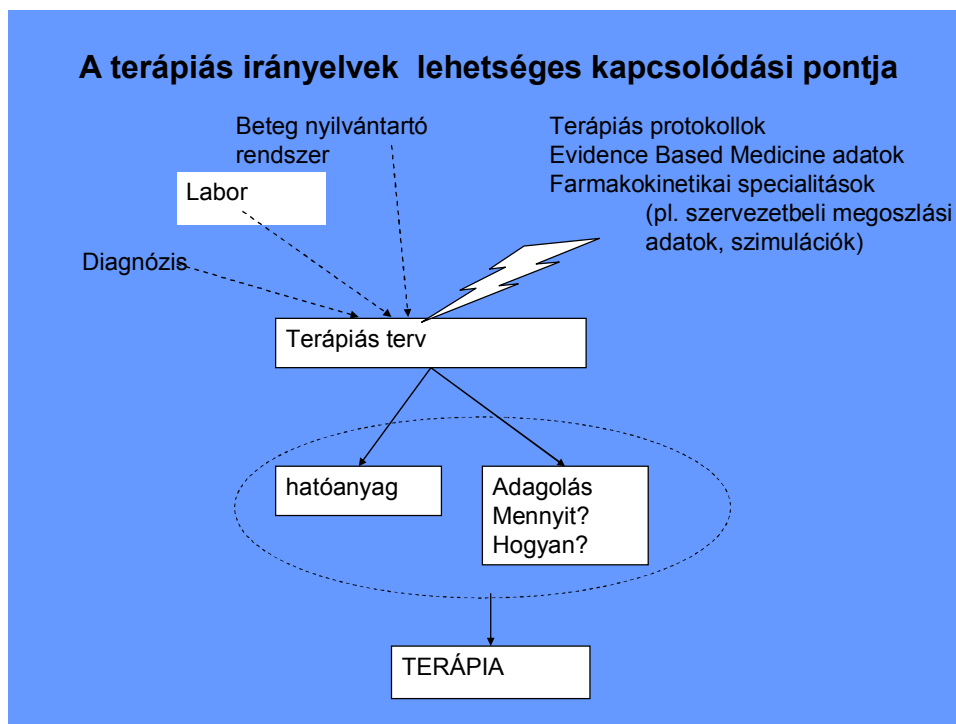


Gyakorlati lépések:

- terápia tervezés és módosítás: közös vizit, egyedi eset megbeszélés
- kimeneti javaslatok, gyógyszer felírási szabályok (OEP irányelvek)

A szakfeladat ellátásához szükséges **információs technológiával szembeni követelmény** :

Személyre szabott, protokoll alapján végzendő kezelés hatékony és biztonságos kivitelezését tegye lehetővé, támogatva, biztosítva klinikai laboratóriumi eredmények folyamatos interpretációját.



c/ Szakdolgozók vonatkozásában:

- a gyógyszerek alkalmazását érintő különleges előírások

A tevékenység eredménye: magasabb minőségű betegellátás, a gyógyszereléssel kapcsolatos problémák csökkentése a betegek közérzetének, életminőségének javulása révén.

1. Fogalmak

E módszertani levél vonatkozásában:

1.1. Klinikai gyógyszerészet:

A egészségtudományok olyan gyógyszerészek által művelt területe, amely farmakológiai – dinámiai & kinetikai –, toxikológiai és terápiai ismeretek birtokában az orvosokkal való szoros együttműködésben járul hozzá a betegek kezeléséhez. Döntően fekvőbeteg intézményekben működik.

1.2. Betegágy melletti gyógyszerelési tanácsadás: a beteg gyógyszerelésének nyomon követése a kórházi felvételtől a hazabocsátásig (az első háziorvosi vizitig)

1.3. Gyógyszereléssel kapcsolatos problémák:

A beteg jelleméből fakadóan is akadályokba ütközhet a kívánt célok elérése. Lehet, hogy nem együttműködő a felírt gyógyszer bevitelét illetően, vagy nem várt biológiai válasz alakul ki benne. Ez okozhatja azt, hogy nem mindig teljesíthető a kívánt cél. A betegnek saját magának is felelőssége, hogy együttműködjön a kitűzött cél elérése érdekében. A gyógyszerészeknek és más egészségügyi szakembereknek feladata, hogy a beteg hozzáállását egészségneveléssel befolyásolják.

