

REÇETE YAZIMI

Pratisyen Hekimler Tarafından Reçete Yazımı

Arka Plan

Pratisyen hekimler tarafından yazılan reçeteler, İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri için ayrılan bütçenin %10unu, birinci basamak sağlık harcamalarının ise %60ını oluşturmaktadır. İskoçya'da, reçete yazımına bağlı kontolar, sağlık ile ilgili uygulama değişikliklerinde, birinci basamak hizmetleri altında ele alınmaktadır. Tekrar reçeteleri, tüm birinci basamak kuruluşlarında yazılan reçetelerinin %75'ini ve birinci basamaktan tedarik edilen ilaçların %80'ini oluşturmaktadır. (Harris ve Dajda, 1996) Çok sayıda hasta, çoklu ilaç rejimi uygulamakta ve tüm hastaların %20sinin tekrar reçetesi yazıldığı tahmin edilmektedir. İster bilgisayar üzerinden reçete edilsin ister hekim tarafından yazılsın, tekrar reçetesi yazdırma uygulaması, fazladan reçete yazılmasına, hastaların ilaç stoklamasına ve tedavinin hekim gözetiminden çıkarak düzensiz takip edilmesine neden olmaktadır. (Ulusal Denetleme Dairesi, 1993) Bunlara bağlı olarak, ilaç etkileşimleri, istenmeyen yan etkiler, zayıf hasta uyuncu ve uygun olmayan tedavi gibi durumlar söz konusu olsa dahi, hasta hekimini düzenli olarak ziyaret etmediği için bu durumlara müdahale edilmesi söz konusu olamayacaktır.

Tekrar reçetesi, "kronik veya nökseden hastalıklar için, klinik muayene olmaksızın yazılan reçete"dir. Tekrar reçetelerinin, bilgisayarda bir "reçete tekrar programı" aracılığıyla düzenlenmesi uygulaması tasarım aşamasındadır. Hazırlanış şekli nasıl olursa olsun (bilgisayarla veya doğrudan hekim tarafından) tekrar reçetesi yazılma uygulamasının,

hastanın hekimle yüz yüze görüşmesini içermediği aşikardır. Tekrar reçetesi yazma uygulaması gün geçtikçe, hekimler açısından mek-anik bir işlem haline gelmektedir. Hekim tarafından, bir hastanın belirli bir tedaviyi düzenli biçimde alması gerektiği belirlendikten sonra, bu hasta, tekrar reçetesi uygulaması programına kayıt edilmektedir. Hasta, elindeki ilaç bittiği zaman, mektup, telefon veya doğrudan sağlık kuruluşuna giderek reçete tekrar için başvuruda bulun-maktadır. Pratisyen hekim, hastanın başvurusu üzerine tekrar reçetesi yazabilmektedir. Memur tarafından bilgisayarda tekrar reçetesi, hekim tarafından imzalanmak üzere hastanın tedavi dosyasına takılmaktadır. İş yoğunluğu nedeniyle hekimler tekrar reçetelerinin çay saatinde imzalamakla, bu durumda da hastayla tedavi seyri konusunda görüşme yapmaları söz konusu olmamaktadır.

Tekrar reçetesi yazılmasında kullanılan bu mekanik sistemin ortaya çıkardığı bir diğer sorun ise, pratisyen hekim kadrosu açısından bu işlemin büyük bir iş yükü yaratmasıdır. Hekimler, bu iş yükünü azaltmak adına, normalde yapılması gereken uygulama, kişinin tekrar reçetesine bir aylık doza karşılık gelen miktarda ilaç yazılması şeklinde iken; aylık reçete sayımın azaltılması için, üçer aylık dozlar halinde reçete yazılması şeklindedir. Bu da doğal olarak, hastaların ilaç stoklamasına neden olmaktadır. Ayrıca, karşıladığı reçete sayısına göre ödeme alan eczacıların da gelirinin düşmesine yol açmaktadır.

