

## KÜÇÜK HASTANELER, BAKİMEVLERİ VE YARIM-GÜN ÇALIŞAN ECZACILAR

Amerika Birleşik Devlet'lerinde yaklaşık 2500 hastane, hastalarına ve doktorlarına farmasötik servis hizmetini sağlamak için yarım-gün ya da tam-gün eczacı çalıştırmamaktadır. Bu enstitülerde eczacı olmayan personel majistral olmayan ilaçları hizmete sokmakta, diğer tüm ilaçlar ise, bölgesel eczanelerden sağlanmaktadır (1).

Yasaların öngördüğüne göre, ilaçla ve benzeri bileşiklerle ilgilenmek yalnızca eczacının görevi olmaktadır. Bu işlevin dışında olmak, hastanelerin hastalarını yüksek kalitede bir eczacılık hizmetinden yoksun bırakmasının yanı sıra, hastane içinde doğması olası ilaç kazalarına ve ciddi tehlikelere uygun bir ortam oluşturmaktadır.

Amerikan Hastaneleri Birliği ve Amerikan Hastane Eczacıları Derneği hastanede yatan hastaların hiç bir zaman ve hiç bir şekilde eczacılık hizmeti olanağından yararlanmasında kısıtlama içinde olmayacaklarını bildirmiştir (2).

Tüm hastanelerde yeterli bir eczacılık hizmetinin kurulmasını sağlamak için her kadroya bir eczacı yerleştirmek, ulaştırılması istenilen bir ideal olmaktadır.

Bazı ileri görüşlü hastane yöneticileri, kendi enstitülerine yeterli bir eczacılık servisinin kurulması için pek çok sayıda plan geliştirmekte ve bunları yürürlüğe koymaktadır.

Bu bölümde, kadrosunda tam-gün eczacı bulunmayan hastanelerde ilaç işlemleri için öngördüğümüz dört prensipten söz edilecektir. Aynı yöntemler belki hemşire evleri ya da küçük tadilatlarla kapasitesi artırılmış bakım yerleri için de geçerli olabilir.

### **Tam-gün görevli eczacısı olmayan Hastanelerde ilaç işlevleri ile ilgili yöntemler**

Hastanelerde ilaç işlevlerinde kullanılmak üzere dört yöntem öngörülebilir.

1. Hastanedeki eczacılık hizmetini yürütecek bir ticari eczacı ile kontrat yapmak.

2. Dışardan bir eczacının hastaneye uğramadan ilaçların yalnızca ticari yönleriyle ilgilenmesini sağlamak. Bu durumda hastane içi ilaç dağıtımı hemşireler tarafından yürütülecektir.

3. Hastanenin eczacılık hizmetini, gereksinimlerini en yakın büyük hastane eczanesinden karşılamak.

4. Hastanedeki ilaç servisini, eczacı olmadan hemşireler ya da diğer personel ile yürütmek.

### **Küçük Hastane-Piyasa Eczacısı Tam Sorumluluk İlişkisi**

Küçük hastanelerde yarım-gün eczane programının uygulanmasının başarılı olduğu rapor edilmiştir (2). Burada aşağıdaki maddeler esas olarak alınmalıdır.

1. Yeterli, tam ve ayrı bir ilaç odası.

2. Günde ortalama üç saat hastanede aktif görev yapabilecek bir eczacı.

3. Küçük hastanenin ilaç odası ile konsültasyon servisleri için bağımsız bir eczane ile direk telefon bağlantısı.

4. Bağımsız eczaneden hastaneye ayak-üstü teslim servis bağlantısı.

5. Hastanede tüm saatlerde kullanılması için acil telefon numarası ve servis mevcudiyeti.

Küçük hastanelerle piyasa eczacısı arasındaki profesyonel olmayan ilişkiler için temel kuralların geliştirilmesine yönelik başlangıç çalışmasından bu yana, Amerikan Hastaneleri Birliği, ve Amerikan Hastane Eczacıları Derneği yarım-gün eczacılar ile küçük hastaneler arasındaki ilişkiler için bazı önerilerde bulunmuşlardır (3).

1959 Şubat ayında Amerikan Hastaneleri Birliği mütevelli Heyeti ve Amerikan Hastane Eczacıları Derneği Yürütme Komitesince onaylanan ve öneri ilkelerini kapsayan bildiride aşağıdaki bilgiler yer almaktadır.