Szükségesség	
GYP1	Gyógyszeresen nem kezelt egészségügyi probléma. A beteg egészségi problémájának oka a szükséges gyógyszeres kezelés hiánya
GYP2	Szükségtelen gyógyszer által kiváltott egészségügyi probléma. A beteg olyan egészségi problémától szenved, ami szükségtelen gyógyszer szedésének a következménye.
Hatásosság	
GYP3	Minőségi hatástalanság. Egészségi probléma a gyógyszer elégtelen hatása miatt.
GYP4	Mennyiségi hatástalanság. Egészségi probléma alul dozírozás miatt.
Biztonságosság	
GYP5	Minőségi biztonságossági probléma (egyéni túlérzékenység vagy a gyógyszer tényleges minőségi hibája) Mellékhatás (ismert)
GYP6	Mennyiségi biztonságossági probléma. Túl dozírozás (napi dózis túllépés, terápiás idő elhúzódás)

2. Feltételek

2.1. Személyi feltételek:

2.1.1. Előírt minimális létszám

Az intézeti gyógyszertárakban szaktevékenységeként folytatható a betegágy melletti gyógyszerelési tanácsadás, ahol az előírt alaplétszámon felül a R. melléklete szerint 100 ágyanként 1 plusz fő gyógyszerész szükséges.

(Ez egy minimális létszám, ezzel még nem biztos, hogy mind a 100 ágy mellett egyforma súllyal végezhető a tevékenység.)

2.1.2. Alkalmasság

- A betegágy melletti gyógyszerelési tanácsadást csak gyógyszerész végezheti.

- Előny, ha az illetőnek klinikai gyógyszerészet szakvizsgája, vagy folyamatban van a szakvizsga megszerzése.
- Folyamatos posztgraduális képzés az adott orvosi diszciplínák területén
- Kommunikációs készség ill. a kommunikációs készség posztgraduális oktatással való fejlesztése

2.1.2. Munkaszervezés

A fenti munkát akkor lehet megszervezni és bevezetni, ha az intézeti gyógyszerész az alaptevékenységeket is el tudja látni. Ajánlott, hogy a tanácsadást nyújtó gyógyszerész részt vegyen a Gyógyszerterápiás Bizottság munkájában is, javaslattételi céllal. Meg kell oldani, hogy a tanácsadó gyógyszerész rendszeresen részt vegyen a viziteken.

2.1.3. Oktatás

Oktatás szükséges a következőkből:

- folyamatos továbbképzés klinikai farmakológiából
- posztgraduális képzés az adott orvosi diszciplínák területén
- rendszeres kommunikációs tréningek

2.2. Tárgyi feltételek

2.2.1. Helyiség:

Olyan helyiség (lehetőleg az ellátó területhez közel), melyben a járóképes beteget ill. annak későbbi otthoni ápolását végző hozzátartozóját / gondozóját nyugodt körülmények között fogadhatja a gyógyszerész

[v.ö. eütv.:(6) A betegnek joga van ahhoz, hogy vizsgálatára és kezelésére olyan körülmények között kerüljön sor, hogy azt beleegyezése nélkül mások ne láthassák, illetve ne hallhassák, kivéve, ha a sürgős szükség és a veszélyeztető állapot esetén ez elkerülhetetlen].

Nem lehet azonos az osztályon lévő orvosi szobával.

2.2.2. Berendezés:

Normál irodai berendezés, amely a kényelmes és nyugodt munkafeltételeket biztosítja. Szükséges egy kisebb méretű tárgyalóasztal és székek.

2.2.3. Eszközök

Számítógép (megfelelő szoftverekkel, internet kapcsolattal), nyomtató, telefon, fénymásoló, szakkönyvek.

Hardver: intra- és internet kapcsolattal rendelkező számítógépes terminál, nyomtató, vonalkód olvasó.

