

AEOB İLAÇ FORUMU

TEB II. Bölge
Ankara Eczacı Odası Adına
Sahibi ve Yazışmaları Sorumlusu
Dr. Ecz. Akın Çubukçu

▼
Yönetim Yeri ve Yazışma Adresi
Konur Sokak 13/2 Kızılay-Ankara
Tel: 425 42 96 - 425 08 07

▼ Yayın Kurulu

Betül Bilgetekin Rezzan Çevik
Ertan Onursal Rana Kunt
Nurettin Abacıoğlu Suna Çetintaş
Sevgi Yıldız Nazife Hatun

▼ Yayın Koşulları

- İlaç Forumu Ankara Eczacı Odası yayın organı olup dergide eczacılık ilaç ve sağlıkla ilgili yazılar yayınlanır.
- Metin yazar ya da yazarlarının ad, soyad, ünvan ve adresleri ayrı bir kağıda yazılarak metne eklenmelidir.
- Kaynakçalar belirtilmelidir.
- Şekil ve grafikler çini mürekkebi ile aydınlar veya beyaz kuşe kağıda çizilmeli, resimler parlak fotoğraf kartına siyah-beyaz ve net basılmış olmalıdır.
- Yayın için gönderilen yazılar yayın kuruluna ulaşma tarihi ve sırasına göre değerlendirilmeye alınır.
- Yazıların yayınlanıp yayınlanmayacağına Ankara Eczacı Odası Bülteni İlaç Forumu Yayın Kurulu karar verir.
- Yazılardaki görüş ve fikirlerden yazarı sorumludur.
- Dergiye gönderilen yazılar geri verilmez.

▼
Dizgi ve Ofset Hazırlık
R Prodüksiyon
Meşrutiyet Cad. 10/44
06640 Kızılay-Ankara
Tel: (4) 425 39 20

İÇİNDEKİLER

Bakış	2
Bu Sessizlik Bir Son Balsa!..	4
Eczacılık Eğitimi veya Öğretimi Üzerine Nurettin Abacıoğlu	5
Eczacı Olduğumuzda Ne Yapmak İstiyoruz? Fusun Acartürk	8
Demokrasi ve Meslek Örgütleri İsmail Gümrükçü	9
Avrupa'da Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçerisinde Eczacının Rolü ve İşlevi-III	12
Sağlık Reformu Taslağı Olca Seles	17
Başlarken	20
ECZANE BÜLTENİ	
Merhaba Necla Dinler	21
Türkiye'de Hastane Eczacılığına Genel Yaklaşım Necla Dinler	23
Rivayet O'dur ki, Yeşil Kart Yeşim Turan	29
Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik Yayınlandı	31
1993 Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ve Protokolüne	
İlişkin Yapılan Çalışmalar	38
Koma Servet Aroğul	42
Duyurular	47

BAKIŞ

Çevremize şöyle bir bakalım. Sağımızda 10-15 katlı apartmanlar, yollar, yolların yanında 5-15 yıllık ağaçlar. Geniş bulvarlar, dar sokkalar, eskiden varolanların yanında yeni açılmış işyerleri ve dükkanlar... Küçük çocuklar, orta yaşlı insanlar ve yaşlılar.

Bunlar dün de vardı, ama on-onbeş yıl önce ya yoktular ya da bugünkünden çok daha değiştiler. Zaman içerisinde şimdi gördüğümüz duruma yavaş yavaş ve daha değiştiler. Zaman içerisinde şimdi gördüğümüz duruma yavaş yavaş ve adım adım geldiler. Bu oluşum içerisinde, bizde kendi yaşamımızı ilgilendiren olayları ve kişileri, ya kendi isteğimize göre yönlendirdik ve kendimize benzemeleri, kendi dünya görüşlerimize uygun duruma gelmeleri için çaba harcadık veya onları başkaları başka yönere döndürür ve yöneltirken sessiz kaldık. Başkalarının bu uğraşlarını önemsemedik veya bunların farkına varamadık.

Bugün eczacılık ortamına şöyle bir göz gezdirince, aynı durumun karşımızda, eski deyimle "ayan-beyan" olduğunu görüyoruz. Örnek mi istersiniz, işte patent olayı. 22.12.1992 tarihli Cumhuriyet Gazetesi, beş sütuna manşet atmış: İLAÇTA PATENT ACISI. Değişik görüşler, değişik yorumlar. İlaçta patentin getireceği ve götüreceği didik didik edilmiş, incelenmiş.

Oysa patent yeni bir şey değil. Şu anda yürürlükte bulunan kanunun tarihi 1879. Yani en eski yasalarımızdan biri. 1961 yılında, Milli Birlik Komitesi zamanında, gündem edilmeye başlanıyor. Zamanın Danışma Meclisi ilacı patent kapsamı dışında tutmayı başarıyor. 21 Ekim 1965 yılında T.C. Hükümeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma programı arasında bir standart anlaşma imzalanıyor. 1983 yılında T.C. Hükümeti "Sınai Mülkiyet Sisteminin Modernizasyonuna" özellikle patent kanunu ve yönetmeliklerin revizyonuna başlamış bulunuyor. Mayıs 1984 yılında Ankarayı ziyaret eden WIPO (Dünya Fikri Mülkiyet Teşkilatı) hükümet yetkililerine 1985-1989 kalkınma planında, kendi raporlarının esas alınmasını tavsiye ediyorlar. Bu tavsiyeler çerçevesinde proje personeli, eğitim, ekipman ve çeşitli ihtiyaçların tüm giderleri, görevleri belirleniyor.

27 Mayıs 1987 de T.C. Hükümeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı arasında "Sınai Mülkiyet Dairesinin Modernizasyonu" konulu projenin onaylanması karara bağlanıyor.

İlaçta patent 1961 den 1992 ye, yani otuz yılda işte böyle adım adım, yavaş yavaş geliyor. Yani otuz yılda, ilaçta patent, ilaç sektöründe çalışan, o sektörü oluşturan insanların gözleri önünde büyüyor, serpiliyor. Karşı olanlar, olayı karşı olmayanların ellerine, yönlendirmelerine terk ediyor. Olayların akışına sessiz kalıyor. İlaç fiyatlarının yükseleceği ilacın çok uluslu şirketlerin tekeline gireceği, ihtiyaç sahipleri ve sosyal güvenlik kurumu dışında kalanların ilaçlarını alamayacakları gündeme getiriliyor. Doğrudur.

Bunlar bugün vardı, dün vardı, ama 10-15 yıl önce yoktu. Yavaş yavaş ve adım adım geldiler. Bir halıyı ilmek ilmek, nakış nakış dokuyarak geldiler. Ama o halının dokunduğu tezgahı kırarak güçleri olanlar, sadece halının bitmesini beklediler.

Halı şimdi bitmiştir. Sorun halının ne zaman piyasaya sürüleceğidir. Hemen mi sürülsün, yoksa bu tezgahı kırarak olan güçlerin yeni halılar dokunmasını mı beklesin?

En doğrusu, yenileri çıkıncaya kadar eski halinin naftalinlenip bir köşeye kaldırılmasında yarar vardır.

Adım adım ve yavaş yavaş gelen bir şey daha var, OTC. Yıllardan beri eczacılık sorunlarının baş gündem maddelerinden biridir. Banko üstü ürünler (OTC) ve ilaçla kendi kendini tedavi (İKKT) ikili kavramları yıllardır tartışılıyor. Eczacı Odalarının ve TEB nin uzun süreden beri karşı olduğu bu kavramlar, özellikle OTC, ilmek ilmek dokunuyor, yavaş yavaş ve adım adım geliyor. Sağlık Bakanlığında reçete ile ve reçetesiz satılacak ilaçların listelerinin hazırlandığı yolunda duyumlar var. Burada fazla yoruma ve gereksiz lafa lüzum yok. Bir olayı anlatmakta yarar var. Dört yıl önce bir Alman meslektaşımız anlatmıştı.

OTC konusunun yürürlüğe girdiği yıllarda Almanya'nın bir eyaletinde zamanın OTC (kanunu veya yönetmeliği her neyse) nin bir açığını yakalayan marketçiler, hepimizin çok iyi bildiği bir ağrı kesici, SPACT Tab. i kendi raflarında satmayı başarıyorlar. Bu yıllar sürüyor.

Alman Eczacı meslek kuruluşları hemen harekete geçiyor. Yıllar sonra süren, davalar mahkemeler sonunda, SPACT, market rafından eczane dolabına sokulabiliyor. Sokulabiliyor ama bir yasa maddesi çıkarılarak. Alman eczacılar bu maddeye "SPACT YASASI" diye isim takmışlar.

Ülkemizde yasa değişikliklerinin kaç yıl sonra ve ne güçlüklerle olacağını düşünürsek, ileride başımıza nice spact yasalarının çıkarılmasının ne denli zor hatta imkansız olacağını şimdiden bilerek, önlemimizi almamız şarttır.

OTC konusuna sahip çıkanların adımlarını karşı olanların dikkatli izlemesi ile delinin kuyuya taş atması önlenebilir.

Aydın için,

Sevgili Aydın Topkaya'yı ben dokuz yıl önce tanıdım. Sarıya çalan saçlarının örttüğü alnının altında insana sevgi ile bakan ve bütün içtenliği ile kendi benliğini ve insanlık yaradılışını saklayamayan bir çift gülen mavi gözleriyle ben Aydın'ı tanıdım.

İnsanlara her koşulda, insan sevgisinin ağır bastığı, insana adam gibinasıl davranılması gerektiği, Aydın'ın yapısında kemikleşmiş bir karakterdi. Bir hoşgörü bir saygı adamıydı. Saygısını ve hoşgörüsünü sergilerken kendi kişiliğinden taviz vermeyen bir güzel insandı.

Çalışmayı kendine bir ağırlık, bir yük değil, bir zevk olarak gördü yaptığı her işi, yaşamın diğer güzel yanlarıyla birleştirerek ve kendini vererek yaptı. Aydın'ın çalıştığı mı yoksa eğlendiği mi belli olmazdı. İşte bu Aydın'ı üretken kılan ve çevresine kabul ettiren en önemli özelliklerinden biriydi. Çok kısa yaşamında şanssızlıklar, kazalar peşini bırakmadı. Geçirdiği kazaların ertesi günü, Aydın onları sanki bir kötü rüya görüş ve uyanmış gibi anlatırdı ve gülerdi. Aydın zaten hep gülerdi.

Aydın Topkaya artık yok. Onun gibi insanlar buralardan gittikçe yerleri hep boş kalıyor. O da güzelim bir ata bindi ve gönlümüzü, yüreğimizi yakarak gitti.

Dr. Ecz. Akın Çubukçu

BU SESSİZLİK BİR SON BULSA!...

İlaç formu son iki sayısında tartışma konusu aptığı "eczacılık eğitimi" dosyasını gidererek genişletme çabası ile geçtiğimiz Temmuz ayından bu yana girişimlerde bulunuyor.

Derginin 2. sayısının yayımını izleyen Ankara dışındaki üniversitelerin eczacılık fakültesi öğretim üyelerine de kendi bilim dallarının program içerisindeki yeri ile ilgili görüşleri soruldu. Ne var ki ve deyim yerinde ise "çıt" çıtmadı. Ankara Eczacı Odası'nın ve İlaç Formu Dergisi'nin bu sessizlik ve isteksizliği anlayabilmesi ve değerlendirebilmesi hayli zor olmaktadır.

Ancak, Ankara Eczacı Odası bu dosyayı kapatmamak konusunda ısrarlı tutumunu sürdürecektir. İncancımız odur ki; pekçok öğretim üyesi bu konudaki duyarlılığını korumakta ve bu dosyanın çözümsüz bir şekilde kapanmasını istememektedir.

Bu sessizliğe son verecek öğretim üyelerinin bir elin parmaklarından daha çok sayıda olduğu incancımızı bir kez daha yinelemek istiyoruz.

Eğitim tartışmamızın çıkmazı belki de kendi eğitimimizden bulunduğumuz mevzileri ve statükoyu koruma eğilimimizden kaynaklanıyor. En başından beri almış olduğumuz eğitim neredeyse bizleri konuşmaktan, tartışmaktan ve çözümler üretmekten alıkoyan bir suskunluğa götürüyor.

Derginin her türlü görüşe gerçek bir zemin oluşturması, gerçek bir forumun yaratılabilmesi için bu sessizlik bir son bulsa diyoruz!...

ECZACILIK EĞİTİMİ VEYA ÖĞRETİMİ ÜZERİNE

Nurettin ABACIOĞLU*

GİRİŞ

30 Eylül 1991 tarihinde Tübitak Tıp Araştırma Grubu'na, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde "Tıp Alanında Bilimsel Yayınlar" sempozyumu düzenlendi. Bu toplantıya çağrılı konuşmacı olarak bazı Türk bilim adamları ve iki de yabancı konuk katıldılar. Konuklardan birisi ISI (Institute for Scientific Information) Başkanı Eugene Garfield idi. Toplantının amacı, Türkiye'nin bilim üretme potansiyelinin gözden geçirimi ve dünya içerisindeki yerini belirlemektir. İlgilenenleri için çok yararlı ve ibret dolu bilgiler içeren toplantı bildirileri Tübitak'ca bir kitap halinde yayımlanmış bulunmaktadır (1).

Bu yazıya böylesi bir giriş ile başlama nedeni, toplantı içerisinde doğrudan eczacılık ve eğitime yönelik bir tartışmanın yapılmış olmasından değildir. Toplantı ile ilgili kitabı incelerken "Türkiye'de Tıp Dergileri" konulu makalede Ş.Özsoylu'nun bir ifadesi yukarıdaki başlığı yeniden düşünmenin bir aracı olmuştur.2 Özsoylu makalesinin bir yerinde şöyle bir anlatımlandırma kullanıyor: "**Ülkemizde tıp eğitiminden çok, ezberci ve skolastik tıp öğretimi yapmamız dolayısıyla fakülte...**"

Sağlık bilimleri ile ilgili akademik etkinlikler eğitim ve öğretim tanımlamaları bazında anımsandığında, **eğitimi mi yoksa öğretimi mi** yapıldığı konusunda önemli kavram kargaşalarının var olduğu görülmektedir. İşin ilginç tarafı bu kaotik durumun yaratıcılarının bizatihi akademisyenler olması ve "**eğitimi, öğretim**", "**öğretimi, eğitim**" olarak algılamalarından veya karıştırmalarından dolayı statükoculuğu, "**bilimsel devrimcilik**" yerine

tercih eder ve marifet sayar olmalıdır.

EĞİTİM VE/VEYA ÖĞRETİM NEDİR? NE DEĞİLDİR?

Türk Dil Kurumu, Türk Dil Kurumu iken "Eğitim Terimleri Sözlüğü" adı altında son derece yararlı bir kitap yayımlamıştır(3). Bu kitaptan, alıntıyla (bilenlere!, merak edenlere ve anımsamak isteyenlere) eğitim ve öğretim tanımlamalarını aynen aktarmakta yarar bulunmaktadır.

Kitap syf. 57:

Eğitim [Alm. Bildung, Erziehung] [Fr. education] [ing. education] [es. t. terbiye]:

1. Yeni kuşakların, toplum yaşamında yerlerini almak için hazırlanırken, gerekli bilgi, beceri ve anlayışlar elde etmelerine ve kişiliklerini geliştirmelerine yardım etme etkinliği,
2. Önceden saptanmış amaçlara göre insanların davranışlarında belli gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler dizgesi,
3. Belli bir konuda, bir bilgi ya da bilim dalında yetiştirme ve geliştirme,
4. Her kuşağa, geçmişin bilgi ve deneylerini düzenli bir biçimde aktarma ya da kazandırma işi...

Öğretim [Alm. Unterricht] [Fr. instruction, enseignement]

[ing. instruction, teaching] [es. t. tedris, tedrisat]:

1. Belli bir amaca göre gereken şeyleri öğretme işi,
2. Bir eğitim kurumunda bir küme öğrenciye belli dal ya da konularda bilgi verme,

3.Öğrenmeyi kolaylaştıracak etkinlikleri düzenleme, gereçleri sağlama ve kılavuzluk etme eylemi.

ECZACILIK EĞİTİMİ VE/VEYA ÖĞRETİMİ:

Yukarıdaki tanımlamalardan yola çıkıldığında, eczacılık fakültelerinin bazılarında üzerine ölü toprağa serpilmişçesine tartışılmamaya çalışılan eğitim/öğretim kavramları ile, bazılarında da bir kakafoni şeklinde ve "körler, sağırlar birbirini ağırlar" tarzında gelişim çizgisi içeren tartışma platformlarının en fazla karıştırılan temeli "**terbiye**" ve "**tedrisat**"ı aynı "**şey**" zannetmekten kaynaklanmaktadır. Bilgiyi üretmenin ve bilimsel gerçeğe ulaşmanın yollarının keşfedildiği (?) mesleğimizle ilgili fakültelerde, kimileri, mesleki kimliğin yaşamla iç içe geçmişliğini yeniden tanımlayacak felsefesini konuşma çabasını ortaya koymaya çalışırken, kimileri de eczacılık eğitimini sadece müfredat (öğretim) programı olarak algılatmakta veya o dereceye koyarak bazı mesleki bilimlerin ders saatlerini azaltmaya çalışan hainlere karşı vatan savunuculuğu üstlenmeyi bilimsel (?) marifet saymaktadırlar.

Eczacılık eğitimi, (eğer eğitimin gerçek anlamı kavranabiliyorsa) ne tek başına bir "müfredat" (öğretim) programıdır, ne de, bu programda bazı derslerin saatlerinde azaltma veya çoğaltma yapılarak tek başına bir eğitim anlayışı üretebilir.

NASIL BİR ECZACILIK EĞİTİM VE/ VEYA ÖĞRETİM ANLAYIŞI

Bazıları, yukarıdaki satırlardan beri küçük anekdotlar halinde ifade edilenlerden, eğitim ve öğretim kavram olarak ayrıştırılması gerekli parametreler olduğu sonucuna varabilir. Gerçekte parametreler problematik olarak ayrışma değil bir içedenlik göstermektedirler.

Yeni eczacı aday kuşakların, toplum için üretilecek sağlık hizmetleri etkinliklerindeki yerlerini alma süreçlerinde gerekli bilgi, beceri ve anlayışları elde etmeleriyle kişiliklerini geliştirme alışkanlığının kazandırılması ve eczacı olduktan sonra da aynı eksilmez tutumla ilerlemeye açık bir davranış

kalıbının sürdürülmesi "eczacılık eğitimi" anlayışının mihenk taşı olmalıdır. Buna karşın, bugünkü pratik, "**eczacılık eğitimi**" kavramını salt **belleme** ve **öğretme** işi ile sınırlı tutar bir düzeyde yaşadığımızı bize göstermektedir.

Mesleki akademik çevrelerin bir bölümü, kuşkusuz herkesin paylaştığı bir kavramı sanki diğerlerinden daha fazla savunmuş edasıyla (umarım bilinçli değildir) daha meslekperver görünmek çabasıdadır. Bu kavram, **eczacı=ilaç uzmanı** kavramıdır. Bu kavrama sığınarak denilmektedir ki; "**eczacı ilacın uzmanı olduğuna göre, ilaçla ilgili herşeyi bilmek zorundadır. Ve esasen de eczacılık fakültelerindeki eğitim (?) ile bu yapılmaktadır**". Eczacı kuşkusuz ilaç uzmanı olmak zorundadır! Ne var ki, ilaç uzmanı olmak ile ilaç konusunda akademik uzman olmak arasında bir farkın bulunduğunu da herkes bilmek zorundadır.

Fakültelerimizde "**eczacılık eğitimi**" diye globalleştirilmiş ve gerçekte 1960'lı senelerin mesleki kimliği ile çok daha fazla bitişen bir öğretim programı uygulanmaktadır. Bu tilsimi ve kerameti kendisinden menkul program ile tarafımızdan (fakülteler), öyle fevkalade uzmanlar yetiştirilmektedir ki rahle-i tedrisimizden geçen genç insanlar kendilerini ya aniden kendi eczanelerinde, ya hastanelerin rekabet dolu kulvarlarında veya sanayinin teknoloji yoğun girdaplarında buluvermektedirler. Haklarını yememek gerektiğine göre, yüksek düzeyli uzmanlıklarını bir altın bilezik gibi kollarına takıp "bir lokma, bir hırkaya" kanaat gösterme fedakarlığında olanlar da nefeslerini kuvvetlendirme idmanları yapmak ve ileride rahlelerin sahipleri olmak üzere fakültelerimize intisap etmektedirler.

Bu böyle bir kumaş ve terzilik işidir ki her boy, her soy ve her desteden insana aynı kalıp ve kesim uygulanıp her bedene uyum sağlayan bir ilaç uzmanlığı kazandırılmaktadır. İnsanın ağzında kekremsi bir tad bırakan bu "ilaç uzmanlığı" işinin hiç de öyle olmadığını, meslek diplomasına hak kazananların, daha geçici mezuniyet belgelerini alırken i uzmanlıklarını yüksek sesle tartışmaya başladıkları fakültelerimizde birkaç sene eskimiş genç akademisyenler dahi bilmektedir.

NASILI HEMEN SONLANDIRMADAN

ÖNCE DAHA BİRKAÇ SÖZ...

Fakültelerimiz ve akademisyenler yaptıklarını ve beceremediklerini sorgulamalıdır. Özeleştirilip yapılmalıdır. Sorun ve çözümlenmesi gereken sen, ben davası, en büyük kürsü benim başka büyük yok kandırmacısı değildir; ilacı salt bir ürün olarak kavrayıp o ürünün eldesi, üretimi, kalite kontrolü gibi özelliklerini öğretmenin bir eğitim anlayışı ve sonuçta ilaç uzmanlığı yutturmacası olabileceği ise hiç değildir.

Akademik eczacılığın tarihçesi, görmek isteyen bir gözle incelendiğinde, neyin olması gerektiğinin öğrenilmesi için nelerin olmaması gerektiğinin engin uygulama ve deneyimine yeterince sahip olduğumuz sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Halen nelerin olmaması gerektiği konusunda, deneyimlere yeni deneyimler katmak için böylesi ısrarcı çabalar göstermenin bu anlamda da bir gereği bulunmamaktadır. İlacın ürün (meta) olmasının yanında onun insana yönelik olduğunu unutmamak, hep hatırlamak gerekmektedir.

Türkiye'nin son yirmi yıllık tarihindeki eczacılıkla ilgili yazılan çizilenlere bakıldığında, ilacı üretenlere (ilaç sanayicilerine) sürekli olarak ilacın herhangi bir ürün (meta) olmadığı, onun toplumsal (diğer bir ifadeyle insan, başka bir tanımlamayla hasta ve çevresi) özellik gösterdiği hatırlatması hep yapılmış ve uğraşısı verilmiştir. Bunun yanısıra, eczacılık mesleğinin de insan ağırlıklı (ilaca ait belli ürün özellikleri ile sınırlı olmayan bir uzmanlık) bir uygulama ve etkinlik olduğunun anlaşılabilmesi için çaba gösterilmiştir.

Yapılanlar ve yazılanlar kuşkusuz tüm kesimler için yararlı olmuştur. Ne var ki, bugün bu yapılanların meslek içi akademik düzeyinin çok eksik kaldığı da anlaşılmaktadır. "Eczacılık eğitimi" kavramı içinde ilacın insan-hasta ile ilgili hizmetlere yönelik düzeyinin tartışılması ve yükseltilmesi gerektiğini bildiren görüşler, mesleğin satışa çıkarıldığı ve eczacıların "doktor" olmadığı mendireklerine çarptırılarak geriletilmeye çalışılmaktadır. Elbette

maksat eczacıya, hekimlik yaptırmak değildir. Ancak insanı tanımayan, bilmeyen, insan bedeninden, hastalıklarından ve sağaltımda kullanılan ilaçların hasta bedenindeki akibetinden haberdar olmayan bir belletme programının "**kürsü mevzileri**" korumaktan başka, eczacıya hangi tür uzmanlığı sağladığını da bu satırların yazarı olarak meslek kamuoyunun içerisinde sormak ve öğrenmek çok görülmemelidir.

MERAMI NOKTALAMAK...

Eczacılık eğitimi ve öğretimi işi, bir öğretim üyesi arkadaşımın mesleki bir toplantıda ifade ettiği gibi "**eğitim, akademisyenlere bırakılmayacak kadar ciddi bir iştir**". Bu kara mizahı, ak gerçeğe çevirmenin yolları meslek çevresinden olan herkesin elindedir.

Bu yazıda yer alan görüşler, satırların sahibi olan yazarın samimi görüşleridir ve akademik nezaketi bir suskunluk düzeyi olarak algılamama isteğinin içtenliğini, çabasını taşıdığı savındadır. Biraz da bu nedenle ve uyarıcı bir üslupla yazılması tercih edilmiştir.

Hiç kimse, hiçbir öğretim üyesi veya bilim dalı özel olarak hedeflenmemiştir. Hedeflenen gerçek ve tüzel kişilikler sadece tartışma ortamlarının gri tonlarıdır ve bunların **yaratıcılarıdır**. Yoksa çözüm reçeteleri hepimizin kafasında ve ellerindedir. **Meslek kamuoyunun eğitime ilişkin haykırışlarını akademik çevreler olarak artık duymak zorundayız!...**

KAYNAKLAR

1. Tıp Alanındaki Bilimsel Yayınlar Sempozyumu Tübitak-TAG İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak., 30 Eylül 1991
2. Şinasi Özsoylu Türkiye'de Tıp Dergileri, Tıp Alanında Bilimsel Yayınlar Sempozyumu Tübitak-TAG, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak., 30 Eylül 1991
3. Eğitim Terimleri Sözlüğü Türk Dil Kurumu Yay.,

ECZACI OLDUĞUMUZDA NE YAPMAK İSTİYORUZ ?

Fusun ACARTÜRK *

İlaç, eczacı ve eczane birbirinden ayrılmayan üç kavram. Eczacılık ilacın üretiminden hastaya sunulmasına dek geçen tüm aşamalarda görev yapması gereken bir meslek. Aşamaları birbirinden ayırmak ya da hangisinin önemli ya da önemsiz olduğunu tartışmak bana çok anlamlı gelmiyor, olay bir bütünün parçaları. Burada eczacıya düşen görev insan sağlığı ile ilgilendiğinin bilincinde olması. Bizlere düşen görev ise bu bilinci öğrencilerimizde oluşturabilmek, mesleğine sevgi ve saygı duyan eczacıların yetişmesi için yeterli çabaya sahip olmak.

