

## HASTANEDE İLAÇ HATALARININ ÖNLENMESİNDE ECZACIYA DÜŞEN GÖREV

Doç. Dr. İsmail ÜSTEL (\*)

Öncelikle dinleyici kitlesinden acaba kaç kişi bir hastane eczacısı olarak görev yapmakta. Bir görebilir miyim!

Soru : Geçmişte mi, şimdi mi?

İ. Üstel : Geçmişte, şimdi ve gelecekte. Evet, hemen hemen yarısı. Bunu şunun için öğrenmek istedim. Burda tek taraflı bilgi aktarımından çok sorunun gerçekten hergün içinde yaşayan, sorunla birlikte soluk alıp veren sizlerle tartışmak istiyorum. Sizlerin her biri bu konuda bir çok örnek olay yaşamış kişiler. Bunları gündeme getirirseniz gerek ben elimden geldiği kadar yardımcı olabilirim, gerek yine dinleyici kitlesi kendi arasında da etkileşerek bunlara çözümler getirmek ya da en azından doğru soruları sorabilmek yönünde bir yol alabiliriz gibi geliyor bana. Tabii konunun başlığında aslında iki tane tanım var, önem taşıyor. Bir tanesi ilaç hatası kavramı ki biraz sonra ona değinmeye çalışacağım. Bir diğeri de hastanede görevli eczacı, yani hastane eczacısı kavramı. Acaba hastane eczacısı kavramından ne anlıyoruz? Sizin aklınızda bir tanım olarak ne kristalleniyor? Hastane eczacısı kimdir? Hastane eczacının sorumluluk ve yetkisi nerde başlar, nerde biter? İçinde çalıştığı bir sistem olan hastanede diğer sağlık personeli ile dirsek temasına girdiği noktalarda ilişkileri, çelişkileri nedir? Öncelikle bu konuda ben sizin fikrinizi bir ölçüde almak istiyorum. Hastane eczacısı kimdir? Görevleri yetkileri, sorumlulukları nerde başlar, nerde biter? Bu ilaç alt sisteminin, ilaç döngüsünün hangi noktalarında nereye kadar gidebiliyor, veya karşılaştığı yetki dağılım sıkıntıları nedir? Bu konuda öncelikle sizden birşeyler duymak istiyorum, lütfen buyurun.

- Ben bir şey sormak istiyorum. Şu anda uygulanan hastane eczacılığının tarifi mi, olması gereken mi?

İ. Üstel : Evet evet, şu anda uygulanan. Çünkü olması gereken dediğinizde, bu değişik ülkelere göre değişik formüle ediliyor. Bir ABD de olması gerekenle bir İskandinav ülkesinde olması gereken, bir İngiltere'de olması gereken ve bir belki Singapur'da olması gereken oldukça farklı. Türkiye'de olması gereken ne? Bu tabii bugünkü konumuzla direkt belki ilişkili değil ama şu an Türkiye'de olan ne? Yani nere-lere kadar gidebiliyor hastane eczacısı, ilaç alt sistemi içinde. Bu konuda ben... lütfen buyurun.

- Ben sadece kendi çalıştığım kuruluşa dayanarak konuşabilirim. Bizim kuruluştaki hastane eczacısı, genel müdürlüğün hastanelere tayin ettiği eczacıdır. Görevi sadece eczaneye girip, belli bürokratik işlemleri yapmaktır, bunun haricinde hiçbir kondüsyonu yoktur. Böyle düşünüyorum.

İ. Üstel : Bürokratik işlemlerle sınırlı.

(\*) Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık Temel Bilimleri Anabilim Dalı

- Tabi tabi, eczane haricine çıkma diye bir konu yok zaten.

İ. Üstel - Eczane içinde de yalnızca bürokratik işlemler öyle mi? Bu tanıma yada tanımsızlığa eklemek istediğiniz, bunu zenginleştirmek yönünde katkılarınız varsa onları dinlemek isterim, buyurun.

- Bizde biraz daha farklı bir uygulama, Yüksek İhtisas Hastanesinde. Yani ilacın klinik şefleriyle veya kliniklerle bağlantı veya komisyonla bağlantı sonucunda ilacın temin edilmesinden kliniklere hatta hemşireye teslimine kadar geçen süre içinde hikayesi gerçekten bürokrasiyle birlikte eczacıya aittir. Kliniğe çıkma uygulamamız var. Ama sadece tabelayla sınırlı kalıyor. Yani tabelada ilacın yazılıp ilacın tekrar hemşireye tesliminde kalıyor. Hastaya uygulanma safhasında böyle bir uygulamamız yok. Yalnız güzel olan taraf ilaç ve eczacı kızılai komitesi var. Başeczacımızın başkanlığında toplanıyor. Ve alınan kararlar sirküle ediliyor. Şu anda çok yoğun bir uygulama yani alınan kararlar kesinlikle uygulanıyor denemez. Belki kopukluklar var ama rayına oturma yolunda denebilir.

İ. Üstel - Sizin katkılarınız buyurun.

- Ben geçmişte çalıştığım hastane ile ilgili konuşmak istiyorum. Orada bir takım şeyleri eczacı olarak gerçekleştiriyorduk. İmalat laboratuvarlarıyla, klinik eczacısıyla o devrede. Ama çok üzülerek söyleyeceğim. Kendi meslektaşlarımız kliniğe çıkmayı bir ağırlık sayarak bu bölümü elinden kaçırmıştır. Çünkü ilk anda belki doktorlardan alınan tepki, onları etkiledi, ama zamanla bir takım ağırlığın kurulacağına inanıyordum ve kendim başarmıştım da. Bazı kişileri ikna ederek, anlatarak. Ancak dediğim gibi meslektaşlarımız bunu bir ağırlık sayarak geri dönüş istediler. Eczanelere dönüş oldu ve kliniği tamamen elden kaçırdık. Artı imalat laboratuvarında da imalat laboratuvarındaki şeyleri kalfalara, teknisyenlere bırakarak bunları da kaçırdık elimizden. Çok üzülerek söylüyorum. Ve sanıyorum en güzel hastane eczacılığı 10 yıl önceki benim başladığım devreydi. Ve birer birer elden gittiler ve bir daha geri dönüş isterim.

İ. Üstel : Şimdi bir meslektaşımız tamamen bürokratik konularda sınırlı bir uygulamadan sözetti, bir diğer arkadaşımız klinikle bir anlamda dirsek temasına girebilen biraz daha eczane dışına çıkabilen, sınırları zorlayabilen bir uygulamadan sözetti. Bir üçüncü meslektaşımız da geçmişte daha klinikle içiçe olan ancak daha sonra yine bizzat meslektaşlarımızın talebi yada talepsizliği nedeniyle kaybedilen bazı mevzilerden sözetti. Buyurun.

- Taşrada da böyle. Olsa da olur olmasa da olur. İyi bir kalfa bu kondisyonu yerine getiriyor. Diğer tarafıyla sohbet edilecek insan.

İ. Üstel - Kalfa mı, eczacı mı?

- Eczacı

İ. Üstel - Peki o zaman sorayım. En az yarısı, belki de son katılan arkadaşlarımızla üçte ikisi hastane eczacısı olan yada bir dönemde yapmış olan sizler niçin bugün burdasınız?

- Yeniden bir takım şeyleri elde edebilmek için, birlikteliği gösterebilmek için.

- Ben böyle söyleyeceğim. Gerçekten bir takım yenilikler yapma çabasında olan bir hastanede (yeniliğe açık) çok şeylerde oturmuş durumda. Yani bizler doktorlarla

bir ilaç danışma olayımız var. Yani doktor eczacıya bilgi sorabiliyor. En azından bu kavram var. Ama ilaçları takip etme olayında veya hemşireleri eğitim diyoruz. Orada bazı yanlışlıkları yakalama şansımız var. Bunları iletebiliyoruz. İşte bir Difilin ampulleri I. V. kullanıldığında hayır diyebiliyoruz. Veya 2 ampulün karıştırılması sırasında hayır diyebiliyoruz. Veya blister ambalajdan çıkartılıp elle verilen ilaç çok sık olduğu için söylüyorum. Burda kesilip hemşireye doğru kullanılma dersi verebiliyoruz.

Yani biraz daha doktor ve hemşire arasında iletişim sağlamak göreviyle.. Yalnız bizdeki noksanlık şundan kaynaklanıyor, (kendim için söylüyorum) doğruyu nasıl yapacağımız konusunda kendimizi iyi bilgilendirmeliyiz. Yani ben en doğruyu nasıl yapabilirim. O bilgiyi kendim edinip kendi şartlarım içinde nasıl kullanabilirim. Orada eksikiz. Bu ve bunun gibi derslerin peşpeşe ve çok yoğun bir şekilde önce bize iletilmesi gerekiyor. Buna inanıyorum. Birşey yapmak için yola çıkıyoruz. Mücadele safhasında yarıda kalıyor, çünkü güvencemiz yok, yeterli bilgimiz yok (kendi açımdan söylüyorum) bir yerde kalıyoruz. Yani ne yapacağımızın kargaşasını yaşıyoruz.

I. Üstel - Kargaşa deyimi, zannediyorum çok iyi tanımlıyor hastane eczacılığını. Türkiye'de içinde olduğu konumu. Sanıyorum kargaşa çok yerinde seçilmiş bir kavram.

I. Üstel - Peki ilaç hatası konusu, ilaç hatası konusu hastane eczacılığında, dünyada ne kadar ilgi çeken bir konu. Onu bir iki cümleyle sizlere aktarmak istiyorum. Bu ilaç hatası dediğimiz çok geniş bir başlık aslında. Bu geniş başlık yaklaşık 30 yıldır dünya hastane eczacılığının gündeminde. Bilimsel çalışmalara baktığımızda 1960'lı yıllara kadar, hatta 50 lerin 2. yarısına kadar geri dönen bilimsel çalışmalar var. Hastane eczacıları hastanede yataklı tedavi kurumunda, yatan hasta hizmetine dönük olarak bu hata konusunda gerçekten 30 - 35 yıldır kafa patlatmışlar, deyim yerindeyse. Ve bu bilimsel çalışmalar hangi konuda odaklanmış. Bir tanesi ilaç hatasını tanımlamak. Çünkü ilaç hatası dediğimiz kavram belki şu an sizin tabii bir çerçeve çağrıştırıyor hepinizde ama sanıyorum tek tek ele alacak olursak, hepinizde oluşan çerçeve birbirinden bazı noktalarda farklılık gösterebilir. Çünkü dünyada da bu böyle. Bir hekimin, bir eczacının, bir hemşirenin, bir hastanın olaya açısı ilaç hatası terminolojisini yorumlama ve algılama biçimi birbirinden oldukça farklı. B sorunu tabii Türkiye'de de yapılmış bilimsel çalışma olarak ilaç hatası konusundaki verilerimiz oldukça sınırlı, hiç yok diyemeyeceğim ama oldukça sınırlı. O bakımdan ilk belki yapılması gereken bu çerçeveyi tanımlayabilmek. İlaç hatası dediğimizde ne anlaşıldığını, ne anlaşılması gerektiğini tam olarak tüm boyutlarıyla ortaya koyabilmek. Daha sonra yine bilimsel literatürünün üstünde durduğu konu, bunları görülme sıklığını ortaya koyabilmek.

