

# Klinik Eczacılık

Oturum Başkanları:

Prof.Dr. Turhan BAYKAL  
ECZ. Halis Mavioğlu

**OTURUM BAŞKANI** (Prof. Dr. Turhan Baykal)

- 8.Eczacılık Kongresi'nin bu sabahki son oturumuna gecikmeli de olsa geçiyoruz. Bu son oturum, klinik eczacılıkla ilgili sunumlar içeriyor.

İlk olarak Yrd.Doç. Dr. Mesut Sancar, "Avrupa'da Klinik Eczacılık, Avrupa Klinik Eczacılık Konferansından İzlenimler" isimli bir sunum sunacak. Yrd. Doç.Dr. Mesut Sancar, 1992 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu. 1995 yılında Klinik Eczacılık yüksek lisansını, 2002 yılında da aynı alandaki doktorasını Marmara Üniversitesi'nde tamamladı. Kurucu üye olarak yer aldığı Klinik Eczacılık Derneği'nde 1998 yılından beri Yönetim Kurulu üyeliği yapmaktadır. Halen Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyeliği görevini sürdürmektedir.

Buyurun.



**Yrd.Dog.Dr. MESUT SANCAR**

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi  
Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

***"Avrupa'da Klinik Eczacılık,  
Avrupa Klinik Eczacılık Konferansından İzlenimler"***

- Sayın başkanlar, değerli hocalarım, sevgili meslektaşlarım; öncelikle kongrenin hepimize, mesleğimize faydalı olmasını diliyorum, burada bu oturuma katıldığınız için teşekkür ediyorum. Organizasyon Komitesine de bu büyük salonu bize verdikleri için teşekkür ediyorum.

**B**ugün Avrupa'da klinik eczacılıktan bahsetmek istiyorum. Daha önceki seminerlerimize, eğitimlerimize katılmış olan meslektaşlarımız bilirler, klinik eczacılıktan bahsederken, genellikle Amerika Birleşik Devletlerimden örnekler veririz. Neden? Çünkü Amerika Birleşik Devletleri, klinik eczacılık fikrinin ilk ortaya atıldığı, ilk uygulamalarının yapıldığı ve halen de en iyi uygulandığı ülkelerin başında geliyor. Avrupa, Amerika'yı daha sonra, biraz daha geriden takip ediyor. Özellikle 80'li yılların başında başlayan bir hareketlilik var, 90'lı yıllarda bu yoğunlaşıyor. Bugün bu sunumda, biz de Avrupa'ya yakın olduğumuz, Avrupa Birliği'ne girmeye çalıştığımız bu dönemde Avrupa'da klinik eczacılık adına neler yapılıyor, klinik eczacılığa nasıl bakılıyor, ondan kısa kısa örnekler vermek istiyorum. Tabii bu vereceğim örnekler, bahsedeceğim gelişmeler ve faaliyetler, bundan 5 ay önce katıldığımız, Litvanya'da yapılan Avrupa Klinik Eczacılık Konferansı'nda da ele alınan konuların ana başlıklarıydı.

Avrupa'da klinik eczacılığın geçmişine bakacak olursak, ilk somut gelişmelerin 1979 yılında Hollanda'da kurulan ve uzun yıllar yine merkezi Amsterdam'da bulunan Avrupa Klinik Eczacılık Derneği'nin kuruluşu olduğunu görüyoruz. Temelde amacı, Avrupa'daki klinik eczacıları bir araya getirmek olan bu dernek, bugüne kadar ne gibi faaliyetler yaptı ve neler yapıyor? Kısaca ona bakacak olursak, bizim de zaman zaman katıldığımız, Marmara'dan klinik eczacılık grubunun, Hacettepe'den, diğer üniversitelerden arkadaşlarımızın zaman zaman katıldığı, ama maalesef çok kısıtlı sayıda katıldığımız bu konferansların bugüne kadar kırkı aşkın sayıda yapıldığını görüyoruz.

1998 yılına kadar bu konferanslar yılda bir kez yapılıyordu, daha sonra yılda ikiye çıkardılar. Bu konferanslar 3 gün kadar sürüyor, yani bizim

burada 2 gün süresince eczacılığın hemen hemen bütün sorunlarını tartıştığımız bu kongre formatında onlar 3 gün boyunca sadece Avrupa'da Klinik Eczacılık adına neler yapılıyor, onları tartışıyorlar, vworkshop'larla, etüt çalışmalarıyla ve bunu yılda iki kez yapıyorlar. Tabii faaliyetler bu kongrelerle sınırlı kalmıyor, özellikle yaz aylarında eczacılık öğrencilerine ve yeni mezunlara yönelik çok sayıda eğitim kursları var. Türkiye'den şu an 10-15 kadar üyesi var, bizler de bu derneğe üyeyiz ve bu toplantılara katıldığımızda, mesela örnek olarak yanı başımızda bulunan komşumuz Yunanistan'dan 30-40 kişilik eczacı gruplarının katıldığını görüyoruz. Bizler bu toplantılara ancak en fazla 6-7 kişiyle katılabildik.

**D**erneğin klinik eczacılık tanımına bakacak olursak, daha önceki eğitimlerimizden arkadaşlar, klinik eczacılığın ne olduğunu zaten biliyorlar. Klinik eczacılığın Amerika'da, Avrupa'da tanımı farklı değil. Özellikle tıbbi ürünlerin ve cihazların -biz genelde ilaç olarak düşünüyoruz, ama onlar bunun içerisine medikal ürünleri, tıbbi ürünleri de katıyorlar- rasyonel ve uygun kullanımını geliştirmek ve yaymak için uygulanan bütün eczacılık hizmetlerini klinik eczacılık olarak değerlendiriyorlar ve bir sağlık uzmanlığı alanı olarak kabul ediyorlar.

Klinik eczacılık kapsamını nasıl tanımlamışlar? Ona kısaca bakacak olursak, hastanelerde birçok görevimiz var, bunu hepimiz biliyoruz. Birazdan Sayın Kutay Bey, hastanelerde klinik eczacılık nasıl yapılır, klinik eczacılığın hastanedeki görevlerden daha detaylı bahsedecek. Tabii yine derneğin önemli sloganlarından biri, bizim de bütün eğitimlerimizde vurguladığımız konulardan biri, "klinik eczacılık, sadece hastane eczacılığı değildir, sadece hastanede uygulanmaz." Özellikle 90'lı yıllarda farmasötik bakım kavramının da gelişmesiyle Avrupa'da serbest eczanelerde de klinik eczacılık alanında çeşitli faaliyetlerin olduğunu biliyoruz. Bu derneğin kapsamında, klinik eczacılığın kapsamında yer alan konulardan biri de bu. Bu konulardan birazdan yine Aygin Hanım daha detaylı olarak bahsedecek.

Bakımevlerinde klinik eczacıların hizmetleri var. Bununla ilgili sunumumuz yok, ama başka konferanslarda, kongrelerde yaptığımız çalışmalar var, o sonuçları da sizlerle paylaşmak isteriz. Özellikle yaşlılarda bakım, ilaç kullanımı konusunda maalesef çok büyük hatalar yapılıyor. Burada klinik eczacıların bulunmasının da faydalı olacağını düşünüyoruz.

**E**v bakım hizmetlerine geçilmiş, artık eczanedeki hizmetleri aşmışlar, evde bakım hizmetlerine geçiliyor. Klinikler, özellikle Amerika'da bazı kliniklerde kronik hastalıklar, hipertansiyon, astım, diyabet gibi kliniklerde eczacıların aktif olarak hasta takip ettiğini, reçete yazdığını biliyoruz. Avrupa'da da buna benzer gelişmeler var, yine bu kapsamlar içerisinde bu da yer alıyor. Kısacası ilacın yazıldığı ve ilacın kullanıldığı her alanda klinik eczacılık yapılmalıdır. Bu, Avrupa Klinik Eczacılık Derneği'nin klinik eczacılığa genel bakışı.

Görevlerinden kısaca burada bahsettim, uzun uzun bahsetmeyeceğim. Sadece burada şuna dikkat çekmek istiyorum: Klinik eczacılık, eczacının geleneksel rollerini bir tarafa itmiyor, mutlaka onların da olması gerekiyor. Zaten eczacı kimliğimizi devam ettirmek için, ilacın formülasyonunu hazırlama aşamasında yine bilgimizin olması gerekiyor ve bunların üzerine tabii ki yeni fonksiyonlarımızı, özellikle burada farmakokinetik,

farmakoekonomi, ilaç danışmanlığı, hasta eğitimi, hastanelerde onkoloji eczacılığı, bu gibi çeşitli yeni görevlerimizin de klinik eczacının görevleri arasında olduğunu biliyoruz.

**Y**ine derneğe göre klinik eczacının özellikleri tanımlanmış, bir klinik eczacıda olması gereken özellikler. "Özellikle hastalığı iyi bilmeli" deniliyor. Bunu biz de söylüyoruz. İlacın kullanımını değerlendirebilmek için, bir doktor kadar olmasa da, hastalık konusunda bir fikrimizin olması gerekiyor. İlacı çok iyi bilmemiz gerekiyor, bunu şüphesiz herkes öyle kabul ediyor, ama gerçekten iyi biliyor muyuz, eczacı olarak "ilacı en iyi biz biliyoruz" sloganının arkasında durabiliyor muyuz? Bu tabii tartışılır. Hastanelerde doktorlar, genellikle kendi alanlarında ilacı birçok noktada bizden daha iyi bilebiliyorlar. Bu konuda açığımızı kapatmamız gerekiyor, yani ilacı gerçekten en iyi bilmemiz için eğitimimizde hasta odaklı uygulamalara bir an önce geçmemiz gerekiyor.

Klinik eczacının klinik araştırmaları, epidemiyolojik çalışmaları, farmakoekonomik çalışmaları takip edebilmesi gerekiyor, bunları yorumlayabilmesi gerekiyor. Bunlar da olması gereken diğer özelliklerden birkaçı. Yine Avrupa Klinik Eczacılık Derneği, "peki bu özelliklerde bir eczacı yetiştirmek için Avrupa'daki mevcut eğitim bunu karşılıyor mu?" sorusunu soruyor ve genellikle de "hayır" yanıtını veriyor. Avrupa'da birçok ülkede bizdeki eğitim sistemine benzer bir eğitim modeli var. Ama tabii ki yenilikler var, özellikle 90'lı yıllarda bazı fakülteler, eğitim modellerine, eğitim programlarına, epidemiyoloji, farmakoekonomi, klinik bilimler, iletişim becerileri gibi hastaya yönelik dersleri koyduklarını görüyoruz.

**E**ğitimin detayına girmeyeceğim; çünkü diğer oturumda tartışıldı, burada ona ayrıca zaman ayırmak istemiyorum. Sadece 2005 yılında Avrupa Eczacılık Fakülteleri Birliği'nin bildirgesi var, bu bildirmede tabii ki başka maddeler var, ben sadece klinik eczacılıkla ilgili görüşlerini anmak için buraya aktardım. Bu bildirmeye göre, "eğitimde teorik dersler, laboratuvar uygulamaları ve hasta merkezli eğitim veya uygulamalar dengeli olmak zorunda" deniliyor. Zaten Avrupa Birliği'nin önerisinde de teorik eğitimler, temel eğitimin yüzde 35 kadarını kapsamaması gerekiyordu, yani üçünün dengeli olması gerekiyor ve yeni alanlara yer verilmesi gerektiği vurgulanmış. Bu yeni alanların başında farmasötik bakım geliyor. Aslında farmasötik bakımı yine ayrıca tanımlamama gerek yok, zaten klinik eczacılıktan farklı olmadığını, klinik eczacılığın bir uygulama alanı olduğunu ve farmasötik bakım yapılabilmesi için de eczacının mutlaka klinik yönünün güçlü olması gerektiğini biliyoruz. Diğer dersler, biraz önce birkaçından bahsettim zaten, bunların da yer alması gerektiği bu tavsiye kararları arasında yer alıyor.

Son gelişmelerden kısaca bahsedeyim. Zaten beş ay önce Litvanya'da katıldığımız kongrede de bu konular detaylı olarak tartışılmıştı. İngiltere'de eczacılar artık reçete yazabiliyor. 2003 yılında doktor kontrolünde ya da doktorla birlikte karar vererek reçete yazabilmişler ve bu çalışmanın üç yıllık sonuçlarının olumlu yönde olduğu görülünce, 2006 yılında da, geçtiğimiz Mayıs ayında bağımsız olarak reçeteleme hakkı, reçete yazma hakkı eczacılara tanınıyor. Burada kontrole tabi ilaçlar dışındaki bütün ilaçları, yine bütün tıbbi durumlar için eczacı yazabiliyor. Ama hangi eczacılar yazabiliyor; bütün eczacılar yazmıyor, belli koşulları var, onlar da

burada yer alıyor. Öncelikle birliğe üye olması gerekiyor, zaten bunun için diyecek bir şey yok. Yine Eczacılar Birliği tarafından akredite edilmiş programlardan geçmiş olmaları gerekiyor, bu staj programlarını da yine başarıyla tamamlamış olması gerekiyor. Ayrıca bunun da öncesinde, mezuniyetten sonra bir ön kayıt dönemi var, kayıt öncesi. Bu bir yıllık süreyi takiben reçete yazma hakkını alabilmesi için, iki yıl boyunca da bir klinik ortamda, hastane ve eczanede eczacılık yapmış olması ve deneyim kazanmış olması gerekiyor. 2003'te başlatılan ilk uygulamanın üç yıllık erken dönem sonuçları bu konferansta tartışılmıştı. Burada üç yönden bakılmış: Önce eczacılara sorulmuş, bu hizmetle ilgili görüşleri alınmış. Bu programa dahil edilen sanırım 518 eczacıya yapılan ankette, yüzde 48 kadarının bu uygulamaya katıldığını, yani bu programı uyguladıklarını, yüzde 79'unun da en az bir kere reçete yazmış olduklarını görüyoruz. Hastalara sorulmuş, "bu hizmetten memnun kaldınız mı, bundan sonra ne düşünüyorsunuz?" diye. Özellikle hipertansiyon hastalarına sorulmuş. Yüzde 61'i bir sonraki kontrollerinde reçetelerini yine eczacıya yazdırmak istediklerini, yüzde 35'i herhangi bir fikri olmadığını, yüzde 4'ü de tekrar doktordan reçete almak istediğini söylemiş. Doktorlara sorulduğunda, doktorlar da iş yüklerinin azaldığını belirtmişler, hasta bakımında devamlılığın sağlandığını ifade etmişler ve eczacının birtakım protokolleri, yeni gelişmeleri, ilaçları kendilerinden daha iyi takip edebildiklerini savunmuşlar.