Bu konuda oluşturulacak ideal sistem, bir hekimin, hastasına kronik bir hastalık teşhisi koyması sonrasında, uygulanacak tedaviyi belirtmesidir. Bunun ardından, klinik veriye dayalı olarak, hekim, tedaviyi tekrarlayıp tekrarlamayacağına karar verebilir. Bu kararın alınmasında ilaç yan etki-

lerinin izlenmesi; tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi; hastalığın tabiatı; hastanın sağlık durumu gibi faktörler etkili olacaktır. Hastanın kişiliği, zihinsel durumu ve tedaviye uyuncu gibi hasta ile ilgili faktörler de bulunmaktadır. Tüm bu faktörlerin değerlendirilmesi sonucunda, hekim, hastanın her ay yeniden ilaç alması direktifini vererek, örneğin 12 aylık doz içeren reçete yazmaya yetkili olmalıdır. Hasta, aylık ilacını almak üzere eczaneye gittiğinde, tedavinin takip ve değerlendirmesi eczacı tarafından yapılacak ve uygun bulunması halinde hastaya ilacı temin edilecektir. Değerlendirme sırasında eczacı, hastada oluşan yan etkileri, tedavinin etkinliğini göz önünde bulundurarak, tedaviyi sürdürmenin uygun olup olmadığını karar verecektir.

Araştırma Konuları

Kronik bir hastalık için hekim tarafından teşhis konmuş ve tedavi şeması belirlenmiş bir hastanın, tekrar reçetesi yazdırmak üzere, yeniden hekime gitmesine gerek kalmaksızın, tekrar reçetesini ilacını temin ettiği eczane eczacısının yazması sistemi ile ilgili olarak yapılacak araştırma, bu uygulamadan doğrudan etkilenecek olan dört kesimi ilgilendiriyordu. Bu çalışmada, bu dört kesim açısından değerlendirilmesi gereken hususlar:

HEKİM Açısından:

- Eczacı, her tekrar reçetesinde, ilacın verilmesinin uygunluğunu değerlendiren bir protokolü izleyecek mi?
- Eczacı açısından bir ihtilaf söz konusu olacak mı?
- İlaç harcamaları bu durumdan etkilenecek mi?
- Pratisyen hekimler ve sağlık personeli, işyükü açısından etkilenecek mi?

ECZACI açısından:

- Uygulamanın iş yükü üzerindeki etkisi ne olacak?
- Uygulamanın eczacıya sağlayacağı avantajlar neler?

HASTA Açısından:

- Yeni uygulamayı anlayabildi mi?
- Yeni uygulamayı benimsedi mi?
- Yeni uygulama kullanışlı mı?

ULUSAL SAĞLIK HİZMETLERİ Açısından:

- Tedavi maliyetlerinde değişim söz konusu mu?
- İlaçların istenmeyen yan etkileri nedeniyle hastaneyeye yapılan başvurularda artış söz konusu mu?
- Toplamda yarar-zarar tablosu nedir?

Metotlar

Yukarıda belirtilen araştırma konuları, fikir, memnuniyet, iş yükü, sonuç ve sağlık ekonomisi konularının bir araya gelmesi ile ortaya çıkmıştır. Uygulama hakkında kişilerin görüşünü almak için kullanılan yöntem, sıklıkla, yeni sistem ile ilgili deneyimleri ve memnuniyeti sorgulayan bir anket formu dağıtılması şeklindedir. Bu anket formlarının doldurulması sırasında kişiler, yaşadıkları bir ya da iki olaya dayalı olarak cevap verdiklerinden, verilen cevabın bütünü yansıtmayabileceği göz önünde bulundurularak, düzenli hasta kayıtları tutulması ve bu şekilde elde edilen bilgilerden yararlanılması daha olumlu sonuçlar doğurabilir.

Bununla birlikte, sağlık sistemleri söz konusu olduğunda, hastalar, hekime olan sadakatleri; memnuniyetsizlik dile getirirse tedavi imkanlarını kaybedecekleri korkusu; uygulamanın gelecekteki faydalarını tam olarak anlayamamaları gibi çeşitli nedenlere dayalı olarak uygulama ile ilgili gerçek görüşlerini ifade etmeyebilirler. Hasta görüşlerinin tam olarak öğrenilememiş olduğu bu gibi durumlarda, farklı yöntemlere başvurulması gerekir. Bu yöntemlerden birisi, karşılaştırma yöntemidir. Burada, kişiye mevcut sistem ile oluşturulacak sistem iki sütun halinde sunulacak, her iki durum karşılaştırmalı biçimde ifade edilir ve kişiden, hangi sistemi tercih edeceği bilgisi alınır.