İlaç hatası dediğimiz bu tabii değişik birimler cinsinden ifade edilebilir. İşte dahiye servislerinde şu kadar denir, cerrahi servislerinde bu kadar denir. Hasta başına günde bu kadar denir, yada hasta başına ayda bu kadar denebilir. Yada farmakolojik gruplar baz alınabilir. Denebilir ki, şu şu farmakolojik gruplarda şudur. Yada bambaşka değişik uygulama yöntemleri diyelim, hemşirelik şiltleri, yani (8 - 16) (16-24) (24 - 48) gibi değişik hemşire nöbet dilimleri arasında bir kıyaslamaya gidilebilir. Hekimlerin yaşı bir ölçü alınabilir. Aynı şeyi tabii eczane hizmeti olarak düşünebiliriz. Çok değişik boyutlarda yani bunu bir basit oran varsa burda acaba pay nedir, payda nedir. Çok değişik paydalardan yola çıkabiliriz. Ve bu bizi tabii ki değişik oranlara götürür. Peki acaba dünya literatürü için söylüyorum hata, ilaç hatası dediğimizde

bunun oranı nedir? Yani bunu bir yelpaze gibi düşünecek olursak dünyadaki yapılan çalışmalara bize bu yelpazede en düşük en yüksek değer olarak ne ortaya koyuyor. Yani şöyle bir kabaca düşündüğümüzde bu yüzde bir şey midir, binde bir şey midir, onbinde bir şey midir? Bu konuda her hangi bir varsayımını yada bir literatürden edindiğiniz bir bilgi yada kendi hastanenizdeki gözleminizden çıkarabileceğiniz bir rakamsal değer var mı acaba? Bu konudaki düşünceniz nedir? İlaç hatası hastanede servis hatasına verilen hizmet sırasında ne sıklıkla görülüyor? Bunun oranı nedir kabaca, bu konuda bir varsayımınız yada bir gözleminiz varmı acaba?

- Hastalara ilaç dağıtımı yapılıyor eczanede. Fakat bu ilaçlar hastaya veriliyor mu verilmiyor mu, eczacıların bunu kontrol yetkisi yok. O yüzden hata da olsa böyle bir çalışma yapılmak isteniyormu belli değil. Kim kullanıyor belli değil. Oradaki kişilerde kullanabiliyor. Eczacının bunu kontrol yetkisi yok. Tabelaya yazılan ilaç hastaya verilmiş mi kabul ediyoruz. Çünkü bu arada çok uyumsuz ilaçlar yazılabilir. Aileden bir kişiye veya birkaç kişiye gerekli olan ilaç bir tabele yazılabilir. Bunu hekim yapıyor, görüyorum. Bazen münakaşalar oluyor. Gece nöbetlerinde olan şeyler, ama çare bulamıyoruz. Münakaşalardan öte bir şey yapılamıyor. Bir makam yokki bunları aktaracak veya hakkımız yok bunu vermemeye. Vermeme hakkımız aslında vardır ama çok büyük çatışmalara girmemek için göz göre göre biz de göz yumuyoruz. Çünkü bizim arkamızda hiçbir destek yok. Ve böyle bir hakkımız da yok. Bizi koruyacak veya bizi savunacak bir makam da yok. Sürekli tek başımızayız, yalnızdır hastane eczacıları.

İ. Üstel - Peki parantezi biraz daha daraltayım, eczaneden, eczacıdan kaynaklanan ilaç hatası oranı hakkında bir varsayımınız ya da gözleminiz. Yani A istenmiş, B verilmiş, farmasötik biçim yanlış yorumlanmış, doz formülü yanlış yorumlanmış, sayı yanlış yorumlanmış vs. Bu oran konusunda bir varsayımınız, yada gözleminiz bir hareket noktanız var mı? Çok kabaca.

- Var böyle hatalar da olabiliyor.

İ. Üstel - Acaba sıklığı nedir? Buyurun.

- Ben eczaneden kaynaklanan hatanın çok olduğunu zannetmiyorum. Yani yüzdeye vursak büyük bir çoğunluk yani % 70 - 80 gibi bir çoğunluğu kendi gözlemlerime göre hekim ve hemşireden kaynaklanıyor. Eczacıdan kaynaklanan hata hastane içinde ancak ilacı yanlış verme olabilir. Yanlış okuma olabilir. Fakat bu ikinci el tarafından, bir hemşire tarafından kontrollü olabildiği için geri dönüşü çok kolay. Ama hekim, teşhis için yani hataları çok geniş düşünmek gerekiyor. İlacın, hatalı kullanımı mı? Tedavide ilacın hatalı verilmesi mi? Yada, diğer ilaçlarla geçimsizlik mi? Onun için dilimin en küçük kısmını herhalde eczacılar kaplıyor. Çünkü hatalı verildiyse o ilaç, hasta için hatalı bir ilaçsa, eczacı hastayı bilmediği için vermiştir. Eczacı değildir sorumlusu. Veya hemşire geri döndürme şansına sahiptir. Yanlış, tekrar kontrol edilme şansı var. Ama doktorun hatası veya hemşirenin hatası kontrolsüz şu anda. Onun için ben sanıyorum Hollanda'da (ben bir araştırma yapıyorum hastanede) çok yüksek oranda hatalı ilaç kullanımı vardı. % 70 gibi bir rakamlı yanılmıyorsa. Hollanda gibi ileri ülkelerde böyle olursa sanıyorum Türkiye'de hatalı ilaç kullanımı % 80 - 90 rakamlarda olması gerekir. Allerjisi olan bir hastaya penisilin yazılmış görüyoruz. Veya diyabetli bir hastaya dextroz verildiğini görüyoruz. Bunlar bizim görebildiklerimiz. Yani farkettiğimiz kadarıyla bunlar ama. Kilinikte olan

olaylardan deminde bahsettiğim gibi haberdar değiliz. Onun için daha küçük bir dilimin eczacılara ait olduğunu düşünüyorum.

I. Üstel - Benim elimde 1990 yılına ait Amerikan Hastane Eczacılığı dergisinden bir derleme var. Bu ilaç hataları konusunda yazılmış. 115 tane kaynak içeriyor. Yılıda 1990. İlgilenenlere aktarabilirim. Fotokopisi çektirilebilir. Buradaki oranları ben sizlere kabaca aktarmak istiyorum. Bu derlemenin kapsadığı verilere göre yatan hastaya hizmet verirken ilaç hatası % 28 - 73,5 arasında değişmekte. Bunda tabii tanım farklılıkları var, izleme farklılıkları var, hastanede verilen yataklı tedavi kurumu hizmetinin nicelik ve nitelik farklılıkları var. Onun için bu kadar geniş bir yelpaze doğuyor. Alt üst sınırları tekrar ediyorum. % 28 - % 73,5 arasında bir değişkenlik göstermekte. Ve bu ilaç hatası dediğimiz başlığın eczaneye eczacıya ilişkin olanı da yine değişik çalışmalarda % 0.87 - % 12.4 e kadar gitmekte. Eczane hata oranı olarak % 0.87 - % 12.4 arasında değişiyor. Bu tabii bir çok çalışmanın elde ettiği en alt ve en üst değerler. Hemen tebessüm etmenize yolaçacak bir başka istatistik vereyim, Türkiye'de hiç esamesi okunmayan ancak A.B.D de çok kritik olan bir konu var : Tıbbi hatalarda tazminat. Hatta bu nedenle A.B.D de hekimlerin maaşının önemli bir kısmının sigortaya gittiğini, çünkü tazminatların oldukça yüksek olduğunu duyuyoruz. Onla ilgili bir istatistik var elimde. 1982 - 85 yılları arasında ortalama bir değer veriyorum, her bir ilaç hatası nedeniyle 18.273 dolarlık bir hata tazminatı ödemesi yapılmış. Yani yaklaşık 60 milyon TL ödenmiş A.B.D. de her bir ilaç hatası başına. Bundan şuraya geçmek istiyorum. İlaç hatası dediğimiz olay tabi sağlık sonuçları var, ahlaki sonuçları var, vicdani sonuçları var, bunların hepsi var. Ama bütün bunların ötesinde ekonomik sonuçları olan bir konu. İlaç hatası gündeme geldiğinde bunun hasta sağlığı yönünden bir de ekonomik maliyet paketi var. Ama diyeceksiniz, Türk hastanelerinde sağlık ekonomisi ne düzeyde sürmekte, bu genel başıboşluğun içinde ilaç hatalarının ekonomik sonuçları kimin ne ölçüde ilgisini çekmekte, başeczacı olabilir, hastane müdürü olabilir, başhekim olabilir. Onu tabi tartışabiliriz. Ben sadece olayın bir de çok önemli bir ekonomik boyutu olduğunu size aktarmak istedim. Bu ilaç hatalarının alt boşlukları neler acaba. Yani bir ilaç hatası dediğimizde bu kategorilerin neler olduğunu düşünüyoruz. Tabii bu da literatürde farklılık gösteriyor. Örn. Elimde 1970 li yıllarda Amerikan Eczacılar Birliğinin "doğru hastaya" "doğru ilaç" adıyla hazırladığı bir eğitim dosyası var. Bu dosyada hatta hemşireye de dönük bir şöyle kısaca hemen bir çarpı çarpı koyacağım doğruları sağlayacağız, bir de bu var işte. Burda doğru ilaçtan söz ediliyor. Doğru doz formundan söz ediliyor. Sonuçların doğru biçimde izlenmesinden söz ediliyor ve kayıtların doğru tutulmasından söz ediliyor. Burda tabii tamamen bir alt sistem bütünü içinde ele alınıyor olay. İlaç döngü alt sisteminde ne var? Eczane departmanı var. Öbür tarafta klinik var. Klinikte ne var? Hekim var, hemşire var. Klinikte bizzat hastanın kendisi var. Ve zaman zaman özellikle Türk hastanelerinde görüyoruz, ilaç döngüsüne karışıyor. Hastanın refakatçisi yada refakatçileri var. Bütün bunlar bir araya geldiğinde ilacın kullanım döngüsü, alt sistemini oluşturuyor ve burda birçok hata olasılığı gündeme geliyor ve bu hata olasılıklarının da bir kısmı ne yazıkki olasılıktan akıp gerçek hataya dönüşüyor. Örn : En sık karşılaşılan ilaç hatası biçimi hekimin istek yapmış olduğu ilacı hastaya uygulanmaması türünde hata. Hekim bir istekte bulunuyor. Bir order veriyor. Bu order deki ilaç hastaya uygulanmıyor. Yada herhangi bir nedenle uygulanmıyor. Bu ilaç hatalarının en sık görülenlerinden biri. Tabii burda da tüm döngüyü düşünmenizi istiyorum. Eczaneden yanlış gönderilmiş olabilir, hemşire hizmeti nedeniyle bir aksaklık gündeme gelmiş olabilir. Yada hastanın bunu herhangi bir nedenle