**B**ir diğer gelişme, yine aynı konferansta ele alınan başlıklardan biri, EuroPharm Forum var, bunu biliyorsunuz. Biz Türk Eczacıları Birliği olarak da bu foruma üyeyiz. Bu forum 1992 yılında kuruldu, Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı olarak çalışıyor ve şu anda bu form kapsamında 33 ülkeden 43 üye bulunuyor. Bu forum ne yapıyor ve amaçları ne, kısaca ondan bahsedeyim: Foruma göre, Avrupa'da yaşayanlar ya da Avrupa'daki insanların çoğu, bir eczaneden bir eczacı aracılığıyla olabilecek en iyi hizmeti alabilmeli, forum bunu amaçlıyor, yani hizmeti eczacıdan almalı, bu çok önemli ve bu doğrultuda birtakım aktiviteler yapıyor. Bu aktiviteleri de neye dayandırıyor? Genellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün eczacının birtakım hastalıklardaki rolüyle ilgili dokümanlarına dayandırıyor, yine iyi eczacılık uygulamalarına dayandırıyor ve farmasötik bakım konseptlerine bağlı kalarak bu uygulamaları gerçekleştiriyor. Bu projelerden örnekler, bugüne kadar yaptığı belli başlı projeler. Bunlar uzun soluklu projeler; gördüğümüz gibi, 1993-1996 yılında başlayıp halen devam eden veya tamamlanan projeler var. Yanında yıldız olan ülkeler, ülke sayılarının içerisinde Türkiye de dahil.

Bu forumda ele alınan konulardan biri, yine konferansta tartışılan projelerden biri, yeni tanımlanan bir projeydi, eczane tabanlı hipertansiyon tedavi modeli burada incelendi. Bu modele göre, yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu model, Avrupa'daki eczacılar için yeni onaylanmış. Macaristan ve Polonya, bunu örnek olarak hipertansiyon tedavisi konusunda kendi HT programlarını geliştirmişler. Burada hipertansiyon tedavisi derken, tamamen eczanede hasta bakımına yönelik eczacının alabileceği rollerin üzerinde duruyorum. Yani Dünya Sağlık Örgütü'nün eczacıların alabileceği roller ve tedavi izlemiyle ilgili onayladığı doktorlar için ana tedavi prensipleridir,

Eczacı, hastanın kilosunu, kan basıncını takip edebiliyor, kayıt edebiliyor ve bu kılavuza göre 3 aşamada rol alabiliyor. Özetle söyleyecek olursak,

hastayı risk faktörleri konusunda eğitiyor, -hipertansiyona bağlı risk faktörleri- yüksek kan basıncını da kapsayan birtakım kardiyovasküler risk faktörlerini hesaplayabiliyor, bunları tarayabiliyor ve tabii sonuç olarak hastaya eğitim vererek hastanın uyuncunu artırıyor, ilaç kullanımını düzenliyor, gerekirse farmakolojik olan veya olmayan birtakım tedavi önerilerinde bulunabiliyor ve kan basıncını izleme altına alabiliyor. Buna benzer çalışmalarını biz de yapmaya çalışıyoruz, hatta bu konuda yapılmış bir tezimiz var. Gerçekten hipertansiyon hastaları, eczanede 3 ay boyunca kan basınçları düzenli olarak izlendiği zaman, eğitildikleri zaman, ilaç tedavisi tansiyonun düşüşü açısından çok daha farklı sonuçlar ortaya çıkartabiliyor.

**Y**ine bir yeni kavram daha, enfeksiyon eczacısı. Amerika için yeni bir kavram değil, ama bu Avrupa için, özellikle de İngiltere'de yine bu kavram 2004 yılında ortaya atıldı. Burada da yine birtakım klinik eczacılar, bu konuda uzmanlaşarak farklı isimlerle hizmet verebiliyorlar. Antibiyotik eczacısı, enfeksiyon hastalıkları eczacısı veya mikrobiyoloji eczacısı adı altında değişik servislerde çalışabiliyorlar. Nerede çalışabiliyorlar, ona bakalım: Enfeksiyon hastalıkları servisinde doktorlarla birlikte vizitlere katılabiliyorlar, yoğun bakım ünitesinde antibiyotik kullanımını takip edebiliyorlar, cerrahi servisinde antibiyotik seçimine yine katkıda bulunabiliyorlar ve hastanenin antibiyotik komitelerinde etkin rolleri var. Genelde görevlerini üç başlık altında tanımlamışlar. Eğitim görevi var. Bu eğitim sadece hastalara değil, sağlık personeline, doktora yönelik eğitimi kapsıyor. Reçete kontrol sistemlerinin sürdürülmesini sağlıyorlar. Burada hastanede mevcut olan ilaçların yeniden gözden geçirilmesi, hastanedeki floranın değişimine bağlı olarak antibiyotiklerin kullanımının değiştirilmesi, bu gibi birçok konuda aktif görevleri var. Yine antibiyotik kullanımını izlemek, düzeylerini takip etmek, direnç durumunu değerlendirmek, bu eczacıların başlıca görevleri arasında sıralanmış. Bizde de yeni kavramlar çıkabiliyor, burada gördüğünüz gibi, pratisyen eczacı, eczacı olamayanlar da kendilerini böyle eczacı olarak nitelendirebiliyor.

Klinik eczacılık ve farmasötik bakım aynı şeyler, ama dediğim gibi, 90'lı yıllarda klinik kelimesinden dolayı bizde de sürekli bunun çekincesi yaşanıyor, "klinik doktorun işi, eczacının klinikte ne işi var?" gibi birtakım tepkilerle karşılaşılabilir. Farmasötik bakımın, klinik eczacılığın uygulama alanı olduğunu söyledim. Bu kavram üzerine daha fazla duruldu Avrupa'da, daha çok benimsendi. Gerçi bizde ona da karşı çıkıyorlar, "bakım eczacının işi mi; o da doktorun işi" gibi, ama bu işi uygulayan, yurtdışında hizmet yapmış veya eğitim görmüş doktorlar, hocalar, zaten orada klinik eczacıların hastanede veya serbest eczanede ne kadar faydalı işler yaptıklarını kendileri de görüyorlar.

**A**vrupa'da farmasötik bakımdan birkaç ülke örneği vereceğim, çok detayına girmeden. İsveç, belli aralıklarla yıl içinde farmasötik bakım konularında hastalara yönelik eğitim programları düzenliyor. Burada yine ilaç kaynaklı problemlerin sınırlandırılması amacıyla birtakım veritabanı oluşturulmuş ve bu 2004 yılında ulusal veritabanı haline getirilmiş ve bu şekilde İsveç'te ilaç kaynaklı problemlerin kontrol altına alınabildiği, daha iyi önlenildiği saptanmış. Serbest eczanelerde de yine farmasötik bakım ve uygulamalarında temel olarak yine bizim eğitimlerimizde anlattığımız hasta-ilaċ profili, yani hasta

kaydının eczanede tutulması ve sürekli hastanın o eczaneden takip edilmesi gibi uygulamalar olduğunu görüyoruz.

Almanya, yaklaşık 12 yıldır bu işle uğraşiyor. Almanya daha çok aile eczacılığı diye bir kavram üzerinde duruyor. Hatta bununla ilgili serbest eczane sahipleriyle oranın en büyük sigorta şirketi arasında bir sözleşme de yapılmış. Amaç, aile hekimleriyle aile eczacılarını bir arada çalışmaya sevk etmek ve hasta sağlığı için daha optimum sonuçların elde edilmesini başarmak.

**H**ollanda'ya baktığımızda, bu ülkeler içerisinde Hollanda'nın bir adım daha önde olduğunu görüyoruz. Avrupa Klinik Eczacılık Derneği'nin de burada kurulmuş olması bu açıdan büyük bir şans ve özellikle serbest eczanelerde farmasötik bakım uygulamaları daha kaliteli yürütülüyor. Bu hizmetler sonucunda danışmanlık veriliyor, iyi ilaç izlemi yapılıyor, gözetimi yapılıyor, hastanın yine hep aynı eczaneyi tercih etmesi sağlanıyor ve bu şekilde de ilaç kaynaklı problemlerin azaldığı saptanıyor.

İsviçre'ye bakacak olursak, son 10 yılda İsviçre Eczacılar Birliği'nin birtakım hamleleri var. Özellikle birtakım kaliteli bakım programları geliştirmişler, geri ödeme sistemleriyle ilgili, içinde farmasötik bilgilerin olacağı sistemler geliştirmişler. Mezuniyet sonrası eğitim programlarına ağırlık vermişler. Bizde de son 3-4 yıldır Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi'nin bu yönde çok başarılı çalışmaları var, bu eğitimlere birçok meslektaşımız katılıyor ve zorunlu sürekli eğitim, o da yeni 6197 Sayılı Yasa içerisinde yer alacak.

Norveç'te eczacılık sistemi, 99 yılına kadar bizdeki gibi, yani bir doktor, bir hemşire gibi sağlık ekibinden kabul edilmiyor. Ama 99 yılından itibaren, son yıllarda hastanelerde eczacıların kliniklere çıktığı, klinik rotasyonlara katıldığı görülüyor. 2006 itibarıyla bunu yapan şu anda 40 kadar eczacı olduğu belirtilmiş. Bu şekilde artık orada da klinik eczacılıktan daha çok bahsediliyor. Tabii burada adını saymadığım İtalya, Fransa, İspanya gibi klinik eczacılık uygulamalarının hastanelerde yürütüldüğü başka ülkeler de var. Onlarla ilgili çok fazla detaya girmeyeceğim.

**S**on olarak da Türkiye'de biz ne durumdayız, klinik eczacılık ve farmasötik bakım için neler yapıyoruz, sadece başlıklar halinde değineceğim. Lisans eğitimi, biliyorsunuz 5 yıla çıktı. Eğitim programlarında çok farklılık yok, sadece 5'inci yıla birtakım uygulama alanları, staj programları eklenmiş. Ama lisans eğitiminde Marmara Üniversitesi'nde 95 yılından beri, Hacettepe Üniversitesi'nde yine 96-97 yılından beri ve 2000 yılından itibaren de uzmanları tarafından yürütülen klinik eczacılık dersleri var. Marmara'da biz de uygulamalı olarak yürütüyoruz. Yeditepe de geçen sene uygulamalı olarak vermeye başladı, başka fakültelerde teorik dersler olarak, bazen klinik eczacılık, bazen de farmasötik bakım olarak okutulmaya başlandı. Tabii çok yeterli değil; çünkü bu konudaki uzman sayısı çok az ve önümüz de maalesef şu anda çok açık değil, herhalde bu gidişle yardımcı doçent olarak emekli olacağız.

Lisansüstü eğitim programları var. Lisansüstü eğitim programlarında yine bizde tezli-tezsiz master programları var. Tezsiz programımıza yine Türkiye'nin dört bir yanından arkadaşlarımız katılıyor, her sene 10 kontenjan açıyoruz, üçüncü programı bu sene başlattık. Yine 96'dan beri

sürdürdüğümüz doktora programı var Marmara Üniversitesi'nde. Ankara Üniversitesinde de yine yaklaşık 9-10 yıldır süren tezsiz yüksek lisans programı var. Sertifika programları, Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi ile birlikte ortak hazırladığımız, 2003 yılından beri yaklaşık 750 eczacının sertifika aldığı 6 günlük eğitim programımız var. Bunu takiben üçer günlük spesifik alanlarda yine klinik eczacının görevlerini anlattığımız konularımız var ve olmaya da devam edecek. Yine gerek odalar tarafından, gerekse Türk Eczacıları Birliği ve bizim de dernek olarak sürdürdüğümüz eğitim seminerlerimiz var. İlk ulusal kongremizi, Farmasötik Bakım ve Klinik Eczacılık Kongresi'ni Türkiye'de ilk olarak geçen sene yine İstanbul'da gerçekleştirdik. Tabii bir derneğimiz var; Avrupa'da Klinik Eczacılık Derneği var, bizde de Klinik Eczacılık Derneği var. Henüz Türk adını alamadık; çünkü bakanlıktan bu izni alabilmemiz için kamu yararına faaliyet göstermesi için daha uzun yıllar geçmesi gerekiyor. Web sayfamızı bilenler ya da üye olanlar zaten takip ediyor. Bu sene yine yeni başlattığımız eğitim seminerlerimizi de [klinikecza.org](http://klinikecza.org)'dan takip edebilirler.

**A**vrupa Konferansı'nda biz ne yaptık? Burada sadece bir iki cümleyle özetleyeceğim. Bilim Dalı Başkanımız Fikret Hoca, başkanın bilimsel komitesindeydi, 1,5 yıl kadar onlarla birlikte çalıştı, ilk günün oturum başkanlığını yaptı. Bunun dışında, yine kendisi, Amerika'dan bir klinik eczacı arkadaşla "lipit tedavisinde son gelişmeler" konulu bir etüt çalışması, bir çalıştay gerçekleştirdi. Yine bilim dalımızdan Şule Apikoğlu Raguş liderlerinde "diyabette farmasötik bakım" konulu bir çalıştay gerçekleştirdik, ikinci gününde yine benim liderliğimde "astım tedavisinde eczacının yetkinliği nasıl arttırılabilir?" konulu bir çalıştay gerçekleşti. Bu çalıştaylara Avrupa'nın değişik ülkelerinden ortalama 50 kadar eczacı katıldı ve gayet olumlu sonuçlar, yüzde 80 oranında iyi sonuçlar aldık. Son günde yine bilim dalımızda doktorasını tamamlayan Philip arkadaşımız, "tüberkülozda farmasötik bakım", kendi çalışmasından örnekleri sundu, bir çağrılı bildiri gerçekleştirdi. Bunun dışında, 5 poster ve bir sunumumuz daha vardı, yani küçük bir ekip olarak orada, Avrupa klinik eczacıları arasında da Türkiye'yi en iyi şekilde temsil etmeye çalıştık. Bunun dışında, zaman zaman Kutay Bey, Aygin Hanım, diğer hocalarımız da bu konferanslara katılıp başarılı çalışmalar sunuyorlar.