Sistem değişikliğine gidildiğinde, karşı taraf gör-

üşü öncesinde değerlendirilmesi gereken bir konu, iş yüküdür. Hizmetin verilmesinde kullanılan mevcut sistem ile kurulmak istenen sistem arasında, hizmetin sağlanma süresi ve harcanan iş gücü bakımından değerlendirme yapılmamıştır.

Çalışma

Bu bölümde, 1995 yılında, eczane eczacılarının tekrar reçetesi uygulamasını takip ve kontrol ettiği bir sistemin değerlendirilmesi için yapılan çalışmanın raporları sunulmaktadır.

Amaçlar

Çalışmanın birinci amacı, tekrar reçetesi yazma yetkisinin eczane eczacılarına verilmesi uygulamasının, hekim, eczacı, hasta ve Ulusal Sağlık Sistemi üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

Çalışmada, ilaç yan etkileri ve ilaca dayalı istenmeyen etkiler açısından uygulamanın hasta sağlığı üzerinde olumlu etkisi olup olmadığı; hastanın tedaviye uyuncunun izlenmesi ve geliştirilmesi; uygulamanın ilaç israfı, ilaç masraflarında düşüş gibi etkilerle Ulusal Sağlık Sistemine fayda sağlayıp sağlamadığı; ve genel olarak hekim, hasta, eczacı ve sistem üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışma Düzeni

Grampian'da faaliyet gösteren eczane eczacıları ile, hastanın tekrar tedavisi için ilaca ihtiyaç duyması halinde tekrar reçetesi yazma işleminin eczacı tarafından yapıldığı bir sistem için rastgele kontrollü vaka çalışması yapıldı. Çalışma, İskoçya Sağlık Ofisi, Eczacılık Uygulamaları Birimi, Etik Komitesi ve Bölge Eczacılık Komitesi ile etrafıca değerlendirildi.

Meslek Mensuplarının Katılımı

1994 yılı Kasım ayında, Grampian bölgesinde faaliyet gösteren tüm pratisyen hekimler uygulama katılmak üzere davet edildi. Çalışmaya katılmaya istekli olduğunu belirten tüm hekimler çalışma kapsamına alındı ve detayların aktarılması için araştırma ekibinden bir kişi tarafından ziyaret

edildi. Hekimler, çalışma bölgeleri, tekrar reçetesi yazma yoğunluğu ve hasta sayılarına dayalı olarak, çalışma ve kontrol gruplarına ayrıldı. Kontrol grubunda yer alan hekimler, tekrar reçetesi yazımı konusunda mevcut uygulamayı sürdürdüler. Çalışma grubu ise hastalarını yeni sistem kapsamına aldı. Böylelikle, çalışma grubunda 36, kontrol grubunda 35 hekim yer aldı.

Grampian bölgesindeki tüm eczane eczacıları (n=121), hekimlerle yapılan görüşme sürecinden haberdar edildi, ve çalışma grubu hekimlerinin listesi, bu liste oluşturulur oluşturulmaz tüm eczanelere dağıldı. Çalışma kuralları çerçevesinde, her eczane ile görüşme yapılarak çalışmada yer almayı isteyip istemedikleri öğrenildi. Bir "çalışma" reçetesi almak isteyen her eczane ile, çalışma öncesinde, ekipten bir kişi tarafından görüşme yapıldı.

Grampian civarındaki 62 eczane, çalışma grubunda yer alan hastalara ait reçeteleri almaya istekli oldu. Bu eczacılar, uygulama detaylarının görüşüldüğü toplantıya çağırıldı.

Çalışma

Hekim tarafından, hastanın klinik ihtiyacına göre, 6 ay-12 ay arasında değişen süreler için yeterli derecede ilaç içeren reçeteler yazıldı. Bu reçeteler, üçer aylık periyotlarda hastanın hekimi ziyaret etmesini gerektirecek ve her ay ilacını eczaneden alabileceği biçimde düzenlendi. Hastalar, ilacı istedikleri eczaneden temin edebileceklerdi.