kabul etmemiş, kabul edememesi yada o an hastaya herhangi bir nedenle uygulayamama nedeniyle gündeme gelmiş olabilir. Tabii söyleşinin başından görüldüğü kadarıyla Türkiye'de hastane eczacısı genellikle eczane duvarları ile çerçevelenmiş biçimde hizmet görüyor. O bakımdan ilaç eczaneyi terkettiği andan itibaren bunun yazgısı ne olmakta, hangi aşamalarda takılmakta, niçin takılmakta, önlemler ne olabilir eczacı bu konuda pek bilgi sahibi değil gibi geliyor bana ki, sizlerden aldığım bilgiler de bu endişemi doğruluyor. Yine bir başka ilaç hatası türü yanlış doz hatası. Tabi yanlış doz nerden kaynaklanıyor. Bir kere hekimden kaynaklanabilir. Hekim ilacın dozunu yanlış belirlemiş olabilir. Hastanın diyelim böbrek fonksiyonuna göre yanlış belirlenmiş olabilir. Hastanın diyelim K. G. fonksiyonuna göre yanlış belirlenmiş olabilir. Hastanın kullandığı diğer bazı ilaçları gözönüne almadığı için bir doz yanlış gündeme gelmiş olabilir. Bu hekimden kaynaklanabilir, hemşireden kaynaklanabilir. Bir enjektöre bir ml hesabının yanlış yapılmış olması bir doz yerine eczanenin 10 mg lık bilmem ne göndermiş olması bu tam gerekli noktada o doğru dozun verilmemesi ile sonuçlanmış olabilir. Tabii, tekrar vurguluyorum. Türkiye'de hastane eczacısı eczane ile sınırlı kaldığından kendi dışındaki potansiyel hata odaklarını ne yazıkki tam anlamıyla yakalamak noktasından oldukça uzak. Bir başka ilaç hatası türü hekimin istemediği bir ilacın hastaya verilmesi. Burada da değişik alt başlıklar gündeme gelebilir. Hekimin istediği ilaç yanlış yorumlanmış olabilir. Yada hastalar karıştırılmış olabilir. O hasta için hekimin düşünmediği bir ilaç o hastanın kimliği hemşire gözünde karıştırılabileceğinden başka bir hastaya uygulanıp esas hasta o ilacı alamamış olabilir. Diğer hasta da kendisine istek yapılmadığı halde o ilacı almış konuma gelebilir. Tabii yine yurt dışında bazı uygulamalarda hastaların kimliğini belirten bir isim yada numaranın en azından bileşik biçiminde hastalara takılı olduğunu görüyoruz. Türkiye'de daha çok hemşirenin gözetimliğine dayanan bir sistem var. O bakımdan hastalar yatak değiştirdiklerinde yada bir servisten bir servise kısa süreyle transfer olduklarında çok rahatlıkla böyle bir hata, tabi sadece ilaç yönünden değil belki de çok daha ciddi sonuçlar doğuracak yanlışlıklar yönünden de gündeme gelebiliyor olabilir. Herhangi bir inceleme elimde yok. Bu yüzdeyle mi geliyor, birdeyle mi geliyor. Yoksa çok kötümserim hiç mi gelmiyor. Onu bilemiyorum. Bir başka hata türü yine doz formu yanlış diye bir yanlışlık sonucunda I.V. verildiğini düşünebilir. Bazı ilaçlar hem I.V. hemde I. M. kullanılıyor olabilir ama çeşitli ilaçlar çeşitli farmasötik biçimler yalnızca IM kullanımına özgü olup IV kullanılmaya kalkıldığında çok ciddi sonuçlar doğurabilirler. Bu da sık karşılaşılan bir hata türü olarak karşımıza çıkmakta. Yine yanlış uygulama biçimi gündeme gelebilir. Burda tabi uygulama biçimi derken yine hesaplama hataları bunun bir alt başlığı olabilir, eczacının bir majistral preparat biçiminde, hastane eczanesinde hazırladığı ilaçta bir hazırlama hatası gündeme gelebilir. Türkiye'de çok önem taşıdığını sandığım bir konu, hemşirelerin eczacılık işlevine soyunmasıdır. Bunu özellikle geniş hacimli parenteral sıvılarda görüyoruz. Bildiğiniz gibi geniş hacimli parenteral sıvı tedavisi sırasında I.M kullanılabilecek bazı ilaçların bu parenteral sıvıya katılarak hemşire dilinde kokteyl hazırlamak damardan verilmesi söz konusu. Burda tabi çok ciddi bir eczacılık işlevinin hemşire tarafından üstlenilmesi durumuyla karşı karşıyayız. Çünkü orda bir doz hesaplama işlemi var. Hemşire kendisi yapıyor. Orda bunun tamamen steril olması gereken bir ortamda bu ilaç çeşidine katılması zorunluluğu var. Bu hemşire istasyonlarında yapılıyor. Orda katılan ilaçların birbiriyle yada ilacın geniş hacimli parenteral sıvıyla bir geçimsizlik riski var. Burda da ne kadar bilindiğini ve ne tür riskler taşıdığını elimde bir rakam yok ama takdirlerinize bırakıyorum. O bakımdan bu ilaç hazırlama denen olayı özellikle bu

parenteral, geniş hacimli sıvılarda hemşire tarafından ve hemşire istasyonunun hiç de uygun olmayan ortamında bu işlemin gerçekleştirilmesi daha sonra bunun saatlerce oda sıcaklığında kalarak stabilize yönünden de çok büyük sorunlarla karşılaşması gündeme geliyor. Bu da bir ilaç hatası türü. Eczacı yine Türkiye'de eczanenin duvarları arasında ve hemşire istasyonlarında bir eczacıymış gibi çok ilginç sonuçlar verebilecek ilaç hataları yaşanmakta. En sık karşılaşılan tür zaman hatası diyebileceğimiz tür. Zaman dediğimizde hemen anımsatayım, Şu an tam 6.08 iftar zamanı. Zaman hatası dediğimizde hekimin isteğine göre bu ilacın tam uygulanması gereken zamanda yada kabul edilen artı, eksi zaman sapması sınırlarının dışında uygulanmasını anlıyoruz. Diyelim ki saat tam 08.00 de bir ilacın verilmesini öngörmüştür hekim. Ancak o servisteki hasta sayısı o servisteki uygulanacak ilaçların hemşire tarafından ön hazırlıklarının yapılma süresi gözönüne alındığında, artı eksi bir kaç dakika eklenebilir. Artı, eksi dakika eklenebilir. O zaman işte 7.50 ile 8.10 arasında verilecektir. Artı, eksi 20 dakika eklenebilir. Eğer bu kabul edilebilir dalgalanmanın sapmanın da dışına taşıyorsa ilaç uygulanması buna yanlış zaman denilen ilaç hatası ile karşılaşmış oluyoruz, bu durumda. Tabi, biraz önce değinmeye çalıştım, Türk hastanelerinde.

Bir enjektabl preparatsa tabii ki bizzat uyguluyor hemşire. Ancak bir oral preparatsa bir şurup, susp. , kapsül, tablet, draje vs. bunu bir kap içinde hastanın yanına bu talimatı verme, hatta zaman zaman gözlediğim kadarıyla bir hastanın ilaç kullanımı yönünde yanında yatan hastaya talimat verme türünde uygulamalar var, Türkiye'de Buyurun.

- Hocam, sigortada birde Cuma günü, Cumartesi ve Pazarın ilaçları hastanın başına bırakılıyor. 3 günlük ilacı hastanın başına gelip koyarlar. Artık orada hasta eski, kendi bildiği gibi kırmızıyı akşam, pembeyi sabah alır. Hemşire nasıl tarif ettiyse.

İ. Üstel - Peki hemşire bu tarifi yazılı olarak da bir yere koyuyor mu? Yoksa bunu sabah al bunu akşam al şeklinde mi?

- Yok yok. Hemşire tarif eder sadece. Paketin içinde işte derler, bu kabızlığı için, bu vitamin hapi, bu antibiyotik. Bilebildiği kadar tarif eder. Hasta da bu anda nasılsa haleti ruhiyesi anlayabildiği kadar anlar. Yani yanlış zaman dediniz. Bizde hiç uygulanmayan bir zaman bu. Değil yanlış.

İ. ÜSTEL - Doğru, yani katılıyorum. Bu hemşire hizmetinin, tabi dedim ya bu bir sistem yani ilaç hatası kavramına baktığımızda ilaç hatası bir sistem perspektifini yakalamak zorundayız. Sistem dediğimizde oyun kağıdından kule yapmak gibi bir olay. Oyun kağıdından kule yaptığınızda o kağıtların herhangi birini çektiğinizde bütün kule çökebilir. Herhangi bir sistemde de durum budur. Konu ilaç olsun, hastane eczacılığı olsun ne olursa olsun. Sistem dediğimizde birbiriyle çok yakın ilişkilerde olan bazı elemanlar bütününü anlıyoruz. Ve o ilişkilerin niceleği, niteliği, kalitesi çok önemli. O bakımdan işin içine hekim giriyor, hemşire giriyor, eczacı giriyor, eczacının teknisyen, kalfa, genel hizmetli tüm yardımcılarını ilaçla ilgili olarak giriyor. Öbür taraftan hastanın kendisi bizzat Türkiye'de giriyor. Hastanın refakatçisi giriyor vs. Bütün bu bütününü düşündüğümüzde bir noktada aksama olduğunda o bir zincirleme tepkime biçiminde tüm noktaların aksamasına yol açabiliyor. Genelde de ne yazıkki gerçekten böyle oluyor.

