

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele

Eczacıların Katkısı

2019



ADVANCING
PHARMACY
WORLDWIDE

Künye

Telif hakkı 2019 Uluslararası Eczacılık Federasyonu'na (FIP) aittir.

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)

Andries Bickerweg 5 2517 JP Lahey Hollanda www.fip.org

Tüm hakları saklıdır. Bu yayının hiçbir kısmı herhangi bir erişim sisteminde depolanamaz veya herhangi bir biçimde veya herhangi bir araçla -elektronik, mekanik, kayıt veya kaynak belirtilmeden- kopyalanamaz. FIP, bu rapordaki herhangi bir veri ve bilginin kullanımından kaynaklanan zararlardan sorumlu tutulamaz. Bu raporda sunulan verilerin ve bilgilerin doğruluğunu sağlamak için tüm önlemler alınmıştır.

Yazarlar:

FIP Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Eczacıların Rolü Üzerine Çalışma Grubu

Başkan: Isabel Jacinto (Portekiz)

Başkan 2015-2017: Isabelle Adenot (Fransa)

Yetunde Oyenevin (Nijerya)

Luna El Bizri (Lübnan)

Kristina Billberg (İsveç)

Deirdre Criddle (Avustralya)

Manjiri Gharat (Hindistan)

Michael D. Hogue (ABD)

Layla Kishli (Lübnan)

Anna Laven (Almanya)

Gonçalo Sousa Pinto (FIP)

Ying Zhou (Çin)

Editörler:

Isabel Jacinto

Gonçalo Sousa Pinto

Editör yardımcıları:

Mariana Gomes

Catarina Nobre

Ibrahim A. Rasoul

Önerilen alıntı:

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele - Eczacıların Katkısı

© Türk Eczacıları Birliği, 2019

ISBN: 978-975-8037-52-0

Çeviren: S.Arit

Editör: Prof. Dr. Mesut Sancar

Baskı: Arkadaş Basım K.Karabekir Cd. Sütçüoęlu İş Hanı No.37/4 Ulus Ankara

Kapak resmi: © tai11 | Shutterstock.com

Takdim

İnsanın doğuştan gelen yaşam beklentisi uzuyor. Ama öbür taraftan da bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüm dünyada adeta bulaşıcı hastalıklar kadar hızlı yayılıyor. Astım, diyabet, hipertansiyon, kanser ve daha nice hastalığın prevalansı geçtiğimiz on yıllarda katlanarak arttı. Öbür taraftan da bu hastalıklarla mücadelede gereken altyapı, tedavi araçları ve sağlık çalışanları ihtiyacını karşılamakta dünya üzerindeki tüm sistemler yetersiz hale geliyor. Bir yandan sağlıklılık hali artıyor, diğer yandan sağlık tehditleri de çoğalıyor.

Sağlık tanımı genişliyor. Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre artık sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.”

Aynı zamanda sağlık sigortalarının da kapsamı genişliyor. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı artıyor, kronik hastalık tedavileri daha fazla dikkat gösterilen ve yatırım yapılan bir konu haline geliyor. Zira, kronik hastalıklara bağlı sağlık sorunları yaşam kalitesinin radikal bir düşüşüne, hatta yaşamın kendisine mal olabildiği gibi, sağlık harcamalarını da artıran bir işlev görmekte.

Bu tablo içinde eczacılar birinci basamak sağlık çalışanlarının bir parçası olarak, hastalıkların önlenmesinden uyumlu bir tedavinin sürdürülmesine kadar çok çeşitli alanlarda sorumluluklar üstlenmeye başlamış bulunmaktalar. Bir semptom söz konusu olduğunda, sağlık sisteminin kapıları eczane ile açılır ve sağlık hizmet alımının son noktası da eczanedir. Eczacı, bu görevini yerine getirmek için mesleki yeterliliklerini geliştirmek, her daim güncel tutmak zorundadır. O nedenle de mesleğimizi her koşulda yenilemek, daha etkili, daha güvenli, daha kapsayıcı bir eczacılık hizmet modelini geleceğe taşımak her daim öncelikli hedefimiz olmalı.

Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun yayınlarını Türkçe'ye kazandırmak bizim için son derece önemli ve gerekli bir çalışmadır. Sağlığın enternasyonal doğası, sağlık çalışanlarının da bilgi ve deneyimlerini birbirine aktaracağı zeminleri zorunlu kılar. İşte bu kitap, uluslararası deneyimi Türkiye'ye taşımamızın araçlarından bir tanesi oldu. Araştıranlara, hazırlayanlara, çevirenlere, düzelterlere çok teşekkür ediyoruz.

Ecz. Erdoğan ÇOLAK
Başkan
Türk Eczacıları Birliği

Önsöz

Hastalara en yakın sağlık danışmanıyız. Her süreçte onların yanındayız. Bu özelliğimiz ile bizler sağlık sistemi için vazgeçilmez bir konumdayız. Öyle ki sağlık sistemine önleme, tarama, izleme ve müdahale gibi pek çok farklı kanaldan katkı sunuyoruz. Bizler hastalarımıza ve bireylere yüksek kaliteli ve erişilebilir birinci basamak sağlık hizmeti sunma kapasitesine sahibiz.

Bu konumumuz, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele ve hastalarda ilaç uyumunun geliştirilmesi gibi alanlarda bizleri çok daha önemli bir noktaya taşıyor. Genel olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak tanımlanan diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, astım/KOAH ve kanser gibi çağımızın en yaygın hastalıkları ile mücadele konusunda biz eczacılara kritik görevler düşüyor. Bu bilinç ile hareket ediyor ve sağlık alanındaki mevcut rolümüzü ve kapasitemizi daha da geliştirmeye; mesleğimizi geleceğe taşımaya çalışıyoruz. Bizler bu ülkenin eczacıları olarak sağlığa kattığımız değer farkındayız. Bu farkındalık ile yolumuza devam ediyor; mesleğimize yön ver vermek adına daha fazla çalışıyoruz.

Eczacılık hizmetlerinin daha kaliteli, daha hasta merkezli ve daha standart bir çerçeveden yürütülmesi amacı ile başlattığımız ve siz değerli meslektaşlarımızın katkıları ile geliştirdiğimiz Rehber Eczanem Programımız ile artık farklı bir noktadayız. Program kapsamındaki Astım/KOAH, Diyabet ve Hipertansiyon modülleri ile hastalık yönetim süreçlerinde eczacı danışmanlığının ne denli önemli olduğunu birçok defa daha deneyimledik. Bu deneyimlerimiz ışığında ölçülebilir ve takip edilebilir bir hastalık yönetim süreci yaratarak meslek hakkına ulaşma hedefiyle çalışmalarımıza yön veriyoruz. Bu noktada eczanelerimizde sunmuş olduğumuz birçok danışmanlık hizmetini daha da geliştirip kapsamını genişleterek, eczacılar olarak fark yaratabilir ve sağlık sistemine ciddi katkılar sunabiliriz.

Bu amaçla, üyesi olduğumuz Uluslararası Eczacılık Federasyonu(FIP) tarafından hazırlanan "BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARLA MÜCADELE - ECZACILARIN KATKISI" isimli kitabın çevirisini sizlerle paylaşıyoruz. Avustralya, Çin, Lübnan, Finlandiya, İsveç gibi birçok ülkedeki deneyimlerin de aktarıldığı bu önemli eser mesleğimiz için çok faydalı bir kılavuz niteliğinde. Bu çalışmanın mesleğimize ve tüm meslektaşlarımıza katkı sunacağına inanıyoruz.

Ülkemize, toplumumuza ve mesleğimize değer katacak daha birçok çalışmanın altına hep birlikte imza atmaya devam edeceğiz.

Ecz. Arman ÜNEY
Genel Sekreter
Türk Eczacıları Birliği

İçindekiler

Yönetici özeti.....	16
1 Giriş	21
1.1 Halk sağlığına yönelik artan bir tehdit ve sağlık sistemleri için ağır bir ekonomik yük	24
1.2 Önleme ve tarama	25
1.3 Farmasötik bakım	25
1.4 Tedavi ve hastalık yönetimi.....	26
1.5 Eczacı eğitimi ve işgücü gelişimi	27
1.6 Farmasötik bakımı ve BOH'ları destekleyen temel ve yeni teknolojiler .	28
1.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	29
1.8 Kaynakça	30
2 Kanıt: Eczacı müdahalelerinin etkisi üzerine literatür taraması.....	35
2.1 Önleme.....	37
2.1.1 Kaynakça.....	37
2.2 Tarama.....	39
2.2.1 Kardiyovasküler hastalıklar	39
2.2.2 Diyabet.....	42
2.2.3 Astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı	43
2.2.4 Kanser	43
2.2.5 Kaynakça.....	45
2.3 Yönlendirme	47
2.3.1 Sevk zinciri	47
2.3.2 Mesleklerarası ilişkiler	47
2.3.3 Bakım geçişleri.....	48
2.3.4 Hastalık-merkezli sevk zinciri	48
2.3.5 Kardiyovasküler çalışmalar-yönlendirmelerin sonucuna odaklanmak...	49

2.3.6 Astım çalışmaları - yönlendirmelere odaklanmak	49
2.3.7 Kaynakça.....	50
2.4 Tedavi ve hastalık yönetimi.....	52
2.4.1 Diyabet.....	53
2.4.2 Kardiyovasküler hastalıklar	53
2.4.3 Astım ve KOAH	53
2.4.4 Kanser	55
2.4.5 İlaça uyumu artırmak.....	56
2.4.6 Kaynakça.....	58
3 Eczacıların bulaşıcı olmayan hastalıklardaki rolüne dair küresel anket.....	63
3.1 Amaçlar ve hedefler.....	63
3.2 Veri toplama yöntemi ve aracı.....	63
3.2.1 Anket formunun tasarımı	63
3.2.2 Çalışma örneklemi	64
3.2.3 Kısıtlılıklar.....	66
3.3 BOH'ların önlenmesi: eczacıların rolü	67
3.3.1 Eczacıların BOH önleme programları veya faaliyetlerine katılımı	67
3.3.2 Eczane temelli BOH önleme faaliyetlerine dair ülkelere özgü bilgi ve kaynaklar	72
3.4 BOH hastalarının taranması veya erken tespiti.....	73
3.4.1 Eczacıların BOH tarama faaliyetlerine katılımı	73
3.4.2 Kardiyovasküler hastalıklar: tarama yöntemleri.....	75
3.4.3 Diyabet: tarama yöntemleri	77
3.4.4 Astım: tarama yöntemleri.....	80
3.4.5 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: tarama yöntemleri.....	81
3.4.6 Kanser: tarama yöntemleri.....	82
3.4.7 Eczane temelli BOH tarama faaliyetlerine dair ülkelere özgü bilgiler ve kaynaklar	83
3.5 Potansiyel BOH hastalarının yönlendirilmesi	84

3.6 BOH hastalarının farmasötik bakımı ve tedavi izlemi.....	87
3.7 Hastanın sağlık kayıtlarına erişim	93
3.8 Eczacı işgücünün BOH'larla ilgili rolleri hakkında eğitimi	100
3.9 Serbest eczacıların BOH yönetimine katılımlarının önündeki kısıtlılıklar ve engeller.....	101
3.10 Destekleyici teknolojilerin kullanılması	103
3.11 BOH'lara yönelik mesleki politikalar	104
3.12 Ek gözlemler	106
3.13 Kaynakça	108
4 Olgu çalışmaları	110
4.1 Avustralya	110
4.1.1 Yasal çerçeve	110
4.1.2 Önleme	110
4.1.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	111
4.1.4 Eğitim	113
4.1.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	114
4.1.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	114
4.1.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	115
4.1.8 Kaynakça:.....	115
4.2 Çin	117
4.2.1 Yasal çerçeve	117
4.2.2 Önleme, tarama ve yönlendirme.....	117
4.2.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	118
4.2.4 Eğitim	119
4.2.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	119
4.2.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	119
4.2.70 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	119
4.2.8 Kaynakça.....	120

4.3 Finlandiya	120
4.3.1 Yasal çerçeve	120
4.3.2 Önleme	121
4.3.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	121
4.3.4 Eğitim	124
4.3.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	124
4.3.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	125
4.3.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	125
4.3.8 Kaynakça.....	126
4.4 Almanya	127
4.4.1 Yasal çerçeve	127
4.4.2 Önleme	127
4.4.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	128
4.4.4 Eğitim	130
4.4.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	131
4.4.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	131
4.4.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	132
4.4.8 Kaynakça.....	133
4.5 Hindistan	134
4.5.1 Yasal çerçeve	134
4.5.2 Önleme	134
4.5.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	135
4.5.4 Eğitim	135
4.5.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	135
4.5.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	135
4.5.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	135
4.5.8 Kaynakça:.....	136
4.6 Lübnan	136

4.6.1 Yasal çerçeve	136
4.6.2 Önleme	137
4.6.3 Eğitim	138
4.6.4 Tedavi ve hastalık yönetimi	138
4.6.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	139
4.6.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	139
4.6.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	140
4.6.8 Kaynakça.....	140
4.7 Nijerya	141
4.7.1 Yasal çerçeve	141
4.7.2 Önleme	141
4.7.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	142
4.7.4 Eğitim	143
4.7.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	143
4.7.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	143
4.7.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar;	144
4.7.8 Kaynakça.....	145
4.8 Portekiz.....	145
4.8.1 Yasal çerçeve	145
4.8.2 Önleme	147
4.8.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	151
4.8.4 Eğitim	155
4.8.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	155
4.8.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	156
4.8.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar:	159
4.8.8 Kaynakça:.....	160
4.9 Güney Afrika	163
4.9.1 Yasal çerçeve	163

4.9.2 Önleme	164
4.9.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	165
4.9.4 Eğitim	166
4.9.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	167
4.9.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	168
4.9.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	168
4.9.8 Kaynakça.....	169
4.10 İsveç.....	170
4.10.1 Yasal çerçeve	170
4.10.2 Önleme	171
4.10.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	173
4.10.4 Eğitim	174
4.10.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	175
4.10.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	175
4.10.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	176
4.10.8 Kaynakça:.....	176
4.11 İsviçre	177
4.11.1 Yasal çerçeve	177
4.11.2 Önleme	179
4.11.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	179
4.11.4 Eğitim	179
4.11.5 Yeni teknolojilerin kullanımı	180
4.11.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	180
4.11.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	180
4.12 Amerika Birleşik Devletleri.....	180
4.12.1 Yasal çerçeve	180
4.12.2 Önleme	181
4.12.3 Tedavi ve hastalık yönetimi	181

4.12.4 Eğitim	182
4.12.5 Yeni teknolojilerin kullanımı.....	183
4.12.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği	183
4.12.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar	183
4.12.8 Kaynakça.....	183
4.13 BOH'lara yönelik diğer ulusal girişimler.....	185
4.13.1 Danimarka: Yeni ilaç hizmetindeki gelişmeler	185
4.13.2 İrlanda: Yeni ilaç hizmeti kronik hastalığı olanların ilaç tedavisine uyumunu artırıyor.....	185
4.13.3 İspanya: Kolorektal kanserde erken tarama	190
5. Sonuç ve öneriler	193

Yönetici özeti

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) yünden yılda 36 milyondan fazla kişi hayatını kaybetmektedir. Bu rakam dünya genelindeki ölümlerin %60'ına tekabül ederken, bu ölümlerin 15 milyonu 70 yaşından önce gerçekleşmektedir.¹ BOH'ların önlenmesi ve kontrolü, terapötik açıdan maliyet-etkili, hasta ve/veya sağlık sistemleri tarafından karşılanabilir ve yerel kaynaklar doğrultusunda uygulanabilir müdahaleler gerektirir. Müdahalelerin ulusal politikalar dâhilinde, BOH ve risk faktörü göstergeleriyle uyumlu olması gerekir. Seçilen müdahaleler, hedef kitlede ve bireylerde sağlık hizmetlerinde eşitliği artırmaya ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeye katkıda bulunmalıdır. DSÖ için öncelikli BOH'lar dört alana ayrılmaktadır: Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, astım/kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kanser.²

Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Üzerine Çalışma Grubu, tüm FIP üyesi kuruluşlarla bir anket yaparak eczacıların BOH'lar ile ilgili başlıca faaliyetlerini incelemiştir. Eczacıların BOH'lardaki rolüne dair genel bir bakış sunmak için kaynak olarak mevcut literatür ve olgu çalışmaları kullanılmıştır.

Bu yayın, en iyi uygulamaları ve örnekleri derleyerek hazırlanmış olup, BOH yönetiminde eczacıların rolünün genişletilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde küresel bir kanıtın temelini oluşturmaktadır. Dünya çapında eczacıları, önleme ve tarama faaliyetlerinden, gerektiğinde hastanın sevkine, sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirmek için eczacı öncülüğündeki hasta merkezli BOH yönetimine kadar, BOH'lar konusunda harekete geçmeye teşvik etmektedir.

Önleme ve erken tanı konusuna odaklanan multidisipliner sağlık ekibinde ilgili faaliyetleri gerçekleştirebilen ve ilaç tedavisi rejimlerine uyumu en uygun hale getirebilen eczacıların, BOH'lara karşı küresel mücadelede değerli bir varlık oldukları araştırmalar yoluyla kanıtlanmıştır.

Nisan 2018'de, DSÖ Kopenhag'da "Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün sürdürülebilir finansmanı için ortaklık üzerine küresel diyalog 2018" başlıklı bir konferans düzenlemiştir. Bu konferans için brifing belgelerinde yer alan önemli mesajlar arasında DSÖ şunları belirtmektedir:

- BOH'lar konusunda yeterlilik ve toplumsal sorumluluk her sağlık çalışanının eğitim müfredatının bir parçası olmalıdır.
- BOH'ların yükünü azaltmak için, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, korunması, özel bakım ve rehabilitasyonla yakından bağlantılı, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetiyle bütüncül bir yaklaşım kullanarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi son derece önemlidir. Sağlık mensuplarına ödenecek olan meslek hakkı, özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve korunması üzere sunulan tüm sağlık hizmetlerini yansıtmalıdır.
- Koruyucu sağlık ve tanıdan ilacın sunumu ve uyumun izlenmesine kadar, sağlık hizmet zinciri boyunca tüm aktörlerin rolleri dikkate alınıp

vurgulanmalıdır. Bu bakımdan, eczaneler, erken tarama ve saptama, ileri danışmanlık ve uzun vadeli kronik hastalık yönetimi (hasta başı test ve ilaç yönetimi dahil) sağlayarak, birinci basamak sağlık hizmeti ağında önemli bir rol oynamaktadır.

- Kronik hastalık yönetiminde yer alan uzmanlar (örneğin, doktorlar, hemşireler, eczacılar ve sosyal hizmet çalışanları) arasındaki işbirliğinin artması hem hastalar için faydalı hem de maliyet-etkili olabilir.
- Hastalara ulaşamadığı sürece hiçbir yeniliğin önemi yoktur. Bu nedenle, özel sektör, yeni teknolojiler ve hizmetlerin erişilebilir olması ve uygun bir şekilde geri ödenmesi ve bunları kullanabilecek eğitimli uzmanların bulundurulması için politika yapımcılarla birlikte çalışmalıdır.

Ayrıca, yukarıda sözü edilen konferansın “Hayati bir yatırım: BOH’lar için sağlık işgücünü artırmak” başlıklı oturumunun raporunda, üzerinde anlaşmaya varılan politika önerileri ve yenilikçi çözümler arasında “BOH’larla ilgili bakımda doktorlarla eczacılar arasındaki işbirliğini artırmak için eczacıların sağladıkları BOH bakımının bedelinin karşılanması” bulunmaktadır.”³

Hem yukarıda belirtilen ana mesajlar hem de öneriler FIP tarafından tamamen desteklenmektedir ve bu raporda belirtilenlerle uyumludur.

Özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklarda tedaviye uyumu artırmak için bu acil ihtiyaca –klinik, insani ve ekonomik- dikkat çekmek amacıyla, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) tarafından kısa bir süre önce yayımlanan bir bildiri, “ilaç tedavisine uyum sürecinin bir hasta ve reçeteyi yazan klinisyen ile ilacı veren eczacıyla başladığı ve hepsinin diğer sağlık sistemi paydaşları tarafından desteklenmesi gerektiği” belirtilmiştir.

Ödeme yapanlar/sistem tasarımcıları, en uygun reçete yazımını, hasta-klinisyen iletişimini veya hastaların reçete tekrarını kolaylaştıran bilişim teknolojisi sistemleri geliştirebilir. Eğitimciler, sağlık mensuplarını birey-odaklı iletişim, ortak karar-verme ve sosyo-kültürel yetkinlikler gibi tedaviye uyumu yönetme becerileriyle donatma misyonu taşırlar. Meslek kuruluşları, ilaç tedavi planlarının nasıl bireyselleştirileceğine dair hasta ile hizmet sunucunun ortak karar vermelerini kolaylaştıracak kılavuzlar çıkarabilir. Endüstri, örneğin, basitleştirilmiş ilaç rejimleri veya ambalajlama konusundaki çözümlerle katkıda bulunabilir. Hastanın sağlık okuryazarlığını artırmak için de çok ortaklı girişimlerde bulunulabilir”.⁴

İnsanlığı tehdit eden en büyük sağlık risklerinden biri olan BOH’lar, yeni cevaplar beklemekte, yenilikçi ve yaratıcı çözümlere gereksinim duymaktadır. Toplumda birinci basamak sağlık mensupları olarak hâlihazırda oynadıkları kilit rollerin üzerine eczacılar, BOH’lara karşı yürütülen küresel mücadelede daha iyi sonuçlar elde etmek için hasta katılımını artırarak odak görüşmeler, özel danışmanlık ve bakım koordinasyonu sağlayabilirler.

Bu raporun ana mesajları şunlardır:

A. BOH yönetimine işbirlikçi yaklaşımlar

1. BOH'ların sağlıklıla ilgili sonuçlarını en iyi hale getirmek, işbirliğine dayalı bakım modelleri gerektirir ve eczacılar, doktorlar, beslenme uzmanları, hemşireler, fizyoterapistler ve diş hekimlerinin yanı sıra hastalarla bakıcılarını da içine alan multidisipliner sağlık ekiplerinin önemini güçlendirir.
2. Serbest eczacılar hasta ihtiyaçlarına hızlı ve nitelikli destek sunan, evrensel olarak en erişilebilir birinci basamak sağlık mensuplarından biri olmaya devam etmektedir.
3. Toplumların içinde yerleşik olan serbest eczacılar, BOH hastalarının sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kullanılabilir.
4. Eczacılar, ilaç tedavilerinin klinik sonuçlarına ve hastaların yaşam kalitelerine önemli katkılarda bulunarak uzmanlıklarını multidisipliner sağlık ekibinin değerli bir parçası olarak kullanmaktadır.
5. Toplumda bakımın sürdürülebilirliği için çalışan eczacılar, halk sağlığı müdahalelerine yardımcı olarak bakım koordinatörlüğü yapabilirler.

B. Önleme, tarama ve yönlendirme

6. Eczacılar, sigara bırakma, kilo yönetimi, diğer BOH risklerinden korunma ve daha sağlıklı bir yaşam tarzının özendirilmesi konularında yaptıkları önemli müdahalelerle, özellikle hastalıkların önlenmesi bakımından BOH'larla mücadelede ideal bir konumdadır.
7. Yüksek riskli bireyleri hedef alan eczacı yönetimindeki tarama programları, hastanın doktora uygun bir şekilde ve zamanında yönlendirilmesi için, semptom değerlendirmesi ve hasta başı ölçümler (örn. bel çevresi, kan basıncı, glisemik kontrol, kolesterol) yoluyla sağlık sistemlerinde uygun kaynak yönetimi sağlar.
8. Bazı ülkelerde serbest eczanelerdeki eczacı tarama hizmetlerine erişim, net meslek hakkı modellerinin bulunmaması veya eczanelerdeki hasta başı test cihazlarına erişimi kısıtlayan gereğinden fazla zorlayıcı sağlık yasaları ve düzenlemeleri yüzünden sınırlı olabilmektedir. Bu tür engellerin ortadan kaldırılması en uygun hasta bakımının sağlanması yönünde önemli bir adımdır.
9. Eczacıların, BOH'ların taranması ve izlenmesinde kullanılan cihazlar ve hasta başı test ekipmanlarının uygun ve istenen kalitede olmasını, sürekli tutarlı ve doğru sonuçlar vermesini, kalite kontrol ilkelerine ve mevzuata göre düzenli olarak bakımının ve kalibrasyonunun yapıldığını güvence altına almaları da önemlidir.

C. Daha iyi tedavi sonuçları

10. Eczacılar hem farmakolojik olarak hem de farmakolojik olmayan şekilde, önleyici tedbirleri teşvik edebilir, uygun reçete yazımını destekleyebilir ve hastaların tedaviye uyumunu ve tedavinin güvenliğini artırabilir.
11. Hem tedavi sonuçları hem de tedaviye uyumsuzluğun ekonomik sonuçları açısından eczacı-yönetimindeki ilaç tedavisine uyum programlarına öncelik verilmesi gerekmektedir ki bu da, eczacıların bu alandaki rollerini güçlendirmeleri gerektiğine işaret etmektedir.
12. Serbest eczacılar BOH'lar için ilaçların güvenli kullanımının teşvik edilmesinde önemli bir rol oynayarak hastaların tedavilerini kendi başlarına veya bakıcılarının desteğiyle uygun bir şekilde yönetebilmeleri için gerekli olan bilgi ve becerilerine katkıda bulunabilirler.
13. Eczacılar, ilaç değerlendirmesi, cihazların (inhaler cihazları, insülin uygulaması ve kendi kendine izlem için kullanılan diğer cihazlar) doğru kullanımına yardımcı olma, hastalık yönetim programları (kardiyovasküler hastalık, astım/KOAH veya diyabet gibi) dâhil olmak üzere tedavi yönetiminde önemli bir role sahiptir.
14. Hastalar kendi sağlıklarını yönetmede ve BOH'ları önlemede önemli bir rol oynayabilir ve eczacılar da, eğitim yoluyla aktif olarak hasta ve bakıcılarının katılımını ve motivasyonlarını artırabilirler.

D. Eczacıların BOH bakımında tam olarak kullanılmasının önündeki başlıca engeller ve zorluklar

15. Bazı ülkelerde, ciddi eczacı eksikliği nedeniyle eczacılara yeterli erişimin olmaması BOH'lu hastaların sağlığını tehlikeye sokmaktadır ve hastaların BOH'lar için eczacıların sağladığı hasta bakım hizmetlerine erişebilmelerini sağlamak üzere nitelikli eczacıların sayısını artırmak amacıyla devletin eyleme geçmesi gerekmektedir.
16. Kanıta dayalı mesleki protokollerin desteklediği eczacı müdahaleleri, bakım zincirinin tarama değerlendirmeleri ve test sonuçlarından haberdar edilmesine katkıda bulunur.
17. BOH'ların önlenmesi ve yönetimine ve ilaçların kaliteli kullanımına eczacıların sağladığı değerli katkılara ilişkin güçlü kanıtlar mevcuttur. Hem kamu hem de özel üçüncü taraf ödeyicilerin bu tür katkıları yeterince tanıyıp bedellerini ödemesi, bireysel ihtiyaçlara dayalı farmasötik bakım, ilaçla-ilişkili sorunların tespiti ve çözümü, ilaçların güvenli ve etkili kullanımı, tedaviye uyumun artırılması, ilaçlar konusunda danışmanlık, bireyselleştirilmiş farmasötik bakım planları geliştirilmesi ve hastalık seyrinin ve tedavi sonuçlarının izlenmesi gibi faaliyetler dahil olmak üzere bu tür rollerin güçlenmesini sağlayabilir.