Eczacı dendiğinde aklımıza ilk gelen sözcük eczane. Toplumda sizin eczacı olduğunuzu öğrenenlerin hemen büyük bir kısmının ilk sorusu : Eczaneniz var mı? Fakülteden mezun olan öğrencilerimizin büyük bir çoğunluğu eczane açmayı düşünüyor. Peki o zaman sadece eczane eczacısı mı yetiştirmeliyiz? Tabii ki değil.

Günümüzde ilaç üretimi endüstrileşme dönemine girmiştir. Eczacılık ilacın tüm üretim aşamalarının ve ilaç imalatının temellerinin öğretildiği tek meslektir. Fakat ilaç fabrikalarında çalışan eczacı sayısının gün geçtikçe azaldığını görmekteyiz. Bunda eczane açma isteğinin daha fazla olmasının payı büyük tabii. Bir diğer olay da genelde görülen yabancı dil eksikliği.

Diğer bir olgu ise klinik eczacılık. Klinik eczacılık hastaya akılcı ilaç kullanımı konusunda yol göstermesi, gerek hastaya gerek diğer sağlık elemanlarına ilaç etkisi, ilaç-ilaç, ilaç-besin, ilaç laboratuvar etkileşmesi, farmakokinetik ve farmakoeconomik bilgi sunması hem serbest eczacı hemde hastahane eczacısının kendini ortaya koyabilmesine olanak sağlamaktadır (1).

Peki eczacı olduğumuzda ne yapmak istediğimizi gerçekten biliyormuyuz? Amacımız

sadece eczane mi açmak, yoksa diğer bir alanda mı çalışmak istiyoruz. Ülkemiz gerçekleri gözönüne alınarak, eczacılık eğitiminin eczacının görev alabileceği eczane eczacılığı, hastane eczacılığı, endüstri eczacılığı veya akademik kariyer gibi alanlara göre yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşünmekteyim.

İlk iki veya üç yıl içinde temel bilgilerle donatılmış eczacı adayı son yıla geldiğinde hangi alanda çalışmak istediğine kendi ilgisi, bilgi birikimi ve mali olanakları çerçevesinde karar verebilir ve son yıl çalışmak istediği alanla ilgili dersleri daha yoğun alabilir.

Ayrıca öğrencilerin staj döneminin seçecekleri dala göre fabrika, eczane veya hastahane şeklinde yönlendirilmesinin pratik bilgi kazanılması açısından yararı büyük olacaktır. Bunun yanısıra son yılda öğrencinin seçtiği dalda araştırarak hazırlayacağı mezuniyet çalışması bu konuda bilgi birikiminin artması açısından önem taşıyacaktır.

Branşlaşmanın getireceği sorun özellikle endüstri veya hastane eczacılığını seçen eczacıların iş bulma güclüğü olabilir. Bunun da, seçtiği branşta yeterli özelliklere ve bilgi birikimine sahip eczacıların kendi yararlılıklarını ve mesleki becerilerini kanıtlamaları ile aşılabileceğini düşünmekteyim.

Kendisine ve bilgisine daha fazla güvenen, kazandığı bilgileri doğru uygulayabilen eczacıların yetiştirilmesi için eczacılık eğitiminin günümüz gerçeklerine göre yeniden düzenlenmesi ve mesleki yabancı dil eğitimine daha fazla önem verilmesi gerektiği kanısındayım.

(1) S. Yeğenoğlu, N. Sevgi, I. Üstel, "Klinik Eczacılık Kavramı Ne Değildir?", AEOB-İlaç Forumu, 14, 30, 1992.

DEMOKRASİ VE MESLEK ÖRGÜTLERİ

Ecz. İsmail GÜMRÜKÇÜ*

Öncelikle demokrasi sözcüğünü tanımlamamız gerekiyor. Demokrasi ussal ve duyunsal bir sorun değil, tersine paylaşım ile ilgili maddi bir çıkar sorunudur. Sınıflı toplumlarda doğaldır ki haksızlıklar ürer. Bunları ikiye ayırabiliriz. İlki herkesin haksızlık saydığı haksızlıklardır. Örneğin evimize hırsız girerse polise başvururuz, bir yolsuzluk söz konusu ise mahkemeye gideriz. Yasal korunaklı bu tür haksızlıklar için demokrasi mücadelesi vermek gerekmez. İkinci gruptaki haksızlıklar bazılarının haksızlık olarak görmediği haksızlıklardır. Örneğin mesleki anlamda bizler kâr oranlarımızla, kamudaki konumuyla, kurumlarla yapılan sözleşmelerle, istihdam ile, muvazza ile son olarak yeni yönetmelikteki bazı maddelerle haksızlıklara uğratılmışız. Bunların çözümünde ne polisin, ne de mahkemelerin bir katkısı olabilir. Bunlara karşı topluca mücadele vermek gerekiyor. Ama bu mücadele için serbestçe örgütlenilmeli ki o özgürce verilebilsin. Bunun için demokrasiye gereksinim vardır. Zira demokrasi, toplumsal haksızlıklara karşı örgütlü mücadele verebilme özgürlüğüdür. Ne var ki bu gün mesleki yapılanmamız anlamında özerkliğin çok uzağındayız. 80 sonrası düzenlemelerle 1954'lerdeki mülk-i amirlerin doğrudan müdahale edebileceği bir yapıya büründürülmüşüz. Yasakları koyan paşalar emekliye ayrılmış, yasaklar olanca çağdışılığı ile yine sürüyor.

Bir yanda ağızlarından demokratikleşmeyi düşürmeyen bu koalisyon hükümetiyle sürüyor, diğer yanda bizlerin henüz örgütlü bir güç olamamızla. Belirli

bir bilinçlenme düzeyi yaratamamızla sürüyor...

Söz iktidardan açılmışken konuyla örtüşmesi bağlamında onun da demokrasi anlayışına yönelik bir şeyler söylemek istiyorum...

Şu son beş-altı ay içerisinde sağlık bakanlığı bizi dinler olmuş! İktidarın çoğulculuk, katılımcılık anlayışı o ki soru sormayı ve görüş almayı demokratiklikle içselleştirmiş. İşin trajik yanı bizim bu uydusal rolü oynama isteğimizin ağırlığında barınıyor. Merkez heyetimiz bir yana bunu bir eczacı olarak içime sindiremiyorum. Yani kabul edilmeyi kabulleneceğiz ama kendi isteğimizle kendimizi kabullendirmeyi erteleyecek ya da yok sayacağız. Bir yandan da odaların devlet dairesi tarzında çalışmasına karşı çıkacağız! 80'li yıllarda şarkı dinlememiz yasaktı, şimdi dinletiyorlar ve de seviniyoruz. Ama bizler şarkı söylemeyecek miydik?

Kaldı ki ve de öyle ki devlet tarafından önemsenmeyi kabul edilmeyi beklentilerimizin gerçekleştiği gibi yanlış bir algılamaya neden olması anlamında çok tehlikeli buluyorum. Bunu biz meslek örgütlerinin bağımsız politika üretmeleri önünde önemli bir engel olarak görüyorum. Kısaca araç değil, amaç olmamız gerekliliğini vurguluyorum. Bu süreçlerde ilki uzlaşmayı, ikincisi etkin olmayı tanımlar. Dolayısıyla bizim görevimizin de tek bir güç odağına karşı tüm meslek odalarıyla birlikte çeşitli güç odaklarını oluşturmak olarak görüyorum. İşte demokratikleşme bununla ilgili bir olay...

* Trabzon Eczacı Odası Başkanı

Ne var ki bugün ki yapımız, biraz önce de andığımız gibi sürekli müdahaleye açık biçimde varlıklandırılmıştır. Bu yapıyla doğaldır ki ne varolan sorunları çözmemiz ne de olası sorunları engellememiz pek kolay değildir.

Öyle ki bu süreçlerde ne kadar söylene durursak duralım...

Efendim, bizler bu yasaklarla sürekli haksızlığa uğruyoruz. Örneğin varlık nedenimiz olan ilacın ekonomik politikasında bile etkin olamıyoruz; bu doktorların sağlık politikalarında, hukukçuların yargı bağımsızlığı konusunda, mimarların çevre konusunda politika üretmezliğine benziyor diyelim...

Siyaset yapmakla, siyasi mücadele farklı kavramlardır diyelim... Siyaset toplumsal yaşamın ta kendisidir. Tümümüz yerimiz ve durumumuza göre bu kesitte yer alırız. O anlamda da siyaset yaparız diye söylenelim...

Sözgelimi bunu evde akmayan su ya da toplanmayan çöplerimiz konusunda göstereceğimiz tepkinin ya da aktığı ve toplandığındaki övgünün siyasetin ta kendisi olduğunu örnekliyorum...

Hatta yerginin ya da övgünün olmaması durmunda bir aptalık sendromundan söz edelim.

Siyasi mücadelenin ise süreci belirleyen mücadele olduğunu ve bunun da siyasi partilerin işi olduğunu ve de burada meslek odalarının işi olmadığını aktaralım..

Dolayısıyla siyasetle, siyasi mücadeleyi böylece birbirinden ayırmak gerektiğini, ayırmayınca yasaklananın toplum yaşamının kendisi olduğunu söyleyelim...

Yani bizim amacımızın siyaseti belirlemek değil, etkilemek olduğunu belirtelim.

Ama sonuç değişmiyor, zira

Meslek odaları olarak gerçek anlamda örgütlülük düzenimizi geliştiremedik, yeni örgütlenme yollarını açamadık. Bunu-Bunları sağlamak zorunluluğumuz bulunuyor.

değişmedi!..

Zira uğratılan bu haksızlıklar belli kesimlerin eldeledikleri çıkarlarla içkindir. Bu çıkarların sağlanması için bu haksızlıkların var olması gerekiyor. Adına varın rakip sahaya her ne koşulda olursa olsun girmenin ofsayt olduğu tek kale maçı deyiverin. İşte

maçın adil olması için **demokrasi** gerekli.

Ama maçın adil olmasını istemeyenler var. Dolayısıyla maçın adil olmasını beklemek hayli saflık olur.

Bu bize şunu gösteriyor ki, çözüm diye öne koyduğumuz bu demokrasi de "ol demekle olmuyor". Onu bize kimsede vermiyor. Verseydi, 80 depremenden büyük yara alan ve on yıl sonra iktidar olan bu koalisyon hükümeti verirdi.

Kaldı ki verilen de kolayca geri alınabiliyor. Ancak kazanılan geri alnamaz. İşte bizim de kazanmamız gerekiyor. Tüm duyarlıklarımız, bilincimizi, birikimimizi maddi-manevi gücümüzü potansiyel kilmamız gerekiyor. Çoğulcu bir katılımın işlemeye başlaması gerekiyor. Ama katılmayı, kabul edilme biçimselliği-yapaylığı-sığılığı ötesinde istencimizle sağlamamız gerekiyor. Bu da kendi gündemimizin sahibi kılınmayı değil sahibi olmayı dayatıyor.

Dolayısıyla meslek odaları, sendikalar, demokratik kitle örgütleri gibi sivil toplum yapılarının andığımız anlamda siyasete girmek ve etkinlik sağlamak zorunluğu bulunuyor.

Kaldı ki ülkemiz Eylül yasa ve düzenlemelerinin cenderesinden henüz kurtulamamıştır. Elbette başta 82 anayasası olmak üzere demokratikleşmeyi engelleyen tüm yasaların değişmesi gerekmektedir.

Ancak bu yasal düzenlemeler ve çözümlenmelerin de sorunu-sorunları tümünden çözemeyeceği unutulmamalıdır.

Eylül yasalarının hastalıkları bir yana kendi örgüt yapımızın sağlığından da ne kadar söz edebiliriz?!

Meslek odaları olarak gerçek anlamda örgütlülük düzenimizi geliştiremedik, yeni örgütlenme yollarını açamadık. Bunu-Bunları sağlamak zorunluluğumuz bulunuyor. Nasıl sorusunun ayrıntısız yanıtında öncelikle kendimizi yargılamamız, özleştirme yapmamız ve de örgütlenme konusunda yeni bir tarz denememiz bulunuyor.

Yıllarca yönettik, bunu demokratik bir biçimde de sağladık. Ama kanımca sağladığımızı sandık. Zira tutmadı. Seçilenin "güç bende", seçenin "artık sıra sizde" vargısıyla tavanda tabanı birbirinden olancasıyla uzaklaştıran bu süreçlerde her iki kesimi de kendilerine yabancılaştırdık. Dolayısıyla hedefimiz saptı, uzaklaştı, belirsizleşti. Sisteme karşı bir alternatif yaratamadık. Yöneticilerin değişirliği düzlemde maddi bir mantık ve işbölümünü kalıcı kuramadık.

Şimdi diyorum ki yöneticilikten yürütücülüğe dönüşen bir örgütsel yapılanmayı benemsemeliyiz. Karar alma

yetisi ve yetkisi için tüm meslek odalarının kapısını meslektaşlara açmalıyız.

Onları yönetmek yerine açacağımız kapılar içindeki mekanlarda onların alacağı kararları yürütmeliyiz. Karar alma yetkimizi seçilmiş dahi olsak tüm tabana yaymalıyız. Tabandaki hiyerarşik yapılara özerklik ve yasallık tanımalıyız...

Sonuçta şunu söylemek istiyorum ki, tüm bunlar ve bunlar üzere geliştirilen çabalar tabu olan bir güce karşı, tabu değil ama potansiyel olması gereken diğer güçlerin varolma mücadelesiyle içkindir. Diğer meslek odaları, sendikalar vs...

Artık kendi istencimizle kendimizi kabul ettirmek için bir güç merkezi olmak zorundayız.

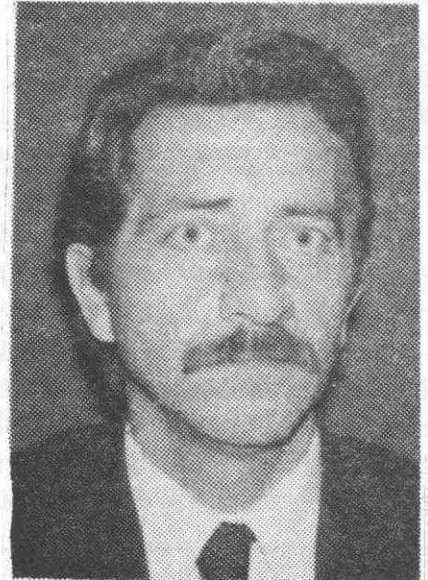
İşte bunun için demokrasi diyor ve ona her zamankinden daha fazla gereksinim içinde olduğumuzu vurguluyoruz.

Sorunsuz değil ama sorunları en aza indirgenmiş bir eczacılığa kavuşabilmemiz için demokrasi saflarında yer almaktan başka bir çareyi başımızı kuma gömmek olarak görüyorum!

Sevgili Arkadaşımız, değerli meslektaşımız Ezc. Aydın Topkaya'yı yitirdik.

Ecz. Aydın Topkaya 18.01.1950 yılında Adana'da doğdu, İlk, Orta ve Lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. 1970 yılında AİTİA Eczacılık Yüksek Okuluna başladı. 1980 yılında bu okuldan mezun oldu. 1982 yılında eczane açtı. Bu arada Birleşik Alman İlaç Fabrikaları Ankara ve Orta Anadolu Bölge Müfettişliği yaptı. Evli ve bir çocuk babası olan arkadaşımız son olarak da Anadolu Medikal'de yönetici olarak görev yapıyordu. Ecz. Aydın Topkaya 1981 yılında 2156 sicil numarasıyla odamıza kayıt olmuş ve çeşitli kademelerde hizmet vermeye başlamıştır. 1984-1987 yıllarında yönetim kurulu üyesi, 1987-1989 yıllarında ise Odamız denetim kurulu üyesi yapmıştır.

Bu kısacık biyografi elbetteki 42 yıllık bir yaşamı anlatmaya yetmez ve kuşkusuz yaşam biyografilerindeki tarihlerin ve yer adlarının ötesinde bir şeydir.



Avrupa'da Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçerisinde Eczacının Rolü ve İşlevi-III*

4. İLAÇLARIN AKILCI KULLANIMI

İlaçların akılcı kullanımını sağlamak için, eczacının aktif katkıları gerekir. Burada en önemli nokta hastanelerdeki ya da eczanenin bulunduğu çevrelerdeki doktorlar ve hemşirelerle yakın işbirliğinin sağlanmasıdır. Bu türden etkinlikler, bu raporun ileriki bölümlerinde ayrıca ele alınacaktır.

İlaç ve tedavi komitesi, bir kurum içinde ya da belirli bir bölgede, ilaçlarla ilgili sorunlar üzerinde çalışan uzmanlardan oluşan disiplinlerarası bir gruptur. altmışlı ve yetmişli yıllarda, çoğunlukla eczacılardan oluşan bir komiteler bir kurul olarak yalnızca hastanelerde işlev görürlerdi; daha sonra rolleri genişleyerek, poliklinik hastalarının bakımını da kapsamı içine aldı ya da poliklinik hastalarının bakımı için ayrı komiteler oluşturdu. Neredeyse kaçınılmaz olarak, bu komitelerin sekreterleri eczacılardan oluşturmaktadır. İlaç komitesinin görevleri şöyle sıralayabilir:

*Bir ilaç kodeksinin derlenmesi. Akılcı, güvenli ve etkili ilaç kullanımını sağlama süreci içinde, bir kurumda normal olarak kullanılan ilaç yelpazesini daraltmanın avantajları olabilir; ancak istisnai durumlarda, bu yelpazenin dışına çıkma olasılığını da saklı tutmak gerekir. Günlük kullanım için, sınırlı bir tercih edilen ilaçlar yelpazesi üzerinde yoğunlaşan bir ilaç kodeksi, dahil ettiği ilaçların daha iyi tanınmasını sağlar, stokları azaltır ve dolayısı ile de israfı önler. Günümüzde, çoğu ilaç kodeksi yalnızca bir ilaç kataloğu olmanın ötesinde bir anlam taşır; çünkü tedavi ile ilgili özet tavsiyeler sunarlar, istenmeyen etkileri, önlemleri ve t toksik reaksiyonların tedavisi gibi unsurları içerirler. Hastane kodeksleri için durum tümüyle sorunsuz değildir kuşkusuz, ancak bu konu diğer yayınlarda kapsamlı biçimde ele alınmıştır ve bu nedenle burada daha fazla tartışılmayacaktır.

*Yeni ilaçlar hakkında ya da mevcut ilaçlarla ilgili olarak ortaya çıkan yeni gerçekler hakkında gerekli verilerin sağlanması. Bu türden bilgiler genellikle periyodik bültenler yolu ile iletilir.

*Hastane koşullarında ve konsültasyon odalarında ilaçların kullanımına yönelik rutin programların geliştirilmesi.

*Klinik çalışmalarda ve kuşku duyulan istenmeyen etkilerin rapor edilmesinde görev alınması. Yapılan çalışmalar, ilaç ve tedavi komitelerinin etkinliklerinin ilaç tedavisinin verimini artırabileceğini ve maliyetleri düşürebileceğini göstermiştir. Örneğin; bir ilaç tedavi komitesi bulunan hastanelerin, tedavi değeri tartışma götürülen daha az sayıda ilaç kullanıldığını kanıtlamıştır; çünkü, hakkında yeterli dokümantasyon bulunmayan ilaçlarla ilgili etkin bilgi sağlanması, bu türden ilaçların kullanımını önemli ölçüde azaltmaktadır. Bir dizi çalışma, özellikle pahalı ilaçların kullanılmasından çok daha ucuz eşdeğerlerinin kullanımına geçişlerin anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir.

4.2. REÇETELERİN KALİTE KONTROLÜ

Reçetelerin kalite kontrolü, eczacının farmasötik ve terapötik bilgi birikiminden yararlanarak, en üst düzeyde ilaç tedavisi sağlamayı amaçlar.

Eczacı tarafından gerçekleştirilen kontrol, reçete edenden kaynaklanabilecek hata ve belirsizliklerin, hastanın yararına ortaya çıkarılmasını sağlar. Birçok çalışmada, bu türden hataların görüldüğü açıkça ortaya konmuştur.

Buun yanı sıra, eczacıların, reçetede ilaçları verirken yerine getirmeleri gereken belirli bir takım resmi ve yasal görevleri de vardır. Verilen alışkanlık yapan ilaçların

* Report on the Role and Function of Pharmacists in Health Care Systems in Europe- Adli rapordan özet- WHO- Geneva 1990.

kaydını tutmak reçetelerin resmi geçerliliğini ve reçete edenin yasal etkisi olup olmadığını kontrol etmek bu görevlerden bazılarıdır. bunun yanı sıra, ilaç maliyetlerinin hastalar, sigorta kurumları ve kamu otoriteleri arasında paylaşılması gibi işler de bu görevlerin kapsamı içine girebilmektedir. Birçok ülkede, bu türden ek sorumluluklar son yıllarda giderek yoğunluk kazanmıştır.

Birçok ülkede eczacılar, farmakoterapötik güvenilirliğin artırılması amacıyla, hasta ilaç kayıtları ("hasta profilleri") tutmaya başlamışlardır. Bu türden bir düzenlemede yer alan eczacı, bir hasta tarafından alınan "reçeteli ya da reçetesiz" tüm ilaçları kaydeder. Bunun amacı hem reçete hatalarını saptamak hem de ilaç etkileşimleri ya da aşırı uzunsürelili tedavi olasılığı ile ilgili olarak reçete edene önerilerde bulunmaktır. Böyle bir sistemi uygulamanın pratik güçlük ve sorunları vardır; örneğin; bir hasta birden fazla eczanenin müşterisi olabilir. Birçok eczaneden giriş yapılabilen bilgisayar destekli bir hasta kart sistemi bu sorunu çözebilir, ancak aynı zamanda, gizlilik ile ilgili olarak, yeni sorunlar da ortaya çıkacaktır. yine de bu türden kontrol sistemleri vardır ve bunların işlev ve yararlılıklarını dikkatle incelemeye değer.

Bugün Hollanda'daki birçok özel eczanede, başarılı bir reçete kontrol sistemi kurmak amacıyla bilgisayar kullanımına geçilmiştir. buradaki en önemli dört dosya, hasta, preparat, ilaç tedavisi öyküsü ve finansal kayıtlarla ilgili olanlardır.

Hastayı tanımlamak için, hasta dosyasına üç farklı anahtar ile giriş yapılabilir; bunlar, hastanın adı, adresi, ya da kayıt numarası olabilir. Bu anahtarlardan biri kullanıldığında, bilgisayar bu hasta ile ilgili tüm diğer bilgilerin dökümünü yapabilir; örneğin ilaç alerjisi öyküsü ya da kontrendikasyonların varlığı gibi. Söz konusu ilaç, hastanın ilaç tedavisi öyküsüne karşı ve ilaç tedavisi öyküsü dosyasına girilmiş olan kendi kayıtlarına karşı kontrol edilir. Bu sistem, olası ilaç etkileşimleri, özel doz gereksinimleri kontrendikasyonlar ve hatta hasta uyumu ile ilgili değerli kontrol verileri sağlar.

Ancak kuşkusuz, teknik gelişmeler yani alternatifler sunmaya devam edecektir. Bunlar içinde en fazla umut verici olanı, şu anda Fransa ve İngiltere'de denenmekte olan, bireyin kendisi tarafından tutulan elektronik ilaç tedavisi kayıdır. Hastanın sürekli olarak yanında taşınması gereken elektronik bir kredi kartına benzeyen bu kayda büyük miktarda veri yüklenebilir. Hastanın gittiği herhangi bir

doktor bu kayıttaki tüm bilgilere girebilecek ve buna, hem tıbbi notlar (teşhis de dahil) hem de reçete ettiği ilaçlar ile ilgili bilgileri ekleyebilecektir. Bu türden bir düzenlemenin en önemli avantajı, hiçbir veri depolama sorunu ya da gizlilik sorunu doğurmamasıdır; çünkü bireyin kendisi tüm bu kayıtları elinde tutmakta ve bunlara girişi kontrol etmektedir.

4.3. İLAÇ BİLGİSİ

Eğer ilaç tedavisinin akılcı olması isteniyorsa, yeterli bir güvenilir bilgi akışı sağlanmalıdır. Bugün, sağlıkbakımı alanında uzmanlaşmanın artması ve giderek artan çeşitlilikte dozaj formlarında kullanıma sunulan spesifik etkili maddelerin geliştirilmesinden dolayı, uygun bilgilere ulaşabilmek (ve bunların değerlendirilmesi) potansiye olarak geçmişten daha karmaşık bir sorundur. Objektif ve aynı zamanda kolaylıkla yeniden elden geçirilip düzeltilebilecek ilaç bilgilerini sağlayabilecek ve aklaştırabilecek etkili bir sistemin geliştirilmesi, daha iyi hasta bakımını sağlamak için çok önemli bir önkoşuldur. Eczacılık mesleği bu türden sistemlerin geliştirilmesi ve uygulanmasında temel bir rol oynayabilir. İlaç bilgisi, sağlama işi temel olarak, bilgi kaynaklarının seçilmesi ve izlenmesinin yanı sıra, verilerin değerlendirilmesi, depolanması ve elden geçirilmesi ve bunların diğer sağlık personeli ve hastalara iletilmesi gibi, çokönemli ve birbiri ile yakın ilintili işlevlerden oluşur. İlaç bilgisi sağlama işi çok yönlü bir süreçtir; geniş bir açıdan bakıldığında, örneğin bir doktordan ya da hemşireden gelen spesifik taleplere anında ve doğru olarak yanıt verebilmektedir.

Özellikle ilaç etkileri ve yan etkileri ile ilgili verilerin hacim, karmaşıklık ve hızla toplanabilirliği, güçlükler taşıyan ve çaba gerektiren bir uğraştır; ancak aynı zamanda yanıtları da mevcut olan bir sorundur bu. uluslararası kapsamlı referans kitapları ve özetleme servislerinin yanı sıra, mikrofilm ve veri tabanları oluşturulmuş ve uzmanlaşmış ilaç bilgi Merkezleri (İBM) kurulmuştur.

Bu İlaç Bilgi Merkezleri ağı son yıllarda oldukça kapsamlı biçimde yayılmıştır. Örneğin yalnızca Bulgaristan'da, ulusal merkezlerin yanı sıra, her birinde 1-5 eczanenin çalıştığı 28 bölgesel merkez vardır. İngiltere'de benzer sayıda elemanın çalıştığı 20 büyük bölgesel İBM'nin yanı sıra, 130 kadar yerel birim vardır ve tüm bu merkezler koordinasyon içinde çalışmaktadır.