Hekimler ve eczacılar tarafından, tedaviye uyum, ilaç yan etkisi, ilaç etkileşimi ve istenmeyen etki değerlendirmesi için bir protokol kabul edildi. Hastaya ait bilgiler, eczacı tarafından, çalışma için özel olarak düzenlenmiş kayıt kartlarına işlendi.

Hastaların Çalışmaya Alınması

Tekrar tedavisi gören tüm hastalar, bu çalışma için uygundu. Çalışma kriterlerine uygun olan ve çalışma dışında tutulma kriterlerinden herhangi birine sahip olmayan tüm hastalar çalışma kapsamına alındı. Hastaların çalışma kapsamına alın-

ması 1995 yılı Haziran ve Eylül ayları arasında gerçekleşti. Hedef, uygulamaya katılan her sağlık ocağı için (tüm hekimlerinin uygulamayı kabul ettiği sağlık ocakları çalışma kapsamına alındığından, toplamda çalışma grubunda 9, kontrol grubunda 10 sağlık ocağı bulunmaktaydı) 250 hastanın kapsama alınmasıydı. Hastalar, tekrar tedavisi için başvuruda bulunduğu anda, her gün için ilk beş hasta, kapsama alındı. 10 hafta boyunca, uygulamayı yaygınlaştırmak ve sağlık ocağı personelinin iş yükünü hafifletmek amacıyla bu şekilde uygulama yapıldı. Kontrol grubunda da aynı yöntem izlenerek, kapsam dışı bırakma kriterlerinin uygulanmasına dek 2380 hasta toplandı. Bundan sonra, hastalara dayalı iş yükünü azaltılmak üzere kapsam dışı bırakma kriterleri uygulandı.

Profesyoneller İle İletişim

12 aylık çalışma süreci boyunca çalışmanın gidişatı, mevcut ve olası sorunlar ve çözümleri ile ilgili olarak tüm eczane eczacıları ile en az 2 kere telefon görüşmesi yapıldı. Çalışma süresince eczacılar en az bir kere ziyaret edildi. Bu ziyaretlerde de amaç, prosedüre dayalı sorunların çözümü, çalışma kayıtlarına izlenmesi ve her eczacı tarafından karşılanan reçetelerin değerlendirilmesiydi. Yapılan tüm telefon görüşmeleri ve ziyaretlerde görüşülen konular resmi kayıt altına alındı. Çalışmada yer alan meslek gruplarını bilgilendirmek ve motive etmek amacıyla hekimlere ve eczacılara çalışma sürecinde üç kere bülten gönderildi.

Sonuç Ölçümleri

Süreç: Eczacılar tarafından, ilaç tedariki sırasında çalışma grubu hastalarına ait veriler toplandı. Bu veriler; tedaviye uyum, yan etkiler/ilaç etkileşimleri; diğer belirtiler ve varsa sorunlar şeklindeydi. Her sağlık ocağından gelen 100 çalışma grubu hastası (toplamın %56'sı) ve tüm kontrol grubu hastaları için sağlık ocağından, çalışma süreci için, ziyaret adedi, uyum sorunları, tedavi değişikliği, varsa ölüm gibi bilgiler alındı.

Toplanan kayıtlar ve veriler, bir eczacı tarafından Microsoft Access veri tabanında toplandı. (veri girişinde ilaç bilgisi ve bazı mesleki yorumlar gerektiğinden veri girişi bir eczacı tarafından yapıldı) Süreklilik için verilerin büyük çoğunluğu sisteme araştırma grubundaki bir eczacı tarafından girildi.

Çalışma reçetelerinin tümünün birer kopyası, Genel Hizmetler Ajansı Eczacılık Uygulamaları Bölümü'nden tedarik edildi.

Memnuniyet ölçümleri: Çalışmaya katılan eczacıların, hekimlerin ve hastaların memnuniyeti, her gruba gönderilen anketlerin değerlendirilmesi ile ölçüldü. Anket içeriği, proje ekibi tarafından, çalışma katılımcıları arasından seçilen kişiler ile yapılan görüşmeler sonucunda hazırlandı. Eczane eczacıları ve hekimler için hazırlanan anket soruları ağırlıklı olarak işyükü, süreçten duyulan memnuniyet, mesleki memnuniyet, mesleklerarası iletişim, sorunlar, ve uygulamanın uzun vadede yapılabilişliği üzerineydi. Hekimlerden, sadece çalışma grubunda yer alanlara anket yapıldı.

