

Prof.Dr.Levent ÜSTÜNES



1956'da İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de yaptı. Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden 1978 yılında mezun oldu. 1979'da Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ve Toksikoloji Kürsüsünde asistan olarak göreve başladı. 1980'de başladığı doktora tezi ile ilgili araştırmalarını Belçika Anvers Üniversitesi Eczacılık Bölümü'nde sürdürdü ve 1985 yılında Doktor Eczacı unvanını aldı. 1986'da TÜBİTAK'ın yurtdışı doktora sonrası araştırma bursunu kazanarak bilimsel araştırmalarını Anvers Üniversitesi'nde sürdürdü. Aynı üniversitenin davetlisi olarak ortak bilimsel araştırmalarda bulunmak üzere 1988-1992 yıllarında konuk araştırmacı olarak davet edildi ve bu çalışmaları boyunca onur bursuyla desteklendi. 1989'da Ege Ü.Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent ve 1990'da doçent unvanını aldı. 1996'da farmakoloji alanında profesörlüğe yükseltilen Üstünes halen Ege Ü.Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmalarını sürdürmekte, Fakülte Eğitim Komisyonu Başkanlığı ve Bilgisayar Koordinatörlüğü görevlerini yapmaktadır. Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım hizmetleri ile ilgili bilgisayar ortamında çalışan RxMediaPharma İnteraktif İlaç Bilgi Kaynağı CD-ROM adlı eseri 2000, 2001 ve 2002 yıllarında yayınlanmıştır. Türkiye'de eczacılık eğitiminin yeniden yapılandırılması ve mesleki sürekli eğitim ile ilgili araştırma ve çalışmalarını sürdüren Prof.Dr.Levent ÜSTÜNES evli ve iki çocuk babasıdır.

FARMASÖTİK BAKIM

Eczacılık mesleği dünya genelinde geçen yüzyılın sonundan beri giderek hızlanan bir değişim süreci yaşamaktadır. İlaç, özellikle 1950'lerden sonra bilim ve teknolojiye sağlanan baş döndürücü gelişmelerin endüstriye yansmasıyla gelişmiş bir tıbbi teknolojik ürüne dönüşmüştür. Bilinçsiz kullanıldığında öldürücü ya da kalıcı nitelikte özlere neden olabilen bu pahalı ürün, doğal olarak, toplumun onu kendisine sunan konumundaki eczacıdan beklentilerini de değiştirmiştir. Farmasötik Bakım (Pharmaceutical Care) bu çerçevede toplumun ilaçla ilgili değişen gereksinimlerini eczacı aracılığıyla karşılamak üzere tasarlanan bir hizmet modeli olarak ortaya çıkmıştır.

Farmasötik bakım kavramı, yeni bir model olması nedeniyle farklı insanlara farklı şeyler ifade edebilmektedir. Bazıları farmasötik bakımı reçete hazırlamanın ötesinde ve ondan üst düzeyde bir mesleki aktivite olarak görürken, diğerleri hastanın ilaçlarının kontrolü ve doktora reçete yazmada danışmanlık olarak görmektedir. Bir diğer kesim, farmasötik bakımın hastalara ilaçları konusunda danışmanlık olduğunu düşünmektedir. Bundan başka, Büyük Britanya gibi bazı ülkelerde, farmasötik bakım yerine "**İlaç Yönetimi-Medicines Management**" ifadesi tercih edilmektedir. Daha da ilginç, Büyük Britanya'nın bir bölümünde, örneğin İskoçya'da, aynı sağlık sistemine dahil olmalarına ve halen sürmekte olan sağlık reformunu birlikte sürdürmelerine rağmen, farmasötik bakım kavramı tercih edilmektedir (1).

Sonuç olarak, günümüzde değişik ülkelerde farmasötik bakımın anlam ve uygulamaları çeşitlilik gösterebilmektedir. Bunun nedeni kısmen eczacılık uygulamaları arasında uluslararası kültürel farklılıkların olmasıdır. Kültürel farklılıklardan söz edildiğinde anlaşılması gereken eczanenin hizmet verdiği

alanın genişliği, eczanenin gelir durumu, eczacıların eğitim düzeyi, ilaç ve hasta kayıtlarının bilgisayarda tutulup tutulmaması, doktorlarla olan ilişkilerin kalitesi, ilaçları için sürekli aynı eczaneden hizmet alan hastaların sayısı, eczacıların ve diğer eczane çalışanlarının iş yükü anlaşılmalıdır. Bu nedenle farmasötik bakım modeli bazı ülkelerde mesleğin pratikteki uygulanışı üzerinde önemli ölçüde etkili olurken, diğerlerinde henüz bu etki görülmemektedir.

Farmasötik bakım ilk olarak tanımlandığı Amerika Birleşik Devletleri dahil tüm dünyada ve üyesi olmaya çalıştığımız Avrupa Birliği de henüz gelişme aşamasındadır. Çoğu kimsenin düşündüğünün aksine, farmasötik bakım konusunda tüm sorulara yanıt bulmuş bir ülke olmadığı gibi, henüz bu modeli tüm eczanelerinde yaşama geçirebilmiş bir ülke de yoktur. Bununla birlikte, eczacılığın çağdaş hizmet anlayışını yansıtan farmasötik bakım modelinin birinci basamak sağlık hizmetinin önemli bir bileşeni olarak geliştirilmesine birçok ülkede önemle devam edilmektedir. Aralarındaki yaklaşım ve yöntem farklılıklarına rağmen, tüm bu çalışmaların ortak hedefi ilaca ilişkin morbidite ve mortalitenin azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bunu yaparken esas olan, her ülkenin farmasötik bakım modelini kendi toplumsal gereksinimlerine ve kültürel koşullarına uyarlamasıdır. Bu noktadan hareketle, bu yazıda, önce eczacılık mesleğinin farmasötik bakım modelinin doğuşuna dek geçirdiği evreler özetlenecektir. Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)'in 1998'de yayınladığı farmasötik bakımın genel kabul gören temel özelliklerini yansıtan **Farmasötik Bakım Bildirgesi**'nin (2) incelenmesinin ardından değişik ülkelerde farmasötik bakım modeline bakış açılarını yansıtan tanımlamalar, bu ülkelerdeki farmasötik bakım uygulamaları ve aralarındaki farklar irdelenecektir. Son bölümde farmasötik bakımın uygulanmasına yönelik bir örnek verilecek, uygulamada kullanılan araçlara değinilecek ve ülkemiz için geçerli olabilecek bir model tartışmaya açılacaktır.



ECZACILIĞIN GEÇEN YÜZYILDAKİ EVRİMİ

Başta ABD olmak üzere, gelişmiş ülkelerde endüstrinin geniş ölçekte yüksek kaliteli ilaç ve farmasötik dozaj şekilleri üretme aşamasına gelmesi, geçen yüzyılın ortalarında (1950'lerde) eczacının esas rolünü, eczanenin laboratuvarında ilaçların hazırlanmasından, ilaç endüstrisinin ürettiği ilaçların dağıtımını yapan bir distribütör konumuna kaydırmıştır. Bu dönemde, endüstride yeni ilaçların keşif ve geliştirilmesine temel oluşturan bilimsel esaslar, eczacılık eğitimini de paralel yönde etkilemiştir. Bunun sonucunda, o güne kadar verilmekte olan ilaçların elde edilişi, hazırlanması ve etkilerinin değerlendirilmesi üzerine odaklı gözlem, deney ve kuramsal bilgiye dayanan eczacılık eğitiminden, bilimsel modellere dayandırılan ve bunlara göre organize edilen bilgilerin verildiği bir eczacılık eğitime geçilmiştir. Bu durum eczacılık mesleğinin eczanedeki güncel uygulanışı ile eczacılık eğitimi arasında bir kopukluğa yol açmış ve sonuçta kaçınılmaz mesleki bir paradoks ortaya çıkmıştır; bir bilimadamı olarak eğitilen, fakat uygulamada kendisinden çok farklı bir hizmet beklenen eczacı.

Bu gelişmeler ABD'de 1960'lı yılların sonlarında bir reaksiyon olarak **"klinik eczacılık"** modelinin doğmasına yol açmıştır. Bu yeni modelin ortaya çıkışında tüketici organizasyonlarının bireylere ilaçları konusunda bilgi sağlanması talepleri, eczacıların mesleki rollerini genişletme arzuları ve o dönemdeki doktor açığının rolü vardır. Klinik eczacılık modelinin ABD'de toplumun ekonomik yapısı itibarıyla endüstri toplumundan bilgi toplumuna geçiş sırasında ortaya çıkmasının ayrı bir önemi vardır. Klinik eczacılık modelinde eczacı bir terapötik danışman olarak işlev görüyordu. Sağlık bakımından sorumlu ekipte, aldığı eğitimle kazandığı bilgi, beceri ve değerleri ilacın optimal kullanımını sağlamak üzere çalışıyordu. Bu değişime rağmen, yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar ABD'de yaşayan insanların önemli bir bölümünün ilaç tedavisinden tam yarar sağlayamadığını, ilaçların yan etkileri ve etkileşmelerinin neden olduğu sorunların büyük ölçüde hastanede bakım gerektiren durumlara ve ölümlere yol açtığını ortaya koydu. **Farmasötik Bakım**, tüm bu gelişmeler sonucu, eczacının ilaçla ilgili morbidite ve mortaliteyi en aza indirme bakımından sorumluluk aldığı yeni bir model olarak ortaya çıkmıştır.