### **Önsöz**

Tüm hastaneler hasta bakım ve tedavisinin gelişimi için organize eczacılık hizmetinin katkılarında haberdar olmalıdır. Bir takım güçlü ilaçların yıllık girişi nedeniyle tüm hastaneler bir eczacı tarafından yönetilen tam ya da yarım-gün farmasötik servise gereksinim duyar. Küçük hastanelerde tam-gün eczacı olmaması durumunda bu servis, yarım-gün çalışma esasına göre işletilebilir.

Eğer bir diğer hastane eczacısının servisi de mümkün değilse, bölgedeki bir eczacı ile anlaşma yapılmalıdır. eczacılık hizmetinin bölgedeki eczaneden karşılanması durumunda yarım-gün çalışan eczacı ile hastane arasında hangi hizmetlerin yürütüleceği belli koşullara bağlı olarak saptanabilir. Herşeyden önce yarım-gün çalışan eczacı ile küçük hastaneler arasındaki ilişkinin amacı, hasta sağlığına yönelik olmalıdır.

### **Temel İlke**

1. Hastanenin eczacılık hizmeti öncelikle hastanede yatan hastaların yararına olacak şekilde organize edilmelidir.

### **Organizasyon**

1. Hastane eczacılık servisi yasal mesleki nitelikleri kazanmış bir eczacının sorumluluğunda çalışmalıdır,

2. Yarım-gün çalışan eczacı da, hastane kadrosunun mesleki bir üyesi olup eczacılık hizmetinin gerekli sorumluluklarını yerine getirmekle zorunludur.

3. Yarım-gün çalışan eczacı aynı zamanda, eczacılık hizmetinin geliştirilmesinde danışmanlık işlevinin yanı sıra, onun hastalara ve hastane bölümlerine verdiği hizmette koordinasyonluk görevini de yapar.

4. Hastane eczacılık servisinin organizasyonunun içinde, hastanede diğer servislerle yürütülen ilişkiler hastane yönetimi tarafından hastane içine ve eczacılık servisini yürüten yarım-gün görevli eczacıya periyodikler halinde bildirilmelidir.

5. Eczacılık hizmetinin organizasyonunda, Eczacılık ve Terapötikler Komitesince organize edilen hastane hastaları için eczacılık hizmetinin geliştirilmesi ile ilgili kurallar göz önüne alınmalıdır.

### **Görevler**

1. Yarım-gün çalışan eczacının birincil görevlerinin başında ilaçların dikkatli hazırlanması ve çabuk bir şekilde hastalara ulaştırılmasının sağlanması gelmektedir.

2. Hastane hasta servisleri ile ilgili kayıtlar ayrı ayrı tutulmalı ve yasal bir kontrolde ya da hastane içi kontrolde hemen ortaya çıkartılabilecek şekilde hazır ve düzenli olarak bulundurulmalıdır. Bu tür kayıtlara örnek olarak narkotik, barbitürat, alkol, reçete ve diğer

hastanelerle ya da çevresel eczanelerle olan ilişkilere ait kayıtlar gösterilebilir.

3. Hem hasta, hem de genel hastane kullanımı için ilaç ve benzeri maddelerin satın alınmasında hastane ile yarım-gün eczacısı arasında iş ilişkilerine dayanan bir sistem kurulmalıdır.

### **Küçük Hastane-Piyasa Eczacısı Kısmı Sorumluluk İlişkisi**

Bu Plan altında, piyasa eczacısı küçük hastane ile ilaç reçetelerinin hazırlanması ve diğer ilaç ile ilgili görevler için bir kontrat imzalar. Eczacı, hastane eczacıları tarafından normal olarak yürütülen rutin faaliyetler ile ilgili her hangi bir görevde yer almak zorunda değildir. Bu tip bir anlaşmada hastanın ilaç gereksinimi, bir doktorun ya da hemşirenin eczaneye telefon etmesi ile sağlanır. Hazırlanan ilaç bir borç fişi ile birlikte hastaneye yollanır ve belli bir süre sonunda yapılan hizmet karşılığı ödenir.

### **Küçük Hastane-Büyük Hastane Eczanesi İlişkisi**

Bir çok büyük hastane bazı servislerde (patoloji, radyoloji) küçük hastanelere sık sık yardımcı olmaktadır. Buna ilâve olarak da, küçük hastaneler özel laboratuvar işlemleri gerektiren bir çok tahlil sıvısını analizlenmek üzere büyük hastanelere yollamaktadırlar. Durum böyle olunca farmasötik alanda bir ilişki kurulmaması için neden görülmemektedir. İki hastane arasındaki eczacılık hizmeti ilişkisinde küçük hastanede tam-gün görevli bir eczacının bulunması istemin işlerliğini artırması ve hastalara yönelik düzenli bir sistemin oluşturulması bakımından gereklidir. Bu tür bir ilişki her iki hastane açısından bir takım avantajlara sahiptir. Büyük hastanenin sağlık hizmeti götürmede bölgesini genişletmesinin yanı sıra, küçük hastane de kendi çevresine daha olumlu bir hizmet götürebilmektedir.