Peki ilaç hatası dediğimiz olayın nasıl farkına varabiliriz? Yani yarın öbürün şimdi bundan çok büyük bir merakla çıldırdığınızı düşünün. Başhekim, başhemşireyi, hastane müdürünü de ikna edebildiğinizi düşünün. Yani bunlar varsayımlar. Bunların hepsinin yerine geldiğini düşünün. Peki ilaç hatası konusunda, şimdi tanımıda kabaca yakalayabildiğimizi düşünüyoruz. En azından alt başlıklarını bir ölçüde gördük. İşte yanlış bir hastaya verme ilaç hatasıdır, yanlış bir ilaç uygulama istenen ilacın uygulanmaması yada istenmeyen ilacın uygulanması bunlar hep ilaç hatasıdır. Yanlış bir doz biçiminin uygulanması, yanlış bir doz verilmesi, hesaplama hataları, bunlar hep ilaç hatasıdır. Ayrıca hemşirelik hizmetlerine biraz eğilecek olursak, ilacın sonucunun yeterince gözlenmemesi bir ilaç hatasıdır. İlacın ne tip sonucu olabilir? 2 tip. Bir tanesi istenen, beklenen tip sonuç : Bir ilacı niçin uyguluyoruz, hekim niye istiyor, eczacı niye veriyor, hemşire niye uyguluyor, hasta niye uygulamayı kabul ediyor. Bir beklenen-sonuç var. İşte bu bekleninin gerçekleşip gerçekleşmediğini gözlemek. Bu tabii zaman zaman hastayı doğrudan gözle gözlemek biçiminde de olabilir. Bazı laboratuvar bulguları ile izlemek biçiminde de olabilir. İlacın kan düzeyinin belirlenmesi biçiminde de olabilir. İşte EKG olabilir. Yani hastalığa göre ve ilacın beklenen etkisine göre direk fizik gözlemden tutun en karmaşık diagnostik tekniklere kadar, bir gözleme sözkonusudur. Bu gözleme işlemi gözlem süreci, bunun doğruluğu da ilacın doğru kullanımının bir parçası dolayısıyla bu gözlem sürecindeki eksiklikler yetersizlikler. Ve hatalar da ilaç hatası dediğimiz başlığın bir alt başlığı. Ve tabii kayıt sistemi de geliyor. Eczanede kayıt sistemini çok yakından bildiğimize eminim. Hekimin tabi kendine göre bir kayıt sistemi var. Bu bakımdan şimdi çok kabaca bir tanıımı da aldığınızı düşünüyorum. Ve gerekli mercileri de ikna ettiğinizi düşünüyorum. Bunun üstüne nasıl gideceksiniz? İlaç hatası denilen olayın görülme sıklığı nasıl izlenir, teknikleri nedir? Yurt dışında geliştirilen bazı teknikler var. Bu tekniklerden bir tanesi bir ilaç hatası yapan kişinin, ilaç hatasına neden olan, yolaçan kişinin bunu hastanede ilgili bir yere, bu bir kişi olabilir, geçici bir komite olabilir. Sürekli bir kurul olabilir, bildirmesi. Kişi gidiyor, ben şu gün şu tarihte şu hastaya şu ilaçla ilgili bir hataya yolaçtım, diyor. Bu tabii çok verimsiz bir yol. Çünkü dünyanın neresinden olursa olsun kişilerin kendiliğinden gidip, adını bildirip bir hataya yolaçtım demesi çok düşük bir olasılık. Çünkü bunun karşısında bazı disiplin kayıpları gündeme geliyor, maaşı kesilebilir, hatanın ağırlığına göre işte kademe ilerlemeleri durdurulabilir. Çok ağır bir hataysa belki işten geçici veya sürekli el çektirilebilir vs. Onun için bu söylediğim yöntem yani kişinin ben bunu yaptım diye kendini de kişiliğini de ortaya koyarak, kendini bir anlamda ifşa ederek, deşifre ederek bunu bildirmesi dünyanın tüm ülkelerinde çok düşük olasılıkla gerçekleşen bir izleme yöntemi. Bu yöntemin bir zayıf noktası daha var. Hatayı yapan kişi hata yapmış olduğunun önce farkına varacaksınız ki, daha sonra bunu bildirmeyi düşüneceksiniz. Gerçekten siz bunu bildirecek bir vicdanda, sonunda ne kaybedersenem kaybedeyim, madem bir hata yaptım, bunu bildirmeliyim, diyecek bir eğitilmiş de olsanız ilk koşul çok önemli. Hata yaptığınızı bileceksiniz, bunun bilincinde olacaksınız, bunu farkedeceksiniz. Bu da her zaman çok kolay bir iş değil. Özellikle klinik temponun rutinini yada belli saatlerde özellikle eczanenin o hızlı iş yükünü düşünecek olursanız, hatayı gerçekten saptamak çok kolay bir iş değil. O bakımdan bugün bu işi ciddiye alan ülkelerde en sık uygulanan en yaygın biçimde yararlanılan yöntem gözlemci denen teknik. Burada bir gözlemci var. Bütün işi ilaç hatası olup olmadığını gözlemek. Yalnız tabii bu gözlemciye aslında biraz eski bir terminoloji olacak ama, tebdili kıyafet etmiş gözlemci adı veriliyor. Yani gözlenen kişi gözlemcinin olası ilaç hatalarını gözlediğinin bilincinde değil, niye değil? 2 nedenle



değil. Eğer bir hemşireyi alın, bir hekimi alın yada bir eczacıyı alın, yanında bir gözlemci var ve o da biliyorki o gözlemci kendi ilaç hatasını gözlüyor.

Şimdi bu nedenle daha bir tedirgin, daha bir sinirli olabiliyor ve fazladan ilaç hatası yapıyor. Bu bir sapma. Yada çok daha dikkatli olup normal bir tempoda yaptığından daha düşük oranda ilaç hatasına yol açıyor. Bu da bir sapma. Dolayısıyla gözlemcinin varlığının gerçek nedeni gözlenen tarafından bilinirse ya daha çok hata yapma gibi bir + sapmaya yada normal temposundan daha az hata yapma gibi bir - sapmaya yol açılıyor. O bakımdan ortada bir gözlemci var ama, çeviri yerindeyse tebdili kıyafet etmiştir gözlemci. Gerçekçi amacını saklayan, başka bir nedenle orada olduğunu söyleyen, dolayısıyla hekim, eczacı yada hemşire gözlenen kimse aslında gözlemcinin ilaç hatalarıyla ilgilendiğinin farkına varmayan bir model oluşturuluyor, o bakımdan gözlemci var. Ancak bu gözlem sürecinin gerçek amacının ilaç hatası sapmamaya dönük olduğu da gözleniyor, belirtilmiyor, söylenmiyor. Bu çok verimli bir teknik. Ancak biraz pahalı bir teknik. Çünkü bir kişinin sürekli bir kişiyi gözlemesi gerekiyor. Şimdi siz düşünün, eczacı olarak bütün izinleri de aldınız, günde en azından 8 saat gidip bir serviste, örneğin bir hemşireyi gözleyeceksiniz. Yada günde 8 saat başka hiç bir iş yapmayıp bir meslektaşınızı gözleyeceksiniz, ya da bir hekimi gözleyeceksiniz. Ki 8 saat de yetmeyecek. Çünkü sağlık hizmeti bildiğiniz gibi 24 saattir. 8 saatlik 3 vardiya boyunca devam eden bir süreç, bu bakımdan verimi yüksek bir yöntem, gözlem tekniği, ancak bu yüksek verimine karşın oldukça pahalı. Kişiyi, kaliteli, eğitilmiş kişi gerektiren ve bu zaman boyunca da çok konsantre olmasını gerektiren bir yöntem. Ancak biraz önce meslektaşımızın bize aktardığı gibi Türkiye'de işte cuma akşamından örneğin 3 günlük ilacın bırakılması gibi bir risk de yaşanıyor. Burada tabi bırakın eczacıyı hekimi hemşireyi belki doğrudan hastayı gözlemek bile hatalarının görülme sıklığı, ilaç hatalarının gerçek nedenleri ve bir ölçüde çözüm önerileri konusunda bize bir ışık tutabilir, diye düşünüyorum. Bu izleme tekniklerini de kabaca verdikten sonra en azından eczane sınırları içinde ilaç hatalarını izlemek, gözlemek kayıtlamak açısından neler yapılabilir? Şu an aklınıza gelen bazı modeller, bazı veriler varsa onları almak istiyorum. Yarın işe gittiğinizde bu konu yeterince merakınızı çekmişse, bizzat kendi kendinizi gözleyemeyeceğinize göre acaba bir gözlem yöntemiyle, onun dışında bir izleme tekniğiyle mi yoksa bilemiyorum ne düşünebilirsiniz bu konuda en azından eczaneye ilişkin hata birimini ortaya koyabilmek için ne gibi bir yaklaşım düşünürsünüz? Onu ben rica edeyim sizden, buyurun.

- Ben birşeye değinmek istiyorum. Gerek eczane dışında hastanelerde, kliniklerde eczaneler oluşturulsa ve gerek eczane eczacılarının dışında onlara ait birer eczacı olsa ve o eczacılar kliniğe ait ilaçları eczaneden direkt servise alıp klinikte hemşireye direkt yetki veren kişi olmalı. Sanıyorum bu döngü yapılacak ilaç hatalarını daha minimum düzeye indirebilir.

1. ÜSTEL - Olabilir. Bunu tabii bir anda hastane çapında yaymak çok yüksek bir maliyet olabilir. Eczacı sayısı bir maliyettir. Klinikte bu kadar göğüs göğüse mücadele edecek eczacının bugünkü anlamda, alışlagelmiş rol modeline göre biraz daha eğitim nitelikli olarak bir faaliyet yüklenebilir. Her klinikte çok küçük de bir mekan ayırabilmek ayrı bir maliyet olabilir. Klinikte artık bizzat uzun süre bulunan eczacıyla hekim hemşire başta olmak üzere sağlık personelinin arasındaki koordinasyonunu, işbölümünü sağlamak ve sürtüşmeyi en aza indirmek ayrı bir maliyet olabilir. Bu bakımdan önerinize temelinde katılıyorum. Ancak hastane çapında yaygın bir uygulama

ma yerine, belki de seçilmiş, insan ilişkilerinin daha yumuşak yürüyeceği düşünülen bazı servislerden, yani bazı pilot çalışmalardan belki buna başlanabilir. Ancak orada da önerim şu olacaktır. Diyelim ki siz biliyorsunuz, işte II. cerrahi servisinde işte şekil şudur ve iyi kötü aynı frekanstan düşünülüyor ve bir ilişkiye girebilir. Öncelikle o serviste düşündüğünüz modeli kurmadan önceki durumu saptayın. Yani o serviste bugünkü uygulamada ilaç hata oranı nedir? Hangi ilaçlarda olmaktadır, hangi varyasyonlarda olmaktadır? Ne gibi sonuçlar doğurmaktadır, önce bunu bir saptayın. Sonradan modelinizi kurun. Bir mekan ayırmıyorlarsa size bir ilaç arabası bile bir eczanedir. Yani bir portatif eczane mantığıyla girebilirsiniz. Yurt dışında da bunun uygulamaları var. İlle bir oda peşinde koşmayın. Tekerlekli bir eczaneyi iterek dolaşabilirsiniz serviste. Önemli olan bir kere servisin gözünün size alışması. Bir diyetisyenin size alışması, bir teknisyenin size alışması, bir hekimin, internin, hemşirenin size alışması, hastabakıcının alışması. Servisin bir parçası olduğunun artık kavranması ve kabul edilmesi. Bu bile büyük bir kazanım. Ve ondan sonra bunu belli bir süre uyguladıktan sonra aynen, önceki uyguladığımız teknikle tekrar ilaç hatalarına bakın. Arada 3 durum olabilir. Birincisi ilaç hataları artmış olabilir. Umarız olmaz. İkincisi ilaç hataları hemen hemen aynı düzeyde kalmış olabilir. Üçüncüsü ilaç hatalarında azalma görülmüş olabilir. Azalma söz konusuysa bundan kendimize bir pay çıkarıp giderek daha yaygın bir uygulama biçimine koyabilirsiniz. Bir noktadan sonra eczacının serviste bulunma maliyetinin eczacının serviste olmasının sağladığı ilaç hataları yönünden etkinlikle karşılaştırıp evet diyebilirsiniz, yöneticiye. Eczacı servise çıktığında şu kadar birim maliyet yükseliyor ama o yükselen maliyet karşılığında da eczacının bulunması ilaç hatalarını ve bu arada belki de bambaşka daha değişik konularda da şöyle bir etkinlik iyileşmesine, kalite yükselmesine neden oluyor. Bu yükselme de bu maliyete değer. İşte bunu diyebildiğiniz an gerçekten çok büyük bir yol almış demeksiniz. Buyurun.