İlaç bilgi merkezleri sağlık hizmetlerinin bir parçasını oluştursalar da, meslek kuruluşları da bu türden girişimlerde

bulunabilmektedirler. Örneğin İngiliz Kraliyet Eczacılık Topluluğu, yılda çoğunlukla telefonla yapılan 16.000 talebe cevap veren, oldukça gelişmiş bir ilaç bilgi merkezine sahiptir.

İlaç Bilgi Merkezlerinin görevleri şunlardan oluşmaktadır:

- *Bilgisayar veri tabanlarının oluşturulması,
- *Uzmanlaşmış dosyaların tutulması; örneğin emzirme ve gebelik sırasında ilaç kullanımı.
- *Güvenilir yeni ürün profillerinin çıkarılması.
- *Diğer bilgi kaynakları ve üreticilerle işbirliğinin sağlanması,
- *İlaç bilgisi sağlamak işi için, ortak uygulama standartlarının, yasal ve ahlaksal normların oluşturulması.

Bunların yanı sıra bu merkezlerin çğu düzenli bültenler yayınlamakta, eğitim hizmetleri sunmakta ve ilaç ve tedavi komitelerine bilgi desteği vererek yardımcı olmaktadır. Bazı merkezler, çoğunlukla klinik farmakoloji departmanları ile işbirliğine girerek, istenmeyen ilaç etkilerini izleme programları oluşturmuşlardır.

Kuşkusuz bu çabalar büyük değertaşmaktadır. Bir ilaç bilgi merkezinin, hizmet sunduğu tarafların, merkezin çalışmaları ile ilgili izlenimlerini araştırmaya yönelik biranalize göre; alıcıların % 84'ü sağlanan verileri yararlı bulmuştur; % 82'si alınan bilgilerin hastanın tedavisini iyileştirmede katkıda bulunduğunu onaylarken, % 23'ü bu bilgilerin ilaç maliyetlerini azaltmada yararlı olduğunu belirtmiş ve % 93'ü de, bu bilgilerin, kendi mesleki bilgilerini arttırdığını vurgulamıştır.

Son yıllarda hastane servislerinde klinik eczacılık etkinliklerinin geliştirilmesi, ilaç bilgi merkezleri için yeni bir müşteri grubu ortaya çıkarmıştır: İlaç tedavisi el ilgili koşuş tartışmalarına giderek artan biçimde katılan hastane eczacısı. Doğal olarak, bu raporun daha önceki bölümlerinde de tartışıldığı gibi, ilaç bilgisi sunma hizmetlerinin kapsamı (ve bu bilgilere duyulan ihtiyacın kapsamı), ülkeden ülkeye ve hatta hastaneden hastaneye değişmektedir. Ancak, klinik eczacılık geleneğinin yerleştiği yerlerde, bu görevi üstlenen kişilerin, bir ilacın ya da bir dozun seçimini etkileyebilecek, ilaç tedavisinin kesilmesine ya da değiştirilmesine yol açabilecek ya da yan etkilere karşı reaksiyonları etkileyebilecek tedavi tartışmalarına daha yoğun ve kapsamlı

biçimde katılması gerektiği de bir gerçektir.

4.4. HASTA BİLGİSİ VE EĞİTİMİ

Sağlık eğitiminde, ilaç alanındaki uzmanlardan biri olan eczacı, ilaçlar hakkında, sağlık bakımı ekibinin diğer üyelerine, hastalara ve daha geniş kapsamda halka ulaşan bilgilerin yeterli ve nitelikli olmasını sağlamada sorumluluk alabilir ve almalıdır. Burada, hastayı tedavi hakkında bilgilendirmek, reçete edilen ya da satın alınan ilacın doğru kullanılmasını sağlamak gibi bir görev söz konusudur. Eczacılar, sağlık eğitimi ile ilgili çalışmalara etkin olarak atılmalı, daha geniş bir topluluğa ulaşmak için diğer tüm mevcut eğitim kanallarını kullanmalıdır.

Eczacılar tarafından yerel düzeyde verilecek sağlık eğitimi, hastaların farklı sağlık personelinden farklı ve çelişkili tavsiyeler alma riskini ortadan kaldırmak için, yöredeki doktor ve hemşirelerle yapılan anlaşmalar doğrultusunda olmalıdır.

Eczacılar, hastaların tedaviye uyum düzeyini geliştirmede de önemli bir rol üstlenebilirler. Bir çok hasta, kendilerine reçete edilen ilaçları ne zaman, nasıl ve niçin almaları gerektiği konusunda oldukça yüzeysel bilgiye sahiptirler. Çalışmalar, toplumdaki hastaların hemen hemen yarıya yakınının, ilacı reçete eden hakimin talimatlarına uymada başarısız kaldığını göstermektedir. Hastanelerin acil servislerine başlıca hasta kabul nedenlerini analiz eden bir çalışma, bu vakaların % 10-15'inin yanlış ilaç kullanımından kaynaklandığını ortaya koymuştur.

Eğer bu yönde bir çaba gösterilirse, bu türden hastalardüzeltilebilir. İnhalasyon aerosollerin kullanımını konu eden bir çalışmada, hastaların % 65'inin bunları yanlış kullandıkları, ancak verilen talimatlar ve eğitimin sonucunda, bunların % 97'sinin doğru tekniği uygulamaya başladıkları saptanmıştır. Benzer bir diğer çalışmada, astaların yalnızca % 36'sının aerosolü doğru kullandıkları, bunun temel nedeninin de, doz salımı ve inhalasyon arasındaki koordinasyon eksikliği olduğu bulunmuştur; hastaların % 15'i kendeilerine bu konuda bilgi sağlandığında tekniklerini düzeltmiş ve diğer % 15', bu bilgilerin kendileri için önemli olduğunu ve ilk kez bu bilgilerle karşılaştıklarını söylemişlerdir. Ancak burada göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta daha vardır: bazı hasta uyumsuzlukları, hastaların bilgisizliklerinden değil, bilerek ve isteyerek tedaviye uyum göstermemelerinden kaynaklanır.

Eczacının, bir ilacı verdiği yazılı olarak sağlanması gereken, (örn. ilaç kutularının üzerinde) temel bilgilerin doğası ve kapsamı, bir ülkeden diğerine önemli farklılıklar göstermektedir. Bir çok ülkede,eczacının bu yolla sağlanması beklenen minimum bilgi düzeyi genellikle, hastanın adını, ilacın hastaya verilmiş tarihini, uygulama yolunu ve özel talimatları kapsamaktadır. Tablo 3, 22 ülkede normal olarak eczane etiketinde bulunan bilgileri göstermektedir. Doğru kullanımı sağlamak için çoğunlukla bunlara başka bilgiler de eklenir.

İngiliz Kraliyet Eczacılık Topluluğu, 1984 yılında, "Eczanede verilen ilaçlar için uyarı ve tavsiye etiketleri" başlıklı bir kılavuz ayınlamıştır. Ayrıca, "İngiliz Ulusal İlaç Kodeksi" etiketler için geekli metinleri de içermektedir; dolayısı ile reçete edenler, eczacıların kullandıkları etiketleri bilmektedirler. Bazı uyarılar spesifik olarak yazılır, örneğin;

- *Bu ilaç uykusuzluk yapabilir,
- *Bu ilacı alırken alkol kullanmaktan kaçının,
- *Bu ilaçla birlikte hazımsızlık ilaçları almayın,
- *Doktorun önerisi olmadan bu ilacı kullanmayı kesmeyin,
- *Bu ilaç idrar ve dışkıının rengini değiştirebilir.

Üreticinin, ürününün kalite ve güvenliğinden yasal olarak tümüyle sorumlu olduğu Federal Almanya'da, tamamlanmış ürünlerin ambalajlarının içinde genellikle, endikasyon(lar), dozaj kontrendikasyon(lar), uyarılar ve benzeri bilgileri içeren bir prospektüs bulunur.

Uzunca bir süre, Federal Almanya ve diğer ülkelerde kullanılan bu prospektüsler, karmaşıklıkları ve kullanılan mesleki terimler nedeniyle, hastalar için anlaşılabilir ve kafa karıştırıcı olmaktadır. Bugün Federal Almanya'da kullanılan prospektüsler resmi kontrole tabi tutulmakta, istenildiğinde hekim ve eczacılara sunulabilecek tenki bilgileri içermeyen, kapsamlı ancak hasta-nerkezli ilaç prospektüsleri kullanılmaktadır. Hem hastalara hem de hekim ve eczacılara sunulacak bilgiler, okunabilirlik, bütünlük ve doğruluk açısından sıkı resmi denetlemelerden geçirilmektedir. Bu prospektüslerin yanı sıra, eczacının, bir ilacı hastaya verirken bu ilacın en güvenli biçimde nasıl kullanılacağı yolunda yardımcı bilgiler sağlanması da beklenmektedir. Alman Eczacılar Birliği tarafından geliştirilen bir bilgisayar veri tabanı bu konuda eczacılara destek sağlayabilmektedir. Federal Almanya'daki bu gelişmeler, tüm Avrupa

Topluluğu içinde geniş kapsamlı tartışmaların ardından yaşanmaya başlanan gelişmelerin temsilcisidir. Kuşkusuz üretici tarafından sağlanan basılı ürün bilgileri çok önemlidir, ancak bunun yanı sıra, eczacı tarafından sağlanan basılı ürün bilgileri çok önemlidir, ancak bunun yanı sıra, eczacı tarafından sözlü ya da başka bir biçimde sağlanan, bireye yönelik bilgilerin çok önemli bir rol oynamaya devam ettiği de su götürmez bir gerçektir.

Eczacının rolünün kesin olarak tanımlanması süreci hâlâ devam etmektedir ve ulusal sistemler ile geleneklere bağlı olarak çeşitli farklılıklar göstermektedir. İsveç'te hem yazılı hem de sözlü bilgi aktarımı içeren kapsamlı bir sistem geliştirilmiştir. Yazılı materyaller, her biri bir grup ilgili ilacı işleyen bir dizi standart bilgi formu şeklindedir; ilaç endüstrisi ile işbirliği içinde eczacılar tarafından geliştirilen bu yazılı bilgiler, hekim ve eczacı tarafından verilmiş olması gereken sözlü bilgilerin desteklemekte ve önemli bölümlerini tekrar etmektedir. Bu materyaller, aşağıdaki türden sorulara anlaşılır bir dille yanıtlar sunmaktadır:

- *Bu ilaç nasıl etkir?
- *İlacı nasıl almalıyım?
- *Nangi yan etkileri görebilirim?

Bu türden yazılı bilgilerin hastaların ilaçla ilgili bilgilerini arttırmadaki etkinliği doğrulanmamıştır. Hastalar, bu bilgilerin, tedavilerini doktorları ile tartışabilme yeteneklerini arttırdıklarını söylemişlerdir. Yazılı ve sözlü bilgileri birleştirmeye yönelik benzer girişimler Belçika ve diğer birkaç ülkede hem özel hem de hastane eczanesi düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

Bugün bazı Avrupa ülkelerinde, eczacıların kısa ve öz bilgi formları sağlamaları için yasal bir yükümlülük vardır.

Bu ana değin, çoğu ülkede, eczane verilen sözlü bilgiler için özel bir ortam sağlamak mümkün olmamıştır. Mahremiyetin sağlanması ile ilgili bu durum, birçok ülkede (Örneğin İngiltere) bir sorun olarak kabul edilmektedir. Çekoslovakya'da bir dizi eczanede yürütülmekte olan deneme nitelikte bir uygulamada; hasta-eczacı konsültasyonu için eczanede özel bir odanın bulundurulması söz konusudur. Bugün, bazı ülkelerde, eczaneler geleneksel tezgahların yerine, birebir ilaç satışının yapıldığı üniteleri kullanmaya başlamışlardır; burada da amaç aynıdır: mahremiyeti sağlamak.

Bu raporda daha önce de vurgulandığı gibi, birçok ikinci dereceden hastalık için kendi kendine ilaç tedavisi sağlamak gerçekten çok önemli bir konudur ve bu, başta İskandinav ülkelerinde olmak üzere çok sayıda çalışmayla doğrulanmıştır. Bu nedenle, bu alanda bilgi ve eğitimin sağlanması en az reçeteli ilaçlar için bilgi ve eğitimin sağlanması kadar önemlidir. Finlandiya'da yapılan bir araştırma, kendi kendine ilaç tedavisi uygulamasında hem doktorların hem de eczacıların önemli etki unsuru olduklarını doğrulamıştır. Ancak bunun yanı sıra, aynı araştırma, gerçekte hastaların çoğunlukla ilaçlarını eczaneye geldikten sonra seçtiklerini de ortaya koymuştur. Avrupa'nın güney bölümlerine gidildikeçe, hastaların daha önceden seçtikleri bir ilacı satın almak için eczaneye gitme eğiliminde oldukları görülmektedir; ancak, bu İtalyan çalışması, hastaların büyük ölçüde eczacıdan aldıkları bilgilere göre karar verdiğini ortaya koymuştur. Bu hastaların yaklaşık % 14'ü hangi O.T.C. ürünü alacaklarına dair hiçbir ön bilgiye sahip değilken, % 49'u kafalarında belirli bir ürün adı ile eczaneye gelmekte, ancak eczacının görüşünü de almaktaydılar. Yine 1981 yılında İngiltere'de sağlık yetkilileri tarafından yürütülen bir araştırma görüşme yapılan insanların yaklaşık % 15'inin bir önceki yıl nezle ve griibin yanı sıra, mide ve deri rahatsızlıklarının tedavisi için, bir doktora değil de bir eczacıya danışmış olduklarını göstermiştir. Bu insanların yaklaşık yarısı eczacıya gittiklerini çünkü, rahatsızlıklarının bir doktora baş vuracak kadar ciddi olmadığını söylerken, diğer yarısı, bir eczacıya danışmanın daha çabuk ve uygun bir yol olduğunu belirtmiştir. İngiltere'de kendi kendine ilaç tedavisi ile ilgili olarak yapılan bir başka çalışma, örneklerinin % 23'ünde bir ürünün satışının tavsiyeler vermeyi de kapsadığını göstermiştir.

Burada, gayet mantıklı olarak şu soru sorulabilir: Acaba eczacının, tavsiyelerde bulunurken, mesleki sınırlarını aşması verisk yaratması söz konusu olabilir mi? İngiltere'de Tüketiciler Derneği tarafından eczacılarla ilgili olarak yapılan bir çalışmada bu konuya bir açıklık getirilmiştir: "Eczacıların, kendilerinde talepte bulunulduğunda anında tavsiyelerde bulduklarını ve genel olarak, potansiyel olarak ciddi semptomlar söz konusu ise, bir ilaç satsalar bile, hastanın ayrıca bir doktora baş vurmasını da tavsiye ettiklerini saptadık. Satılan ilaçlar ile

ilgili olarak hekim ve eczacı üyelerimizin aptıkları değerlendirmelere göre; bazılarının gereksiz oldukları görülmüş olsa da satılan ilaçların çoğunun verilen amaç için etkili olduğu saptandı. Bununla birlikte, eczacı tarafından tavsiye edilen ilaçların uygun olmadığı vakalar da vardı." Eczacıların halkla ilişkileri, temel olarak eczane ile bağlantılı etkinlikleri yolu ile olur; buna karşın, örneğin hasta dernekleri, emekli dernekleri, spor kulüpleri gibi kuruluşlarla ortak eğitim ve bilgilendirme projeleri üzerinde çalışılan eczacılar daha geniş bir çevrede etkinlik gösterirler. Bu türden etkinlikler ilaçlar ile, bunların hastalıkları önleme, hafifletme ve iyileştirmedeki rolleri, sınırlı kaldıkları yönleri ile ilgili daha geniş kapsamlı bilgi birikiminin oluşmasını sağlayabilir.

Bir eczacının hastalara tavsiyelerde bulunan, onları bilgilendiren, güven duyulan bir kişi olarak kabul görmesinin ek koşulu, onun eğitim ve bilgi düzeyinin bu görev için uygun olması, hastaların değişen beklentilerine karşılık verebilmesidir kuşkusuz. Birçok ülkede yapılan çalışmalar eczacının toplumun gözünde üst sıralarda yer aldığını göstermiştir. Toplum, eczacının sorumluluk anlayışına, yüksek standart taşıyan mesleki eğitimine, ulaşılabilirliğine ve insanlara yararlı hizmetler vermesine saygıyla bakmaktadır. Bunlar, bu mesleğin dünyanın her yerinde sahip olması ve korunması gereken standartlarıdır.

4.5. İLAÇ EDİMİYOLOJİSİ

"İlaç epidemiyolojisi" terimi birden fazla anlamında kullanılmaktadır. Bu kavram, tıpta yalnızca ilaç kullanımı modellerinin incelenmesi ile ilgili olarak kullanılabilir gibi; ilaç kullanımının, ilaç etkileri ve istenmeyen ilaç etkilerinin profilini çıkarmayı amaçlayan tüm diğer çalışma alanlarını da kapsayabilir. Bu kavram burada çok geniş bir anlamda kullanılacaktır.

Böylesine geniş bir anlamda ele alındığında, ilaç edimiyolojisinin bireysel olarak ya da ekip olarak çalışan hekim, eczacı, istatistikçi ve epidemiyoloğun yer aldığı disiplinlerarası bir etkinlik olduğu açıkça görülür. Eczacının bu alandaki çok etkin katılımı, onun temel ilgi alanının ilaçlar olduğuna ve aynı zamanda, doğal bilimlerdeki geniş eğitimini yansıtır.

Sağlık Reformu Taslağı

Olcay SELES*

1993 Mali Yılı Bütçe görüşmeleri Sağlık Bakanlığının görüşü, Dr. Yıldırım Aktuna aracılığıyla ve multivizyon yoluyla Bakanlar Kuruluna sunuldu.

Basın aracılığıyla izleyebildiğimiz kadarıyla, Sayın Bakan görüşlerini aktarırken, bazı kabine üyelerinin gülümsedikleri ertesi günkü gazetelerde yeraldı. Ülkemizin 1993 yılı içerisinde, akçalı konularda neler yapacağını tartışıldığı, böylesi ciddi bir konuda neden gülüşmeler oluyordu?

Elimizden geldiğince konuyu açıklamaya çalışalım:

Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında Ankara'da I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenledi.

Bu kongreden amaç Türkiye'de bugüne değin uygulanmakta olan sistemin değiştirilmesi, katılımcı, demokratik ve bilimsel bir yaklaşımla çözümlerin üretilmesiydi. Hiç bir ön yargıya yer verilmiyordu. İktidarı, muhalefeti, meslek örgütleri, üniversiteleri, sendikaları, dernekleri, resmi ve özel kuruluşları, basın sektörü, tüm gerçek ve tüzel kişileri konuşacak, tartışacak ve hep birlikte en güzeli yapılacaktır.

Buraya kadar aktarılanlara sanıyoruz ki, hiç kimsenin itirazı yoktur.

Demokrasi katılım demektir. Görüldüğü gibi, nedereyse toplumun tüm kesimleri sağlık politikasını tartışmak üzere çağrılmıştır.

Başlangıç, niyet, umut son derece güzeldir. Nedereyse, gözleri yaşartacak bir katılım sağlanmaktadır. Bazı meslek örgütleri bu kongreden oldukça umutludur. Nitekim, Türk Tabipler Birliği, kongre öncesi yayınında;

"Sağlık Bakanlığı Türkiye'de artık hemen herkesin üzerinde hem fikir olduğu sağlık sorunlarının aşılması için bir reformun gerekliliğini kabul etmiştir. Bu kabulün sağlanması halkın ve özelden Türk Tabipler Birliğinin yıllar süren ısrarlı uğraşının bir sonucudur. Devlet kendiliğinden ve durduk yere böyle bir reformu gündeme getirmemiştir. Bu nedenle sözkonusu reformun gerçek sahibi özelden Türk Tabipleri Birliği'dir." diyecek kadar da umudunu üyelerine duyurmaktadır.

İşte bu olumlu rüzgar, herkesi önüne katıp umut damarlarını kabartmaktadır. 23 Mart sabahına kadar her şey güzeldir. Olası reformun gerçek sahipleri bile neredeyse belirlenmiştir. Ama, kazın ayağı öyle olmamıştır.

Demokrasi bir anlamıyla da verilen sözün tutulmasıdır. Kongre öncesi, Sağlık Bakanının niyetiyle, çağrılı olanların temsil ettikleri kitleler arasında bir çelişki vardır.

Örneğin Sağlıkla ilgili sendikalar bu kongrede temsil edilmemişlerdir.

Bu konuda, unutkanlık gibi bir gerekçeyi kabul edemiyoruz.

Genelden özele doğru irdelememizi sürdürürsek:

Kongrede 34 çalışma grubu oluşturulmuştu ve ancak 6 sında eczacılar temsil edilmişmi dir?

Bu grupların, hazır sorulara vermekle yükümlü olduğu yanıtları içeren çalışmalar, sayfa sınırı da konularak (üç sayfayı aşmayacak şekilde) alınmıştır.

Kongre, Sayın Bakanın verilen bu raporları değiştirmeye, kimsenin gücünün yetmeyecek sloganıyla kapanmıştır.

Nitekim eksik katılım ve yanlış yöntemle de olsa 34

* Uzman Eczacı, Ankara Eczacı Odası II.Başkanı

çalışma grubunun verdiği raporlar değerlendirildi ve T.B.M.M. ne sunulan "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" adlı bir kitapçık Mayıs ayında yayımlandı.

Bu kitapçığı hayretle ve ibretle okuduk ki: "Dağ fare doğurmuştu"

Kuşkuya düşmüştü herkes. Raporlarda belirtilen görüşlerin karşıtlarının neredeyse tamamı sanki Ulusal Sağlık Kongresinin bir sonuç bildirgesi gibi, T.B.M.M.'ne sunulan taslakta yer almıştı.

Örneğin: Çalışma grupları özelleştirmeye karşı çıkmışlardı, çalışma grupları aile hekimliği sistemini bir geriye gidiş ve çağdaş sağlık anlayışına aykırı olarak değerlendirmişti, Tüm sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması önerilmişti.

Ancak taslak bu söylenenlerin neredeyse tamamının tersi görüşlerle Meclise sunulmuştu.

Tüm bu gelişmeleri Ankara Eczacı Odası oldukça yakından izlemeye çalışmış ve bu arada diğer meslek örgütlerinin de konuya karşı duyarlı olmasını istemiştir.

Bu nedenle de Ankara Tabip Odası, Ankara Diş Hekimleri Odası, Ankara Veteriner Hekimler Odası ile birlikte konunun tartışılmasını isteyerek biraraya gelinmişti.

Bu toplantıların başlangıcında I. Ulusal Sağlık Kongresine çağrılmayan sendikalar ve diğer meslek örgütlerinin çağrılmasının gerekliliğini vurgulanmıştır. Yeri gelmişken vurgulayalım, Ankara Tabip Odasının konuya duyarlılığını taktirle karşılıyoruz.

Bu toplantılarda varılan ortak görüşlere göre

* Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe yaşanan sorunları şu şekilde saptıyor :

1. Sağlık göstergeleri bakımından toplumun çeşitli grupları ve bölgeler arasında önemli eşitsizlikler bulunmaktadır ve bunlar derinleşme eğilimindedir" diyor, nitekim doğru.

2. Sağlık sektöründe kamu kaynaklarının kullanımı olumsuzdur. Amaca yönelik değildir, bunun da ötesinde kamu kaynakları yetersizdir, deniyor.

3. En azından yakın dönemde kamu kaynaklarının

artırılabilmesi olanaksız görünmektedir. Bu durumda, belirli çerçeve içinde sağlığa ayrılan kaynakların artırılabilmesi, ancak başka finansman kaynaklarının yaratılabilmesiyle olanaklı olabilir.

4. Kaynakların artırılması, tek başına sorunlara çözüm için yeterli değildir. Aynı zamanda etkin kullanımları da gerekmektedir. Sağlık alanındaki kaynakların etkin kullanımı ise ancak, sağlığın.....

Sağlık Bakanlığı bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini de üç başlık altında topluyor :

1. Bundan böyle sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan sağlık vergileriyle sağlanacaktır. Buna Genel Sağlık Sigortası adı verilmektedir. Memurlardan maaşlarının belli bir oranı kadar ek sağlık vergisi kesilecek, işçilerden kesilen ve SSK kapsamında toplanan vergilerse oluşturulacak bir genel sağlık sigortası fonunda toplanacaktır. Prim ödeyemez olarak tanımlananlar ve geliri 300 bin liranın altında olanlar bu kapsama girmektedirler. Sağlık Harcamaları ise yine şu anda ancak hastane yatışları masrafları karşılanacaktır, devlet bütçesinden karşılanacaktır.

2. Hizmetin etkinliğini artırmak anlamında hastaneler özelleştirilecek, sağlık hizmetini sunan kuruma, finanse eden kurum birbirinden ayrılacaktır. Böylece, serbest piyasa koşullarında ve o kurallar çerçevesinde hastaneler birbiriyle rekabet edecekler, sigorta kurumu da özelleşen hastaneler içinden istediğiyle sözleşme yapma hakkına sahip olacaktır.

3. Köylerde sağlık ocakları sistemi devam ederken, kentsel bölgelerde aile hekimliği sistemine geçilecektir. Aile hekiminin ücretini de sigorta kurumu verecektir.

Taslakta yeralan bu görüşleri aktardıktan sonra kamuoyuna mega proje şeklinde aktarılmaya çalışılan bu projeye de ilgili bilgi aktarmakta yarar görüyoruz. Bu proje Dünya Bankasının 75 milyon dolarlık kredisi ile üç yıl öncesinden başlıyor. Üç bakan değişiyor, ancak bu proje değişmiyor. Yine bu proje ilk kez dünyada Türkiye'de uygulanmıyor, örneğin, Güney Kore, Filipinler bu projenin uygulandığı ülkeler arasında. Ancak bu ülkelerde hizmet masrafı artmış, sigorta primleri giderleri karşılayamaz duruma gelmiş, özelleşen hastanelerin kırsal kesimlere gitmek istememeleri sonucu insangücü ve diğer kaynaklar bakımından

varolan dengesizlik daha da derinleşmiştir. Bu görüş kredinin finansörü Dünya Bankası tarafından da paylaşılmakla birlikte yine de vazgeçilmemesi gereken bir proje olarak değerlendiriliyor.