Teşekkür ederim.



**OTURUM BAŞKANI** (Prof. Dr. Turhan Baykal)

- Zamanımızı iyi kullanmak adına, bütün sunumlar, 3 sunum da bittikten sonra soru ve katkıları alacağız. Sunumunuzdan dolayı teşekkür ediyorum.

**OTURUM BAŞKANI** (Ecz. Halis Mavioğlu)

- Değerli meslektaşlarım; bilimsel programın bu bölümünde ikinci katılımcımız, Sayın Yrd.Doç. Dr. Kutay Demirkan. Sayın Demirkan, bize hastanelerde klinik eczacılık uygulamaları konusunda bilgi verecek, sunum yapacak. Yrd. Doç. Dr. Kutay Demirkan'ın kısa zgeçmiŐi Şu Şekilde: 1995 yılında Hacette Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu. 1996 yılında klinik eczacılık ihtisası yapmak üzere Tennis niversitesine gitti. 1998 yılında doktorasını tamamladı. Bir yıl genel tıp ihtisası yaptı, bir yıl yoğun bakım enfeksiyon hastalıkları ihtisası yaptı, 2001 yılında Türkiye'ye döndü. Halen Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Yoğun Bakım nitesi'nde ve Nütrisyon nitesi'nde klinik eczacılık hizmeti vermektedir.

Buyurun.

## Yrd.Poş.Pr. KUTAY DEMİRKAN

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık  
Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

### **"Hastanelerde Klinik Eczacılık Uygulamaları"**

- Öncelikle Organizasyon Komitesi'ne tekrar teşekkür etmek istiyorum,

**P**rogram açıklandığında, biraz hayal kırıklığına uğradık; çünkü yan tarafta geri ödemelerle ilgili bir oturum düzenleniyordu. Dedik ki, acaba şimdi katılımcıların çoğu da serbest eczacılar olursa, herkes o tarafta olur, biz burada kendi kendimize mi sunum yapacağız, ama bu kadar kalabalığı gördüğümüz için de çok memnun olduk. Tekrar teşekkür ederiz.

Sorular oturumun sonunda alınacakmış. Muhtemelen bize soru soracaksınız. Ben de dedim, önce ben size bir soru sorarak başlayayım, bari intikamımı peşin peşin alayım. Dünyadaki en uzun nehir hangisi? "Misissippi" diye sesler geliyor. Evet, dünyadaki en uzun nehir Misissippiymiş. İnsanlara böyle dediğiniz takdirde inanırlar veya bunu birçok yerde okuduk, inanıyoruz, ama şurada bir yazı olsa, "duvar yeni boyandı, dokunmayın" diye bir yazı olduğunda, insanlar gidip bir dokunup kontrolünü yapmak istiyormuş. Hani okuduğumuz bir şeye inanıyoruz, ama gördüğümüz, yakında olan bir şeyi kendimiz kontrol edip teyit etmek istiyoruz.

Ben yine bir soruyla devam etmek istiyorum: Hastanelerde klinik eczacılara gerek var mı? Ben "gerek var" diye geçsem, "var mı, yok mu" diye sorgulayacaksınız. O yüzden soru olarak alıp, cevabını da size beraber daha önce yapılan çalışmalarla vermeyi düşündüm. Bu, 2006 yılı Mayıs ayında çıkan bir makale. Çıktığı dergi de tıp alanında A sınıfı dergi diye nitelendirdiğimiz "Arch Intern Medicine." Yani gerçekten geçerliliği olan, tıp camiasının yakından takip ettiği ve orada çıkan yayınların çoğunun çok değerli olduğu bir dergi. Mesela orada yapılan bir çalışma var. Hastalar, hastaneden taburcu olmadan önce, klinik eczacılar tarafından ilaçları hakkında bilgi veriliyor. İlacı nasıl kullanacak, nelere

dikkat edecek, yan etkileri, uyuncu arttırma konusunda neler yapılabilir, bunlar hastalara anlatılıyor. Hastalar taburcu oluyor, 30 gün geçtikten sonra bu hastalara tekrar dönülüyor, izlem yapılıyor.

**B**ir de kontrol grubu var. Kontrol grubu, herhangi bir bilgi aktarılmayan, taburculuk esnasında herhangi bilgi aktarılmayan hastalar. Bunlar da taburcu oluyor. 30 günün sonunda her iki hasta grubu değerlendiriliyor, "acaba bu hastalarda herhangi bir advers etki ortaya çıktı mı?" diye. Yapılan çalışmada, kontrol grubunda yüzde 11 oranında önlenabilir advers etki görülürken, çalışma grubunda bu yüzde 1 oranında görülmüş. Bu da klinik olarak P 0.01, yani klinik açıdan, istatistik açıdan önem taşıyan bir çalışma.

Bunun bir benzeri yine 'JAMA'da çıktı. Jama da yine tıp alanında çok saygın bir dergi. Burada da klinik eczacıların yoğun bakım ünitesinde yer almasıyla kontrol grubuna göre önlenabilir advers etkiler yüzde 66 oranında azaltılabilir, bunu göstermişler. Bir benzeri, bu 2003 yılında yine "Arch Int Medicine"da çıktı. Bunun yazarı bir Türk, ama kendisini henüz tanımıyoruz, muhtemelen Pazartesi günü e-mailine ulaşip kendisine ulaşmaya çalışacağım. Bu da benzer bir çalışmayı yoğun bakım ünitesi değil de genel, dahiliye alanında veya servislerde klinik eczacının bulunmasıyla yapmış. Yine önlenabilir advers etkiler ciddi oranda, yani yüzde 78 oranında azalıyor. Aygin Hanım, serbest eczanelerde klinik eczacılıktan bahsedecek. Yine yapılmış buna benzer bir çalışma var; eczanelerde sizlerin hastalara ilaçları konusunda bilgi vermesi sonucu, hastaneye yatan her 6 yaşlı hastadan bir tanesi, yani bunlar ilaçlara bağlı sorunlardan dolayı yatıyormuş, eczacıların uygun bilgi vermesi sonucu önlenabilir advers etkiler bu kişilerde yüzde 88 oranında azaltılıyormuş. Ben burada hastane eczacılığını anlattığım için, hastanelerdeki klinik eczacılığı anlattığım için o örnekleri verdim, ama eczanede de siz aynı şeyi yapmakta yine ciddi oranda advers etkileri azaltabiliyorsunuz.

Biraz paradan konuşalım, yani tamam, advers etki azalıyor, ama size maliyet olarak kazancı ne diye baktığımızda, bu 94 yılında "Critical Care Medicine"da çıkan bir yayın. Orada da klinik eczacıların sürekli hizmet vermesi sonucu, -ki burada bakın, 15 yataklı yoğun bakım ünitesi, yani siz bunu tüm hastanelere, ülkeye vurduğunuz takdirde, bu oran ciddi miktarlara ulaşabiliyor- 67 bin Kanada Doları. 1994 yılında 1,5 Kanada Doları, yaklaşık 1 Amerikan Doları falanmış, şu anda yanılmıyorsam 1.2'ye 1 oranı söz konusu. Bunlar da ciddi rakamlar, yani farmakoekonomik açıdan da klinik eczacıların bulunması, tedavi masraflarını, ilaç masraflarını düşürmede önemli etki sağlıyor. Bu yine başka bir tanesi, buradaki kazanç 372 bin Amerikan Doları şeklinde olmuş.

**Y**ine taburcu olan hastalara klinik eczacıların bilgi vermesi sonucu, hastalarda uyuncu problemi azalmış. Hasta "bu ilaç bana faydalı değil" diyor, kendi kendine ilacı kesiyor veya düzenli kullanmıyor, ilacın önemini fark etmeyebiliyor. Ama eczacı tarafından buna yeterli bilgi veriliyorsa, taburcu olmadan önce, hasta ilacını daha düzenli kullanmanın, ilaç kullanmanın ciddiyetinin, hastalığının ciddiyetinin farkına varıyor ve uyuncu arttırmış oluyorsunuz.

Yine yapılan bir çalışma sonucu, bunlar biraz daha güzel yapmış, başka çalışmaları incelemişler, bir tablo oluşturmuşlar. Bu tabloda, advers

etkilerin yönetimi uygun bir şekilde yapıldığı takdirde, toplam masraflarda azalma ve ilaç hatalarında azalma olduğu gözlenmiş. İlaç protokolü yönetimi sağlanması sonucu, yine ilaç masraflarının toplam masraflarda, yani hemen hemen hepsinde azalmalar görülüyor. Servis içi eğitim, ilaç danışmanlık hizmeti verilmesi sonucu eczacıların vizitlere katılımı ve hastaneye ilk yatışta hastanın ilaç öyküsünün eczacı tarafından alınması, bu da hemen hemen her hususta azalmalara neden olmuş.

Bu çalışmadaki tabloların devamı oraya sığmadığı için bunu ayrı aldım. Klinik eczacının bulunmasıyla da hem mortalité azalıyor, ilaç masrafları, toplam masraflar, hastanede kalış süresi, ilaç hataları, bunların hepsinin azaldığı görülmüş.

**A**rtık hep söylüyoruz; hasta bakımı multidisipliner bir kavram; doktorun, eczacının, hemşirenin ve diğer sağlık personelinin görev aldığı multidisipliner bir kavram. Artık hangi üniteye giderseniz gidin, ekip kavramından bahsediliyor ve bu ekip kavramı içinde de klinik eczacı yer alıyor. Yani bizim şu andaki tek sıkıntımız, bunun için yeterli elemanımızın olmaması.

Peki, hastanelerde bizden beklentiler ne? Buna baktığımızda, genel olarak bunu 3 başlık altında toplayabiliyoruz. Bir dördüncü başlığımız da "diğer", onu en sonunda size göstereceğim. Bunlardan bir tanesi danışmanlık, bir tanesi hasta izlemi, bir tanesi de eğitim. Danışmanlıkta, bizim doktora danışmanlık yapmamız gerekiyor. Özellikle yeni bir ilaç piyasaya çıktığı takdirde veya bir ilacın özel bir kullanım şekli varsa veya kafalarına bir şey takılıyor ve bize danışmanlık için müracaat ediyorlarsa. Daha sonra tekrar söyleyeceğim, ama doktorlardan bize konsültasyonlar geliyor, yani danışıyorlar. "Hastanın karaciğer fonksiyonları bozuluyor, acaba bu ilaçtan mı kaynaklanıyor?" Bize danışıyorlar, biz bunun araştırmasını yapıyoruz, hastanın kullandığı ilaçları araştırıyoruz ve ilaç kaynaklı mı, değil mi, bunu geri dönüp doktorlara bildirebiliyoruz. Hemşirelerin, bize genelde en çok danıştıklardan şeylerden biri, "acaba bu ilacın infüzyon hızı nasıl olmalı?" veya "ben A ilacını hangi mailerin içine katabilirim, bununla bunun geçimsizliği var mı, aynı katater yolunu kullanan iki ilaç arasında geçimsizlik olacak mı, olmayacak mı?" Bu tür sorularla sık karşılaşırız.

Hastanenin eczane kısmında çalışan eczacılardan danışmanlık, onlara danışmanlık verebiliyoruz. Hasta, diyetisyen, hasta yakını gibi diğer kısım da bunun içinde yer alabiliyor.

**H**asta izlemi, bize düşen en büyük görevlerden bir tanesi. Bunları, daha önce klinik eczacının görevleri nelerdir diye sık sık anlattığımız için, burada daha fazla detayına girmeden, şöyle ana başlıklar halinde geçmek istiyorum, anladığım kadarıyla süremiz de çok fazla değil. Bunlardan bir tanesi, hastayı izlediğimizde baktığımız şeylerden bir tanesi, hastaya verilen ilaçların dozu uygun mu ve dozaj şekli uygun mu? Belli saatleri, bunlar önem taşıyor. İlaçlar arası etkileşim var mı, hastanın aldığı enterai beslenme olsun, parenteral beslenme olsun veya diğer besinlerle etkileşimi var mı, hastanın diğer hastalıklarıyla bir etkileşimi var mı, bunların hepsine bakıyoruz. İlaçların yan etkisi, biz bunları önleyebilir miyiz, önceden bir hastaya önleyici bir ilaç verebilir miyiz, bunları göz önünde tutmamız gerekiyor. Bazı ilaçların kan düzeyinin izlenmesi lazım. Bu konuyu biraz daha açacağım, biraz daha

detayına inmek istiyorum; çünkü bu, bizim için çok önemli hususlardan bir tanesi ve "diğer" dediğimiz, ilaç kullanımına bağlı olarak etkilenen laboratuvar değerleri veya o ilacın düzeyini etkileyen, o ilacın kullanımının yanlış sonuçlanmasına yol açacak laboratuvar düzeyleri varsa, hastanın kreatin düzeyi, böbrek fonksiyonu veya potasyum düzeyi, mesela Digoksin kullanan bir hasta için, bunları tek tek izlememiz gerekiyor.

Yine belli periyotlarla meslekiçi eğitimler veya servis içi eğitimler düzenlememiz gerekiyor. Bu hem doktorlara, hem de hemşirelere verilmeli; çünkü doktorların veya hemşirelerin kendi aralarında, hastanelerde ayda 1 veya 2 veya daha sık aralıklarla eğitim saatleri var. Mesela orada klinik eczacılardan, eczacılar da destek alıyorlar. Hasta ve diğerleri, yine bu eğitim kavramına giriyor. Cem Yılmaz'ın da dediği gibi, eğitim şart, bunu hastanelerde de uygulamamız gerekiyor.