FIP ve FARMASÖTİK BAKIM

ABD ve Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde, 1980'lerin sonlarında, hasta büyük ölçüde eczacının birinci derecede mesleki ilgi odağı haline geldi. Ancak bu ülkelerde eczacılar ilaç monitörizasyonu (izlemi) ve danışmanlık işlevleri nedeniyle kendilerini temelde toplumu yanlış ilaç kullanımından koruyan bir ilaç uzmanı olarak gördüklerinden, düşünce yapısı olarak hasta merkezli bir hizmet anlayışına tam olarak geçememişlerdi. Diğer bir ifadeyle bilgi ve becerileri hasta merkezli bakım kavramına entegre olmamıştı. Bu değişimin gerçekleşebilmesi için mesleğin geliştirmekte olan farklı yönlerinin bütünleşmesini sağlayacak katalizörlere gereksinim vardı. İşte bu katalizör işlevinin önemli bir bölümünü aşağıda açıklanacak olan Hepler ve Strand'in fikir ve faaliyetleri oluşturmuştur (3).

Farmasötik bakım kavramının gelişimi için Hepler ve Strand tarafından açıklanan fikirler FIP tarafından da hızla benimsenmiştir. FIP Serbest Eczacılık Bölümü Yönetim Komitesi 1991'de yaptığı toplantıda farmasötik bakım konseptini sürekli mesleki eğitimi birlikte kabul etmiştir (4). Farmasötik bakım bu program için merkezi bir tema olarak önerilmiş ve Prof. Hepler program komitesine başkan olarak davet edilmiştir. Farmasötik bakım ile ilgili ilk dersler 1993 yılında Tokyo'da yapılan FIP konferansında verilmiştir.

FIP aynı yıl farmasötik bakımı iyi eczacılık uygulamalarının (Good Pharmacy Practice, GPP)'nin bir parçası olarak tanımlamıştır. Farmasötik bakım 1996'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da kabul edilmiştir. Farmasötik bakım, DSÖ tarafından FIP ile ortaklaşa hazırlanan bir bildiriyle serbest eczane ve hastane pratiğinde GPP'nin bir parçası olarak daha ileri düzeyde kabul edilmiştir (5).

FIP, 4 Eylül 1998'de Hollanda'nın The Hague kentinde yaptığı konsey toplantısında **Farmasötik Bakım**

modelinin esaslarını açıklayan bir bildiri yayınlamıştır (2). Farmasötik bakım modelinin FIP'in daha önce yayınladığı **İyi Eczacılık Uygulamaları** içindeki yerini belirlemesi ve farmasötik

bakım konusunda uluslararası görüşü yansıtmayı bakımından önem taşıyan bu bildirge aşağıda verilmektedir.

FARMASÖTİK BAKIM

(*Pharmaceutical Care, FIP Statement of Professional Standards, Council of the International Pharmaceutical Federation (FIP), Council meeting in The Hague, The Netherlands, 4 September, 1998*)

Giriş

Modern ilaçlar etkin ve özgül etkileri olan maddelerdir. Günümüzde uygulanan tüm modern tedaviler içinde, hastalar çoğu zaman sadece ilaçları kendi kendilerine almak durumundadırlar. Bu nedenle başarı hastanın tedavi sürecine aktif katılımını gerektirir. Ayrıca, ilaç tedavisinden maksimum yarar sağlamak ve tedavi süreci boyunca istenmeyen yan etkilerden sakınmak için objektif bilgiye gereksinim vardır. Reçeteli ilaçlarla tedavi, hasta, doktor ve sağlık bakımından sorumlu diğer sağlık çalışanlarının işbirliğine dayalı bir süreçtir. Bu nedenle eczacılar son yıllarda sundukları mesleki hizmetlerde çok daha hasta merkezli bir yaklaşımı benimsemişlerdir. Bu yaklaşım, hasta bakımını ve konunun ekonomik yönünü gözettiği gibi, hastanın çıkarlarının doğru bir şekilde dengelenmesini de sağlar.

Sık görülen rahatsızlıkların tedavisinde reçetesiz ilaçların kullanımı artmakta ve reçetesiz temin edilebilen etkili ilaçlar da giderek çeşitlenmektedir. Bu koşullarda eczacının rolü bir ilacın güvenli ve etkin kullanımını sağlamak üzere gereken tüm bilgileri ve danışmanlık hizmetini vermektir. Bu nedenle FIP, farmasötik bakım konsepti çerçevesinde, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar arasında eczacının rolü bakımından temel bir fark olmadığını düşünmektedir.

Farmasötik bakım konseptinin ilkeleri **İyi Eczacılık Uygulamaları (GPP)** içinde yer alır. FIP farmasötik bakım ile ilgili bu bildirinin, ulusal eczacı birliklerinin, ilgili başlıklar altında, kendi ulusal standartlarını belirleyebildikleri bir çerçeve oluşturmasını amaçlamıştır.



Tanım

Farmasötik bakım bir hastanın yaşam kalitesini geliştiren ve bunun sürekliliğini sağlayan, belirli sonuçları elde etmek amacıyla farmakoterapi hizmet sorumluluğunun yerine getirilmesidir. Tıbbi ürünler ve sağlıkla ilgili problemleri önleme, teşhis etme ve çözmeyi amaçlayan işbirliğine dayalı bir süreçtir. Tıbbi ürünlerin kullanım kalitesinin sürekli olarak artırılmasını gözetir.

Farmasötik Bakımın Koşulları

Farmasötik bakımın amacı, hastanın sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin optimizasyonunu sağlamak ve klinik yönden olumlu sonuçlar elde etmektir. Bu amaca ulaşmak için farklı adımlardan oluşan yapısal bir yaklaşım gerekir:

Farmasötik bakım;

1. Hasta ile eczacı arasında mesleki bir ilişki kurulmasını ve sürdürülmesini,
2. Eczacının hastaya verdiği ilaçların ve hastanın bilgi ve onayı dahilinde hastaya özgü ek bilgilerin toplanmasını, organizasyonunu, kaydedilmesini ve sürdürülmesini,
3. Hastaya özgü tıbbi bilgilerin değerlendirilmesini ve reçeteli ilaçlar için hasta ve reçeteyi yazan doktoru kapsayan bir tedavi planı geliştirilmesini gerektirir.

Bu gerekliliklerin karşılanmasında:

* Eczacı ve hasta arasındaki mesleki ilişki, sorumluluk, güven, açık iletişim ve karşılıklı karar verme esasına dayanılarak kurulur ve sürdürülür. Bu ilişkide eczacı hastasının sağlığına öncelik verir; mesleki bilgi ve becerilerinin tümünü hastasının yararına kullanır. Buna karşılık, hasta kişisel bilgi vermeyi, önceliklerini belirtmeyi ve kendi tedavi planının hazırlanmasına katkıda bulunmayı kabul eder.

* Eczacılar, ilaç veya sağlığa ilişkin sorunlar hakkında bilgi toplar ve hastanın sorununun çözümsel değerlendirmesi için gereken bilgilerin neler olduğu-

na karar verir. Bu bilgi, farmakoterapi planının gelişim ve sonraki modifikasyonu ile ilgili kararlara esas oluşturacağı için doğru, olabildiğince eksiksiz ve gerektiğinde hemen erişilebilecek bir sistematik içinde kaydedilmiş olmalıdır. Hasta bilgileri gizliliği sağlayacak şekilde saklanmalı, gerekli ve uygun olduğunda güncellenmelidir.

* Hastanın aktif katılımı ile bir farmakoterapi planı geliştirilmelidir. Eczacının katkısı, tedavinin karmaşıklığı, maliyet ve hastanın hazırlanan plana uyum durumu arasındaki denge üzerine odaklanmalıdır. Hasta, başta kendi üzerine düşen sorumluluk olmak üzere, hazırlanan farmakoterapi planının temel unsurları hakkında kolayca anlayabileceği bir dille tam olarak bilgilendirilmelidir. Plan, hastanın kayıtlarında belgelenmeli ve gerektiğinde sağlık bakımı sunan diğer sağlık meslek mensuplarına uygun şekilde iletilmelidir.

* Eczacılar bu ek hizmetlerinin karşılığı yeterli maddi tazminat ödenmelidir.

Uygulama Prensipleri

Veri toplanması

Eczacı hastası ile mahremiyeti koruyacak şekilde düzenlenmiş bir ortamda görüşmelidir. Toplanan bilgi doğru, gerektiği şekilde düzenlenmiş ve güncel olmalıdır. Hasta bilgileri gizlidir ve diğer sorumlulara yalnızca hastanın rızasıyla veya kanunlar gerektirdiği zaman verilir.

Bilginin değerlendirilmesi ve bir plan hazırlanması

Eczacı, sağlık bakımı sunan diğer sağlık meslek mensupları (doktor, diş hekimi, hemşire vb.) ile işbirliği içinde, uygulanmakta olan veya planlanan farmakoterapinin güvenilirlik ve etkinliğini (maliyet etkinliği de dahil) sağlamak üzere en uygun girişimi belirler ve değerlendirir. Bunu yaparken varolan veya gelecekte karşılaşılabilecek sağlığa ilişkin sorunları en düşük düzeyde tutmak üzere gereken önlemleri alır. Eczacı, hazırlanan plan ve belirlenen her bir sorun için amaçlanan sonucu hastanın kayıtlarında belgeler.

Planın uygulanması

Eczacı, hastanın kavrama gücünü en üst düzeye çıkarmak ve farmasötik bakım tedavi planı çerçevesinde üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesini sağlamak üzere hasta ile birlikte çalışır. Eczacı, hastanın gereken tüm ilaçlarını almasını ve monitörizasyon veya ilacın uygulanmasıyla ilgili araçları doğru kullanmasını sağlamalıdır.

Pozitif sonuçların sağlanmasına yönelik monitörizasyon ve modifikasyon

Eczacı, hastası ile arzulanan sonuçlara ulaşmak için düzenli olarak görüşür ve gerektiğinde hastaya sağlık bakımı sunan diğer taraflara hastanın durumunu yansıtan bir rapor hazırlar. Arzulanan sonuçlara doğru ilerleme sağlandığında, eczacı ile olan işbirliğini sürdürmesini özendirmek için hastaya pozitif pekiştirici uygulanmalıdır. Beklenen ilerleme sağlanmadığı zaman, plan orijinal planın hazırlanmasında kullanılan ilkelere uyularak yeniden düzenlenmelidir.