Tüm bunlardan sonra, yukarıda sunduğumuz Sağlık Bakanlığının saptamalarıyla ilgili genel değerlendirmemize gelince:

1. Türkiye de kamu kaynaklarının kötü kullanımı tespiti doğru iken, kaynakların kıt olduğu tespiti kesinlikle yanlıştır. Türkiye'de çalışan toplum kesimlerinden vergi toplanmakla birlikte, sermayeden vergi toplanabilmesi hemen hemen olanaklı olamamaktadır. Toplanan vergilerin ne ölçüde sermayenin gerçek geliri üzerinden toplandığının da hiçbir güvencesi yoktur. Çünkü sermayenin gerçek geliri belli değildir. Ek olarak sermayenin Sağlık Bakanlığı 1992 bütçesine denk bir vergi yükü bizzat bu hükümet tarafından daha birkaç ay önce affedilmiştir. Dolayısıyla Türkiye'de kaynakların kötü kullanımı gerçek anlamda vergi adaletsizliği biçiminde görülmektedir. Sermayenin gereği gibi vergilendirilmesi, sermayeye yönelik gereksiz ve gerekçesiz teşvik ve muafiyetlerin ortadan kaldırılması, giderek tırmanan askeri harcamalara son verilmesi durumunda sağlık için yeterli kaynak ayrılabilmesi mümkün olabilecektir. Şüphesiz ki bu tercihler hükümetin çalışan toplum kesimlerinden yana siyasal tavır almasıyla olanaklı olabilir.

2. Türkiye'de koşullara uygun bir sağlık modeli ve mevzuatı olmadığı tespiti de doğru değildir. Çünkü Türkiye'de halen bir sağlık mevzuatı bulunmaktadır. O da 224 sayılı yasadır. Söz konusu yasa çıkarıldığı günden beri tam anlamıyla uygulanmamıştır. Bu nedenle yasanın Türkiye'de uygulanmadığı, dolayısıyla da Türkiye'nin nesnel koşullarına uygun olmadığı tespitini yapabilmek olanaksızdır. Bu anlamda, ortada, sorumlusunun 1961 yılından beri görevde bulunmuş olan tüm hükümetlerin olduğu bir sorumsuzluk ve kasıt vardır. Bir yasaya "uygun değildir" diyebilmek için, öncelikle o yasanın uygulanmış olması gerekir. 224 sayılı yasa için böyle bir durum sözkonusu değildir. Bu yasa tam gün yasasıyla desteklenerek çözüm getirilebilir.

3. Bakanlık ortaya attığı "Reform Paketi"nin realize edilmesi anlamında tarih olarak 2000 li yılları vermektedir.

Hatta kimi bölümlerinin ancak 20, 30, yılda yaşama geçirilebileceği belirtilmektedir. Kısaca güncel sorunlara yönelik hiçbir düşünce yoktur. Oysa, yukarıda da belirttiğimiz gibi, Türkiye'de sağlık sorunlarının çözülmesi anlamında yasal dayanaklar mevcuttur, yeterli kaynaklar vardır. Sorun yasaların işletilmemesi, eksik yönlerinin geliştirilmesine yönelik samimi girişimlerin başlatılmamasıdır. Bu anlamda yapılanlar oyalamadan başka bir şey değildir.

4. "Reform Paketi"nin temel önermeleri Sosyal Devlet anlayışına doğrudan saldırı niteliğindedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile, sağlık hakkı, herkesin "olanakları ölçüsünde" kendisinden sorumlu olacağı bireysel bir "sorun" düzeyine indirgenmektedir.

5. Konunun uluslararası boyutlu bir anlamı da bulunmaktadır. Benzeri tespitleri 1980 li yılların başından beri Dünya Bankası gibi uluslararası finans kuruluşları tarafından da yapılmakta ve yine aynı öneriler getirilmektedir. Kamu kaynaklarının kıtlığı tespitinden kalkarak getirilen özelleştirme önerisi "gelişmekte" olan ülkeler için yapılmaktadır. Kıt kamu kaynaklarının hastanecilik masraflarını karşılamaya yetmeyeceği, dolayısıyla kamu kaynaklarının koruyucu hizmetlere yönlendirilebilmesi için, kamunun hastanecilik hizmetlerini özel sektöre devretmesi gerektiği belirtilmektedir. Kısaca "gelişmekte olan" ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik bunalım sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunu doğurmaktadır. Sağlık sigortası ise, özelleştirilen hizmetin pazar güvencesini sağlamaya yarayacaktır. Bu anlamda, önerilenler sağlık hakkına yönelik ekonomik, ideolojik bir saldırı niteliği de taşımaktadır.

6. Türkiye'de GSS nin uygulanabilmesinin de hiçbir güvencesi yoktur. Bunun en basit verisi Bağ-Kur ve SSK nın başına gelenlerdir. Nedeni ise özellikle ilaç ve hastanecilik masraflarının artışı ile prim düzeylerinin artışı arasındaki büyük farktır. Bilindiği gibi Türkiye de ilaç fiyatlarındaki yıllık artış % 90 lar civarında gerçekleşmektedir. İşçi ücretlerinin kaynaklık ettiği prim düzeylerinin artışı ise ancak % 40 düzeyinde kalmaktadır. Prim düzeylerinin daha fazla oranda artırılabilmesinin tek yolu ise işçi ücretlerinin de ilaç fiyat artışlarıyla aynı oranda artırılabilmesidir. Bu ise Türkiye'nin şu anki koşulları içinde olanaksız görünmektedir.

BAŞLARKEN,

Bu sayımızdan başlamak üzere AEOB-İlaç Forumu dergisi yayın kurulu sayfalarında hastane eczacılığı uygulamalarına ilişkin bir dizi yazı yayınlama kararı almıştır. Bu yazı dizileri hastane eczanesi bültenleri şeklinde ve hastanelerde çalışan meslektaşlarımızın gönüllü katılımıyla gerçekleştirilecektir.

Yapılan her çalışma o hastanenin eczane bülteni adı altında dergi sayfalarında yer alacak ve hastane eczanesinin çalışmaları ile eczacılık ve ilaca ilişkin ürettikleri her türlü bilgi yoğunlaşması yazı içeriğinde aktarılmaya çalışılacaktır.

Bu girişimle ilgili olarak ilk gönüllü katılım ve destek **Yüksek İhtisas Hastanesi**'nden gelmiş ve hastane eczanesinde görevli olan bir grup meslektaşımız ileriki sayfalarda yer alan *Hastane Eczanesi Bültenini* hazırlamışlardır. Bundan sonraki sayılarda da devam taahhütü veren meslektaşlarımız bir taraftan kendi çalışmalarını siz okuyuculara en geniş biçimiyle aktarırken diğer yandan da dergimiz içeriğine yeni bir boyut katmışlardır.

Böylesi çalışmaların diğer hastane eczanelerinden de gelmesi dileğiyle...

AEOB İlaç Forumu

YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ Eczane Bülteni

Sayı : 1

1992

MERHABA,

Günümüzde, çok yönlü ilişkiler içinde hizmet verme özelliği taşıyan "Hastane Eczacılığı Hizmetleri"nin, diğer hizmetlere daha çok destek sağlayabilmesi ve işbirliğinin güçlendirilerek sürdürülebilmesi için, hastanenin tüm birimleri ile bir iletişim sistemi oluşturmasına gereksinim bulunmaktadır.

Memleketimizde, dolayısıyla hastanemizde duyulan önemli eksikliklerden bir tanesi de iletişim eksikliği ve birimler arasındaki kopukluklar olmaktadır. Elele ve yanyana hizmet verdiğimiz bu hastanede, duyulan bu eksikliği en aza indirmek ve birbirimizi daha iyi anlamak gereğine inanıyor ve "**Eczane Bülteni**" adını verdiğimiz bu yayınlara birimlerarası işbirliğine giden yolu olanaklar ölçüsünde açmak ve diyalogu kurumsallaştırmak istiyoruz. Hastanemizin Eczane Bölümü'ndeki çeşitli uygulamalara ilişkin izlenen ve izlenmesi gereken politikaların çerçevesini belirlemek ve pratiğe geçirerek birlikte uygulamak dileğimizdir. Örneğin: Gelişmiş "İlaç Dağıtım Sistemleri" ve Tedavi Yöntemleri" geliştirmek, Hastane Formülleri, "Daraltılmış Hastane İlaç Listesi" (Bugün İlaç ve Eczacılık Komitesi'nin kontrolü altında ve olanaklar ölçüsünde bu iş yapılıyor), maliyet/yarar, maliyet/risk gibi konularda çalışmalar yapmak ve daha sonra da bunları uygulamaya geçirmek gibi.

Son zamanlarda bünyesinde 1250 personeli barındıran hastanemiz, adeta orta büyüklükte bir siteye dönüşmüştür. Birbirlerini tanımayan, diğer bölümlere ilgi duymayan yorgun ve bıkkın birimler olmaktan çıkıp; birbirlerini gören, anlayan, işbirliği yapan ünitelere dönüşmek çabasına eczane olarak katılmaya hazırız.

Bu bültenle, sosyal-bilimsel içerikli bir kitle iletişim (mass media) görevini üstlenen, diğer gelişmiş ülkelerdeki Eczane Bölümleri'nin yayınlarına benzer bir yayınlara başlangıç yapıyoruz. Birlik içinde gelişmeye giden yolda Eczane'den hepimize ve herkese MERHABA diyoruz.

Başeczacı Necla DİNLER



**Hastanede Çalışan Eczacılar ve Sürekli Telefon Numaraları
Yüksek İhtisas Hastanesi**

Tel: 310 30 80

Eczane Tel: 310 30 80/1058

Necla Dinler

Arzu Celkan

Baydur Baykal

Sema Karaağaç

Nermin Özgönül

Handan Tilkioğlu

Nuran Koçuş

İkbal Arıner

Figen Biyıklıoğlu

Melek Çerçioğlu

Oya Güreli

Zühal Sönmez

Neşe Uzunok

Yalçın Balkıs

Gülsün Birincioğlu

Nurten Çolak

Sündüz İbiş

Günsel Mutlu

Emine Şentürk

Kardi. Vask. Cerr. Kan Gazları Ülger Demir

Başhekim Muavini

Hatice Ünüvar

Tıbbi Malzeme Deposu (Tel: 310 30 80 /1634) : Esin Önal, Ayla Çiner Vrana, Binhan Yalçinkaya

Biyokimya Bölümü: Mevhibe Balk, Tuğrul Himetoğlu, Nalan Kantaroğlu, Sevim Saydam, Sadık Top, Doğan Yücel

Ecza Deposu (Tel: 310 30 80 /1635) : Serpil Atgın, Alev Sönmez



TÜRKİYE'DE HASTANE ECZACILIĞINA GENEL YAKLAŞIM

Ecz. Necla DİNLER

En son 1983 yılında yayınlanmış bulunan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde, hastanelerdeki çeşitli hizmetlerin uygulama kuralları, personelin görevi, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Bu hizmetler;

1. Tıbbi hizmetler.
2. Yönetim hizmetleri.
3. Satınalma-ayniyat, depo hizmetleri.
4. Teknik hizmetler,

den oluşmaktadır.

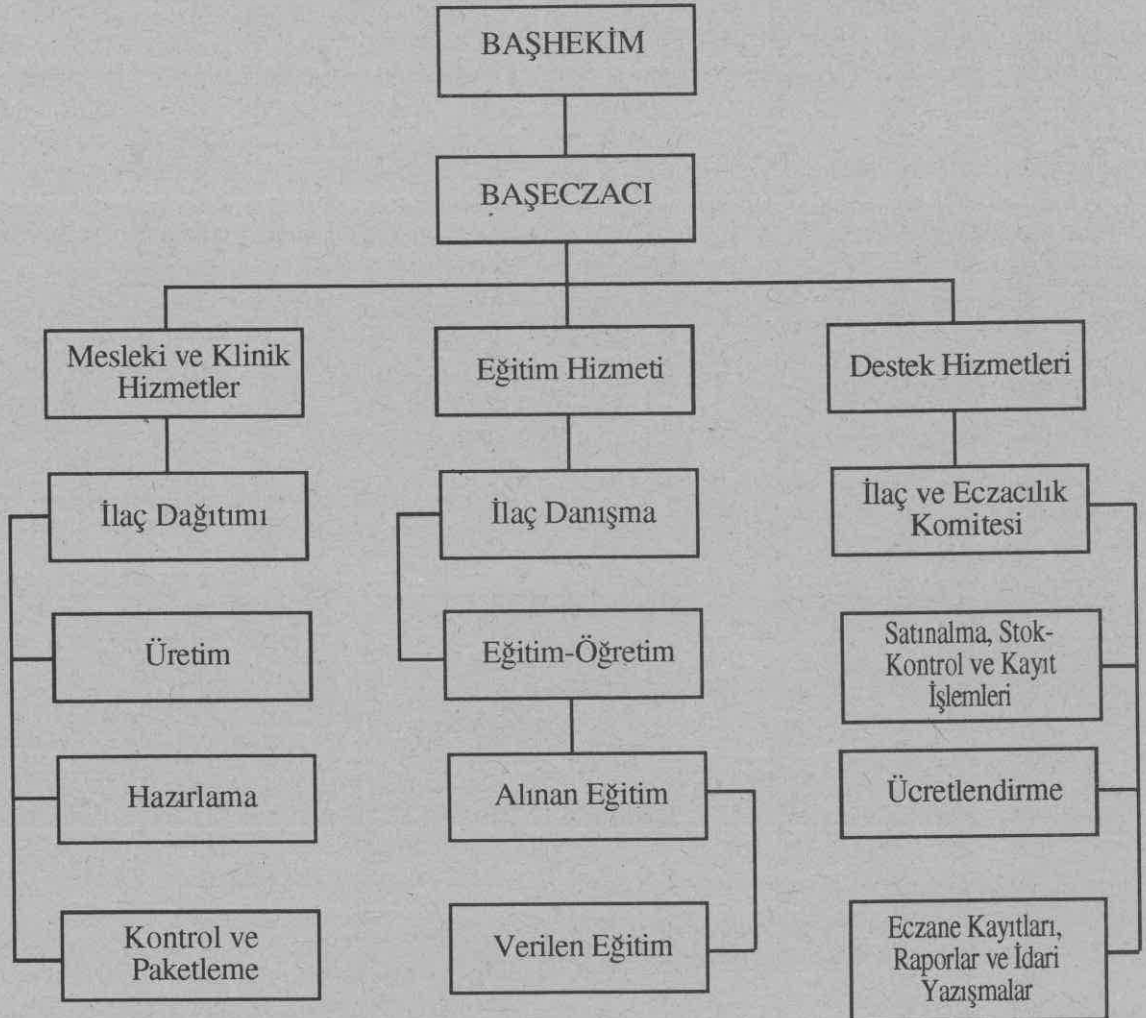
Hastane eczanelerinin yapısı ve verdiği hizmetin kalitesi yönetmelikte belirtilen yetki-sorumluluk ve ayrıca

hastane yönetiminin eczane işlerine yaklaşımı ölçüsünde hastaneden hastaneye değişiklik göstermektedir. Bizim eczanemizde verilen hizmeti, belli bir yapılanma ve program içinde gösterebilmek için şu şekilde bir model çizebiliriz.

A) İlaç Dağıtım Hizmetleri

Bu hizmet, bilindiği gibi üç yolla yapılmaktadır.

1. "Vizitle yazılan ilaçları verme" usulünde, kliniklerde hekimler tarafından hasta tabelalarına yazılan ilaçlar, kliniklere çıkan eczacılar tarafından "Eczane İlaç Kayıt Defteri"ne işlendikten sonra, hazırlama işlemine geçilir. Kliniklerin isteği üzerine ilaç isimlerine göre gruplandırılan



ilaçlar, poşetlere konulup etiketlendikten sonra, ilgili klinik hemşirelerine teslim edilir.

2. "Kontrvizitle yazılan ilaçları verme" genelde, acil durumlarda ve narkotik ilaçların dağıtımında başvurulması gereken bir yoldur. Bu yolla verilecek ilaçlar, tek tek hasta adına hazırlanarak hemşireye teslim edilir.

3. "İstek formları ile dağıtım": Klinik, ameliyathane, anestezi, radyoloji, laboratuvar bölümleri ve poliklinikler için el altında bulundurulması gereken acil ilaç, tıbbi malzeme ve kimyasal maddeler, onbeş günde bir Eczane İstek Formları'na yazılıp klinik sorumlu hekimlerince imzalandıktan sonra, eczane ve eczane depolarından sorumlu hemşirelere teslim edilir.

Bu üç yolla hazırlanarak dağıtımı yapılan ilaçlar, tek tek elle hesaplanarak gelir-gider defterlerinin çıkış hanelerine kaydedilir, kontrol edilir. Bu eczacıya medikal sorumluluk yanında bir de maddi sorumluluk getiren bir işlemdir.

Narkotik İlaçların Dağıtımı:

Hekimler tarafından hasta tabelalarına uygun dozda yazılan narkotik ilaçlar, eczanede kaydı yapıldıktan sonra ilgili hemşireye teslim edilir. Verilen doz, bir günlüktür. Maksima dozu aşan narkotik ilaçlar için hekim uyarılır, ısrar durumunda ise "sorumluluğu üzerine alma" anlamında aynı hekimden ikinci bir imza istenir. Hastanemizde ayrıca klinikte ve ameliyathanelerdeki narkotik ilaç kullanımları da eczacılar tarafından servislerde hergün izlenir, kırık ve boş ampuller geri alınarak imha edilir. Poliklinikte acil olarak kullanılan narkotik ilaçlar da, gene kopyalı "uyuşturucu ilaç reçetesi" ile bir defalık doz olarak verilir. Eczaneden verilen narkotik ilaçlar, "uyuşturucu maddelere mahsus gelir-gider defterleri"ne tek tek hasta adına kaydedilir. Her ay gelen-çıkan miktarların denkleşmesi yapıldıktan sonra, Başhekimlikçe imzalanıp onaylanır.

Üretim

Hastanemizde yapısı gereği majistral ilaçlardan hazırlanması istenen preparat sayısı 15 kalemi geçmemektedir.

B) Eğitim Hizmetleri

Şemadan da görüleceği gibi:

a) İlaç danışma:

Bilindiği gibi, beHi bir düzey ve miktarda bilgi, eczanemizden istenildiği verilmektedir.

b) Eğitim ve öğretim hizmetleri:

1. **Alınan eğitim:** Eczacıların değişik biçimlerde aldıkları, gelişmeye yönelik kurs, meslek-içi eğitim programları ayrıca seminer, panel, konferans ve kongrelere katılmalar şeklindedir.

2. **Verilen eğitim:** Eczacılar tarafından yürütülen,

- Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin stajları,

- Hemşire, hemşire yardımcıları ve sağlık okulu öğrencileri için zaman zaman düzenlenen eğitim ve kurs programları şeklindedir.

C) **Destek Hizmetler :** Şemada görüldüğü gibi bu hizmetleri dört bölümde açıklamak mümkündür.

1. **İlaç ve eczacılık komitesi :** Görevi sağlık personeli ile eczane arasında diyalog kurarak ilaçla ilgili konularda sağlık personeli ve hastane yönetimine danışmanlık yapmaktır. Bu komitenin yapacağı çalışmalarla, ilacın satın alınmasından, hastaya verilmesine kadar yapılan işlem ve uygulamalar için ileri yöntemler getirilmesi ve hizmetin kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. İleride bu konuya daha geniş yer verilecektir.

2. Satınalma, stok-kontrol ve kayıt işlemleri :

A) Satınalma:

a) **İhale :** Hastanemizde satın alınacak olan farmasötik preparat, diyagnostik, kimyasal ve biyolojik madde ve tıbbi malzemelerin listeleri; klinik, laboratuvar ve diğer ünitelerin istekleri dikkate alınarak Başeczacı başkanlığında kurulmuş bulunan İlaç ve Eczacılık Komitesi tarafından incelenmektedir. İlgili birim ve ünitelerin sorumluları ile de gerektiğinde yazılı rapor şeklinde veya sözlü görüşmeler yaptıktan sonra satın alma kararı verilmektedir. Eczanede düzenlenen bu listeler, tıbbi standartları belirleyen "tıbbi şartname" ile birlikte, formaliteleri tamamlanarak Başhekimliğe bildirilmektedir. Başhekimliğin onayından geçen bu ilaçlar Satınalma Bölümü tarafından ihale yolu ile sağlanmaktadır.

b) **Ara-alım:** Yıl içinde tüketilen veya yeni çıkan ilaçların (komiteden geçmek kaydıyla) listeleri eczane tarafından hazırlanarak başhekimliğe bildirilmekte, başhekim onayı ile satınalma bölümünce piyasadan temin edilmektedir.

B) Depolama, Stok-Kontrol ve Kayıt İşlemleri :

İhale veya ara-alım yolu ile temin edilen ilaçlar, depoda görevlendirilmiş bulunan depo sorumlusu eczacılar tarafından dış görünüm, ambalaj, eksik, kırık, bozuk, son kullanma tarihi vs. yönünden fiziksel olarak kontrol edildikten sonra muayene raporu hazırlanır. Başeczacının onayı alındıktan sonra ayniyat işlemleri depoda tamamlanır.

Gelen ilaç ve malzeme, özelliklerine ve hastanenin depo olanaklarına göre yerleştirilerek stok-kontrol kartları düzenlenir. Genel depo sorumlusu eczacılar tarafından, gelen ilacın "gelir-gider" defterlerine giriş kayıtları yapılır. Eczanenin ihtiyacı olan ilaç ve malzeme, eczanede düzenlenen "Eczane İstek Formları" ile depodan alınır ve bunların çıkış işlemleri yapılır. Depo sorumlusu eczacılar, stoklarını sık sık kontrol ederek, eczaneye tükenen, azalan

veya kullanılmayan ilaçlar hakkında bilgi vererek eczane ile depo arasında uyumlu bir çalışmaya yardımcı olurlar. Yıl sonunda hesap ve kontrolleri de yapıldıktan sonra fiyatlandırılmış sayım cetvelleri, eczaneye, sayıştaya gönderilmek üzere Hastane Ayniyat Saymanlığı'na verilir.

Gerek depo, gerekse eczanede yapılan gelir-gider hesapları uzun zaman almakta, medikal sorumluluk yanında parasal sorumluluk da getirmektedir.

Ücretlendirme:

Yatan hastalara verilen ilaçlar, ziyaret ve kontrvizit defterleri üzerinde fiyatlandırılır. Bu ilk sayfalar Döner Sermaye Saymanlığı'na teslim edilir.

Nöbet Hizmetleri

Memleketimizde hastane eczanelerindeki nöbet uygulamaları, hastanenin bağlı bulunduğu kurum, hastanenin özelliği ve hastane yönetiminin tutumuna göre;

- ✓ çağrılı nöbet,
- ✓ teknisyen ve yardımcılarının tuttuğu nöbet,
- ✓ acil dolap uygulamaları

şeklinde görülebilmekte, hastanemizde ise, gece hafta sonu ve bayram nöbetlerinin tümü, eczacılar tarafından tutulmaktadır.

Eczacıların Sosyal ve Ekonomik Durumları

Hastane eczacısı, ilaç gibi çok riskli bir maddenin, başından sonuna kadar, her türlü maddi ve manevi sorumluluğunu taşımaktadır. Bugün hastane eczacılarının sosyal ve ekonomik kaygılardan doğan pek çok sorunu vardır. Kadro, aynı derece ve pozisyonlardaki elemanlarla olan maaş farkı, mali sorumluluk tazminatı v.s. gibi parasal açıdan düzeltilmesi gereken yetersizlikler söz konusudur. 24 saat aralıksız hizmet veren ve sorunları gittikçe büyüyen eczacıların maddi ve manevi karşılık bulamamaları, yıpranma, moral çöküntüsü ve bazı kaygılara yol açmaktadır. Bu kaygılar ise, eczacılık mesleğinin, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin çağdaşlaşması ve ileri düzey uygulamalarına ulaşmasını geciktiren faktörlerden birisini oluşturmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

"Sağlık Hizmetleri"nin gelişmesine paralel olarak Hastane Eczacılığı Hizmetleri'nin de ileriye götürülebilmesi için alınacak önlemler şu şekilde sıralanabilir:

1. Yeniden yapılanma :

Eczane bölümü, hastanenin her ünitesi ile çok yönlü ilişkiler içinde hizmet verme özelliğine sahip bir bölümdür. Çağdaş bir anlayış içinde hizmet verebilmesi için, temel sorunların çözülmesi ve;

- klinik eczacılık,
- ilaç-danışma ve rasyonel ilaç kullanımı
- IV solusyon ve karışımlar (parenteral admixtures) ve nutrition programları,
- geliştirilmiş tekniklerle steril ve non-steril üretim,
- geliştirilmiş depo ve kayıt sistemi uygulamaları,
- hastalardan alınacak ücretler için, uygun muhasebe sistemleri,
- ürün formülasyonları uzmanlığı, yeni tıbbi tekniklerin gerektirdiği imalat ve ürün geliştirme çalışmaları (transplantasyon, anjiyo-kateter, anjiyoplasti uygulamaları v.s.)
- radyo-farmasötik uzmanlığı (diyagnostik ve terapötik radyo-farmasötik preparatları formüle ve doze etmek, saklamak)
- araştırma ve geliştirmeye yönelik çalışmalar gibi alanlarda uzman eczacıların yetiştirilmesi gerekmektedir.

2. Bilgisayarla çalışma:

Çok yönlü ve geniş kapsamlı olan hastane eczacılığı hizmetleri, bilgisayar kullanımı ile, hastane hizmetlerine bir takım kolaylıklar ve "çağdaş" bir hizmet anlayışı" getirecektir. Bunları kısaca sıralayacak olursak:

- ✓ kayıt-kontrol ve envanter işleri,
- ✓ yıllık gelir-gider harcamaları,
- ✓ hastaya verilen ilaçların ücret hesapları,
- ✓ doğruluk ve güvenilirlik.

Ayrıca da bilgisayarlı ilaç danışma hizmetinin verilmesi, tedavideki araştırma ve çalışmalara kolaylıklar (rasyonel ilaç kullanımı ve formüller hazırlama gibi) sağlayarak gelişmelere katkıda bulunacaktır.

3. Sürekli araştırma ve öğrenme zorunluluğu olan hastane eczacılarına bilgi-görgü aktarma ve araştırma fonlarından yararlanma ve dış ülkelerdeki uygulama ve gelişmeleri izleme olanakları da üst kurumlara verilmelidir.