Kaynakça

1. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İlerleme Raporu 2017. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2017. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=84BDE82322A835F3344707A3F9185370?sequence=1> [Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2018]
2. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2013. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FBA9?sequence=1. [Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2018]
3. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünün Sürdürülebilir Finansmanı için Ortaklık üzerine DSÖ Küresel Diyalog konferansının katılımcılara dağıtılan yayımlanmamış belgeleri, Kopenhag, 9-11 Nisan 2018. Talep üzerine FIP'ten temin edilebilir. Daha fazla bilgi için: <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en/>
4. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (Khan, R. ve Socha-Dietrich, K.). İlaç tedavisine uyuma yatırım yapmak, sağlık sonuçlarını ve sağlık sistemin verimliliğini artırır. Diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi tedavisine uyum. OECD Sağlık Çalışma Belgesi No. 105, Haziran 2018. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/18152015> [Erişim Tarihi: 18 Ocak 2019]

1 Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar), uzun süreli ve yavaş ilerleyen ve dünya çapında ölümlere en fazla neden olan hastalıklardır.¹ Sosyal, insani, ekonomik ve halk sağlığı açısından yıkıcı etkileri tüm toplumlar ve ekonomiler tarafından küresel bir yük olarak kabul edilmektedir. BOH'lar küreselleşme, hızlı kentleşme, sağlığa zararlı ürünlerin ticareti ve nüfus artışının sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) yüzünden yılda 36 milyondan fazla kişi hayatını kaybetmektedir. Bu rakam dünya genelindeki ölümlerin %60'ına tekabül ederken, bu ölümlerin 15 milyonu 70 yaşından önce gerçekleşmektedir. Batı dünyasında beş kişiden birinin birden fazla kronik rahatsızlığa sahip olduğu tahmin edilmektedir.²

Bu durumun toplumun yaşlanmasıyla birlikte daha da kötüleşmesi beklenmektedir. 2 Bununla birlikte, BOH'lar sadece Batı dünyasında yaygın değildir. Sayıları endişe verici derecede büyüktür ve düşük ve orta gelirli ülkelerde orantısız şekilde artmaktadır. Doğu Akdeniz bölgesinde 2012'de, BOH'lar 2,2 milyondan fazla kişinin hayatına mal olmuştur ve ölümlerin %57'sinin sebebidir; ve kronik hastalığı olanların %60'ı 70 yaşın altında ölmektedir.³

Erken ölümlerin çoğu tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsizlik ve alkolün zararlı kullanımı gibi ortak risk faktörleriyle bağlantılıdır. Bunun ardından, DSÖ, BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için 2013-2020 küresel eylem planını⁴ geliştirmiştir. Bu plan, küresel bir izleme çerçevesi ve dokuz gönüllü BOH hedefini içermektedir:

1. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum hastalıkları nedeniyle erken ölüm riskinde %25'lik nispi azalma.
2. Uygun olduğu takdirde, ülke içinde alkolün zararlı kullanımında en az %10'luk nispi azalma.
3. Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10'luk bir nispi azalma.
4. Toplumda ortalama tuz/sodyum alımında %30'luk nispi azalma.
5. 15 yaşından büyüklerde mevcut tütün kullanımının prevalansında %30'luk bir nispi azalma.
6. Yüksek kan basıncı prevalansında %25'lik nispi azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının ulusal koşullara göre sınırlandırılması.
7. Diyabet ve obezite artışının durdurulması.
8. Kalp krizlerini ve inmeleri önlemek için uygun kişilerin en az %50'sine ilaç tedavisi ve danışmanlık (glisemik kontrol dahil) verilmesi.
9. Hem kamu hem de özel sektörde ciddi BOH'ların tedavisi için gereken temel teknolojilerin ve önemli ilaçların, eşdeğerler de dahil olmak üzere %80 oranında uygun bütçeye sahip olması.

BOH'lara maruz kalma ve bunların komplikasyonları, düşük bütçeli ve kanıta dayalı koruyucu önlemler etkin bir şekilde uygulanırsa ve tedavi daha geniş kitlelere yönelik olursa azaltılabilir. Önlemler arasında tarama ve hastalıkların erken tespiti, bireysel davranış değişikliğini motive edici eğitim, ilaca erişimin yeniden değerlendirilmesi, kanıta dayalı tedavi, tedaviyi başlatmak ve uygulamak için hastalık yönetimi ve tedaviye uyumu artırmak bulunmaktadır.

2006 yılında, FIP, kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde eczacının rolüne ilişkin, yukarıda açıklanan rollerin genişletilip birleştirilmesi ihtiyacına işaret eden bir politika beyanında bulunmuştur.⁵ Daha yakın bir zamanda FIP, şu amaçlarla bir çalışma grubu oluşturmuştur: BOH'larla mücadelede eczacı müdahalelerinin rolü ve etkisi için eldeki kanıtların toplanıp analiz edilmesi; BOH'larla mücadeleyle ilgili mevcut ulusal ve bölgesel politikaların gözden geçirilmesi; hastalıkların önlenmesi, tedavi planının uygulanması ve denetlenmesi konularına eczacının sağladığı katma değer incelenmesi ve bu görevde yeni teknolojilerle nasıl desteklenebileceği; ve mevcut FIP Beyanlarının, eczacıların ve eczacılık hizmetlerinin BOH'lara karşı mücadelede etkin kullanımının devam edip etmediğinin gözden geçirilmesi ve muhtemelen bu beyanların güncellenmesi veya genişletilmesi önerisinde bulunulması. Bu referans belgesi, söz konusu çalışma grubunun ürünüdür.

Nisan 2018'de, DSÖ Kopenhag'da "bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün sürdürülebilir finansmanı için ortaklık üzerine küresel diyalog 2018" başlıklı bir konferans düzenlemiştir. Bu konferansın brifing belgelerinde yer alan önemli mesajlar arasında DSÖ şunları belirtmektedir:

- Sadece iyi eğitilmiş ve donanımlı sağlık mensuplarına sahip güçlü bir sağlık sistemi aracılığıyla toplum sağlığını iyileştirerek BOH'ların yükünü mücadele edebiliriz. BOH'lar konusunda yeterlilik ve toplumsal sorumluluk her sağlık mensubunun eğitim müfredatının bir parçası olmalıdır. Bu bağlamda, eğitim kurumlarının yönetişiminin iyileştirilmesi ve akreditasyon ve kalite güvencesi için düzenleyici mekanizmalar geliştirilmesi ve bunların tutarlı bir şekilde uygulanması da önemlidir.
- BOH'ların yükünü azaltmak için, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, korunması, özel bakım ve rehabilitasyonla yakından bağlantılı, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetiyle bütüncül bir yaklaşım kullanarak sağlık sistemlerini güçlendirmek son derece önemlidir. Sağlık mensuplarına ödenecek olan meslek hakkı, özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve korunması üzere sunulan tüm sağlık hizmetlerini yansıtmalıdır.
- Koruyucu sağlık ve tanıdan ilacın sunumu ve ilaca uyumun izlenmesine kadar, sağlık hizmeti zinciri boyunca tüm aktörlerin rolleri dikkate alınıp vurgulanmalıdır. Bu bakımdan, eczaneler, erken tarama ve saptama, ileri danışmanlık ve uzun vadeli kronik hastalık yönetimi (hasta başı test ve ilaç yönetimi dahil) sağlayarak, birinci basamak sağlık hizmeti ağında önemli bir rol oynamaktadır.

- Kronik hastalık yönetiminde yer alan uzmanlar (örneğin, doktorlar, hemşireler, eczacılar ve sosyal hizmet çalışanları) arasındaki işbirliğinin artması hem hastalar için faydalı hem de maliyet-etkili olabilir.
- Hastalara ulaşamadığı sürece hiçbir yeniliğin önemi yoktur. Bu nedenle, özel sektör, yeni teknolojilerle hizmetlerin erişilebilir olmasını ve uygun bir şekilde geri ödenmesini ve bunları kullanabilecek eğitimli uzmanların bulundurulması için politika yapıcılarla birlikte çalışmalıdır.

Ayrıca, yukarıda sözü edilen konferansın “Hayati bir yatırım: BOH’lar için sağlık işgücünü artırmak” başlıklı oturumunun raporunda, üzerinde anlaşmaya varılan politika önerileri ve yenilikçi çözümler arasında “BOH’larla ilgili bakımda doktorlarla eczacılar arasındaki işbirliğini artırmak için eczacıların sağladıkları BOH bakımının bedelinin geri ödenmesi” bulunmaktadır.⁶

BOH’lardan muzdarip olan hastalar hayatları boyunca sağlık durumlarında değişiklikler veya bozulma yaşayabilirler. Bakım geçişleri sırasında daha fazla görülen ilaçla ilişkili problem riskiyle hastanede veya ayakta tedavi edilebilirler. Bu tür durumlarda sağlık mensupları arasındaki işbirliği, bakımın sürekliliği ve uzlaşmış güvenli bir tedavi planının sağlanması için temel teşkil eder. Doktorlar, hemşireler ve eczacılar dahil olmak üzere sağlık mensuplarının hepsi güvenli geçişin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. İlaçla ilişkili sorunlardaki artışa rağmen eczacılardan yeterli düzeyde faydalanılmamaktadır ve sağlık hizmetinin verilmesi ve iyileştirilmesindeki rolleri için yeterince meslek hakkı alamamaktadırlar.⁷

Eczacıların kronik hastaların tedavi yönetimindeki rolünün yararlarını ortaya koyan birçok çalışma vardır.⁸⁻¹⁰ Geçtiğimiz yıllarda serbest eczacılar, bu tür rollerin faydalarına dair sağlam kanıtlar üretmeye başlamış, böylece mesleğin uygulama alanını genişletmişlerdir.¹¹ Eczacılar halk sağlığı programlarını uygulayabilir, koruyucu önlemler alabilir, potansiyel BOH hastalarını tarayıp hekime yönlendirebilir, reçete yazımını destekleyebilir ve hastaların farmakolojik ve farmakolojik olmayan güvenli bir tedavi planına uyumunu artırabilirler. BOH’lar bağlamında, eczacılar kanıtlanmış uzmanlıklarını kullanıp multidisipliner sağlık ekibinin değerli bir parçası olmak için yeni teknolojiler ekleyebilirler ki böylece ilaç tedavilerinin klinik sonuçlarına ve nihai olarak hastaların yaşam kalitesine çok önemli bir katkıda bulunabilirler.

1.1 Halk sağlığına yönelik artan bir tehdit ve sağlık sistemleri için ağır bir ekonomik yük

Kardiyovasküler hastalıklar, dünya çapında en kritik BOH'lardan¹² diyabet de önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür.¹³ Kardiyovasküler hastalıklar, hastalar, sağlık sistemleri ve ulusal ekonomiler üzerindeki ekonomik yükü artıran tıbbi, sosyal ve halk sağlığı problemlerine yol açarlar. Diyabet komplikasyonları sakatlıkları arttırır, yaşam beklentisini azaltır ve sağlık maliyetlerini arttırır. Araştırmalar, diyabetin komplikasyonlarının iyi bir diyabet kontrolü ile azaltılabileceğini göstermektedir. Serbest eczacılar bu konuda hayati bir rol oynayabilir: Dünya çapında en erişilebilir, sık ziyaret edilen ve müsait sağlık mensupları arasındadırlar.¹⁴⁻¹⁶ Hastalar hekimlerini görmese bile, çoğu zaman bir eczacıyla konuşurlar. Eczacıların rolü, farmasötik ürünlerin tedarikinden hizmet ve bilgi sunan ve özellikle ilaç kullanımını iyileştiren bir role doğru evrilmiştir.

Atriyal fibrilasyon, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi kardiyovasküler hastalıklar sıklıkla antikoagülasyon tedavisi gerektirir.^{17,18} Antikoagülanlara ek olarak kardiyovasküler ve antidiyabetik ilaç gereken bu hastalarda polifarmasi yaygındır ve tüm bu ilaçlar etkileşime girerek komplikasyon riskini artırabilir. Örneğin, 65 yaşından büyük Alman hastalara günde ortalama 5'ten fazla ilaç reçete edilmektedir¹⁹, bu da uyumun bozulmasına neden olmaktadır. Aktif farmakoterapik tedavilere rağmen, Avrupa'daki diyabetli hastaların sadece %28'i glisemik değerleri açısından kontrol altındadır ve hipertansiyonlu hastaların %25'inden daha azında uygun bir kan basıncı kontrolü sağlanmıştır.²⁰ Ayrıca, bir K vitamini antagonisti kullanan atriyal fibrilasyon hastalarının %50'sinden daha azı terapötik INR (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran) aralığındadır. Orta Doğu toplumlarında da uyumun düşük olduğu görülmüştür: araştırmalara göre diyabet için ilaç tedavisine uyumsuzluk oranlarının %68 veya daha düşük olduğu tahmin edilmektedir.^{21,22}

BOH'ların gelişmesinde rolü olan değiştirilebilir bir risk faktörü hastanın kilosudur. Fazla kilolu veya obez hastalar BOH gelişimi için en fazla risk altında olanlardır. Örneğin, tip 2 diyabeti olan bireylerin %90'ı aynı zamanda obezdir.²³ Ayrıca, fazla kilo veya obezite ile ilişkili kanser tanıları Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm kanser tanılarının kabaca %40'ını oluşturmaktadır.²⁴ Obezite kardiyovasküler hastalıkların (örn., hipertansiyon ve koroner arter hastalığı) yanı sıra uyku apnesi ve osteoartritin gelişmesine katkıda bulunur.²⁵ Obezite, kronik hastalık yönetimi modeli gerektiren küresel bir sağlık sorunudur. DSÖ, "obezite yönetimi, kilo kontrolü ve obezite komorbiditelerinin yönetimiyle (tip 2 diyabet veya hipertansiyon gibi) alınacak koruyucu önlemlerden kilo vermeye kadar çeşitli uzun vadeli stratejileri kapsar" tavsiyesinde bulunmuştur.²⁶

Kronik durumlar ayrıca depresyona neden olabilir: kardiyak hastalarda insidans genel popülasyona oranla iki katına çıkmakta²⁷ ve akut miyokard infarktüsünden sonra da %15-20 oranında artmaktadır.²⁸

1.2 Önleme ve tarama

Daha iyi halk sağlığı ve koruyucu politikalar veya daha etkili ve zamanında sunulan sağlık hizmetleri yılda 1,2 milyon ölümü engelleyebilir.²⁹ Bakım maliyeti veya coğrafi uzaklık gibi çeşitli nedenlerden dolayı bireyler akut durumlar dışında nadiren bir doktor tavsiyesine başvururlar. Bu konudaki tereddütleri, ileri hazırlık gerektirmen (ör. kullanılan kan örnekleri için aç kalmayı gerektirmeyenler de dahil) ve eczacılar tarafından da yapılabilen fırsatçı tarama teknolojilerine olan talebi artırmaktadır veya “gör ve tedavi et” şeklindeki müdahaleler için fırsatlar yaratmaktadır.

Eczane tabanlı tarama programları, katılımcıların hedef hastalık riskini belirlemek üzere fizyolojik ölçümlere yönelik tıbbi ekipman, anketler ve risk değerlendirme formları kullanır. Katılımcıların eczane tabanlı taramadan duydukları memnuniyet her zaman yüksek olmuştur.³⁰ Bazı ülkelerde serbest eczanelerdeki eczacı tarama hizmetlerine erişim, net meslek hakkı modellerinin bulunmaması veya eczanelerdeki hasta başı test cihazlarına erişimi kısıtlayan gereğinden fazla zorlayıcı sağlık yasaları ve düzenlemeleri yüzünden sınırlı olabilmektedir. En uygun hasta bakımının sağlanması için bu tür engeller ortadan kaldırılmalıdır.

Ayrıca eczacılar, BOH'ların taranması ve izlenmesinde kullanılan cihazlar ve hasta başı test ekipmanlarının uygun ve istenen kalitede olmasını, sürekli tutarlı ve doğru sonuçlar vermesini, kalite kontrol ilkelerine ve mevzuata göre düzenli olarak bakımının ve kalibrasyonunun yapıldığını güvence altına almalıdırlar.

1.3 Farmasötik bakım

Farmasötik bakım “eczacıların ilaç kullanımını en uygun hale getirmek ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bireylerin bakımına katkısı” olarak tanımlanır.³¹ Hastalar için daha iyi klinik sonuçlar üretecek bir tedavi planını yerine getirmek için eczacıların hastalarla ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapma sürecini kapsar. Hasta bakım sürecindeki üç ana adım şunlardır:³²

1. Hastanın tıbbi sorununun değerlendirilmesi
2. Bakım planı kapsamında ilaç tedavisine bağlı sorunların saptanması ve çözülmesi için önlemler alınması
3. İzlem değerlendirmesi.

İlacın hastaya sunulmasına ek olarak eczacılar ilaç tedavisinin uygun, güvenli ve etkili şekilde yapılmasını sağlarken, bir yandan da ilaçlarla ilgili danışmanlık yapabilir, ilaçla ilişkili sorunları çözebilir, klinik sonuçları ve çıktılarını iyileştirmek için tedaviye uyum konusunda hastanın farkındalığını artırabilirler.

Her ne kadar eczacıların hasta bakımına katılımının kapsamı, faaliyet gösterdikleri ülkeye göre değişebilse de, serbest eczacılar sağlık sistemlerinde iyi bir konuma sahiptirler ve aşağıdaki konularda önemli rol oynayabilirler:

- Sağlıklı yaşam tarzı ve öz-yönetim konusunda danışmanlık,
- Kan basıncı veya kan glukozu değerleri, önerilen hedeflerin dışında olan ve obezitesi olan hastalara koruyucu önlemler, erken tanı ve ilaç tedavisine uyum hakkında danışmanlık,
- Tıbbi cihazlar, sağlıkla ilgili uygulamalar ve izleme sistemleri de dâhil olmak üzere, ilaçlarını nasıl yöneteceklerini anlamak konusunda hastalara ve bakıcılarına destek olmak,
- Her aşamada ilaç tedavisine uyumu artırmak (başlatma, uygulama ve sürdürme),
- Bağımlılıkların yönetimi,
- Depresyonlu hastaları belirlemeye yardımcı olmak,
- Tedaviye uyumu artırarak tromboembolik bozukluğu olan hastaların riskini azaltmak.

Bu roller, FIP/DSÖ'nün 2011 yılında ortaklaşa hazırladıkları İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu: Eczane Hizmetlerinin Kalitesi için Standartlar bölümünde açıklananlarla tamamen uyumludur. Hem DSÖ hem de FIP iyi eczacılık uygulamalarını "en uygun ve kanıta dayalı bakımı sağlamak üzere eczacıların sunduğu hizmetleri kullanan insanların ihtiyaçlarına cevap verebilen eczacılık uygulaması" olarak tanımlamıştır. Kılavuzda ayrıca, "Sağlık mensubu olarak eczacıların sağlık hizmetine erişimi artırmak ve ilaçların potansiyel faydalarıyla gerçek etkileri arasındaki açığı kapatmak konusunda önemli bir rol oynadıkları ve geniş sağlık sisteminin bir parçası olmaları gerektiği" söylenmektedir.³³

1.4 Tedavi ve hastalık yönetimi

BOH'ların tedavisinde kullanılan birçok ilaç, özellikle başlangıçta ve tedavinin ilk aylarında, uyum desteği, sık klinik izlem ve tanı testleri gerektirir. Ancak daha sağlıklı alışkanlıklar kazanmak gerçek hayatta bir yılı bulabileceği için tedaviye uyumun sürekli bakımla desteklenmesi gerekir.³⁴

2012 yılında, IMS Sağlık Hizmetleri Enformatik Enstitüsü, ilaçlara uyum arttırıldığında dünya çapında 269 milyar ABD Dolar tasarruf edilebileceği tahmininde bulunmuştur.³⁵ Eczacılar ilaca uyumu artırıp sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürebilir.³⁶ Ayrıca, minimum test gerektiren ve zarar riski en düşük olan tedaviler sağlanırsa, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim engellerini en aza indirebilirler. Serbest eczacılar, sağlık hizmetlerine daha iyi erişim sağlayabilir, hastaları ve bakıcılarını yeterli bir tedavi almaları ve daha iyi bir hastalık yönetimi için destekleyebilir ve böylece klinik sonuçları iyileştirebilirler.

Özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklarda tedaviye uyumu artırmak için bu acil ihtiyaca –klinik, insani ve ekonomik- dikkat çekmek amacıyla, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) tarafından kısa bir süre önce yayımlanan bir bildiriye, “ilaç tedavisine uyum sürecinin bir hasta ve reçeteyi yazan klinisyen ile ilacı veren eczacıyla başladığı ve hepsinin diğer sağlık sistemi paydaşları tarafından desteklenmesi gerektiği” belirtilmiştir. Ödeme yapanlar/sistem tasarımcıları, en uygun reçete yazımını, hasta-klinisyen iletişimini veya hastaların reçete tekrarını kolaylaştıran bilişim teknolojisi sistemleri geliştirebilir. Eğitimciler, sağlık mensuplarını birey-odaklı iletişim, ortak karar-verme ve sosyo-kültürel yetkinlikler gibi tedaviye uyumu yönetme becerileriyle donatma misyonu taşırlar. Meslek kuruluşları, ilaç tedavi planlarının nasıl bireyselleştirileceğine dair hasta ile hizmet sunucunun ortak karar vermelerini kolaylaştıracak kılavuzlar çıkarabilir. Endüstri, örneğin, basitleştirilmiş ilaç rejimleri veya ambalajlama konusundaki çözümlerle katkıda bulunabilir. Hastanın sağlık okuryazarlığını artırmak için de çok ortaklı girişimlerde bulunulabilir.³⁷

1.5 Eczacı eğitimi ve işgücü gelişimi

Farmasötik danışmanlık şunları kapsar: liderlik, hastalık hakkında klinik bilgi, tedavinin farmasötik olarak anlaşılması, kültürel açıdan uygun ve yapılandırılmış iletişim becerileri ve profesyonel danışmanlık. Başta ve devamında verilecek eğitim aşağıdakileri içermelidir:

- Kardiyovasküler risk, diyabet riski gibi risk faktörleri de dahil olmak üzere BOH'ların erken tespiti için gerekli olan hedeflere dair bilgi,
- Hastalığa özel durumlar, farmakoterapi, ilaç tedavisi yönetimi, ilaçla-ilişkili sorunlar ve iletişim becerileri konularında verilen eğitiminden sonra kazanılan yetkinlik,
- Diyet, beslenme, sigarayı bırakma ve egzersiz gibi davranışsal değişiklikler ve uyuma yönelik eğitim,
- Cihaz kullanımı ve hasta başı test konusunda eğitim,
- Cihazların ve hasta başı test ekipmanlarının kalite güvencesinden sorumlu olmak,
- BOH'ların tespiti, yönetimi ve izlenmesinde yeni cihazların ve teknolojik gelişmelerin rolünü ciddi bir şekilde değerlendirebilmek,
- Kültürlerarası yetkinlik gelişimi,
- Mesleklerarası uygulama

1.6 Farmasötik bakım ve BOH'ları destekleyen temel ve yeni teknolojiler

BOH'lara yönelik küresel eylem vizyonunda DSÖ, sürdürülebilir sağlık hizmeti finansmanı ve temel sağlık teknolojileri³⁸ (en azından tansiyon ölçüm cihazı, tartı, boy ölçüm cihazı, kan glukozu ve kolesterol ölçüm cihazları ve çubukları, albümin tahlili için idrar çubukları) için yeterli ve güvenilir tedarik sistemleri ihtiyacının altını çizmiştir. Temel tanı ve takip ekipmanına erişim BOH'ların kısa ve uzun vadeli olumsuz etkilerini azaltır.³⁸

DSÖ sağlık teknolojilerini "bir sağlık sorununu çözmek ve yaşam kalitesini artırmak üzere cihaz, ilaç, aşı, prosedür ve sistem biçiminde geliştirilen organize bilgi ve becerilerin uygulanması" olarak tanımlar.³⁹

Teknolojik gelişmelerin hızı arttıkça, hem tanı hem de hizmet teknolojilerinde yenilikçi ürünler için fırsatlar doğar. Tıp ve eczacılığın hızlı gelişimi nedeniyle, sağlık mensupları, en yeni tanı veya takip teknolojilerinden haberdar olacak bilgi ve beceriye sahip olmayabilir. Eczacıların, gelişen teknolojilerin ve cihazların BOH'ların taranması ve izlenmesine uygunluklarını değerlendirebilecek becerilere sahip olmaları ve eğitilmeleri konusunda hem endüstri hem de eğitimcilere rol düşmektedir.⁴⁰

İşleri otomatize eden, böylece eğitim ihtiyacını (örn. otomatik tansiyon manşonları) veya gereken eğitim düzeyini (örn. tek amaçlı ultrason cihazları) azaltan ürünler bu konuda yardımcı olabilir.

Hasta başı testi ve cihazlarının kalite güvencesi

Hasta başı testleri yapan veya bu cihazları kullanan (ör. kan basıncının izlenmesi için) serbest eczaneler ve sağlık kuruluşları, sundukları hizmetlerin kalitesinden sorumludur. Bu sorumluluklar; yüksek standartta bir bakımın sürdürülmesi, personelin kullanım ve ölçüm konusunda yeterince eğitilmiş olması ve tüm ekipmanın kalite kontrol protokollerine göre düzenli olarak bakımının ve kalibrasyonunun sağlanmasından oluşmaktadır.

Hizmet teknolojileri, basitçe, sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştıran; ancak tanı ve tedavi özelliği olmayan teknolojiler olarak tanımlanır. Hizmet teknolojilerine örnek olarak, sağlık bilgi sistemleri, soğuk zincir çözümleri ve mobil sağlık teknolojileri verilebilir.⁴¹ E-egitim ve web seminerleri de eğitime daha geniş çaplı erişimi kolaylaştırabilir; örneğin, bireyleri meme kanseri taraması konusunda eğitmek ve devam eden kalite güvencesini artırmak için e-egitim araçları tasarlanmıştır.⁴²

1.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında serbest eczanelerde BOH müdahalelerinin hayata geçirilmesi için asgari şartlar vardır:

- Eczacıların katılımını desteklemek için meslek hakkı sunan tazminat modelleri,
- Düzenleyici kurullar tarafından yürütülen uygulanabilir politikalar,
- Ortak altyapı -mekan, tıbbi cihazlar, tıp kitapları vb.,
- Yeterince nitelikli iş gücü ve çok sayıda hastayla ilgilenmek için yeterli zaman,
- BOH'ların yönetiminde ve önlenmesinde kullanılan mevcut kılavuzlara dair bilgi,
- İyi iletişim ve davranışsal değişim becerileri,
- Eczacıların verdiği hizmetlerde yenilik yapma ve farklılaşma isteği,
- BOH taramasını ve yönetimini desteklemek için temel teknolojilere erişim,
- BOH'ların taraması ve yönetimi için cihaz ve teknolojilerden yararlanma konusunda becerikli ve yetkin bir işgücü,
- Tüm cihazların kabul edilebilir standartlara uygun olmasını sağlayan kalite güvence programları,
- Doktorlar, hemşireler ve laboratuvar uzmanlarıyla diğer sağlık mensuplarının meslekler arası işbirliği ve güveni. (Her ne kadar bu işbirliğinin fiziksel olarak bir arada olmasını savunmasak da, diğer sağlık mensuplarıyla açık iletişim diyalogu ve belirli bir hastanın tedavisinde yer alan bütün sağlık mensupları için hasta kayıtlarına erişim imkânı olmalıdır.)