İzleme

Arzulanan sonuçlar başarıldığında, hastanın sağlığının sürekliliğini sağlamak üzere bir izleme yöntemi oluşturulmalıdır.

DÜNYADA FARMASÖTİK BAKIM: TANIM VE UYGULAMALAR

Farmasötik bakım kavramının tam olarak anlaşılabilmesi için bakım kavramı üzerinde durulması gerekir. Avrupa sağlık bakımı ve eczacılık çevrelerinde, **Bakım Yönetimi (Managed Care)**, **Hastalık Yönetimi (Disease Management)** ve **Farmasötik Bakım (Pharmaceutical Care)** terimleri çoğu zaman fazla bir ayırım yapılmaksızın kullanılmaktadır. Farmasötik bakım teriminin kullanılmasının daha uygun olduğu birçok etkinlik için bakım yönetimi (örneğin, İsviçre) veya hastalık yönetimi (örneğin, Hollanda ve Almanya) terimleri kullanılmaktadır. Terminolojinin kaynaklandığı ABD’de bu terimler arasındaki ayırım çok daha açıktır.

Sayılan farklı bakım şekilleri arasında, bakımı yöneten ve alan taraflara göre değişen temel bir ayırım söz konusudur. Bakım yönetimi, hastalık yönetimi ve

profesyonel bakım (farmasötik bakım gibi) konu ile ilgili grupların inisiyatifi ile başlatılan faaliyetleri tanımlayan konseptlerdir. Değişik bakım şekilleri veya bakım faaliyetleri arasındaki farkları açıklamaya yönelik birçok tanımlamalar yapılmış; fakat, bunlar çoğu zaman kavram karmaşasına neden olmaktan ileri gidememiştir. Sağlık bakımında rolü olan hasta, sağlık meslek mensupları, sağlıkla ilgili sigorta şirketleri ve sağlık bakım endüstrisi gibi değişik tarafların her birinin yaklaşımları arasında açık farklılıklar vardır. Her kesim kendi yöntem, sistem ve konseptini yaratmıştır. Ancak, bu gelişmelerde hastanın rolü genellikle yetersiz kalmıştır.

Değişik konsept, sistem veya metodlarda sektördeki farklı diğer taraflara (aktörlere) belirli görevler verilmiştir. **Tablo 1** bu ilişkileri en iyi şekilde vermektedir (6).

Tablo 1: Sağlık Bakımında Aktörler

KAVRAM	Hasta	Eczacı	Doktor	Sigortacı
Farmasötik Bakım	++	I	+	+/-
Hastalık Yönetimi	+	+	I	+
Bakım Yönetimi	+/-	+/-	+	I

I = İnisiyatif sahibi/harekete geçiren itici güç
 +/- = Önem taşıyabilir
 + = Önemli
 ++ = Çok önemli

Bakım Yönetimi (Managed Care, Health-care Management) ilk olarak ABD’de gelişmiştir. Sağlık bakımının sağlanması için pazar gücünün belirlediği çerçeveyi kullanır. Bir **Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organization, HMO)** veya doğrudan özel bir kuruluş aracılığıyla kiralanan sağlık profesyonellerinin hazırladığı bir bakım yönetim planı çerçevesinde, inisiyatif ve kontrol bir **Bakım Yönetimi Kurumu (Managed Care Organisation, MCO)** ya da büyük bir işverendedir. Bu sistemde doktor geniş bir yönetim organizasyonu içinde merkezi bir rol üstlenir. Hastanın sistem üzerinde herhangi bir rol veya etkisi hemen hemen hiç yoktur. Genel görüşe göre bakım yönetiminin ana amacı sağlık bakım maliyetlerini düşürmek ve topluma ancak kabul edilebileceği kalite düzeyinde, olabildiğince ekonomik bir

bakım sunmaktır. Bakım yönetimi ABD'de sağlık sisteminin arkasındaki başlıca itici gücü oluşturur. Avrupa'da sağlık bakım sistemleri üzerinde bakım yönetimi konseptinin etkisi sınırlıdır. Bununla birlikte İngiltere'de **Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System, NHS)** büyük bir sağlık bakım organizasyonu olarak kabul edilebilir.

Hastalık Yönetiminde (Disease Management) inisiyatif, belirli hastalıkların tedavisini kontrol altına alan bir çerçeve içinde doktordadır. Sağlık bakım organizasyonu, çoğu zaman bir hastalık yönetimi programı ile doktorun faaliyetlerini düzenler. Hastalık yönetiminde genelde eczacı ve hastanın rolü olmasına rağmen, sağlanan bakımın içeriği ile ilgili hastanın bireysel doğrudan bir etkisi yoktur. Hastalık yönetiminde eczacının rolü giderek netleşmektedir. Bunun nedeni, hastaya sağlanan yararın artması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi için maksimum farmakoterapötik fayda sağlamak üzere eczacının benzersiz bir uzman konumunda olmasıdır. Farmasötik bakım, hasta odaklı olması ve hastalığa özgü bakım verilirken bazan belirli protokollerin uygulanması gibi özellikleri nedeniyle hastalık yönetimine benzer. Ancak, Avrupa'da hastalık yönetimi konsepti genellikle sadece tedavi maliyeti yüksek hastalıkları olan hasta gruplarına uygulanır.



Şekil 1: Bir sağlık sisteminde değişik bakım şekilleri arasındaki ilişkiler

Farmasötik Bakım konseptinde ana ilgi odağı hasta olup inisiyatif ve itici güç genelde eczacıdır. Eczacı, hastanın ilaç tedavisindeki yetersizlik, aşırılık veya uygunsuzluğu tanımlamak, çözmek veya önlemek suretiyle, ilaç tedavisine ilişkin birçok istenmeyen etkiyi önler veya tersine döndürür. Eczacı böylece tedavi maliyetine olumlu yönde katkıda bulunur. Eczacının bu faaliyetleri belirli ölçüde protokole bağlanabilir. Sigorta şirketleri günümüzde

bazan farmasötik bakımla ilgilenir görünmelerine rağmen, genelde bu konsept ile aralarına belirli bir mesafe koymaktadırlar. Eczacılık mesleği genelde kendi mesleki organizasyonları vasıtasıyla farmasötik bakım konseptinin gelişmesini desteklemektedir. Farmasötik bakım aynen bir hemşirenin veya bir doktorun sağladığına benzer mesleki bir bakım şeklidir ve bu nedenle hasta ve hizmeti sunan eczacının merkezi rolleri yaşamsal önem taşır.

Yukarıda özetlenmeye çalışılan bakım sektörünün karmaşıklığı içinde farmasötik bakımın yerinin iyi belirlenmesi gerekir. Dışarıdan bakıldığında bir eczanedeki etkinlikler, eczanenin arka ofisinde sürdürülen destekleyici farmasötik faaliyetler ile hastalık veya olguya dönük klinik ağırlıklı faaliyetler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Bu faaliyetlere ek olarak, hastaya dönük bireysel farmasötik bakım, eczanenin tezgahında veya görüşme odasında uygulanabilir. Bu faaliyetler arasındaki ilişkiler Şekil 2'de verilmektedir (6).



Şekil 2: Bir eczanenin faaliyetleri (6)

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Farmasötik bakım ilk olarak ABD'de klinik eczacılar tarafından ortaya atılmış ve tanımlanmıştır. Michael ve arkadaşları 1975 yılında farmasötik bakımı: **"bir hastanın gereksinim duyduğu güvenli ve rasyonel ilaç kullanımını garantileyen bakım"** olarak tanımlamışlardır (7). İzleyen yıllarda farmasötik bakım terimi birçok defalar kullanılmış ve daha detaylı bir tanımlama ilk kez Brodie ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8). Onlara göre farmasötik bakım: **"bir bireyin ilaç gereksinimlerini belirleyen ve gereksinim duyulan ilaçları sağlamakla kalmayıp, optimum düzeyde güvenli ve etkin tedaviyi de garantileyen bakım"**dır. Hepler ve Strand 1990'da eczanede ve hastanede farmasötik bakım hizmeti sunan çoğu

tarafarla bir kilometre taşı olarak kabul edilen tanımlamayı yapmışlardır: **"farmasötik bakım, hastanın yaşam kalitesini artıran kesin yararları (ekonomik, klinik ve insani) elde etme amacına yönelik güvenli ilaç tedavisinin sağlanmasıdır"** (3). Strand 1992'de, Cippolle ve Morley ile birlikte, hastanın merkezi konumunu daha fazla vurgulayan ve insani yönü ağır basan ikinci bir tanımlama yapmıştır: **"farmasötik bakım, eczacılık pratiğinin hastanın ilaca ilişkin gereksinimlerini karşılamak üzere eczacının hasta ile doğrudan etkileşmesini gerektiren bileşenidir"** (9).

Strand 1997 yılında, Hepler ile birlikte, Amerikan Eczacılar Birliği tarafından eczacılığa üst düzey katkıda bulunan eczacılara verilen en yüksek ödül olan Remington Onur Madalyası'nı alırken yaptığı konuşmada, farmasötik bakımı **"eczacının bir hastanın ilaç tedavisine ilişkin gereksinimlerini karşılamak üzere sorumluluk üstlendiği ve bu taahhü için sorumlu tutulduğu bir uygulama"** olarak yeniden tanımlamıştır (10).



Prof.Strand'in **Minesota Modeli** olarak da adlandırılan farmasötik bakım modelinde eczacı, bir doktor, bir diş hekimi veya bir optikçi gibi hizmet verir ve bu hizmeti sunduğu yerde mutlaka ilaçların bulunması gerekir.