Bugünkü çalışma yapısı içinde bile, hastane eczacısının belli bir hiyerarşik düzen içinde, vazgeçilmez bir yeri ve fonksiyonu vardır. Bizim özlemini duyduğumuz ve bundan böyle yapmak istediğimiz şey, hizmetin kalitesini yükseltmek yolu ile boyutlarını genişletmek, sağlık hizmetlerine daha çok katkıda bulunmaktır.■

YENİ İLAÇ TANITIMLARI

SILAZAPRİL

- **Jenerik grup adı** : Silazapril.
- **Farmakolojik grup** : ACE inhibitörü anti hipertansif - vazoprotektör.
- **Ticari Preparatlar** = İnhibace.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER● **Farmakokinetiği:**

Absorbsiyon ve aktif formu olan silazaprilata dönüşümü hızlıdır. Alınan 0.5-10 mg. oral doza göre 1 ila 3 saatte maksimum serum konsantrasyonuna ulaşır. Biyoyararlanımı bazı ACE inhibitörlerinin aksine yemekle birlikte alınmasıyla değişmez.

Yarılanma ömrü bifaziktir. Başlangıçta 1.5 saatlik hızlı bir yarılanma ömrü, ikinci ve uzun 30-50 saatlik bir yarılanma ömrü izler. Bu yarılanma ömrü silazaprilatın ACE'ye reversibl bağlanmasından dolayı dozdan bağımsız bir nonlineerdir. Efektif yarıömrü günde tek dozda 9 saattir.

Silazapril'in tek ana metaboliti silazaprilattır. Daha fazla metabolizma olmaz.

Eliminasyonu renal yoldan olur.

● **Endikasyonlar**

Yeni bir ACE inhibitörü olan silazapril bir pro-ilaçtır. Karaciğerde aktif formu olan silazoprilata dönüşür. Yarılanma ömrü yaklaşık 40 saattir. Silazapril ACE spesifitesi yüksek ve şimdiye dek bilinen en potent ve en uzun etkili ACE inhibitörüdür. Arteriyel vazodilatasyon oluşturmaya karşın nabızda önemli bir değişikliğe yol açmaz. Kardiyovasküler reflekslerde akut değişikliğe yol açmaz, efektif renal kan akımını attırır; glomeruler filtrasyon oranını değiştirmez.

Bu molekülün en önemli özelliği damar üzerine etkisidir. Bazı hayvan deneyleri damar hasarından sonra miyointimal hiperplazi ve dolayısıyla tıkanma riskini sınırlayabileceğini göstermiştir.

● **Kontrendikasyonlar**

Silazaprile ve diğer ACE inhibitörlerine aşırı duyarlı olanlar, asitli hastalar ve hamilelikte kontrendikedir.

UYARILAR / ÖNLEMLER● **Yan/advers etkiler**

Genellikle iyi tolere edilir. Çok vakada yan etkiler geçici ve orta derecededir. Silazapril alan hastalarda en sık bildirilen şikayetler, baş ağrısı ve baş dönmesidir. Vakaların % 2'sinden azında yorgunluk, hipotansiyon, dispepsi, bulantı, deri döküntüsü, öksürük gibi istenmeyen etkiler gelişmiştir.

Diğer ACE inhibitörlerinde olduğu gibi anjiyoödem bildirilmiştir. Bu sendrom larenks ödemleriyle birlikte olabileceği için, yüz dudaklar, dil, glottis ve/veya larenksi de etkilediğinde silazapril kesilmeli ve gecikmeden uygun tedavi uygulanmalıdır.

● **Gebelikte kullanım**

Hayvan çalışmalarında, herhangi bir malformasyon bildirilmemiş olmasına karşın, fetüs üzerinde istenmeyen etkiler olduğu gösterilmiştir. İnsanlar üzerinde kontrollü çalışmalar gerçekleştirilmemiş olduğundan, daha az riskli bir tedavi alternatifinin bulunmadığı hayatı tehdit eden durumlar haricinde, gebelik sırasında silazapril kullanılması güvenlik nedenleri ile kontrendikedir.

● **Süte Geçiş**

Süte geçip geçmediği bilinmemektedir. Ancak hayvan deneylerinde sıçan sütünde ilacın varlığı gösterildiğinden, emziren annelerde ilacın kullanımından kaçınılmalıdır.

● **Geçimsizlikler / İlaç etkileşimleri**

Furosemid, digoksin ve kumarinelerle etkileşmez. Propranolol, nitrendipin ya da indometazin ile birlikte kullanıldığında farmakokinetik özelliklerinde kliniğe yansıyan herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

Diğer antihipertansiflerle kombine uygulandığında additif etki gözlenebilir. Silazaprile birlikte kullanılan potasyum tutucu diüretikler, özellikle böbrek yetmezliği olan hastaların serum potasyum düzeylerinde artışa neden olabilir.

● **Diğer dikkat edilecek hususlar**

Karaciğer sirozu, böbrek fonksiyonu bozukluğu silazaprilin dikkatle kullanımını gerektirir.

Anestezik ilaçlarla birlikte arteriyel hipotansiyon yapabilir, cerrahi ve anesteziye dikkatli kullanılmalıdır.

Çocuklarda güvenliği henüz saptanmamıştır.

● **Duyarlık**

Silazapril ve diğer ACE inhibitörlerine aşırı duyarlılık gösteren hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

● **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZLAM**● **Genel dozlam bilgisi**

Hipertansiyonda 2,5-5 mgx1/gün etkilidir. Dozun artırılması etkiyi artırmaz.

YENİ İLAÇ TANITIMLARI

●Doz Ayarlamaları

Böbrek bozukluğunda doz ayarlanması

Kreatin klerensi	Başlangıç dozu	Maksimal doz
> 40 ml/dk	1 mg/günde bir	5 mg/günde bir
10-40 ml/dk	0.5 mg/günde bir	2.5 mg/günde bir
< 10 ml/dk	0.25-0.50 mg/haftada	2.5 mg/günde bir

bir veya iki defa (kan basıncı yanıtına göre)

Diğer ACE inhibitörlerinin kıyaslanması

	KATOPRİL	ENALAPRİL	LİSİNOPRİL	SİLİAZAPRİL
Pro-ilaç	----	+	----	+
Etkinin başlaması	0.5	2-4	2-4	2-4
Plazma yarılanma zamanı (saat)	2-3	4-11	12-14	9
Etki süresi (saat)	6-12	12-24	24-36	24
Metabolizması	KC, B	KC	B	KC
SH etki	+	---	---	---
İmmün toksit etkiler	+	---	---	---
Hipotansiyon riski	+	+	+	+
Anjio ödem	+	+	+	+
Total oral doz (mg/gün)	25-150	5-20	5-20	1-5
Doz sıklığı	2-3x	1-2x	1x	1x
Test doz (mg)	6.25	2.5	2.5	1.25
Sublingual doz	2.5	---	---	---

Hazırlayan: Ecz. Gülsün Birincioğlu

KAYNAK

Prof.Dr. Ali Emekçi, Klinik uygulamada ACE inhibitörleri, 1991.

AMILODİPİN BESİLAT

Jenerik grup adı : Amlodipin Besilat

Farmakolojik grup : 1,4 dihidropiridin grubu kalsiyum antagonistidir.

Ticari preparat/lar : Norvasc

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

Farmakokinetiği

Oral alındıktan sonra yavaş emilir ve plazmadaki en yüksek düzeye ilacın alınımından 6-12 saat sonra ulaşır. Plazma düzeyi hızla değişmez. Bu nedenle ilacın vazodilatör yan etki insidensi nispeten düşüktür. Böylece 1 doz alınmakla 24 saat tam etkili olur. Kararlı durum plazma konsantrasyonları 7-8 gün sonra elde edilir.

Amlodipin karaciğerde metabolize edilir. Bu nedenle karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatle kullanılması gerekir.

Amlodipinin herhangi bir biyokimyasal bozukluğa neden olmadığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Plazma lipid profilinde b-blokörlere ve diüretiklere bağlı olarak ortaya çıkan zararlı değişikliklere, tiazol grubu diüretiklerin kullanımı sırasında hipokalemiye de yol açmadığı görülmüştür.

EKG'de tedaviye bağlı klinik önem taşıyan değişikliklere nadiren neden olur ve AV iletimini etkilemez.

Endikasyonlar

Hipertansiyonda tek bir antihipertansif ilaçla kontrol altında tutulamayan vakalarda kullanılan sadece damar düz kaslarına etkili kalsiyum antagonistidir.

Kardiyovasküler sistem damar düz kaslarında bulunan voltaj bağımlı Ca⁺⁺ kanallarının ve kalp kasındaki yavaş Ca⁺⁺ kanallarının inhibasyonu üzerinden etki gösterir. Miyokarddan çok damar düz kasında etki gösteren 1,4-dihidro piridin grubu Ca⁺⁺ antagonistidir. Amlodipin; diltiazem ve verapamil gibi Ca⁺⁺ antagonistlerinin yaptığı miyokard iletimini veya kontraktilesini etkilemek yerine arteriyollerde meydana getirdikleri vazodilatasyonla etkilerini gösterirler.

Arteriyollerdeki bu genişleme periferik damar direncini azaltarak kan basıncında bir azalma oluşturur. İskemik kalp hastalığında uygulanan tedavinin farmakodinamik etkiler miyokarda meydana gelen oksijen miktarıyla miyokardın ihtiyacı olan oksijen miktarı arasında ortaya çıkan ve miyokarda iskemi ataklarıyla sonuçlanan denge bozukluğunu düzeltir.

Kontrendikasyonlar

Hamilelik, emzirme ve karaciğer bozukluğu olan hastalarda kontrendikedir.

UYARILAR / ÖNLEMLER

Yan/Advers Etkiler

Baş ağrısı, ödem, yorgunluk, flashing, bulantı ve başdörmesi.

Geçimsizlikler / İlaç etkileşimleri

İki hafta süreyle gönüllülerde digoksin ve amlodipin ile yapılan çalışmalarda renal digoksin klerensi bakımından anlamlı bir değişme görülmemiştir.

İnsan plazması kullanılarak yapılan in vitro çalışmalarda amlodipin besilatın feritin, feritoin, digoksin veya indometazin gibi sık kullanılan ilaçların proteinlere bağlanmasını değiştirmediği görülmüştür.

β-blokörler diüretikler ve ACE inhibitörleriyle birlikte kullanılabilir.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZLAM

Genel Dozlam Bilgisi

Hipertansiyon ve anjina günde 5 mg.lık 1 tablet kullanılabilir. Gereğinde maksimum 10 mg amlodipin verilebilir.

İlacın biyoyararlanım ve emilimi mide pH'sı ya da gastrointestinal motiliteye bağımlı değildir. Bu nedenle aç ya da tok kullanımı ilacın etkisinde farklılık oluşturmaz.

Hazırlayan : Ecz. Hale Berksoy

Kaynaklar

1. Norvasc (Amlodipin), Pfizer, Monograf, 1992.
2. İlaç indeksi, 1992-1993, Prof.Dr. K.Cemal Güven, ss. 592.

YENİ İLAÇ TANITIMLARI

SULPERAZON

- **Jenerik grup adı:** Sulbaktam sodyum sefaperazon
- **Farmakolojik grup:** Geniş spektrumlu, yarı sentetik sefalosporin grubu antibiyotiktir.
- **Ticari Preparat/ lar:** Sulperazon

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

Farmakokinetiği

Sulbaktamın yaklaşık % 84'ü, sefaperazon'un % 25'i böbreklerden atılır. Ortalama yarı ömür sulbaktam için 1 saat iken sefaperazon için 1.7 saattir. 1 g sulperazon 5 dk içinde iv uygulanmasından sonra doruk noktaları ortalaması sulbaktam için 130.2 µg/ml'dir. iv uygulamadan sonraki 15 dk ile 2 saat arasında sulbaktam ve sefaperazon doruk serum konsantrasyonları görülmüştür.

Endikasyonları

Sefaperazon sodyum kristal yalnız parenteral kulanıma özgü yarı sentetik geniş spektrumlu bir sefalosporin antibiyotiktir. Beher gramı 34 mg (1.5 mEq) Na⁺ bulundurur.

- solunum yolları enfeksiyonları (üst ve alt)
- idrar yolları enfeksiyonları (üst ve alt)
- peritonit, kolesistit, kolanjit ve diğer karınboşluğu enfeksiyonları
- septisemi
- menenjit
- cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları
- kemik eklem enfeksiyonları
- inflamatuvar pelvik hastalık, endometrit, gonore ve diğer genital yol enfeksiyonlarında kullanılır.

Kontrendikasyonları

Sefalosporin veya penisilin sınıfı antibiyotiklere allerjisi olduğu bilinen hastalarda kontrendikedir.

UYARILAR / ÖNLEMLER

Yan/advers etkiler

Gastrointestinal: İshal ve yumuşak gaita, bulantı, kusma.. Deri reaksiyonları: Deri döküntüleri, ürtiker, eozinofili ve ilaca bağlı ateş gibi belirtilerle ortaya çıkan aşırı duyarlılık bildirilmiştir.

Gebelikte kullanım

Kesinlikle ihtiyaç varsa kullanılmalıdır.

Süte Geçiş

Anne sütüne az miktarda geçer. İhtiyatlı kullanılmalıdır.

Geçimsizlikler

Sulperazon ve aminoglikozid solüsyonları doğrudan karıştırılmamalıdır.

Diğer Dikkat Edilecek Hususlar

Beta-laktam ilaçlar uygulanan hastalarda, ciddi ve arasıra, fetal aşırı duyarlılık (anafatik) reaksiyonları bildirilmiştir. Allerjik reaksiyon oluşumunda ilaç kesilmeli, ciddi anafatik reaksiyonlar epinefrin ile acil tedavi, oksijen, iv steroidler ve

intübasyon dahil hava yollarına müdahale uygulanmalıdır.

Karaciğer hastalığı ve/veya biliyer obstrüksiyonu olan hastalarda sefaperazonun üriner itrahi artmış ve serum yarı ömrü genellikle uzamıştır. Hem hepatik disfonksiyonu, hem de birlikte renal bozukluk olan kişilerde sefaperazon serum konsantrasyonları kontrol edilmeli ve gereğine göre doz ayarlanmalıdır.

Diğer antibiyotiklerde de olduğu gibi, sefaperazon ile tedavi edilen hastaların bir kaçında K vitamini eksikliği görülmüştür. Bu hastalarda protrombin zamanı kontrol edilmeli ve gerekli ise eksojen K vitamini verilmelidir.

Sulperazon verilen hastalar, aynı zamanda alkollü içkiler almaları için uyarılmalıdır. Oral veya parenteral suni beslenme gereken hastalarda etanol içeren solüsyonlar kullanılmamalıdır.

Duyarlık

Mikrobiyolojik in vitro duyarlılık verileri

Sulperazondaki antibakteriyel eleman bir üçüncü kuşak sefalosporini olan sefaperazondur ki bu, aktif çoğalma döneminde hücre duvarı mükopeptidinin biosentezini inhibe ederek duyarlı organizmalara karşı etkin olur. Sulbaktam Neisseriaceae ve Acinobacter haricinde yararlı bir aktiviteye sahip değildir. Bununla beraber hücreden arındırılmış bakteriyel sistemlerle yapılan biyokimyasal çalışmalar, sulbaktamın betalaktam antibiyotige dirençli organizmalarda oluşan en önemli betalaktamazların irreversibl inhibitörü olduğunu göstermiştir.

Sulbaktam ve sefaperazon bileşimi sefaperazona duyarlı olan bütün organizmalara etkilidir.

KULLANIM ŞEKLİ VE DOZLAM

Genel Dozlam Bilgisi

Doktor tarafından başka şekilde önerilmediği sürece mutad yetişkin günlük doz 1-2 g, sabah akşam 1-2 flakon iv veya im uygulanır. Şiddetli enfeksiyonlarda 4 g (sabah akşam 2 flakon) yükseltilebilir.

Çocuklarda mutad doz 2 veya 4 eşit doza bölünmüş 20-40 mg/kg/gün'dür. Şiddetli enfeksiyonlarda 80 mg/kg/gün'e yükseltilebilir.

Aralıklı iv infüzyonda, hem flakonu uygun miktar % 5 dekstrozl/ sudaki solüsyonu % 0.9 NaCl veya injeksiyonluk steril su ile sulandırıldıktan ve 20 ml'ye aynı solüsyonla seyreltildikten sonra 15-60 dakikalık sürede uygulanır. im uygulamada; injeksiyonluk steril suyla 250 mg/ml veya daha fazla bir sefaperazon konsantrasyonu için steril su ve takiben 2 lidokain ile sonuçta yaklaşık % 5 lidokain solüsyonu elde edecek şekilde iki aşamada seyreltme gereklidir.

Ticari takdim şekli

Sulbaktam sodyum; sefaperazon sodyum kristal kombinasyonunun ticari adı olan, serbest sulbaktam ve sefaperazon olarak 1:1 oranında sulandırılmaya hazır kuru toz halindedir.

Sulepazon 1 g, 1 g sefaperazon ve 1 g sulbaktam eşdeğer dozu içeren flakonlarda bulunur. Sulandırıldıktan sonra bekletilmeden kullanılmalıdır.

Hazırlayan: Ecz. Yalçın Balkus

Kaynak: Monograf, Pfizer.

Rivayet O'dur ki, Yeşil Kart

Yeşim TURAN*

Ülkemizde öteden beri insanlarımızın kapsamlı bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanamayışları, bireylerin özellikle sağlık problemleri ile karşılaştıklarında önemli bir sorun olarak kamuoyu gündeminde yerini korumasına neden oluyor.

Her seçim döneminde iktidara aday siyasi partilerin programlarında yer almasına karşın bir türlü hayata tam olarak geçirilemeyen genel sağlık sigortası planlarının ülkemiz gerçeklerine uygun bir yapıya kavuşturulmadan pratikte başarılı olmasını beklemek ne kadar yanlış ise bu yapının düzenlenmesi için gerekli çalışmaları geciktirmek de o kadar yanlıştır. Şu andaki hükümetin yeşil kart programında ulaşmak istediği amaç açısından sevindici olmasına karşın ülkemiz gerçeklerine paralel olmaktan uzaktır.

Bu uygulamanın kısa vadede hasta ile hekimi biraraya getireceği muhakkaktır. Ancak, hekimin hastanın tedavisi için gereksinim duyacağı tanı yöntemlerinden yeterince yararlanıp yararlanamayacağı (bazı diagnostik incelemelerin maliyetinin oldukça yüksek oluşu ve bunun nasıl karşılanacağı ve tanıyı takiben hasta tedavisinde ikinci önemli basamak olan ilaçla tedavinin ve / veya cerrahi operasyonların nasıl sağlanacağını yeterince açıklığa kavuşturulamamış olması yeşil kart

uygulamasının başarıya ulaşmasında önemli engeller olarak ortaya çıkıyor.

Hastanın bimanüel ve/veya primitif araçlarla Örn: steteskop, otoskop vs. muayenesi ile her zaman sonuç alınamayacağı açıktır. Hekimin hastayı salt görmesi hastanın sağaltımı için yetersiz olmasına karşın yeşil kart uygulamasından adeta böyle bir sonuç beklenmektedir.

Resmi kurumlar ile SSK, Bağ-Kur gibi kuruluşların sağlık kazanımı için ödedikleri paralar her gün çığ gibi büyümekte ve bu koşullarda altından kalkılamaz bir hal almaktadır. Maliye Bakanlığı'nın her yıl yeniden birçok eklerle düzenlediği Bütçe Uygulama Talimatları ile şu anda hekimin reçete yazımına önemli kısıtlamalar getirilmiş bulunmaktadır. Bu kısıtlamaların getirilişindeki primer kaygı ilaç için ödenen meblağları düşürmektedir. Getirilen yeni düzenlemeler ile bazı ilaçlar ihtiyaç olduğu halde sağlık kurumunun yetersizliği dolayısı ile belgelendirilemediğinden (kültür-antibiyogram zorunluluğu, sağlık kurulu raporu vs.) gibi yazılamamaktadır. Zaten yüksek olan ilaç fiyatları da ayrı bir sorundur ki aperiodyik düzenlemelerle sürekli tırmanıştadır. Her ne kadar dünya ilaç piyasaları ile karşılaştırıldığında ülkemizde ilaç fiyatlarının ucuzluğundan dem

* Eczacı, Turan Eczanesi, Dikmen/Ankara

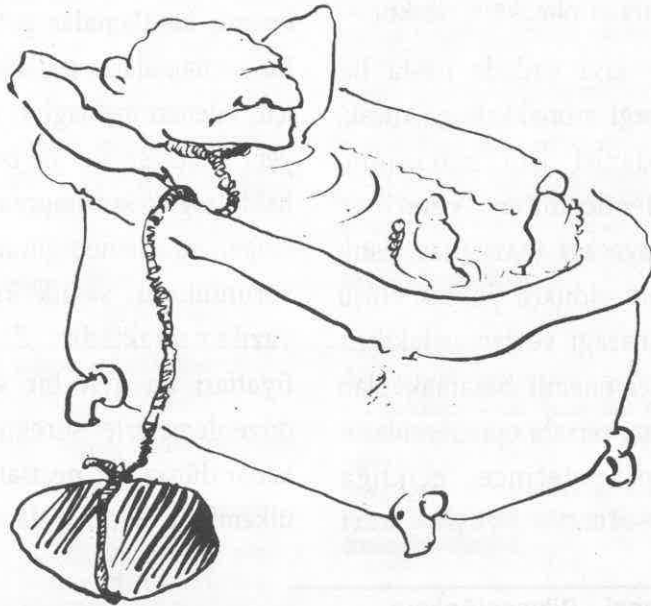
vuruluyorsa da bu yayınlarda eksik olan diğer ülkeler ve Türkiye için kişi başına düşen yıllık gelir tablolarının bir türlü yer almayışıdır. İnsanımızın alım gücü sürekli düşmektedir. Resmi kurum ve kuruluş mensupları (çalışan ve emeklileri) kısıtlamalar yapılmış olmasına rağmen reçetelerinde yazılı ilaçların %20-10 katılım paylarını ödemekte zorlanırken hiç bir sosyal güvencesi bulunmayan insanların ilaçlarını nasıl alabileceği ya da alamadığı tartışılmalı ve sorun Yeşil kart perspektifinden de radikal bir çözüm getirilmelidir. İlaçlar nasıl sağlanacaktır? Yeşil kart sahipleri her hastaneden yararlanabilecek midir? Örn. S.S.K, kendi sigortalılarının ilaçlarını karşılayamazken yeşil kart sahibi hastaların talepleri nasıl karşılanacaktır? İlaçlar serbest eczanelerden alınacaksa, bu nasıl bir düzenleme ile yürütülecektir. Eczacılar hazırladıkları reçete bedellerini tahsilde inanılmaz güçlüklerle karşılaşırken (ki bu çalışma koşullarında eczacılarımızın eczanelerini işletmekte nasıl zorlandıklarında yine hekimlerimizin çalışma

güçlükleri gibi ayrı bir yazının konusudur.) yeşil kart sahibi hastaların ilaç bedellerinin hangi kaynaktan karşılanacağı sorusunun yanıtı yapılmayan açıklamalar nedeniyle karanlıktadır.

Burada konuyu geniş boyutu ile yorumladığımızı yani uygulamanın ülke çapına geçtiğinde tanı (diyagnostik inceleme, muayene) ve tedavi masraflarının ilaç ve/veya (cerrahi operasyon, hastane, yatak) büyük miktarlara ulaşacağını düşündüğümüzü belirtmek isterim.

Bu durumda yeşil kartlar hastalık kovucu bir unsur olarak mı insanların üzerinde bulundurulacaktır? Bizden sonraki kuşaklara, "Rivayet odur ki, yeşil kart denen bir buluşla atalarımız hastalıkları insanlardan uzak tutmaya çalışmışlardır" dedirtmek pek de hayal ürünü olmasa gerekir.

Yine de gerekli düzenlemelerin ivedilikle tamamlanarak uygulamanın hedefine ulaşabileceği umudunu korumak istiyor ve diliyorum.



Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik Yayınlandı

Sağlık Bakanlığından :

Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik *

BİRİNCİ BÖLÜM

AMAÇ, KAPSAM VE DAYANAK

Amaç

Madde 1 - Bu Yönetmeliğin amacı; eczanelerin açılmasına dair usul ve esasları, eczanelerin açılacağı yerlerin özellikleri, eczanelerin kısımları, laboratuvarlarının vasıf ve şartları, eczanelerde bulunması gereken alet vesair malzemeler ve eczane hizmetleri ile ilgili hususları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 - Bu Yönetmelik, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun uyarınca açılacak eczaneleri kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3 - Bu Yönetmelik, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'un 20. maddesine ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

ECZANE AÇMANIN USUL VE ESASLARI

Eczacılığın Tescil

Madde 4 - Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve tedavi edici ilaç hammaddeleri ve hazır ilaç laboratuvarları veya fabrikaları gibi işletmeleri açacak Türk vatandaşı eczacıların, diplomalarını Sağlık Bakanlığı'na tescil ettirmeleri şarttır.

Başvuru ve Belgeler

Madde 5 - Eczane açmak isteyen eczacılar, aşağıda yazılı evrak ve belgeler ile il sağlık müdürlüğüne başvururlar:

- Nüfus cüzdanı sureti,
- Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmiş eczacılık diplomasının aslı veya noterce tasdikli sureti,
- Eczacılığa engel mahkumiyetin bulunmadığına dair adli belge,
- Biyografi,
- 6197 sayılı Kanun'un 4. maddesinin (e) ve (f)

bentlerinde yazılı olduğu üzere, mesleğini yapmayı engelleyecek iyileşmez bir hastalığı bulunmadığına dair sağlık raporu ile iki gözünün görmekten mahrum olmadığına dair uzman tabip raporu,

f) 4x6 cm boyutlarında 4 adet fotoğraf.

g) Eczane yapılacak yerin krokisi ile eczacılık ile ilgili kanunlara uygunluğu hususunda bölge eczacı odası ile il sağlık müdürlüğüne tasdik edilmiş rapor,

h) Bölge eczacı odasınınca eczacılık ile ilgili kanunlara uygun olduğu ve muvazaalı olmadığı hususunda verilmiş değerlendirme raporu (Bu rapor eczacı oda yetkililerince en geç on iş gününde gerekli belgelerle birlikte verilir.)

Ruhsatın Verilmesi

Madde 6-2. madde hükmüne uygun olarak yapılacak müracaatlar Sağlık Bakanlığı'nca incelendikten ve gerekli harçlar ilgili tarafından yatırıldıktan sonra, Bakanlıkça düzenlenecek eczane ruhsatnamesi ilgili valiliğe gönderilir.

Açılacak eczananın kanun ve yönetmelik hükümlerine uygun olarak kurulduğunun ilgili sağlık müdürlüğü tarafından yapılacak kontrol ile tesbitinden sonra, ruhsatname sahibine verilir.