**E**ğitimde dikkat etmemiz gereken hususlardan bir tanesi, gösterdim, gördü anlamına gelmiyor veya söyledim, duydu anlamına gelmiyor; duydu, anladı anlamına gelmiyor; anladı, uyguladı anlamına gelmiyor; uyguladı, sürdürecektir anlamına gelmiyor. Dolayısıyla biz bu eğitimi verdiğimiz takdirde, karşdakilerin bunu anladığını teyit etmemiş oluruz. Anladıktan sonra, acaba bunu uygulayacaklar mı? Tamam, uygulamayı da güzel yaptılar, daha sonra bu uygulama devam ediyor mu, yani sürdürülüyor mu? Bunun takibini de yapmamız gerekiyor. Yani sadece yaptığımız eğitimle kalmamamız, bunun sürekliliğinin olduğunu da teyit etmemiz gerekiyor.

Beklentilerin diğer kısmına geldiğimizde, yani "hastanelerde klinik eczacılıkla ilgili beklentiler ne?" kısmına geldiğimizde, mesela bir tanesi formüller hazırlanması. Şu an hastaneler, akreditasyon alıyor, koşullardan bir tanesi orada klinik eczacıların bulunması gerekmesi. Dediğimiz gibi, şu an Türkiye'de yeterince klinik eczacı olmadığı için, bu koşul olmaksızın yine de akreditasyonlar gerçekleşiyor. Zamanla belki hastanelerde formüller hazırlanacak, o hastaneye özgü formüller olacak. Mesela piyasada 5 tane mi, 6 tane mi proton pompası inhibitörü var, o hastane sadece bir tanesini bulunduracak. İçlerinden eleyecek, diyecek ki, "Bunların etkinliklerinden şu iyi, maliyeti açısından da şu daha uygun. Ben sadece A ilacını bulunduruyorum, diğerlerini bulundurmuyacağım, yani eczanemde fazla stok yapmayacağım." Öyle kendisine özgü formüller hazırlayacak. Dolayısıyla da hastanenin eczanesinde stok kontrolünüz rahat olacak, seçtiğiniz ilaç minimum etkileşen, minimum yan etkisi olan ilaç olduğu için, hastaya daha az zarar vermiş olacak. Böyle formüller hazırlanmasında yine eczacılara büyük rol düşüyor.

İlaç kullanımının izlenmesi, bu da yine akreditasyonda yer alıyor mu, bilmiyorum, ama standardizasyonunda olması gereken hususlardan bir tanesi. Mesela hastanemizde belirli periyotlarla ilaç kullanımının izlenmesini yapmanız lazım. Mesela bu ay kinolonları ele alacaksınız, "acaba hastanemizde florokinolonlar, antibiyotik grubu uygun şekilde kullanılıyor mu?" Bunun için bir veri toplama formu oluşturmanız lazım. İlaçlar düzgün şekilde dozlanıyor mu, hastanın böbrek fonksiyonu nasıl, böbrek fonksiyonu bozulmuşsa doz ayarlanması yapılmış mı, hastada kültüre bakıldı mı, sonuç geldiyse duyarlılık, direnç var mı, varsa ona yönelik ilaç değişti mi, yoksa aynı ilaca devam edildi mi, ne kadar süre kullandı? Bunun gibi tek tek hastane içinde o bir ay süresince kullanılan bütün kinolonlar için veri toplanması, sonra bunun

değerlendirilip ilaç tedavi komitelerinde ya da eczane tedavi komitelerinde bunların sunumunun yapılması, hatalı kullanan doktorlar varsa, bunların uyarılması gerekiyor. Eczane ve tedavi komitesi veya bu ilaç tedavi komitesi diye de geçebiliyor, yine buralarda eczacılar aktif görevler alıyor. Yine mesela antibiyotikler acaba hastanemizde ne şekilde kullanılıyor ve bunlarda artış, azalma söz konusu mu? Üçer aylık, dört periyot halinde antibiyotikleri değerlendiriyorsunuz, sayı olarak ve ücret olarak, masraf olarak değerlendiriyorsunuz. Bu dönemleri karşılaştırıyorsunuz, yılları karşılaştırıyorsunuz. Mesela 2005'in bahar dönemiyle 2006'nın bahar dönemi arasında hangi antibiyotik grubu daha ağırlıklı kullanıldı, bunlar arasında azalma mı, artış mı var; varsa, bunun nedenleri ne? Bunların hepsinin raporlarının hazırlanıp yine ilaç tedavi veya eczane tedavi komitelerine sunulması gerekiyor. Yine burada da eczacılardan, klinik eczacılardan beklentiler söz konusu.

Az önce söylediğim gibi, konsültasyonların cevaplanması, yine bizden beklentilerden bir tanesi ve araştırma yapmamız gerekiyor. Bu hem bizim kendi başımıza yapacağımız araştırmalar olabilir veya Faz IV çalışmasında bir ilaç vardır, o bizim hastanemizde kullanılacaktır, yine bunun yönlendirilmesinde görev alabiliriz.

**D**iyeceksiniz ki, "bu kadar şeyi nasıl yaparız; yani hepsine birden yetişmemiz, takip etmemiz zor." Onun için bizde de tıp alanında olduğu gibi, branşlaşmalar söz konusu. İç hastalıkları, kardiyoloji, nefroloji, yani bütün branşlaşmalar bizde de var. Aygin Hanım bahseder belki, eğer "ben serbest eczanede çalışıyorum, ama klinik eczacılıkta branşlaşma yapmak istiyorum" diyorsanız, öyle bir durumda da ayakta tedavi üzerine branşlaşma yapabilirsiniz veya ilaç ve zehir bilgi danışma üzerine branşlaşma yapabilirsiniz.

Mesela bir örnek vaka yapalım. Bu, bizim geçen hafta hastanemizde yoğun bakıma yatan hastalardan; hasta serviste yatıyordu, yoğun bakıma alındı. 46 yaşında bir bayan, 60 kilo, AML hastası, hastane kökenli enfeksiyon nedeniyle yoğun bakıma transfer ediliyor, daha doğrusu serviste yatarken solunum sıkıntısı çekiyor, NTB olması gerektiği için yoğun bakıma geliyor. Hastanın laboratuvar değerleri burada var. Tabii hepsini almadım, ama bir kısmını buraya aldım. Hastanın kullandığı ilaçlara baktığımızda, mesela 3 gündür 1x1 gram Amikasin kullanıyormuş, Midazolam kullanıyormuş, Meropenem'i 5 gündür kullanıyormuş, Vankomisin'i 5 gündür kullanıyor, Voriconazole 6 gündür kullanıyor. Mesela böyle bir tablaya baktığımızda, sabah vizete geldim; ziyaret öncesi hastaların dosyalarına bakarken bunu gördüm. Burada ilk aklıma gelen ve akabşnde ilk gözüme çarpan şey, hastanın serum kreatin değerinin yüksek olması, 3.21, hastanın hemen böbrek fonksiyonunun bozuk olduğunu düşünüyorsunuz. Yapmanız gereken, cebinizden hesap makinesini çıkarıp hastanın kreatin klerensini hesaplamak. Bu hastanın kreatin klerensini hesapladığımızda, hastanın kreatin klerensi 20. Normalde bir insanın 125 civarında, ama 50'nin üzerinde ise, ilaçlarla ilgili bir doz ayarlaması falan yapmamıza gerek yok. 50'nin altına düşüyorsa, ilaçlar için bize artık uyarı veriyor, "ilaçlarınızı gözden geçirin, böbrekler tarafından itirah edilen ilaçlar varsa, bunların müdahalesi gerekebilir" diye uyarıyor.

Böyle bir durumda, benim birtakım önerilerim oldu, ama bundan önce bir değerlendirme yapmanız, bir aksiyon planı oluşturmanız gerekiyor, rsam

Kreatin klerensin 20 olduğunu görünce, dedim ki "Meropenem dozunu azaltalım." Bunların hepsini nereden biliyoruz? Bir kısmını sık sık kullandığımız için, artık kafamızda yer ediyor. Bir kısmını da cebinizde taşıdığınız kitaplar veya bilgisayarlar, bunları kullanıyorsunuz. Benim mesela hastaneye giderken giydiğim önlüğün dört tane cebi var, ikisi dışta, ikisi içte. Yanılmıyorsam beş tane kitap var cebimde, cep kitapları halinde. Annem bu kitaplar yüzünden, daha doğrusu bu önlük yüzünden kambur kalacağını düşünüyor; çünkü bayağı ağırlık yapıyor, 10 kilo kadar bir önlükle ben hastaneye gidip geliyorum. Ama bunların size faydası var; çünkü kimse sizden anında bir cevap beklemiyor veya siz orada bir şey gördüğünüzde, uyarıyı alıyorsunuz, "bundan bir sonraki basamak ne, bunun uygun dozu ne, ne yapmam lazım" diye kitaba bakıyorsunuz veya bilgisayara bakabilirsiniz veya acil bir şeyse ilaç danışma merkezini arayabilirsiniz. Sonuçta kitabınıza bakarak Meropenem dozunun 2x1 gram olduğunu görüp önerebilirsiniz, ben artık bunu biliyordum ve dediğim şekilde yaptım. Daha sonra hastaya verilen Vankomisin dozu fazla, aslında normal böbrek fonksiyonu için uygun bir doz, ama hastanın böbrek fonksiyonu bozuk olduğu için, onun dozunun azaltılması lazım. Bunun için de ne yapacağız? Önce bir düzeye bakmamız lazım. Düzeye bakarken de örnek alma saati bizim için önemli. Hasta ilacı saat 10.00'da alacaktı; ben dedim ki saat 09.30'da, yani bir dozdan yarım saat önce vade düzeyine bakılması lazım, düzeye bakalım diye öneride bulundum. Daha sonra dedim ki, bu nasıl olsa yüksek gelecek, yani ben biraz tecrübelerimden ötürü, biraz da ilacın farmakokinetiğine vakıf olduğum için, böbrek fonksiyonu bozuk ve hasta 5 gündür ilacı alıyor, birikme olmuştur, bunu biliyorum. O yüzden dedim ki, saat 10.00'daki dozu vermeyelim. Düzeye bakalım, düzey sonucu gelene kadar doz vermeyelim, atlayalım. Amikasin için de aynı şekilde öneride bulundum.

**B**izim yapmamız gereken bir diğer şey de, hastada endikasyon var, ama ilaç yok. Hastamız entübe, stres ülser için risk taşıyor, dolayısıyla profilaktik bir ilaç vermemiz lazım. Hastaya baktığımda, herhangi bir mide koruyucu ilaç almıyordu. Bir de mide koruyucu ilaç başlayalım diye öneride bulundum ve önerilerimin hepsi kabul edildi. Daha sonra sonuç ne oldu? Vankomisin düzeyi 32,5 geldi, normalde olması gereken 5-10 arasındaydı. Amikasin düzeyi 19.6 geldi 3'ten düşük olması gerekiyor. Dolayısıyla benim önerdiğim öneriler doğruydı, dozlar atlandı. Hastada ranitidin başlandı, ranitidin iki ampul, sürekli infozyon şeklinde, o da mide koruyucu olarak başlandı.

Ben önerimi yaptım, dediklerim doğru çıktı deyip çekip gitmiyorum, hastayı izlemeye devam ediyoruz. Bir sonraki gün bu sefer Vankomisin düzeyini görüyorsunuz. Bu sefer diyoruz ki, madem Vankomisin dozu fazla, nasıl olması gerekir? Doğru dozun başlanması için doğru dozu söylemeniz gerekiyor. Bu sefer 1x1 gram olarak devam edilmesini önerdim. Eskiden 2x1 gram şeklinde alınıyordu. Amikasin için düzeyin hâlâ yüksek geleceğini bildiğimiz için, bugün de vermeyelim, yani ikinci gün de verilmemesini istedim. Ertesi sabah da kan düzeyi bakılmasını önerdim. Sabah Amikasin düzeyine bakıldı, 0.68 geldi. 3'ün altında olması lazım, yani 0-3 arasında bir değer olması lazım, tam ideal yerdeyiz. Bu sefer tekrar Amikasin başlanmasını önerdik, gūnaşırı şeklinde 1x1, yani 48 saatte bir. Bunların hepsi de uygulandı.

Bundan sonra ne yapıyoruz? Bu hastayla işimiz bitmedi, hâlâ yapmamız gereken, hastanın düzenli serum kreatinini, böbrek fonksiyonunu takip etmemiz. Eğer üç gün sonra, beş gün sonra hastanın böbrek fonksiyonları düzeldi, kreatin klerens yükseldi; böyle bir durumda ilaçların dozunu, hepsini tekrar normal doza dönüştürmemiz gerekiyor, yani bu haliyle bırakmamamız lazım.

**B**izim burada yapmaya çalıştığımız, polislik değil; gideyim, hatalarını bulayım da ortaya çıkartayım, onların yüzlerine vurayım, öyle bir şey yapmaya çalışmıyoruz. Bizim burada yapmaya çalıştığımız şey, hastanın ilaçtan optimum şekilde faydalanmasını sağlamak. Mesela bir hastanın ilaçlarına baktığımızda, dosyasında, düzenli olarak yapmamız gereken şeyler, böyle kabaca baktığımızda, endikasyon var mı, yok mu? Endikasyonu olduğu halde bir ilaç kullanılmıyorsa, bunu önermemiz lazım, az önce benim önerdiğim mide koruyucu ilaçta olduğu gibi veya yanlış ilaç seçimi söz konusuysa, bunu düzeltmemiz gerekiyor. Doz yetersizse veya doz aşırıysa, uygun dozu önermemiz lazım. İlacın yan etkileri varsa, hastada görülüyorsa veya ilaca bağlı yan etki çıkması potansiyeli varsa, onları düzeltmemiz lazım. Endikasyon olmadan ilaç kullanımı varsa, böyle bir durumda yine öneride bulunmak gerekiyor. Mesela eskiden endikasyon vardır, sorun ortadan kalkmıştır, ama o ilacı kesmeyi unuttular, ilacın kullanımı hâlâ devam ediyordur. Mesela bu az önceki hastada ne olabilir? Hasta iyileşti, artık tüpten ayrıldı; hasta entübe haldeydi, solunum cihazına bağlıydı, ondan ayrıldı, bu sefer yemeye başladı. Hastanın artık stres ülser için bir profilaktiye ihtiyacı kalmadı. Hâlâ ranitidin verilmeye devam ediliyorsa, sizin orada müdahale edip, "buna artık ihtiyacımız yok, bunu keselim" diye öneride bulunmanız gerekiyor.