Serbest eczaneler ve eczacılar tarafından yapılan müdahalelerin etkin bir şekilde uygulanması için çeşitli engellerin acil olarak ele alınması gerekmektedir. Eczacılar, BOH'ların önlenmesi ve yönetimi konusunda yeterince eğitilmelidir. Ayrıca, mevcut sağlık hizmeti sunum modelleri eczacıların müdahalelerini teşvik etmeli ve buna izin vermelidir ve eczacıların bilgi ve becerilerini etkin olarak kullanmalarına imkân verecek şekilde uyarlanmalıdır. Eczacıların hastalara verdikleri farmasötik hizmetlerin karşılığında meslek hakkı sunan finansal modellere önem verilmelidir.

1.8 Kaynakça

1. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2010. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2011. Erişim adresi: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. [Erişim Tarihi: 24 Nisan 2018]
2. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İlerlemenin İzlenmesi 2017. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2017. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=84BDE82322A835F3344707A3F9185370?sequence=1> [Erişim Tarihi: 24 Nisan 2018]
3. Dünya Sağlık Örgütü, Doğu Akdeniz Bölge Ofisi. Doğu Akdeniz Bölgesinde bulaşıcı olmayan hastalıklar yükü. Kahire: Dünya Sağlık Örgütü EMRO; 2018. <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/burden-of-noncommunicable-diseases-in-the-eastern-mediterranean-region.html>. [Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2018]
4. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2013. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236-eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FBA9?sequence=1>. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
5. Uluslararası Eczacılık Federasyonu. Kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde eczacıların rolü konusunda FIP Kurulu tarafından onaylanmış FIP Politika Beyanı, Brezilya, 2006. Erişim adresi: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=274&table_id=
6. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünün Sürdürülebilir Finansmanı için Ortaklık üzerine DSÖ Küresel Diyalog konferansının katılımcılara dağıtılan yayımlanmamış belgeleri, Kopenhag, 9-11 Nisan 2018. Talep üzerine FIP'ten temin edilebilir. Daha fazla bilgi için: <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en/>
7. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I. Perakendecilerden sağlık hizmet sunucularına: Serbest eczacıların kronik hastalık yönetimindeki rolünü dönüştürme. Sağlık politikası 119 (2015) 628-639)
8. Deters MA, Laven A, Castejon A, Doucette WR, Ev LS, Krass I. ve arkadaşları. Serbest Eczacıların Diyabet Hastalarına Etkili Müdahaleleri: Farmasötik Bakım Bileşenlerinin Meta Analizi. Ann Pharmacother. 2018;52(2):198-211
9. Kharjul M, Braund R, Green J. Tip 2 diyabetli kişilerde eczacı liderliğinde tedaviye uyum desteğinin glisemik kontrol üzerindeki etkisi. Int J Clin Pharm. 2018

10. Tsuyuki R, Houle S, Charrois T, Kolber M, Rosenthal M, Lewanczuk R. ve arkadaşları. Eczacıların Reçete Yazımının Toplumda Tansiyonu İyileştirme Üzerine Etkisinin Randomize Çalışması: Hipertansiyonun Optimize Edilmesinde Alberta Klinik Araştırması (RxAction). *Circulation*. 2015; 132:93-100
11. Kanada Eczacılar Birliği. Eczacıların Genişletilmiş Uygulama Alanları. Ottawa: Kanada Eczacılar Birliği; 2018. Erişim adresi: <https://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/scope-of-practice-canada/>. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
12. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ülke Profilleri 2014. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2014. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509eng.pdf?sequence=1> [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
13. Martin-Timon I, Sevillano-Collantes C, Segura-Galindo A, Canizo Gomez FJ. Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık: Tüm risk faktörleri aynı güçte mi? *World J Diabetes*. 15 Ağustos 2014; 5(4): 444-470
14. Tsuyuki R.T., Beahm N.P., Okada H., Ai Hamarneh Y.N. Erişilebilir temel sağlık hizmetleri sunan eczacılar: Kanıtların gözden geçirilmesi. *Can. Pharm. J.* 2018; 151:4-5. Erişim adresi. *Can. Pharm. J.* 2018;151:4-5. Erişim adresi doi: 10.1177/1715163517745517 [Erişim Tarihi: 25 Ocak 2019]
15. Uluslararası Eczacılık Federasyonu FIP (2015). Eczacılık Düzenleme Çevrelerini, İlaçların ve Profesyonel Hizmetlerin Dağıtımını Şekillendiren Global Eğilimler. 2013-2015. Lahey, Hollanda: Uluslararası Eczacılık Federasyonu.
16. Uluslararası Eczacılık Federasyonu FIP (2017). Eczane: Küresel bir Genel Bakış - İşgücü, ilaç hazırlama, uygulama, düzenleme ve ücretlendirme. 2015-2017. Lahey, Hollanda: Uluslararası Eczacılık Federasyonu.
17. Lip G, Hull R. Venöz tromboembolili hastalarda belirsiz antikoagülasyon gerekçesi ve endikasyonları. Güncel [Internet]; 2017 Jan. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/rationale-and-indications-for-indefinite-anticoagulation-in-patients-with-venous-thromboembolism> [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
18. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener HC, Hacke W. ve arkadaşları. Avrupa Kalp Ritmi Birliği'nin Valvüler olmayan atriyal fibrilasyonu olan hastalarda K vitamini antagonisti olmayan antikoagülanların kullanımıyla ilgili güncel Uygulama Kılavuzu. *Europace* (2015) 17,1467-1507d o i: 10.1093/europace/euv309.
19. Cascorbi. İlaç etkileşimi -ilkeler, örnekler ve klinik sonuçlar. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(33-34): 546-56

20. Dünya Sağlık Örgütü ve Sabaté, E (ed.). Uzun süreli tedavilere uyum: eylem için kanıt. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2003. Erişim adresi: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
21. Cotte F. ve arkadaşları. REACT-AF Çalışması: VKA ile antikoagülasyon tedavisi. Clin Ther 2014;36:1160-11682
22. Alsairafi ZK, Taylor KMG, Smith FJ, Alattar AT. Orta Doğu ülkelerinde Tip 2 diyabetin yönetimi: çalışmaların gözden geçirilmesi. Hasta tercihi ve uyumu. 2016;10:1051-1062. doi:10.2147/PPA.S104335.
23. Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği. Tip 2 Diyabet ve Obezite: İkiz Salgın. Gainesville, FL: Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği; 2013. Erişim adresi: <https://asmbs.org/resources/weight-and-type-2-diabetes-after-bariatric-surgery-fact-sheet>. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
24. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Fazla Kilo ve Obezite ile İlişkili Kanserler Amerika Birleşik Devletleri'nde Teşhis Edilen Kanserlerin Yüzde 40'ını oluşturuyor. Atlanta, GA: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri; 2017. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/media/releases/2017/p1003-vs-cancer-obesity.html>. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
25. Khaodhiar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obezite ve komorbid durumlar. Clin Cornerstone 1999. 2(3): s. 17-31
26. Dünya Sağlık Örgütü. Obezite: Global Salgını Önlemek ve Yönetmek. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 1999. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHQ_TRS_894.pdf?ua=1&ua=1 [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
27. Egede LE. Kronik tıbbi rahatsızlıkları olan kişilerde majör depresyon: prevalans, sağlık kaynağı kullanımı, verimlilik kaybı ve fonksiyonel yetersizlik ile korelasyon ve ilişki. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29:409-416.
28. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA. ve arkadaşları. Depresyon ve koroner kalp hastalığı: tarama, yönlendirme ve tedavi önerileri: Amerikan Kalp Birliği, Kardiyovasküler Hemşirelik Konseyi Önleme Komitesi, Klinik Kardiyoloji Konseyi, Epidemiyoloji ve Önleme Konseyi ve Disiplinlerarası Bakım Kalitesi ve Çıktı Araştırmaları Konseyi'nden bilimsel bir tavsiye: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından onaylanmıştır. Circulation. 2008; 118:1768-1775.
29. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı ve Avrupa Komisyonu. Bir Bakışta Sağlık: Avrupa 2016: AB Döngüsünde Sağlık Durumu. Paris: OECD Yayını; 2016. Erişim adresi: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
30. Melton B, Lai Z. Serbest eczane hizmetlerinin gözden geçirilmesi: neler yapılıyor ve iyileştirme için fırsatlar nelerdir? Integr Pharm Res Pract. 2017; 6: 79-89

31. Allemann S, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger K. Farmasötik Bakım: PCNE tanımı 2013. *Int. J. of Clin. Pharm.* 2014;544-55
32. Cipolle R, Strand L, Morley P. Farmasötik Bakım Uygulaması: Klinisyenin Rehberi, İkinci Baskı: Klinisyenin Rehberi McGraw-Hill Companies, Birleştirilmiş, 25 Mayıs 2004 - ISBN 0071362592
33. FIP/Dünya Sağlık Örgütü. İyi Eczacılık Uygulaması. İyi Eczacılık Uygulaması üzerine Ortak FIP/DSÖ Kılavuzu: Kaliteli Eczacılık Uygulaması için Standartlar. Lahey ve Cenevre: FIP ve DSÖ; 2011. Erişim adresi: https://fip.org/www/uploads/database_file.php?id=331&table_id= [Erişim Tarihi: 18 Ocak 2019]
34. Lally P, van Jaarsfeld C, Potts H, Wardle J. Alışkanlıklar nasıl oluşur: Gerçek dünyada alışkanlık oluşumunu modelleme. *European Journal of Social Psychology* 2010; 6:998-1009
35. Aitken M, Gorokhovich L. Güvenli İlaç Kullanımının Geliştirilmesi: Değişim İçin Manivela Uygulamak. *SSRN Electronic Journal*; 2012. Erişim adres <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018].
36. Pringle J. ve arkadaşları. Pennsylvania Projesi: Eczacı müdahalesi ilaca uyumu artırdı ve sağlık hizmeti maliyetlerini düşürdü. *Health Affairs [Sağlık Hizmetleri]* 2014; 1444-52
37. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Khan, R. ve Socha-Dietrich, K.). İlaç tedavisi uyumuna yatırım yapmak, sağlık sonuçlarını ve sağlık sistemi verimliliğini artırır. Diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi ilaçlarına uyum. OECD Sağlık Çalışma Belgesi No. 105, Haziran 2018. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/18152015> [Erişim Tarihi: 18 Ocak 2019]
38. Dünya Sağlık Örgütü. Global BOH hedefi: BOH'ları tedavi etmek için teknolojilere ve ilaçlara erişimi iyileştirin. Erişim adresi: <https://www.who.int/beat-ncds/take-action/policy-brief-improve-medicine-access.pdf?ua=1> [Erişim Tarihi: 25 Ocak 2019]
39. Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık teknolojileri. Dünya Sağlık Asamblesi. WHA60.29. Erişim adresi: www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf, s. 106. [Erişim Tarihi: 25 Nisan 2018]
40. Kehrler, J.P, and James D.E. Hasta Başı Testinde Eczacıların ve Eczacılık Eğitiminin Rolü. *Am J Pharm Education [Amerikan Eczacılık Eğitimi Dergisi]* 2016; 80 (8) 1 -7
41. Nundy, S. and Han, E. Gelişmekte Olan Ülkelerde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Yeni Teknoloji İhtiyacı: Bir peyzaj çalışması. Kalkınma Enstitüsü Sonuçları, Washington, 2012. Erişim adresi: <https://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-RD-for-NCDs-final.pdf> [Erişim Tarihi: 25 Ocak 2019]

42. Garra G. Küresel Sağlık İçin Görüntüleme İletişimi ve Eğitim Teknolojisi. Özet. Ulusal Kansere Enstitüsü, Küresel Sağlık İçin Kansere Tespit ve Teşhis Teknolojileri, 22-23 Ağustos 2011: 29. NIH Kampüsü, Rockville, Maryland

2 Kanıt: Eczacı müdahalelerinin etkisine ilişkin literatür taraması

2.1 Önleme

Önleme, insanların hasta olmasını engelleyen veya bir hastalığın ilerlemesini durduran faaliyetlerden oluşur. Örneğin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönündeki girişimler sağlıklı yaşamı özendirir, hastalığın başlangıcını geciktirir, hastalıkları ve ilgili komplikasyonları yönetmek için stratejiler sunar ve böylece hastalığın ilerlemesini yavaşlatır veya durdurur.¹

DSÖ'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020'ye göre, Dünya Sağlık Asamblesi, erken BOH ölümlerinin çoğunu önleyen veya geciktiren kanıtlanmış, maliyet-etkili müdahaleleri onaylamıştır. Ülkeler, BOH'ların önlenmesi ve tedavisine yönelik bu tür önlemleri almaları ve onlar hakkında farkındalık yaratmaları için teşvik edilmektedir. Bazı ülkeler, BOH'ların fiziksel aktivite yoluyla önlenmesi için hâlihazırda halk sağlığı stratejileri ve politikaları benimsemiştir. Örneğin, fitness programları ve kampanyaları insanları günde 30 dakika egzersiz yapmaya teşvik etmektedir.¹

DSÖ, BOH'lar için dört ana risk faktörü -tütün kullanımı, alkolün zararlı kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik- ve öncelikli dört BOH -kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum hastalıkları- tanımlamıştır.²

Yakınlıklarından dolayı toplumların merkezinde yer alan eczaneler, kaliteli eczacılık hizmetlerine erişimi sağlamakta ve hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir. Ayrıca, serbest eczane ağı halk sağlığı ve hastalıkları önleyici faaliyetler için birçok fırsat sunmaktadır. Örneğin, birçok ülkede, eczacılar sigara içenlere bırakmanın faydaları hakkında eğitim vererek tütün kullanımını bırakmaları için destek olmaktadır.^{3,4}

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi (NCCDPHP) "eczacıların rolünün sadece ilaç hazırlamanın ötesine geçip ekip bazlı bakımın bir parçası olarak kronik hastalık yönetimine aktif katılıma dönüştüğünü" kabul etmiştir.⁵ Amerikan Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri CDC, "kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesinde eczacıyla işbirliği yapmak" üzerine bir kılavuz çıkarmıştır. Bu kılavuzda ekip bazlı sağlık hizmetlerinde eczacının rolüne dair bir tanım ve kanıtlar verilmiştir, kılavuz ayrıca eczacıların federal ve eyalet bazında uygulama alanlarını ve kronik hastalıkların serbest eczanelerde nasıl ele alınacağına dair bilgileri de içermektedir.

Eczacılar, özellikle kalp hastalıkları ve inmeyle ilgili sağlık sonuçlarını etkileyebilecek çok önemli bir fırsata sahiptir. Serbest eczacılar, hastalarının ihtiyaçlarını ve hastalık risk faktörlerini proaktif olarak belirleyerek, yaşam tarzı değişikliklerinin ve öz-yönetimin özendirilmesi gibi sağlıklı davranışları hayata geçirerek ve hasta bakım hizmetleri sunarak hastalara yardımcı olabilirler.⁶

Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık hizmet sunucularının eğitim müdahalelerine dayanan Asheville Projesi, diyabetli hastaların glisemik kontrolünü iyileştirmek için gerekli davranış değişikliklerini yapmalarına yardımcı olmaktadır.⁷ Başka bir çalışma, eczaneler aracılığıyla eğitim ve uzun süreli ilaç tedavi yönetimi hizmetleri almış hipertansiyon ve/veya dislipidemi hastalarında kardiyovasküler ilaçların uygun kullanımı ve bu ilaçlara uyumun anlamlı bir şekilde arttığını ve kardiyovasküler olaylarda ve ilgili tıbbi maliyetlerde de azalma sağlandığını, bunların altı yıl boyunca devam eden anlamlı klinik iyileşmeler olduğunu ortaya koymuştur.⁸

İskemik inmeden sonraki sekonder korunma için eczacı liderliğindeki risk faktörü kontrolü çalışmasında, sistolik kan basıncı kontrolü sağlamak ve arzu edilen düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol değerleri elde etmek için bir eczacı tarafından bakım hizmeti verilen hastalarda, bir hemşire tarafından yönetilenlere oranla önemli ölçüde daha fazla iyileşme görülmüştür, çünkü eczacıların, kılavuzda önerilen hedeflere ulaşmak için ilaçları başlatma ve dozunu ayarlama yetkisi vardı.⁹

İspanya'da, kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda sağlık eğitimi ve ilaç tedavi izlemi müdahalelerini karşılaştıran bir araştırma, serbest eczanelerin, sağlık eğitimi kampanyaları ve ilaç tedavi izlemi gibi hizmetler yardımıyla hastaların kardiyovasküler sağlığını arttırmada etkili bir katkı sağlayabileceğini göstermiştir. İlaç tedavi izleminin sistolik kan basıncı, kalp atış hızı, kilo, vücut kitle indeksi, bazal glukoz, total kolesterol, bel çevresi ve bel-boy indeksi değerlerini iyileştirmede sağlık eğitiminden daha etkili olduğu görülmüştür. Trigliserit düzeyleri, bel-kalça indeksi, diyastolik kan basıncı, farmakoterapötik uyumun artırılması ve sigara bırakma açısından, ilaç tedavi izlemi ve sağlık eğitimi girişimleri, bu parametrelerin iyileştirilmesinde eşit derecede etkili olmuştur.¹⁰

Malezya, Penang'da yapılan bir çalışmada toplumda kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve risk faktörleri hakkında sınırlı bilgi ve farkındalık olduğu ortaya çıkmış ve katılımcıların çoğunluğu serbest eczacıların toplumdaki KVH risk faktörlerini tespit edip önlemedeki rolüne ilişkin olumlu görüşler dile getirmiştir.¹¹

Lübnanlı eczacılar arasında yapılan bir araştırma, eczacıların hipertansiyon yönetiminden ziyade hipertansiyon tespiti ve önlenmesindeki rollerinin daha çok farkında olduklarını göstermiştir.¹² Yetkinlik açığına, mesleki gelişim ve eczacılar için yeni rollerin bulunması fırsatlarına işaret eden bu çalışmada, ayrıca Lübnanlı eczacılar arasında hipertansiyon ve tespitindeki rollerinin iyice yerleştiği belirtilmektedir. Nijerya'da serbest eczacıların bazı halk sağlığı sorunları hakkındaki bilgilerini arttırmak ve bu alandaki rollerini genişletmek için uygulamalı eğitim verilmesi hedeflenmiştir. Bir çalışmada halk sağlığı hizmetlerini özendirici gelişmelerin serbest eczacıların sağlık eğitimi ve hastalık önleme faaliyetlerine katılımını artırabileceği sonucuna varılmıştır.¹³

Yukarıda değinilenlere rağmen, yine Nijerya'daki iki şehirde yapılan 'eczacının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerine katılımı' konulu bir anket, bu hizmetlere yönelik finansal bir teşvik veya meslek hakkı olmaksızın da %90 katılım olduğunu göstermiştir. Serbest eczacılar, belirlenmiş çeşitli eczane satış nok-

olarında ücretsiz danışma hizmetleri sundukları için, halkın büyük bir kesimini kapsayacak bir konumda ve daha erişilebilir olmuşlardır. Serbest eczacıların sağlığın teşviki ve geliştirilmesine aktif katılımı, gelişmekte olan toplumlarda temel ilaçlara erişimin artırılmasına ve kapsamlı sağlık sigortasına yönelik devam eden küresel baskıya karşı ihtiyaç duyulan bir bağlantı olabilir.¹⁴

Fransızca Konuşulan Ülkeler için Pnömojeni Derneği'nin (Société de Pneumologie de Langue Française) kılavuzlarında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesinden sonraki koruyucu önlemlerin çok önemli olduğu belirtilmektedir. Bu önlemler arasında kardiyovasküler komorbiditelerin kontrolü ile pulmoner rehabilitasyon, hastanın öz-yönetimi için amaçlanan terapötik eğitim ve pnömokok aşısı bulunmaktadır.¹⁵ Bu roller toplumda eczacılar tarafından sunulabilir.

Almanya'da yapılan bir tüketici çalışmasında eczacılar, çalışma anketinde listelenen 31 koruyucu hizmetin 29'unda tercih edilen hizmet sunucu olarak tanımlanmıştır. Eczacılar birçok hastalık önleyici hizmet sunmaktadır ve Baviera hakkında eczane tabanlı koruyucu bakım danışmanlığına büyük bir ilgi vardır.¹⁶

İsviçre Eczacılar Birliği (pharmaSuisse), farmasötik bilişsel hizmetlere dayalı bir meslek hakkı sistemi, kaliteli bir bakım programı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, yenilikçi bakım yönetim hizmetleri, eşdeğer ikamesi ve diğer önlemlerle meslekte derinlemesine bir reform gerçekleştirmiştir.¹⁷

2.1.1 Kaynakça

1. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC). BOH'ların Önlenmesi ve Kontrolü. Atlanta (GA): CDC; 2013. 29p. Erişim adresi:https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/3/prevention-and-control_fg_final_09262013v2.pdf [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013 2020. Cenevre (İsviçre): DSÖ; 2013. 91p. Erişim adresi: http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/global_action_plan_for_the_prevention_and_control_of_ncds_2013-2020.pdf [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
3. Uluslararası Eczacılık Federasyonu. Tütünsüz toplumlar yaratmak: Eczacılar için pratik bir rehber. Lahey: Uluslararası Eczacılık Federasyonu; 2015. Erişim adresi: <https://fip.org/files/fip/publications/2015-12-Establishing-tobacco-free-communities.pdf> [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
4. Avrupa Birliği İlaç Grubu. Serbest eczacılık, bir halk sağlığı merkezi: Yıllık Rapor. Brüksel, (Belçika): PGEU; 2016. 24p. Erişim adresi:<https://pgeu.eu/en/component/attachments/attachments.html?id=4293&task=download> [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
5. Morrison CM, Glover D, Gilchrist SM, Casey MO, Lanza A, Lane RI. ve arkadaşları. Halk Sağlığı Programı Rehberi: Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Eczacılarla Ortaklık. Atlanta (GA) Hastalık Kontrol

- ve Önleme Merkezleri; 2012 Ağustos. 18p. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/docs/pharmacist_guide.pdf [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
6. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Yüksek Tansiyonu Yönetmek için Eczacıların Hasta Bakımı Süreçlerini Kullanmak: Eczacılar için bir Kaynak Kılavuzu. Atlanta (GA): CDC, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016. 20p. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/pharmacist-resource-guide.pdf> [Erişim Tarihi: 4 Haziran2018]
 7. Cranor CW, Bunting BA, Chrustensen DB. Asheville Projesi: Serbest Eczane Diyabet Bakım Programının Uzun Dönemli Klinik ve Ekonomik Sonuçları. J Am Pharm Assoc (Wash). 2003 Mart-Nisan; 43(2):173-184.
 8. Bunting Ba, Smith BH, Sutherland SE, Susan E. ve arkadaşları. Asheville Projesi: Hipertansiyon ve dislipidemi için toplum tabanlı uzun süreli bir ilaç tedavisi yönetim programının klinik ve ekonomik sonuçları. J Am Pharm Assoc (2003). Ocak-Şubat 2008; 48(1):23 31. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18192127> [Erişim Tarihi: 4 Haziran 2018]
 9. McAlister FA, Majumdar SR, Padwal RS, Fradette M, Thompson A, Buck B ve arkadaşları. Minör inmeden sonra kan basıncı ve lipit düzeyi kontrolü için olgu yönetimi: ÖNLEME randomize kontrollü çalışma. CMAJ. 13 Mayıs 2014; 186(8):577-84. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24733770> [Erişim Tarihi: 4 Haziran 2018]
 10. Martinez PB, Jimenez EG, Martinez FM. Comparacion de las intervenciones de educacion sanitaria y de seguimiento farmacoterapeutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). Aten Primaria. 2015 March; 47(3):141 -148.
 11. Sarriff A, Amin AM, Mostafa H. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisi Hakkında Bilgi ve Farkındalık ve Malezya, Penang'daki Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetiminde Serbest Eczacıların Beklenen Rolü. CMU Journal of Natural Sciences. Ocak 2014;13(3):355-369.
 12. Zreik R. Lübnan'daki Serbest Eczanelerde Hipertansiyonun Tespiti, Yönetimi ve Önlenmesinde Eczacıların Rolü: Yüksek Lisans Tezi. Litvanya: Litvanya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Akademisi, Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı; 2017.
 13. Offu O, Anetoh M, Okonta M, Ekwunife O. Nijeryalı serbest eczacıları halk sağlığı programlarına dahil etmek: Enugu metropolünde bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi. J Pharm Policy Pract. 9 Kasım 2015; 8:27.
 14. Brian OO, Henry NC. 21. Yüzyılda Serbest Eczacılar ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Faaliyetleri; Genel Sağlık Kapsamı ve Halk Sağlığı Optimizasyonu için Genişletilmiş Rollerin En Üst Düzeye Çıkarılması. MOJ

Public Health. 25 Eylül 2017; 6(3): 00174.

15. Jounneau S, Dres M, Guerder A, Bele N, Bellocq A, Bernady A. ve arkadaşları. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) akut alevlenmelerinin tedavisi. Rev Mal Respir. Nisan 2017; 34(4):282-322.
16. Schmiedel K, Schlager H, Dorje F. Güney Almanya'daki eczanelerde halk sağlığı için önleyici danışmanlık. Int J Clin Pharm. Şubat 2013; 35(1):138-144. DOI: 10.1007/s11096-012-9722-3.
17. Guignard E, Bugnon O. Serbest Eczanelerde Farmasötik Bakım: İsviçre'de Uygulama ve Araştırma. Ann Pharmacother. 1 Şubat 2016; 40: 512-517

2.2 Tarama

Serbest eczacıların çeşitli BOH'lara yönelik hasta taramasında rol oynadığına dair birtakım çalışmalar ve yayınlar bulunmaktadır. Birçoğu küçük, açık ve kontrolsüz çalışmalar olsa da, çalışmaların tamamı, toplumda yüksek maliyetli bu durumları taramak için eczanelerin ve eczacı becerilerinin kullanılmasının uygun olduğunu göstermektedir. Buradaki zorluk, serbest eczacılar tarafından uygulamaya dayalı araştırmaların performansının ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermesidir. Buna ek olarak, doktorlara bilgileri güvenli bir şekilde iletmek ve paylaşmak da bazı ülkelerde bir engel olabilir. Buna rağmen, söz konusu çalışmaların sonuçları, serbest eczane düzeyinde bir tarama hizmeti verildiğinde, şüpheli olguların bir pratisyen hekime veya uzmana derhal yönlendirildiğini, hastalık farkındalığının arttığını ve hastaların tedaviye başlamak ve uyum konusunda daha istekli olduğunu göstermektedir. Bu araştırmalar aynı zamanda serbest eczacı müdahalelerinin tanı oranlarını arttırdığını ve gereksiz sevkleri azaltarak pratisyen hekim ziyaretlerini daha verimli hale getirdiğini göstermiştir. Aşağıda, dört ana BOH grubu için serbest eczanelerde BOH'lara yönelik tarama hizmetleri hakkındaki çalışmaların literatür derlemesi sunulmuştur.