İşyeri Ruhsatının Mecburi Olmaması

Madde 7 - Sağlık Bakanlığınca ruhsatnamesini almış eczacının eczane için mahalli belediyeden ayrıca bir işyeri ruhsatı alması zorunlu değildir.

Eczanelerin Tabi Olduğu Hükümler

Madde 8 - Serbest eczane bulunmayan yerlerde, 6197 sayılı Kanun'un 14. maddesinin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen eczanelerin açılmasında da bu Yönetmelik hükümleri uygulanır. Kanun'da belirtilen kurumlar dışında hiçbir kurum eczane açamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ECZANE YERLERİ VE BÖLÜMLERİ

Eczane Olarak Kullanılacak Yerin Özellikleri

Madde 9 - Eczane olacak yerlerin, bodrum ve asma katları hariç, nüfusu 500.000'e kadar olan yerlerde asgari 40 metrekare, nüfusu 500.000'den fazla olan yerlerde ise asgari 50 metrekare olması ve 6197 sayılı Kanun'un 14. maddesinin (a) ve (b) bentlerine göre açılacak eczanelerin depo hariç asgari 20 metrekare olması şarttır. Eczanelerin laboratuvar kısımları müşteriler veya hastalarla irtibatı olmayacak şekilde ayrılmış olmalıdır. Ayrıca, serin yerde muhafaza edilecek ilaçların konulması için buzdolabı bulundurulacaktır.

Eczaneler, aydınlık, rutubetsiz ve havadar olacak; zeminleri ise karo mermer veya benzeri malzemeyle döşenecektir. Müşterilerin bekleme yerleri ve kapaklı dolapları ile banko ve çalışma masası zemin katta bulunacaktır. İlaç dolabı kapaklı, ilaçların dışardan görülmesine mani olacak ve ışıktan bozulmasını engelleyecek şekilde tanzim edilecektir.

Sağlık kurumları bünyesinde açılacak eczaneler, yalnızca yatarak tedavi gören hastalara ilaç verebileceklerinden, bodrum kat dışında herhangi bir katta açılmaları mümkündür.

Serbest eczane olacak yer, o bölgedeki halkın kullandığı, belediyelere ait ana cadde veya sokak üzerinde olacak; dış cepheleri ve müstakil kapıları, yola bakacaktır.

Mülkiyeti özel idare, özel hastane, vakıf veya herhangi bir kamu kurum ve kuruluşuna ait ve içerisinde özel ve resmi sağlık kuruluşu olan arsalarda, söz konusu kurumlarda gelir almak amacı ile inşa ettirilen işyerlerinde eczane açılmaz. Üniversiteler, mediko sosyal ve/veya uygulama eczanesi açamazlar.

İlaç Yapma Bankosu

Madde 10- İlaç yapmaya ayrılmış bankonun üzeri, cam, fayans veya mermer olacaktır. Hassas, santigram veya kiloluk teraziler, ayarları bozulmayacak şekilde banko üzerinde veya ayrı özel masada bulundurulacaktır.

Laboratuvar Kısmı

Madde 11 - İlaç yapmaya ayrılan laboratuvar kısmında, majistral ilaç hazırlanmasında kullanılan kimyevi maddeler, galenik preparatlar ve droglar, cam şişelerde; ışıktan bozulabilecek maddeler ise, renkli şişelerde ayrı bir dolapta bulundurulacaktır. İlaç yapımında ve analizinde kullanılacak her türlü araç ve gereç, uygun bir yerde bulundurulacaktır. Laboratuvarlarda akar su bulunması şarttır.

Zehirli Maddelere Ait Dolaplar

Madde 12 - Bütün zehirli maddeler, Kodekse göre ayrılarak, ayrı dolaplarda bulundurulacaktır. Dolaplardan birisinin kapağı kırmızı boyalı olacak ve üzerine "şiddetli zehirler" diğeri yeşil renkte boyanacak ve üzerine "ayrı bulundurulacak zehirler" ibaresi yazılacaktır. Bu dolapların her zaman kilitli bulundurulması ve anahtarının eczane mes'ul müdüründe bulunması zorunludur. Bu dolaplara konulacak zehirlerin cinsine göre içerisine konulacak ilaç şişelerinin üzerine kırmızı veya yeşil etiketlere isimleri yazılacak, ayrıca "şiddetli zehir" veya "ayrı bulundurulacak zehir" ibaresi yazılı bandrollar yapıştırılacaktır. Kırmızı reçeteye tabi ilaçlar çelik kasada saklanacaktır.

Tadilat ve İnceleme

Madde 13 - Eczanede önemli tadilat yapılması istenildiğinde, ilgili sağlık müdürü veya görevlendireceği eczacılık şubesi yetkilisi tarafından eczanede gerekli inceleme yapılır. Rapor düzenlendikten ve eczanenin ruhsatnamesi sahip ve mes'ul müdürüne verildikten sonra, bölge eczacı odası ve mahallin en büyük sağlık amirliğince uygun görülmedikçe,

eczane krokisi ile bölümlerin üzerinde tadilat yapılamaz.

Teknik İmkanlar

Madde 14- Eczaneler, buldukları yerdeki aydınlatma, su ve telefon gibi teknolojik imkanlardan faydalanmak zorundadırlar.

Ecza Maddelerinin Saklanması

Madde 15 - Bütün kimyevi ilaç hammaddeleri, hazır ilaçlar, aşı ve serumlar, Kodeksteki özellikleri ve ambalaj üzerindeki muhafaza şartları gözönüne alınarak, gerektiği gibi saklanacaktır. Bu sebeble eczanenin iç ısısı da gerekli ölçüler içinde tutulacaktır.

Brom, iyot, asit, alkali gibi etiketlerin bozan malzemeler bulunan şişelerin etiketleri, çıkmayacak ve bozulmayacak şekilde olacak; gerekirse, şişeye yağlı boya ile yazılacaktır. Bozulan ve kirlenen etiketler yenilenecektir.

Eczanelerde Bulunması Mecburi İlaçlar

Madde 16- Eczanelerde bulundurulması mecburi olan ilaç, tıbbi madde ve malzemeler Türk Eczacıları Birliği ile Sağlık Bakanlığı'nca her yıl hazırlanacak liste ile belirlenir. Listede belirlenenlerin piyasada bulunduğu sürece, her eczanede bulunması mecburidir. Bulundurmayan eczaneler eksiklerini tamamlayınca kadar İl Sağlık Müdürlüğü'nce kapatılır.

Eczane Levhası

Madde 17 - Eczanelerin cadde veya sokağa bakan cephelelerine, eczanenin adı ile sahip ve mesul müdürünün isim ve soyadını gösterir levha konulur veya bunlar vitrin camına uzaktan okunacak şekilde yazılır. Bunun dışında, cadde, sokak ve kaldırımlara seyyar veya sabit levha konulamaz.

Nöbetçi Eczane Levhaları

Madde 18 - Eczaneler, kapalı olsalar dahi, nöbetçi eczaneleri gösteren ışıklandırılmış bir levha asmak zorundadırlar. Ayrıca, nöbetlerde içerdekileri uyarmak için, eczane kapılarına zil düzeni kurulması zorunludur.

Eczanenin Devri

Madde 19 - Bir eczanenin başka bir eczacıya devri işlemleri, İl Sağlık Müdürlüğü'nce görevlendirilen bir yetkili ile bölge eczacı odası yetkilisi huzurunda yapılır. Durum, bir tutanakla tespit edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ECZANE HİZMETLERİ

Ecza Maddelerinin Özellikleri ve Sorumluluk

Madde 20- Eczanelerde bulunan bütün eczanın Türk Kodeksindeki özelliklerde olması şarttır. Bu hususlarda eczanenin sahip ve mesul müdürü sorumludur.

Miadlı İlaçlar ve Sorumluluk

Madde 21 - Eczane sahip ve mesul müdürü, zamanla bozulan ve müddeti geçen ilaçları zaman geçmeden değiştirmek

veya imhasını yapmakla sorumludur. Miadı geçmiş müstahzarlar, satılmak üzere bulundurulamaz.

Kabul Edilebilecek Reçeteler

Madde 22 - Eczanelerde, yalnızca tabipler, diş tabipleri ve veteriner hekimler tarafından yapılmak üzere yazılan reçeteler kabul edilir. Okunamayan reçetelerin düzeltilmesi için, ilgili tabiple irtibat kurulur.

Psikotrop İlaç Reçeteleri

Madde 23 - Uyuşturucu ve alışkanlık yapıcı ilaçlar, ancak özel reçetelerine yazılması halinde verilebilir. Bu reçeteler sahibine geri verilmez. Tekrarında ayrı reçete getirilmesi zorunludur.

Özel Durumu Olan Reçeteler

Madde 24 - Türk Kodeksinde yazılı en çok miktardan fazla dozları içeren reçeteler hakkında, 6197 sayılı Kanun'un 25. maddesinin 2. fıkrası gereğince hareket edilir.

Birinci fıkrada belirtilen reçetelerde; yazan tabibin ismi, adresi ve protokol numarası ile hastanın isim ve açık adresi belirtilmiş olmalıdır. Miktarların ise, Sağlık Bakanlığı genelgelerine uyması şarttır.

Reçeteler Üzerindeki İşlemler

Madde 25 - Hazırlanan reçeteler, eczane mesul müdürü tarafından imzalanıp tarih konularak eczane kaşesi ile mühürlenir. Bakanlık ve Türk Eczacıları Birliğince belirlenen ilaçlar ile majistral, uyuşturucu ve psikotrop ilaçlara ait reçeteler, reçete kayıt defterine kayıt edilir. Uyuşturucu ve psikotrop ilaçlara mahsus reçeteler, geri verilmeyerek eczanede saklanır. Sağlık Bakanlığı genelgelerine göre işleme konulur.

Yapma İlaçlar, Etiket ve Ambalaj

Madde 26 - Yapılan ilaçların ambalajına etiket yapıştırılır. Bu etiketler üzerine eczanenin, doktorun ve hastanın isimleri, defter kayıt numarası ve ilacın kullanılış şekli yazılacaktır.

İçilecek ilaç etiketleri beyaz, dıştan kullanılacak ilaç etiketleri kırmızı renkli olmalıdır.

Eczanelerde hazırlanacak ilaçlar, hiç kullanılmamış, yeni ve uygun ambalajlara konulacaktır.

Hazırlanacak İlaçlarla İlgili Reçeteler

Madde 27 - Eczanelerde hazırlanmak üzere bırakılan reçetelerin, yazan tabip ile sahibi olan hastadan veya hastanın yakınından başkasına gösterilmesi ve aslının veyahut kopyasının verilmesi yasaktır.

Nöbetçi Eczane

Madde 28 - Birden fazla eczanesi olan yerlerde, bayram ve diğer resmi tatil günlerinde ve belirlenen çalışma saatleri dışında, yalnız nöbetçi eczaneler açık kalacaklardır. Nöbetçi olmayan eczacılar eczanelerini kapatmaya mecburdurlar.

Nöbetçi Eczanelerin Çalışma Düzeni

Madde 29 - Eczanelerin buldukları yerlerin özellikleri de gözönüne alınarak, nöbet tutulacak günler ve çalışma saatleri ile kaç adet eczanenin nöbetçi kalacağı, bölge eczacı odası veya temsilcisi tarafından belirlenir ve bir nöbet listesi hazırlanır. Bu listeler, İl Sağlık Müdürlüğü veya görevli yetkililerin kabul ve onayı ile uygulamaya konulur.

Nöbetçi eczanelerin halk tarafından kolayca bilinmesi için, hazırlanan nöbet listeleri, eczacı odası yetkililerince polis merkezlerine, garnizon komutanlıklarına, PTT danışma servisine, yataklı tedavi kurumlarına, mahalli gazetelere ve ilgili olabilecek diğer kurumlara verilir.

Gece nöbet tutacak eczanelerin gece boyunca mutlaka kapılarının açık olması zorunlu değildir. Ancak, eczane sahip ve mes'ul müdürünün başvuru halinde gereken hizmeti yerine getirmesi şarttır.

Eczane Çalışanları

Madde 30 - Eczanelerde çalışan personel, eczane mes'ul müdürünün sorumluluğu altında çalışırlar. Çalışanların personel defterine kaydı mecburidir.

Eczanede Staj

Madde 31 - Eczacılık fakülteleri öğrencilerinden eczanelere staj görmek üzere kabul edilenlerin girişi ve çıkışları, özel bir deftere kaydedilecektir. Staj sonunda, çalıştıkları süreyi ve yaptıkları çalışmalarını belirleyen belge, öğrencinin fakültesine gönderilecektir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

ECZANELERİN TEFTİŞİ

Teftiş Yetkili Olanlar

Madde 32 - Eczaneler, senede en az iki defa teftiş edilirler. Teftiş, Sağlık Bakanlığı müfettişleri veya bulunmadığı yerlerde sağlık müdürleri veya sağlık müdürleri tarafından görevlendirilecek sağlık müdürlüğünde görevli eczacı ve hekim tarafından yapılır. Sağlık müdürlüğünde görevli eczacı yoksa, görev verilecek bir hekim ile bölge eczacı odası yetkilisi veya temsilcisi tarafından teftiş yapılır.

Teftişin Şekli

Madde 33 - Teftiş yapanlar, eczanelerde Kanun ve Yönetmelik hükümlerine uyulup uyulmadığını denetlerler ve neticelerini basılı raporlardaki özel hanelere yazırlar. Gereken önerileri, eczanelerde bulundurulması zorunlu olan teftiş defterinde belirterek altını imzalarlar.

Teftiş raporları, müfettiş ile beraber eczacı tarafından imza edilir.

ALTINCI BÖLÜM

ÇEŞİTLİ VE SON HÜKÜMLER

İlacın Kapsamı

Madde 34 - Bu Yönetmelikle belirtilen ilaçlara, 6197 sayılı Kanun'un 28. maddesinde yazılı beşeri ve veteriner ilaçlar,

kimyevi maddeler ve zirai ilaçlar ile kozmetik ürünler yanında hastaların teşhis ve tedavisinde kullanılacak bütün sıhhi malzemeler, madikal aletler ve maddeler de dahildir.

Önlük Mecburiyeti

Madde 35 - Eczane sahip ve mesul müdürü ve diğer personel, beyaz önlük giyeceklerdir. Eczacı önlüklerinin göğüs cebi üzerinde eczacıların ad ve soyadının belirtilmesi zorunludur.

Defterler

Madde 36 - Eczanelerde, aşağıda yazılan ve sayfaları ekte gösterilen defterlerin tutulması mecburidir;

- 1 - Reçete kayıt defteri (Ek; 1),
- 2 - Uyuşturucu maddelerin kayıt defteri (Ek; 2),
- 3 - Psicotrop (alışkanlık yapıcı) ilaçların kayıt defteri (Ek; 3),
- 4 - Teftiş defteri (Ek; 4),
- 5 - Personel defteri (Ek; 5),
- 6- Stajyer defteri (Ek; 6),

Eczacılar, defterleri bağlı oldukları eczacı odalarından alacaklardır. Defterlerin kullanılmadan önce eczacı odalarına tasdik ettirilmeleri şarttır.

Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

Madde 37 - 18.12.1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanununun 20. maddesine Tevfikân Hazırlanan Talimatname ile ek ve tadilleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Geçici Madde 1 - Bu Yönetmelik yürürlüğe girmeden önce açılma ruhsatı verilmiş bulunan eczaneler, 9. maddenin 1. fıkrası hükmü hariç olmak üzere, Yönetmeliğin diğer hükümleri ile öngörülen gerekleri en geç bir yıl içerisinde yerine getirmek zorundadırlar. Aksi takdirde, durumlarının bu yönetmeliğe uymadığı yapılacak kontrol ve denetim neticesinde anlaşılan eczanelerin faaliyetleri Bakanlıkça durdurulur.

Geçici Madde 2 - Bu Yönetmelik yürürlüğe girmeden önce açılma ruhsatı verilmiş bulunan eczaneler, nakil oldukları takdirde, 9. maddenin birinci fıkrası hükmüne tabidirler.

Yürürlük

Madde 38 - Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer,

Yürütme

Madde 39 - Bu Yönetmeliği Sağlık Bakanlığı yürütür.

YÖNETMELİĞİN ARDINDAN

1953 yılından beri yürürlükte olan 6197 Sayılı yasanın 20. maddesine dayalı yönetmelik yeniden düzenlenerek 13 Ekim 1992 tarihli Resmi Gazetede yayınlandı.

Yönetmeliğin hazırlanması, Sağlık Bakanlığına görüş sunulması aşamalarında yapılan çalışmalar Ankara Eczacı Odasının ve diğer otuzüç Eczacı Odasının da bilgileri dışında Merkez Heyeti tarafından yürütüldü.

TEB Merkez Heyetinin bu çalışma yöntemine ilişkin eleştirilerimizi A.E.O Bülteni Eki Haberlerin Ekim sayısı ile sizlere duyurmaya çalışmıştık.

Yönetmeliğin yayınlandığı günden itibaren Ankara'lı meslekdaşlarımızın yanısıra diğer bölge Eczacı Odaları tarafından da yönetmeliğe ilişkin olumsuz eleştiriler, basın açıklamaları, telgraf eylemleri ve toplantılar gündeme geldi.

Yönetmeliğin yayımlanmasının hemen arkasından Odamızca 18.10.1992 tarihinde

Yapılan Bölge Temsilcileri toplantısında, temsilcilerimizin yeni yönetmeliğe ilişkin görüşleri değerlendirildi. Tartışmaların can alıcı noktasını 9. maddenin 1.fıkrası (m² uygulaması) oluşturdu. Bir gurup meslekdaşımız bu uygulamanın eczanelerde daha uygun çalışma koşulları ve eczane açılışlarına sınırlama getirmesi açısından olumlu olduğunu belirtirken, bir diğer gurup uygulamanın "ekonomik bir tahdit" olduğunu ve "parası olan eczane açsın" anlamına geldiğini vurguladılar.

Bu arada gerek Eczacılık Fakülteleri öğrencileri gerekse meslekdaşlarımız arasında başlatılan bir imza kampanyası sonucu toplanan ve yeni yönetmeliğin 9(1) maddesine karşı çıkan dilekçeler odamıza ulaşıyordu. Bu karşı çıkış mesajının yerine ulaşması için odamız üyeleri ile birlikte 5.11.1982 tarihinde Sağlık Bakanı Dr.Yıldırım Aktuna'ya aşağıda metinlerini sunduğumuz protesto telgraflarını çekti.

Dr. YILDIRIM AKTUNA

SAĞLIK BAKANI - ANKARA

13 Ekim 1992 tarihinde yürürlüğe giren Eczane ve Eczane Hizmetleri Yönetmeliğinde eczane alanının 40-50 metrekaareye çıkarılması bizleri mesleğimizi yapamayacak duruma getirecektir.

Konuyu sağduyunuza sunar. Yönetmeliğin ilgili maddesinin değiştirilmesini arz ederim.

İSİM

ADRES

Dr. Yıldırım AKTUNA

SAĞLIK BAKANLIĞI - ANKARA

Yeni Yürürlüğe giren Eczane ve Eczane hizmetleri Yönetmeliğinde bulunan 9.maddesi Eczacı adayı olan bizlerin Eczane açma imkanını tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Konuyu sağduyunuza sunar, Yönetmeliğin ilgili maddesinin değiştirilmesini arz ederim.

İSİM

ADRES



Yönetim Kurulumuzu Konuya İlişkin yaptığı açıklamalar basında da yer aldı.

Ankara Eczacı Odası yeni yönetmelikteki eczane açılacak alanın m² sınırlamasının eczacıları mesleklerini yapamaz duruma getireceği ve ekonomik anlamda eczane şirketlerine bir zemin oluşturabileceği endişesini pekçok kereler dile ge-

tiriyor ve bu tür bir sınırlamanın eczanelere tahdit getirme onlamının ötesinde bir anlam taşıdığını vurguluyordu.

Ülkenin sağlık gündemindeki hızlı değişimler, Genel Sağlık Sigortasına bir zemin oluşturacak Yeşil Kart uygulamaları, ilacın eczane dışına taşındığı OTC tartışmaları ve hemen onun arkasından gelecek olan ilaç reklamları, ilaçta patent uygulamasının konuşulduğu gizli toplantılar artık sağlık alanında da büyük sermayenin söz sahibi olacağına habercisi iken, 50 m² lik eczanelerin de eczane şirketlerine doğru gelişen bir yapıyı oluşturabileceğini vurguluyordu.

Yönetmeliğe eleştiriler getirirken çıkış noktamız, hem geçmişten bugüne savunduğumuz ve çalışma programlarımızda yer alan mesleğimizin gelişimini ve meslekdaşlarımızın çıkarları savunan görüşlerimizden hemde sosyal devlet anlayışı içinde bir meslek gurubunu temsil etmenin sorumluluklarından kaynaklanmaktadır. Seçimle gelen biryönetim elbette tüm meslek gurubunun çıkarlarını temsil etmek ve savunma durumunda olacaktır. Bu anlamda da eczane açılacak alana 40 m², 50 m² gibi bir tahdit getirmek ve bu alanda daha çağdaş bir eczacılık hizmeti verilebileceğini savunmak, günümüz şartlarında pekçok meslekdaşımızı ve mezun olacak öğrencilerimizi ekonomik anlamda zorlayacağı ve mesleğini yapamaz duruma getireceği gibi, yıllardır karşı olduğumuz ve mesleki ahlakımızla da bağdaşmayan muvazaalı eczanelere de bir zemin hazırlayacaktır. O zaman hangi çağdaş eczacılık hizmetinden söz edilebilir, hangi meslek hakkını ve meslekdaşımızı savunmak mümkün olabilir? Bu soruların cevaplarını ne o yönetmelikte ne de yönetmeliği hazırlayanlarda bulmak mümkün olmayacaktır.

Yeni Yönetmeliğin Eczacılık gündemini böylesine yoğun bir biçimde işgal ettiği günlerde TEB'nin düzenlediği gündemi "Kamu İlaç Harcamalarının Kısıtlanması" olarak belirlenmiş II. Bölgeler arası toplantı çağrısı odamıza ulaştı. Her ne kadar gündem Merkez Heyetince "Kamu İlaç Harcamaları" olarak belirlenmişse de 6-7-8 Kasım 1992 tarihlerinde Kuşadası'nda düzenlenen top-

lantıda yapılan konuşmaların hemen tümü doğaldır ki yeni yönetmelik ve yönetmeliğin oluşum süreci üzerinde odaklanıyordu.

Toplantıya katılan Oda Başkanları Yönetmeliğin Merkez Heyeti tarafından oda görüşleri alınmadan hazırlanmasını ve nerdeyse bir oldu bittiye getirilmek istenmesini eleştirdiler. Yönetmeliğin 9(1) maddesi üzerinde Zonguldak, Samsun ve İçel Eczacı Odaları dışında tüm oda başkanları, tahdit uygulamasının eczacıları güç duruma düşüreceği konusunda görüş bildirdiler. Bu maddenin değiştirilmesi konusunda TEB tarafından bir çalışma yapılması gereği vurgulandı. Bu değişiklik istemi ile Oda Başkanları tarafından hazırlanarak imzalanan metin 7. Kasım. 1992 tarihinde toplantıya katılan Sağlık bakanına iletildi.

Sağlık Bakanı, yönetmelik hazırlanmadan önce TEB Merkez Heyeti ile görüştüğünü belirttilerek, yanlışlıkların tartışılarak değiştirilmesi konusuna açık olduğunu söyledi.

Bölgelerarası toplantının ardından 19.Kasım.1992'de Ankara'da yapılan TEB II. Başkanlar Danışma Kurulu Toplantısında yönetmelikle ilgili tartışmalar sonucu Sağlık Bakan ile yapılacak görüşmede 13.10.1992 tarihinden önce dükkan almış eczacıların sorunlarının çözümlenmesi ve 9.maddenin 1.fıkrasının "eczanelerin zemin kullanım alanının 25 m² olması" konusunun bildirilmesine karar verildi.

20.Kasım.1992 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna, ilaç ve Eczacılık Genel Müdürü, Genel Müdür Yardımcıları, Eczacı Odası Başkanları ve TEB Merkez Heyeti ile Sağlık Bakanlığında yapılan toplantıda yönetmelikle ilgili sorunlar kendilerine bir kez daha iletildi.

Sağlık Bakanı, 13.10.1992 tarihinden önce dükkan almış olup da yeni yönetmelik nedeniyle eczanelerini nakil edemeyen eczacıların sorununa en kısa zamanda çözüm getirileceğini, bu amaçla Resmi Gazetede bir "Ek Geçici Madde"

yayınlanacağını, m² sorununa da bir çözüm bulma yolunda çalışmalar yapacaklarını dile getirdi.

Gelen tepkiler doğrultusunda m² konusundaki tartışmalara açık olduğunu bildiren Sayın Aktuna, yeni çıkan bir yönetmelikte bir ay içinde bir değişiklik yapmanın kendi siyasi kariyeri açısından mümkün olmadığını aksi halde bir bakan olarak yıpranacağını, bu nedenle çözümün birkaç aylık bir zaman alacağını ifade etti.

Bu yönetmelik Merkez Heyeti tarafından Eczacı Odaları ve meslekdaşlar tabanında en geniş katılım sağlanarak tartışılabilse idi, yeni mesleki sorunlar oluşturmak yerine, sorunlarımıza çözüm getiren, kalıcı, bir yapıya kavuşturulabilirdi. Böylelikle bugün tüm Eczacı Odası başkanları, Merkez Heyeti ve Sağlık Bakanlığı konuyu yeniden irdelemek noktasında olmayacaktı.

TEB Merkez Heyetinin, tüm eczacı odaları başkanları ile "Bu yönetmelik değişmelidir" diyerek Sağlık Bakanlığına gittiği günlerde Eczane-Parfümeri Dergisinin Kasım-92 sayısında TEB II. Başkanı Hilmi Ziya Postacı imzası ile yayınlanan "Yeni Yönetmelik İyidir, başlıklı, aşağıdaki sütunlarda tıpkı basım olarak sunduğumuz yazıyı okuduğumuz da, yönetmelik değişikliği konusunda Merkez Heyetinin bir çaba içerisinde olabileceğine inanmamız mümkün olmamaktadır.

Aynı şekilde halihazırda görev yapan Merkez Heyetini Ankara Eczacı Odası Seçimlerinde seçilemedikleri halde tarihi bir misyonu taşırcasına (Anadolu'yu il il gezerek) oluşturan, Ankara Eczacı Odası MerkezHeyetinde temsiliyetini pazarlık konusu yapan Ankara'lı meslekdaşlarımızın bugün kendi oluşturdukları yapının icraatlarını şiddetle eleştiren, reddeden tavırlarını anlayabilmemiz de mümkün değildir.