- Onda hemfikiriz. Fakat Bakanlık kadro meselesidir diye bu işi kaldırdı.

I. ÜSTEL - Nasıl demiştiniz, biraz açıklar mısınız?

- İstanbul Çocuk Hastanesinde çalıştım. Klinik eczacılık yaptım. Servislere başladığımızda çeşitli şekilde ilaçlar veriliyor. Özellikle çocuk bölümlerinde biz bunu azalttık. Ve bunlar aynı başhekim gördü. Ve gerçekten hasta ölümleri azaldı. 15 - 20 gün içinde süreler azaldı. İyileşme süreleri azaldı. Ama biz bunların hepsini yaptık. Başhekimle görüştüğümüzden sonra bakanlık kadro meselesi nedeniyle iptal etti.

I. ÜSTEL - Çok haklısınız. Yani burada, tabii ben size bir hayal şatosu çizmek istemiyorum. Yaşadığınız ülkenin koşullarını hem de biliyorum. Sağlık ekonomisi denen bilimsel yaklaşıma Sağlık Bakanlığındaki zihniyetin ne kadar ne ölçüde yakın olduğunu ve hangi açıdan baktığını da biraz bildiğimi sanıyorum. O bakımdan çok haklısınız. Yani size şu anda...

- Zor imkanlarla çalıştık. Küçük bir bankoda ilaç yaptık, havanları temin ettik. İlacı en kolay şekilde verebilmek için. Ama bu bile gözönüne alınmadı.

I. ÜSTEL - Çok haklısınız, Sağlık Bakanlığının yapısını bilebildiğim kadarıyla burada çok savunulabilecek ya da çok iyimser mesajlar verebilecek durumda değilim. Ancak bu tabii bir güç dengesidir. Yani karşımızda lafı çok çirkin, düşman yok karşımızda değilse, bizi anlayamayan yada anlamak istemiyen kitlelerin karşısına biraz daha anlatabilir biçimde ve bir birlik olarak çıkabilirsek, sizler bu uygulamanın

içindesiniz ben fakültedeyim. Biraz daha teorik bakabiliyorum. Uygulamayı yeterince bilemiyorum. O bakımdan bir güçbirliği haline gelebilirsek, 7 tane eczacılık fakültesi var. Bu eczacılık fakültelerinde bir kısım akademisyenler daha önceden serbest ve hastane eczacılığı deneyimi de olmuş olabilir kişiler. O bakımdan yani mesleğin değişik gruplarında birbirimizi daha iyi anlayabilirsek, aynı frekanstan konuşabilirsek ve ortak amacımız olan hasta bakım kalitesini yükseltme konusunda birbirimizle dirsek dirseğe omuz omuza verebilirsek, belki bizi anlamakta güçlük çeken odakların üzerine daha kısa sürede sonuç alabilecek biçimde gidebiliriz. Bilmiyorum çok mu iyimser bir mesaj.

- Evet biraz öyle. Çok iyi düşünüyorsunuz. Hocam ama özür diliyorum, ama bu ülkede yaşamıyor musunuz?

I. ÜSTEL - Zaman zaman nerde yaşadığımı yada nerde yaşamak istediğimi tartıştığım oluyor.

- Çok özür dilerim, sözünüzü kestim ama 12 yıllık eczacıyım. 12 yıl boyunca eczacılık yapmadım. Çok değişik birimlerde çalıştım. Çok farklı ama konuşmalarınız... Çok özür diliyorum, çok saygı duyduğum bir insansınız, ama ütöpik geldi.

I. ÜSTEL - Haklı olabilirsiniz. Yani gerçekten biraz önce vurguladım. Ben fakültedeyim. Genellikle literatür ışığında yada gözlediğim bazı seçilmiş örneklerden yola çıkarak belki daha daha değişik frekansta bazı öneriler, bazı binalar kuruyor olabilirim. Bu değişik örneklerden bir tanesi örneğin son zamanlarda o niteliğini yitiren toplum hekimliğine bağlı Etimesgut Bölgesi uygulama hastanesiydi.

- Hocam müsaadenizle orada çok açılar gördük.

I. ÜSTEL - Hangi yılda, bizim Sağlık Bakanlığına devrolduktan sonrayı mı kastediyorsunuz?

- Yani Hacettepeyle protokol anlaşması bozulduktan sonra bir dönem durgun bir dönemi vardı. Ondan sonra Sağlık Bakanlığına geçti ve oradaki insanlarla ben böyle oldum.

I. ÜSTEL - Çok haklısınız, belki benim şansım yada şimdiki açıklamanızın ışığında düşünüyorum, şanssızlığım daha Hacettepe protokol bozulmadan, Hacettepeye aitken oradaki modeli çok yakından bilmem, oradaki hemşire, hekim, eczacı ilişkilerini ve eczacının klinikte ortaya somut koyduğu olayları çok yakından izlemiş olmam belki, şanssızlığım oldu bu açıdan.

- Sadece pilot bölge değil sanıyorum. Dünya Sağlık Örgütü ve Unicefle diyalogları olan bir bölgeydi. Çok güzel bir bölgeydi. Bu bölgenin ölümünü ben yaşadım. Onun için çok üstelemek durumunda kaldım, çok özür diliyorum. O eczanenin, görmüşsünüzdür belki, o eczanenin yıkımını yaşadım ben.

I. ÜSTEL - Yıkımını görmedim de, hayattayken çok yakından gördüm ben, eşim orada 7 yıl çalıştı.

- Evet sonra da ben oraya tayin oldum. Çok kısa bir dönem Hacettepeyle çok kısa dönem çalıştım. O sağlık personelinin ekip çalışmasını çok kısa bir dönem yaşadıktan sonra yıkımını görmek beni daha çok üzdü. Onun için bu ülkede bir şeyler yapabilmek için önce yaşamak ve bir güç oluşturmak ve tümünden yıkmak gerekiyor. Sabahleyin

işe gittiğimde ne yapmak gerekiyor dersiniz. Ben eczanelerin kapısına kilit vurmak gerekir diyorum.

I. ÜSTEL - Peki eczanelerin kapısına kilit vurduğunuzda doğacak bir vakum mu, eğer bir vakum doğuyorsa?

- Hayır, yeni bir sistem getirmek. Eğitilmiş beyinlerle, hizmet vermeyi amaçlayan insanlarla yeni bir çalışma modeli kurmak. Çünkü biz hastanelerde eczacılık yapmıyoruz. İlaç sayıcılığı yapıyoruz. Bu hallere geldik.

I. ÜSTEL - Peki yine iyimser diyeceğiniz parantez açmak istiyorum. Bu önerdiğiniz modeli kurmanın tek yolu bugünkü sisteme kilit vurmak mı?

- Belki şu anda sinirlenip de öyle konuşmuş olabilirim. Yalnız bunlar hoş birşey değil evet biliyorum. Ama gerçekten acılar yaşıyoruz. Vé acıyı çok rahatlıkla çekiyoruz. Bence mesleki örgütlerin çok aktif çalışması lazım. Veya yeni bir takım örgütlenme modeli gerekli.

I. ÜSTEL - Şu anda Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyetinde kaç hastane eczacısı var?

- Bilemiyorum.

I. ÜSTEL - Hiç yok. Cumhuriyet tarihinde kaç tane olmuş?

- Pardon .. Merkez Heyetinin Türk Eczacıları Birliğinde yapılan tüm toplantılara yada yardımlaşmalara kaç eczacı katılıyor?

I. ÜSTEL - Bakın bu da güzel bir soru. Yani TEB olsun, Ankara Eczacı Odası olsun fakültelerin kendilerine ait çabaları olsun, birim temsilciliği adı altında yada benzeri adlar altında işte sorunların tartışılacağı çözüm önerilerinin toplanacağı, gerek yazılı rapor biçiminde, gerek sözlü, işte söyleşi adına ne dersiniz deyin, bu tür şeylerde hastane eczacılarının toplam sayısını payda aldığından katılım yüzdesini arkadaşımız soruyor. Ben niye sorduğunu bildiğim için tekrarlıyorum soruyu.

- Yalnız şunu da belirtiyim. Başında veya dibinde kokteyl olmadan, tamamen sırf toplantı çağrılarına kaç kişi katılıyor?

I. ÜSTEL - Burada daha değişik boyutta soru yineleni.

- Yani onu şey yapacağım. Ama ben şuna inanıyorum ki, şu anda hastanelerde uygulanan eczane işlerliği ve eczacıların çalışma biçimlerinin tamamen değişmesi gerekiyor. Servis eczacılığı klinik eczacılık kurulmadan, eczacılık mesleğinden söz etmek bana göre yanlış bir şeydir. Çünkü ben şu anda Numune Hastanesinde çalışıyorum. 46 servis var. Bu 46 servis sabahleyin her servisten toplam günlük ilaç defterleri gelir bize. Belki 5000 belki 6000 tane ampul sayar verimiz, tableti sayar verimiz. Yapacağımız hata belki altıyı aşmış olarak görebilirsiniz, ilaç hatası olarak. Belki emedur yerine yanındaki diazemi vermiş olabilirsiniz. Veya Contur visitte çalışıyorsanız eğer yanlış ilaç kullanımında uyarı yapabileceğiniz kişi hemşiredir. Hemşire bunu yanlış iletmıştır veya doktor ise telefon açar konuşursanız benim reçeteme karışamazsınız der size. Sizi koruyacak kolluyacak hem çalıştığımız birimde hem mesleki olarak herhangi bir şey güvendiğiniz kişiler yoksa susmak durumunda kalıyorsunuz.

I. ÜSTEL - Peki şöyle sorabilir miyim? Diazem yerine emedur anlıyorum, alfabetik sırayla

- Yani yanında biçimsel benzerlik, şu anlamda yanyana duruyordu, eliniz şöyle biraz fazla kaymıştır. Yani ampuller bizde tek tek konur, hastane ambalajında.