Çünkü eczacının görevi sadece ilaç preparatı reçete hazırlamak değildir. Bir doktorun görevi nasıl hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisi ise, benzer şekilde eczacının görevi de hastanın ilaca ilişkin tedavi gereksinimlerini belirlemek, ilaçlarla ilgili sorun oluşmasını önlemek ve sorun çıktığında bunları çözmektir. Minnesota modeli, dünyada uygulanan diğer modellerden farklı olarak, farmasötik bakımı reçete hazırlamanın bir uzantısı olarak görmez. Bu modele göre farmasötik bakım başlı başına bir uygulamadır. Minnesota'da bu modeli uygulayan eczacılar, hastalarını, danışmanlık hizmeti verdikleri odalarında ayrı ayrı kabul ederler. Sundukları hizmet, hastanın ilaç tedavisi ile ilgili problemlerini önlemek, önceden belirlemek ve ortaya çıkan sorunları çözmektir. Eczacılar hasta bakımı için yaptıkları bu profesyonel hizmetin parasal karşılığını sağlık sigorta şirketleri, sağlığın korunması ile ilgili kuruluşlar gibi değişik kaynaklardan alırlar.

Farmasötik bakım modelinin ilk olarak ABD'de ortaya çıkması, orada uygulanmaya başlaması ve hızlı gelişimini günümüzde de sürdürmesi bir tesadüf değildir. İlaçların yanlış kullanımının büyük maddi ve manevi kayıplara yol açtığına görülmesi ve klinik eczacıların hastanede verdikleri hizmetin serbest eczane pratiğine uygulanmasının bu sorunun aşılmasında önemli bir rol oynayabileceğinin farkına varılması, farmasötik bakım modelinin doğmasına zemin hazırlamıştır.

Arizona Eczacılık Fakültesi'nin Şubat 2001'de yayınladığı yeni bir araştırmaya göre, reçeteli ilaçların yanlış kullanımının ABD sağlık sistemine getirdiği ek tedavi yükünün parasal karşılığı, hastanede verilmesi gereken bakım hizmetleri ve doktor vizitleri nedeniyle yıllık 177 milyar dolardır (11). Aynı üniversite tarafından 1995 yılında yapılmış olan benzer bir araştırmada bu miktar sadece 76.5 milyar USD olarak hesaplanmıştır. Bu durum, ABD'de kesinlikle büyüyen bir sorunun varlığına işaret etmektedir.

ABD'de reçeteli ilaçlar için yılda halen toplam 100 milyar USD harcandığı göz önüne alındığında, reçeteli ilaçların yanlış kullanımına bağlı sorunların parasal tutarının toplam ilaç harcamalarını büyük ölçüde aştığı görülür (11). 2001 araştırması, yanlış ilaç kullanımına bağlı hastanede yatmayı gerektiren tedavilerin bu büyük masraf tutarı içinde %69 (121.5 milyar USD) oranı ile en büyük payı oluşturduğunu göstermiştir. Bunu uzun süreli bakımevi masrafları (32.8 milyar), doktor vizitleri (13.8 milyar) ve acil servislere (5.8 milyar) ödenen harcamalar izlemektedir. Harcamalardan daha önemlisi, ABD'de reçeteli ilaçların yanlış kullanımının yılda 218.000 insanın ölümüne yol açtığına hesaplanmasıdır (11). Araştırma ilaca ilişkin problemlerin birkaç grupta toplandığını ortaya koymuştur. Bunların hastanın durumuna uygun olmayan ilaç seçimi, ilacın yetersiz dozda verilmesi, ilacın yüksek dozda verilmesi, advers ilaç reaksiyonları, ilaç etkileşimleri ve yetersiz tedavi olarak belirlenmiştir (11). Diğer yandan ABD'de sağlık sigortası poliçelerine ödenen paranın %50'sinden fazlası tüm sigortalıların %5'inden daha küçük bir bölümü için harcanmaktadır. Bu harcamaların çoğunluğu hipertansiyon, osteoporoz, astım ve diyabet gibi pahalı kronik hastalıkların gerektiği gibi kontrol edilememesinden kaynaklanmaktadır (11). ABD'de bu konu da eczacının

mesleki uzmanlığı ile katkıda bulunacağı bir alan olarak görülmektedir. Çünkü yapılan araştırmalar, kronik hastaların %50'sinden fazlasının ilaçlarını doğru kullanmadığını (uyunçsuzluk) ortaya koymuştur. Örneğin, diyabet hastalarının %40'ı kan şekeri düzeylerini gerektiği gibi kontrol altında tutamamakta, hipertansiyon hastalarının %40'ı ilaç tedavilerini bir yıl içinde terketmekte ve transplant hastalarının %25'i ilaçlarını doğru kullanmadıkları için nakledilen organlarını kaybetme riski ile karşı karşıya kalmaktadır (11).

Farmasötik bakım modeli, ABD'de son yıllarda önemli boyutlara ulaşan eczacı açığının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamış ve eczacılık mesleğinin değerini büyük ölçüde artırmıştır. Bu durumun yarattığı sorunların araştırılması için Amerikan Kongresi'nin talimatı üzerine Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılında yayınladığı ABD'de eczacı işgücünü araştıran raporda farmasötik bakımın önemi vurgulanmıştır (12). Farmasötik bakım bu ülkede eczacılık eğitimi de derinden etkilemiştir. Fakülteler eğitim müfredatlarını ve sürelerini farmasötik bakımı ön plana alarak yeniden düzenlemişlerdir. Klinik derslerin ağırlık kazandığı eczacılık eğitimi 5 yıldan 6 yıla çıkarılmıştır (12).

Farmasötik bakım sunan eczacının ilaç tedavi yönetimindeki uzmanlığının hastalara verilen sağlık bakımının kalitesini artırması ve sağlık harcamalarını azaltması, bu modelin Hollanda, İngiltere, Finlandiya, Danimarka, Fransa, İspanya, İsveç, İsviçre gibi Avrupa ülkelerinden Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'ya kadar dünyanın birçok ülkesinde eczacılık meslek pratiğini derinden etkilemesine neden olmuştur.

Hollanda

Farmasötik bakım Hollanda'da gelişmeye başladığı 1990'ların başlarında "eczacının hastaya optimal düzeyde farmakoterapi sağlamak üzere sunduğu planlı, etkin bakım" olarak tanımlanmıştır (6). Bu tanıma göre, farmasötik bakım, hasta ve sağlık durumuyla yakından ilişkilidir. Amaç, hastanın sağlığa ilişkin yaşam kalitesini optimal düzeye çıkarmaktır.



Hollanda Eczacılık Bilimi Enstitüsü (WINap) 1998'de farmasötik bakımı yeniden tanımlamıştır. Buna göre farmasötik bakım: "eczacılardan oluşan bir ekip tarafından hastaya yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla farmakoterapi alanında sunulan bakım"dır (6). Bu tanımlamada tek başına eczacının değil, eczacı ve yardımcı eczacıdan oluşan bir eczacı takımının rolü vurgulanmıştır. Hastalıklardan korunma veya sadece ilaçlara ilişkin konularda danışmanlık sunmak gibi farmakoterapi ile ilişkili olmayan konular söz konusu olduğu zaman bile farmasötik bakımın geçerli olabileceği belirtilmiştir. Bu tanımların her ikisinde de hasta merkezi bir rol oynar. Hollanda bakış açısına göre farmasötik bakım, yalnızca eczacılık mesleğini ilgilendiren bir uygulama felsefesidir.

Hollanda'nın farmasötik bakıma bu yaklaşımı ilk olarak ABD'de uygulanmaya başlanan, ardından Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelere de benimsenen Minnesota modeli ile çalışmaktadır. Hollanda görüşüne göre, her ülkenin sağlık bakım sistemi ve eczacılık uygulamaları birbirinden farklıdır. Bunun nedeni, ülkeler arasında eczanenin hizmet verdiği alanın genişliği, hazırlanan reçete sayısı, eczanenin gelir durumu, eczacı sayısı, eczacıların eğitim düzeyi, ilaç ve hasta kayıtlarının bilgisayarda tutulup tutulmaması, doktorlarla olan ilişkilerin kalitesi, ilaçları için sürekli aynı eczaneden hizmet alan hastaların yüzdesi, eczacıların ve diğer eczane çalışanlarının iş yükü gibi özellikler bakımından önemli farklılıklar olmasıdır. Bu nedenle, farmasötik bakım için her ülkede geçerli olabilecek tekörnek bir çözüm olası değildir.

Hollanda farmasötik bakımın yerleşip gelişmesi için eskiden beri verimli bir ülke olmuştur. Bunun birkaç nedeni vardır. Bunların başında Hollanda eczanelerinin sadece ilaç ve tıbbi malzeme sağlaması nedeniyle sıradan bir dükkan görüntüsü vermemesi ve profesyonel imajlarının çok güçlü olmasıdır. Ayrıca Hollanda'da tüm eczanelerde eczacının hastalarını teker teker kabul ettiği özel görüşme odaları vardır. Eczacıların doktorlarla olan ilişkileri iyidir ve eczacılar ilaç tedavisine ilişkin konuları tartışmak üzere doktorlarla düzenli olarak bir araya gelirler (yılıda 6-8 kez). Bu, bir ilaç uzmanı olarak eczacıların bilgi düzeylerinin her zaman yüksek olmasını sağlar. Hollanda'da tüm eczaneler 10 yılı aşkın bir süredir otomatik ilaç monitörizasyonu (ilaç izlemi) yapmaktadır.

Bu nedenle, ülkenin tüm eczanelerinde homojen olarak uygulanmamasına rağmen, farmasötik bakım Hollanda'lı eczacılar için bir kültürel şok olmamıştır. Hollanda'da eczacılara sundukları farmasötik bakım hizmeti için para ödenmez, fakat eczanelerin reçete hazırlama hizmetinden sağladıkları gelirleri yeterlidir; eczaneler büyüktür ve genellikle iki eczacısı vardır.