Ankara Eczacı Odası
Yönetim Kurulu

Türk Eczacılar Birliği 2. Başkanı Hilmi Ziya Postacı, yönetmeliği savunuyor:

"Yeni yönetmelik iyidir"

● **Hilmi Ziya Postacı, 6197 Sayılı Yasa ile ilgili yeni yönetmeliğin eczacılar tarafından iyi incelenmediğini öne sürdü.**

Geçtiğimiz günlerde eczacıları en çok meşgul eden konuların başında, 13 Ekim'de Resmi Gazete'de yayınlanan ve 6197 sayılı yasa da değişiklik yapan yönetmelikti. Uzun yıllar eczanelerin ve eczacıların çalışma koşullarını düzenleyen 6197 sayılı yasanın değiştirilmesi için çaba gösteren eczacılık çevreleri, böyle bir değişiklik olduğu zaman tepki göstermelerinin sebepleri neler idi? Eczacıların tepkileriyle ilgili olarak görüşlerine başvurduğumuz Türk Eczacılar Birliği 2. Başkanı Hilmi Ziya Postacı, şunları söyledi:

"Yıllardan beri eczacılar 6197 sayılı yasanın değiştirilmesi için uğraş verdiler. 40 yıldır bu yasa da bir değişiklik olmadı. Ancak, bugün bu yasanın bazı bölümlerinde değişiklik yapılıyor ve tepki gösteriyorlar. Anlaşılır gibi değil. Öte yandan eczacılar hep eczanelerin küçük olduğundan, 25 metrekareye sığışıp kaldıklarından şikayet ederlerdi.

50 metrekare büyüklük koşulu, eczacılık mesleğinin korunması açısından çok önemli bir adım... 25 metrekare büyüklük koşulu ile birlikte çok küçük egzantrik geçekondü eczacılığı doğmuş. Bu durum normal büyüklükteki eczaneler için haksız rekabet yarattığına inanıyorum.

Öte yandan 50 metrekare büyüklük koşulu, 500 bin nüfusa sahip belediyelerde olacak. Daha az nüfusa sahip belediyelerde büyüklük 40 metrekare olacak. Eczacılar nüfus tahdidi konulsun istiyorlar. Bu mümkün değil. Çünkü eczaneler, özellikle hastane ve doktor olan yerlerde yoğunlaşmış. 6197 sayılı yasa da değişiklik yapan yönetmelik, bu yasanın tümüyle değiştirilmesi için önyak olacak ve bu yö-

netmelik eczanelerin düzensizliğine dur diyecek.

Burada bir konuya da açıklık getirmek gerek; eczacılar yeni açılmak üzere olan eczaneler için belli bir süre tanınmış istiyorlar. Böyle bir şey mümkün değil. Çünkü bu süre şimdi tanınırsa, daha sonra açacak olanlar da aynı taleple karışımıza çıkacak.

Öte yandan devir işlemleri sırasında 50 metrekare koşulu yoktur. Yani 50 metrekareden küçük bir eczane devredildiği zaman, eğer eczacı kendisi istemez ise eski büyüklüğünde hizmet vermeye devam edebilecek.

Eczacılar da hep eczanelerin küçük olduğundan, bu nedenle bazı hizmetleri veremediklerinden yakınıyorlardı. Yeni yönetmelik bu istekler dikkate alınarak hazırlandı. Şimdi niçin tepki gösteriyorlar? Onu anlamak mümkün değil."

Yönetmeliğin, eczacılar tarafından tam olarak incelendiğine inanmadığını belirten Postacı, yapılan değişikliklerin eczacılık mesleği için çok olumlu düzenlemeler getirdiğini söyledi:



"6197 sayılı yasanın değiştirilmesi için önyak olan yönetmelik sadece 50 metrekare koşulundan ibaret değil. Meslektaşlarımız bu yönetmeliği iyi okudukları takdirde görecektir. Yeni yönetmelik bir çok pozitif değişimleri beraberinde getiriyor. Eczanelerin denetlenmesi, ruhsatlarının verilmesinde bundan böyle direkt eczacı odaları söz sahibi olacak. Hafta sonu tatilleri ve nöbetlerde de değişiklikler yapıldı. Bundan böyle eczacılar da diğer kamu çalışanları gibi hafta sonunda tatil yapacaklar."

Yönetmelik çıkmadan önce komisyon üyelerinin de davet edilerek tartışma açtıklarını belirten Postacı, yaz tatilini bahane eden bir çok komisyon üyesinin bu tartışmalara katılmadığından şikayet ediyor. Sorumluluk sahibi insanların, bu şekilde bir davranış örneği sergilemesini çok yadırgadıklarını ifade eden Türk Eczacılar Birliği 2. Başkanı Postacı, yönetmelik çıktıktan sonra da kimsenin eleştirmeye, tepki göstermeye hakkı olmadığını vurguladı.

Bundan sonraki hedeflerinin 6197 sayılı yasa'yı değiştirmek olduğunu belirten Postacı, sözlerini şöyle sürdürdü:

"Bundan sonra 6197 sayılı yasa'yı yönetmelik şeklinde değil de yasa haline getirip değiştirme yoluna gideceğiz."

Hilmi Ziya Postacı, eczacı meslektaşlarına seslenerek, şu noktalara dikkat çekti:

"Dergi aracılığıyla, 15 bin civarında eczacının hem toplum sağlığı hem de kendi gelecekleri için en önemli unsur, gelecek 10 yılı en iyi okumak olmalı. Eczacılarımız geleceğe yönelik tavırlarını birlikte geliştirmeliler. 2.5 milyon kişinin sigorta primlerinin ödenmediği, devletin borç içinde olduğu bir dönemde 15 bin kişinin sorunlarıyla kimse ilgilenmez. Siyasi otorite bakmaz bu sorunlara. Biz bu sorunları çözmek için birlik ve beraberlik içinde olmalıyız."

1993 Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ve Protokolüne İlişkin Yapılan Çalışmalar

Yönetim Kurulumuzun 1993 yılı Bütçe Uygulama Talimatı ve Protokolüne ilişkin görüş ve önerileri hazırlamak üzere oluşturduğu komisyon, üyelirimizden ve bölge temsilcilerinden gelen eleştiri ve öneriler doğrultusunda çalışmalarını sürdürmüş, hazırlanan rapor 10.11.1992 tarih ve 1992/541 sayılı yazı ile T.E.B. Merkez Heyetine gönderilmiştir.

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
MERKEZ HEYETİ BAŞKANLIĞI
ANKARA

Türk Eczacıları Birliği ile Maliye Bakanlığı arasında imzalanan protokole göre kamu kurumlarıyla anlaşma yapan eczanelere saymanlıklarca reçete bedeli ödenirken reçetelerin Bütçe Uygulama Talimatı maddelerine uyması koşulu aranmaktadır.

Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti protokolü imzalamadan önce Bütçe Uygulama Talimatının eczanelerle ilgili bölümünü görmek ve müdahale etmek durumunda olmalıdır. Aksi takdirde imzalanan protokol tek başına yeterli olmamakta, hasta ve eczacı karşı karşıya gelmektedir.

Talimatın amacı devlet memurlarının Tedavi Yardımında ödemelerin ne şekilde olacağını belirlemek olduğu halde Maliye Bakanlığı bu talimatla hastaların tedavisine açıkça müdahale etmektedir.

1993 yılı Bütçe Uygulama Talimatına ilişkin görüş ve önerilerimiz şöyle sıralanabilir;

1) Resmi Sağlık Kurulu raporu ile belgelendirilen uzun süreli tedaviye gerek duyulan hastalıklar için verilen ilaçlar Sağlık Bakanlığı listesine

bağlı kalmaktadır. Sağlık Kurulu Raporunda yeralan teşhis ve tedavi için verilen bazı ilaçlar Sağlık Bakanlığı listesinde bulunmaması nedeniyle rapor kapsamında değerlendirilmemektedir. Hekimin tedaviye ilişkin görüşleri değişebilmekte bu nedenle Bakanlık listesi problem yaratmaktadır.

Bu nedenle, liste kaldırılmalı, tedaviyi yürüten ve raporu veren Sağlık Kurulu vereceği raporda hastalığı tanımlamalı, kullanılması gerekli ilaçlar farmakolojik tasnifle belirlemelidir.

Talimatın 4-1/b maddesi şu şekilde değiştirilmelidir;

"Uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına gerek görülen ilaçlar, farmakolojik tasnif veya jenerik isimleri ile resmi sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Söz konusu hastalıklarla ilgili olarak verilen Resmi Sağlık Kurulu raporları en geç iki yıl süre ile geçerlidir, hastalığın devam edip etmediğine dair ilgiliden kurumca iki yılda bir sağlık kurulu raporu istenecektir. Bu süre içerisinde verilecek reçetelerde ya Resmi Sağlık Kurulu Raporu fotokopisi veya ilgili Sağlık Kurumu yetkilisine rapor tarih ve sayısı yazılarak onaylanması temin edilecektir. Bu şekilde reçetelerden hiçbir şekilde katılma payı alınmayacak, ilaç bedellerinin tamamı kurumlarınca ödenecektir."

Bu sağlanamadığı takdirde, Sağlık Bakanlığınca tesbit edilen liste kapsamı genişletilerek günün koşullarına uygun hale getirilmelidir.

- * Kanser tedavisinde analjezikler ve antiemetikler,
- * Diabette Sentetik tatlandırıcılar ve B1, B6 vitamin kombinasyonları
- * Romatoid-Artrit, antienflamatuvar-analjezik ilaçlar,

- * Osteoporozda, Kalsiyum preparatları, D vitamini, calcitonin ve antiromatizmal ilaçlar,
- * Bronşiyal asthma da antiallerjikler,
- * Kronik böbrek hastalıklarında, antihipertansifler, antiasitler, Hepatit-B aşısı, calcitriol ve B1 - B6 vitamin kombinasyonları,
- * Kalp hastalıklarında antihipertansif ve diüretik ilaçlar, aspirin ve tuzları,
- * Hipertansiyonda kalp ilaçları
- * Periferik ve serebral damar hastalıklarında antihipertansifler, antilipidemik ilaçlar
- * Kronik nörolojik hastalıklardan parkinson ve epilepside periferik ve serebral damar ilaçlarının,

liste kapsamına alınması gerekmektedir.

Ayrıca, menapoz, anemi, osteoartrit, kuru-göz hastalıklarının da bu liste kapsamına alınması gerekmektedir.

2) İlaç mahiyetinde olmayan ve tedavi amacıyla kullanılan intravenöz kanüller, enjektörler, elastik bandajlar, ortez ve protezlerin tamamen karşılanabilmesi ve bu konuda bazı saymanlıklarca değişik yorumlamaları giderebilmek için 4-ilaçların temin edilmesi (f) maddesinin şu şekilde değiştirilmesini öneriyoruz :

"1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu gereğince Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmiş ilaçlarla ayakta veya meskende yapılan tedavilerde reçete bedellerinin %20 si hasta tarafından karşılanacaktır. İlaç mahiyetinde olmayan tedavi amacıyla kullanılan intravenöz kanul, enjektör, elastik bandaj gibi araç, gereç ve Ek 9) Protez ve Ortez listesindeki protez ve ortez bedellerinden katılma payı alınmayacak, bedellerinin tamamı kurumlarınca eczaneye ödenecektir."

3) 1992 Bütçe Uygulama Talimatının 4-1/h maddesi 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki yasaya aykırı olduğundan kaldırılmalıdır.

4) "Protokol hükümlerine ve meslek deontolojisine aykırı hareket eden eczaneler için gerek kurumlarca gerekse Türk Eczacıları Birliğince yasal işlemlerin yapılmasına olanak sağlamak üzere Talimatın 4-2 Eczanelerle yapılacak anlaşma maddesinin (e) fıkrası şu şekilde düzenlenmelidir :

"Bu protokoldeki hükümlere aykırı hareketleri nedeniyle anlaşmaları feshedilen eczaneler (eczacının açık kimliği ve eczanenin de adresi belirtilecek) feshi yapan kurumca ilgili Valiliğe (Defterdarlık, Muhasebe Müdürlüğü) ve Türk Eczacıları Birliğine gerekli işlemlerin yapılması için bildirilir. Durum ayrıca Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne de bildirilir.

Kurumlarınca talimatname ve ekindeki protokol hükümlerine aykırı hareketleri nedeniyle anlaşmaları feshedilen eczanelerle (eczane sahibi ve mesul müdürünün başka isim altında eczane açması ve aynı eczanenin bir başka eczacı tarafından muvazaalı bir şekilde devralınması durumları da dahil olmak üzere) hiç bir şekilde anlaşma yapılamaz.

Muvazaalı bir işlem sonucunda kurulduğu anlaşılan eczanelerin tespiti ve anlaşmalarının feshinin sağlanması için ilgili kurum ve Türk Eczacıları Birliği müşterek bir çalışma ve işbirliği yapar."

5) "Anlaşması olmamasına rağmen bu talimatname kapsamında belirtilen kurumların personeline ilaç veren eczaneler tarafından %5 indirim yapılma zorunluluğu kaldırılmalıdır. Anlaşma yapmanın özelliğini yok eden bu uygulama kurumla hiç ilişkisi olmayan ve hatta aynı ilde bile olmayan eczaneyi gereksiz bir indirim yapmaya zorlamaktadır. Bu nedenle talimatnamenin 4-3 Eczanelerin ilaç temini maddesinin e fıkrası son cümlesi tamamen kaldırılmalıdır.

6) 1992 Bütçe Uygulama Talimatının 4.3)a maddesinin son paragrafı kalkmalıdır.

7) "İlk kez 1990 yılında yürürlüğe giren beş kalem ilaç yazılması ve on günlük doz uygulaması pratik bir sonuç sağlamamıştır. Bu nedenle bu uygulamanın kaldırılması gerekmektedir. Tedaviyi yapan hekimin gerekli gördüğü tedavi süresine ve uygun gördüğü doza göre tedavi yapılması zorunludur. Bu nedenlerle 4-3 Eczanelerden İlaç Temini maddesinin b fıkrası şu şekilde değiştirilmelidir:

"İlgili hekimin gerekli gördüğü tedavi süresi ve dozuna uygun olarak tanzim ettiği reçete içeriği eczane tarafından aynen karşılanır."

8) 4.3)c Maddesinde kültür-antibiyoqram şartı aranan antibiyotikler için özel Sağlık Kuruluşlarından

alınan kültür-antibiyoqram sonuç kağıdı geçerli olmalıdır.

9) Hekim tarafından yazılmış olsa dahi bedelleri ödenmeyen sağlık ürünleri konusu yıllardır tartışmalara yol açmıştır. Hekimin reçetede yazdığı ilacın, 1262 sayılı yasa hükümlerine uyması halinde ödenmesi gerekir. 4-3 Eczanelerden İlaç Temini maddesi h fıkrası şu şekilde düzenlenmelidir :

"1262 sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanununa göre İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzar olan ilaç ve aşular dışındaki sağlık ürünlerinin bedelleri hekim tarafından gerekli görülmüş olsa dahi kurumlarca ödenmeyecektir."

10) "Enjeksiyon için gerekli dispoosible enjektör verilmesinde diabetli hastalar gözönüne alınmamıştır. İnsülin ile kontrol altına alınan diabetliler insülin dozuna bağlı olarak bir flakonda on ila yirmi enjektör kullanma zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenle bu konunun talimatın 5. maddesi sonuna şu şekilde eklenmesi zorunludur:

"Diabetli hastalarda hekimin doz belirtmemesi halinde her flakon için 20 insülin enjektörü; doz belirtilmesi halinde ise doza uygun sayıda enjektör verilmesi gerekir."

11) "Sağlık kurulu raporu ile gerekli görülerek lens kullanmak zorunda olanlar için lens bakım çözeltilerinin bedelleri farklı yorumlar yapılması nedeniyle bazı kurumlarca ödenmemektedir. Bu konunun açığa kavuşturulması için talimatın 10. maddesi g fıkrasının şu şekilde değişmesi gerekmektedir :

"Katarakt ameliyatı sonunda göz içine takılan lensler (göziçi mercekleri) ile göz ameliyatı sonucuna bağlı olarak kullanılması sağlık kurulu raporu ile gerekli görülen lens bedelleri ve göz tedavilerinde kullanılmasında kesin zorunluluk olduğu resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen kontakt lens bedelleri ile bunların bakım ve temizlikleri için gerekli olan ilaçların bedelleri ödenecektir."

12) "Protokolde reçete yazım kurallarından ve diğer onay noksanlıklarından dolayı eczacı sorumlu tutulmaktadır." Reçeteyi yazan hekim ve yazıldığı kurumun sorumlu olması gerekirken eczacıyı sorumlu tutmanın hiçbir mantıki izahı yoktur. Reçetenin yazıldığı kurumda sorumluluk sahibi kişilerce kontrol ve onay yapılması gerekirken reçetenin en son ulaştığı noktaya (Eczaneye) sorumluluğu bırakmak yanlış bir uygulama

olmaktadır. Bu durumun giderilmesi için protokolde II. Uygulanacak Esaslar başlığı altındaki 6. maddeye şu ekleme yapılmalıdır :

"Reçetelerin doktor tarafından doldurulması icap eden kısmı boş bırakılmış, noksan yazılmış veya doktorun imzası yoksa, ilaç miktarı sadece rakam ile yazılmış ise bu gibi reçeteler kurum amirliklerince veya başhekimliklerce onaylanmayacak; noksanlıkları giderilmek üzere hastaya iade edilecektir. Kurum amirliklerince veya başhekimliklerce tasdik edilen reçeteler eksiksiz kabul edilerek eczanelerce ilaçları verilecektir."

13) Reçetelerdeki satış fiyat küpürü yanısıra barkot (çizgikod) diyağramının da kesilmesi gerek kurumlarda gerekse eczanelerde barkot okuyucularının bulunmaması nedeniyle pratik bir yarar sağlamamaktadır.

Ayrıca ilaç kutusu üzerinden hem fiyat küpürünün hem de barkot diyagramının kesilmesi ile ilacın kutu içinde taşınırlığı ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle protokolün II. uygulanacak Esaslar bölümünde 5. maddesinde barkot diyagramı sözcükleri kaldırılmalıdır."

14) Reçetelerin hazırlanmasında eczacının sehven reçete üzerinde yaptığı hataların veya eksik bırakılan işlemlerin giderilmesi mümkün kılınmalıdır. Bunu temin edebilmek için II. Uygulanacak Esaslar başlığı altında 12. madde şu şekilde değiştirilmelidir :

Eczaneye gelen reçetenin hazırlanmasında eczacı tarafından eksik bırakılan işlemler ve noksanlıklar varsa bu eksiklikler giderilmek üzere eczaneye iade edilir. Eksikliklerin tamamlanmaması halinde reçete bedeli ödenmez."

15) "Diabetli hastalar için insülin enjektörü verilmesine olanak sağlayan talimatnamedeki hüküm protokolün II. Uygulanacak Esaslar bölümünün 15 inci maddesine de şu şekilde eklenmelidir:

"Diabetli hastalarda hekimin doz belirtmemesi halinde her flakon için 20 insülin enjektörü; doz belirtilmesi halinde ise doza uygun sayıda enjektör verilmesi gerekir."

16) 2771 sayılı yasa gereği emeklilerden %10 çalışanlardan %20 katılım payı alınması zorunludur. Ancak almayanlar hakkında her hangi bir yaptırım maddesi olmadığından, eczacılar arasında haksız rekabete yol açmaktadır. Türkiye genelinde gittikçe

yaygınlaşan bu soruna çözüm getirmek amacıyla;

"Protokolün III. Sözleşmenin feshini gerektirecek hususlar bölümündeki 1 inci maddeye katılım paylarının alınmamasının Türk Eczacıları Birliğince saptanmasının fesih sebebi olarak belirtilmesi gerekmektedir. Bu maddeye "f" fıkrası olarak:

"Eczanenin 2771 sayılı yasa gereği katılım paylarının alınmasına ilişkin hükümlere aykırı davranışının Türk Eczacıları Birliğince saptanması" eklenmesi gerekmektedir.

17) Protokolün III. Sözleşmenin Feshini Gerektirecek Hususlar bölümünün 4. maddesi son paragrafı talimatnamedeki gibi şu şekilde değiştirilmelidir:

"Bu protokoldeki hükümlere aykırı hareketleri nedeniyle anlaşmaları feshedilen eczaneler (eczacının açık kimliği ve eczanenin adresi belirtilecek) feshi yapan kurumca ilgili valiliğe (Defterdarlık, Muhasebe Müdürlüğü) ve Türk Eczacıları Birliğine gerekli işlemlerin yapılması için bildirilir. Durum ayrıca Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne de bildirilir."

18) Hastanede radyolojik tetkik esnasında damar içine zerk edilerek verilen radyokontrast maddeleri içeren ilaçlardan katılım payı alınmamasına ilişkin bir madde talimatnameye eklenmelidir.

19) Eczacının kurumlara reçeteleri ve faturaları teslim ederken kurum tarafından kayıt yapılması tarih ve numara verilmesine ilişkin bir madde talimatnameye eklenmelidir.

20) Protokolün 4.3/d maddesinde geçen ilaçlarda yatan hasta koşulu aranmayıp, "hastanede kullanılacaktır" ibaresi yeterli olmalıdır.

21) Talimatın 4-1/c maddesine grip, kızıl, kızamık, allerji ve hepatit-B aşılıları da dahil edilmelidir.

22) Katılım paylarının alınmasını temin edebilmek için protokolün Başvuru formunda anlaşma yapacak eczanenin kesin taahhüdü alınmalıdır. Başvuru formu şu şekilde olmalıdır :

BAŞVURU FORMU

..... tarihli ve sayılı Resmî Gazetede yayınlanan protokol hükümlerine uygun olarak nin personeli ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin reçete muhteviyatı ilaçlarını %5 indirimle karşılamayı 2771 sayılı yasa gereği katılım paylarını tam olarak almayı, bu protokolün bütün hükümlerine uymayı kabul ve taahhüt ediyorum. Aksi halde Türk Eczacıları Birliğinin veya kurumların tek tarafı olarak sözleşmemi feshetmesini kabul ediyorum.

..... Eczanesi Eczacı

Dr. Ecz. Akın ÇUBUKÇU
Başkan

Komisyon çalışmaları sırasında, T.E.B. Merkez Heyetinin Emekli Sandığı Sağlık Daire Başkanlığı ile görüşmeler yaptığı öğrenilmiş, konu ile ilgili olarak T.E.B. Merkez Heyetine 4.11.1992 tarih ve 1992/532 sayılı yazı gönderilmiştir.

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ BAŞKANLIĞI ANKARA

26.10.1992 tarih ve 27.1269 A sayılı yazımızla 1993 yılı protokolü hakkında görüşmelerde yararlanmak üzere konu ile ilgili Oda görüşümüzün en geç 10 Kasım 1992 tarihine kadar Başkanlığınıza iletilmesi istenmişti.

Ancak Merkez Heyetinin bu süreyi beklemeksizin T.C. Emekli Sandığı Sağlık Dairesi Başkanlığı ile 1993 Bütçe Uygulama Talimatı ve Protokol konusunda görüşmeler yaptığı, maddeler üzerinde görüş birliğine vardığı ve ortak görüşün Maliye ve Gümrük Bakanlığına götürüleceği öğrenilmiştir.

Eczacı Odalarının görüşlerini beklemeksizin bu tür girişimlerde bulunmanızı doğru bulmadığımızı belirtir, konu ile ilgili ivedilikle bilgi verilmesini arz ederim.

Dr. Ecz. Akın ÇUBUKÇU
BAŞKAN

KOMA

Prof.Dr.Servet Arıoğul *

22-23 Şubat 1992 tarihinde yapılan ilk ve İkincil Yardım Eğitimi konulu MIEP'de Prof.Dr. Servet Arıoğul tarafından verilen bu çağılı tebliğ konu ile ilgili yayınlanan kitaba dahil edilemediğinden bu sayı ile bilgilerinize sunulmaktadır.

Uzun süreli bilinç kayıplarına koma denir. Hasta uykuda gibidir. Fakat hiçbir uyarı ile uyandırılmamaktadır. Normal veya patolojik reflekslerin hepsi kaybolmuştur. Pupilla, kornea farenks refleksleri alınmaz. Semi koma denilen daha hafif şekillerde ise refleksler vardır. Çimdikleme, kasları, tendonları veya testisleri sıkma ile yüzündeki çizgiler değişebilir, ağrı reaksiyonu görülebilir. Hatta ismi söylenince başında, gözünde bir hareket görülebilir. Fakat ne söyleneni anlayabilir ne de konuşabilir.

Koma ve semikoma tabirleri açıklanırken stupor ve konfüzyon terimlerinin de açıklığa kavuşturulması gerekir.

Stupor hafif bir bilinç kaybıdır. Hasta dalgın yatmaktadır, gözleri açıktır, zaman zaman etrafa, kendini muayene eden hekime bakar. Hatta bazı emirlerini yerine getirebilir veya birkaç kelime mırıldanabilir. Stupor halindeki hastada kaba tremor, huysuzluk, stereotipik motor aktivite, grasping (bir eşyayı avucunda sıkma), karfoloji (yatak çarşaflarını, geceliği buruşturmak, çekmek, bırakmak) gibi motor hareketler bulunabilir. Stupor çok kez komanın öncüsüdür.

Stuporun daha hafif şekline konfüzyon veya obtandation denmektedir. Konfüzyonlu hastada bilinç kaybı yoktur. Fakat düşünme ve yargı yeteneği bozuktur. Gereken doğru yanıtı zamanında verememektedir. Koma mezensefal-diensefal-kortikal sistemde fonksiyon durması sonucu oluşur.

Komalar

A. Fokal nörolojik bulgularla birlikte olmayan komalar

B. Fokal nörolojik bulgularla birlikte olan komalar olmak üzere iki ana başlıkta incelenebilirler.

A. Fokal nörolojik bulgularla birlikte olmayan komalar;

1. Alkol koması;

Alkol kokusu, yüzün ve konjonktivaların konjesyonu, hipotermi ve hipotansiyon ile karakterizedir. Komaya girebilmesi için kandaki alkol düzeyi %500 mg'i geçmelidir. Ağır entoksikasyon % 300-500, koma için % 500 mg'i geçmelidir.