I. ÜSTEL - Ya da 6000 yerine 6, ya da hekimi uyarmanın gerektiği noktada uyardınız ve bana karışma mesajı. Bunların bana rakamsal sıklığını verebilirmisiniz? Yani bunları kayıtlamayı hiç düşünmediniz mi?

- Şu anda tam gerçek olmasa bile, daha çok bu rakamsal hatalar cuma günleri yapılıyor.

I. ÜSTEL - Evet, bu hataları % kaç yapıyorsunuz? Ayda bir mi, günde 20 mi yani en azından kendi kendinize dönük.

- Şöyle diyeyim. Çok gerçek bir yanıt olmasa bile haftada 3-5 diyebilirim

I. ÜSTEL - Tabi yatan hasta sayınız binlerle ölçülen bir şeyde gerçekten haftada 3 le kalıyorsa, bu dünya standartlarına göre bile bence çok parlak bir başarı. Eğer alıp da farketmiyor, yada farkedip de kaydetmiyor değilse.

- Şimdi şöyle onun hata oranının çok düşük olmasının nedeni de eczaneye giren ilaçla çıkan ilacı denkleştirmektir bizim görevimiz. Görevimizin aslı budur. Yani hastaya ilacı verirken işte yanlışlıklar yapılmıştır, bir doz hatası olmuştur. Zaman hatası olmuştur, bir geçimsizlik hatası olmuştur. Bunlar eczacıdan sorulmuyor. Bizden rakam soruluyor. Sadece giren ve çıkanı denkleştirmek durumundayız. Akşama kadar kompütür gibi çalışıyoruz.

I. ÜSTEL - Peki burada acaba gündeme mevzuat dediğimiz yasa olsun yönetmelik olsun işte tüm mevzuat basamaklarını düşünün, acaba burda tanımlama ve tanımlanmayan maddelerin yarattığı bir sıkıntı mı sizce?

- Bence tamamen değiştirilmesi gerekiyor, bu hastane eczacılığı olayının.

I. ÜSTEL - Peki, peki değiştirilmesi gerekiyor, dediğinizde neyin değiştirilmesi gerekiyor. Eğitimin mi, mevzuatın mı, kişilerin meslek, ahlak anlayışının mı? Bilgi beceri, sorumluluk ve vicdani yükümlülüğünüzün mü? Bunların hepsini mi, neyi tam kastediyorsunuz?

- Şöyle tarif edeyim, ben bu değişimi, mesela okuldan mezun oluyorsunuz. Bir hastaneye atanıyorsunuz. Deneme yanılma hastane eczacılığını öğreniyoruz. Okulda bize öğretmiyorlar.

I. ÜSTEL - Dersi yok sizde

- Hastanede eczacılığı nedir? Nasıl çalışır, neler yapmalıdır, neler yapmamalıdır? Bunun hiçbirini verilmiyor okullarda, deneme yanılma yoluyla.

I. ÜSTEL - Peki... Herhangi biriniz bir fakültenin dekanına bunu niye öğrenciyken bize öğretmediniz, şimdi bunun sıkıntısını çekiyoruz diye, 2 satır mektup yazdınız mı? Sadece söylüyorum.

- Yazı yazdık efendim. Ankara Eczacı Odası dergisinde yayımlandı. Bu aydı galiba.

I. ÜSTEL - Görmedim, yani şu ana kadar gelen son bir iki sayıda görmedim.



- Sanıyorum arkadaşımın bu sorularına büyük çapta cevap var orada.

I. ÜSTEL - Yazıda cevap var arkadaşınızın soruları...

- Evet yani eczacıların, hastane eczacılarının sorunlarının çözümleri için birkaç nokta belirlenmiş durumda. Tabii yani hocalar kadar düşünebiliyor muyuz, belki yok ama yaşadığımız kadarıyla bazı maddeleri gündeme getirdik.

I. ÜSTEL - Kuramsal düşünüyoruz, bilimde zayıflığımız orada. Peki benim kavrayamadığım bir nokta var. Numune Hastanesi ile Yüksek İhtisas Hastanesi statü açısından bağlı olduğu yönetmelik açısından çok mu farklı birbirinden?

- Hayır aynı.

I. ÜSTEL - Ama siz bir komiteden bahsediyorsunuz Yüksek İhtisas Hastanesinde.

- Olabilir. Son zamanlarda bir gayret içindeyiz. Dışardan bazı şeyler aktarmaya, Örn. okuduklarımızı uygulamaya çalışıyoruz. Bazı yayınlar okuyoruz.

I. ÜSTEL - Ama komiteye dönüştüğünüze göre en azından hekimler tarafından aynı masa önünde kabul görüyorsunuz yani.

- Aslında komitenin başkanı da dış ülkelerde hekim olduğu halde biz şimdilik eczacıyı düşündük ve zaten onlar da hemen bilmedikleri bir iş olduğu için başeczacı başkan olsun dediler. Bizde ise dediğimiz şekilde yönlendirebilmek için işi kabul ettik.

I. ÜSTEL - Peki sizin kilit vurmaya kalktığınız bir sistem içinde bir benzer modelde, başkanlığını bir eczacının yaptığı bir komite nasıl oluşturulabiliyor? Bu ülkede aynı ülke. Bu kentte aynı kent ve 100 m var aranızda.

- Şunu söyleyeceğim. İdarecilerin anlayışı önemli. Bilemeyeceğim.

I. ÜSTEL - İdarecilerin anlayışı mı, idarecilere bunu anlatma, kapasiteden çok sabır belki inandırma, yani kapıyı ilk çalışta herhalde açılmayacağı kesin de, o parmağınız acıyana kadar kaç kere çalmanız gerekiyor kapıyı, buyurun.

- Yalnız şöyle bir durum var. Bizim başhekim bey yurtdışında Amerika'da çok bulunuyor. Kendi mesleğindeki uygulamaları görmek üzere, burada uygulamak üzere, bu arada hastane yönetimini de üstlenmiş durumda ve tedavi komitesinin olduğunu görmüş durumda. Gördükten sonra bizim önerimize evet dedi. Yani birleştirdi bu iki şey.

I. ÜSTEL - Bakın ben biraz önce bir meslektaşına omuz omuza verelim, fakülte ve uygulama diyordum. Öyle görülüyor ki uluslararası omuz omuza verme bile var. Başka ülkelerdeki meslektaşlarımızın başarısı buradaki hekimleri ikna etmemizi kolaylaştırabiliyor, demekki bir ölçüde.

- Bizde formüller hazırlama talebini nerdeyse baskı şeklinde başhekim muavimlerinden bize geliyor. Hazırlanmış taslağım da var. Ben şöyle demek istiyorum. Bir kere en yakın çelişkimiz hastane içindeki diğer sağlık personelinin hekimden diğer uca kadar eczanenin ve eczacının fonksiyonunu bilmemesinden kaynaklanıyor. İlk yapılacak şey, çalışılan birimde eczacı ne yapıyor, ne yapabilir, ne kadarını yapıyor, eğer tam çalıştığı zaman rasyonel bir raddeye ne kadar katkısı olur, hemşiresinden başlayarak tüm çalışanlara anlatılmalıdır.

I. ÜSTEL - Tıp bilimi 1960 yıllarında tedaviye çok yakın bir biçimde kafayı taktı. Özellikle afyon alkaloidlerinin moda olduğu yıllarda metodun başta olmak üzere bağımlılık potansiyeli daha düşük bazı maddeleri bu yasa dışı maddeler yerine kullanarak bir detoksifikasyon ondan sonra da, dozu gittikçe azaltarak bir noktada kesme umuduyla büyük bir tedavi yaklaşımı yaşandı. Bundan 30 yıl kadar önce başlayan bir yaklaşım. Günümüzde de değişik ülkelerde, değişik ağırlıkta devam ediyor bu yaklaşım. Ancak tıbbın bu iyimser çıkışı ne yazık ki bekleneni vermedi. Bugün artık biliyoruz ki adına maddenin cinsine göre ister detoksifikasyon deyin, her bağımlılık yapan madde için detoksifikasyon söz konusu ne yazık ki olamıyor. Bunun adına rehabilitasyon deyin adına dersiniz deyin bu çalışmalar bu tedavi bekleneni vermedi. ABD de sigortalar ancak birkaç haftalık bir tedaviyi ödemektedir. Gerçekten 4 hafta 28 günlük bir tedaviyi ödüyor sağlık sigortası sistemleri. Peki soru şu 29. günde ne oluyor. 29. günde kişi tekrar kendini bağımlı kılan sosyal alt yapıya dönüyor ve 1 yıl bekliyor ki sağlık sigortası 2. yıldaki 28 gününü de ödesin. İngiltere'de buna döner kapı yaklaşımı deniyor. Yani kişi hiçbir yere gitmeden bizim dolap beygiri dediğimiz olay hiçbir yere gitmeden bu dönerkapıda sürekli hareket halinde görünüyor. Bir kaç hafta bir tedaviyi alıyor. Sağlık sigortası ödemeyi kesince o da mecburen tedaviyi kesiyor. Çünkü günlük tedavi maliyeti en aşağı 700.000 TL günlük tedavi maliyeti tekrar madde bağımlısı durumuna geliyor vs. Özellikle Amerika'da bugün crack denen kokain türünün bir dozu bir sinema biletinden ucuz. Son derece rahat elde edilebiliyor. Günde sık sık kullanılması gerekiyor. Fakat oldukça ucuza maledilebilen bir alışkanlık türü, bir bağımlılık türü olarak karşıya çıkıyor. Tedavisinin şanssızlığına ilişkin bir diğer nokta A maddesine bağımlı kişi A maddesine bağımlılığına karşı tedaviden geçtikten sonra bir de bakıyorsunuz B maddesine bağımlı duruma geliyor. Çünkü sorunlara bakış açısı, sorunları algılama biçimi, sorunlarla başedilebilme becerisi geliştirilmediği yalnızca birkaç haftalık bir tedaviden sonra belki bir madde karşı bir tedaviyi gerçekten biraz önce sözünü ettiğim medet umma davranışı sürdürükçe A maddesi yerine B maddesini ikame ederek medet umma davranışını sürdürüyor. Tedaviye başvuran çok bilinçli bir alt grup daha var. Tedaviden sonra meddeye duyarlılık eşliğini düşüren grup. Şöyle açıklayayım. Bazı bağımlılık yapan maddelerde tolerans dediğimiz olay gelişmekte. Baştan küçük dozlarla gereksinimini karşılayan kişi bir süre sonra aynı gereksinim düzeyini karşılamak için çok daha yüksek dozlarla ve daha sık olmak durumunda kalıyor. Öyle bir noktaya geliyorki artık parasal olanakları bunu sürdürmesine olanak vermemeye başlıyor. Bunun üzerine kişi tedaviye geliyor. Tolerans süreci nedeniyle artmış olan gereksinimi tedavi boyunca duyarlılık eşliği düşünülmediği için tedaviden sonra tekrar düşük dozlarla ve daha aralıklı kullanımla aynı talebini karşılar durumuna geliyor ve daha ucuza malediyor, bağımlılığını dolayısıyla tedaviye başvuran bir alt grup aslında tedaviden tek beklediğim bağımlılık alışkanlığını sürdürmesini daha ucuza getirmek isteyen grup. Tedaviye bu duyarlılık alışkanlığını sürdürmesini daha ucuza getirmek isteyen grup. Dolayısıyla 60 larda büyük bir umutla ortaya çıkmış olan tedavi yaklaşımı günümüzde son derece yüksek maliyeti, uzun süre alması, kişinin medet umma davranışına direkt olarak bir çare getirmemesi, sosyal alt yapıyı değiştirme açısından hiçbir iddiası zaten bulunmaması nedeniyle bugün eski polüleritesini kaybetmiş durumda. Ve bunun aslında bugünkü bilgilerimiz ışığında bir tedavisi de yok. Eğer bir kişi bir kez bağımlı olmuşsa bunu alkol ve sigara için de söylüyorum, artık sürekli bağımlı durumdadır, maddeyi kullanmasa bile. Şöyle bir örnek vermek istiyorum. Bugün ortaokul tarih kitabımızı ele alalım. O konuyu gerçekten ortaokuldayken biz kırkbeş dakikada öğrenmişsek