2.2.1 Kardiyovasküler hastalıklar

Nord-Pas de Calais bölgesindeki 130 eczanede yapılan bir Fransız çalışmada, sağlık durumu iyi olan ve kardiyovasküler (KV) durumlar veya KV risk faktörleri için tedavi almayan 200 kişi değerlendirilmiştir. Toplam 107 kişi taramayı tamamlamıştır. KV riski kriterleri iki tip olarak belirlenmiştir: Tip 1, 10 yıl içerisinde %5'ten yüksek KV ölüm riski, arteriyel hipertansiyon, artmış kan glukozu değerleri ve hiperkolesterolemi; tip 2 ise yaş, bel çevresi ve genetik yatkınlıktan oluşmaktadır. En az bir tip-1 risk faktörüne veya iki tip-2 risk faktörüne sahip olan katılımcılar KV riske sahip olanlar şeklinde belirlenmiştir. Sonuçlar, katılımcıların %50'sinin KV risk taşıdığını göstermiştir (kadınların %48'i ve erkeklerin %57'si). Ortalama yaş 50 olup, tip-1 faktörleriyle ilişkili olarak %23'ünde arteriyel hipertansiyon, %5'inde yüksek kan glukoz düzeyi ve %17'sinde hiperkolesterolemi saptanmıştır. Bu nedenle, sağlığı iyi olan kişilerin %50'si KV hastalık açısından

riski altındaydı ve ileri tetkikler için bir doktora yönlendirilebilecek durumdaydı. Çalışma, serbest eczanelerde KV risk faktörlerinin taranmasıyla elde edilen bulguların, sonuçların geçerliliğini gösteren epidemiyolojik çalışmalarinkilerle benzer olduğu sonucuna varmıştır.¹

Hiperkolesterolemi (HK), kardiyovasküler riskin ana faktörlerinden biridir. Arjantin'de bir çalışmada HK'nin ebeveynlerle çocukları arasındaki ilişkisinin gücü belirlenmiştir. Gözlemsel, analitik ve kesitsel bir çalışma yöntemi kullanılmıştır. 6- 12 yaş arası çocuklarda ve ebeveynlerindeki kan kolesterol düzeyleri ölçülmüştür. Çalışma sonuçları, ebeveynlerdeki HK'nin çocuklarındaki HK ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ve ön-gördürücü (prediktif) gücünün yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, yazar ebeveynlerdeki HK'nin çocuklarında HK'nin araştırılması için etkili bir belirteç olarak kullanılabilirliğini öne sürmüştür. HK hastalarının kolesterol düşürücü ilaçlar almak için eczaneye düzenli ziyaretlerinin sayısı düşünüldüğünde, kanıtlar, bu hastaların çocuklarında da HK taraması yapılması ve gerektiğinde pratisyen hekime veya bir uzmana yönlendirilmesi için eczacıların profesyonel bir hizmet sunma gerekliliğini desteklemektedir.²

Avustralya'da yapılan bir çalışmada, amaç, KV hastalık risk profilini belirleme merkezleri olarak serbest eczanelerin uygunluğunu değerlendirmek ve eczacıların KV hastalık riski yüksek olan bireylerin saptanması, eğitilmesi ve yönlendirilmesinde önemli bir rol oynayabileceklerini değerlendirmektir. Çalışma herhangi bir KV hastalığı olmayan 30 yaşın üzerindeki kişiler için oportünist kardiyovasküler hastalık risk profili yapan, Avustralya'daki 14 serbest eczanede yürütülmüştür. Tüm ana KV risk faktörleri ölçülmüştür. Egzersiz alışkanlıkları, mevcut durumları ve tedavinin yanı sıra aile öyküsü de değerlendirilmiştir. Sonuçlar, Framingham Risk Hesaplamasına (Yeni Zelanda tabloları) dayanarak, her bireyin 10 yıllık KV olay geliştirme riskini hesaplamak için kullanılmıştır. Her bir bireyin KV risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri çoktan seçmeli bir anket formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Yazılı eğitim materyalleri ve sözlü danışmanlık sunulmuştur. Gerektiğinde, ileri tetkikler için doktora başvurulması önerilmiştir. Taranan bireyler e-posta üzerinden bir anket yoluyla takip edilmiştir. Tarama ve başvuru sürecinin sonuçlarını değerlendirmek için yüksek riskli bireylerden biri rastgele seçilerek telefonla aranmıştır. Temel sonuç ölçütü, KV hastalık gelişme riski ve KV risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyiydi. Sonuçlar, takiple birlikte KV hastalık risk faktörleri bilgisinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını göstermiştir. İrtibata geçilen yüksek riskli bireylerin neredeyse yarısı yaşam tarzı değişikliklerine gitmiş veya doktorlarının yaptığı tekrar değerlendirme sonrası ilaç tedavisine başlamıştır. Çalışmada, eczane tabanlı bir KV hastalık risk profili tarama ve eğitim programının, yüksek KV olay riski taşıyan ve henüz tanısı konmamış bireyleri tespit ederek yönlendirme potansiyeline sahip olduğu ve kalp hastalığı yükünü kontrol altına almaya yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır.³

2017 yılında, İran'daki bir serbest eczanede eczane tabanlı bir KV risk tarama hizmetinin fizibilitesini değerlendirmek için tasarlanan bir çalışmanın sonuçları yayımlanmıştır. Çalışmaya daha önce KV hastalığı olmayan veya diyabet tanısı konmamış 30-75 yaş arası 287 kişi dâhil edilmiştir. Tüm ana KV risk faktörleri, egzersiz alışkanlıkları, tıbbi durumlar, ilaçlar ve aile öyküsü araştırılmıştır. Yük-

sek riskli bireylere klinik eczacı tarafından hazırlanan ve klinik durumunu özetleyen bir belge verilerek doktor takibinde olmaları konusunda teşvik edilmişlerdir. Çalışmaya katılmalarından bir ay sonra katılımcılarla irtibata geçilerek takip önerilerine uyumları kaydedilmiştir. Analiz edilen veriler 146 hastanın en az bir anormal laboratuvar testinden dolayı hekime yönlendirildiğini göstermiştir. Takip önerisi alanların yaklaşık yarısı doktorlarından randevu almıştır. Bu çalışma, serbest eczanelerde yürütülen bir tarama programının, KV risk faktörü yüksek olan hastaları tespit edip hekime yönlendirme potansiyeline sahip olduğu beklentisini güçlendirmiştir.⁴

Lübnan'da 35 serbest eczanede yapılan bir araştırmada, eczacıların hipertansiyonun tespiti, yönetimi ve önlenmesindeki rolü değerlendirilmiştir. Araştırmada veri toplamak için 69 sorudan oluşan yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Hipertansiyon tespiti, yaşam tarzı değişikliği ve tedavisiyle ilgili veriler iki ay boyunca toplanmıştır. Sonuçlar üç bölüme ayrılmıştır: hipertansiyonun tespiti, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisine uyum. Bu çalışma, serbest eczacıların, hipertansiyonun tespitinde ve önlenmesindeki rollerine ilişkin farkındalığın, hipertansiyon yönetimindeki göre daha fazla olduğunu göstermiştir. Yazar, bunun Lübnan'daki eczacıların, hipertansiyon yönetimindeki rollerini sınırlayan, antihipertansif ilaçları reçete etme yetkisine sahip olmamalarından kaynaklandığını belirtmiştir.⁵

Atriyal fibrilasyon, en yaygın aritmi türüdür ve inme riskini beş kat artırır. Araştırmalar atriyal fibrilasyonun tüm inmelerin yüzde 20'sinden sorumlu olduğunu göstermektedir.⁶ Avustralya'da, eczanelerde atriyal fibrilasyon için iPhone elektrokardiogram kullanılarak toplum taraması yoluyla inmeyi önlemenin uygulanabilirliği ve maliyet-etkililiği hakkında yapılan bir araştırmada, "eczanelerde toplum taramasının, inme profilaksisi için oral antikoagülan kullanmayı gerektirecek kadar riski olan yeni tanı konmuş atriyal fibrilasyonlu büyükçe bir kohortu tanımlamak için uygun ve maliyet-etkili bir strateji" olduğu sonucuna varılmıştır. Yüksek toplam inme riski, nispeten düşük oral antikoagülan reçetesi ve atriyal fibrilasyon tanısı konmuş hastaların yetersiz bilgisi, toplum tabanlı tarama ve eğitim programlarına olan ihtiyacın altını çizmektedir.⁷

İrlanda'da, İrlanda Eczacılar Birliği tarafından desteklenen bir araştırmada, toplumdaki hipertansiyon ve atriyal fibrilasyonu tespit etmek için 2018 yılında 68 serbest eczanede bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. İki aylık bir süre boyunca 1100'den fazla kişi kontrol edilmiştir. Amaç, hipertansiyon veya atriyal fibrilasyon veya her ikisi için risk taşıyan 50 yaş ve üstündeki kişileri tespit emektir. Bu pilot çalışmanın sonucu:

- Kontrol edilen katılımcıların %5,5'inde düzensiz nabız (olası atriyal fibrilasyon) tespit edilmiş,
- Katılımcıların %27'sinde yüksek kan basıncı saptanmış (olası hipertansiyon),
- Katılımcıların %2'sinde hem düzensiz nabız (olası atriyal fibrilasyon) hem de yüksek kan basıncı (olası hipertansiyon) olduğu belirlenmiş,

- Kontrol edilen tüm katılımcıların %26'sı pratisyen hekime yönlendirilmiştir.

Genel olarak, katılımcıların %83'ü sağlık kontrolünü yapan eczacı tarafından verilen bilgilerden memnun kalmış, %91'i pilot çalışmada yer aldıkları için kan basıncı ve atriyal fibrilasyon hakkındaki farkındalıklarının arttığını söylemiştir.

Bu pilot çalışma, hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon için serbest eczanede standart bir halk sağlığı kontrolü yaparak, serbest eczacıların şüpheli hipertansiyon ve atriyal fibrilasyonun önlenmesi, tespiti ve başlangıç yönetimi açısından katılımcılara oldukça pozitif bir fayda sunabileceğini göstermiştir.⁸

2.2.2 Diyabet

Portekiz Ulusal Eczacılar Birliği tarafından yayımlanan bir makalede, 2015 yılındaki Dünya Diyabet Günü kapsamında başlatılan bir kampanyanın sonuçları verilmiştir. Kampanya, diyabeti ve gebeliği olmayan 18 yaşından büyük yetişkinleri hedef almıştır. Katılımcılar eczacı tarafından eczanede Findrisk testini tamamlamaları, sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri ve test puanı yüksek veya çok yüksek çıktığında doktorlarına danışmaları için teşvik edilmiştir. Findrisk testi eczane yazılımına entegre edilerek puan otomatik olarak hesaplanmıştır. Kampanyaya toplam 295 eczane katılmış ve toplam 7007 yetişkin (eczane başına ortalama 31 yetişkin) kaydedilmiştir: Katılımcıların %66'sı kadındı; yaş ortalaması 60'tı; %66,6'sı 25 kg/m²'nin üzerinde bir vücut kitle indeksine sahipti; %51,2'si fiziksel olarak aktifti; %85,6'sı günlük meyve ve sebze tüketiyordu. Bel çevresi ile ilgili olarak, kadınların %81,3'ü ve erkeklerin %70,1'i en yüksek kategoride yer almıştır; %51,9'u yüksek tansiyon için ilaç kullanıyordu; %12'sinde kan glukozu en az bir kez yüksekti, %43'ünde ailede diyabet öyküsü vardı (tip 1 veya 2). Genel olarak, çalışmaya katılanların %24'ünde takip eden 10 yıl içinde tip 2 diyabet gelişme riskinin yüksek veya çok yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalar durumları için daha ileri tıbbi yardım aramaya teşvik edilmiştir. Bulgular serbest eczacıların tip 2 diyabet geliştirme riski yüksek olan hastaların erken tanısında önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.⁹

2005 yılında yayımlanan bir Avustralya girişimi olan Eczanede Diyabet Bakım Programı, tip 2 diyabet hastaları için bir hastalık durumu yönetim modelini araştırmak üzere tasarlanmıştır. Model iki bileşenden oluşmaktadır: tarama hizmeti ve diyabet ilaçları yardım hizmeti. Tarama programının aslı amacı, serbest eczanelerin tip 2 diyabet riski taşıyan kişileri tespit edip aile hekimlerine yönlendirme kapasitelerini araştırmaktı. Hizmetin önemli unsurları, bilinen hastalığı olanlarda öz-yönetimi kolaylaştırmak için hasta eğitimi, destek ve izlemi kapsamaktaydı. Risk altındakiler için odak noktası eğitim ve yönlendirmeydi.

Çalışmaya dört eyalette otuz serbest eczane katılmış ve 1.286 kişi taranmıştır. Eczane aracılığıyla sunulan tarama hizmetinde iki farklı tarama protokolü kullanılmıştır: ardışık tarama ve sadece işaretleme testi. Her iki protokol de tip 2 diyabet için risk faktörlerinin olup olmadığını belirlemek üzere bir işaretleme testi risk değerlendirmesi kullanmıştır. Ardışık tarama protokolünde, en az bir risk

faktörüne sahip olan birine eczanede parmak ucundan kapiller kan glukozu testi teklif edilmiştir. Kan glukozu düzeyleri önceden tanımlanmış değerden daha yüksek olan hastalar aile hekimlerine yönlendirilmiştir. Sadece işaretleme testi protokolünde, eczanede parmak ucu testi yapılmamış ve hasta tip 2 diyabet için en az bir risk faktörüne sahipse, aile hekimine yönlendirilmiştir.

Sonuç olarak, ardışık tarama yöntemi, sadece işaretleme testi yönteminden çok daha verimli ve maliyet-etkili çıkmıştır ve serbest eczanelerde başarılı bir şekilde uygulanabilen bu yöntem pratisyen hekimlere gereksiz sevklerin azalmasını ve doğru tanı oranının artmasını sağlamıştır. Katılımcılar, serbest eczanede diyabet taramasından çok memnun kalmış ve bu hizmeti oldukça kabullenmişlerdir.¹⁰

2.2.3 Astım/Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Dünya genelinde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), sağlık hizmeti kaynaklarının orantısız bir şekilde kullanılmasından sorumludur. KOAH sigara içmenin büyük ölçüde sebep olduğu veya kötüleştirdiği progresif bir durumdur. KOAH'ın erken fark edilmesi, sigara bırakma desteği gibi hastalığın ilerlemesini önleyici müdahaleler için bir fırsat sunmaktadır. Eczacıların hastalığın tespiti ve ilerlemesini önlemek için oynayabilecekleri rolü gösteren çok sayıda güçlü çalışma olmasına rağmen, bu tür hizmetlerin benimsenmesi halen sınırlı düzeydedir.

Avustralyalı araştırmacılar, eczacıların kötü astım kontrolü riski altındaki hastaların ve bu duruma katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesindeki rolleriyle ilgili bir araştırma yapmıştır. Astım yönetimine özgü eğitim alan doksan altı serbest eczacı astım tanısı konmuş olan ve kötü astım kontrolü riski altında bulunan 18 yaş ve üzeri 570 hastayla kapsamlı bir astım değerlendirmesi yapmıştır. Astım öyküsü tartışılmış, akciğer fonksiyonu ve inhaler tekniği de eczacı tarafından değerlendirilmiştir. Sonuçlar, serbest eczacıların yetersiz kontrol riski altında olan astım hastalarını ve buna katkıda bulunan faktörleri tanımlayabildiklerini göstermiştir. Serbest eczacılar tarafından tespit edilen bu grup, diğer sağlık çalışanları tarafından muhtemelen görülmemiş veya erişilmemiştir. Bu nedenle, eczaneler için kötü kontrollü astımı hedefleyip zamanında ve kişiye özel müdahalelerde bulunma fırsatı bulunmaktadır.¹¹

2.2.4 Kanser

İspanya, üye devletlerin meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolorektal kanser için tarama programları geliştirmesi gerektiğini söyleyen 2003 Avrupa Birliği Konseyi tavsiyelerine uymaktadır. Genel olarak kolorektal kansere özgü tarama testlerinin gerçekleştirilmesinin temeli şunlardır:

- Hedef kitle: 50 ila 69 yaşları arasındaki kadınlar ve erkekler,
- Tarama testi: dışkıda gizli kan,

- İnceleme sıklığı: iki yılda bir.

Şu anda İspanya'daki tüm özerk toplulukların kolorektal kanser için bir tarama programı bulunsa da; serbest eczaneler buna yalnızca Katalonya, Murcia ve Balear Adaları'nda katılmaktadırlar. Serbest eczaneleri buna dâhil etmenin amacı, testi toplum için daha erişilebilir (yakın, saatleri esnek, önceden bir randevu gerektirmiyor ve bir sağlık çalışanının huzurunda yapılıyor) hale getirerek katılımı teşvik etmektir.

Hasta dışkı numunelerini eczaneye teslim edilip daha sonra analiz için bir laboratuvara gönderilebilir. Bazı bölgelerde, numuneler birinci basamak sağlık merkezlerine de gönderilebilir. Dışkıda kan görülmediyse testin negatif olduğu kabul edilir ve katılımcılar iki yıl sonra testi tekrar etmeye davet edilir. İki numunenin en az birinde belirli bir miktar hemoglobinin bulunursa doğrulayıcı bir test (kolonoskopi) daha yapılır.¹²

İsviçre'de de, İsviçre Eczacılar Birliği'nin (pharmaSuisse) 2016'da başlattığı, serbest eczanelerde düşük eşikli bir kolorektal kanser tarama programı mevcuttur. Tarama, eczanede bir anketin tamamlanmasından ibarettir. Ankete dayanarak, eczacılar dışkı testi tarama kriterlerinin dışında kalan hastalarla risk faktörlerini birlikte değerlendirmiştir. Anket yoluyla saptanan risk faktörlerine bağlı olarak hasta, ziyaretinin amacını açıklayan bir mektupla doğrudan bir pratisyen hekime veya bir gastroenteroloğa gönderilmiştir. Diğer tüm katılımcılara bir dışkı testi ve bunu evde nasıl uygulanacaklarına dair bir açıklama verilmiştir.

Dışkı testinin sonuçları hastayı bilgilendiren eczacıya verilir. Test sonucunun pozitif olması durumunda, eczacı, ileri tetkikler (genellikle kolonoskopi) için hastayı aile hekimine veya gastroenteroloğa yönlendirir. Test sonucu negatif olduğunda, eczacı kolon kanseri riskini azaltma konusunda önerilerde bulunur.

Bu hizmet tüm yıl boyunca (1800 İsviçre eczanesi arasından) yaklaşık 550 eczanede verilirken; 200 ila 250 eczane de iki yıllık bu kampanyaya yeni katılmışlardır.

2016 yılındaki ilk kampanyaya toplam 771 eczane katılmış ve hastalık, test ve sonuçları ile kampanyanın tasarımı hakkında çevrimiçi bir kurs tamamlamıştır. Altı haftalık kampanya boyunca, anket sonuçlarına dayanarak eczanede 23.000'den fazla kişi taramadan geçirilmiştir. Risk faktörü olan %3'ü bir doktora gönderilmiştir. Diğerlerine dışkı testi verilmiş ve %97'si de bunu yapıp laboratuvara göndermiştir. Analiz edilen 21.701 testten %93'ü negatif çıkmıştır ki bu da, yayımlanan diğer sonuçlarla uyumludur. Dışkı testi pozitif olanların %7'si kolonoskopi için hekim ve gastroenterologlara gönderilmiştir. Katılımcıların tahminen üçte ikisinin tavsiyelere uyup kolonoskopi yaptırdıkları düşünülürse, kampanya sayesinde 58 (33-114) kolon kanseri olgusu tanısı konduğu ve 364 (283-429) ileri adenom olgusu tespit edildiği tahmin edilmektedir.

Özetle, kampanyaya katılan 23.000'den fazla kişiden, yaklaşık 2270'i ek tıbbi muayeneye davet edilmiştir: risk faktörleri nedeniyle 760 ve pozitif dışkı testleri nedeniyle 1510 kişi. Yayımlanan literatüre göre, dışkı testi pozitif olanların %5'i aktif kolon kanserine sahip olup %31'i ileri adenomdan muzdariptir.

Tespit edilen her kolon kanseri veya ileri adenom olgusu için bu tarama hizmetinin ekonomik etkisi de incelenmiş ve tarama maliyetleri yaklaşık 5000 ABD Dolar olarak hesaplanmıştır. İleri adenomların yaklaşık %16-19'u 10 yıl içinde kansere dönüşmektedir. Bu nedenle, bir kolon kanseri tedavisi için harcanacak en az 115.000 ABD Dolarına karşın; tarama ve erken müdahalenin fiyatı, hasta başına 13.000 ila 31.000 ABD Doları arasında olacaktır. Dolayısıyla, bu hizmet net olarak maliyet etkili bir yaklaşımdır. Neredeyse 600 eczane hizmeti şimdi kalıcı olarak uygulamaktadır ve kampanya Mart 2018'de tekrar başlatılmıştır.¹³

Avustralya'daki BowelScreen Australia adlı bir tarama programı 2010'da Avustralya Serbest Eczacılar Birliği ile işbirliği içinde başlatılan ve bağırsak kanseri taramasına daha fazla erişimi amaçlayan bir girişimdir. Hastalar, aile hekimleri veya serbest eczacıları ile program hakkında konuşmaya teşvik edilmiştir. Girişim, serbest eczacılar aracılığıyla kolorektal kanser taraması hakkındaki farkındalığı arttırmayı ve eczaneden temin edilip evde yapılan ve sonra da analize gönderilebilen bu tarama testine erişimi kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Kullanıcı dostu olan bu testler kapsamlı bir talimatla ve özel bir müşteri yardım hattının yanı sıra bir hatırlatma hizmetiyle birlikte sunulmaktadır.¹⁴

2.2.5 Kaynakça

1. Fondation Coeur et Arte res. Bilan Prelim inai re de l'Etude Pilote portant sur le Depistage du Risque Cardiovasculaire dans le Pharmacie-sdu Nord - Pas de Calais. Yazarlar tarafından paylaşılan dahili rapor: 2014.16p.
2. Robledo JA, Siccardi LJ, Gallindo LM, Bangdiwala SI. Ebeveynlerde hiperkolesterolemi ve çocuklarında hiperkolesteroleminin belirleyicisi olarak ailenin tıbbi öyküsü. Arch Argent Pediatr 2019;117(1):41 -47
3. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL, Rasiyah RL. Avustralya serbest eczanelerinde kardiyovasküler risk tarama programı. Pharm World Sci. Haziran 2010; 32(3):373- 80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217476> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
4. Zahra JR, Negar H, Amir S, Sheyda N, Kazem H, Mohammad R. ve arkadaşları. İran'da uygulanan, serbest eczanelere dayalı kardiyovasküler risk tarama hizmeti: Eczane Uygulaması. Nisan-Haziran 2017 (2):919. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.919> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
5. Zreik R. Lübnan'daki Serbest Eczanelerde Hipertansiyonun Tespiti, Yönetimi ve Önlenmesinde Eczacıların Rolü: Yüksek Lisans Tezi. Litvanya: Litvanya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Akademisi, Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı; 2017. <https://repository.lsmuni.lt/handle/1/33765> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
6. Aritmi Kontrolü [Internet]. Canberra: Avustralya Serbest Eczacılar Birli-

- ği; 20 Ekim 2016. Erişim adresi: <https://www.guild.org.au/newsevents/blog/2016/10/20/checking-the-arrhythmia-tick> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
7. Lowres N, Neubeck L, Salkeld G, Krass I, McLachlan AJ, Redfern J. ve arkadaşları. Eczanelerde iPhone EKG kullanarak atriyal fibrilasyon için toplum taraması yoluyla inmenin önlenmesinin uygulanabilirliği ve maliyet etkililiği. SEARCH-AF çalışması. *Thromb Haemost.* Haziran 2014; 111(6): 1167-76. Erişim adresi: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI0.1160/TH14-03-0231> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
 8. İrlanda Eczacılar Sendikası (Sinead McCool ve Pamela Logan). Toplumda hipertansiyon ve atriyal fibrilasyonu tespit etmek için IPU pilot çalışması. 2018 Raporu Dublin: İrlanda Eczacılar Sendikası; Aralık 2018. Erişim adresi: <https://ipu.ie/wp-content/uploads/2014/11/IPU-Pilot-to-Detect-Hypertension-and-Atrial-Fibrillation-Report-2018.pdf> [Erişim Tarihi: 28 Aralık 2018]
 9. Jacinto I, Horta R, Santos Rita, Cary M, Guerreiro JP, Torre C. ve arkadaşları. Kasım, Portekiz Eczanelerinde Dünya Diyabet Ayı Kampanyası (Poster). FIP Dünya Eczacılık ve Farmasötik Bilimler Kongresi, Buenos Aires, Arjantin. (28 Ağustos-1 Eylül 2016). Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=item&item=17197> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
 10. Krass I. ve arkadaşları. Eczanede Diyabet Bakım Programı. Sydney Üniversitesi Eczacılık Fakültesi; Nisan 2005. 163 p. <http://6cpa.com.au/wp-content/uploads/Pharmacy-Diabetes-Care-Program-final-report.pdf> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
 11. Armour CL, LeMay K, Saini B, Reddel HK, Bosnic-Anticevich SZ, Smith LD. Kötü Astım Kontrolü Riski Olan Hastaları ve Bu Kötü Kontrole Katkıda Bulunan Faktörleri Tanımlamak için Serbest Eczaneleri Kullanmak. *Journal of Asthma [Astım Dergisi]*. 26 Eylül 2011;48(9): 914-922. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02770903.2011.615431>. [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
 12. Salas D. Situacion actual de los programas de cribado de cancer colorrectal en Espana. Indicadores de resultados. Kanser Tarama Programları Ağı 20. Yıllık Toplantısında sözlü sunum (Red de Programas de Cribado de Cáncer). Zaragoza, 17-19 Mayıs 2017. Erişim adresi: http://www.cribadocancer.com/images/archivos/LolaSalas_8.pdf [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]
 13. Vaucher F and Ruggli M. Kolon kanserine hayır- İsviçre eczanelerinde bir kampanya. 77. FIP Dünya Eczacılık ve Farmasötik Bilimler Kongresi'nde sözlü sunum, Seul, Kore Cumhuriyeti, 10-14 Eylül 2017. Erişim adresi: [https://www.fip.org/files/abstracts/2017PSWC/E9/E9-Fabian-Vaucher2-No to colon cancer.pdf](https://www.fip.org/files/abstracts/2017PSWC/E9/E9-Fabian-Vaucher2-No%20to%20colon%20cancer.pdf) [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]

14. Bağırsak kanseri taraması [Internet]. Sydney: Bowel Cancer Australia; 2017. Erişim adresi: <https://www.bowelcanceraustralia.org/screening> [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018]

2.3 Yönlendirme

Eczacılar, BOH'ların önlenmesi ve yönetiminde bilgi ve becerilerini kullanarak hasta bakımındaki değerlerini artırmaya çalıştıkları için, dikkatlice düşünülmüş ve geliştirilmiş sevk zincirinin önemi çok büyüktür. Literatür taraması, eczacıların BOH'lardaki rolünün bu yönünün, hem BOH'ların hastalık durumları açısından hem de program ve projelerin yapıldığı ülkelerde nasıl ele alındığına dair bir fikir vermektedir. BOH yönetimine yönlendirme aşamasını dahil etme konusundaki global yaklaşımı, bu raporda yer alan çeşitli olgu çalışmalarında görmek mümkündür. Taramaya odaklanmış BOH ile ilgili projeler veya programlar genellikle sevk zinciri tanımlamaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmet sunucularına yapılan yönlendirmelerin sonuçları yeterince net değildir ve eczacılar, BOH'lara karşı mücadelede değerlerini göstermeye ve arttırmaya çalıştıkları için daha fazla ilgili hak etmektedir.