2. Optium alkaloidleri;

Eroin, morfin, esrar komalarında solunum yavaşlamıştır, yüzeyeldir veya periyodik Cheyne-Stokes solunumu vardır. Morfine ait uylukta, eroine ait damarda zerk yerleri bulunabilir. Pupillalar çok dardır, (pinpoint). Siyanoz bulunabilir. Deri soğuk ve nemlidir. Arter basıncı düşüktür. Babinski (+) bulunabilir. Pons kanamalarında da pupillarda ileri derecede miyosis vardır. Fakat ateş yükselmiştir.

3. Kokain koması ;

Miyosis değil, midriazis vardır

4. Barbitürat koması;

İntihar edenlerde görülür. Hasta daha önce intihar edeceğine dair birşeyler söylemiş, bir not bırakmışsa veya boş ilaç kutusu bulunursa tanı kolaylaşır. 2 gramdan fazla barbitürat (luminal) alanlarda derin koma başlar, ölüm olasılığı kuvvetlidir. Koma derinleştikçe solunum yavaşlar ve yüzeyelleşir. Cheyne - Stokes solunumu başlar. Nabız hızlıdır. Pupillalar geniştir. Işığa yanıt vermez.

Tansiyon ve ısı düşüktür. Siyanoz bulunabilir. Tubajla alınan mide suyunda, kanda ve idrarda barbitürat aranması şüpheli vakalarda tanıda yararlıdır.

5. İnsektisidler;

Özellikle DDT ile oluşmaktadır. Anamnez dışında teşhis elemanı yoktur.

6. Karbon monoksit zehirlenmesi;

Özellikle havagazından ve kapalı yere konan, iyi yanmamış kömür mangalından kaza sonucu veya intihar sonucu koma ve ölüm görülebilir. Kapalı yerde çalıştırılan otomobilin ekzos borusundan çıkan karbonmonoksit de ölüme neden olabilir. Deri, dudaklar, tırnak yatakları kiraz kırmızısı rengindedir. Pupillalar geniştir. Solunum hızlı ve yüzeyseldir, düzensiz de olabilir. Taşikardi, ekstrasistoller, tam blok bulunabilir, vücut ısısı normalin altındadır. Kanda karboksi hemoglobin spektroskopla kolaylıkla saptanabilir. Esasen plazma da kırmızıdır. Hastadan alınan bir damla kan 5 ml üzerine damlatılınca su kızarır. Halbuki normal bir damla kan suya ancak bir sarılık verir.

7. Salisilat koması:

Yüksek doz aspirin ve salisilatlarla tedavi gören çocuklarda asidozdan ötürü koma görülebilir. Kussmaul solunumu vardır. Salisilat düzeyi % 75 mg'ın üzerinde olanlarda görülür.

8. Diabet koması;

Genç tipi diabetikler, şeker hastası olduklarını bilmeye fırsat bulamadan komaya girebilirler veya insulin tedavisinin yetersizliğinden ötürü komaya girebilirler. İnsülin uygulanmasına bir süre ara verilmesi (yolculuk, ihmal, iştahsızlık, orale geçiş vb.) tarihi geçmiş insulin zerki, insüline karşı direnç kazanılması da komaya yol açabilir. İnsülinle veya oral antidiabetiklerle karbonhidrat metabolizması dengede olan bir diabetlide cerrahi girişim, infeksiyon, büyük diare ve kusmalar, psikiş nedenlerle denge bozulup koma başlayabilir. Anamnezde diabetin bulunduğu bilinmezse bile hastanın yanına yaklaşır yaklaşmaz aseton kokusu duyulur (Bu koku açık asidozlarında da alınır.) Kussmaul solunumu, derinin kuruması ve turgorunu kaybetmesi, göz kürelerinin yumuşak oluşu, dil kuruluğu

karakteristiktir. Pupillalar geniştir. Arter basıncı ve vücut ısısı düşüktür. Kollaps halinde bulunabilir. Kan şekeri genellikle % 400 mg'ın üzerindedir. İdrarda bol miktarda şeker (4+) ve keton maddeleri bulunur. Kan pH'ı 7.32'nin altındadır. Hiponatremi hipopotasemi, azotemi genellikle bulunur.

Diabet komasının tanısı nisbeten kolaydır. Fakat prekoma tanısı güç ve şaşırtıcı olabilir. Prekomada belirgin asidoz ve dehidratasyon yoktur. Hastanın başlıca yakınmaları; bulantı, kusma iştahsızlık ve şiddetli karın ağrısıdır. Defans bulunabilir. Genellikle lökositoz da beraber olduğu için perforasyon sanılır. Ameliyata verilebilir.

Diabetik hastanın her koması şüphesiz hiperglisemik ketoasidoz koması değildir. Serebrovasküler nedenlere bağlı komayı, hiperosmolar komayı, laktik asidoz komasını insülin dozunun fazla kaçırılması sonucu oluşan hipoglisemi komasında unutmamak gerekir. Hasta hipoglisemi komasında olmasına rağmen, idrarda hala şeker (hatta aseton) bulunabilir (mesanede bir süre beklemiş olan idrarın süzülme döneminde henüz hiperglisemi vardır).

Komadaki hastanın (+1) glukozürisi ve hafif hiperglisemisi diabet komasında olduğunu göstermez. Serebral hadiselerde her ikisi de görülebilir. Asetonüri saptanmadan diabet komasına hükmetmemelidir.

9. Hiperozmolar (nonketotik) koma :

Hiperozmolar koma genellikle hafif diabetlerde ve bazen de diabetli olmayanlarda görülebilir. Hastalar genellikle 60 yaşını geçmiştir.

İnfeksiyon, cerrahi girişim gibi diabeti ağırlaştırıcı nedenler sonucu veya sebebi olarak oluşabilir. Yüksek miktarda tiazid grubu diüretik alan diabetiklerde, keza yüksek doz difenilhidantoin alanlarda da görülebilir.

Birden poliüri, polidipsi, kilo kaybı başlar. Birkaç gün içinde hasta semikomaya sonra da derin komaya girer. Kan şekeri daima % 500 mg'ın üzerinde, sıklıkla % 1000 - 2000 mg arasındadır.

Ketoasidoz yoktur. Plazmada Na artmıştır. Plazmada hiperozmolarite vardır. (Ortalama 450 mosm/L.) Hematokrit yüksektir ve prerenal azotemi

vardır.

10. Laktik asid koması :

Diabetiklerde ve diabetik olmayanlarda görülebilir. Vakaların çoğunluğu kaybedilir. Üremi, diabet, infeksiyonlar (özellikle pnömoni), arteriyosklerotik kalp hastalıkları ve kronik alkolizm sonucu oluşabilir.

Normal plazmada laktik asit miktarı 1 m mol/L'dir. 7 m mol/L'nin üzerine çıktığında koma oluşur. Kan pH'ı ve CO₂ bağlama kapasitesi çok düşüktür. Kussmaul solunumu vardır. Bu ağır asidoza rağmen idrarda keton cisimleri ya hiç yoktur veya hafif artmıştır. Kan şekeri hafif artmıştır.

Barbütiratlar, sulfonamidler, salisilatlar, antihistaminikler, biguanidler, alkol, laktik asid düzeyini artırır.

11. Hipoglisemi koması :

Komaların en sık rastlanılan nedenlerinden birisi de hipoglisemilerdir. Hipogliseminin klinik belirtileri plazma şekeri düzeyi % 50 mg altına düştüğü zaman ortaya çıkar.

● İnsülinomalar ağır açlık hipoglisemileriyle seyreder. Açlıkta saptanan hipoglisemiye ek olarak plazma insülininin yüksek bulunuşu tipiktir. Tolbutamid testinden yararlanılabilir.

● İnsuline bağlı hipoglisemiler :

İnsülin kullanan diabetlilerde dozun fazla kaçırılması veya ekzersizin fazla yapılması, bir öğün yemeğin yenmemesi gibi nedenlerle hipoglisemi görülebilir. Kristalize insülin ile kan şekerinde düşme hızlı olur, bu yüzden de adrenalın boşalmasına bağlı belirtiler ön planda görülür. Uzun etkili insülinlerle ise hipoglisemi yavaş geliştiğinden sempatik aktivasyon olmaksızın konvülsiyonlar ve koma ortaya çıkabilir. Genellikle adrenalın deşarjına ait terleme, çarpıntı, sinirlilik, baygınlık hissi, midriazis görülür. Serebral bulgular olarak başağrısı, görme bulanıklığı, diplopi, konfüzyon, motor koordinasyon bozukluğu görülür.

● Sulfonamidlere bağlı hipoglisemiler;

Genellikle yaşlı, zayıf kişilerde hipoglisemi tehlikesi fazladır. Klinikte en çok klorpropamid (Diabinese) ile hipoglisemiye rastlanır. Sulfonamid

grubu antidiabetik alanlar, alkol, salisilat, sulfonamid, fenil butazon ve oral antikoagülan aldıklarında hipoglisemi daha kolay ortaya çıkar.

● Alkol hipoglisemisi;

Alkole bağlı komalarda hipoglisemi mutlaka düşünülmalıdır.

Yukarıda değindiğimiz hipoglisemi nedenleri dışında reaktif hipoglisemi nedenleride mevcuttur. (diabet, postgastrektomi, herediter fruktoz intoleransı). Ancak bu durumlarda koma çok nadirdir.

12. Üremi koması;

Genellikle yavaş yerleşir. Hasta birkaç gün Stupor halinde kaldıktan sonra komaya girer.

Başlangıçta huzursuzluk, eksitasyonlar da bulunur. Kusmalar, başağrısı, diare, perikard frotmanı komanın öncüleridir. Plazmada İonize Ca azalmasına bağlı olarak kaslarda spontan kasılmalar, sıçramalar vardır. Deri kurudur, deri üzerinde beyaz üre kristalleri bulunur. Refleksler canlıdır.

Babinski pozitif olabilir. Yüz toprak rengidir. Ödem bulunabilir. Akut böbrek yetmezliğinde hasta üremi komasına bir kaç gün içinde girebilir. Komaya girmeden önce oligüri, anüri, bulantı- kusma başağrıları vardır.

13. Karaciğer Koması;

Karaciğer komasına genel olarak yavaş yavaş girilir. Genellikle hasta sakindir. Uyuklar, yemek yemez, iştahı yoktur. Uyandırılırsa konuşur. Bu uyuklama hali devresinde flapping tremor, ağızda fetor hepaticus denilen koku alınır. Babinsky pozitifleşir. Gittikçe uyku derinleşir. Solunum normal olduğundan hasta uyuyor sanılır. Bazen de komaya girmeden önce hastada huzursuzluk, ajitasyon, bağırma, mani görülebilir. Koma iyice derinleştiği zaman bütün refleksler kaybolduğu gibi Babinski ve Flapping tremor da kaybolur.

Genelde serum amonyak düzeyi artmıştır. Kanamaların, narkotiklerin, büyük miktarda ve hızlı asit boşaltmanın, büyük kusma, diarelerin, potent diüretik kullanımının hepatic komayı presipite ettiği hatırlanmalıdır. Bu durumlarda koma gelişim hızı fazladır.

14. Hiperkapni Koması;

Kanda CO₂'nin artmasına (hiper kapni) neden olan ağır alveolar ventilasyon hallerinde (kronik bronşit, amfizem, Pickwick Sendromu) hasta uyuklar ve komaya girer (CO₂ narkozu), Siyanoz, hırıltılı veya sibilanslı solunum, spontan sıçrama ve silkelenmeler, flapping tremor bulunur.

15. Endokrin yetersizliklerde koma:

Ağır Addison hastalığında, ağır miksömde ve hipofizer yetersizlikte hasta komaya girebilir ve yoğun hormon tedavisi uygulanmadığında ölür. Addisonlular bir enfeksiyon, diare, cerrahi girişim, transfüzyon reaksiyonu veya bir pirojen reaksiyon sonucu Addison krizine girerler. Kusmalar ve üre yükselmesini koma izler. Kanda Na ve Cl çok düşmüş. K artmıştır. Pigmentasyon gözden kaçırılmamalıdır. Tedavi edilmemiş hipotroidli hastalar enfeksiyon, anestezi gibi nedenlerle komaya girebilirler.

16. Şoka bağlı koma :

Şok hallerini komalar arasında hatırlatmak gerekir. Gerçi şoklarda sonuna kadar bilinç yerindedir, fakat ölümden önce bilinç kaybolabilir. Bazen şoka bağlı komalarda temel neden laktik asidozudur. Kanama ve diğer nedenlerle oluşan şoklarda arter basıncı düşüklüğü, soğukluk, solukluk, terleme, huzursuzluk, ve hava açlığı vardır.

17. İnfeksiyon hastalıklarında koma :

Ağır enfeksiyonlarda (sepsis, pnömoni, dissemine abseler) hasta komaya girebilir. Sebep bazen endotoksin şokudur. Bazen de komanın nedeni sürrenallerde kanamadır (meningokok sepsislerde). Komaya girdikten sonra bazen ateş düşebilir. Nedeni bilinmeyen komalarda enfeksiyon düşünülmelidir.

18. Terminal komalar :

Kanser, tbc gibi kaşektizan hastalıklarda hasta komada kaybedilebilir.

19. Konjenital kalp yetersizliği koması:

Debinin ileri derecede düşmesi sonucu hastada bilinç kaybı oluşur.

20. Epilepsi :

Tonik ve klonik konvulsiyonlarla hasta

komaya girer (post iktal).

Hırıltılı solunumu vardır. Çok kere ağızda köpük görülür. Dilini ısırıldığı zaman köpük kanlıdır. Yavaş yavaş uyanır.

21. Hipertansif Ensefalopati Koması :

Önce görme bulanıklığı, şiddetli baş ağrısı, kusma başlar. Daha sonra konvülsiyonlarla bilinç kaybedilir. ağır hipertansiyonun yanı sıra, göz dibinde papilla ödemi, kanama ve eksudatlar vardır.

22. Sıcak Çarpması :

Ateş çok yüksek olmasına rağmen terleme yoktur (Güneş çarpmasında ise menenjit veya menengoensefalit tablosu vardır). Sıcak çarpmasında nabız hızlı ve kuvvetlidir. Hiperventilasyon vardır. Lab. olarak hemokonsantrasyon, idrar dansite artışı, proteinüri, DIC görülebilir. Hikaye önemlidir.

23. Donmalar :

İleri derecede hipotermi (vücut ısısı 30°C veya daha aşağı düşer) oluşur ve bilinç kaybedilir.

24. Suda Boğulmalarda da hasta komadadır.

B. Nörolojik Bulgu Gösteren Komalar :

B u bölümdeki komaların ortak karakteri kafa içi nedenlerle oluşmaları ve fokal nörolojik bulgu göstermeleridir. Tanı için çok kere bir nörologun yardımına gerek vardır.

1. Beyin Kanaması :

Yaşı 50'nin üzerinde hipertansiyonlu ve serabral arteriosklerozlu bir kimsede birden bilinç kaybı ve hemipleji görüldüğü zaman beyin içinde capsula interna'da kanama olasılığı ön plandadır. Bilinç kaybı genellikle birkaç dakikada tamamlanmaktadır. Hasta olduğu yere yıkılır. Yüz konjesyone, gözler kaymıştır. (Kanama tarafına bakar). Ağız sağlam tarafa kaymıştır, felçli tarafın yüz çizgileri silinmiştir, her exipriumda o yanak şişmektedir. Felç tarafında Babinski ve diğer patolojik refleksler hemen pozitifleşir. 1-2 gün içinde ateş yükselmeye başlar ve çok yükseklere çıkabilir (40°C).

Pons kanamalarında hasta komadadır ve iki özelliği vardır. Pupillalar çok küçülmüştür ve hemen başlangıçtan beri ateşi çok yüksektir. Morfin ve eroin komalarında da pupillalarda kuvvetli myosis vardır

fakat ateş ya normal veya normalin de altındadır.

Hipotalamus kanamalarında komada olan hastanın gözleri iyice açıktır. Hayretle bakıyormuş gibidir (akinetik mutizm). Halbuki derin komadadır ve hiçbir şey görmemektedir.

Beyin kanaması hipertansiyonlu yaşlılarda görülmekle beraber nadiren kanama diatezlerinde, lösemilerde, antikoagülan tedavide, SBE'de mikotik anevrizma yırtılmasında görülebilir.

2. Serebral Tromboz :

Başlangıçta bilinç açıktır. Vakaların çoğunluğunda sonuna kadar da açık kalır. Ağır vakalarda yavaş yavaş bilinç bulanıklaşır ve birkaç günde komaya girilir. Sol hemiplejilerde konuşma normaldir. Sağ hemiplejilerde afazi mevcuttur (Sağ elini kullananlarda), Yutma güçlüğü, sfinkter kusurları, ateş ve dalgınlığın bulunması koma öncüleridir. Felç tarafında refleksler normal veya şiddetlidir. Babinski ve diğer refleksler bulunur.

3. Serebral emboli :

Atrial fibrilasyon, akut MI, SBE'de serebral emboli oluşabilir. Hasta hemen komaya girer ve hemipleji gelişir. Yine karotisteki bir atherom plağı üzerindeki trombus günün birinde yerinden kopup beyinde emboli yapabilir.

4. Kafa Travmasını İzleyen Koma :

Bir travma geçirdiği biliniyordur veya kafada

travmaya aita bulgular vardır. Burundan, kulaktan kan, hatta SSF (beyin, omurilik sıvısı) gelebilir. Başlangıçta bilinç normalken saatler sonra dalgınlık başlar ve hasta yavaş yavaş komaya girer. Daha önce huzursuzluk, kusmalar, bradikardi, konvülsiyonlar, baş ağrısı bulunabilir. Hemipleji yerleştiğinde iki karakteri vardır. Kanamanın olduğu taraftır ve başlangıçtan beri spastiktir. Kanama tarafında midriasis vardır.

5. Ensefalit Koması :

Virüs enfeksiyonları gidişinde koma görülebilir. Yüksek ateş, kafa çiftlerinden bazılarına ait felçler, CSF basınç artışı, protein ve/ veya hücre artışı bulunur.

6. Beyin Absesi :

Direkt (komşuluk: osteomyelit, sinüzit mastoidit), indirekt (bakterilerin kan yolu ile gelişi) yolla oluşabilir. Belirti ve bulgular beyin tümöründekilere benzer. Baş ağrısı, bulantı, kusma - hemiparezi, ataksi, konvülsiyon, papilla ödemi bulunabilir. CSF basıncı hafif artar. Hücre sayısı hafif artar. Protein artışı hafiftir. Beyin apsesinde klinik gidiş hızlıdır. Bazen birkaç gün içinde hasta komaya girebilir.

7. Beyin tümörleri :

Terminal dönemde koma oluşabilir.



Friedrich WALLNER

DİKKAT, DİKKAT, DİKKAT

MESLEKTAŞLARIMIZA DUYURU

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde faaliyet gösteren

İlaç Danışma Merkezi

ve

Türk İlaç Advers Etkilerini İnceleme ve Değerlendirme Merkezi

(TADMER)

ilaç yan/advers etkileri, ilaç etkileşimleri ve genel olarak ilaçla ilgili her sorunu ve soruyu aşağıda verilen adrese veya telefon numarasına iletmenizi bekliyoruz.

Adres

SAYIN MESLEKDAŞIMIZ,

TADMER	İLAÇ DANIŞMA MERKEZİ
Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı
İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü	İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
Sıhhiye-ANKARA	Sıhhiye-ANKARA
Tel : 431 14 46	Tel : 431 14 46

Bakanlığımız, rasyonel ilaç kullanımının sağlanması üzerinde önemle durmaktadır. Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER) de bu çerçevede, ülkemizde ilaç kullanımı ile ortaya çıkabilen advers etkileri izleme çalışmalarını sürdürmektedir. TADMER, kuruluşundan başlayarak, izleme çalışmalarının yanısıra, sağlık personelinin ilaç ve kullanımı alanında bilgilendirilmesi konusunu da gündemine almıştır. Bugüne kadar çeşitli bilgilendirici basılı materyal ile "Hamilelikte İlaç Kullanımı" ve "Epilepside kullanılan ilaçlar" gibi kitapçıklar TADMER'ce hazırlanarak ülke çapında dağıtımı sağlanmıştır.

TADMER, etkili ve güvenli ilaç kullanımına yardımcı olmayı hedefleyen yeni bir başka etkinliğe de başlamış bulunmaktadır. Bundan böyle, Türkiye'de tıbbın kullanımına sunulan ilaçlar hakkında, ilacı tavsiye eden, saklayan, hastaya veren ve/veya uygulayan sağlık personelinin bilinmesi gerekli

bilgiler zaman zaman derlenecek ve sizlere iletilecektir. Bu çalışmada yeni ilaçlara öncelik ve özel önem verilecektir.

İlişikte sizlere sunduğumuz ilk örnek, 'loratadin' içeren antihistaminiklerle ilgilidir. Bu çalışmayı yararlı bulacağınızı umuyoruz. Ancak sizlere daha yararlı olabilmemiz için, ilaç kullanımı ile ilgili olduğunuzu düşündüğünüz sorunları, advers etkileri ve bilgilendirme çalışmalarımızla ilgili eleştirilerinizi TADMER'e yazılı olarak veya telefonla bildirmenizi önemle rica ediyor, başarılar diliyoruz.

TADMER

LORATADİN

Türkiye'de Ruhsatlı Preparatlar :

Claritine -10 mg. Tab. (Eczacıbaşı)

Histadin -10mg. Tab. (Nobel)

Loradif -10mg. Tab. (Doğu)

Loratab -10mg. Tab. (Fako)

HI-reseptör antagonisti, piperidin gurubu bir antihistaminiktir. Santral reseptörlere daha çok periferik reseptörlere affinite gösterir. Klinik olarak anlamlı antikolinergik, sedatif veya kardiyak etki göstermez, ancak bir miktar antiserotonin aktivitesi vardır.

Farmakokinetik özellikler :

Loratadin, oral yolla alınmasından sonra hızla absorbe olur ve 1,4-1,6 saatte pik konsantrasyonuna ulaşır. Steady-State haline 5. gün ulaşıldığı bildirilmektedir. Eliminasyon yarı ömrü 11-18 saattir. Oral uygulamayı takiben, loratadin karaciğerde hızla metabolize olarak aktif metabolitine dönüşür. Allerjik semptomlar, tedavinin başlangıcından sonra 3 gün içinde ortadan kalkar. Aktif metabolitin yarı ömrü de ana madde gibidir. İnaktif maddeler renal yolla atılır.

Endikasyonları :

-Allerjik rinit

-Allerjik kronik ürtiker

Kontrendikasyonları :

İlaça hipersensitif kişilerde kullanılmamalıdır.

Uyarılar :

Loratadinle düşük insidenste sedasyon ve sersemlik hali bildirildiğinden, uyuklama ve senkop riski olan hastalarda dikkatle kullanılmalı, loratadin kullanan hastalar, sedasyon ve sersemlik hali yönünden izlenmelidir.

Astımlı hastalarda kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Laktasyonda :

Süte az miktarda geçer. Buna rağmen dikkatle kullanılmalıdır.

Hamilelikte Kullanımı :

Gebelikte güvenli kullanımına ilişkin yeterli bilgi yoktur. Kullanımda risk/yarar dikkatle değerlendirilmelidir.

Pediyatrikte Kullanım :

12 yaşından küçük çocuklarda emniyeti açısından yeterli bilgi bulunmadığından, kullanılmamalıdır.

Yaşlılarda Kullanımı :

Yaşlılarda etkililiği ve emniyeti kanıtlanmamıştır.

Advers Etkileri :

Santral sinir sistemi ile ilgili etkileri minimaldir. Klinik araştırmalarda nadiren halsizlik, sedasyon, baş ağrısı ve ağız kuruması bildirilmiştir. Bulantı ender olarak görülebilir.

Etkileşmeler :

Loratadin-Prokarbazin: Antimuskarinik etkiler artabilir.

Laboratuvar testleriyle etkileşme: Antihistaminikler, deri reaksiyonunu gösteren pozitif cevapları önlediğinden veya azalttığından deri testinden en az dört gün önce loratadin kesilmelidir.

Alkolle Etkileşme : Alkolle birlikte verilmesinden sonra psikomotor performans çalışmalarında potansiyalizasyon saptanmamıştır.

Kullanım Şekli :

Doz : Yetişkinler ve 12 yaşından büyük çocuklar için günde 1 tablet oral yolla kullanılır.

Aşırı doz hali : Aşırı dozaj halinde, derhal semptomatik ve destekleyici tedavi verilmelidir. Hastanın bilincini kaybetmiş olması durumu hariç, hasta, sportan emesis olsa bile, kusmaya zorlanmalıdır. Aktif karbon suyla birlikte kusturmadan sonra verilebilir. Kusturma kontrendike ise veya mümkün olmamışsa, gastrik lavaj yapılmalıdır. Loratadin diyalizle istenen ölçüde temizlenemez. Acil tedaviden sonra hasta tıbbi gözetim altında tutulmalıdır.

HASTANIZDA İLAÇ KULLANIMINA BAĞLI OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ HER REAKSİYONU TADMER'E BİLDİRİNİZ.

LORATADİN TIPTA KULLANIMI YENİ BİR İLAÇTIR. DİĞER İLAÇLAR GİBİ, LORATADİN KULLANAN HASTALARINIZDA DA GÖZLEDİĞİNİZ ADVERS ETKİLERİ VE ŞÜPHELERİNİZİ TADMER'E ZAMAN GEÇİRMEYEN BİLDİRİNİZ.

ADVERS İLAÇ ETKİLERİ BİLDİRİMİ

(Hastanın ve bildirimci dolduran doktor - dış hekimi-eczacının adı gizli tutulacaktır.)

A- bildirilmesi istenen etkiler, tedavi amacıyla ve tedavi dozlarında kullanılan ilaçlara ait;

- 1) Nedeni açıklanamayan tüm beklenmedik durumlar (ölüm dahil)
- 2) İlacın etkisiz olduğu durumlar
- 3) Özellikle yeni ilaçlara ait, prospektüsünde bildirilen veya bildirilmeyen tüm reaksiyonlardır.

B- Konjenital anormalliklerde, hamilelik süresince alınan tüm ilaçları bildirin. Diğer reaksiyonlarda ise, son üç ay boyunca alınan tüm ilaçları sıralayınız.

C- Formda istenen bilgilerin bir kısmı eksik de olsa, bildirimde bulunmaktan kaçınmayınız.

UNUTMAYINIZ Kİ, BİLDİRDİĞİNİZ BİR REAKSİYON, BİR ADVERS İLAÇ ETKİSİNİN SAPTANMASINDA ÇOK ÖNEMLİ BİR SİNYAL OLABİLİR!