Szoftver:

Jellemzői: illeszthető a működő kórházi rendszerrel/ekkel, protokoll vezérelt, külső információforrásokkal kapcsolható, böngészőalapú, felhasználó-barát, gyors, rugalmasan továbbfejleszhető.

Az alkalmazási szoftver tartalmazza a következőket:

betegfelvételi adatbázis
lázlap adatai– laborértékekkel, testtömeg megadás
szakmai és gyógyszergazdálkodási szoftver (betegadatok, gyógyszerrendelés
és kiadás, terápiás és gyógyszerelési protokollok, gyógyszerek szakmai adatai
(SPC, betegtájékoztató) –mellékhatás, gyógyszerkölcsönhatás,
helyettesíthetőségi adatbázis)

A számítógépes gyógyszer-felhasználási rendszerek lehetőséget nyújtanak a betegágy melletti gyógyszerelési tanácsadás kialakításához. Ezt az adott kórházon belül annak tükrében kell kialakítani, hogy az egyes betegek különböző szintű ellátást igényelnek.

3. A betegágy melletti gyógyszerelési tanácsadás folyamata

4.1. Gyógyszer- anamnézis felvétele

4.1.1.A beteggel való találkozás.

[V:Ö: eütv. 13. §

(1) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon...

g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,...

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

A GPP követelménye a gyógyszerésszel szemben, hogy a betegnek a megfelelő gyógyszert a megfelelő információval, tájékoztatással adja át, és a gyógyszer használatát monitorozza. Azontúl a gyógyszerész mozdítsa elő a racionális és gazdaságos gyógyszer felírást és a gyógyszerek megfelelő használatát. Előírja, hogy a gyógyszerész a tanácsadás kapcsán a betegnek állapotának megfelelően, világosan fogalmazva és hatékonyan adja tovább az információt.]

A beteg állapotának és értelmi szükségletének megfelelően a felvételkor rögzített gyógyszeres terápia átbeszélése, tájékozódás a beteg általános állapotáról Pl.:együttműködő-e a beteg, láthatóan megértette-e a kezelést, ha hárítja a gyógyszerelésről történő megbeszélést, hárító nyilatkozat beszerzése a betegtől.

Abban az esetben, ha a beteg nem igényli a tájékoztatást, lemondását aláírásával hitelesítse (dátummal, tanúval)

[v.ö.14. §

(1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse.]

- A kórházba felvett beteg gyógyszerelésének rögzítése anamnézis lapon a betegdokumentációban (melléklet)
 - Bizonytalan pontok tisztázása a beteggel vagy hozzátartozójával/gondozójával
 - Korábban bent fekvő betegeknél a betegdokumentáció áttekintése a rendelt gyógyszerek és a korábban szedett gyógyszerek kapcsolatának tisztázása.

- A folyamatosan szedett gyógyszerek alkalmazásának áttekintése , a szükséges tanácsadás a beteg és nővér részére

4.2. Feljegyzés készítése a látogatásról a beteg dokumentációja részére.

4.3. Viziteken való részvétel, újabb és napi találkozás a beteggel, kezelőorvossal, ápolószeméllyel

4.4. Orvossal való konzultáció

- Egyeztetés a kezelőorvossal, terápiás javaslat megbeszélése
- Szakmai ajánlások figyelembevétele és a kezelés megtervezése
- Gyógyszeradagok meghatározása orvossal együtt (mit, mikor, mennyit)
- A beadás módjának és gyakoriságának ellenőrzése, a kezelőorvos utasításának összevetése az adott gyógyszer alkalmazási előírásával (indikáció, adagolási intervallum stb.)
- Esetlegesen javaslat kiegészítő kezelésekre, szupportív terápiára
- A gyógyszerész a terápia során követi az_interakciókat, a jelentkező mellékhatásokat és a beteg állapotát – az észrevételeket a kezelőorvossal megbeszéli– javaslatot tesz a problémát okozó gyógyszer módosítására. Ha a beteg kórházi tartózkodása közben mellékhatás lépett fel, előkészíti a mellékhatás bejelentést, és követi hogy szerepel-e arra való utalás a zárójelentésben. [Evidencia, hogy a gyógyszerészek ötször pontosabban írják össze a hazabocsátási gyógyszerelést, mint az orvosok –ld. Szakirod.)