Hem kontrol grubunda hem de çalışma grubunda yer alan hastalar, bir dizi soru ve karşılaştırma analizinden oluşan ankete tabi tutuldu. Tekrar reçetesinin eczane aracılığıyla temini yönteminin hastaya getirilmesi ve varsa dezavantajlarını araştırılan sorular soruldu; karşılaştırma analizi yöntemi ile de, hastanın genel olarak mevcut uygulamayı mı yoksa yeni sistemi mi tercih edeceği belirlendi.

Memnuniyet

Eczacılar: Anket gönderilen 36 eczacıdan cevap alındı. Bu eczacıların, toplam çalışma grubu hastalarından %75'ini oluşturan 1226 hastası vardı. Cevap verenlerin %28.6'sı erkek, %61.2'si kadındı.

Katılımcıların %36.7'si, bu çalışmanın çalışma grubundaki hastalar ile aralarındaki iletişimi güçlendirdiğini belirtirken, %8.2'si bu etkileşimin bozulduğunu belirtti. Çalışmanın, eczacılara, hastalarla konuşmak ve "meraklı" gibi gözükmeden

tedavileri hakkında sorular sormak için "bahane" olduğu düşünüldü.

Eczacıların hekimler ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinin bu çalışmadan büyük ölçüde etkilendiği gözlemlendi.

Görüşme ve tartışma grubu verileri, hangi tip hastanın yeni sistemden daha çok faydalandığı konusunda eczacılar arasında bir düşünce ayrılığı olduğunu gösterdi. Basit tedavi rejimi alan hastaların, tedavilerinin değişime ve kafalarının karışması ihtimalinin az olmasına dayalı olarak daha fazla yarar sağlayacağı düşünüldü; diğer taraftan bu grup, eczacı danışmanlığına en az ihtiyaç duyan grup olacaktır. Diğer yandan, daha karmaşık tedavi rejimi alan hastalar, eczacı danışmanlığına daha çok ihtiyaç duyacak olmakla birlikte; onların da kafasının karışması olasılığı daha yüksekti ve eczacının daha fazla zamanını alacaktı.

Görüşmelerden alınan geri bildirim, çalışmanın günlük ve haftalık iş yükünü artırmış olabileceğini gösterdi. Katılımcıların %63.3ü böyle bir değişiklik olmadığını belirtirken, %26.5i iş yükünün arttığını düşündüğünü belirtti.

Hastalar: Hastaların %81'inin, tekrar reçetesi sisteminde, yeni uygulamayı geleneksel sisteme tercih edeceğini belirtmesiyle, yüksek bir hasta memnuniyeti oranı sağlanmış oldu. Geri dönmeyen anket formlarının tamamında memnuniyetsizlik ifade edileceği düşünüldüğünde ise (en kötü senaryo) memnuniyet oranı %58'e düşecektir.

Hastaların, yeni sistemden zaman veya mali anlamda bir tasarruf sağladığını düşünmesi, yeni sistemin tercih edilmesini sağladı. Eczacı tarafından tedaviye ilişkin tavsiyeler verilmesi de, tüm hastaların, tavsiyeleri yararlı bulması açısından, yeni sistemin tercih nedeni oldu. Bununla birlikte, hastalar, yeni sistemde verilen tavsiyelerini geleneksel sisteme göre daha fazla olduğu yönünde bir bildirimde bulunmadı.

Hastaların çoğunluğu, sistemin mali anlamda faydalı ve kullanışlı olduğunu belirtti. Yine çok

sayıda hasta, eczacısının, tedavi süreci ile gerçekten ilgilendiğini ve yardımcı olmaya çalıştığını hissettiğini belirterek, eczacıyı hekim için bir "güvenlik ağı" olarak tanımladı. Sistemden emin olmak, sağlık bakım kalitesinden emin olmakla bir tutulabilir; ancak pilot uygulamalarda hastalara yöneltilen "sağlık bakım kalitesinde artış" hastalar tarafından yanlış veya eksik anlaşıldığından, bu ifade, sonuç anketinde yer almadı.