2.3.1 Sevk zinciri

Eczacıların BOH'ların taraması ve yönetilmesinde lider bir rol üstlendikleri yerlerde, en genel yol "risk altında" olduğu düşünülen bir hastayı eczacının reçeteyi yazan kişiye veya pratisyen hekime yönlendirmesi olarak tarif edilmiştir. Bununla birlikte, tarama veya sağlık programları sonucu yapılan bazı yönlendirmeler, eczacıların diğer sağlık hizmet sunucularına (diş hekimleri, çocuk doktorları, diyabet eğitimi verenler) yaptıkları yönlendirmeleri de kapsamaktadır

2.3.2 Meslekler arası ilişkiler

Literatürde eczacılarla hekimler arasındaki ilişkiye odaklanan önemli bir tartışma vardır ve en iyi işbirliği modelini oluşturmak için farklı ülkelerde farklı modeller geliştirme konusu da yine de önemlidir. Çok sayıda çalışmada, bakım ve sorumluluğun paylaşılması için odak noktası kabul edilen ilaç yönetiminde eczacılar ile aile hekimleri arasındaki işbirliği araştırılmaktadır.¹³⁻¹⁵

Eczacılar, çoğu batılı ülkede, oldukça eğitilmiş olmalarına rağmen birinci basamak sağlık hizmetlerinde, az kullanılan bir kaynak olmaya devam etmektedir.1 Nitel bir çalışmada, eczacılarla pratisyen hekimlerin, Alman sağlık sisteminde meslekler arası işbirliği önündeki engeller hakkındaki görüşleri araştırılmıştır. Serbest eczacıların sağlık hizmetleri üzerindeki olumlu etkisine dair önemli kanıtlara rağmen, eczacılarla pratisyen hekimlerin meslekler arası işbirliği çoğu zaman sınırlıdır.1 Yazarlar, gelecekteki tıp ve eczacılık eğitimi müfredatının, hem mesleki eğitim hem de kariyerin erken dönemlerinde eczacı-hekim işbirliğine

kapsamlı bir biçimde yoğunlaşması gerektiği sonucuna varmıştır. Sürekli mesleki değişim ve takdir kültürünü geliştirmek ve güçlendirmek, gelecekteki politika ve araştırmaların önündeki en büyük zorluklardan biridir.¹

Diğer bazı çalışmalarda (Nijerya, Almanya, Hırvatistan, Hindistan ve Portekiz) karşılıklı saygı ve takdir konusundaki işbirliğinin başarılı olduğu görülmüştür. Bu başarının temeli, her iki sağlık mensubunun da rollerini karşılıklı olarak net bir biçimde anlamalarına dayandırılmıştır. Eczacıların tıbbi müdahalelere ve karar alma sürecine entegrasyonunun kabul görmesi bu işbirliğinin başarısı için çok önemlidir. Bazı ülkelerde, eczacıların tanımlı rollerinin ötesinde hizmetler üretme kapasiteleri sınırlıdır (örneğin, Lübnan'da eczacıların herhangi bir ilacı reçete etmesi veya değiştirmesi yasa ile yasaklanmıştır). Meslek hakkı olmaması da BOH taramasında ve yönlendirmede daha aktif roller almanın önünde bir engeldir (örneğin, Nijerya'da serbest eczacılar birinci basamak sağlık hizmetindeki rollerini resmi bir destek olmadan yerine getirirler).

2.3.3 Bakım geçişleri

Hastaneden taburculuk sonrası ilaç yönetiminin iyileştirilmesine odaklanan projelerin yer aldığı bazı ülke olgu çalışmaları mevcuttur. Özel olarak BOH'ları hedef almamasına rağmen, bu çalışmalar önemlidir ve geleneksel eczacı-reçeteleyen rollerinin ötesinde işbirliğine dayalı bakım modelleri hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmalar, taburculuk sonrası ilaç rejimlerine uyumun en önemli sorunlardan biri olduğunu ve işbirlikçi bir bakım modeli oluşturulmasının hastaların taburculuk sonrası ilaç tedavisine uyumunu artırdığını göstermektedir. Burada, birinci basamak sağlık hizmet sunucuları ile işbirliğinin (ve uzun vadeli bakım için yönlendirme) önemi vurgulanmaktadır.¹⁻⁶

Almanya'da hastaneden taburcu edilen 240 kronik hastayla yapılan bir çalışma, hastane doktorlarına danışmanlık veren bir klinik eczacının müdahaleleri sonucu kardiyovasküler ve antidiyabetik ilaç tedavisinin taburculuk anında nasıl sadeleştirildiğini göstermiştir. Müdahale grubundaki ilaç rejimleri (klinik eczacı tarafından verilen), karşılaştırılan gruba göre çok daha az karmaşık olmuştur. İlginçtir ki, müdahale grubundaki tedavi karmaşıklığı, taburculuk notunda birinci basamak sağlık hizmet sunucularına açıkça belirtilmediğinde, taburcu olduktan altı hafta sonra karşılaştırılan gruptakine benzer değerlere yükselmiştir.¹³

2.3.4 Hastalık merkezli sevk zinciri

Eczacıların BOH'lara dahil olmasıyla bakımın ve sonuçlarının iyileştiğini gösteren çeşitli çalışma örnekleri vardır ve sonuçlar eczacıların astım, hipertansiyon, dislipidemi, kalp yetmezliği, sigarayı bırakma ve inmeyi önlemek için BOH'lara katılımının yararını göstermektedir. Ne yazık ki, bir çıktı olarak yönlendirme oranlarına veya dahası sağlık hizmetlerine yapılan yönlendirmelerin çıktılarında odaklanan çalışmalar yetersizdir. Araştırmacıların, eczacıların BOH'lardaki rollerinin değerine dair önermelere odaklanmaları gerekecektir.

Hangi bakım modellerinin yönlendirmeye sonuçlandığına dair nitel konular ve yönlendirme oranlarıyla bunların sonuçlarının yanı sıra eczacıların BOH'lardaki rolünün maliyet etkililiğine dair nicel sonuçlar, eczacıların bu alanda devam eden değerlerini belirtmek açısından önemli olacaktır. Burada serbest eczacıların kardiyovasküler hastalıklar ve astım için sevk zincirindeki rollerine odaklanan araştırmalara değinilmiştir.

2.3.5 Kardiyovasküler çalışmalar - Yönlendirme sonuçlarına odaklanmak

Avustralya'da bir iPhone elektrokardiyogramı (iECG) yardımıyla atriyal fibrilasyon taramasından geçirilen ve tıp uzmanına yönlendirilen, 1000 hastayı kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Taranan hastaların %1,5 kadarında önceden bilinmeyen atriyal fibrilasyon tespit edilmiştir. Yazarlar, varfarin reçetesine %55 oranındaki uyuma dayanarak, iECG taramasını topluma yaymanın artımlı maliyet etkililik oranının, kaliteye ayarlı kazanılmış yaşam yılı başına 5988 AUD ve bir inme önlemek için 30.481 AUD olacağını belirlemiştirlerdir.¹⁷

Bunun ardından yapılan ve 30 serbest eczaneyi kapsayan bir Kanada çalışmasında, yüksek riskli hastalara inme taraması yapılmış, yaşam tarzı önerileri ve danışmanlık sunulmuş ve "harekete geçebilir atriyal fibrilasyonu" bulunanlar, bunu doğrulamak üzere bir doktora yönlendirilmişlerdir. Tarama programı iyi karşılanmış ve tarananların %2,5'i "harekete geçebilir atriyal fibrilasyon" olarak değerlendirilmiştir. Ancak "harekete geçebilir atriyal fibrilasyon" tespit edilen hastaların sadece dörtte biri altı haftadan sonra birinci basamak hekimlerine takibe gitmiş ve sadece %17'sinde oral antikoagülan tedavisine başlanmıştır.¹⁸

2.3.6 Astım çalışmaları - yönlendirmeye odaklanmak

Avustralya'daki bir çalışmada, yetersiz astım yönetimi olan hastaların eczacı tarafından aile hekimine yönlendirilmesinin etkisi araştırılmıştır. Otuz beş eczane, potansiyel olarak yetersiz astım yönetimi (önceki altı ay içerisinde astım rahatlatıcı ilaçların daha fazla kullanılmasıyla tanımlanır) olan hastalara eğitim materyali ve pratisyen hekime yönlendirme (müdahale grubu) ve olağan bakım (kontrol grubu) sağlanmasıyla ilgili randomize kontrollü bir çalışmayı tamamlamıştır. Müdahale grubu (n = 706) kontrol hastalarına (n = 427) göre anlamlı derecede daha iyi astım kontrolü ve yaşam kalitesi (sırasıyla P <0.01 ve P <0.05) göstermiştir. Bu çalışma serbest eczacıların yetersiz astım yönetimi olan hastaları tespit edip bu hastaları aile hekimlerine yönlendirmek için nasıl ideal bir konumda olduklarını göstermektedir. Bu tür işbirlikçi yaklaşım hasta tarafından bildirilen astım kontrolünü önemli ölçüde iyileştirebilir.¹²

Eczacılar, BOH'lara karşı mücadele sürecindeki değerlerini artırmak için harekete geçtikçe, risk altındakilerin takiplerinin sektöre uğramaması için sevk zincirinin tasarımına daha fazla odaklanılmalıdır. Yeni modeller risk altında olan veya

acil tıbbi bakıma muhtaç hastalar için rutin olarak yönlendirmeyi kapsar. İncelememiz, yönlendirme sonrası takibin açıkça tanımlanıp her BOH için tasarlanan farmasötik bakım modelinin ayrılmaz bir bileşeni olması gerektiğini göstermiştir. Bu bakım programları, BOH'ların kontrolünün iyileştirilmesine yardımcı olacak ve hastalarımız için daha iyi klinik sonuçlara yol açacaktır.

Son olarak, bu işbirlikçi bakım modelinde başarılı bir sevk zinciri için hastaların da önemli bir rol oynayabileceği unutulmamalıdır. Bu durum, genişletilmiş rollerimizin yalnızca gelişmiş farmasötik bakım konusundaki arzumuzu paylaşan meslektaşlarımız tarafından değil, aynı zamanda hastalarımız tarafından da kabul edilmesini sağlayacaktır. Hastalarımızı eczacıların daha fazla katılımının önemi konusunda eğiterek, hasta sonuçlarını iyileştirebilir ve BOH'lara karşı mücadelede gerçek bir fark yaratabiliriz.

2.3.7 Kaynakça

1. Loffler C, Koudmani C, Bohmer F, Paschka SD, Hock J, Drewelow E. ve arkadaşları. Pratisyen hekimler ile serbest eczacıların mesleklerarası işbirliğine ilişkin algılar - nitel bir çalışma. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):224.
2. Irons, BK, Meyerrose, G, Laguardia, S Hazel, ve Seiffer, CF. Kardiyovasküler hastalığı veya yüksek riski olan hastalarda hipertansiyon yönetimini geliştirmek için işbirlikçi bir kardiyolog-eczacı bakım modeli 2012;10(1):25-32.
3. Krass, I Armour, C Taylor, S. Mitchell, B Brilliant, M Stewart, K. ve arkadaşları. Eczane Diyabet programı 2015, Sydney Üniversitesi, Avustralya. <http://6cpa.com.au/wp-content/uploads/Pharmacy-Diabetes-Care-Program-final-report.pdf>. [Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2018]
4. Watkins, K Bourdin, A Trevenen, M Murray, K Kendall, P Schneider, C. ve arkadaşları. Serbest eczacıların astımlı hastaların bakımındaki mesleki rolünü geliştirme fırsatları: Kesitsel bir saplama 2016;24;26:16082.
5. Leppee, M Culig, J Mandic, K ve Eric, M 3Ps Eczacı, Hekim ve Hasta: İlaç Tedavisine Uyumu Artırmak için Ortak İşbirliği Önerisi West Indian Med J. Aralık 2014 Dec: 63(7): 744-751
6. Porwal, M Singh, L Kumar, A, Rastogi, V Maheshwari, K. ve arkadaşları. Hasta ilaç yönetiminde doktor-eczacı işbirlikçi rolü üzerine yeni geliştirilen bir değerlendirme aracı. Family Medicine & Primary Care Review [Aile Hekimliği ve Birinci Basamak İnceleme] 2016;18,1: 44-48
7. Mackenzie, W Petersen, GM Tenni, P Bindoff, IK ve Stafford, BELGE: Serbest eczanede ilaçla ilgili problemleri sınıflandırmak için bir sitem. Int J Clin Pharm. [Uluslararası Klinik Eczacılık Dergisi]. Şubat 2012;34(1):43-52

8. Serbest Eczacılarla Hekimler Arasında Toplum-Klinik Bağlantıları Oluşturma, Atlanta, GA: ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: 2017.
9. Oparah, AC and Arigbe-Osula, EM. Toplumda bulaşıcı olmayan hastalıkları yenmek. Trop 2002;1 (2)67-74
10. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL, and Rasiah RL. Avustralya serbest eczanelerinde kardiyovasküler risk tarama programı. Pharm World Sci. 2010;32(3):373-80.
11. McNamara K, O'Reilly S, Dunbar J, Bailey M, George J, Peterson G. ve arkadaşları. Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için serbest eczacıların çoklu risk faktörü müdahalelerini değerlendiren bir pilot çalışma: PAART CVD Pilot Projesi. Annals of Pharmacotherapy 2012;46:183-91
12. Bereznicki B, Peterson G, Jackson S, Walters H, Fitzmaurice K, Gee P. Eczacıların, yetersiz astım yönetimi olan hastaları pratisyen hekime yönlendirmesi. Pharm World and Science 2008;30(6):869-75.
13. Stange, D, Kriston L, von-Wolff A, Baehr M ve Dartsch D. Bir Alman Üniversite Hastanesinde Kardiyovasküler İlaç Karmaşıklığı: Yapılandırılmış Bir İlaç Yönetimi Müdahalesinin Uyum Üzerindeki Etkileri 2013;19(5):396-407.
14. Oparah, AC Famakinde, AJ and Adebayo Diyabetli hastaların ortak bakımında eczacıların müdahalelerinin sonuçları. Pharmacy Education [Eczacılık Eğitimi dergisi] 2009;9;18-22
15. Condinho, M, Sa, J Eliseu, A Figueiredo, IV ve Sinogas, Aile Sağlığı Üniversitesinde Geliştirilen Bir Farmasötik Bakım Programının Klinik Etkileri: Hipertansif Hastaların Tedavisinde Eczacı-Hekim İşbirliği Sonuçları. Rev Port Farmacoter 2016;8: 164-171
16. Zreik, R Eczacının Lübnan halk eczanelerinde hipertansiyonun tespiti, yönetimi ve önlenmesindeki rolü. Litvanya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2018 [Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2018]
17. Lowres N, Neubeck L, Salkeld G ve arkadaşları. Eczanelerde iPhone EKG kullanarak atriyal fibrilasyon için toplum taraması yoluyla inmeyi önlemenin uygulanabilirliği ve maliyet etkinliği. SEARCH-AF çalışması. Thromb Haemost. Haziran 2014; 111(6):1167-76. Erişim adresi: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1160/TH14-03-0231> [Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2018]
18. Sandhu RK, Dolovich L, Deif B. ve arkadaşları. Eczane tabanlı bir tarama programında tanımlanan değiştirilebilir inme risk faktörlerinin yüksek prevalansı. Open Heart 2016;3(2)

2.4 Tedavi ve hastalık yönetimi

Bilinen hastalık olgularının yönetimi ve ilaçla tedavisi, yani farmasötik bakım, temel bir sağlık bakımı sürecidir ve özellikle BOH hastaları için önemlidir. Bu, ilaçların güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamak, en uygun klinik sonuçları elde etmek, hasta güvenliğini sağlamak ve sağlık sistemlerinin etkinliğini arttırmak için kritik bir görevdir.

Eczacının BOH'larda ilaç kullanımını optimize etme rolünün güçlendirilmesi için, net bir politik taahhüde, eczacıların kendilerinin yükümlülük almasına ve tüm sağlık mensuplarının (doktorlar, hemşireler, laboratuvar uzmanları ve eczacılar) işbirliğine gereksinim duyulmaktadır. Dünyada eczacılar ilaç kullanımını iyileştirmek ve farmasötik bakımla (etkili ve maliyet-etkili bir mesleki hizmet) hastaların yaşam kalitesini artırmak için uygulamalarını giderek hasta merkezli hizmetlere kaydırmaktadır.¹ Ancak, ülkeler arasında, özellikle de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, bu tür hizmetlerin varlığı açısından büyük tutarsızlıklar ve dengesizlikler halen mevcuttur. Avustralya, Kanada, ABD ve Batı Avrupa gibi bazı gelişmiş ülkelerde veya bölgelerde, eczaneler ve eczacılar için bu tür mesleki rollerin ve yetkilerin tanımlandığı, iyi bir şekilde kurulmuş düzenleyici yapılar mevcuttur ve BOH'larda farmasötik bakımı teşvik etmek için hükümetler veya üniversiteler tarafından başlatılmış programlar bulunmaktadır.

Aslında, ABD'de (özellikle California, Kuzey Carolina, Oregon, Tennessee ve Washington eyaletlerinde), hükümetler kronik hastalık yönetimi programının bir parçası olarak BOH'lara yönelik bazı ilaçları bağımsız olarak reçeteye yazmaları için eczacılara sınırlı bir yetki vermiştir ve 50 eyaletten ikisi hariç hepsi eczacıların, doktorla işbirliğine dayalı bir uygulama anlaşması kapsamında BOH'lar için ilaç tedavilerini ayarlamalarına izin vermektedir.² Avustralya ve İngiltere gibi diğer ülkelerde de benzer düzenleyici gelişmeler yaşanmaktadır. Yakın zamanda Filipinler, hem bulaşıcı hastalıklar hem de BOH'larda eczacılara daha geniş yetkiler veren yeni ulusal mevzuatlar çıkarmıştır.

Bu yasal ve düzenleyici değişiklikler, eczacıların BOH yönetiminde ve tedavinin seçiminde göstermiş oldukları faydalardan elde edilen sağlam kanıtlardan sonra gerçekleşmiştir. ABD'de, Kuzey Carolina'nın Ashville kentinde neredeyse yirmi yıl önce yapılan gözlemsel BOH yönetimi çalışmasında, diyabet yönetimine katılan eczacıların hasta sonuçlarını iyileştirdiği ve genel sağlık bakım maliyetlerini düşürdüğü tespit edilmiştir.³ Bu çalışma, sonraki yıllarda Amerikan Eczacıları Birliği koordinasyonu ile hiperlipidemi, hipertansiyon ve depresyon yönetimi alanlarında tekrarlanmış ve eczacıların multidisipliner sağlık ekibindeki değerli rolü teyit edilmiştir.⁴⁻⁸ Eczacılar her olguda, hastaya özgü laboratuvar ölçümlerini (örneğin, kan lipitleri, tansiyon) pozitif yönde iyileştirebilmiş, ilaca uyumu arttırmış ve ilaç maliyetlerinin arttığı yerlerde bile genel sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmüştür. Aslında, bu ve diğer birkaç çalışmanın kanıtlarına dayanarak, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri CDC, eczacıların BOH'lardaki rolünü şiddetle destekleyen birkaç resmi belge yayımlamıştır.⁹⁻¹¹ Özellikle eczacılar tarafından hem diyabet hem de kardiyovasküler hastalık yönetimiyle ilgili olarak dünya çapında yayımlanan sonraki çalışmalar genellikle bu makaleleri referans olarak almaktadırlar.

2.4.1 Diyabet

Bu gözlemsel çalışmalara ek olarak, Alman araştırmacılar tarafından diyabet hastaları için eczacıların etkili müdahalelerini değerlendiren bir meta-analiz yapılarak Ocak 2000 ve Nisan 2016 tarihleri arasında konu üzerine İngilizce ya da Almanca dillerinde yayımlanan 11 araştırmaya bakılmıştır. Değerlendirilen çalışmaların tümü serbest eczacıların diyabetli hastalara müdahaleleriyle yapılmış randomize kontrollü çalışmalardır. Meta-analiz, eczacı liderliğindeki hasta merkezli ve disiplinler arası müdahalelerin, tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrolü önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir. Bu çalışmalarda bir fark olduğu gösterilen başlıca hizmetler, doktora geri bildirim, hastaya özgü hedeflerin belirlenmesi, ilaçların gözden geçirilmesi ve hastaların mevcut sağlık inançlarının ve ilaç bilgilerinin değerlendirilmesidir.¹²

2.4.2 Kardiyovasküler hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde tek başına en büyük morbidite ve mortalite nedenidir.¹³ Bu yüzden, pek çok ülkeden çok sayıda kanıtın (burada bütünüyle tartışılmayacak kadar fazla) hem hastane hem de serbest eczane ortamında kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde eczacı müdahalelerini değerlendirmiş olması şaşırtıcı değildir. Daha önce alıntı yapılan Amerika'daki çalışmalara ek olarak, Avustralya Serbest Eczane Anlaşması Araştırma ve Geliştirme Programı, bir dizi çalışmayla o ülkedeki serbest eczanelerde yapılan müdahalelerin başlıca kardiyovasküler bulgularını incelemiştir. Başlıca bulgular arasında: hem sistolik hem de diyastolik kan basıncında zamanla görülen azalmalar; ilaç tedavisine uyumun artması ve kardiyovasküler riskin azalması (10 yıllık hesaplanmış risk) bulunmaktadır. Avustralya'daki çalışmalarda eczacılarla hekimler işbirliği yapmaya teşvik edilmiştir.¹⁴

İspanya'da, araştırmacılar kardiyovasküler risk faktörü olan hastalarda geleneksel bir sağlık eğitimi yaklaşımını, eczacıların ilaç tedavi izlemi hizmetiyle karşılaştırmıştır. Araştırmacılar, sistolik kan basıncı, kalp atış hızı, kilo, VKİ, açlık kan glukozu, total kolesterol, bel ölçümü ve bel-boy oranı parametrelerindeki azalma oranlarının ilaç tedavi izlemi yapılan müdahale grubunda istatistiksel olarak daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışma ayrıca serbest eczanelerin hastaların kalp damar sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini vurgulamaktadır.¹⁵

2.4.3 Astım ve KOAH

DSÖ'ye göre, KOAH, Avrupa Birliği'ndeki en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir ve dünya çapında en büyük üçüncü ölüm nedenidir. 2016'da üç milyondan fazla kişi KOAH yüzünden hayatını kaybetmiştir.^{13,16} Birleşik Krallık, Almanya, İrlanda, Hollanda ve Yunanistan'dan araştırmacılar, yalnızca Avrupa'daki ekonomik yükün 25,1 milyar Avro'nun üzerinde olduğunu tahmin

etmektedir. Maliyetler, morbidite ve mortalitedeki artışlara odaklanan araştırmacılar, farklı sağlık hizmet sunucuları arasındaki iletişim kopukluğunun tüm bakım zincirinde primer kesişme noktası olduğunu saptamışlardır.¹⁶

Avustralya'da Eczanede Astım Bakım Programı 2006, Sydney Üniversitesi'nde yapılmıştır. Kötü astım kontrolü riski taşıyan hastalarda öz yönetimi kolaylaştırmak için hasta değerlendirmesi, eğitim, destek ve izlemden oluşan serbest eczacı müdahaleleri normal bakımla karşılaştırılmıştır.¹⁷ Sonuçlar, eczacıların yaptığı müdahalelerin astım kontrolünde, hastanın inhaler tekniğinde ve astım eylem planı kararında belirgin bir iyileşmeye yol açtığını göstermektedir. Ayrıca, Avustralya'daki Evde İlaç Değerlendirmesi (HMR) programı 1995'ten bu yana devlet finansmanı almaktadır. İlk adım, ilaç değerlendirmesine ihtiyaç duyan hastaları tespit etmek, yönlendirmek ve eczacılara hastanın klinik verilerini sağlanmaktadır. Daha sonra eczacılar hastayla evde ilaçları hakkında görüşür ve danışmanlık yapar. Eczacılar daha sonra değerlendirmeyi bitirerek bulgularını ve önerilerini içeren bir rapor yazar.