Farmasötik bakım süreci ilaca ilişkin tedavi sorunlarının belirlenmesini, hasta ile tartışılmasını ve hastanın uyuncunun izlenmesini gerektirir. Hollanda'da hastaya farmasötik bakım hizmetinin etkin bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla hazırlanmış protokoller kullanılmaktadır. Bu protokoller, spesifik hastalıklar (örneğin, astım, diyabet, hipertansiyon) ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgilidir. Hollanda'nın elindeki güçlü bir silah da, çoğu eczane ve pratisyen hekimin kullandığı bilgisayar kayıt sisteminin birbiriyle uyumlu olması nedeniyle, eczacıların, hastaların tıbbi kayıtlarının bir bölümüne uzaktan bilgisayar ortamında erişebilmeleridir. Bundan başka, eczane yazılımları eczacıya ilaç tedavi problemlerinin belgelenmesi ve yapılan herhangi bir farmasötik bakım uygulamasının kaydedilmesi olanağını verir. Hollanda'da 2001 yılından başlayan yeni bir uygulamaya göre doktorlar reçeteye yazdıkları her bir ilacın yanına hangi endikasyon için yazıldığını belirtmek durumundadırlar. Bu yeni uygulamanın Hollanda'da farmasötik bakım uygulamalarının etkinliğini önemli ölçüde artırması beklenmektedir.

İngiltere

İngiltere'de 1990'ların büyük bölümü, Sağlık Bakanlığı ve eczacılık topluluğunun, 1992'de yayımlanan **"Farmasötik Bakım: Serbest Eczanelerin Geleceği"** belgesinde ortaya konan önerileri hayata geçirmeye çalışmasıyla geçmiştir (13). Eczacılar ve Sağlık Bakanlığı'ndaki resmi görevlilerden oluşan bir çalışma grubunca hazırlanan bu belgede, sağlık bakımına ilişkin gelişen gündemin gereklerini karşılamak için, serbest eczane esasına dayalı bir eczacılık modeli için önerilerde bulunulmuştur (13).

Sağlık Bakanlığı, 1990'ların ortalarında, çok sayıda gelişim projesini desteklemiştir.

Bu projelerde serbest eczane eczacılarına hastalara daha iyi hizmet sunulabilmesi için geniş rollerin

verilmesi dikkat çekicidir. Tüm projelerdeki anahtar bileşen serbest eczane eczacılarının becerilerinden daha fazla yararlanma isteğinde odaklanmıştır. Yıllardır klinik eczacıların hastanede yatan hastaların bakımlarına yaptıkları olumlu katkıların, benzer şekilde, serbest eczane düzeyinde verilememesi, genel kabul gören bir durum olarak ortaya çıkmıştır.

Eczacılıkla ilgili en üst düzenleyici mesleki otorite olan Büyük Britanya Kraliyet Eczacılık Topluluğu (The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, RPS-GB), hükümetin bu gelişme projelerini desteklemekle, aslında eczacılık mesleğine ve geniş bir kesime, eczacılık pratiğinin bir değişim ihtiyacı olduğu konusunda mesaj göndermekte olduğunu belirlemiştir. RPS-GB, buna bir yanıt olarak, **"Yeni Çağda Eczacılık"** inisiyatifini başlatmıştır. Bu, eczacılık mesleğini ve ilgili diğer tarafları eczacılık hizmetlerini gözden geçirme konusunda cesaretlendirmiştir. Modernleştirilen National Health Service ve buna bağlı olarak değişen sağlık bakım profilinin gereklerinin nasıl geliştirilebileceği konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Eczacılar ve diğer gruplardan gelen yanıt cesaret verici olmuştur. Eczacıların önemli bir bölümü, mesleki becerilerini daha iyi kullanma yönündeki isteklerini açıklamışlar ve değişim için gereken mevcut fırsatlardan korkmak yerine, bu fırsatlardan yararlanılmasını onaylamışlardır.

Yapılan araştırmalara göre, İngiltere'de, ülke çapında 12.000 eczaneyi her gün 6 milyonu aşkın kişinin ziyaret ettiği hesaplanmaktadır. Ziyaretçilerin tümü sağlık sorunları için gelme de, büyük çoğunluğun eczaneye geliş nedeni sağlığa ilişkin sorunlardır. Çoğu kimsenin sağlık sorunları ile ilgili danışmanlık hizmeti için önce aile hekimine veya mahallindeki eczaneye başvurduğu görülmektedir.

NHS'nin modernizasyonu, hükümetin, toplumun sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek, sağlığın korunması konusunda bilgilenmesini sağlamak ve kendi kendine bakımın desteklenmesi yönündeki eğilimini vurgulamaktadır. Tüm ülkeye yayılmış durumdaki serbest eczaneler, sağlık bakım hizmetleri, ilaçlar ve sağlığa ilişkin danışmanlık için kolaylıkla erişilebilecek gayriresmi erişim noktaları olarak görülmektedir. Eczanelerin bu potansiyeli, serbest eczanelerin toplum sağlığında daha aktif bir rol oynamasına olanak sağlamaktadır.

Bu durum ve görüşler çerçevesinde NHS Planı, sağlık hizmetlerinde esaslı ve kalıcı nitelikte yeni yatırımlarla desteklenen radikal ve zorlu bir reform programı çerçevesinde, eczacılık hizmetlerinde çok önemli gelişmeler sağlamıştır (14,16). Plan, genelde

NHS'nin bakım hizmetini hasta merkezli olarak yeniden nasıl düzenlediğini, personelinin kalitesini nasıl artıracaklarını, onların bilgi ve becerilerini nasıl daha iyi kullanacaklarını tanımlamaktadır. Planda, koroner kalp hastalığı, ruh sağlığı ve yaşlıların bakımı

BÜYÜK BRİTANYA'DAN BİR FARMASÖTİK BAKIM ÖRNEĞİ

"İskoçya'da Farmasötik Bakım için Bir Strateji: Doğru İlaç" belgesinde (1), eczacılık hizmetinin farmasötik bakım çerçevesinde nasıl yeniden düzenlendiği bir örnekle canlandırılmıştır. **"Farmasötik Bakım: Bir Hastanın İdeal Yolculuğu"** başlıklı canlandırma, farmasötik bakım modelinin somut bir örneği olarak aşağıda verilmektedir.

"Bayan McCabe yalnız yaşayan, kalp hastalığı ve artrit sorunları olan yaşlı bir kadındır. Kısa bir süre önce kalça protezi ameliyatı için hastaneye yatmıştır. Kendisine sunulan bakım ve tedaviden memnun olup olmadığı sorulduğunda, bayan McCabe şöyle cevap vermiştir: "Evet, herkes bana karşı çok iyi davrandı, fakat bana özel bir muamele yapıldığını düşünmüyorum".

İşler nasıl yolunda gitmişti? Bayan McCabe önceden planlanmış programın bir parçası olarak, kalça protezi ameliyatı için hastaneye yatırıldı. Kendisinden sorumlu pratisyen hekim, onun bu önceden planlanmış hastaneye yatışı konusunda bilgi sahibiydi ve bayan McCabe'nin eczacısına başvurarak, hastasının kliniğe önkabulü sırasında beraberinde getirmesi için gerekli olan kişisel hasta ilaç kaydının bir kopyasını bayan McCabe'ye vermesini rica etti. Eczacısı bayan McCabe'ye ilaç kayıtlarını içeren belgeyi verirken, kendisine, bu belgede hem almakta olduğu reçeteli ilaçlarının, hem de daha önce satın aldığı OTC ilaçların kayıtlarının bulunduğunu izah etti.

Hastanede önkabulden sorumlu eczacı, hastanın ilaç kaydının eksiksiz olduğunu doğrulamak için bayan McCabe'nin eczacısı ve aile doktoru ile temasa geçti. Bayan McCabe sürekli kullanmakta olduğu kendi ilaçlarını hastanede almaya devam etmek üzere beraberinde getirmişti. Bu ilaçlar yata-

ğının arkasındaki kilitli dolapta güvenli bir şekilde muhafaza altına alındı. Hastanedeki yatışı sırasında yeni bir ilaç gerektiğinde, bu 28 günlük bir tedavi paketi şeklinde temin edildi.

Hemşireler ve eczane teknisyenleri bayan McCabe'nin ilaçlarını doğru anladığından ve alabildiğinden emin olmak üzere işbirliği içinde çalıştılar. Hastanede yattığı dönemde bazı ilaçları değiştirildi. Bayan McCabe'nin artık kullanmayacağı ilaçları hastaneden ayrılırken evine götürmemesi için dolabından çıkarıldı. Tedavisi için verilmesine yeni başlanan ilaçları kendisine detaylı olarak anlatıldı. Tüm ilaçları güvenli ve doğru bir şekilde verildi ve elektronik sisteme kaydedildi.

Bayan McCabe'nin eve dönme zamanı geldiğinde hastaneden çıkış işlemleri yapıldı. Bölge hemşiresi, pratisyen hekimi, eczacısı ve evdeki bakıcısından oluşan multidisipliner bir ekip bayan McCabe'nin evine döneceği konusunda önceden bilgilendirilmişti. Alması gereken ilaçları zaten hazır olduğu için beklemesine gerek yoktu. Yeni ilaçlarını ve bazı ilaçlarının hangi nedenlerle kesildiğini de belirten hasta çıkış kaydının birer kopyası hem pratisyen hekimine hem de eczacısına gönderildi.