bugün şimdi size ortaokul kitabı dağıtayım belki 20 dakikada öğrenirsiniz. Yani aradan çok uzun yıllar geçmiş olmasına karşın beynimizin bir yerinde o öğrenme olayı moleküler düzeyde kalmıştır. Madde bağımlılığında da böyle. Sigara içtikten sonra belki 20 yıldır bırakmış olabilirsiniz. Ama yine bir sigara kokusu aldığınızda o beyninizdeki bağımlılığa ilişkin merkezde mutlaka büyük bir tahrik, büyük bir talep, büyük bir anılarının depreşmesi gerçekleşecektir. Bağımlılık bir kez olduğunda artık beyinde bu öğrenilmiş bir davranıştır ve maddeye ara bile verseniz onlarca yıl süreyle ara bile verseniz o beyninizin bir yerinde artık kalmaktadır. Bütün bu söylediklerimden tabi günümüzde en önde gelen tatkiğe geçmek istiyorum. Eğitim. Günümüzde diye vurguluyorum. Çünkü bundan belki beş yıl sonra böyle bir söyleşiyi yapıyor olsak, şu anda aklımızda hiç olmayan yepyeni bir yaklaşım, yepyeni bir teknik gündeme gelmiş olabilir. Bugünkü bilgilerimiz ışığında özellikle geri dönüp son 30 - 40 yıldır dünyada yapılanlara ve alınan sonuçlara bakınca günümüzdeki en önemli yaklaşımın bu madde bağımlılığını ister yasal olsun ister yasadışı olsun eğitimle engellemenin en maliyet etkin yol olduğunu, görüyoruz. Yani bunun bir maliyeti vardır. Fakat sağladığı etkinlik bu maliyetin kat kat ötesine geçmektedir. Bugün vardığımız nokta bu. Tabi eğitim çabalarını özellikle genç kuşağa yöneltmek durumundayız. Çünkü maddeye bir kere başlamış olan bir kişiyi bundan caydırmak çok kolay değil. Ancak maddeye başlamamış yada maddeyle tanıştığı halde daha bağımlılık noktasına gelmemiş yaş gruplarında en verimli sonuç alınabiliyor. Bu da Türkiye için artık bildiğimiz kadarıyla 12 yaş yani orta birden itibaren ele alınması gereken bir konu. Tabii eğitim nasıl sürdürülür, eğitim genelde hepimizin fikir sahibi olduğu bir konu. İşte maddenin zararları ortaya konabilir, şu yapılır, bu yapılır, konferanslar, seminerler, posterler filan neler. Hepimiz ne yapılması gerektiğini iyi kötü biliyoruz, ama en önemli bir noktayı belki de atlıyoruz. O da şu: eğitim dediğimiz olay bilgilendirme ışığında tutum ve davranışların arzulanan yönde düzenlenmesidir. O bakımdan sadece gelip sigara şunu yapar, bu olur gibi yaklaşımın sanıldığı kadar anlamlı olmadığını görüyoruz. Bunun yerine tutum ve davranışları değiştirmek üzere davranışlar yoluyla bir eğitim vermeliyiz. Bu eğitimi ana olarak, baba olarak öğretmen olarak ve bir sağlıkçı olarak vermek durumundayız. Eğer bizler sağlık personeli olarak üstümüz de beyaz önlük varken, elimizde bir sigara tutuyorsak, aslında bu çok önemli bir eğitim mesajı : Burda elimizde sigara tutan beyaz önlüklü kişiler olarak belki de hiç farkında olmadan çok yoğun bir eğitim yapıyoruz. Bizi izleyen bir genç şunu düşünüyor. Kendi sağlıkçı, elinde sigara. Demekki o kadar büyük bir sorun değil. O bakımdan yapmalıyız, ne yapabiliriz sorusundan önce ilk aşamada en azından size önermek istediğim bu en azından ne yapmamız gerektiğinden yola çıkalım. Üstümüzde beyaz önlük varken eczanedeyken yada eczacı olduğumuz bilinen bir yerde lütfen en azından elimizde sigara tutmayalım. Çünkü bu çok önemli bir eğitim mesajıdır. Aynı şekilde biz çeşitli ortaokul ve liselerde öğretmenlerle ve müdürlerle gidip görüşme yapıyoruz. Eğer bir sağlık dersinde öğretmen sağlık dersinde oturup uzun uzun sigarayı, alkolü, uyuşturucuyu anlattıktan sonra öğretmenler odasında dumandan gözgözü görmüyorsa bu da aslında olumsuz, pekiştirici açısından çok güçlü bir eğitimidir. Ve ben ortaokulda öğrencilerle de konuştuğumda en sık karşılaştığım ve yanıtlayamadığım soru öğretmenimin elinde sigara görüyorum, ne yapabilirim diyor. Ve gerçekten ben bu soruya sorulduğu kadar basit bir yanıt bulamıyorum. O bakımdan yasal olmakla birlikte toplumda çok yaygın kabul gören ve sohbeti koyulaştıran yada ilk tanışmayı katalize eden bir kolu olan sigara ve alkol geçiş sağlayan maddeler. Geçit maddeleri olduğu bu konuya en az yasadışı maddeler kadar önem vermek durumundayız. Bu bağımlılık

yapan maddelere dönük sorunu çözemedikçe sadece polisiye önlemlerle yasadışı maddelerin üstüne gitmek sanıldığı kadar akılcı değil. Çünkü kişiler kendi kendini tedavi diye adlandırılan bağımlılık yapan maddeden medet umma davranışını ilk kez tütün ve alkolde deniyorlar, tadıyorlar ve bu medet umma davranışını daha sonra yasadışı maddelere yansıtıyorlar. Peki bizler bu genç kesimi öğrencilerimiz olabilirler, çocuklarımız olabilir, eczanedeysek hasta, hasta yakınları olabilir. Bu eğitim sırasında hangi temel öğelere dikkat etmek zorundayız. Bunları birkaç maddede özetlemek istiyorum. Öncelikle bağımlılık yapan maddeye değil, bağımlılık davranışına yönelmemiz gerekiyor. Yani bağımlılık yapan madde sigaradır, işte sigara şudur; alkoldür, budur şudur.

Bu önemli değil. Bugün sigara, yarın alkol, öbürgün kokain, yarın adını hiç bilmediğimiz bir madde, maddenin cinsi önemli değil. Maddeden medet umma davranışının temelinde yatan güdüler önemli. O bakımdan maddeye kafayı takmamak lazım. Sigara içenlerde içmeyenler kadar zararını biliyor. Bırakın eczacıları, ben ortaokul öğrencileriyle yaptığım sohbetlerde de görüyorum. Sigara içtiğini söyleyen ortaokul öğrencisi de içmeyen kadar bütün zararları çok güzel sayıyor. Olay demek ki, bilgisizlik, bilgi açığı değil. Olay bilgili olduğu halde bundan medet ummaya yönelme. Burda yatan güdülerini yakalayabilme. Tabii bu belki eczacılık fakültelerinde anlatılan perspektifin oldukça dışında bir bilgi, beceri gerektiriyor, olabilir. Belki bu açıdan sosyal çalışmalarla davranış bilimlerinin diğer alt dal uzmanlarıyla belki ortak çalışmamız gerekiyor. Bilemiyorum ama temel ilke maddeye değil, maddeden medet umma davranışına yönelmek. 2. bir temel ilke merak uyandırmaktan kaçınmak. Bazı konuşmacılar özellikle ortaokul lise gençleri karşısında maddeye dönük şeyler anlatıyorlar ki hiç aklında olmayan hiç o güne kadar düşünmeyen bir kimse bile, ne kadar enterasan etkiler ortaya çıkıyormuş bir yerden bulsam da bir kez ben denesem noktasına gelebiliyor. O bakımdan 11. temel ilke kişinin sosyal becerilerini yaşamla başedebilme becerilerini pekiştirebilmek, stres denince hepimizin yüzü asılıyor. Stresten kaçmak istiyoruz. Aslında stres bir yerde çok gerekli bir duygu. Eğer stres duygusu olmasa bir kişinin yarınki sınavına çalışmayacaktır. Stres belli bir dozu aşmadığı takdirde çok gerekli hatta zorunlu bir kavram gibi geliyor bana. O bakımdan stresten kaçmak, stresten uzaklaşma onu yok varsaymak, çok akılcı bir yaklaşım değil. Gençlere ve her kesimden her yaştan kişiye sanıyorum, stresin yaşamın doğal bir parçası olduğunu aktarmak ve stresle başedebilme tekniklerini aktarmak yine temel bir hedef olarak ele alınmalı. Yine bir temel hedef yapılacak eğitimde özellikle genç kesimde çok önemli. Gençlerin bağımsızlık talebini gözönüne almak. Yani bir erişkin kişi olarak baskılayıcı biçimde bunu böyle yapma, şöyle olursun, bunu böyle etme ben neler gördüm hayatta, başına şu gelir gibi dikta eder biçimde değil. Onun bağımsızlık talebini gözönüne alan esnek, karşılıklı tartışmayla konuyu oluşturan bir yaklaşım gerekiyor ki ne yazık ki bizim kültürümüzde genel olarak aile içinden başlıyorsak eğitim kurumlarında ve toplumun genelinde böyle bir yaklaşım uymuyor. Umarım birkaç 10 yıl sonra daha demokratik daha esnek, daha karşılıklı bir havada bunları çözebiliriz. Yine tabii bütün bunlar yapılırken uzun dönemli sonuçları ortaya konduğunda etkileneceğini düşünmemek. Bir genç bundan 50 yıl sonra AC kanserinden ölmek fikrinden o an sandığınız kadar etkilenmez. O bakımdan kısa dönemdeki olumsuzlukları pekiştirebiliyorsanız, Örn : tütün kokusunun elbiseye sinmesi ve arkadaşlarını tiksindirmesi ona çok daha etkileyecektir. Bilmem kaç yıl sonra AC kanserinden ne olacağı fikrine göre. Tabii özellikle sigara ve alkol sözkonusu olduğunda bir başka alt başlığa dikkatinizi çekmek istiyorum: Reklamlar. Hiç dikkat ettiniz mi?