2009 yılında Avustralya'daki dört akademik araştırma merkezinde koordine edilen bir çalışma olan Eczanede Astım Yönetimi Hizmeti (PAMS), öz-yönetim eğitimi, inhaler tekniği müdahaleleri, spirometri ölçümleri, meslekler arası bakım modelleri ve kırsal kesimin özel ihtiyaçlarını ele alan bölgesel çalışmalara odaklanmıştır.¹⁸ PAMS'a otuz iki eczacı katılmış ve bu hizmetin nitel değerlendirmesinde hizmet hakkında geri bildirimde bulunmayı kabul etmişlerdir. Genel olarak, eczacılar çalışmanın hem hizmet hem de araştırma bölümüne katılmış ve yeni bir hizmet çalışmasındaki bu yenilikçi rollerini benimsemişlerdir.¹⁹

2.4.4 Kanser

Her tür kanser, dünya çapında büyük bir endişe kaynağıdır. Trakea, bronş ve akciğer kanseri özellikle 2000 yılında küresel olarak dokuzuncu önde gelen ölüm nedeniyken, 2016 yılında altıncı önde gelen ölüm nedeni haline gelmiştir.¹³ Kanser tedavisine yönelik farmakoterapi, ilaca bağlı birçok advers olay yüzünden genellikle karmaşıktır. Aslında kanser tedavisi, beraberinde gastrointestinal, dermatolojik, nörolojik, psikolojik ve endokrinolojik advers etkilere yol açar ve bu istenmeyen etkilerin tedavisi için hem kısa hem de uzun vadeli ilaçlar dahil olmak üzere sıklıkla ek tedaviler reçete edilir. Eczacılar, akut kemoterapinin yanı sıra kemoterapinin uzun vadedeki etkilerinin yönetimine yardımcı olmak için, sahip oldukları eğitim ve öğretimle gayet iyi bir konumdadırlar. Örneğin, Lübnan'da yapılan bir araştırmada, hastanede eczacı liderliğinde, gelişmiş bir elektronik kemoterapi ilacı ve dozu izlemi kullanılmıştır. Müdahale, eczacıları da kapsayan multidisipliner sağlık ekiplerinin kullanımına odaklanmıştır. Araştırmacılar, elektronik müdahalelerin eczacının ekibe dahil olmasıyla birlikte, farmakoterapinin optimize edilmesine ve hasta bakımının iyileştirilmesine yol açtığını tespit etmiştir.²⁰

ABD'de 2014 tarihli bir yayında, doktorlarla eczacılar arasındaki işbirlikçi uygulama anlaşmalarının, hematopoetik kök hücre nakli alıcıları gibi genellikle çok ciddi hastaların bakımını nasıl geliştirdiğinden söz edilmektedir.²¹

Malezya'da 2013-14'te yapılan bir başka çalışma, kanser kemoterapisi uygulanan hastalarda eczacı liderliğindeki düzenli eğitim müdahalelerinin etkisini değerlendirmiştir. Çalışma, diğer bulguların yanı sıra yaşam kalitesinde, algılanan fiziksel sağlık ve sosyal ilişkilerde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme ve hasta kaygısında azalma olduğunu göstermiştir.²²

Alman araştırmacılar, sistemik kanser tedavisinde ilaçla ilgili sorunları incelemek için 1980 ile 2007 yılları arasındaki tüm İngilizce makaleleri tarayarak eczacıların tedaviyle ilişkili riskleri en aza indirmeye yönelik özel katkılarını belirlemiştir. Yazarlar "eczacıların, diğer sağlık hizmet sunucularıyla birlikte, sistemik kanser tedavisinde kalite ve güvenliği sağlama çabalarını artırdığını" gözlemlemiştir. Böylece, eczacıların kanser hastalarına vereceği farmasötik bakımın daha geniş bir uygulama alanına yayılması için hastalık yönetimine entegre edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.²³

Kanser kemoterapisinin karmaşıklığı nedeniyle, ABD merkezli Eczacılık Uzmanlıkları Kurulu (www.bps.org), inceleme yoluyla, onkoloji alanında küresel olarak tanınan bir uzmanlık belgesi verse de, kurul onayı olmayan eczacıların da alabilecekleri bir rol vardır. Aslında, Kanada'nın Nova Scotia eyaleti, serbest eczacılar tarafından verilebilecek ayakta kanser bakımı için kılavuzlar hazırlayarak serbest eczacıların kanser tedavisi gören hastaların yönetiminde oynayacakları rol için daha net bir beklenti yaratmıştır.²⁴

2.4.5 İlaça uyumu artırmak

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, solunum hastalıkları ve kanser gibi durumlar için BOH'lara özel müdahalelerin ötesinde, literatür, eczacıların BOH'lara müdahalelerinin ilaç tedavisine uyumla ilgili olumlu etkilerini gösteren çalışmalarla doludur. BOH'ların seyrini değiştirmek için en maliyet-etkili ve makul müdahalenin genellikle ilaçlar olduğuna inanılır; ancak ilaçlar uygun maliyetli ve hastalar için kolay erişilebilir olsalar bile, hastalar genellikle ilaçları reçetede öngörüldüğü şekilde almazlar. Diğer hastaların da çok fazla ilaç alıyor olması (polifarmasi), BOH'ların tedavi edilmesinin ötesinde ek sorunlara yol açmaktadır. Hong Kong'da yapılan bir araştırma, eczacıların basit bir telefon müdahalesiyle beş veya daha fazla ilaç alan hastalarda mortaliteyi azalttığını ortaya koymuştur.²⁵ Birleşik Krallık, İspanya, Avustralya, Çin, Portekiz, İsveç, Nijerya, Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan, Almanya ve Japonya'da²⁶⁻³⁵ yapılan ve ilaca uyumu artırmak için çeşitli eczacı müdahalesi yöntemlerini kullanan çalışmaların hepsi, tedaviye uyumun artmasıyla birlikte farmakoterapi kullanımının da arttığını; ancak laboratuvar ölçümlerinin iyileştiğini, yaşam kalitesinin arttığını, genel sağlık harcamalarını azaldığını göstermiştir. Son zamanlarda, ABD'de eczacılara ve eczanelere, ilaca uyumu arttırmaları için meslek hakkı ödemeye yönelik girişimler olmuştur. Ulusal düzeyde bakım kalitesi önlemlerinin mükellefler tarafından kullanılması da buna dahildir.³⁶

Arjantin, Almanya, İsrail, Japonya, Güney Afrika, Kore Cumhuriyeti, Tayland ve Birleşik Krallık gibi diğer ülkelerde, BOH'larla ilgili olarak eczacılar kronik hastalık konusunda bir dereceye kadar daha kapsamlı danışmanlık sağlarken, Avustralya, Kanada ve ABD ile benzer bir durumun olduğu görülmektedir. Bazı durumlarda eczacılar, BOH' izleminin bir parçası olarak hasta başı testlerinde yer alabilir ve hatta etkili bir ilaç tedavisi sunmak için doktorlarla işbirliği içinde çalışabilirler. Bununla birlikte, serbest eczanede daha yenilikçi ve uygulama temelli araştırmalar bu hizmetlere erişimi ve hizmet kanıtlarını artırabilir. Yine, hem iyileşen sonuçlar hem de maliyetten kaçınma açısından eczacıların BOH yönetimindeki önemli rolünü destekleyen kanıtlara rağmen, yaptığımız taramada hiçbir ülkede, eczacıların gelişen bu yeni rolünün, serbest eczanede maddi açıdan sürdürülebilir olarak yaygın bir şekilde kabul edildiği görülmemiştir. Ocak 2015'ten itibaren, ABD Medicare & Medicaid Hizmetleri Merkezi, iki veya daha fazla kronik sağlık sorunu olan Medicare (yaşlılar için sigorta) hastaları için Kronik Bakım Yönetimi (CCM) hizmet sunanlara geri-ödeme yapmaktadır. Amerikan Eczacıları Birliği'ne göre eczacılar, tıbbi bir tesis içinde klinik personel olarak CCM'ye katılabilirler ve hizmetleri nitelikli bir hizmet sunucu (genellikle bir doktor) tarafından faturalandırılır.³⁷ Bu, ödeme sistemi için doğru yönde atılmış bir adımdır; ancak yine de yerel toplumlardaki hastaların serbest eczacılar tarafından sunulan BOH yönetim hizmetlerinden faydalanmalarını sağlayan politikalardan çok uzaktadır.

Yukarıda adı geçen birkaç gelişmiş ve gelişmekte olan ülkedeki sistematik ve düzenlenmiş program veya müdahale planı ile karşılaştırıldığında, çoğu ülkedeki durum o kadar da iyi değildir. BOH yönetimine ihtiyaç duyan hastaların eczacılar tarafından sunulan BOH yönetimi hizmetlerine erişimi bazı etkenlerden dolayı engellenmiştir. Örneğin, çoğu ülkede toplumdaki eczacılar hâlâ sağ-

lık mensuplarından ziyade dükkan sahipleri veya ilaç dağıtıcıları olarak görülmektedir.^{38,39} Serbest eczacıların rollerinin büyük ölçüde genişlediği İngiltere, İskoçya ve Galler gibi ülkelerde bile iyileştirmeye müsait alanlar vardır. Bütün dünyada halk arasında eczacıların eğitim ve yeteneklerinin yanlış algılanması önemli bir engeldir ve kaynaklar, yerel serbest eczacıların halk sağlığının değerli bir temsilcisi olduğuna dair kamu bilincini arttırmaya yönelik olarak kullanılmalıdır. En gelişmiş ülkelerde bile ödeme politikaları, eczacıların BOH yönetimi hizmetlerini (özellikle de yerel serbest eczanelerde çalıştıkları ve ihtiyacı olan hastaların erişebileceği en iyi konumda oldukları halde) çoğu durumda doğrudan karşılamaz. Ayrıca, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplumda gelişmiş BOH yönetimi hizmetleri sunabilen iyi eğitilmiş eczacıların sayısı yetersizdir.

Yine de bu durum iyiye doğru gitmektedir. Örneğin, Hindistan Eczacılar Birliği, eczacıların sağlık hizmeti rolünü sürekli olarak desteklemekte, eczacıların diyabet ve diğer BOH'ların yönetimindeki rollerini geliştirmek için eğitim programları yürütmektedir. BOH'ları kontrol etmek için, eyalet hükümetleriyle birlikte merkezi hükümet, NPCDCS (Ulusal Kanser, Diyabet, Kardiyovasküler Hastalıklar ve İnme Önleme ve Kontrol Programı) adı verilen iddialı bir program ortaya koymuştur. Program, BOH'ların artan yüküne sistematik olarak cevap vermekle ilgilidir. Çin'de, Eczacı Yasası mevzuatı 15 Ocak 2017'de yürürlüğe girmiştir ve ülke, BOH yönetiminde daha fazla yer almaları için eczacılara daha iyi fırsatlar yaratmaktadır. Ek olarak, Filipinler'deki en son yasa değişiklikleri de eczacıların sağlık sistemindeki sorumluluklarını kesinlikle artmıştır. Bu nedenle, sayıları gittikçe artan kontrolsüz BOH'un etkisini azaltmak için, gerektiği kadar hızlı olmasa da, ilerleme kaydedilmektedir.

Sağlık harcamalarındaki azalmayı ve burada sözü edilen hasta sonuçlarındaki iyileşmeyi destekleyen kanıtlara rağmen, ABD hükümeti ve özel sigorta şirketlerinin bu hizmetler için eczacılara düzenli bir meslek hakkı ödememesi nedeniyle ABD'de bile zorluklar yaşanmaktadır. Büyük Britanya'daki durum, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'nin yapısı nedeniyle biraz daha iyidir; ancak orada bile eczacılar, NHS'nin kendi web sitesinde kanıtlandığı üzere, bir dizi BOH yönetimi hizmeti için düzenli bir ödeme almakta zorluk çekmektedir.⁴²

Avrupa'da, Davranışsal Farmasötik Bakım Ölçeği'nin (BPCS) değiştirilmiş bir versiyonu kullanılarak, 2012 yılının sonlarında ve 2013'ün başlarında 16 Avrupa ülkesinde, serbest eczanelerle ilgili olarak ankete dayalı kesitsel bir çalışma yapılmış ve 2006 yılında yapılmış olan önceki bir değerlendirmeye karşılaştırılmıştır. Çalışma, BPCS'nin de ölçtüğü gibi, Avrupa'da serbest eczacılar tarafından verilen ve kendilerinin rapor ettiği farmasötik bakım hizmetlerinde hafif bir gelişme olduğunu göstermektedir. Ancak, zaman içindeki bu yavaş ilerleme, eczacıların geleneksel rollerinin ötesine geçmesinin önünde bir dizi engel olduğunu göstermektedir.⁴³ Sonuç olarak, bu tasarruflu ve hayat kurtaran müdahalelerin uygulanması, çoğu zaman BOH'lara eczacıların katılımında öncü olduğu iddia edilen ülkelerde bile tutarsız ve düzensizdir. Etkili BOH yönetimiyle halk sağlığında daha fazla kazanım elde edilmesi, ödeyicilerin ödeme modellerini BOH'lara yönelik eczacı bakımını kapsayacak şekilde revize etmedikleri sürece mümkün değildir.

Sonuç olarak hiçbir ülke veya bölgenin henüz BOH yönetiminde eczacıların kullanılmasına dair uygun ve tatmin edici bir yaklaşım geliştirmedeği görülmektedir. Birleşik Krallık'ın, ödeme reformları konusunda yol gösterici olduğu söylenebilir. Gelişmekte olan ülkelerde, durumun özellikle zor olduğu görülmektedir. İnsanlar her gün abartısız olarak BOH'lardan ölmekte ve eczacılar yardım etmeye hazır beklemektedir. FIP de dahil olmak üzere dünyadaki tüm eczacılık örgütleri, eczacılar tarafından sağlanan BOH yönetimi ve önleme hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin sigorta kapsamına alınması için konuyu hastalar ve eczacılar adına güçlü bir şekilde savunmaya devam etmektedir.

2.4.6 Kaynakça

1. Uluslararası İlaç Federasyonu FIP (2017). Eczane: Küresel bir Genel Bakış - İşgücü, ilaç hazırlama, uygulama, düzenleme ve ücretlendirme. 2015-2017. Lahey, Hollanda: Uluslararası İlaç Federasyonu. Erişim adresi: [https://fip.org/files/fip/publications/2017-09- Pharmacist at a Glance-2015-2017.pdf](https://fip.org/files/fip/publications/2017-09-Pharmacist%20at%20a%20Glance-2015-2017.pdf) [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
2. Eczacıların Eyalet Çapında Protokolleri ve Reçete Yetkileri. Eyalet Eczacılar Birlikleri Ulusal İttifakı [İnternet] Erişim adresi: <https://nasp.us/resource/swp/>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
3. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. Asheville Projesi: serbest eczane diyabet programının uzun vadeli klinik ve ekonomik sonuçları. J Am Pharm Assoc (Wash). Mart-Nisan 2003;43(2): 173-84
4. Bunting BA, Cranor CW. Asheville Projesi: Astım için toplum temelli bir ilaç tedavisi yönetimi programının uzun vadeli klinik, insani ve ekonomik sonuçları. Amerikan Eczacılar Birliği Dergisi 2006.
5. Finley PR, Bluml BM, Bunting BA, Kiser SN. Depresyon için eczacı odaklı işbirliğine dayalı bakım tedavisini inceleyen pilot projenin klinik ve ekonomik sonuçları. J Am Pharm Assoc. 2011; 51(i):40-g.
6. Watson LL, Bluml Bm. Eczacıları çeşitli diyabet bakım ekiplerine entegre etmek: ETKİ Projesinin uygulama taktikler: Diyabet. J Am Pharm Assoc. 2014; 54(5):538-4i.
7. Bluml BM, Watson LL, Skelton JB, Manolakis PG, Brock KA. Diyabetten orantısız şekilde etkilenen çeşitli popülasyonlar için sonuçların iyileştirilmesi: IMPACT Projesinin nihai sonuçları: Diyabet, J Am Pharm Assoc. 2014; 54(5): 477-85
8. FerT, Bluml MB, Ellis WM. Diyabet on şehir mücadelesi: nihai ekonomik ve klinik sonuçlar. J Am Pharm Assoc. 2009; 49(3):383-91
9. Hastalık Kontrol ve Yönetimi Merkezleri. Yüksek Tansiyonu Yönetmek İçin Eczacıların Hasta Bakım Sürecini Kullanmak: Eczacılar İçin Kaynak Kılavuzu. Atlanta, GA: Hastalık Kontrol ve Yönetimi Merkezleri, ABD Sağ-

- lık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016. Erişim adresi:<https://www.cdc.gov/dhds/pubs/docs/pharmacist-resource-guide.pdf> [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
10. Hastalık Kontrol ve Yönetimi Merkezleri. Eczacı Ortaklarla İlişki için Yöntemler ve Kaynaklar. Atlanta, GA: Hastalık Kontrol ve Yönetimi Merkezleri, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2016. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/dhds/pubs/docs/engaging-pharmacv-partners-guide.pdf> [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
 11. Hastalık Kontrol ve Yönetimi Merkezleri. Halk Sağlığı için bir Program Rehberi -Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Eczacılarla Ortaklık, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2012. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/dhds/programs/spha/docs/pharmacist_guide.pdf [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
 12. Deters MA, Laven A, Castejon A, Doucette WR, Ev LS, Krass I. ve arkadaşları. Serbest Eczacıların Diyabet Hastalarına Etkili Müdahaleleri: Farmasötik Bakım Bileşenlerinin Meta Analizi. *Ann Pharmacother*. Şubat 2018.;52(2): i98-2ii. doi: 10.1177/1060028017733272.Epub 26 Eylül 2017.
 13. Dünya Sağlık Örgütü: İlk 10 Ölüm Nedeni. DSÖ internet sitesi. Erişim adresi <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
 14. George J, McNamara K, Stewart K. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde serbest eczacıların rolleri. *Australas Med J*. 2011; 4(5): 266-72.
 15. Bofi P, Garcia E and Martinez F. Comparacion de las intervenciones de educacion sanitaria y de seguimiento farmacoterapeutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Aten Primaria*. 2015; 47(3):141 —148. Erişim adresi <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.012>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
 16. Kayyali R, Odeh B, Frerichs I, Davies N, Perantoni E, D'arcy S. ve arkadaşları. Beş Avrupa Birliği ülkesinde KOAH bakımı sağlama yolları: haritalama ve sağlık uzmanlarının algıları. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Kasım 2016. 14; 11:2831 -2838. eCollection 2016.
 17. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I. ve arkadaşları. Eczanede Astım Bakım Programı (PACP) toplumdaki hastalar için sonuçları iyileştiriyor. *Thorax*, Haziran 2007;62(6):496-502.
 18. Saini, B., Krass, I., Smith, L., Bosnic-Anticevich, S., & Armour, C. Astımda eczacıların rolü -Avustralya araştırmaları gelecekteki temel bakım modelleri için yolların altını çiziyor. *The Australasian Medical Journal [Avustralya Tıp Dergisi]*, 2011. 4(4), 190-200. Erişim adresi: <http://doi.org/10.4066/AMJ.2011790> [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]

19. Emmerton LM, Smith L, Lemay KS, Krass I, Saini B, Bosnic-anticevich SZ. ve arkadaşları. Avustralya'da Uzman Astım Hizmetinin Sunumunda Yer Alan Serbest Eczacıların Deneyimleri, 2012. BMC Health Serv Res. 2012; 12:164. Doi 10.1186/1472-6963-12-164.
20. Muhammad Tahir Aziz ve arkadaşları; Multidisipliner ekiplerin ve bütünleşmiş bir elektronik takip sisteminin bir kanser hastanesinde klinik eczacı müdahaleleri üzerindeki etkileri; International Journal of Clinical Pharmacy [Uluslararası Klinik Eczacılık Dergisi]; Aralık 2017, Cilt 39, Sayı 6, s. 1175 1184.
21. Merten JA, Shapiro JF, Gu I bis AM, Rao KV, Bubalo, J, Lanum S, ve arkadaşları. Hematopoetik kök hücre nakli alıcılarına bakma kapasitesini artırma mekanizması olarak hekimler ve eczacılar arasında işbirlikçi uygulama anlaşmalarının kullanılması. Biol Blood Marrow Transplant. 2013; 19(4): 509-18.
22. Periasamy U, Sidik SM, Rampal L, FadhilahSI, Akhtari Zavare M, Mahmud R. Malezya'daki eczacılar tarafından kemoterapi danışmanlığının yaşam kalitesi ve onkoloji hastalarının psikolojik sonuçları üzerindeki etkisi: Randomize kontrollü bir denemesi. Health Qual Lif Outcomes. 2017; 15:104. Doi 10.1186/sf2955-017- 0680-2.
23. Jaehde U, Liekweg A, Simons S, Westfeld M. Sistemik kanser tedavisinde tedaviyle ilişkili risklerin en aza indirilmesi. Pharm World Sci. 2008; 30(2): 161-8.
24. Broadfield L, Shaheen P, Rogez M, Jamieson K, McCallum M. Serbest eczacılar tarafından ayakta kanser tedavisi bakımı rehberi. Can Pharm J (Ott). 2017; 150(1): 24-31. Doi: 10.1177/1715173516680009.
25. We JY, Leung WY, Chang S, Lee B. ve arkadaşları. Bir eczacının telefonda rehberliğinin birden fazla ilaç alan hastalarda mortaliteyi azaltmada etkinliği: Randomize kontrollü çalışma BMJ. 2006; 333(7596): 522. Epub 17 Ağustos 2006.
26. Boyd M, Wells K. Yeni ilaç hizmeti: Hastaları ilaçları konusunda desteklemek. Avrupa İlaç Bakım Ağı. Mayıs 2012. Erişim adresi: [http://www.pcne.org/upload/ms2012/Boyd Wells%20PCNE%20MedRev%202012.pdf](http://www.pcne.org/upload/ms2012/Boyd_Wells%20PCNE%20MedRev%202012.pdf). [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
27. Leikola S. Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik ilaç değerlendirmesinin sonuçları. Avrupa İlaç Bakım Ağı. Mayıs 2012. Erişim adresi: <http://www.pcne.org/upload/ms2012/Leikola%20PCNE%20MedRev%202012.pdf>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
28. Gastelurrutia MA. Bilişsel hizmetlere İspanyol yaklaşımı: Takip ile ilaç incelemesi (MRFup). Avrupa İlaç Bakım Ağı. Ekim 2011. Erişim adresi:<http://www.pcne.org/upload/ms2011d/Presentations/Gastelurrutia%20pres.pdf>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]

29. Lourenco, Luis. Serbest eczanede farmasötik bakım hizmetinin uygulanması: 1 yıllık faaliyetin değerlendirilmesi [İnternette Özet]. 2016 FIP Kongresi, Buenos Aires, Arjantin. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17039><https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17039>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
30. Montgomery AT, Kalvemark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Linblad A. Farmasötik bakım hizmetinin uygulanması: Reçete yazanların, eczacıların ve doktorların görüşleri. *Pharm World Sci.* 2007; 29(6): 593-602.
31. Oparah AC, Adje DU, Enato EF. Nijerya serbest eczanelerinde hipertansif hastalara farmasötik bakım müdahalesinin sonuçları. *Int J Pharm Pract* [Internet]. 10 Şubat 2010. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1211/ijpp.14.2.0005>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
32. Tumkur A, Muragundi PM, Shetty R, Naik A. Farmasötik bakım: Hindistan'da dönemin ihtiyacı. *J Young Pharm.* 2012; 4(4): 282-6. Doi: 10.4103/0975-1483.104374.
33. Greibing C, Kossler K, Freyer J, Hijter L, Buchal P, Schiek S. ve arkadaşları. Alman serbest eczanelerinde ilaç değerlendirmesi performansının durumu ve uygulama performansının değerlendirilmesi. *Int J Clin Pharm.* 2016; 38(6): 1425-35. Doi: 10.1007/s11096-016-0381 -7.
34. Lihara N, Tsukamoto T, Morita S, Miyoshi C, Iakabatake K. Japon kronik hastaların kasıtlı uyumsuzluğa yol açan inançları. 2004. *J Clin Pharm and Ther.* [Internet]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2004.00580.x> [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
35. Tasaka Y, Yasunaga D, Taneka M, Taneka A. ve arkadaşları. Japonya'daki serbest ve hastane eczacıları tarafından yapılan farmasötik müdahalelerin ekonomik ve güvenlik yararları. *Int J clin Pharm.* 2016; 38:321-9. Doi: 10.1007/s11096-015-0245-6.
36. Lin A. İlaç uyumu olan hastalara yardım etmenin en iyi 5 yolu. *Drug Topics.* [Internet] 10 Şubat 2016. Erişim adresi: <http://www.drugtopics.com/community-practice/5-top-ways-get-paid-helping-patients-med-adherence>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
37. Kronik Bakım Yönetimi. Amerikan Eczacılar Birliği. [Internet] Washington, DC. Erişim adresi: <https://pharmacist.com/chronic-care-management>. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
38. Minard LV, Deal H, Harrison ME, Toombs K, Neville H, Mead A. Klinik eczacılığın kilit performans göstergelerinin uygulanmasında engellere ve kolaylaştırıcılara dair eczacıların algıları. *PloS One.*[Internet] 4 Nisan 2016; 11(4): e0152903. doi: 10.1371/journal.pone.0152903.

39. Saw PS, Nissen LM, Freeman C, Wong PS, MakV. Sağlık hizmeti tüketicilerinin, Malezya'daki özel pratisyen hekim kliniklerine eczacıların entegrasyonu konusuna dair bakış açıları: Niteliksel bir çalışma. Patient Prefer Adherence [Hasta Tercihi ve İlaç Tedavisine bağlılık]. 2015; 9:467-77. doi: 10.2147/PPA.S73953.
40. Hindi AM, Schafheutle EI, Jacobs S. Birleşik Krallık'taki serbest eczanelerin hasta ve halka bakış açıları: Sistematik bir inceleme. Health Expect. Nisan 2018; 21(2): 409-28. doi: 10.1111 /hex.12639.
41. Manoj K Pati, Bhanuprakash, Praveen Aivalli, Maya Annie Elias, Mune Gowda, ve NS Prashanth. BOH yönetimi üzerine eczacılar ve laboratuvar teknisyenleri için eğitim el kitabı [İnternet]. Halk Sağlığı Enstitüsü, Bangalore. 9 Mayıs 2014 [alıntı 19 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.iphi.ndia.org/wp-content/uploads/2015/04/Pharmacists-Training-Manual.pdf> [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2018]
42. Ulusal Sağlık Sistemi NHS eczane hizmetleri açıklanıyor [İnternet]. Birleşik Krallık: NHS; Kasım 2015. Erişim adresi: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/pharmacists/Pages/pharmacistsandchemists.aspx> [Erişim Tarihi 22 Haziran 2018]
43. Costa FA, Scullin C, Al-Taani G. ve arkadaşları. Avrupa'daki serbest eczacılar tarafından farmasötik bakım sağlanması: Gelişiyor ve yayılıyor mu? J Eval Clin Pract. 2017;23:1336-1347

3 Eczacıların bulaşıcı olmayan hastalıklardaki rolüne dair küresel anket

3.1 Amaçlar ve hedefler

Eczacıların bulaşıcı olmayan hastalıklardaki (BOH'lar) rolünün daha iyi anlaşılması için FIP, dünya çapında bir anket çalışması yürüterek üye kuruluşlarıyla işbirliği yapmıştır. Ankette, eczacıların şu anda BOH'ların önlenmesi ve taranmasında, hastaların hekimlere yönlendirilmesinde ve BOH'lar için tedavi gören hastaların yönetiminde veya farmasötik bakımlarında oynadıkları rollere dair genel bir bakış sunulması amaçlanmıştır. Bu çalışmada ele alınan hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, astım/KOAH ve kanserdir. Bunlar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en yüksek öncelikli olarak belirlenmiş BOH'lardır.

Ayrıca, çalışmada eczacıların hastaların sağlık kayıtlarına erişim düzeyi, eczacıların rollerinin desteklenmesinde teknolojinin kullanımı, BOH'larla ilişkili mesleki hizmetlerin sunumu için yeterliliklerin geliştirilmesi ve eczacıların BOH yönetimindeki rollerinin genişletilmesinin önündeki engellerin veya sınırların varlığı araştırılmıştır.

3.2 Veri toplama yöntemi ve aracı

Bu çalışma, FIP'in bulaşıcı olmayan hastalıklarda eczacıların rolüne dair küresel anketi yoluyla Kasım 2017-Şubat 2018 arasında FIP üyesi kuruluşlardan toplanan verilere dayandırılmıştır. Katılım davetiyesi ve anket formu FIP üyesi kuruluşlara e-posta ile gönderilmiş ve aylık FIP bülteni The Global Picture aracılığıyla katılım desteklenmiştir.

3.2.1 Anket sorularının tasarımı

Anket, online anket platformu QuestionPro kullanılarak gerçekleştirilmiş ve veri toplanmasını hızlandırmak için düzenlenebilir formattaki Microsoft Word dosyası e-posta yoluyla da gönderilmiştir.