Duplikasyon -yine mide ilaçlarına taktık, oradan devam edelim- bazen çok sık karşımıza çıkıyor. Hastaya bir proton pompası inhibitörü başlanıyor, H2 antagonisti beraber başlanıyor, ikisi birden mide koruyucu olarak devam edilebiliyor. Birini kesmeyi unutuyorlar veya farkında olmadan, yanlışlıkla başlayabiliyorlar. Böyle bir durumla da karşılaştığımızda, aynı amaç için 2 ilaç kullanıldığından, birisini kesmesini önerebiliyoruz.

Yine önemli hususlardan bir tanesi, özellikle tedavi masraflarını azaltmada bize yardımcı olacak, intravenözden oral doza geçiş. Mesela bakıyorsunuz, hasta artık oral alabiliyor ama intrevenöz verilen bir ilaç var. Eğer hastanın oral yolu açılmışsa, biz onu öneriyoruz, diyoruz ki, artık intravenözden orale geçelim. Eğer hastanın şartları uygunsa, bu tür geçişler de söz konusu oluyor.

**D**ün Emin Kansu'nun konuşmasını dinlediyseniz, orada çağın yeniliklerinden bahsederken, en son bir bilgisayar gösterdi, sadece LCD ekranı şeklinde bilgisayar gösterdi. Bu onun bir ileri aşaması. Mesela o gördüğünüz kalem gibi şeyler, düzeneği kurduğunuz takdirde, duvara ekranı yansıtıyor, masaya da klavyeyi yansıtıyor, yani ortada bir klavye yok, ama siz burada gördüğünüz yansımayla tuşlara bastığımız takdirde, normal bilgisayar gibi kullanabiliyorsunuz. Sonuçta bizim elimizde teknoloji var, bütün bilgileri burada tutmamız gerekiyor. Doğru bilgiye nasıl ulaşacağımızı ve onu nasıl elde edip kullanacağımızı da bilmemiz gerekiyor.



Vaktimiz daralıyor, ilaç kan düzeyi izlemi, benim en sevdiğim konulardan bir tanesi, herhalde artık çok fazla giremeyeceğim. Burada dikkatinizi çekmek istediğim iki tane husus var. Eğer biz görevimizi doğru yerine getirebiliyorsak, yani klinik eczacı olarak yoğun bakımda veya ilaç kan düzeyi izleminde uygun olarak görevimizi yerine getirebiliyorsak, gereksiz ilaç kan düzeyi izlemini ortadan kayırabiliyoruz. Mesela bizim yaptığımız çalışmada, bakılan kan düzeylerinin yüzde 40'ı gereksiz yere bakılmış; ya kararlı duruma ulaşmadan bakılmış veya herhangi bir endikasyon olmadan bakılmış. Bir de bunların sonuçları doğru yorumlanmayabiliyor. Biz eczacı olarak müdahale ettiğimizde, bu doğru yorumlanma oranını arttırıyoruz.

**Y**apılan en büyük hatalardan bir tanesi; kan düzeyi izlenimini yapıyorken, bir sonraki dozdan hemen önce genelde vade düzeyini izleriz. Az önce Vankomisin'de ne demiştim? Hastaya saat 10.00'da ilaç veriliyordu, 09.30'da düzeye bakın diye ben öneride bulunmuştum, yani örnek almayı 09.30'da yapacaktık. Bunu rasgele yaptıkları takdirde, mesela bazen yanlışlıkla ilaç verildikten 3 saat, 4 saat sonra yapıyorlar, böyle bir durumda da ister istemez kan düzeyi yüksek geliyor. Mesela bakıyorsunuz, erken bakıldığı için düzey 16 geliyor. Eğer normal zamanda bakılsa, belki bu doz hasta için uygun, ama erken bakılıyor. Örneklem zamanı konusunda da eğer doktor bilgi sahibi değilse, bu sefer sadece düzeye göre bakıyorsa, diyor ki, "düzey 16'yıymış, bu 5-10 arasında olacak, doz fazla, ben dozu azaltayım." Halbuki doktora doğru örneklem zamanının ne zaman olduğunu söyleseniz, böyle bir problemle karşılaşmayacaksınız.

Bir diğer hatalardan bir tanesi, ilaç karar duruma ulaşmadan önce - genelde bu 4-5 yarılanma ömrüdür- kan düzeyi izlemi yapacağımız zaman, karar duruma ulaştıktan sonra ilacın klerensini etkileyen başka faktörler yoksa hep şu aralıkta seyrediyor. Artık şu aralıkta seyrediyorken kan düzeyi izlemi yapmamız gerekiyor. Buraya ulaşmadan, şuralarda biz yapıyorsak, burada gelen sonuçlar bizi yanlış yönlendiriyor. O yüzden bu da bizim için önemli hususlardan bir tanesi.

Burada tanıma değinmekten çok, yoğun eğitim almış bir eczacı tarafından bu hizmetlerin sunulması gerekiyor. Yani biz olaya aşına olmanız açısından birtakım eğitimler, seminerler düzenliyoruz, ama bunlar yeterli değil. Yeterli birikimi olmak için daha uzun, pratiğe yönelik eğitimler almanız, hasta başı eğitimleri almanız gerekiyor.

**K**linik eczacılığı hastanede iki şekilde yapabiliyoruz. Bir tanesi katlarda, bir tanesi servislerde. Bu ikisinin farkı ne? Mesela sorumlu olduğunuz bir tane kat oluyor. Orada siz klinik eczacısınız, hangi hasta yatarsa, hangi servis oraya hasta yatırılıyorsa, siz onu takip etmek zorundasınız. Öyle bir durumda siz pek vizite falan katılmıyorsunuz, sadece hasta izlemi yapıyorsunuz. Bir problemle karşılaştığınızda, hekimlerle irtibata geçiyorsunuz. Servislerde klinik eczacılık nasıl oluyor? Kardiyoloji servisi; kardiyoloji servisinin klinik eczacısı olarak görev yapıyorsanız, siz o alanda branşlaşıyorsunuz ve o servisin takip ettiği bütün hastaları siz de takip ediyorsunuz. Hasta hangi üniteye, hangi katta yatıyor olursa olsun, hepsini takip edip, o servislerde vizitlere katılıp klinik eczacılık hizmetini sunuyorsunuz.

Burada yine önemli hususlardan bir tanesi iletişim; gerek doktorla, gerek

hemşireyle veya sağlık personeliyle, hastayla olan iletişiminiz çok önemli. Neyi söylediğinizden çok, nasıl söylediğiniz önem taşıyor. Dolayısıyla dediğiniz çok doğrudur, ama uygun dille onu söylemiyorsanız, karşı taraf onu kesinlikle kabul etmeyecektir veya size tepki bile gösterecektir.

Bu kendi buluşum, bir klinik eczacıyla eczacıyı nasıl ayırt edebilirsiniz diye. Mesela "PEG" size ne çağrıştırıyor diye sorduğumuzda, eğer sizin buna cevabınız polietilen glikolsa, siz eczacısınız. Eğer siz perkütan endoskopik gastrostomi diyorsanız, o zaman klinik eczacı olduğunuzu söyleyebiliriz.

**S**on olarak da bir Çin atasözüyle bitireyim: *"Bir saatliğine mutlu olacaksınız, şekerleme yapın. Bir günlüğüne mutlu olacaksınız, balığa gidin. Bir aylığına mutlu olacaksınız, evlenin. Bir yıllığına mutlu olacaksınız, bir servete konun. Tüm yaşam boyunca mutlu olacaksınız, işinizi sevin."*

Teşekkür ederim

**OTURUM BAŞKANI** (Ecz. Halis MAVİOĞLU)

- Yrd. DoÇ. Dr. Kutay Demirkan'a bu güzel sunumu, verdiği bilgiler iÇin teşekkür ediyoruz.

**OTURUM BAŞKANI** (Prof. Dr. Turhan Baykal)

- Toplantımızın son sunumunu Dr. Ecz. Aygin Bayraktar yapacak. Aygin Bayraktar, 1997 Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu. 2003 yılında ingiltere'de Strathclyde niversitesi'nde farmasötik bakım doktorası almış. Halen Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde zorunlu klinik eczacılık ve buna bağlı seÇmeli dersleri yürütmektedir. Kendileri serbest eczanelerde klinik eczacılık uygulamalarıyla ilgili bir sunum yapacaklar.

## **Dr.Ecz. AYGIN BAYRAKTAR**

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi  
Farmasötik Teknoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

### **"Serbest Eczanelerde Klinik Eczacılık Uygulamaları"**

- Teşekkür ederim.

Öncelikle böyle bir fırsatı bize sunduğu ve bunu sizlerle paylaşmamızı sağladığı için organizasyon komitesine teşekkür etmek istiyorum. Akabinde de sizlere, bugün bizlerle birlikte olduğunuz için teşekkür etmek istiyorum. Son zamanlarda eczacılık mesleği için oldukça popüler bir kavram olan klinik eczacılık kavramını sizlerle ve buradaki diğer akademisyen veya hastanede görevli eczacılarla birlikte paylaşabilmek bizim için büyük bir mutluluk, tekrar teşekkürler.

Benden önce Mesut Bey de, Kutay Bey de klinik eczacılık nedir, ne değildir; farmasötik bakım nedir, ne değildir ve nasıl uygulanır, oldukça güzel anlattılar. Aslında bakarsanız, bana söyleyecek çok da fazla bir şey kalmadı. Ama ben de şöyle genel olarak kavramı özetleyip, onun akabinde bizler neler yapabiliriz, eğer yapamıyorsak, karşılaşılabileceğimiz sorunlar neler ve bunların üstesinden nasıl gelebiliriz üzerine odaklanmak istiyorum.

Serbest eczanelerdeki klinik eczacılık uygulamalarından bahsedeceğiz. Çoğunluğumuz serbest eczacı olarak görev yapıyoruz. Peki, serbest eczacı kimdir, biz kimiz? Sadece eczacılık fakültesinden mezun olup diplomamızı alan bir kişi miyiz? Kendimce serbest eczacılık tanımı: Eczacılık fakültelerinde öncelikle 4 sene olan, geçen seneden itibaren 5 sene zorunlu eğitim olan temel eczacılık eğitimini başarıyla tamamlamış, ilaç ve hastalıklarla ilgili gerekli teorik ve de pratik bilgilerle ve etik anlayışla donanımlı, hasta bakım hizmetini toplum içinde, toplumla birlikte sürdüren birinci derecede sağlık personeli.

**D**ünyadaki serbest eczacılığa baktığımız zaman, aslında Mesut Bey de özellikle Avrupa'daki klinik eczacılık hizmetlerinden bahsederken, serbest eczacılıktan da bir miktar bahsetti. Ancak ufak verilere bakacak olursak, Hollanda'da 4 bin kişiye bir eczacı düşürken, İspanya, İtalya, Fransa'da bin kişinin altında. İngiltere'ye baktığımızda, ortalama iki bin kişiye bir eczacı düşüyor. Popülasyon başına düşen eczane oranına baktığımızda ise, Danimarka'da her eczaneye 18 bin kişi düşerken, İngiltere'de her eczaneye ortalama 5 bin kişi düşüyor. Dolayısıyla oldukça yoğun bir hasta popülasyonuna hizmet veriyoruz. Serbest olarak çalışan eczacıların oranına baktığımızda, bu oran Lüksemburg, Avusturya ve İsveç'te yüzde 100'lere varırken, İngiltere'de yüzde 70. Kendi deneyimlerime dayanarak diyebilirim ki Türkiye'de bir eczacılık fakültesinden mezun olan eczacıların ortalama yüzde 70-80'i serbest eczanelerde görev alıyor.

OTC ilaç, henüz Türkiye'de bu kavram yok. Ancak bakacak olduğumuzda, OTC ilaçların dağıtımında tek söz sahibi olan kişilerin eczacı olduğu ülkeler ise, Belçika, İspanya, Fransa, İtalya ve İsveç. Türkiye ve İngiltere'yle şöyle bir kıyaslamaya baktığımda, ortalama olarak yaklaşık 28 bin eczacının olduğunu varsayıyoruz. Bunların yaklaşık 23 bini serbest eczacı olarak görev yapıyor. Dolayısıyla popülasyon başına düşen eczacı sayısı soru işareti, daha doğrusu oldukça değişkenlik gösteriyor. Belki de eczacıların mesleklerini icra ettikleri alanlar, belki de doğudan çok batıda ya da orta kesimde. Dolayısıyla popülasyonla kıyaslama yaptığımızda, Türkiye için oldukça değişken bir tablo var.

Klinik eczacılık, farmasötik bakım, tanımlar. Buradaki amacım, size tanımları söyleyip fazlasıyla akademik olarak olaya yaklaşmak değil, ama tanımları verirken, "nedir, ne değildir, ne yapabiliriz"i ortaya çıkarmak. Kendi adıma, ben klinik eczacılık tanımını kullanmaktan çok, farmasötik bakım demeyi tercih ediyorum. Biraz önce Mesut Bey de bahsetti, klinik eczacılık dediğimiz zaman, nedense klinik kelimesinden dolayı sadece hastanelerde verilebilecek bir hizmetmiş gibi anlaşılıyor. Oysa ki farmasötik bakım dediğimizde, hasta bakımından bahsediyoruz, dolayısıyla daha geniş bir konsepti içeriyor diye düşünüyorum.

**T**anımlara çok kısaca değineceğim. İngilizce'lerini sadece orijinalliğini bozmamak adına aldım, 1960'larda Amerika ortaya çıkan bir kavram, öncelikle ilaç ihtiyaçlarının tanımlanmasına yönelik bir çalışma olarak ortaya çıkmış. Buna bağlı olarak gerekli servislerin yerine getirilerek optimal, en güvenli ve en etkin ilaç tedavisinin hastaya sağlanması olarak düşünülmüş. Akabinde eczacılığın bir sağlık servisi, sağlık hizmeti olduğu dile getirilmiş. Yine aynı şekilde ilaçların akılcı ve güvenli kullanımlarının sadece tek bir sağlık personeli tarafından değil, diğer sağlık personelinin de katkılarıyla sürdürülmesi gereken bir çalışma olduğu ifade edilmiş. Dolayısıyla içinde diğer sağlık personelinin veya disiplinler kavramlardan katkıyı barındırıyor. Aynı şekilde diğer bir tanım, özellikle vurguladığı, eczacı ve hasta arasındaki etkileşim. En sonunda da bu bakımı sağlamadaki en büyük amacımız, hastanın yaşam kalitesini arttırmak.