### **Eczacı ya da eczane ilişkisi olmayan küçük hastaneler**

Eczacı ya da eczane ilişkisi olmayan hastaneler kategorisine giren durumlarda, günlük servisler hemşireler ve pratik kazanmış teknisyenler tarafından yapılmaktadır (1) Böyle enstitülerde ilaçlar küçük bir odada saklanmakta ve bu oda ilaç odası diye adlandırılmaktadır. Bu koşullar altında hastane yöneticisi, bir yarım-gün eczacısının minimal eczacılık servisini oluşturamamasına rağmen, yine de basit bir eczacılık servis programı gerçekleştirebilir. Bu önerilen program aşağıdaki basamakları içermektedir:

1. Yöneticinin, tıp ve hemşire kadrosunu bir toplantıya çağırarak ilaç envanterinin ve hastanede tutulacak ilaçların belirlenmesine yönelik bir toplantı yapması
2. Amerikan Hastane Formülleri Servisine Üye olunması
3. Tüm ilaçların ya da ilgili diagnostik ajanların mümkünse küçük miktarlarda alınması
4. Eğer mümkünse ilaç odasından hastanenin en iyi ve güvenilir hemşiresinin sorumlu olmasının sağlanması
5. Reçeteye yazılan majistral ilaçların hazırlanması için bölgesel bir eczane ile anlaşma yapılması
6. Hastane yöneticisi yılda en az iki kere tıp ve hemşire kadrosu ile bir toplantı yapıp ilaç ile ilgili tüm dökümanların kontrolünü gözden geçirir.

Böyle bir programın uygulanması küçük miktarlarda ilaç satın alınması nedeniyle hem hastane hem de hastalara biraz daha pahalıya mal olmasına rağmen bu koşullar altında güvenilir bir eczacılık hizmetinin işlerliği için gerekli olarak görülmektedir.

### **Bakım evlerinde eczacının rolü-Genişletilmiş bakım kolaylıkları**

Birleşik Devletler Halk Sağlığı Servisi, Bakım evlerindeki standartları aşağıdaki şekilde açıklamıştır.

"Hastanede yatmak zorunluluğu bulunmayan hastaların muayene ve tedavi ve bakımlarının yapılabilmesi için gerekli gereçle donatılmış bakım odalarıdır. Burada hastalar eğitilmiş kişilerin bakımı altında gerekli tıbbi müdahalelere ya da kontrollere tabi tutulurlar."

Tıbbi bakım olgusu içinde Bakım evlerine çok büyük önemi vermek zorunluluğu doğmaktadır, çünkü buralarda bakım altına alınan kişiler genellikle yaşlı kişilerdir.

Haziran 1965 yılında yayınlanan bir raporda Bakım evlerinin sayısının 1958 kadar olduğu ve bunlarda 760441 yatağın bulunduğu yazılmaktadır (4).

Ülke çapında elde edilen verilerle yapılan istatistiklere göre 1975 yılında 25 milyonu aşkın yaşlı insanın bulunacağı ve yukarıdaki sayıya ek 70000 bakım evinin yapılması gerekmektedir.

Tıp hizmeti, bakım hizmeti ve eczacılık hizmetinin kişi sağlığı konusunda birbirinden ayırt edilemeyen üçlü bir kavram olduğu göz önüne alındığında, farmasötik servisin Bakım evlerinden soyutlana-

mayacağı görülmektedir. Bunun için eczane eczacıları ve hastane eczacıları mesleklerinde çift mesai uygulayarak bakım evlerine eczacılık açısından katkıda bulunabilirler.

Eczane eczacısı ile küçük hastane eczacısının arasındaki ilişkiye benzer bir iletişim burada da kurulabilir.

Halk yasası 89-97, eczacılık biliminde belli koşullar için genişletilmesi kolaylıklarını içermektedir. Bakım evlerinde yararlı olacağı kanısında olduğumuz eczacılık hizmeti için yasa içeriğini burada kısaca özetleyeceğiz.