Anket üç dilde (İngilizce, Fransızca ve İspanyolca) gerçekleştirilmiştir.

3.1.1 - 3.2.2 Çalışma örnekleme

Anket formu tüm FIP üyesi kuruluşlara (140) gönderilmiştir. Anket, ülke düzeyinde bilgi toplamayı hedeflediği için aynı ülke veya bölgedeki kuruluşlar çabalarını birleştirip ortak bir cevap vermeye davet edilmiştir. Bu nedenle, teorik maksimum örneklem büyüklüğü, FIP üyesi kuruluşların bulunduğu ülke ve bölgelerin sayısını temsil eden 102'dir. Yanıtlar 70 ülke ve bölgeden alınmış olup hedefin önemli bir kısmı (%69) karşılanmıştır.

Tablo 1, her Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bölgesinden alınan cevapları ve çalışmanın kapsadığı nüfusu göstermektedir. Cevap sayısı ve hesaba katılan nüfus açısından her bir bölge için çalışma örnekleme oranlarının farklı olduğunu vurgulamak gerekir.

Tablo 1. DSÖ bölgesi ve çalışma kapsamındaki nüfusa göre örneklem

DSÖ Bölgesi ¹	Bütün ülkeler ve bölgeler	FIP üyesi kuruluşların bulunduğu ülke ve bölgeler.	Cevap veren ülke ve bölgeler	Bölge başına cevap oranı	Örneklem payı (toplam cevap)	Toplam nüfus ²	FIP'te temsil edilen nüfus	Çalışmanın kapsadığı nüfus	FIP'te temsil edilen nüfus oranı	Toplam çalışma nüfusunun payı
	n	n	n	%	%	n (milyon)	n (milyon)	n (milyon)	%	%
AFRO	49	25	14	56%	20%	1,066.04	873.04	580.28	66.5%	10.3%
EMRO	22	10	6	60%	8.6%	681.88	515.26	329.50	63.9%	5.8%
EURO	55	36	29	80.6%	41.4%	921.42	795.59	694.91	87.3%	12.3%
PAHO	38	13	10	76.9%	14.3%	1,002.26	761.45	712.05	93.5%	12.6%
SEARO	10	6	3	50%	4.3%	1,942.97	1,887.06	1,632.48	86.5%	28.9%
WPRO	33	12	8	66.7%	11.4%	1,933.90	1,858.28	1,701.32	91.6%	30.1%
Toplam	207	102	70	69%	100%	7,548.48	6,690.69	5,650.5	84.5%	100%

Katılımcılar dünya nüfusunun %75'ini oluşturmaktadır (Birleşmiş Milletler 2017 verilerine göre 7.548.48 milyon). Bu nedenle, bu çalışmanın bulguları, eczacıların, dünya nüfusunun dörtte üçünü temsil eden ülkeler ve bölgelerdeki BOH'larda oynadıkları rolü açıklamaktadır. Ayrıca, bu çalışmanın kapsadığı nüfus (5.650.5 milyon), FIP'de temsil edilen ülke ve bölgelerin toplam nüfusunun %84,5'ini temsil etmektedir.

Ankete katılanların sayısı bakımından, cevap oranı, FIP'in üye kuruluşunun bulunduğu tüm ülke ve bölgelerde %69 olmuştur. Bölge başına cevap verenlerin tam listesi için Tablo 2'ye bakınız.

Tablo 2. DSÖ bölgesine göre cevap verenlerin listesi

AFRO	EMRO	Fransa	Slovenya	SEARO
Benin	Afganistan	Almanya	İspanya	Hindistan
Cabo Verde	İran	Büyük Britanya ⁱⁱⁱ	İsveç	Endonezya
Kamerun	Ürdün	Macaristan	İsviçre	Nepal
Etiyopya	Lübnan		Türkiye	WPRO
Gana	Umman	İzlanda	PAHO	Avustralya
Kenya	Pakistan	İrlanda	Arjantin	Çin
Mali	EURO	İsrail	Brezilya	Çin Tayvan'ı
Mauritius	Arnavutluk	İtalya	Kanada	Fiji
Nijerya	Ermenistan	Makedonya	Kolombiya	Japonya
Ruanda	Avusturya	Malta	Kosta Rika	Yeni Zelanda
Sierra Leone	Belçika	Karadağ	Ekvador	Filipinler
Güney Afrika	Hırvatistan	Hollanda	Panama	Singapur
Tanzanya	Çek Cum.	Norveç	Paraguay	
Zimbabve	Danimarka	Portekiz	Uruguay	
	Finlandiya	Romanya	ABD	
		Rusya Federasyonu		

Cevap veren ülke ve bölgelerin gelir düzeyine göre örneklem dağılımına bakıldığında en yüksek cevap oranının (%43) yüksek gelirli ülke ve bölgelerden alındığı görülmüştür. Bununla birlikte, çalışmanın kapsadığı nüfus açısından, en büyük oran düşük-orta gelirli ülkelere (%39) karşılık gelmektedir. Düşük gelirli ülkeler, ankette nüfus veya katılımcı sayısı bakımından en az temsil edilen ülkelerdir. Örneklemin gelir düzeyine göre dağılımının ayrıntılı açıklaması için Tablo 2'ye bakınız. Gelir düzeyine göre cevap verenlerin tam listesi için Tablo 3'e bakınız:

ⁱ AFRO: Afrika bölgesi; EMRO: Doğu Akdeniz bölgesi; EURO: Avrupa bölgesi; PAHO: Pan-Amerikan bölgesi; SEARO: Güneydoğu Asya bölgesi; WPRO: Batı Pasifik bölgesi.

ⁱⁱ Kaynak: Birleşmiş Milletler, Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi, Nüfus Bölümü (2017). Dünya Nüfus Beklentileri: 2017 Revizyonu, erişim adresi <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

ⁱⁱⁱ Kraliyet Eczacılık Birliği'nden alınan cevapların İngiltere, İskoçya ve Galler'e karşılık geldiği, ancak Kuzey İrlanda'yı kapsamadığı belirtilmelidir. Bu nedenle, katılımcı bu rapor boyunca Birleşik Krallık değil Büyük Britanya olarak anılmaktadır.

Tablo 2. Ankete katılanların Dünya Bankası'nın ekonomi sınıflandırmasına göre dağılımı

Dünya Bankası gelir düzeyi	Bütün ülkeler ve bölgeler	FIP üyesi kuruluşların bulunduğu ülke ve bölgeler.	Cevap veren ülke ve bölgeler	Gelir düzeyine göre cevap oranı	Örneklem payı (toplam cevap)	Toplam nüfusi	FIP'te temsil edilen nüfus	Çalışmanın kapsadığı nüfus	FIP'te temsil edilen nüfus oranı	Toplam çalışma nüfusunun payı
	n	n	n	%	%	\sum n (milyon)	n (milyon)	n (milyon)	%	%
Düşük gelir	31	16	9	56.3%	12.9%	677.01	497.90	293.12	58.9%	5.2%
Düşük -orta gelir	53	24	11	45.8%	15.7%	3,056.84	2,744.23	2,211.76	80.6%	39.1%
Üst-orta gelir	54	26	20	76.9%	28.6%	2,623.57	2,337.87	2,144.96	91.7%	38.0%
Yüksek gelir	69	36	30	83.3%	42.9%	1,191.06	1,110.69	1,000.71	90.1%	17.7%
Topl	207	102	70	68.6%	100.0%	7,548.48	6,690.69	5,650.5	84.5%	100.0%

Tablo 3. Dünya Bankası'nın gelir kategorisine göre katılımcıların listesi

Düşük gelir	Hindistan	Ekvador	Avusturya	Japonya
Benin	Endonezya	Fiji	Belçika	Malta
Etiyopia	Ürdün	Iran	Kanada	Hollanda
Mali	Kenya	Lübnan	Çin Tayvanı	Yeni
Nepal Ruanda	Nijerya	Makedonya	Çek Cum.	Zelanda
Sierra Leone	Pakistan	Mauritius	Danimarka	Norveç
Tanzanya	Filipinler	Karadağ	Finlandiya	Umman
Zimbabve	Orta üst gelir	Panama	Fransa	Portekiz
Orta alt gelir	Arnavutluk	Paraguay	Almanya	Singapur
Ermenistan	Arjantin	Romanya	Büyük	Slovenya
Cabo Verde	Brezilya	Rusya	Britanya	İspanya
Kamerun	Çin	Federasyonu	Macaristan	İsveç İsviçre
Gana	Kolombiya	Güney Afrika	İzlanda	Uruguay
Afganistan	Kosta Rika	Türkiye	İrlanda	ABD
	Hırvatistan	Yüksek gelir	İsrail	
		Avustralya	İtalya	

3.2.3 Kısıtlılıklar

Ankete katılanların tamamı anketi doldurmamıştır. Dolayısıyla her soru için cevaplar toplanıp ortalama sonuçlar belirtilmiştir.

Soruların katılımcılar tarafından yanlış yorumlanmış olabileceği -özellikle anket kendi anadillerinde değilse- göz önünde bulundurulmalıdır. Bu, bazı soruların yanlış şekilde tamamlanmasına neden olmuş olabilir.

Eğer katılımcılardan herhangi biri tarafından yanlış bir bilgi verilmişse, bu durum sonuçların doğruluğunu ve istatistiksel analizlerini etkilemiş olabilir. Bu nedenle, bulguları yorumlarken dikkatli olunmalıdır.

Sağlık sistemlerinin ve dünyadaki mevcut uygulama modellerinin karmaşıklığı ve çeşitliliği nedeniyle bazı kuruluşların yerel gerçekliklerini ve faaliyetlerini anketlerdeki mevcut seçeneklerle yansıtmaları zordur, bu durumun da dikkate alınması gerekir.

Bu, özellikle yönetim ve eczane uygulamaları açısından kendi içlerinde çeşitliliğe sahip ülkeler için geçerlidir (yani, halk sağlığı programlarının ve/veya profesyonel hizmetlerin uygulanmasının federal ülkelerde olduğu gibi her il/eyalet/bölge için değişebileceği yerler). Bu gibi durumlarda, FIP üyesi kuruluşlardan ülkedeki nüfusun çoğunluğunu kapsayan veya etkileyen durumu göz önüne alarak cevap vermeleri istenmiştir. Bununla birlikte, bu tür cevaplar, o ülkelerin ulusal durumlarına ilişkin görüşleri basite indirgeyerek sunabileceği için dikkatlice değerlendirilmelidir.

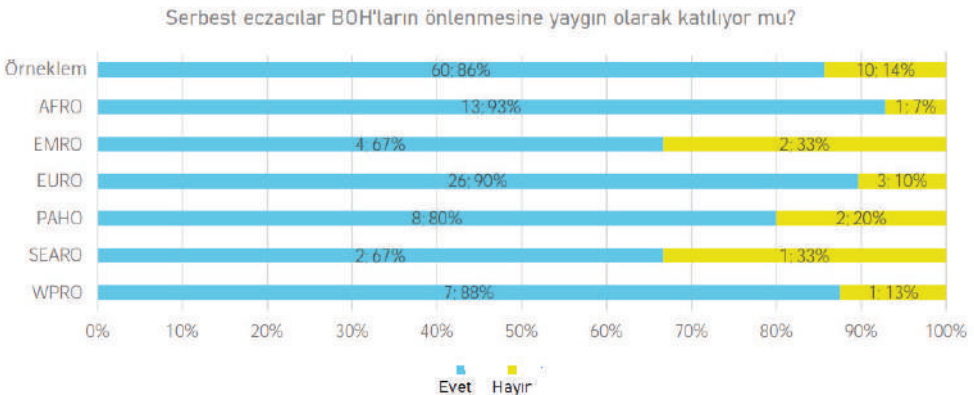
3.3 BOH'ların önlenmesi: eczacıların rolü

Anketin ilk kısmında, eczacıların BOH'ların önlenmesinde oynadığı rolü ele alınmıştır. Özellikle, sağlıklı bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerine yardımcı olmak için hangi BOH'ların ve risk faktörlerinin hedeflendiği ve hangi faaliyetlerin ve hizmetlerin mevcut olduğu soruldu.

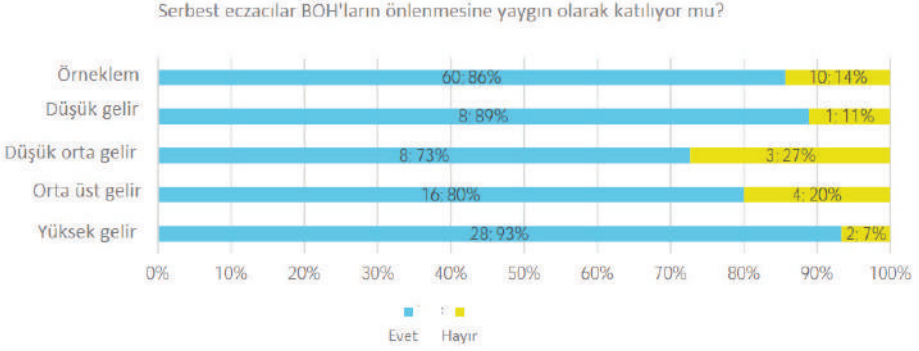
3.3.1 Eczacıların BOH önleme programlarına veya faaliyetlerine katılımı.

Ankette, eczacıların yaygın olarak BOH önleme programlarına veya faaliyetlerine katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Her ne kadar "yaygın" kelimesi, bu tür faaliyetlerde bulunan serbest eczacıların yüzdesi olarak tanımlanmamış olsa da, sorunun amacı bu tür hizmetlerin eczacıların çoğunluğu için rutin serbest eczacılık uygulamasının bir parçası olup olmadığını ve zaman içindeki sürekliliğini araştırmaktır. Sonuçlar Şekil 1 ve Şekil 2'de sunulmuştur.

Şekil 1. DSÖ bölgesine göre serbest eczacıların BOH'ların önlenmesine katılımı (n=70)



Şekil 2. Gelir düzeyine göre serbest eczacıların BOH'ların önlenmesine katılımı



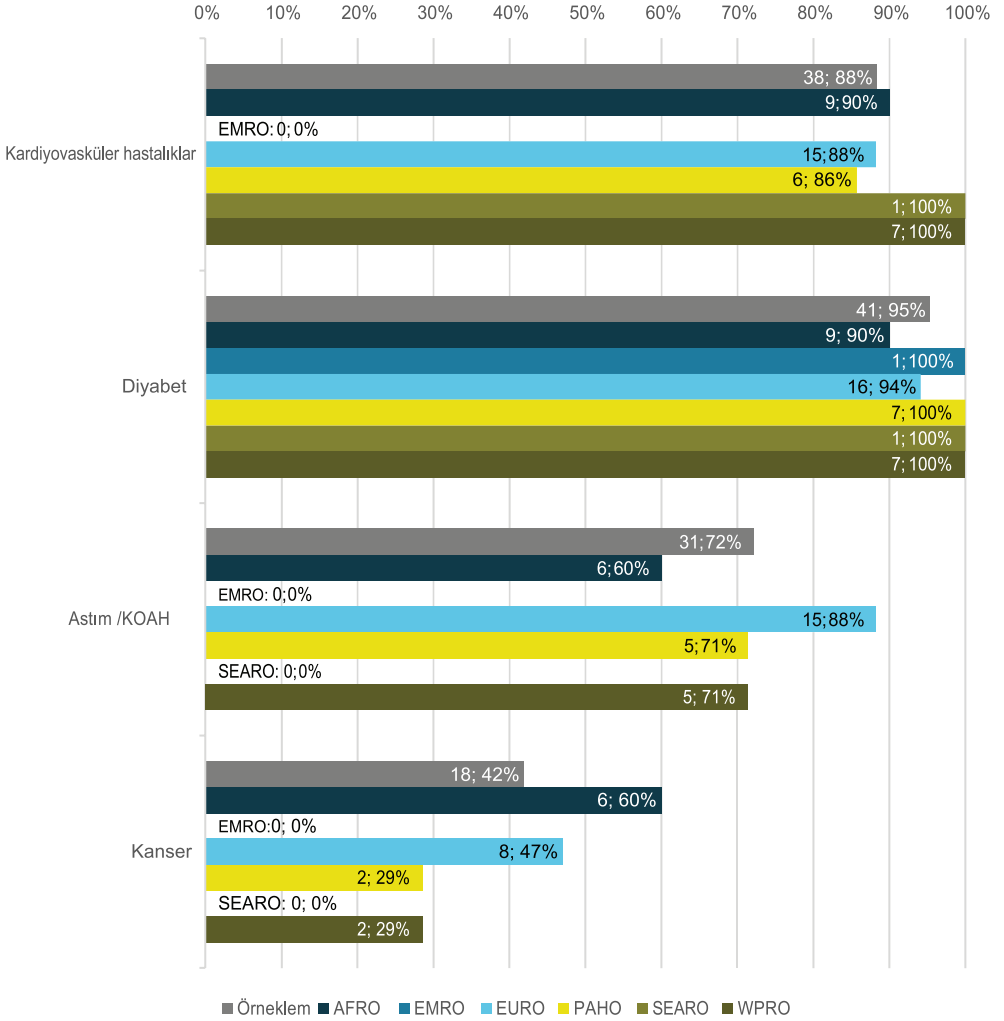
BOH'ları önleme faaliyetleri, ülke ve bölgelerin çoğunda serbest eczacıların rutin uygulamalarının bir parçasıdır (60 katılımcı; %86). Eczacıların koruyucu hizmetlerdeki danışman rolü, o ülkenin gelir düzeyiyle ilişkiliymiş gibi görünmemektedir. Bununla birlikte, EMF ve SEARO bölgeleri en düşük katılım oranı bildirirken, DSÖ bölgeleri ve gelir düzeyleri arasında farklılıklar vardır.

Kırk üç katılımcı, eczacıların aktif olduğu hastalık önleme alanları hakkında ayrıntılı bilgi vermiştir. %95 katılım oranı ile diyabet, eczacıların koruyucu faaliyetlerde en sık yer aldığı hastalıktır. Altı DSÖ bölgesinin dördünde bu oran %100'e kadar çıkmaktadır. Bunu, %88'lik bir katılım oranı ile kardiyovasküler hastalıklar takip etmektedir. Astım/KOAH ve kanser, eczacıların koruyucu faaliyetlere en az katıldığı hastalıklardır (ayrıntılar için bkz. Şekil 3, sayfa 30).

Koruyucu faaliyetler arasında, hastalara bireysel eğitim materyalinin yanı sıra bilgi ve danışmanlık sunulması, eczane dışındaki topluluklara yönelik sosyal yardım faaliyetlerine katılım ve diğer sağlık mensupları ile işbirliği bulunmaktadır (bkz. Şekil 3. Serbest eczacıların hastalık ve DSÖ bölgesine göre BOH'ların önlenmesine katılımı (n=43) ve çalışma örneklemindeki her faaliyet türünün sıklığının ayrıntıları için Tablo 4'e bakınız).

Bu faaliyetlere ek olarak İspanya, eczacıların BOH'ların önlenmesiyle ilgili yeni mesleki hizmetlerin geliştirilmesi için araştırma çalışmalarına katıldığını bildirmiş ve Zimbabve, eczacıların eczacılık haftasında radyo ve televizyonda BOH'ların önlenmesine yönelik kamu kampanyaları yürüttüğünü belirtmiştir.

Şekil 3. Serbest eczacıların hastalık ve DSÖ bölgesine göre BOH'ların önlenmesine katılımı (n=43)



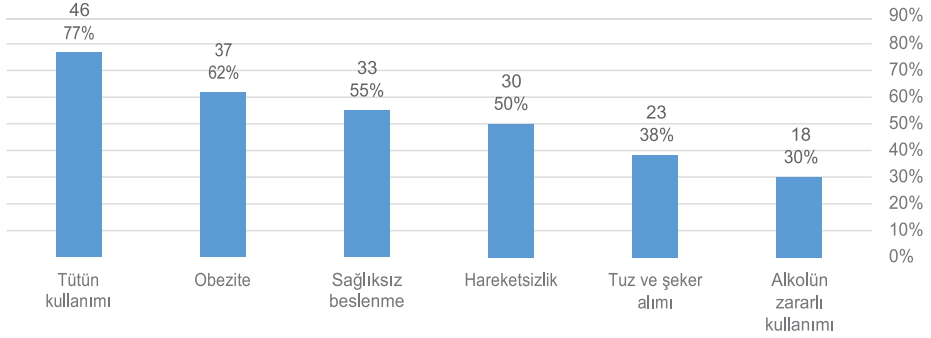
Tablo 4. Serbest eczacılar tarafından yaygınlıkla yürütülen BOH önleme çalışmaları

Hizmet/faaliyet	Ülke ve bölge sayısı	BOH önleme faaliyetleri olan katılımcıların % (n=60)	Çalışma örnekleminin % (n=70)	Hizmet veya faaliyetin bulunduğu ülkeler.
Hastalara bilgi ve danışmanlık sunmak (örn. Yüzyüze, telefon ve SMS ile danışmanlık vb.)	54	90%	77,10%	Arnavutluk, Arjantin, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Benin, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Çin Tayvan, Fiji, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Ürdün, Lübnan, Mali, Malta, Nepal, Hollanda, Nijerya, Umman, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Romanya, Rusya Federasyonu, Ruanda, Sierra Leone, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, Uruguay, ABD, Zimbabve
Eğitim materyali sunmak (broşür, websitesi, sosyal ağ paylaşımları vb.)	44	73,30%	62,90%	Arjantin , Ermenistan, Avusturya , Belçika, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun , Kanada, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan , Çek Cumhuriyeti, , Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İtalya, Japonya, Mali, Malta, Hollanda, Nijerya, Norveç, Umman, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Romanya, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, ABD
Multi-disipliner faaliyetlere katılım	38	63,30%	54,30%	Arnavutluk, Arjantin, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Kanada, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Fiji, Finlandiya, Fransa, Lübnan, Mali, Malta, Mauritius, Hollanda, Nijerya, Umman, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD, Zimbabve Gana, Macaristan , Endonezya, İran, İrlanda, İsrail, Japonya
Eczane dışında faaliyetler düzenleme (atölyeler, seminerler vs.)	35	58,30%	50%	Arnavutluk, Arjantin, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Kanada, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Fiji, Finlandiya, Fransa, Lübnan, Mali, Malta, Mauritius, Hollanda, Nijerya, Umman, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Çin Tayvan, Çek Cumhuriyeti, Etyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Gana, Macaristan, Endonezya, İrlanda, Japonya, Mali, Mauritius, Hollanda, Nijerya, Umman, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Sierra Leone, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD, Zimbabve

Yukarıdaki veriler, serbest eczacıların, sağlık eğitiminde ve sağlıklı yaşam tarzının özendirilmesinde hastalara bireysel danışmanlıkla birlikte eğitim materyali sunarak BOH'ların ortaya çıkmasını önleyebilecek güçlü rolüne işaret etmektedir. Bu faaliyetler, diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği içerisinde ve toplum tanıtım etkinlikleri organizasyonu ile birlikte, insanları sağlıklı tutmaya yönelik birinci basamak sağlık hizmeti çabalarının bir parçası olarak eczacıların önemli bir rolü olduğunu göstermektedir

Özellikle eczacılar, Şekil 4 ve Tablo 5'te görüldüğü üzere, bazı BOH'lar için bir dizi ana risk faktörüyle başa çıkmaya çalışmışlardır.

Şekil 4. Serbest eczacıların hedeflenen belli BOH risk faktörleriyle mücadele katılımı(n=60)



Tablo 5. Serbest eczacıların hedeflenen belli BOH risk faktörleriyle mücadele katılımı (n=60)

Risk faktörü	Hizmet veya faaliyetlerin bulunduğu ülke ve bölgeler
Tütün kullanımı	Arjantin, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Belçika, Brezilya, Kanada, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Almanya, İngiltere, Macaristan, İran, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Lübnan, Mali, Maita, Mauritius, Nepal, Hollanda, Nijerya, Norveç, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Romanya, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, ABD, Zimbabve
Obezite	Arnavutluk, Arjantin, Ermenistan, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Etiyopya, Fiji, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İtalya, Lübnan, Malta, Nepal, Hollanda, Nijerya, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD
Sağlıksız beslenme	Arnavutluk, Arjantin, Avustralya, Brezilya, Kamerun, Çin, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Etiyopya, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İtalya, Malta, Nepal, Nijerya, Paraguay, Portekiz, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD
Fiziksel hareketsizlik	Arnavutluk, Arjantin, Brezilya, Kamerun, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Etiyopya, Finlandiya, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Malta, Nepal, Nijerya, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Singapur, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD
Tuz ve şeker alımı	Arnavutluk, Brezilya, Kamerun, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Macaristan, Endonezya, İrlanda, Malta, Nepal, Nijerya, Panama, Portekiz, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
Alkolün zararlı kullanımı	Argentina, Belgium, Brazil, China Taiwan, Czech Republic, Ethiopia, Great Britain, Malta, Nepal, Nigeria, Rwanda, Singapore, Slovenia, Spain, Sweden, Tanzania, USA, Zimbabve

Tütün kullanımına dikkat çekmek ve sigarayı bırakma desteği sunmak, BOH'ların önlenmesinde rol oynadığını bildiren ülke ve bölgelerin %80'inde serbest eczacıların uygulama kapsamındadır. Bu, özellikle önemlidir, zira tütün kullanımı bu ankette ele alınan bütün BOH'lar için önemli bir risk faktörüdür.

2015 yılında, FIP, "Tütünsüz toplumlar yaratmak - Eczacılar için uygulama rehberi" adlı bir rapor yayımlayarak eczacıların dünya genelinde yer aldığı farklı tütün bırakma faaliyetlerine dikkat çekmeye çalışmıştır. Bu rapora göre, "tütün kullanımının insan sağlığı ve sağlık sistemi üzerindeki yükü, tüm dünya ülkelerinde açıkça ortadadır. Sağlık harcamaları ve tüm dünyada sağlık çalışanları üzerindeki yük arttığı için, eczacıların değerli bilgi ve becerileriyle 'herkes için daha iyi sağlık' ortak hedefine nasıl katkıda bulunabileceğini bilmek önemlidir."¹

Bu durum, sağlıklı alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam tarzını benimseyerek hastaların öz-bakımını destekleyen diğer faaliyetlerde olduğu gibi eczacılar tarafından verilen sigara bırakma hizmetleri için de geçerlidir. Eczacılar, obeziteyi, sağlıksız diyetleri, tuz ve şeker kullanımını veya alkolün zararlı kullanımını ve ayrıca fiziksel hareketsizliği önleyici bir dizi diyet seçeneklerini hedef alan faaliyetler yoluyla BOH'ların önlenmesinde rol oynamaktadır.

3.3.2 Eczane tabanlı BOH'ları önleme faaliyetlerinin ülkelere özgü bilgi ve kaynaklar

Tablo 6, bazı ülkelerde eczacıların bulaşıcı hastalıkların önlenmesine katılımıyla ilgili faaliyet ve kaynaklardan örnekler sunmaktadır.