Toparlayacak olursak, farmasötik bakım nedir? İlaç tedavisindeki olası ve gerçek problemlerin tanımlanması, çözümlenmesi ve önlenmesi konusundaki spesifik sorumlulukların alınması. Hasta odaklı bir yaklaşım, bireyselleştirilmiş bir yaklaşım. Dolayısıyla hasta bazında ilaç sorunlarının

ortaya çıkarılması gerekmekte ve en büyük amacımız hastanın yaşam kalitesinin artırılması.

**Ö**nemli bir husus da, farmasötik bakım kavramı, biraz önce Kutay Bey de bahsetmişti, bir noktada bitmiyor, sürekli devam eden bir süreç, kendini yenileyen, geliştiren bir süreç. Farmasötik bakım kavramı içerisinde akut ve kronik hastalıkların hedeflenmesi ve bunlara yönelik sağlık hizmetinin verilmesi, hastalıkların önlenmesine yönelik yaklaşımı barındırması, hasta ihtiyaçlarının ve verilen bakım hizmetlerinin sürekli olarak kayıtlara geçirilmesi ve ilk etapta ulaşılabilecek sağlık hizmetinin bulunmasını hedefliyor. Burada özellikle üzerinde durmak istediğim husus, sürekli olarak kayıtlara geçirilmesi, belki de bizim eczanelerde pek de fazla üzerinde durmadığımız bir husus. Bunlara daha sonra tekrar değineceğim.

Dolayısıyla farmasötik bakımdan bahsederken, öncelikle düşünüyorsunuz, düşündüğünüzü söylüyorsunuz, söylediğinizi yapıyorsunuz, yaptıklarınızı belgeliyorsunuz, daha sonrasında gözden geçirip tekrar gerekli düzeltmeleri yapmak suretiyle farmasötik bakım hizmetini hastaya sunuyorsunuz. Multidisipliner bir kavram, dolayısıyla sadece eczacının görevi değil, diğer sağlık personelini, hastayı da içine alan bir kavram.

**H**asta bakım sürecinden bahsetmek istiyorum. Neden; çünkü farmasötik bakım uygulama alanlarını çok daha net ortaya çıkaracağını düşündüğüm bir husus. Hasta bakım süreci, farmasötik bakım konseptine göre öncelikle hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesini içeriyor. Bunlar nedir? Hastanın anlama becerisi, hastanın beklentileri, hastanın endişeleri, gerek sağlık sorunlarıyla ilgili, gerekse kullandığı ilaçlarla ilgili beklentileri, tavır ve hareketleri, hastalığına ya da diğer sağlık personeline olan yaklaşımı ve hastanın uyuncu. Tüm bunları değerlendirdikten sonra, siz ancak bir tedavi planı uygulayıp hastanın buna uymasını bekleyebilirsiniz. Onun akabinde bakım planının oluşturulması, henüz belki de eczacıların söz sahibi olmadığı bir husus. Bakım planını oluştururken de hedeflerimiz neler, neleri başarmayı umuyoruz bu tedavi planıyla ilgili, uygun müdahaleler neler ve sorumluluklar neler? Sorumluluklar derken, bir eczacı olarak ilaç tedavisinde bizim sorumluluklarımız neler, doktorun sorumlulukları neler ve biz artık farmasötik bakım konseptinde hastayı da işin içine kattığımız için, hastanın sorumlulukları neler? Bunun akabinde de değerlendirme aşamasında elde ettiğimiz, uyguladığımız bakım planının terapötik hedeflere ulaşıp ulaşmadığını değerlendiriyoruz. Eğer başarılı olmadıysak da, tekrar gözden geçirmek suretiyle, yeni bakım planları oluşturmak suretiyle kendimize yeni hedefler belirliyoruz. Dolayısıyla tüm bu süreç içerisinde sürekli izlem, sürekli bakım ve diğer terapötik ilişkiler de söz konusu.

İletişim oldukça önemli. Hastanın beklentilerini, endişelerini, tedaviden veya sizden beklentilerini anlamaya çalışırsak eğer, iletişim oldukça önemli. Bayramdan önce Avrupa Klinik Eczacıları Birliği Kongresindeydim, Viyana'daydı ve kongrenin başlığı "hasta iletişimi" idi. En önemli husus bu belki de. Dolayısıyla bir eczacı olarak -serbest eczacılar için konuşuyorum- iletişimde olduğumuz kanallar öncelikle kurumlar. Biliyorum ki reçeteler, ödendi-ödenmedi, hangi kurum ödedi, ne zamana yetiştirilmesi gerekiyor, belki de önceliğimiz ilk etapta bu oluyor.

Dolayısıyla bir iletişim kanalımız kurumlarla. Diğer iletişim kanalımız ise diğer sağlık personeliyle. Belki de reçete geldiğinde, reçetede gördüğünüz hatanın düzeltilmesi için doktora ulaşmaya çalışıyorsunuz. En önemlisi de serbest eczanelerde hastayla olan iletişiminiz. Ama bu, moda mod bir iletişim olmamalı. Farmasötik bakım hizmetinden en başında bahsederken, bireyselleştirilmiş hasta odaklı bir hizmet demiştim. Her ağrı kesici reçetesiyle gelen hastaya olan yaklaşımınız aynı olmayacaktır. Dolayısıyla hastayla olan iletişimin de bireyselleştirilmesi gerekiyor.

**N**eden farmasötik bakım? Kutay Bey, daha önceden klinik eczacılık hizmetlerinden bahsetti, neden gerekli, neden gerekli değil diye. Genel olarak baktığımızda, yapılan çalışmalar, bizde kronik hastalıklara sahip kişilerin yaklaşık yüzde 50'sinin ilaçlarını doğru düzgün kullanmadıklarını gösteriyor. Hastaneye başvuruların yaklaşık yüzde 6-10'u da ilaç kaynaklı sorunlar nedeniyle ortaya çıkmış. Diyabet hastalarına baktığımızda, 1/5'i haftada en az bir kez ilaçlarını almayı unutuyor, 1/3'ü ise ilaçlarını yiyeceklere göre almayı karıştırıyor, unutuyor vesaire. Dolayısıyla sürekli kronik hastalıklarıyla ilgili karşımızda bir problem var, sorunlu bir hasta popülasyonu var. Yılda 100-150 milyon pratisyen konsültasyonlarının kendi kendine tedavi edilebilir rahatsızlıklar için yapıldığı ortaya çıkarılmış, oldukça ciddi bir rakam. Eğer bazı minör hastalıkların tedavisi, kendi kendine tedavisi mümkün olsaydı veya bu rollerin serbest eczacılara verilmesi söz konusu olsaydı, ortalama olarak pratisyenlerin işgücünde günde 16 konsültasyonluk azalma olacağı düşünülmekte, yapılan çalışmalar bize bunu göstermiş. Dolayısıyla aslında serbest eczacı olarak da, klinik eczacılık hizmetlerini ya da farmasötik bakım hizmetlerini verme konusunda büyük bir potansiyelimiz var.

Farmasötik bakım hizmetlerinden klinik eczacılıktan bahsediyoruz. Bir de bilinen eczacılık hizmetlerinden bahsedelim. Benim aklıma hep şu geliyor: Biz burada farmasötik bakım, klinik eczacılık, tanımlar şöyle, böyle olması gerekiyor, Avrupa'da böyle yapılıyor diyoruz, ama gelin görün ki, "Türkiye'de henüz bu yok, biz böyle bir şey yapmıyoruz" diyenler de var ya da "biz neler yapıyoruz?" diyenler var. Dolayısıyla böyle bir karşılaştırmayı uygun gördüm. Şu aşamada iş, ürün bazında, ürün odaklı. Farmasötik bakım hizmetinde ise iş, hizmet, yani insan, yani hasta. Amaç, ürünü tüketiciye ulaştırmak. Ama farmasötik bakım hizmetine baktığımız zaman, amacımız eczacıyı hastaya ulaştırmak. Kararlar iş üzerinde odaklanırken, bilinen eczacılık hizmetlerinde kararlar artık hasta üzerinde odaklanıyor. Kazanç faturalarla ölçülürken, kazancımız hasta bakımı ve hasta memnuniyetiyle ölçülüyor. Hizmet-ürün arasındaki ilişkiye baktığımızda, eldeki hizmetler ürünü destekler yönde, farmasötik bakım hizmetlerinde eldeki ürünler hizmeti destekler yönde.

**B**aşarımız çoğunlukla şu sıralar reçete sayısı ile ölçülüyor. Ancak farmasötik bakım hizmetinde hastadan alınan sonuçlar, gerek komplikasyonların önlenmesi veya hastanın hastalığının ilerleyişindeki azalmayla ya da hastanın memnuniyetiyle ölçülüyor. Ortama baktığımızda, ortam genellikle ürünlerin sergilenmesi ve satılması amacıyla düzenlenmiş. Ancak farmasötik bakım hizmeti verilen durumlarda ise, ortam hasta ihtiyaçlarına cevap vermek amacıyla düzenlenmiş.

**K**ayıtlar: Farmasötik bakımda ne dedik; dokümantasyon önemli, yaptığımız işi belgeleyeceksiniz, ne yaptığınızı göstereceksiniz. Kayıtlar, sadece şu aşamada belki de ilaçlarla ilgili yasal gereklilikleri yerine getirmek amacıyla tutulurken, farmasötik bakım hizmetlerinde hasta bakımını desteklemek amacıyla tutuluyor. Dolayısıyla daha sonrasında hastanın durumunu gözlemlemek amacıyla elimizde tutmamız gereken kayıtlardan bahsediyoruz. Stoklama zamanına baktığımızda, müşterinin ürün ihtiyaçlarına göre ayarlanırken, farmasötik bakım hizmetlerinde hasta ihtiyacına ve tedavinin yarar-zarar durumuna göre ayarlanıyor. İş, pasif olarak reçetelerin gelmesiyle sağlanırken, farmasötik bakım hizmetinde aktif olarak hasta kazanımıyla sağlanıyor. Dolayısıyla iletişim şart.

Serbest eczanelerdeki, -eksiğim varsa beni mazur görün ve lütfen tamamlayın- iş yoğunluğumuzu oluşturan özellikle birkaç madde var. Bunlar neler? İlk önce reçete karşılama. Stok takibi, ona göre depolarla iletişim içerisindeyiz. Hasta bilgilendirilmesi, özellikle de yakından tanıdığınız hastalar ya da size sık sık gelen hastalar durumunu bildiğiniz için, en ufak sorununu size danışma eğiliminde. Dolayısıyla hasta bilgilendirmesi yapıyorsunuz. Bunun yanı sıra da, belki de iş yoğunluğunuzun birçok kısmını kapsayan bürokratik, teknik ve kurumsal işlemlerle haşır neşirsiniz. Dolayısıyla ben baktığımda, ürün odaklı bir hizmet görüyorum burada, ürüne odaklanmışsınız. Hastaya ayırdığınız vakit belki de yüzde 10, 5, bilemeyeceğim, tabii ki değişiklikler gösteriyordur. Ama bakım piramidine bakacak olursak eğer, birinci basamakta kronik hastalıklar var ve veriler, bize kronik hastaların yaklaşık yüzde 70-80'inin ilaçlarını öyle veya böyle doğru kullandığını, en azından kendi kendine idame ettirebildiğini göstermiş. Peki, eczacı burada nasıl rol alabilir? Her şeyden önce topluma sağlıklı yaşam felsefesini aşılama anlamında bilgi aktarımı söz konusu. Fırsat buldukça danışmanlık hizmetleri, ilaç kullanımıyla ilgili pratik bilgiler, dolayısıyla bu hasta uyuncunu arttırmaya yönelik, hastanın tedaviye birebir uymasını sağlayacak yönde uyuncu arttıracak gereçlerin kullanımı, kan şekeri ölçüm cihazının, belki tansiyon ölçülmesinin ya da inhaler kullanımının nasıl yapılması konusunda hasta bilgilendirilmek suretiyle uyuncun artırılması. OTC ilaçları, her ne kadar OTC desem de, Türkiye'de OTC kavramı yok desem de, benim gördüğüm, herkes istediği reçeteyi, ilacı bir şekilde eczacılardan öyle veya böyle alıyor olduğu. Dolayısıyla Türkiye'de de aslında gizli bir OTC kavramı var.

**P**iramidin ikinci basamağına baktığımızda, bunu yüksek risk altındaki hastalar oluşturuyor. Bu durumda eczacı ne yapabilir? Öncelikle bu risk altındaki grubun belirlenmesi gerekir. Kimdir bunlar? Size gelen hasta popülasyonunuza baktığınızda, yaşlı hastalarla mı daha çok ilgileniyorsunuz ya da popülasyonunuzun çoğunu yaşlı hastalar mı oluşturuyor ya da uyum sorunu olan hastalar mı, yani fiziksel olarak engelli, bazı aktivitelerini yerine getiremeyecek olan hastalar mı ya da bazı kronik hastalıklara sahip, hipertansiyonlu, diyabetli, ülserli vesaire, bazı spesifik kronik hastalıklara sahip hastalar mı oluşturuyor, hamileler mi oluşturuyor, çocuklar mı oluşturuyor, risk altındaki grup ne? Bunların belirlenmesi de bir nevi eczacıların görevleri arasında. Dolayısıyla da ilaç kullanımının optimize edilmesi için de eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekiyor. Son grup ise biraz daha komplike. Hastalara, artık bu durumda da eğer mümkünse, ilaçların doğru kullanımının sağlanması



suretiyle hastaneye yatış komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bir bakım hizmeti sağlayabilirsiniz.