### **Genişletilmiş bakım kolaylıkları için katkı koşulları**

#### **ECZACILIK SERVİSİ**

İLAÇLARIN GENELLİKLE ECZANELERDEN DAĞITILMASINA RAĞMEN, GENİŞLETİLMİŞ BAKIM KOLAYLIKLARI, ECZACILIK HİZMETİNİN KABUL EDİLMİŞ MESLEKİ PRATİKLE BİR UYUM İÇİNDE YÜRÜMESİNİ SAĞLAMAK İÇİN YÖNTEMLER VE İŞLEMLER ORTAYA KOYAR.

#### **Standart A**

#### **Eczacılık hizmetinin uygulanması için işlem**

Genişletilmiş bakım imkanları ilaçların ve biyolojik materyallerin elde edilmesi, dağıtımı ve uygulaması için kendine özgü yöntemleri, bir ya da daha fazla eczacı içeren eczacılık danışma komitesinin tavsiyelerine göre geliştirir ve yürütür.

1. FAKTÖR Eğer genişletilmiş bakım, eczane bölümü içeriyorsa, bir eczacı burada görev yapmalıdır.

2. FAKTÖR Eğer bu bakım hizmeti bir eczane bölümünü içermiyorsa, gerekli ilaç ve biyolojik maddeleri bölgedeki bir eczaneden kolaylıkla ve güvenilir bir şekilde sağlayabilecek bir iletim sistemi kurulmalıdır.

3. FAKTÖR Eğer büyük hacimli ilaçların depolanması için bir ilaç odası varsa:

i) Bu büyük hacimli ilaçların alımı, dağıtımı ve uygulanması ile tutulan kayıtların kontrol edilmesinden sorumlu bir danışman eczacı bulunmalıdır.

ii) Danışman eczacı, ilaç odasından dağıtımı sağlar, ilaçları düzenli bir şekilde etiketleyerek, ilaçları bakım personeli tarafından kullanılabilir hale getirir.

iii) Acil durumlarda ilaç odasından ilaç alımı için bir sistem kurulmalıdır.

### **Standart B**

#### **Doktor talebi ile uygunluk sağlamak**

Hastalara uygulanan tüm ilaçlar hastanın doktoru tarafından yazılmış olmalıdır. Ağızdan alınan ilaçlar yalnızca lisanslı hemşire tarafından verilmeli ve verilen ilaç yazılım halinde kayda geçirilerek 48 saat içinde hem hemşire hem de doktor tarafından imzalanmalıdır. Özellikle zamana ve doza bağımlı olmayan ilaçların talep edilmesi durumunda, doktor tarafından onaylanan yazılım politikası otomatik olarak kesilebilir.

1. FAKTÖR Yükümlü hemşire ve reçeteyi yazan doktor, her hastanın aylık ilaçları için bir araya gelirler.

2. FAKTÖR Bakım evlerindeki hastaların tedaviden yoksun kalmamaları için hastalara bakan doktorun ilaç istemine kesiksiz devam etmesi gereklidir.

3. FAKTÖR İlaçlar hastalara yalnızca sorumlu doktorun yazılı reçetesi ile verilir.

### **Standart C**

#### **İlaçların Uygulanması**

Tüm ilaçlar lisanslı tıp ya da hemşire personeli tarafından uygulanır. Uygulanan her doz klinik kayıtlara doğru bir şekilde kaydedilir.

1. FAKTÖR İlaçların doğru bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli bilgiler hemşire istasyonunda hazır bulundurulmalıdır.

2. FAKTÖR İlaçları uygularken ilaç kartları ya da diğer onaylanmış sistemler kullanılmalı ve doktorun uygulanmasını istediği reçete buradan kontrol edilmelidir.

3. FAKTÖR Bir hasta için yazılan reçete diğer bir hasta için kullanılmamalıdır.

4. FAKTÖR Hastaların kendi kendilerine ilaç kullanmaları acil durumlar dışında önlenmelidir, tek başına kullanım yine doktorun öngürdüğü bir program içerisinde yapılmalıdır.

5. FAKTÖR İlaç hataları ve ilaçlarda görülen etkileşme derhal doktora bildirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Meydana gelen tüm olaylar ve uygulanan tedavi klinik kayıtlara işlenmelidir.

6. FAKTÖR En son baskı ilaç referans kitapları ve referans kitaplar kaynak olarak Bakım evlerinde bulundurulmalıdır.

### **Standart D**

#### **Etiketleme ve İlaçların Saklanması**

Hastaların ilaçları düzgün bir şekilde etiketlenip hemşire istasyonlarında kilitli bir dolap içinde saklanmalıdır.