Hastalar, tekrar reçetesi yazdırmak için hekimlerini daha az ziyaret etme imkanından son derece memnun oldular. Bu sistemin, özellikle, reçete yazdırmak için zaman ayırmak zorunda kalan tüm gün çalışan kimseler için avantajlı olduğu görüldü. Bazı hastalar için ise, hekimini ziyaret etmek, sağlık garantisi olarak değerlendirildiğinde, yeni sistemde eczacı bu anlamda hekimin yerini almış oldu.

Karşılaştırma analizi, çalışma grubu için sistemin uygulanabilirliği ve kullanışlı olması önem taşıyan, hem çalışma hem kontrol grubu için, maliyetin önemli olduğunu ortaya koydu.

Değerlendirme

Başka yerlerde, örnek olarak Tayside ve Dorset'te yapılan çalışmalar, tekrar reçetesi yazılması şeklinde eczacıların da yer almasının uygunluğunu ve faydasını gösterdi. Üzerinde çalışılan modellerden en proaktif olanı, eczacının, sağlık ocağı/sağlık kuruluşu ortamında bulunarak hastalarla görüşebileceği, hastanın herhangi bir şikayeti olması halinde bunun anında hekime danışabileceği bir sistemdir.

Uygulamada yer alan eczacıların sağlayacağı yarar artırmak amacıyla, Sağlık Bakanlığı 1997 yılında, tekrar reçetesi yazılması konusunda bir dizi pilot çalışma için fon ayırdı. Bu çalışmaların en geniş kapsamlı olanı Ulusal Eczacılık Birliği liderliğinde, Eczacılık Hizmetleri İşbirliği Komitesi, York Üniversitesi ve Aberdeen Üniversitesinin katılımıyla gerçekleşti. Bu projelerin sonuçları beklenmekte ve eczanelerin bu alanda daha fazla rol almalarını sağlayacak yönde sonuç alınacağı umul edilmektedir.

Tablo 5.1 Hastalara Ait Bilgi Özeti

Özet detayları	Çalışma grubu	Kontrol grubu
Katılımcı hasta sayısı	1614	1460
Kadın: erkek oranı	618:996	605:800
Kadın: erkek %	38:62	43:57
Ayrılan sayısı	111	-

Tablo 5.2 Sorunların Türü ve Yoğunluğu

Sorun türü	Sayısı
<i>Uyum sorunları</i>	
İlacı almada gecikme/unutma/alınama	47
Reçete edilen dozdan farklı doz alınması	34
Zamanından erken/gereğinden fazla almak	33
Gerekli olmayan tedavi alınması	24
Çeşitli sorunlar	10
Kafası karışmış	5
Uyum alt toplamı	153
<i>İstenmeyen ilaç etkileri</i>	
NSAID	8
Diğer analjezikler	6
Çeşitli	10
İlaç etkileşimi	
<i>Reçete içi etkileşim</i>	4
Reçete ilaçları ile OTC arasında	2
İstenmeyen etki/etkileşim alt toplamı	30
<i>Diğer sorunlar</i>	
Genel belirtiler	34
İlaça dayalı	15
Reçeleğe dayalı	9
Çeşitli	8
Çalışmaya dayalı sorunlar	2
Diğer sorunlar alt toplamı	68

Diğer yandan, içinde bulunduğumuz elektronik çağda, tatil rezervasyonundan bankacılık işlemlerine kadar çoğu işlem, internet aracılığıyla bilgisayar üzerinden yapılmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmetleri, bilgi teknolojisinin önemini bugüne kadar yeterince kavrayamamış olsa da, bireysel servisler ve bazı meslek grupları, bu teknolojinin sağladığı olanakları kullanmaya çoktan başlamıştır. Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde hasta bilgi transferinin bilgisayar üzerinden yapılması sistemine geçilmesi halinde, ilaç temini için gerekli bilgi hekim tarafından net üzerinden eczacıya gönderilebilecektir.

Hekimler ile eczacıların net üzerinden görüşmesini sağlayacak bağlantının kurulması halinde, eczane eczacılarının klinik anında tekrar reçetesi yazım sürecine dahil olma şansı artacaktır. Hastaya dair verilerin eczacıya net üzerinden gönderimi ile, süreç içerisinde iletişim eksikliğinden kaynaklanacağı düşünülen sorunlara dair endişeler de ortadan kalkacaktır.