Türkiye'de de var, yabancı dergilerde devar. Sinemalarda bazen var. Sigara ve alkol reklamlarının verdiği mesaja hiç dikkat ettiniz mi? Başarılı kişilik, beğenilen, aranan kişilik, güzel kadın, yakışıklı erkek doğada macera arayan, zorlukların üstesinden gelen hep bu mesajlar veriliyor. Asıl bu tabii tütünle alkolle bir ilgisi yok ama, bir genç gözünü bakacak olursanız o zaman o mesajların ne kadar çarpıcı olabildiğini kişileri adeta putlaştırarak sigara ve alkol kullanımıyla o kişilikte aradığını ulaşacağını düşünüyor. O bakımdan reklamları analiz etmek, o reklam mesajlarının altında yatan gerçeği kavrayabilmek ve bu reklam mesajlarıyla da başedebilmesini sağlamak her halde tatiklerden biri olmalı. Tabii hemen şu aklınıza gelebilir. Bu ülkede dünyadaki tüm ülkelerde sağlık bakanlığı var, yine dünyanın bir çok ülkesinde ve Türkiye'de bir de tekelden sorumlu bir bakan var. Ve bunlar bir bakanlar kurulunda bir araya geliyorlar. Bu bir çelişki değil mi? Yasal olsun yasa dışı olsun gerçekten madde bağımlılığında devlet katında bu çelişkiler var. Bu devlet katının da ötesinde uluslararası boyutta bir başka çelişkiye dikkatinizi çekerek konuşmamı bağlamak istiyorum. Dünya Sağlık Örgütü Birleşmiş Milletlerin bir organı ve Dünya Sağlık Örgütü önlenabilir hastalık nedenleri arasında en önde sigaranın geldiğini söylüyor. Dünya Sigarayla gerçekten çok ciddi bir mücadele içinde. Dünya Sağlık Örgütü Birleşmiş Milletlerin organı. III. Dünya ülkelerine ticari bir ürün olarak tütün ekmelerini, dikmelerini ve tütün satarak hem aile düzeyinde ve hem devlet düzeyinde ticari açıklarını kapatmalarını söylüyor. Bu da uluslararası boyutta madde bağımlılığı konusunda daha ne kadar yol almamız gerektiğinin bir ifadesi sanıyorum. Evet lütfen en azından beyaz önlükle elinizde sigara tutmayın. Sorularınız, eleştirileriniz ve yorumlarınız varsa yada madde bağımlılığını eğitimle engellenmesi grubu hakkında daha bir bilgi almak bu konuda destek olmak istiyorsanız görüşmeye hazırım. Şunu da söyleyeyim, Amerika'da madde bağımlılığına karşı eczacılar diye ayrı bir meslek grubu var. Türkiye'de bilmiyorum bunu kurma şansı sigara bile kullanmayan bir kitle bulup kurma şansı nedir? Onu da sizin ilginize ve takdirlerinize bırakıyorum. Teşekkürler.

- Hocam mümkünse bu gurubun çalışmaları hakkında bilgi alabilir miyiz?

I. ÜSTEL - Bu yaklaşık 3 yıl (2 yıl 8 ay) kadar önce kurulmuş bir grup. Akademisyenlerden oluşuyor. Eczacı ve hekimlerden oluşan bir grup öncelikle Türkiye'de durum saptaması üzerine eğildiler. Yani bu sorunun boyutları ne? Ve de gördük ki durum saptaması yapacak sağlıklı veriden yoksunuz. O bakımdan biz grup olarak bazı çalışmalar yaptık. Örneğin, madde bağımlılığı konusundaki eğitim düzeyini fakülteleri ve hemşirelik yüksek okullarının ilgili olduğunu düşündüğümüz tüm anabilim dallarına yazdık. Ve bunlar hangi alt dallarda ne kadar süreyle bir bilgi veriyorlar vs. bunları elde ettik. Ve ilk başta düşündüğümüzden daha da kötü bir tablo ile karşılaştık. O bakımdan yaptığımız çalışmaların 1. alt grubu veri toplama ve durum saptama diyebileceğimiz çalışmalardır. 2. alt grup olarak eğitim ağırlıklı bir planlama için MEB kanalıyla çeşitli okullara (bunlar ortaokul, lise, meslek okulu dengi vs.) arzu eden, talep eden müdür, idareci, rehber hoca gruplarına gidip bilginizi, becerimizi paylaşıp onda bazı noktalarda uygulamaya geçip sonuçlarını elde etmeye çalışıyoruz. Yine bir diğer çalışma grubu olarak iş müfettişleri üzerinde bazı etkinliklerimiz var. Çünkü iş müfettişleri biraz önce sözünü ettiğim uçucu madde, bağımlılığı riski taşıyan işyerlerinin de denetiminden sorumlular. Bugün ayakkabı yapıtırmada vs. diğer yerlerde bu tür bağımlılık riski taşıyan yapıştırıcı maddeler kullanılıyor. O bakımdan çalışma bakanlığı ile iş müfettişlerinin eğitiminde de bu çalışmalarımızı Milli



Eğitim Bakanlığına paralel sürdürüyoruz. Sağlık Bakanlığı ile umduğumuz düzeyde bir işbirliğimiz bugüne kadar olmadı. Belki bizden de gelen bazı iletişim kopuklukları var. Bilemiyorum. Uluslararası düzeyde çeşitli çalışmalarımız oldu. Bazı uluslararası örgütlerin literatürde çıkmayan kendi hazırladıkları, kendileri için hazırladıkları raporları elde edebilme, bunları tartışma ve Türkiye'ye uygun olanlarını ayıklama yönünde bazı çalışmalarımız oldu. Bu arada hemen bildireyim. Amerikan kütüphanesinde yalnızca madde bağımlılığı konusunda bir veri bankası var. Dünyada yanılmıyorsam 60 kadar ülkede Amerikan hükümeti tarafından devreye konan bir projenin uzantısı olarak Amerikan Kütüphanesine de getirildi. Bu (konu) üzerinde son derece yoğun bir bilgi var. Madde bağımlılığına ilişkin. Herhangi bir tıp dergisinden bulabileceğiniz bilimsel literatür de var. Amerikan Senatosunda yapılan konuşma tutanakları da var. Yani sadece rahatlıkla başka yerlerde ulaşabileceğimiz bilgilerle sınırlı değil. Gazetecilerin bu konuda yazdıkları makalelerde de var. Amerikan Narkotik Polisinin Türkiye dahil tüm ülkelerin madde bağımlılık sorusuna özel yani, gizli diyebileceğimiz raporları da var ve bedava olarak da orada hemen bilgisayardan size bunu döküm olarak da verebiliyorlar. O bakımdan orada çok büyük olağanüstü yoğunlukta, uluslararası bir bilgi var. Orada bazı temaslarımız, bazı kendimizi çok bilgisiz gördüğümüz alanlarda uluslararası çalışmaları, sorunları yaklaşım taktiklerini bunların sonuç değerlendirmelerini de elde edip Türkiye'ye elimizden geldiğince uyarlamaya çalışıyoruz. Tabii her yere 4 - 5 kişinin yetişmesi olası değil. O bakımdan değişik meslek gruplarındanda taraflar kazanmaya çalışıyoruz. Burda yaptığım konuşmada bir taraftan beklentim var. Bambaşka meslek gruplarıyla çeşitli meslek kuruluşlarının oluşturduğu derneklerle, klüp diyebileceğimiz gönüllü kuruluşlarla da bu tür bir diyalogu sürdürmeye çalışıyoruz. Bir yere kadar gelebildik. Yani iyimserliğimiz devam ettiği sürece bir yerlere daha gidebileceğimizi umuyorum.

- Evet hocam. Dinlediklerimiz gerçekten güzel bir çalışma. Sanıyorum, çalışmak isteyen arkadaşlarımız olacaktır.

I. ÜSTEL - Memnuniyetle, yani herkez kendi çevresinde bu tür bir bakış açısını kendi davranışlarıyla da tutarlı kılarak yaydığı sürece herhalde biraz daha hızlı yol alabileceğiz. Çok teşekkürler, buyurun...

- Siz hiç sigara içtiniz mi Hocam?

I. ÜSTEL - 10 yıl tütün kullandım. Ama şöyle yani, günde içtiğim 5 - 6 sigarayı geçmiyordu. Hani öyle paketli tiryaki değildim. 10 sene sonra niye kestim. Burada üyesi olan arkadaşlarım var mı bilmiyorum. Hacettepe'de 20 küsur kulüp var. Bu kulüplerden birinin adı HÜSEK H.Ü.Sağlık Eğitim Kulübü. Ve bu kulübün koordinatörü benim. Bu koordinatörlüğe gönüllü geldim. Ve geldiğim gün şunu düşündüm. Eğer ben bir üniversitede sağlıkçıysam ve üniversite öğrencilerinin bir sağlık kulübünün koordinatörüysam ya tütün alışkanlığımı bırakacağım ya da koordinatörlükten istifa edeceğim. Alışkanlığı bırakmayı tercih ettim. 1 sene 8 aydır hiçbir şekilde kullanmadım ve aramıyorum. Buyrun lütfen...

- İlaça karşı bağımlı olan insanlar var. Bu bir antiasit olabiliyor, bir antihistaminik de olabiliyor. Bu konuda...

I. ÜSTEL - Gayet tabii. Tabii bu konuda bağımlılık tanımı gündeme geliyor. Örn. bazı kişiler aspirine bağımlı olabilirler. Yalnız burda bizim anlatmak istediğimiz bağımlılık bu değil. Çünkü bağımlılık tanımı biraz zor bir tanım. Akademik tartışmalı bir tanım. Ama şöyle diyebiliriz. Kişinin dış yardımı olmaksızın kendi kendine üstesinden gelemeyeceği bir sorun noktasına varmışsa buna bağımlılık diyoruz. Ama biri antiasiti

midesinde gerçekten ekşime yanma için kullanıyorsa o zaman zaten ayrı bir konu. Böyle bir endikas yon olmadan belki plasebo etkisi nedeniyle kullanıyorsa bunu yine dış yardım olmadan kesebilme noktasındaysa burada da belki alışkanlıktan sözedebiliriz. Ama işte alışkanlık nedir, bağımlılık nedir, sınırı nerede başlar biter. Onlar birer felsefi tartışmalar olduğu için burada girmek istemedim.

İlginize teşekkürler, iyi akşamlar, iyi tatiller...