4.5. Szakdolgozói (nővér, ápoló) feladatok:

- Gyógyszeradagok ellenőrzése és beadása (meggyőződés a gyógyszer beviteléről) a betegágynál
- A gyógyszerelő doboz tartalmának összevetése a beteg dokumentációjában szereplő gyógyszerekkel

4.6. Kapcsolatfelvétel az intézeti gyógyszerertárral

- Tervezett terápia leadása
- Helyettesítések, napi dózisok pontosítása

4.6. A beteg hazabocsátását megelőzően a zárójelentésben rögzíthető gyógyszer dokumentáció előkészítése, és a kezelés folytatásához szükséges készítmények receptre történő felírásának előkészítése

4.7. Hazabocsátás előtt a beteg felkeresése, továbbá a hozzátartozó/gondozó fogadása a további gyógyszereléssel kapcsolatos teendők megbeszélése.

Itt van lehetőség a prevencióról, helyes életmódról beszélni. Erről a tevékenységről is készüljön dokumentum.

[v.ö. eü.tv. 38. § (2) Az egészségnevelésnek ki kell terjednie a betegségek, illetve kórmegelőző állapotok megelőzésével és korai felismerésével kapcsolatos tudnivalók, módszerek ismertetésére is. Ennek során hangsúlyozni kell az egyén lehetőségeit és felelősségét egészsége megőrzésével kapcsolatban.]

5. Dokumentáció

5.1. A betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás dokumentálása:

5.1.1. A tevékenység minden részét dokumentálni kell.

5.1.2. Az erről készített dokumentumokat a beteg egyéb dokumentációjával együtt meg kell őrizni. Ha a beteg elzárkózott a tanácsadástól, az arra vonatkozó írásos nyilatkozatot is meg kell őrizni. (Ld. A munkafolyamat leírásában a 4.2.1., 4.2.2. pontokat)

[v.ö., törvény az egészségügyről 136. §

(1) A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

i) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,

j) a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,

k) a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,

l) a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,

m) a beleegyezés [15. § (3) bekezdés], illetve visszautasítás (20-23. §) tényét, valamint ezek időpontját,

(3) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

...b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat]

6. Ellenőrzés

A betegágy melletti gyógyszerészi tanácsadás folyamatát az intézeti vezető főgyógyszerész a bevezetést követő első 3 hónapban kéthetente, ezt követően félévente ellenőrzi. Az ellenőrzésről feljegyzést készít, ha kell, a munkafolyamat változtatására javaslatot téve.

7. A munkavégzés ideje

Ha a szaktevékenységet szükségesnek ítéli a menedzsment, akkor a szolgálati rendet az intézeti SZMSZ és a gyógyszerertár „Működési rend”-je kell, hogy tartalmazza.

Ki kell térni a szolgáltatás idejére, hogy csak a szokásos hétfőtől-péntekig, 8-16 óráig tartó munkaidő beosztás szerint, vagy 24 órás szolgálatban látják-e el.

A gyógyszer információ adása igény esetén történhet telefonon is megfelelő informatikai háttér (a beteg adatai, lázlapja, diagnózisa és gyógyszerelése elektronikusan elérhető formában a gyógyszerésznél „kéznél” vannak) biztosítása mellett.

(Létezik olyan kórház, ahol meghatározott fogadóórákban ágy melletti telefonkészülékekről hívható a gyógyszerész)

8. Várható előnyök

- a gyógyszerellátás minőségének javulása

- az orvos-gyógyszerész-beteg párbeszéd javítása az individuális gyógyszeralkalmazás elősegítésére
- a gyógyszerelés adatainak jobb kiértékelési lehetősége
- korrekt mellékhatás figyelés
- gyógyszerelési hibák monitorozása, minőségi hibák figyelemmel kísérése

9. Figyelmeztetés

A feladat ellátása folyamán alapvető a titoktartási kötelezettség.

Valószínűleg egy adott kórháznak nem lehet egyszerre minden fekvőbeteg osztályán ellátni ezt a szakfeladatot, de amelyik osztályon ezt elindítják, ott minden egyes betegre ki kell, hogy terjedjen a gondozási tevékenység – nem lehet szelektálás.