İngiltere'de, Mesut Bey de bahsetti, bağımsız reçeteleme kavramı artık yürürlüğe girdi. Dolayısıyla öncelikle destekleyici reçeteleme kavramında eczacıların bazı minör hastalıklarda anlaşılabilir protokoller üzerinde reçete yazma sorumlulukları vardı. Bakacak olursanız eğer, minör hastalıklarda da serbest eczacının özellikle rol oynayacağı; reçeteleme belki şu aşamada Türkiye'de yakın bir kavram değil, ama en azından söz sahibi olabileceği, yardımda bulunabileceği başlıklar var. İşte böcek ısırması, kabızlık, dermatit, öksürük, diyare, kulak ağrısı, ağız ülserleri, viral üst solunum yolu enfeksiyonları, ateş, boğaz ağrısı, bunların hepsi, sizin birebir serbest eczacı olarak, klinik eczacılık hizmetlerini ya da farmasötik bakım hizmetini hastaya sağlayabileceğiniz temel konular. Ayakta tedavi gören hastalardan bahsetmiştik; işte karşınızda.

**S**erbest eczanelerde verilebilecek diğer hizmetler neler? Her şeyden

önce kronik hastalıklarda akılcı ilaç kullanımı. Bu neyi gerektiriyor?

Öncelikle doktora olan ilaç danışmanlık hizmetleri, akabinde de hastaya yönelik ilaç danışmanlığı hizmetleri. Gerektiğinde eminim ki siz de reçetede herhangi bir yanlış gördüğünüzde ya da farklı olmasını düşündüğünüzde, doktoru arayıp da "acaba tekrar düşünmeniz mümkün mü?" tarzında bir konuşma yapıyorsunuzdur ya da hastayla konuşurken, hastanın ilacı doğru zamanda, özellikle antibiyotiklerde doğru zamanda, doğru şekilde almasını sağlıyorsunuz. Aynı şekilde minör hastalıklarda akılcı ilaç kullanımında, yine hastaya yönelik ilaç danışmanlık hizmetleri var.

Önemli bir husus, özellikle Avrupa'da "selfcare" diye ortaya çıkan, kendi kendine bakım. Ama bu demek değildir ki herkesten bağımsız, kendi bildiğini okuyan bakım. Kendi kendine bakımdan kastımız, hastanın belli bir eğitimi alıp, diğer sağlık personeliyle birlikte anlaşılabilir tedaviye uyuncu. Dolayısıyla hasta kendini izleyecek, semptomları izleyecek ve hekime başvurması gereken durumlar hakkında bilgi sahibi olacak. Dolayısıyla kendini izlerken, bütün tedaviyi, bütün sorumluluğu doktora veya eczacıya bırakmayacak. Kendi hastalığında, kendi tedavisinde söz sahibi olacak, söz sahibi olma hakkını kazanacak. Dolayısıyla bu da önemli bir husus. Hastanın bilgilendirilmesi, bir eczacı olarak bize düşen sorumluluklardan biri diye düşünüyorum.

**P**eki bu hizmetler sağlanabilir mi? Hep, diğer klinik eczacılık veya farmasötik bakım eğitimlerinde de hasta öyküsünün alınmasından bahsediyoruz. Hasta öyküsü derken, daha önceden geçirmiş oldukları hastalıklar var mı, alerji var mı, ailesinde böyle bir öykü var mı, sosyoekonomik durumu ne, eğitim seviyesi ne, yaşı ne? Belki de bazen cinsiyet de önem kazanıyor. Dolayısıyla bazı risk faktörlerinin belirlenip ona göre hastaya yaklaşmamız gerekiyor. İlaç öyküsünün alınması, daha önceden kullandığı herhangi bir ilaç var mı, eğer varsa herhangi bir yan etki gözlenmiş mi ya da şu anda kullanmakta olduğu ilaçlar neler? İlaç dozlarının optimize edilmesi, ilaç tedavisinin optimize edilmesi, ilaç tedavisine olan cevabın izlenmesi, advers olayların ve ilaç yan etkilerinin izlemi ve bunların önlenmesine yönelik çalışmalar da yine serbest eczanelerde bu anlamda verebileceğiniz hizmetler arasında.

Hasta eğitimi: Kutay Bey biraz önce çok güzel söyledi; söylediğiniz duyuluyor mu, duyulan şey anlaşılıyor mu, anlaşılabilir şey uygulanıyor mu,

hasta eğitiminde oldukça önemli, iletişim en önemli husus. Dolayısıyla hastaya eğitim verirken, birebir, motamot ya da ders anlatır tarzda değil de, uygun bir ortam sağlamak suretiyle, uygun bir zaman sağlamak suretiyle hastalıklara yönelik semptomatik bilgi verebilirsiniz. Kronik hastalıklarda özellikle hastalar, zamanla kendi hastalıklarının uzmanı oluyorlar, kendilerini çok güzel izliyorlar. Dolayısıyla bu eğitimi en başında onlara vermek, hastanın uyuncunu arttıracığı gibi, sizlerin de bu hizmeti devam ettirebilmenize kolaylık sağlayacak.

İlaç kullanımına yönelik bilgi, doğru zamanda, doğru şekilde, genel halk sağlığına yönelik bilgi... Bir eczacı olarak, belki de doktordan da önce hastaların ilk başvurdukları noktasınız. Dolayısıyla genel halk sağlığıyla ilgili, aşılarda olsun, düzenli beslenme konusunda olsun, egzersiz, sigarayı bırakma, alkol kullanımı konularında da hastayı bilgilendirebilirsiniz. Kendi kendine bakımın yönlendirilmesi ve hastanın doktora yönlendirilmesi gereken durumlar, zaten bunlar ikisi de birbirleriyle sürekli değiş tokuş yapan kavramlar.

**P**eki, bunların verilebilmesi için neler gerekli? Her şeyden önce bilgi ve yeterlilik gereklidir. Mesut Bey de bahsetti, Kutay Bey de bahsetti, aldığımız eczacılık eğitimiyle bitmiyor, sürekli kendini yenileyen bir ortamdayız, günden güne yeni ilaçlar çıkıyor, günden güne yeni tedavi yöntemleri geliştiriliyor, aldığımız eczacılık diploması bir işimize yaramıyor. Dolayısıyla eğitimin sürekli olması gerekiyor. Farmakoterapi bilgisi, bunun yanı sıra kanun ve yönetmelikler hakkında bilgi ve iletişim becerileri. Kendi adıma konuşayım; üniversitedeki eğitimim boyunca iletişim konusunda bir ders aldığımızı hatırlıyorum ya da belki de bir ya da iki saattir. Ama bizim işimiz iletişim; doktorla iletişim diyoruz, hastayla iletişim diyoruz, diğer sağlık personeliyle iletişim diyoruz ve biz iletişimin "i" sini bilmiyoruz, sadece konuşmak olduğunu sanıyoruz. Dolayısıyla iletişim becerilerinin her şeyden önce eczacılara kazandırılması gerekiyor.

Zaman ve mekân sorunu: Öncelikle eczacının konsültasyon yapabilmesi için uygun bir ortamın, uygun bir zamanın ayarlanması gerekiyor. Bu eczacının zamanı değil, hastanın zamanı, hastaya göre uygun zaman, hastaya göre uygun zamanda eğitimin verilmesi ya da hizmetin sağlanması. Bunun yanı sıra gerekli donanımın olması gerekiyor ki, şu anda eminim ki eczanelerinizde bilgisayarlar var. Dolayısıyla İnternet'e erişiminiz sorun değil, istediğiniz bilgiye istediğiniz anda erişebilirsiniz. Sağlık sistemi ve diğer sağlık personeliyle uygun yapılandırılma; bu konu bizi şu aşamada biraz aşılıyor, ama meslek örgütlerinin, akademisyenlerin bir araya gelip bu konu üzerinde düşünmesi gerekiyor. Şu an İngiltere'de kronik hastalıklar için eczane programında ödeme yapılıyor. Mesut Bey, hipertansiyon kliniklerinden bahsetti. Öncelikle bu eğitimi alıyorsunuz ve hipertansiyon kliniği, -yani klinikten kastım sadece hizmet anlamında düşünün- hipertansiyon hastalıklarına yönelik hizmeti serbest eczanelerde verebilirsiniz. Bunun için devlet size para ödüyor, ama bunun öncesinde de siz bu eğitimi almak zorundasınız, gerekli donanımı, zamanı, mekânı yaratmak zorundasınız.

**D**estekleyici yardımcı reçete ve hasta bilgi kayıtlarına ulaşılabilirlik: Bizim en büyük eksikliğimiz, belki de şu aşamada bu, hastayı tanımıyoruz, bilmiyoruz, öyküsünü bilmiyoruz ya da bize anlattığı kadarıyla biliyoruz. Sormak istiyorum: Bu bir eczane, sizce farmasötik

bakım hizmeti verilir mi? Peki, burada verilir mi? Dolayısıyla uygun ortamın yaratılması, ilaçlarla ilgili ortamın ya da hastayla ilgili, iletişimle ilgili ortamın yaratılması gerekiyor.

Bu hizmetler sonucunda ne kazanacağız? Gerek hastaneye yatış komplikasyonlarının önlenmesi, reçeteleme ve ilaç hatalarının minimuma indirilmesi, reçeteleme kalitesinin iyileştirilmesi, hastanın ilaç kullanımının iyileştirilmesi ve kendi kendine bakımı en iyi şekilde yerine getirmesi sağlanacaktır. Tüm bunlar, aslında bir şekilde tedavi maliyetinde de düşüşe yol açıyor. Diğer sağlık personelinin bakım hizmetlerinde desteklenmesi, dolayısıyla da hasta odaklı bir hizmet sunmaya başlayacağız.

**Y**apılan bazı çalışmalar var, ufak tefek veriler vermek istiyorum. Kronik hastalıklara sahip hastaların yüzde 23 ü eczacıları bilgi kaynağı olarak görüyor, bilgiyi eczacıdan almak istiyor. Yine yüzde 12'si, son bir ay içerisinde danışmanlık hizmetini eczacılardan almış ve bu özellikle de spesifik bir ilaç için veya hastalık içinmiş. Yine başka bir anket çalışmasında, hastaların yüzde 60'ı, medikal testler, diyabet testleri ve ilaçların gözden geçirilmesi konusunda sorumlulukların serbest eczacılara verilmesi gerektiği üzerinde oy kullanmış. Şaşırtıcı, değil mi?

Yine farmasötik bakım planlarının eczacılar tarafından hazırlanması ve uygulamaya geçirilmesiyle birlikte, hazırlanan bakım planlarının yaklaşık yüzde 96'sı doktorlar tarafından kabul edilmiş ve yüzde 87 oranında da öneride bulunup düzeltilmesi yönünde çalışmalar yapılmış.

Peki, bunları yapamıyorsak, sorunlarımız neler? Öncelikle ulusla sağlık politikalarındaki önceliklerin belirlenmemiş olması; bence en büyük sorun bu. Öncelik vermemiz gereken hasta populasyonu ne? Bizim Türkiye olarak sağlık sorunumuz ne? Eczacılık mesleğinin profesyonel bir sağlık personeli anlayışından çok, hizmet alınan bir kurum olarak düşünülmesi; yavaş yavaş bu değişiyor. Hasta kayıtlarına ve bilgilere ulaşmadaki engeller; hastayı tanıyamıyoruz, gerekli bilgiyi alamıyoruz. Rol paylaşımının ve sorumlulukların belirsizliği, gerek eczane içerisinde, gerekse diğer sağlık personeli arasında. Dolayısıyla bazen hastalar, eczaneye girdiğinde eczacıyı göremeyip de teknisyenlerle, kalfalarla muhatap olduklarından şikayet ediyorlar. Sorumluluk kimin; kalfanın mı, teknisyenin mi, yoksa eczacının mı? Meslek sonrası sürekli profesyonel eğitime verilen önemin veya ilginin yetersizliği. Yetersizliği demeyeceğim, son zamanlarda TEB Eczacılık Akademisi'nin de yaptığı çalışmalarla eczacıların oldukça ilgili olduklarını, bu konuda kendilerini geliştirmek için çaba sarf ettiğini ben kendi adıma gözlemliyorum. Dolayısıyla bu ilginin daha da sıcak tutulması ve buna yönelik çalışmalar yapılması gerekiyor. Çünkü zamanla yeni sistemle beraber yanılmıyorsam kredilendirme söz konusu olacak. Bu bir yaptırım değil, ancak eczacılar için belki de tetikleyici bir faktör olabilir.

**A**ncak en büyük sorunumuz iş yükü galiba. Bu hizmetleri vereceğiz de ne zaman vereceğiz, nasıl vereceğiz? Eczacılar arasında yapılan bir çalışma sonucuna göre farmasötik bakım hizmetinin sağlanması açısından, eczacıların yaklaşık yüzde 60-70'i hasta kayıtlarına erişememenin en büyük sorun olduğunu söylemiş.

Olası sorunlardan üç başlıkta bahsetmiştik. O zaman olası çözümleri de üç başlıkta özetlemeye çalışalım. Neler yapabiliriz? Öncelikle bilgi ve

yeterliliği arttırmak adına profesyonel meslek içi eğitim devamlılığını ve sürekliliğini sağlamak adına girişimler yapabiliriz. TEB Akademi bunu başlatıyor ya da üniversitelerde ya da diğer meslek içi örgütlerde verilen eğitimlerle eczacının bilgi ve becerilerini günden güne yenilemesi sağlanıyor. Bilgilerin güncellenmesi ve iletişim becerilerinin kazanılması. Zaman ve mekân, aslında çok da büyük bir sorun değil. Eczanenin gereksinimlere göre yapılandırılması, yani sadece stoklama tarzında değil de, hasta ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda eczanenin yapılandırılması. Rollerin tanımlanıp, sorumlulukların paylaşılıp, dolayısıyla zamanın en iyi şekilde kullanılması. Teknik ve bürokratik işlemlerin belki de eczane teknisyenlerine devredilmek suretiyle bize kalacak zamanın hastaya harcanması. Teknoloji destekli yapılanmayla zaman kaybının önlenmesi de bunlardan biri. Sağlık sistemi, diğer sağlık personeliyle uygun yapılandırmaya baktığımızda, meslek örgütlerinin yapıcı çalışmalar sağlayarak, diğer meslek örgütleriyle birlikte multidisipliner bir çalışma sürdürmesi. Eczacılar arasındaki iletişimin artırılması, bilgisayar yardımıyla network oluşturulması da belki bir çözümdür.