Tablo 5.4 Pratisyen Hekimlerin Memnuniyet Anketine Verdği Cevaplar

Soru	%	(Sayı)
Geleneksel tıkrar sistemi ile karşılaştırdığında, hastalarının tedavisini ne sıklıkta gözden geçiriyorsunuz?	42	33
	42	
	15	
Hastaların tıkrar tedavisi için yapılan gözden geçirme programını yararlı buldunuz mu?	63	32
	38	
Çalışmalarda eczacının da yer almasının, hastaların tedavi kalitesini artırdığını düşünüyor musunuz?	30	33
	52	
	18	
Çalışmalarda eczacının da yer almasının hastaların tedavi kalitesini azalttığını düşünüyor musunuz?	-	33
	24	
	76	
Genelde, çalışmanın eczacılar ile mesleki ilişkiniz üzerinde etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	21	33
	3	
	76	
Çalışma grubu hastalarının yeni tıkrar reçetesi sistemini kullanmayı sürdürmesini ister misiniz?	75	32
	25	
Tıkrar reçetesi sistemini, şu anda kapsamında olmayan diğer hastalarınıza da uygulamak ister misiniz?	59	32
	41	
Tıkrar reçetesi uygulamasında hangi sistem ile çalışmaya devam etmek istersiniz?	19	32
	19	
	63	
	-	

Referanslar

- Anonymous (1992a). Puzzling prescription. *Pharm J* 248: 224.
- Anonymous (1992b). Mystical prescription. *Pharm J* 249: 593.
- Anonymous (1992c). Physical prescription. *Pharm J* 249: 258.
- Bond C M (1999). Pharmacy and primary health care. In: Sims J, ed. *Primary Health Care Sciences*. London: Whurr.
- Bond C M, Hickey F, Matheson C (1997). Problems and pitfalls in practice research. *Pharm J* 258: 12-13.
- Bond C M, Matheson C I, Williams S, et al (2000). Repeat Prescribing: a role for community pharmacists in monitoring and controlling repeat prescriptions. *Br J Gen Pract* 50: 271-5.
- Bond C M, Sinclair H K, Taylor R J, et al. (1995). Pharmacists: a resource for general practice? *Int J Pharm Pract* 3: 85-90.
- Bond C M, Taylor R J, Williams A, et al. (1993). The role of the pharmacist in encouraging high quality prescribing. Report to Grampian Health Board on research project grant.
- Crown J (1999). Review of the prescribing, supply and administration of medicines. London: Department of Health.
- Department of Health (1987). Promoting better health Government White Paper CM 249. London: HMSO.
- Department of Health (1999). Protecting and using patient information. A manual for Caldicott guardians. Edinburgh: The Scottish Office.
- Department of Health and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (1992). *Pharmaceutical Care: The future for community pharmacy*. Joint Working Party on the future role of the community pharmaceutical services. Government White Paper (1996). Primary care: choice and opportunity. London:HMSO.
- Harris C M, Dajda R (1996). The scale of repeat prescribing. *Br J Gen Pract*: 46:649-53.
- Irish Pharmaceutical Contractors Committee (1996). Clause 9 of agreement on the future provision and improvement of community pharmacy services under the Health Act 1970. Irish Pharmaceutical Union.
- Jones J, Matheson C I, Bond C M (2000). Patients' satisfaction with a novel system of repeat prescribing. Submitted to *Int J Pharm Pract*.
- National Audit Office (1993). Repeat prescribing by general medical practitioners in England. Report by the Comptroller and Auditor General. London: HMSO 897.
- National Audit Office (1994). A prescription for improvement. Report by the Comptroller and Auditor General. London: HMSO.
- Scottish Health Service Management Executive (1997). Primary Care: agenda for action. Edinburgh: Scottish Office Department of Health.
- Scottish Office (1993). Accountability reviews: priorities and planning guidance. The Scottish Office NHS MEI. 155.
- Secretary of State for Scotland (1997). Designed to care: reviewing the National Health Service in Scotland Cm 3811. Edinburgh: Scottish Office Department of Health.
- Spencer J A, Edwards C (1992). Pharmacy beyond the dispensary: general practitioners' views. *BMJ* 304: 1670-72.
- Zermansky A G (1996). Who controls repeats? *Br J Gen Pract* 46: 643-47.