A beteg által behozott gyógyszerrel kapcsolatos kérdések !(Jogszabály tiltja, hogy a beteg behozza a gyógyszert! Köztes megoldás, ha a beteg ambuláns receptjeinek beváltását meg tudná oldani a gyógyszertár)

10. Mellékletek

- **Anamnézis lap:**

A módszertani levél kidolgozásakor figyelembe vett jogszabályok, és egyéb szakmai szabályzók, szakirodalom:

- **Törvények:**
 - 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről [eü tv.],
 - 2005. évi XCV. Tv. az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról

12..§. 2) A lakossági gyógyszerellátás az a közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertár, valamint az intézeti gyógyszertár által végzett egészségügyi szakellátó tevékenység, amely során az egészségügyi szolgáltató a gyógyszert és az alkalmazásával összefüggő szakmai információt a betegek részére közvetlenül biztosítja.

- **Rendeletek:** 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet, a közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről
- **Módszertani ajánlás: ASHP Statement, 1993
Pharmaceutical Care (FIP Statement, 1997)**

GPP, melyet a WHO 1997. áprilisi kongresszusán fogadott el, a FIP kongresszus pedig 1997. szeptemberében

- **Ajánlott irodalom (a megjelenés időrendjében)**

1975-2004

Mikeal, R.L., Brown, T.P., Lazarus, H.L., Vinson, M.C. (1975), "Quality of pharmaceutical care in hospitals", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 32 pp.567-74..

Hepler, C.D. (1985), "Pharmacy as a clinical profession", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 42 pp.1298-306.

Phillips, J., Strand, L., Chesteen, S., Morley, P. (1987), "Functional and structural prerequisites for clinical pharmacy services", Am J Hosp Pharm., Vol. 44 pp.1598-606..

Manasse, H.R. Jr (1989), "Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy; Parts 1 and 2", Am. J. Hosp. Pharm, Vol. 46 pp.929-44, 1141-52

Hepler, C.D., Strand, L.M. (1990), "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 47 pp.533-43..

Penna, R. (1990), "Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990s", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 47 pp.543-9..

Strand, L., Guerrero, R., Nickman, N., Morley, P. (1990), "Integrated patient-specific model of pharmacy practice", AM. J. Hosp. Pharm., Vol. 47 pp.550-4..

Opdycke, R. A. et al.: A systematic approach to educating elderly patients about their medications (Patient Educ. Couns. Feb, 19(1) , 43-60, 1992)

Gouveia, W. (1993), "Caring for the patient: the implications of assuming responsibilities for patient outcomes", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 50 pp.1596-601..

May, J. (1993), "Barriers to implement pharmaceutical care in the acute care setting", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 50 pp.1608-11..

Swift, B.G. (1993), "Barriers to pharmaceutical care in the home care setting", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 50 pp.1611-14

Louie, N., Robertson, N. (1993), "Barriers to pharmaceutical care in the managed care setting", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 50 pp.1614-17..

Strand, L., Cipolle, R. (1993), "Challenge for pharmaceutical care", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 50 pp.1618-21.

Gouveia, W.A. (1993), "Measuring and managing patient outcomes", Am. J. Hosp. Pharm., Vol. 49 pp.2157-8..

Hutchinson, R., Schumock, G. (1994), "Need to develop a legal and ethical base for pharmaceutical care", Ann. Pharmacother., Vol. 28 pp.954-6..

Hepler, C., Grainger-Rousseau, T. (1995), "Pharmaceutical care versus traditional drug treatment: is there a difference?", Drugs, Vol. 49 pp.1-10..

Williford SL, Johnson DF : Impact of pharmacist counseling on medication knowledge and compliance. Mil Med. 1995 Nov;160(11):561-4.

Oleg, B.G., McLean, W.M., Poston, J.W. (1996), "The clinical pharmacy services study: a study of clinical services provided by pharmacists in Ontario hospitals", *Canad. J. Hosp. Pharm.*, Vol. 49 pp.S5-S25.