**B**ayramdan önceki kongrede Hollandalı arkadaşlarımla yaptığım bir konuşmada, Hollanda'da eczacılar arasında serbest eczacıların bir network'le birbirine bağlı olduğunu öğrendim. Dolayısıyla bir hasta size geldiyse ve siz bunun kaydını bilgisayara girdiyseniz, iki gün sonra bu hasta başka bir eczaneye gittiğinde, o eczacı da bu hasta kayıtlarına, hasta bilgilerine ulaşabilecek, bu bir zorunluluk. Daha doğrusu, eczacı eğer girmek isterse, hasta kayıtlarına diğer eczacılar da ulaşabiliyor. Bir network oluşturulması, belki de hasta kayıtlarına ulaşmadaki uygun bir çözüm. Hastane eczacılarıyla işbirliğini, ne kadar biliyoruz? Hasta taburcu olduktan sonra size geliyor, ama taburcu olduktan bir ay sonra mı size geliyor, yoksa hemen bir hafta sonra mı? Dolayısıyla orada hastaneden taburcu olurken, eczacıdan aldığı bilgi ne, yardım ne, ilaçlar hakkında ne biliyor? Dolayısıyla hastane eczacılarıyla ilişkili olarak bir iletişim kurulabilirse, belki de bu hizmet çok daha sağlıklı bir şekilde verilebilir. Bölgesel sağlık kurumlarıyla ortaklaşa hizmet anlayışı, belki de çalıştığınız sağlık kuruluşlarıyla ilgili. Yalnız, bu ortaklaşa hizmet anlayışının yanlış yöne çekilmesini istemem. Benim kastettiğim, iletişim anlamındaki bir hizmet anlayışıdır. Eczanelerde oluşturulacak kronik hastalıklara yönelik izlem ve takip hizmetleri ki, hipertansiyon, diyabet bunlardan biri, hasta kayıtlarının düzenli tutulması ve dokümantasyonudur ve Avrupa'daki uygulamaları var.

**B**ir örnek, hipertansiyona ek olarak belki de verilebilir. Diyabet hastaları için serbest eczanelerde uygulanabilecek farmasötik bakım hizmetleri, kan şekeri ve kan basıncının ölçümü ve takibi, gerektiğinde yayınlanmış tedavi rehberlerine göre hastanın hekime yönlendirilmesi, dolayısıyla erken yönlendirme bizim için önemli. Glukoz ölçüm cihazını ilk kez kullanacak hastalara o konuda bilgi verilmesi ve eğitim verilmesi, yan etki, uyunc, enjeksiyon sorunlarının takibi ve ayakla ilgili sorunların hastaneye yönlendirilmesinin erken sağlanması ve tedaviye yönelik de diyetle, insülin veya oral hipoglisemiklerin kullanımına yönelik de bilgilendirme sağlanabilir.

Eczacılık mesleğindeki yeni yaklaşımlarla da yavaş yavaş konuşmamı bitirmek istiyorum. Destekleyici/yardımcı reçetelemeden artık bağımsız reçetelemeye geçiş; 2006'da İngiltere bağımsız reçetelemeye geçti.

Özellikle kronik hastalıklarda tekrarlayan reçete karşılanması, yine eczacının sorumlulukları içerisinde. Bunun yanı sıra, elektronik hasta kaydının tutulması, reçetelerin elektronik olarak aktarımı, e-eczane fikirleri, ilaç yönetimi servisleri, bunların hepsi, şu anda dünyada eczacılık mesleğiyle ilgili oluşturulan yeni fikirler. Neler yapabiliriz, daha fazla neler olabilir? Galiba önemli olan, ne kadar istediğimiz. Yeteri kadar nedenimiz varsa, her şeyi yapabiliriz, ben buna inanıyorum.

Teşekkür ederim.

#### **OTURUM BAŞKANI** (Prof. Dr. Turhan Baykal)

- Sayın Bayraktar'a sunumundan dolayı teşekkür ederiz.

Ben bir şey söylemek istiyorum: Buradaki yüze yakın katılımcının yüzde 80'i serbest eczacı. Biraz önce Kutay'ın da söylediği gibi, yan tarafta serbest eczacıları ilgilendiren parasal konular konuşulurken sizlerin burada olması, beni bir eğitici olarak sevindirdi. Burada olduğunuz için teşekkür ediyorum ve sizi kutluyorum.

Bir saptama daha yapmak istiyorum: Sayın Bayraktar, iletişimle ilgili dersler okutulmadığını söyledi, doğrudu. Ama bu üç sene öncesine göre doğrudu; çünkü biz üç senedir Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde teorik dersleri ve uygulamalı dersleri yüzde 25 azalttık. Bunu azalttıktan sonra da sosyal dersler koyduk. Bu dersler arasında zorunlu ve seçmeli olmak üzere davranış bilimleri, halkla ilişkiler, psikoloji, sosyal çalışma gibi, iletişimle ilgili dersler konuldu, bunu da bilgilerinize sunmak istedim.

Şimdi üç arkadaşla ilgili sorularınız, katkılarınız varsa, alalım.

Buyurun.

**Ecz. AYŞE ÖZDEMİR** (Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

- Ben de 95 yılında klinik eczacılık yüksek lisansını yaptım, ama lisans diplomamı klinik eczacı olarak almadım. Bir soru soracağım; çok güzel anlatıyorlar ve ben de aslında klinik eczacılık uygulamasının yaygınlaşması konusunda çok istekli birisiyim, ama yaklaşık 10 yıldır hastanede klinik eczacılık eğitimi alıp, ama bu işi yapamayan biri olarak soruyorum: Denildi ki, "oku, dinle, anla, uygula." Bununla ilgili 750 kişinin de sertifika aldığı söylendi. Akredite çalışmalarında falan da bellidir, ölçülür ve değerlendirilir. Siz bu 750 kişinin verdiğiniz eğitim programından ne anladığını, uyguladığını, devam ettirdiğini ölçebildiniz mi? Sağlık Bakanlığı ile bu klinik eczacılık uygulamalarıyla hiç görüşmeleriniz oluyor mu? Sağlık Bakanlığı bu konuda neler düşünüyor?

Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan eczacıların -bu programlara belki hepimiz katılmıyoruz- zorunlu olarak bu eğitim programlarına katılmaları daha doğru olmaz mı? Çünkü hastane eczacılığında şu anda sanıyorum yaklaşık 800 eczacı var, bu gönüllülük olmuyor, ben bunu kendim de biliyorum. Eczacıların zorunlu olarak bu tip bir eğitim programına katılmalarını sağlayıp ve özellikle pilot seçilerek, eğitim ve araştırma hastanelerinde bu uygulamaların ne kadar yapılabilir olduğunu, bu eğitimi veren kişiler olarak bizzat birlikte gidip görerek yapmanız mümkün değil mi acaba?

Teşekkürler.

**Yrd. Doç. Dr. KUTAY DEMİRKAN**

- Öncelikle şunu söyleyeyim: Yaptığımız eğitimlerde, eğitim sonrası değerlendirmeyi aslında düşünüyorduk. Hatta siz eğitime katılmış mıydınız; katılmadınız. Bizim bu eğitimimize katılanlar biliyordur, altı günlük eğitimimizin başında bizim bir eğitim öncesi değerlendirme sorularımız vardı, böyle bir ön değerlendirme yapıyoruz, acaba eczacı eğitimden önce ne biliyor diye. Arkasından, eğitim bittiğinde, tekrar değerlendirme sorularımız var, onları dağıtıyoruz, acaba ne aşamaya geldiler; ne biliyorlardı, ne öğrendiler, onu değerlendiriyoruz. Hatta biz bunu geçen sene Fabat Dergisi'nde bir makale olarak yayınladık.

Bizim aslında bu işe başlarken düşündüğümüz bir sonraki aşama da şuydu: "Biz üç ay sonra veya altı ay sonra bu eğitime katılan kişilere bir test daha yapalım, onlara ulaşalım. Acaba üç ay sonra bu bilgilerden ne kaldı?" Bunları yapmayı planlıyorduk, ama şu an onu gerçekleştiremedik. Bundaki nedenlerden bir tanesi şu: Eczacıların hepsi farklı yerlerden geliyor. Dolayısıyla biz o soruları onlara gönderdiğimiz takdirde, tek tek başlarında durmamız lazım. Ben diyelim ki size soru gönderdim, onu cevaplamanızı istiyorum, siz bana postayla geri göndereceksiniz. Ama siz bunu, kitabınızı açıp bakarsınız, arkadaşınıza sorarsınız, yani çok doğru bir değerlendirme olmayacaktı. Sizi tekrar aynı ortama toplayıp, bizim de başınızda durup, orada bir değerlendirme yapmamız gerekiyordu, bunu gerçekleştiremedik. O yüzden, "anladılar, uyguladılar ve anladılar" kısmını öğrendik, onu test ettik, ama uygulayıp sürdüremediklerini çok fazla bilemiyoruz.

Biz bu eğitimlerin devamını yaptık, enfeksiyon eğitimi yaptık. Oraya o eğitime katılan arkadaşlar geldi, bir kısım dedi ki, "biz eczanemizde bunlardan şunları yapıyoruz." Bazıları da "o bilgilerin bazılarını tekrar

edemedik, öyle kaldı" dedi. Ama bizim gördüğümüz kadarıyla bu eğitime katılanlar, eğitimlerden memnun kaldı. Kendilerinin bir şey öğrendiklerini görüp, bizim düzenlediğimiz diğer eğitimlere de katılmaya devam ettiler.

Teşekkür ederim.

#### **Dr. Ecz. AYĞIN BAYRAKTAR**

- Bir ekleme yapmak istiyorum: Takibini nasıl yapacağız, etkili oldu mu? "Evet, üç ay sonra etkili oldu." Peki, bir sene sonra etkili oldu mu, bilmiyoruz. Bunun için de elimizde veri olması lazım. Somut bir şeyler çıkarabilmeniz için kayıt tutulması gerekiyor. Hiçbir şekilde elimizde kayıt yok, eczacılardan gelen de kayıt yok ne yazık ki; çünkü henüz böyle bir format oluşturmadık. Ama belki de ileride yapılması gerekenler, herhangi bir eczacılıkla ilgili bir eğitim sonrasında uygulamadaki yapılanmaları görmemiz açısından belli bir format oluşturup onu takip edebilmek. Ama şu anda bize ne eczacıdan gelen bir kayıt var, ne de bizim onlara yönlendirebildiğimiz bir dokümantasyon var. Dolayısıyla bunu bilemiyoruz. Sadece bize tek geri bildirim, sözlü geri bildirim. O da bizlerden öğrendiklerini, eğitim boyunca öğrendiklerini eczanelerinde değiştirerek artık uygulamaya başladıkları. Bu bile bizim için aslında şu aşamada sevindirici.

#### **Yrd. Doç. Dr. MESUT SANCAR**

- Ben de Ayşe Hanım'a sorusu için teşekkür ediyorum. Ayşe Hanımla aynı dönemlerde master yapmıştık, o Ankara Üniversitesi'nde, ben Marmara'daydım. Hatta ortak vizitlere de katılmıştık, daha sonra kendisi hastane eczacılığına devam etti.

Ben de Sağlık Bakanlığıyla ilgili soruya geçmeden önce şunu söylemek istiyorum: Bu geri bildirimlerle ilgili bu tür kongrelerde ve fuarlarda arkadaşlara özellikle soruyoruz, "aldığınız eğitimi kullanabiliyor musunuz?" "Hocam, ilk 3 ay, 4 ay iyi kullanıyoruz. Ondan sonra yeni bir yürürlük çıkıyor, yasa değişiyor, yeni bir kararname, fiyatlar değişiyor, onlarla uğraşmaktan yine unutmaya başlıyoruz." Az önce Kutay Beyle de konuşuyorduk, bundan sonrası katılan arkadaşlara kalıyor. Bizim tabii ki 6 günde klinik eczacı yetiştirmek gibi bir hedefimiz yok, sadece fikri veriyoruz, ondan sonrası eczacıya kalıyor; bilgiye ulaşması, hastasına yaklaşımı, yenilikleri takip etmesi kendisine düşüyor.

Sağlık Bakanlığıyla ilgili girişimlerimiz oldu mu, olmadı mı? 2001 yılı idi yanlış hatırlamıyorsam, Sağlık Bakanlığıyla Klinik Eczacılık Derneği olarak görüştük ve İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğüyle üç günlük Klinik Eczacılık Kurultayı programı yaptık, yaklaşık 5-6 ay üzerinde çalıştık. Konuşmacılar belirlendi, program belirlendi, otel ayarlandı, hatta otel için teklifler değerlendirilme aşamasındaydı, konuşmacılar belirlenmişti. Hatta Amerika Birleşik Devletleri'nden bu işin uygulayıcılarından birini klinik eczacılık Amerika'da nasıl yapılıyor, bu konuda Sağlık Bakanlığı'nda bir fikir oluşsun diye çağırılım istedik. Her şey hazırlandı, arkadaşlarımız Amerika'dan biletlerini aldılar, herkes sunumlarını hazırlamaya başladı ve kurultaya iki hafta kala nedeni anlaşılmayan bir sebeple kurultay iptal edildi. Zaten duyurusu da daha yapılmamıştı, sonradan yapılacaktı. Amerika'daki arkadaşların biletleri alınmıştı, artık kendileri geldiler. Bu da söylenmez, ama Fikret Beyle ben kendi cebimizden onları ağırladık, bir hafta İstanbul'da konuk ettik onları, gezdirdik, onlardan bir şeyler almaya

çalıştığ. Ondan sonra, bu konuda hakikaten Fikret Bey çok üzüldüğü için, belli bir süre ara verdi. Belki yeni yeni yine dernek olarak girişimlerimiz olacaktır.

Teşekkür ederim.

**OTURUM BAŞKANI** (Ecz. Halis Mavioğlu)

- Değerli meslektaşlarım; katılımınızdan dolayı hepinize çok teşekkür ediyoruz.

Hepinize afiyet olsun.