Hastanede ameliyat sonrası ortaya çıkan bir derin ven trombozu sonrasında bayan McCabe'ye varfarin tedavisi başlanmıştı. Evine döndüğünde eczacısı kanını test etti ve Ulusal Antikoagülasyon Standartları'na göre aldığı dozu değiştirmesini tavsiye etti. Bayan McCabe'nin ilaçlarının her yıl tekrarlanan gözden geçirme işlemi sırasında, eczacı, uygulanan tedavinin en son ulusal klinik kılavuzlara uygunluğunu kontrol etti. Serbest eczane eczacısı, bu görevleri yükümlenerek ve bayan McCabe'ye küçük çaplı rahatsızlıklarında yardımcı olarak, doktorun iş yükünün bir bölümünü üstlenmiş ve onun diğer hastalarına daha fazla zaman ayırmasını sağlamıştı.

gibi öncelikli alanların belirlenmesine özellikle ayrı bir önem verilmektedir. Hızlı bir değişimin yaşandığı bu sektörde, hastaya sağlanan faydayı optimal düzeye çıkarmak ve NHS harcamalarını düşürmek amacıyla, reçeteleme ve ilaç kullanımının sürekli iyileştirilmesi, sağlık bakım hizmetinin geliştirilmesi bakımından en kritik konu olarak görülmektedir.

Eylül 2000'de yayınlanan ve NHS planının bir bölümünü oluşturan "Gelecekte Eczacılık" belgesi (14), reçetelemenin optimizasyonu, gereksinimi olanlara ilaçlarından bekledikleri yararı en üst düzeye çıkarmak üzere daha fazla yardım sağlanması ve gereksiz masrafların önlenmesi için ek profesyonel destek verilmesinin gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Belgede, hastaların ilaçlarını yüksek kalitede farmasötik bakımla, kendi tercih ettikleri şekilde, kendi belirledikleri bir zamanda ve kendi belirledikleri yerde, rahatça almalarının sağlanmasının amaçlandığı belirtilmektedir.

Bu nedenle, amaç, bireyin farmasötik gereksinimlerini tanımlamak, ilaç kullanımında hasta-eczacı işbirliğini geliştirmek, reçete tekrarı ve reçete hazırlama faaliyetlerini koordine etmek, hedeflenen tedaviyi denetlemek ve izlemek de dahil olmak üzere hastalara sunulan hizmetleri iyileştirmek ve hizmet çeşitliliğini artırmaktır.

"Gelecekte Eczacılık" belgesi NHS'nin yeni vizyonunun yaşama geçirilmesinde tüm eczacıların tam olarak rol almalarının mücadelesini vermektedir. Belge, hastalar ve NHS için ilaç kullanımının optimizasyonuna yardım etmek üzere anahtar konumundaki bir mesleki kaynak olarak eczacının rollerinin netleştirilmesi ve geliştirilmesinin gerekliliğini saptamaktadır.

Bu çerçevede hükümet, ilaçların daha doğru kullanılması sağlamak üzere 2004 yılına kadar en az 30 milyon sterlin yatırım yapmayı planlamaktadır. Hastaların ilaçlarından en yüksek düzeyde faydalanması amacıyla, 2004 yılına kadar, tüm ülkede farmasötik bakımın yaşama uyarlanması olarak tanımlanabilecek İlaç Yönetimi (Medicine Management) hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.

Sonuç olarak, İngiltere'de farmasötik bakım modeline yakın bir modelin, toplumsal gereksinimlerin

dayatması sonucu ortaya çıkan sağlık reformu çerçevesinde, devlete ait büyük bir sağlık bakım organizasyonu olan NHS önderliğinde ve meslek örgütü ile uyum içinde yaşama geçirilmesi, çok önemli ve dikkate değer bir örnek olarak ortaya çıkmaktadır. Halen sürmekte olan bu reform çerçevesinde, eczacılara son olarak, farmasötik bakım modelinin bilinen ilaç ve sağlık danışmanlığı hizmetlerinin ötesinde, destekleyici reçete yazma sorumluluğunun verilmesi, eczacılık mesleğinde sessiz bir devrimin başladığını düşündürmektedir (15).

Avustralya ve Yeni Zelanda

Farmasötik bakım Avustralya'da ilk kez 1992'de gündeme gelmiştir. Bunda, ABD'de, farmasötik bakım modelinin vizyonerlerinden biri olan Prof. Hep-ler'in Perth kentine yaptığı ziyaret sırasında verdiği konferansın katkısı büyük olmuştur. Bunun ardından Avustralya Eczacılık Topluluğu Victoria Eyaleti Şubesi, Glaxo ilaç firmasının Avustralya yetkilileri ile eczacılık mesleğinin sürekli gelişimini tartışmaya başlamış ve eczacıların, ilaçların daha kaliteli kullanımı konusunda daha etkin bir rol geliştirebilecekleri sonucuna varılmıştır. Victoria Şubesi 1994'te farmasötik bakımı Avustralya'daki tüm eczacıların normal uygulama standardı olarak kabul eden büyük bir projenin ilk taslağını hazırlamıştır. Bu taslaktaki ana hatlar Temmuz 1994'te Avustralya Eczacılık Topluluğu Ulusal Konseyi tarafından eczacılık mesleği için temel bir ulusal proje haline dönüştürülmüştür. Bir yönetim komitesi ve bir Ulusal Danışma Grubu bu plan uyarınca çalışmalarını sürdürmüştür. Oluşturulan bir stratejik plan ve farmasötik bakım modelinin bir diğer önemli vizyoneri olan Prof. Strand ile yapılan tartışmalar sonucunda, Strand'in Minnesota Modeli'nin (kapsamlı farmasötik bakım) Avustralya versiyonunun Avustralya'daki uygulamaya esas oluşturabileceğine karar verilmiştir. Amerikan Eczacılar Birliği, 1996'da, bir bölüm Avustralyalı eczacıya, Iowa Eczacılar Birliği'nin eğitim programları konusunda deneyim kazanmaları için burs sağlamıştır. Avustralya farmasötik bakım konusu ile ilgili olarak 1996'da dört ayrı stratejik planın uygulanması için çalışma grupları oluşturulmuştur. Bu çalışma grupları şunlardır: Uygulama geliştirme ve standartlar çalışma grubu, tanımlama çalışma grubu, veri toplama ve bilgi teknolojisi çalışma grubu, eğitim ve uygulama destek

çalışma grubu. Günümüzde Iowa eğitim programının hafifçe adapte edilmiş bir versiyonu tüm Avustralya'lı eczacılara açıktır. Bazı Avustralya üniversiteleri (örneğin, Sidney ve Güney Avustralya) serbest eczanelerde farmasötik bakım uygulamalarına ilişkin hükümet tarafından desteklenen projeler başlatmıştır.

Yeni Zelanda'daki eczacılık uygulamaları Avusturya ile benzerlik gösterir ve bu iki ülke arasında farmasötik bakımın geliştirilmesi ve uygulanması için işbirliği yapılmaktadır. Yeni Zelanda'da ulusal eczacılar birliği tarafından farmasötik bakımın astım hastalığı üzerindeki etkilerini araştırmak üzere tasarlanan bir araştırma projesi devam etmektedir. Avusturya'da halen eczacı açığı bulunmakta ve belirli koşullarla ülke dışından eczacı kabul edilmektedir.

Kanada

Farmasötik bakım Kanada'da eczacılık mesleğini derinden etkilemiştir. Bu ülkedeki eczacılık uygulamaları genelde, yakın komşusu ABD'den çok, Kuzey Avrupa ülkelerinkine benzer. Kanada'nın bazı eyaletlerindeki eczanelerde verilerin ortak kullanımı dikkate değer bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Ontario ve British Columbia'da merkezi bir veri tabanına on-line bağlantı aracılığıyla ilaç monitörizasyonu yapılabilmesini sağlayan bir sistem mevcuttur. Bu sistemle diğer eczanelerden verilen reçetelerdeki ilaçların monitörizasyonu da yapılabilmektedir. Quebec ve British Columbia eyaletlerinde farklı nitelikteki farmasötik bakım hizmetleri için eczacılara tazminat ödenmektedir.

Diğer Avrupa Ülkeleri

Farmasötik bakım konusunda yukarıda detaylı olarak incelenen İngiltere ve Hollanda dahil Avrupa'daki ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. Bazı ülkeler farmasötik bakım konseptini henüz yeni düşünmeye başlamışken, diğer ülkelerde araştırma merkezleri kurulmuş ve uygulama felsefesi ülke çapında tanıtılmış durumdadır.

Danimarka'da eczaneler geniş, iyi donanımlı ve sosyal eczacılık yönünden çok ileri bir durumdadırlar. Bu yönleriyle yapısal olarak farmasötik bakıma çok uygundurlar. Ancak, kişisel bilgilerin gizliliğine çok sıkı koruma getiren yasaları nedeniyle Danimarka'da farmasötik bakımın gelişmesi engellenmekte-

dir. Çünkü yasalar hasta bilgilerinin hastanın resmi onayı olmaksızın kaydedilmesine olanak tanımamaktadır. Bilgisayara dayalı ilaç kullanımı değerlendirme sisteminin henüz yaşama geçirilememesi ve eczane sahiplerinin hastaya sunulacak ek hizmetler için tazminat beklentisi içinde olmaları da farmasötik bakımın gelişmesini engellemektedir.

Finlandiya'da farmasötik bakım uygulamalarına büyük önem verilmektedir. Finlandiya'da serbest eczaneler sağlık sisteminin ayrılmaz birer parçasıdır. İlaç ve sağlık konusunda bilgi merkezi olarak işlev gören eczanelerde hasta merkezli eczacılık hizmeti sunulmaktadır (17).

Fransa'da farmasötik bakım konsepti çoğu eczane tarafından bilinmemesine ve geleneksel eczacılık anlayışı bir engel oluşturmaya rağmen farmasötik bakım gelişmektedir.