1. FAKTÖR Her hastaya ait ilaçlar hastanın tüm adını, doktorun adını, reçete numarasını, ilacın ismini ve içindeki doz miktarı ile çıkış tarihini, son kullanma tarihini, eczanenin adı, adresi ve telefon numarasını içeren bir etiket taşınmalıdır. İlacı üreten firmanın adı ve ilacın kontrol numarasının da etiket üzerinde bulunması salık verilmektedir.

2. FAKTÖR. Yırtılmış, okunamaz durumda bulunan ya da yukardaki bilgilerden her hangi birini içermeyen etiketler eczaneye yeniden etiketlenmek üzere geri gönderilmelidir. Etiket içermeyen ilaç kapları Federal yasalara uygun olarak imha edilmelidir.

3. FAKTÖR. Her hastaya ait ilaçlar kendi orjinal kaplarında tutulmalı ve saklanmalıdır. İlaçların bir kaptan diğer kaba aktarılması önlenmelidir.

4. FAKTÖR İlaç kabinlerinde saklanmakta olan narkotikler, barbitüratlar, amfetaminler ve diğer tehlikeli ilaçlar, ayrı bir yere kilitlenmiş ve sıkıca bir şekilde bağlanmış olarak tutulmalıdır.

5. FAKTÖR. İlaç kabinleri iyi bir aydınlatmaya sahip olmalı ve kalabalık yaratmayacak genişlikte olmalıdır.

6. FAKTÖR. Buzdolabında saklanması gerekli ilaçlar, buzdolabı içinde ayrı bir yerde bulundurulmuş bir kutu içinde ve ağzı kapalı bir şekilde sakalanmalıdır. Buzdolabının hemşire istasyonu içinde bulunmasının ayrıca bir yararı da vardır.

7. FAKTÖR. Haricen kullanılan zehirler ve ilaçlar, kabin içinde diğer ilaçlardan ayrı bir yerde ve kilit altında bulundurulmalıdır.

8. FAKTÖR. Uzun süre kullanılmayan ilaçlar Federal yasa ve düzenlemelere uygun olarak imha edilmelidir.

9. FAKTÖR. Son kullanma tarihi olan ilaçlar, bu tarihten sonra tedaviden kaldırılmalıdır.



**Standart E****Narkotikler ve diğerlerinin yasalara uygun kontrolü**

Federal yasalar narkotiklerin, hipnotiklerin, amfetaminlerin, belli trankilizan ilaçların elde edilmesinde, ilaç haline getirilmesinde, saklanması ve kullanılmasında geliştirilmiş ve özel koşulların sağlanmasını öngörmektedir.

1. FAKTÖR. Narkotik kayıtları ayrı kağıtlardan oluşan listeleri içermelidir. Her tip narkotik aşağıdaki bilgileri taşımalıdır: Tarih, uygulanan zaman, hastanın adı, doz, doktorun adı, dozu uygulayan kişinin imzasını taşımalıdır.

**SEÇİLMİŞ REFERANSLAR**

*Nursing Homes and Related Facilities*, Fact Book, U.S. S. Public Health Service, Washington, D. C., Government Printing Office, 1963.

KABAT, HUGH: *Drugs, Medicare and the Nursing Home*, Nursing Homes, 15: 10, 1966.

*Conditions of Participation for Home Health Agencies*, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Washington, D. C., Government Printing Office (HIM 2 1966).

CASHMAN, JOHN W.: *Nursing Homes in the Medicare Program*, J. A. Ph. A., 6: 236, May, 1966.

MCDONALD, ROY J.: *Nursing Homes Today*, J. A. Ph. A., 6: 239, May, 1966.

ECKEL, FRED M.: *Pharmacist's Key to Nursing Home Inservice Training*, J.A. Ph. A., 6: 258, May, 1966.

**BİBLİYOGRAFİ**

1. FRANCKE, D. E., LATIOLAIS, G. J., FRANCKE, G. N. and HO, N. F. H.: *Mirror To Hospital Pharmacy*, p. 169, American Society of Hospital Pharmacists, Washington, D.C.

2. *Extending Pharmacy Services in Smaller Hospitals* Am. Prof. Pharm., 22: 540, 1956.

3. *Suggested Principles of Relationship Between Smaller Hospitals and Part-Time Pharmacists*, Am. J. Hosp. Pharm., 16: 124, 1959.

4. *Conditions of Participation for Extended Care Facilities*, U.S. Dept. Health, Education and Welfare, Washington, D. C., Government Printing Office (HIM 3 1966).