Santell, J.P. (1995), "ASHP national survey of hospital-based pharmaceutical services – 1994", *Am. J. Hosp. Pharm.*, Vol. 52 pp.1179-98..

Lewis RK, Lasack NL, Lambert BL, Connor SE. Patient counseling--a focus on maintenance therapy.
Am J Health Syst Pharm. 1997 Sep 15;54(18):2084-98;

Filibeck, D., Petroroff, B., Sinsnowski, L., Teahan, J. (1999), "Developing managed care plan", *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, Vol. 56 pp.1348-9..

Simpson, D. :What is medicines management and pharmaceutical care?
Pharmaceutical Journal, 3 Feb 2001, p150. Vol 266, no 7133

Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge.
Br J Clin Pharmacol. 2002 Dec;54(6):657-64.

Grasso, B. C. : Reducing Errors in Discharge Medication Lists by Using Personal Digital Assistants, (*Psych. Serv.* 53, 1325-6, 2002)

Furniss, L.: Use of medicines in nursing homes for older people
(*Advances in Psychiatric Treatment* 8, 198-204 (2002)

Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, Gaspoz JM. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications.
Am J Med. 2004 Oct 15;117(8):563-8.

2005.

Hill, H.: A career as a Medical admissions pharmacist
(*Hospital Pharmacist* December 2005 – Vol. 12 ,444)

2006.

Pike, H. et al. : Pharmacy's role in preparing for and managing in emergencies
(*Hospital Pharmacist* January 2006 – Vol. 13. 22)

Robson, J. et al. :A career as a ... Falls prevention pharmacist
(*Hospital Pharmacist* February 2006 – Vol. 13, 51)

Gates, C. : Drug history taking – avoiding the common pitfalls
(*Hospital Pharmacist* March 2006 – Vol. 13. 98)

Andalo, D.: Pain management – the role of the specialist pharmacist
(*Hospital Pharmacist* March 2006 – Vol. 13, 86)

Pharmacist counselling can reduce adverse drug events, research says
(*Ref.: Hospital Pharmacist* April 2006 – Vol. 13, 110)

Sedgwick, T. A.: Improving medicines management for older patients on the move (Hospital Pharmacist June 2006 – Vol. 13, 226)

Young, A.: Improving information transfer from hospital to primary care (Hospital Pharmacist : July/August 2006 – Vol. 13, 253)

Townsend, P.: Developing a database to manage use of unlicensed medicines (Hospital Pharmacist September 2006 – Vol. 13, 299)

Ewing, A.B.: A good starting point – for medicines management arrangements (Hospital Pharmacist October 2006 Vol. 13, 306)

Pharmacists identify drug-related problems (Ref.: Hospital Pharmacist October 2006 – Vol. 13, 310)

Nutrition in hospital

White, R.: Peri-operative nutrition – the role of the pharmacist (Hospital Pharmacist, November 2006 – Vol. 13, 361)

Webb, D.: Lives can be saved by investing in clinical pharmacy services (Hospital Pharmacist December 2006 – Vol. 13, 387)

Schnipper, J. L.: Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med. 2006 Mar 13;166(5):565-71.

Vira, T. et al.: Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge, (Quality and Safety in Health Care 15, 122-126, 2006)

2007.

Skibinski, K. A. et al.: Effects of technological interventions on the safety of a medication-use system (Am. J. Health-Syst. Pharm.-Vol 64 90-96, Jan 1, 2007)

Most preventable admissions caused by just four drug groups (Ref.: Hospital Pharmacist February 2007 – Vol. 14, 38)

Discharge drug lists are inaccurate, study says (Ref.: Hospital Pharmacist March 2007 – Vol. 14, 78)

Coleman, V.: Pharmacy in Singapore – comparing experiences in the UK and Asia (Hospital Pharmacist March 2007 – Vol. 14, 96)

Gormer, B.: Hypertension – pharmacological management (Hospital Pharmacist April 2007 – Vol. 14, 119)

Anderson, D.J.: A systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward (J Adv Nurs, 35. (1), 34-41)

Husband, A.: Nausea and vomiting – pharmacological management (Hospital Pharmacist, June 2007 – Vol. 14, 198)