Almanya'da geleneksel eczacılık eğitimi farmasötik bakımın ilerlemesine karşı bir engel oluşturmıştır. Alman eczacılık eğitimi halen geleneksel karakterini korumaktadır. Farmakoloji dersinin eğitim müfredatına girmesi ancak 1989'da gerçekleşebilmiştir; klinik eczacılığın girişi ise çok yenidir. Buna karşın Doğu Almanya'nın bu yönden daha ileri durumda olması, iki ülkenin birleşmesinden sonra bu ülkedeki değişimi hızlandırmıştır.

Farmasötik bakımın Almanya'nın gündemine ilk girişi 1994'te Alman Eczacılar Birliği'nin Frankfurt'ta düzenlediği, Prof.Hepler'in de katıldığı bir sempozyumla olmuştur. Doğu Almanya kökenli bir öğretim üyesi olan ve Ağustos 2002'de Türk Eczacıları Birliği'nin davetli konuşmacısı olarak Ankara'da "Farmasötik Bakım" konulu bir konferans veren Prof.Schaefer 1996'da yayınladığı bir makalede, Almanya'da farmasötik bakımın durumunu yansıtan bir durum değerlendirmesi yapmış ve Almanya'da farmasötik bakımın uygulanışına yönelik bir şüphenin varlığına işaret etmiştir. Bu ülkede, hekimlerin ilgisi yetersiz olmasına rağmen, farmasötik bakımın oldukça hızlı bir şekilde geliştiği söylenebilir. Farmasötik bakımla ilgili yaşlılık, astım hastaları, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, dispepside OTC danışmanlık, tip II diyabet ve ağrı konularındaki projeler değişik üniversiteler, araştırma enstitüleri ve aktif eczacı gruplarınca sürdürülmektedir.

Bunların dışında, İrlanda, Kuzey İrlanda, Norveç, İsveç ve İspanya gibi diğer birçok Avrupa ülkesinde de farmasötik bakım uygulamaları hızla yaygınlaşmaktadır.

FARMASÖTİK BAKIM ARAŞTIRMALARI

Farmasötik bakım alanında birçok ülkede araştırmalar devam etmektedir. Önder konumundaki organizasyonlar ABD'de Florida ve Minnesota Üniversiteleri ile Avrupa Farmasötik Bakım Ağı (Pharmaceutical Care Network Europe)'dır. Bu alanda çalışan diğer organizasyonlar, Avustralya, Kanada, Almanya, Hollanda, Kuzey İrlanda, İspanya, İngiltere ve ABD'deki diğer üniversitelerdir. Birçok ülkede farmasötik bakım projelerinin yaşama geçirilmesi ve finansmanı ulusal eczacılık organizasyonları tarafından desteklenmektedir.

FARMASÖTİK BAKIM PLANLARI

Farmasötik bakımın yaşama geçirilmesinde en önemli bileşenlerden biri ilgilenilen hastanın durumuna uygun bir farmasötik bakım planı hazırlanmasıdır. Farmasötik bakım planlaması, bir hastanın sağlık sorunlarının ve gereksinimlerinin saptanmasını, bunların çözümüne ilişkin hedeflerin belirlenmesini, gerekli girişimlerde bulunulmasını ve sonuçların değerlendirilmesini kapsar. Eczaneye gelen her hastanın kaydedilmiş bir farmasötik bakım planı olması gerekmez. Hastanın durumuna göre bir farmasötik bakım planı hazırlanmasının gerekli olup olmadığına eczacı karar verir. Farmasötik bakım planlarının bilgisayar ortamında hazırlanması ve tutulması eczacının işini kolaylaştırdığı gibi, hata oranını azaltır, zaman tasarrufu sağlar ve bakımın etkinliğini artırır. Eczacılar kendi hastalarını belirlemeli ve uzmanlaşacakları kendi özgül farmasötik bakım konularını hastalarının gereksinimlerine göre belirlemelidirler. Örneğin, bir eczacı, hastalarını spesifik hastalıklarına (astım, hipertansiyon, diyabet veya hiperkolesterolemi) göre ayırabilir.

Farmasötik bakım planının geliştirilmesi beş aşamalı bir işlemle özetlenebilir. Bu süreçte uyulması gereken format, genel olarak öznel (sübjektif) verilerin toplanması, nesnel (objektif) verilerin toplanması, değerlendirme ve bakım planının hazırlanması şeklindedir. Uygulanması gereken işlemler, bir astım hastası için **Tablo 2**'de verilen örnek kullanılarak, aşağıda kısaca özetlenmektedir:

1. Adım: Bilgi Toplanması

Eczacı, hastanın kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, reçete edilme veya alınma nedenleri dahil hastanın geçmişte kullandığı ilaçlarına ilişkin doğru bilgiyi toplamalıdır. Eczacının laboratuvar test sonuçları ve hastane kayıtları gibi bazı bilgileri hastanın doktorundan sağlaması mümkün olabilir. Bu durumda, eczacının, gereken bilginin sağlanması konusunda hastadan yazılı izin istemesi gerekebilir. Gerekli bilgilerin tümü toplandığında farmasötik bakım planının hazırlanmasına başlanabilir.

2. Adım: Sorunların Teşhisi

Hastanın **Tablo 2**'deki ilaçlarının incelenmesinden sorununun sadece astım olduğu görülür. Böylece teşhis astım'dır. Gerekliğinde, hastanın saptanan diğer sağlık sorunları da kaydedilmelidir. **Tablo 2**'de sorunla ilişkili öznel ve nesnel bulgular listelenmektedir. Öznel (sübjektif) bulgular, hastanın tarif ettikleridir (örneğin, "kendimi her zaman yorgun hissediyorum", "şişkinlik hissediyorum" veya "öksürükle uyanıyorum"). Nesnel (objektif) bulgular, eczacı tarafından gözlemlenen veya ölçülen bulgulardır (örneğin, hasta yorgun görünmektedir, kan basıncı 180/105 olarak ölçülmüştür, bileklerinde ödem vardır). Astım sorunu olan bir hastada, eczacı, hastasına bir ekspiratuvar pefmetre (peakflowmeter) kullanarak ölçüm sonuçlarını kaydedebilir.

3. Adım: Sorunların Değerlendirilmesi

Eczacı 2. ve 3. adımlarda topladığı bilgileri analiz eder ve birleştirir. Ardından, bunlardan hastaya özgü bir farmasötik bakım planı geliştirmek üzere sonuçlar çıkarır. Örneğin, astım olgusunda (**Tablo 2**), eczacı ilk olarak astımı alevlendiren faktörlerin etiyolojisini araştırabilir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken nokta eczacının yapması gerekeni doğru belirlemesidir. Örneğin, eczacı cilt testi yapmaz veya hastanın astımına katkıda bulunan tüm faktörleri detaylı ve geniş kapsamlı araştırmak durumunda değildir. Eczacının görevi, hastanın astım sorununa ilaçların (örneğin, aspirin, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar veya beta blokörler) neden olup olmadığını belirlemek veya ilaçların bu hastalığın alevlenmeleri ile ilişkisini araştırmaktır. Böylece, hastanın geçmişte kul-

Adı ve soyadı: Adresi: Telefon: Doğum tarihi: Alerjileri: Teşhis (ler): Diğer bilgileri:	Ayşe Tütüncü Karanfil Sok. No.3 Kat.2 D.4 Bornova - İZMİR 358 67 89 12.10.1956 Aspirin (bronkospazm) Astım Tütün bağımlısı (sigara), obez	Boy: Kilo: Cinsiyet: İrki:	165 cm 88 kg K Beyaz
İlaç TheoDur Ventolin	Ölçü 300 mg 200 puf/ay	Doz rejimi Günde 2 kez 1 tablet PO 4 saatte bir 2 puf gerektiğinde	Miktar 30 tablet (1 kutu) 2 kutu
Sorun(lar): Astım Öznel ve Nesnel Bilgiler	Sorunun Değerlendirilmesi	Plan(lar)/ Amaç(lar)	Sonuç(lar)/ Değerlendirme
Gece öksürükleri Nefes darlığı Dozmetreli inhaler gerekiren sık alevlenmeler Düşük sağlık yaşam kalitesi Maksimum ekspiratuvar solunum hızı, kişisel en iyi değerin %60-80'i arasında	Astımın kontrol altında tutulabilmesi için sigara alışkanlığı, obezite ve ilaç tedavi rejimine uyumsuzluktan kaynaklanması muhtemel zafiyet Fiziksel, sosyal ve fizyolojik iyilik halinin kayıbı Yetersiz antiinflamatuar ilaç tedavisi	Tütün bağımlılığına son verme programının başlatılması Diyetisyenle işbirliğine gidilmesi ilaç tedavi rejiminin takviminin kontrolü ve reçete tekrarı için hatırlatmada bulunma Hekime, hastanın tedavisine inhale kortikosteroid ilavesinin önerilmesi	Hastayı öksürük, efor sarfederken karşılaştığı nefes darlığı ve alevlenmelerin sayısı bakımından izleme İzleyen reçete tekrarında gözden geçirilecekler: Tablet sayısı; dozmetreli inhaler kullanımı ve tekniği Hekimce reçete edilip edilmediğinin kontrolü Yazılan ilacın kullanımının hasta ile görüşülmesi Maksimum ekspiratuvar solunum hızının, kişisel en iyi değerin %80'inin üzerinde olup olmadığına bakılması

Tablo 2: Bir Astım Hastasının Hasta Profili ve Farmasötik Bakım Planı.

Ayşe Tütüncü, 46 yaşında bir kadındır. Eczaneye içeriğinde TheoDur ve Ventolin bulunan yeni bir reçete ile gelmiştir. Eczacı, hastanın geçmişte kullandığı ilaçları ve semptomlarına ilişkin hikayesini alır, maksimum ekspiratuvar solunum hızını ölçer ve hastanın yukarıda verilen hasta profilini tamamlar. Sağladığı bilgiler çerçevesinde, hastanın esas sağlık sorununun astım olduğuna karar verir; fakat hasta aynı zamanda aşırı kiloludur ve sigara içme alışkanlığı vardır. Eczacı, bu hasta için farmasötik bakım planını geliştirirken önce ilk sütunda astım sorununa ilişkin öznel ve nesnel bilgileri toplamıştır. İkinci sütun hastalığın değerlendirilmesine ayrılmıştır ve burada hastalığın neden kontrol dışına çıktığına ilişkin genel fikirler yer almıştır. Üçüncü sütunda, eczacının tanımladığı sorunu çözmeye yönelik genel planı yer almaktadır. Son olarak, dördüncü sütunda, planın yürüdüğünün göstergesi olan genel ve özel sonuçlar listelenmiştir.

landığı ilaçlarıyla ilgili bilgilerin eksiksiz ve doğru olmasının önemi kesin olarak ortaya çıkmaktadır.

Takiben, eczacı hastanın astım sorununun ne şiddete olduğunu tayin eder. Bu, **Tablo 2'**deki planda gösterildiği gibi, maksimum ekspiratuvar akım hızı (PEFR)'nin ölçülmesi, hastanın günlük semptomlarının incelenmesi ve günlük doruk akım kayıtları, hastanın astım sorunu nedeniyle daha önce hastanede yatıp yatmadığı veya steroid tedavisi ya da yapay solunum aygıtına ihtiyaç duyup duymadığına bakılarak başarılabılır.

4. Adım: Planın Geliştirilmesi

Bu aşamada eczacı hastanın her bir sorunu ile ilgili amacı (arzulanan gelişmeyi) belirler ve bunlardan herbirini karşılamayı hedefleyen bir faaliyet planı hazırlar. Her bir amaç, söz konusu problemin ne kapsamda çözüldüğünü gösterecek ölçülebilir sonuçlarla ifade edilmelidir. Çoğunlukla, hastanın birkaç sorunu vardır ve farmasötik bakım planı hastanın genel sağlık durumunda pozitif bir etki oluşturmaya yetecek kadar kapsamlı olmalıdır.

5. Adım: Elde Edilen Sonuçların Değerlendirilmesi

Uygulanan farmasötik bakım planının başarısının değerlendirilmesinde kullanılacak sonuçlar, anlamlı, ölçülebilir ve kullanışlı olmalıdır. Sonuçlar, tedavinin amaçlarının özgül ve ölçülebilir göstergeleridir. Bu nedenle planlama aşamasında tanımlanmaları gerekir.

Astım için amaçlanan başlıca sonuçlar arasında, akut alevlenmelerin sıklık ve şiddetinin azalması, doktora görünme sayısının azalması, yan etkilerin eliminasyonu, maksimum ekspiratuvar akım hızı (PEFM)'nin hiçbir zaman önceki kişisel en iyi akım değerinin %80'inin altına düşmemesi, acil servise daha seyrek başvurma ve hastanın yaşam kalitesini artıran aktivitelerini sürdürmesi olarak listelenebilir. Bu listeyi daha da uzatmak mümkündür.

TÜRKİYE'DE DURUM VE ÖNERİLER

Eczacılığın yeni hizmet anlayışını yansıtan Farmasötik Bakım Türkiye'nin gündemine henüz girmek-

tedir. **Farmasötik bakım** terimi eczacılık mevzuatımıza ilk kez eczanelerde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılmasını, sürekliliğini ve iyi eczacılık uygulamalarının geliştirilmesini sağlamak amacıyla 1999'da Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve yürürlüğe konan **"İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu"** ile girmesine rağmen, genelde eczanelerimizde verilen hizmet, farmasötik bakım çerçevesine uymaktan uzaktır. Bunun ana nedenleri şunlardır:

1. Eczacılık fakültelerinde verilen eğitim ile eczacılığı düzenleyen kanun, tüzük ve yönetmeliklerin mesleğin geçirmekte olduğu evrime aynı hızla ayak uyduramamış olması,

2. Eczacılık fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve mesleğin en üst örgütü olan Türk Eczacıları Birliği arasında yeterli işbirliği ve eşgüdümün olmaması,

3. Devletin sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu çerçevesinde serbest eczaneleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görmemesi,

4. Mesleki eğitimin zorunlu olmaması,

5. Toplumun bilgi ve kültür düzeyi olarak hakkı olan nitelikli hizmeti talep etmedeki yetersizliği.

SONUÇ

Farmasötik bakım, eczacının yeni binyıldaki hizmet anlayışını yansıtan bir modeldir. Bu modelde eczacı, topluma esas olarak ilaç ve sağlık danışmanı olarak hizmet eder. Bir parçası olmaya çalıştığımız Avrupa Birliği ülkelerinin önemli bir bölümünde eczacılık eğitimi ve eczacılık hizmetleri farmasötik bakım modeline göre yeniden yapılandırılmaktadır (19). Ülkeler bu modeli kendi koşul ve gereksinimlerine göre uyumlandırmaktadır. İngiltere'de yeni Ulusal Sağlık Hizmeti Planı (16,18) buna önemli bir örnektir ve dikkatle izlenmesi gerekir.

Farmasötik bakım Türkiye'de eczacılıkla ilgili yaşanan sorunların çözümü için önemli bir fırsat oluşturmaktadır. Ancak bu çözüm çok yönlü ve çok taraflı yaklaşımları gerektirmektedir. Konunun tarafları eczacılar, meslek örgütleri olan eczacı odaları ve on-

ların üst kuruluşu olan Türk Eczacıları Birliği, eczacılık eğitiminden sorumlu Eczacılık Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı ve en önemlisi hizmet sunulacak olan toplumdur. Bu taraflardan toplumun ve onu oluşturan bireyin önemi özellikle giderek artmaktadır. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerin çoğunda meslek örgütleri eczacılık mesleğinin yeni hizmet anlayışı ile bireyin eczacı ve eczanelerden alabileceği sağlık bakım hizmetlerini tanıtmaya özel bir önem vermektedir. Türkiye'de Farmasötik Bakım'ın hayata geçirilmesi için 1999 yılında çıkarılan "İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu"nun gereklerinin yerine getirilmesi bir yana, böyle bir kılavuzun varlığından başta serbest eczacılar olmak üzere yukarıda sayılan tarafların çoğunun haberi bulunmamaktadır. Bu gerçek, sorunun sadece tepeden inme kanun, tüzük ya da yönetmelikler hazırlanarak gerçekleştirilemeyeceğini, başta eczacılık eğitimi ve buna paralel olarak sürdürülecek çok yönlü mesleki eğitimin ve bu işe ayrılacak maddi kaynakların önem taşıdığını göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yayınlanan bilimsel istatistiklere dayalı raporlar, farmasötik bakım çerçevesinde uygulanmakta olan çağdaş eczacılık hizmetlerinin, sağlık harcamalarında önemli azalmalar sağladığını ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymuştur. Bu nedenle, ülkemizde eczacılık hizmetlerinin sunumunda aynı başarıya ulaşılabilmesi, taraflar arasında eşgüdümün sağlanmasına ve yeterli kaynakların oluşturulmasına bağlıdır. Bu amaca ulaşmak üzere yapılacak yatırım ve çalışmalar daha sağlıklı ve yaşam kalitesi yüksek bir toplum hedefine ulaşmamızı ve yapılan yatırımlardan daha fazlasının topluma maddi ve manevi kazanım olarak geri dönmesini sağlayacaktır.

Farmasötik bakım hizmetlerinin yaşama geçirilmesi, eczacının mesleki özgüven ve saygınlığını artırması yanında, maddi ve manevi kazancı da beraberinde getirecektir.

KAYNAKLAR

1. The Right Medicine, A Strategy for Pharmaceutical Care in Scotland", Scottish Executive, Working together for a healthy, caring Scotland, 4 November, 2002.
2. Pharmaceutical Care, FIP Statement of Professional Standards, Council of the International Pharmaceutical Federation (FIP), Council meeting in The Hague, The Netherlands, 4 September 1998.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-43.
4. Minutes of the meeting of the executive committee of the section for community pharmacists, Friday September 6th, 1991 in Washington, FIP, The Hague.
5. Document WHO/PHARM/DAP/96 Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital settings. Geneva: World Health Organisation; 1996. Document WHO/PHARM/DAP/96.
6. van Mil JWF, McElnay J, de Jong-van den Berg LW, Tromp THF. The challenges of defining pharmaceutical care on an international level. Int J Pharm Pract 1999;7:202-208.
7. Mikeal RL et al. Quality of pharmaceutical care in hospitals. Am J Hosp Pharm 1975;32:567-74.
8. Brodie DC et al. Societal needs for drugs and drug-related services. Am J Pharm Educ 1980;44:276-8.
9. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Pharmaceutical care: an introduction. Kalamazoo, MI: Upjohn Co., 1992.
10. Strand LM. A pharmacy pioneer. Int Pharm J 11:1997:69.
11. "Today's Pharmacist...The patient's partner in medication management", Alliance for Pharmaceutical Care. Pharmacists for Quality Patient Care, 2002.
12. The Pharmacist Workforce: A Study of the Supply and Demand for Pharmacists. Department of Health and Human Services, US Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, 2000.
13. Joint Working Party of the Department of Health and the Pharmaceutical Profession. Pharmaceutical care: the future for community pharmacy. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London, 1992.
14. Pharmacy in the Future-Implementing the NHS Plan, A Programme for pharmacy in the National Health Service, September 2000.
15. Supplementary Prescribing by Pharmacists, First Report, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Prescribing Task Group, July 2002.
16. NHS Executive. The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform and Pharmacy in the future: implementing the NHS plan. The Stationery Office, London, 2001.
17. Community Pharmacies in Finland. The Association of Finnish Pharmacies, 2000.
18. The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health By Command of Her Majesty, July 2000.
19. Pharmacy: Subject benchmark statements, Quality Assurance Agency for Higher Education, Southgate House, Gloucester, 2002.