Tablo 6 Eczacıların BOH'ları önleme faaliyetlerine katılımıyla ilgili, ülkelere özgü bilgi ve kaynaklar

Ülke veya bölge	Tanım	Bağlantılar
Arjantin	2007'den bu yana Farmaceuticospor la calidadde Vida' (Yaşam Kalitesi için Eczacılar) Programı	https://bit.ly/2UetYnY
Brezilya	İleri Farmasötik Hizmet Programı	https://bit.ly/2Ty7ji6
	Sigarayı bırakma programı	https://bit.ly/2HDNeWb
	Kilo verme programı	https://bit.ly/2TU4QDQ
	Sao Paulo Bölgesel Eczacılık Kurulu (Arteriyel hipertansiyon)	https://bit.ly/2OpNIQv
	Arteriyel Hipertansiyon Kontrolü desteği	https://bit.ly/2JDdzFK
Kanada	Brezilya Halk Sağlığı Sisteminde sistemik arteriyel hipertansiyon için farmasötik bakım programının maliyet-etkililik analizi	https://bit.ly/2UTEbnd
	Eczanede sigara bırakma programı (Ontario, Kanada)	https://bit.ly/2Wm2hXU https://bit.ly/2JDW7kx
Çin	Halk sağlığı faaliyetlerinde eczacıların rolü	https://bit.ly/2FD8ckP
Çin Tayvan	Tayvan Tütün Kontrolü Yıllık Raporu 2016	https://bit.ly/2FAOTd4
Ecuador	Hipertansif ve diyabet hastaları için kampanya	https://bit.ly/2Fv6GA6
Fiji	Fiji Sağlık Bakanlığının BOH'ların önlenmesi hakkında sağladığı bilgi	https://bit.ly/2Ooi7CM
Finlandiya	Serbest eczacıların astım, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara odaklanan bazı BOH önleme programları bulunmaktadır	NA
Fransa	Fransız Eczacıları Odası	https://bit.ly/2j1q398
Almanya	Eczacılar tarafından sağlanan, BOH önleme faaliyetleri de dahil, sağlık hizmetleri	https://bit.ly/2TXrQ4T
	Bavyera Eyaleti Eczacılar Odasında Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bilim Enstitüsü	https://bit.ly/2Cxecuz
Büyük Britanya	İngiltere için eczane sözleşmesine PSNC'nin websitesinden erişilebilir	https://bit.ly/2YhNkYN
	Galler'de serbest eczaneler aracılığıyla sunulan halk sağlığı kampanyaları ve hizmetlerinin birçoğu CPW websitesinde bulunabilir	https://bit.ly/2TthbJX
	Galler Halk Sağlığı websitesi ele alınan alanların birçoğuna dikkat çekmektedir	https://bit.ly/2UcKZPx
Macaristan	Mayıs ölçüm ayı	https://bit.ly/2TyrhcG
	Nabzınızı öğrenin kampanyası	https://bit.ly/2HSyTo0
	Metabolik Sendrom Programı	https://bit.ly/2Wq54Su
Endonezya	Değişim Aracı Olarak Eczacılar" kampanyası	https://bit.ly/2JD7CIX
İsrail	Yeni mevzuatla bütün eczanelere yaşam tarzı ve BOH'ları etkileyebilecek veya önleyebilecek herşey konusunda öneri yapma yetkisi verilmiştir. Bu bütün risk faktörlerini kapsamaktadır.	NA
İtalya	Federfarma'nın sağlığını teşviki ve geliştirilmesi kampanyaları	https://bit.ly/2YmNzSj
Japonya	Japonya Eczacılar Birliği'nin "Sağlığı Destekleyen Eczaneler" Programı	https://bit.ly/2HEqkOn

Ülke veya bölge	Tanım	Bağlantılar
Mauritius	Mauritius Sağlık Bakanlığı'nın BOH önleme faaliyetleri	https://bit.ly/2HQpttj
Karadağ	Karadağ Eczacılar Odası astımla ilgili bir projenin yanı sıra eczacıların sigara bırakmadaki rolüne odaklanan eğitim faaliyetleri düzenlemektedir.	NA
Nepal	Eczacılar Dünya Diyabet Günü ve diğerleri için düzenlenen kampanyalara giderek daha fazla katılmaktadır.	NA
Hollanda	Hollanda Kraliyet Eczacılar Birliği, Düşme olayları ve diyabetin önlenmesi için daha iyi bakım	https://bit.ly/2JSfV3R
	Sağlık Bakanlığı: 2025'e kadar Diyabet. Korunma ve bakım bir arada	https://bit.ly/2WqTcj0
	Sağlık Bakanlığı: Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için Factsheet Egzersiz programı	https://bit.ly/2OosQsE
	Alphega Pharmacies: Korunma ve Tavsiye	https://bit.ly/2TsEFip
	Korunma ve bakım alanında diyabet müdahaleleri envanteri	https://bit.ly/2Ftid3T
Nijerya	Serbest eczacılar grup olarak özellikle bütün BOH'lar için DSÖ günlerini takip ederek hastalıkların önlenmesi konusunda farkındalığı artırmak için bu günlerin sağladığı fırsatları kullanmaktadır..	NA
Ruanda	Ruanda Serbest Eczacılar Birliği: BOH'lar üzerine Uluslararası Konferans	https://bit.ly/2TUsn7u
Güney Afrika	GoSmokeFree eczane programı	https://bit.ly/2HDnx8h
	Pharma Dynamics ve Kalp ve İnme Vakfı — Kalp Girişiminden Yemek tarifleri	https://bit.ly/1LLqUKr https://bit.ly/2HYhwm7
	Accu Chek — Diyabetik tabak yöntemi	https://bit.ly/2OnDpfJ
İsviçre	Sağlık önerileri	https://bit.ly/2Wtlp5p
	Sigara bırakma	https://bit.ly/2Wkn8Gf
Türkiye	Eczacılar Odası — BOH önleme ve risk ölçümü kaynakları	https://bit.ly/2TwDzSE
ABD	Diyabet önleme ve bakımı için APhA kaynakları	https://bit.ly/2FBBbGR
	APhA Eczane tabanlı Kardiyovasküler Hastalık Risk Yönetimi	https://bit.ly/2YmPiuP
	Deri kanserini önleme	https://bit.ly/2YIH4z7
	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri — Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için eczane kaynakları	https://bit.ly/2CD5JWK
Zimbabve	Zimbabve Eczacılar Birliği hipertansiyon, kanser, psikiyatrik bozukluklar ve ilaç suistimali konusunda doktorlarla ortak bir sempozyum düzenlemiştir.	NA

3.4 Tarama veya BOH hastalarının erken tespiti

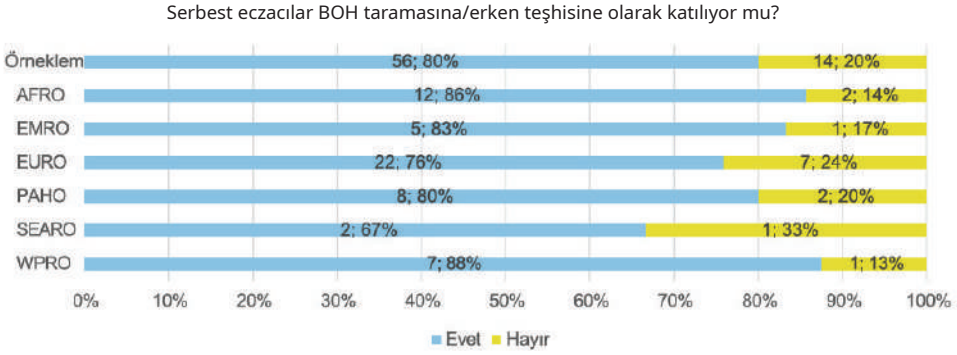
3.4.1 Eczacıların BOH tarama faaliyetlerine katılımı.

Serbest eczaneler, BOH'ların ve diğer hastalıkların erken teşhisine katkıda bulunabilecek bir dizi hasta başı testine ve tarama prosedürüne daha fazla erişim sağlayabilirler, böylece hastaların gerektiğinde diğer sağlık mensuplarına yönlendirilmesine imkân tanırılar veya mevcut bir BOH'un daha da kötüye gitmesine neden olabilecek riskleri azaltmak üzere iyileştirici öz-bakım önlemlerinin alınmasını sağlarlar.

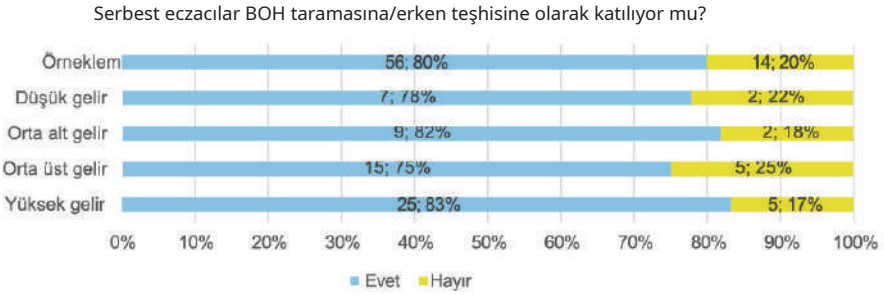
Şekil 5 ve Şekil 6'da gösterildiği gibi, serbest eczacılar genellikle birçok ülke ve bölgede BOH'ların taranmasında veya erken tespitinde yaygın olarak yer almaktadır (56 katılımcı; %80). Bu, sınırlı sayıda tarama testi (tansiyon ölçümü gibi) yapmaktan BOH'lara yönelik birçok hasta başı testi ve ölçümlere kadar çeşitli

senaryoları kapsayan genel bir tabloyu işaret etmektedir. Bu farklılıklara rağmen sonuçlar, başka bir sağlık mensubu tarafından daha fazla gözlem ve teşhis gerektirebilecek hastaların triyajında serbest eczanelerin oynadığı rolü vurgulamaktadır. Bu rol, serbest eczanelerin sağlık hizmetlerine açılan bir kapı olarak tanımlanması ile de uyumludur. Sadece hastalık yönetimine ihtiyacı olan hastaları diğer sağlık kuruluşlarına yönlendirmek sistemin verimli bir şekilde işlemesine katkıda bulunur ve hastalar yaşadıkları yere yakın eczanelerde bir taramadan geçecekleri için diğer birinci veya ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yığılma da önlenmiş olur.

Şekil 5 DSÖ bölgesine göre serbest eczacıların BOH taramasına/erken teşhisine katılımı



Şekil 6 Gelir düzeyine göre serbest eczacıların BOK taramasına/erken teşhisine katılımı (n=70)

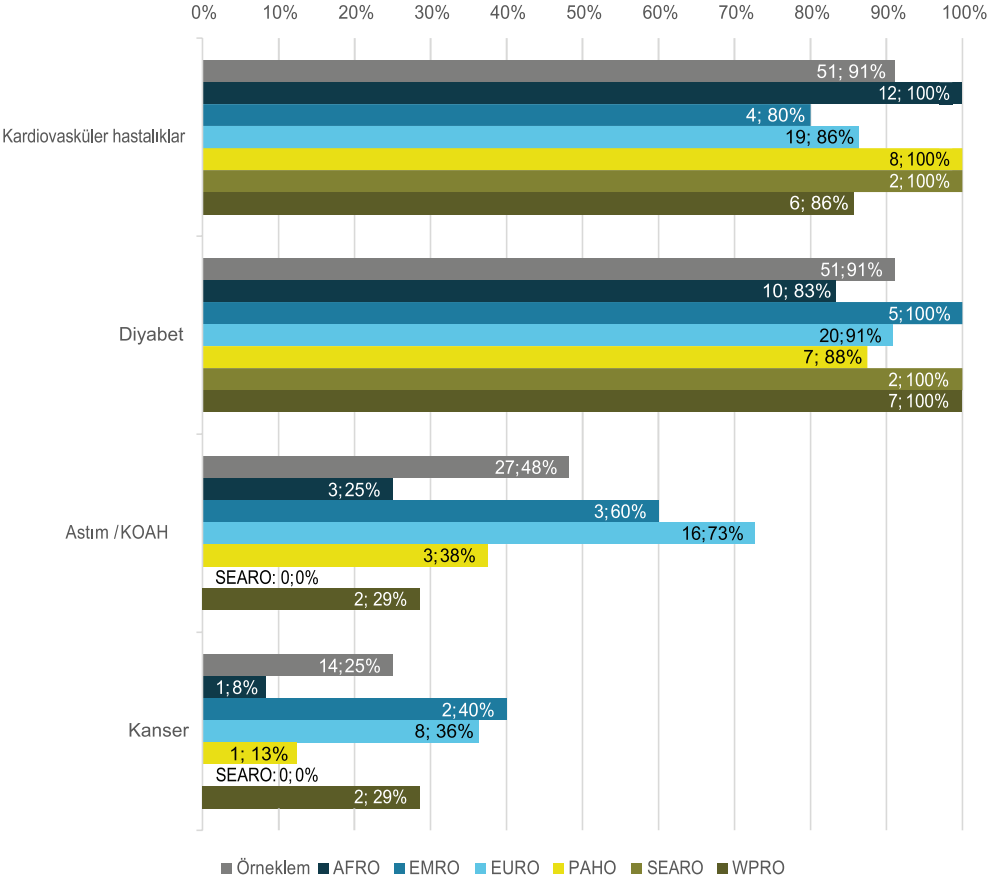


Şekil 6'da belirtildiği gibi, BOH tarama hizmetleri en yaygın olarak yüksek gelirli ülkelerde kullanılmaktadır (%83). Bununla birlikte, bu gösterge ülkelerin gelir düzeyine göre değişmemektedir ve düşük oranları düşük gelir düzeyleri ile ilişkilendirmemektedir. Bu da, bazı tarama testlerinin diğer faktörler içerisinde pahalı ekipman veya kaynaklar gerektirmediği gerçeğiyle açıklanabilir.

Eczacıların BOH taraması ve erken tespitinde rol oynadığını bildiren 56 katılımcıya bakıldığında, Şekil 7, bu rolün hastalık başına ve DSÖ bölgesine göre dağılımını sunmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet, tarama testleri için astım/KOAH ve kansere göre açık arayla en yüksek uygulama oranlarına sahip

alanlardır. Bu son iki alan genellikle daha ileri ekipman veya protokoller gerektirir; ancak aşağıdaki bölümlerde de görülebileceği gibi, bazı ülkelerde ilginç sonuçlar gözlenmiştir.

Şekil 7. Hastalık ve DSÖ bölgesine göre serbest eczacıların BOH taramasına/erken tespitine katılımı (n=56)



3.4.2 Kardiyovasküler hastalıklar: tarama yöntemleri

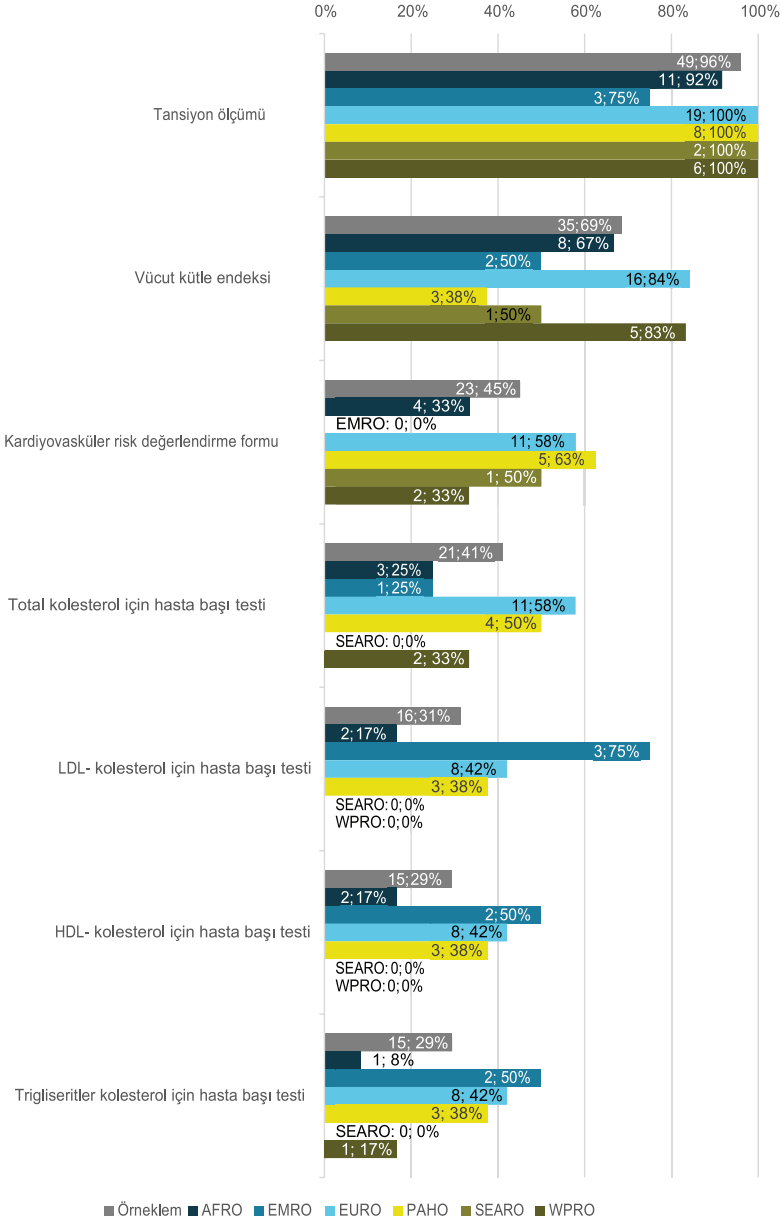
Serbest eczacılar tarafından, kardiyovasküler rahatsızlığı olan veya geliştirme riski taşıyan hastaları belirlemek için, tansiyonu, kiloyu ve vücut kitle indeksini veya kan kolesterol ve/veya trigliserit seviyelerini ölçmek gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir.

Şekil 8, DSÖ bölgesine göre kardiyovasküler hastalıklar için çeşitli tarama yöntemlerinin bulunup bulunmadığına dair genel bir fikir vermektedir. Grafikte belirtildiği üzere, tansiyon ölçümü, toplumda bu tür durumların taranmasında eczanelerin aktif bir rol oynadığını bildiren 51 ülke ve bölge arasında en sık kullanılan tarama yöntemidir. Tansiyon ölçümünü, genellikle eczacıların ölçümleri

yorumlaması, beslenme ve diğer alışkanlıklar hakkında uygun öneriler veya gerektiğinde hastanın pratisyen hekimine yönlendirilmesi izlenmektedir.

Hastanın kan biyokimyasal parametrelerinin ölçümünü de kapsayan hasta başı testleri, serbest eczacıların çalışma alanının daha küçük bir bölümüdür. Bununla birlikte, total kolesterol gibi testler, Avrupa bölgesinde katılımcı ülkelerin %58'inde ve Amerika bölgesinin %50'sinde mevcuttur.

Şekil 8. DSÖ bölgesine göre eczacıların kardiyovasküler hastalıklar için kullandığı tarama yöntemleri (n=51)



Tablo 7. Serbest eczanelerin kardiyovasküler hastalıklar için kullandığı tarama yöntemleri

Yöntem	Ülke ve bölge sayısı	Tarama faaliyeti bulunan katılımcılar %'si	Çalışma örnekleme % (n=70)	Yöntemin uygulandığı ülke ve bölgeler.
Tansiyon ölçümü	49	96%	70%	Arnavutluk, Arjantin, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Benin, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Fiji, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İsrail, Ürdün, Lübnan, Mali, Malta, Mauritius, Nepal, Hollanda, Nijerya, Pakistan, Panama, Filipinler, Portekiz, Romanya, Sierra Leone, Singapur, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, Türkiye, Uruguay, ABD, Zimbabve
Vücut kitle indeksi belirleme	35	69%	50%	Arnavutluk, Avustralya, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Çin, Çin Tayvan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Fiji, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, İrlanda, İsrail, Lübnan, Malta, Mauritius, Nepal, Hollanda, Nijerya, Pakistan, Portekiz, Sierra Leone, Singapur, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, Türkiye, Uruguay, Zimbabve
Kardiyovasküler risk değerlendirme soruları (sigara alışkanlığı, fiziksel aktivite, beslenme, vb.)	23	45%	33%	Avustralya, Brezilya, Kamerun, Kanada, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İsrail, Mauritius, Hollanda, Nijerya, Panama, Portekiz, Singapur, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
Total kolesterol için hasta başı testi	21	41%	30%	Avusturya, Brezilya, Çin, Kosta Rika, Hırvatistan, Ekvador, Fiji, Almanya, Macaristan, İrlanda, İsrail, Lübnan, Malta, Hollanda, Nijerya, Portekiz, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
LDL kolesterol için hasta başı testi	16	31%	23%	Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İran, İrlanda, İsrail, Lübnan, Nijerya, Pakistan, Portekiz, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
HDL kolesterol için hasta başı testi	15	29%	21%	Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İrlanda, İsrail, Lübnan, Nijerya, Pakistan, Portekiz, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
Trigliseritler için hasta başı testi	15	29%	21%	Brezilya, Çin, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İrlanda, İsrail, Lübnan, Nijerya, Pakistan, Portekiz, İspanya, İsveç, ABD

Yukarıda belirtilen yöntemlere ek olarak, Portekiz kardiyovasküler hastalık riski için tarama stratejisinin bir parçası olarak bel çevresi ölçümünü kullanıldığını ve Ruanda serbest eczacıların hastaların kendi kendilerini izlemeleri için tansiyon ölçme cihazlarını kullanmalarına yardım ettiğini bildirmiştir.

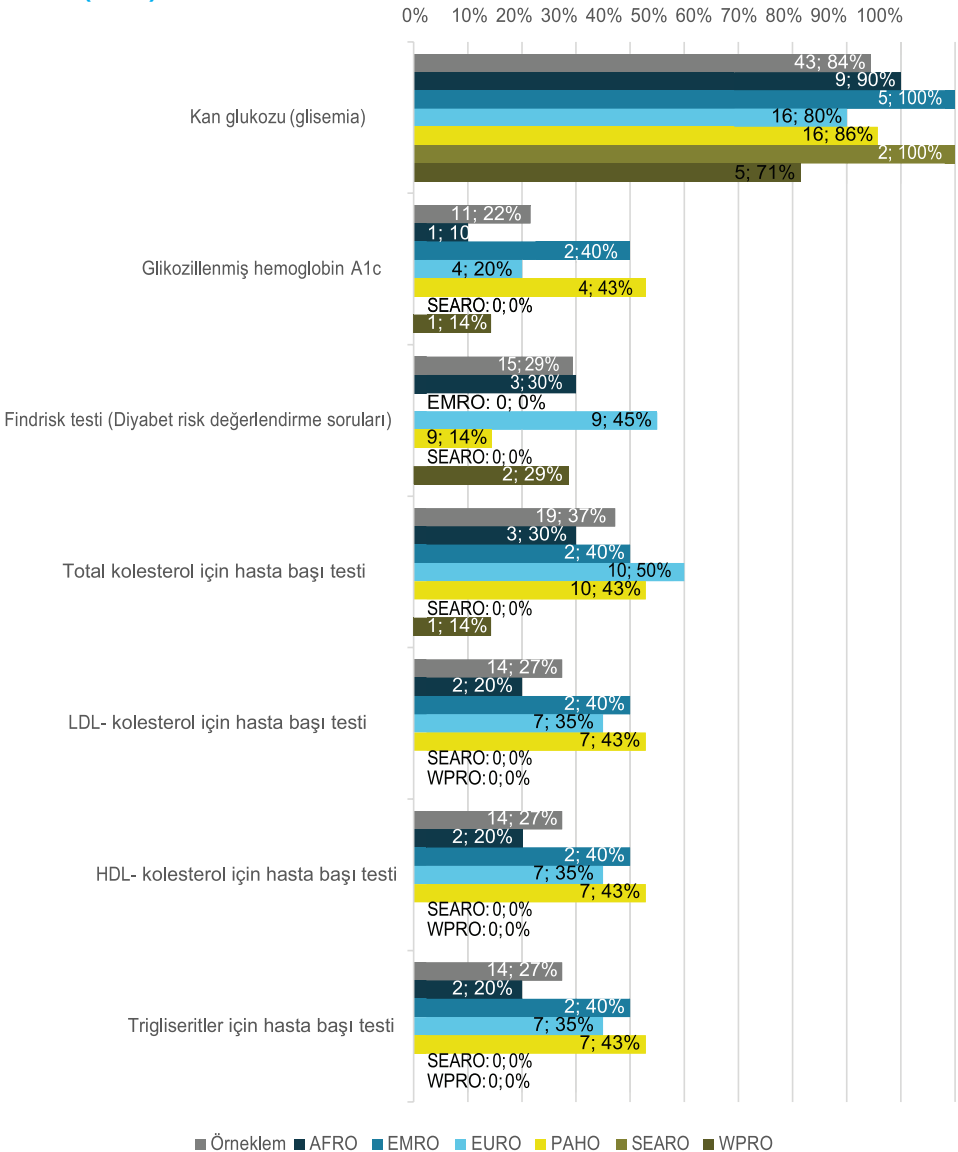
3.4.3 Diyabet: tarama yöntemleri

Ankette, toplumdaki potansiyel diyabet hastalarını taramak için bazı hasta başı testlerinin performansı sorulmuştur. Özellikle, şu testler incelenmiştir: Kan glukozu (glisemi), glikozillenmiş hemoglobin A1c, Findrisk testi (diyabet riski değerlendirme anketi), total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol ve trigliseritler. Bu testlerin bazıları hem diyabet hem de kardiyovasküler hastalıkların tanınmasında kullanılmasına rağmen, her iki hastalığın tarama stratejileri içindeki yerlerini görmek amacıyla araştırmanın her iki bölümüne de dâhil edilmiştir. Şekil 9, çeşitli diyabet tarama yöntemlerinin DSÖ bölgesine göre bulunma durumu hakkında genel bir fikir vermektedir.

Bu yöntemlere ek olarak, Kanada Eczacıları Birliği, Canrisk testinin ve kendi kendine kan glukozu izlemi yöntemlerinin kullanıldığını bildirmiştir. Kanada Halk Sağlığı Kurumu (PHAC) tarafından geliştirilen Canrisk testi, başlangıçta Finlandiya'da ulusal diyabet önleme programının bir parçası olarak geliştirilen Findrisk testinin bir uyarlamasıdır. PHAC, bilinen diyabet risk faktörlerinin Kanadalılar'a uygulanabilir nitelikte ve doğruyu yansıtacak şekilde olması için, anketi uyarlamak üzere bir grup klinik ve akademik uzmanı bir araya getirmiştir; etnik köken, eğitim ve gebelik diyabetiyle ilgili yeni sorular da eklenmiştir.

Daha fazla bilgi için bkz. <https://www.pharmacists.ca/education-practice-resources/patient-care/diabetes-practice-tools-and-resources/canrisk-tools/>

Şekil 9. DSÖ bölgesine göre, serbest eczanelerin diyabet için kullandığı tarama yöntemleri (n=51)



Diyabet taraması için kan glukozu düzeyleri serbest eczaneler tarafından yoğun şekilde belirlenmesine rağmen (43 katılımcı; %84), diğer hasta başı testleri bunun kadar yaygın yapılmamıştır. Bu tür testler bir arada olduğunda, daha doğru bir tarama yapılabilir, hastanın durumu daha iyi anlaşılabilir ve böylece eczacı daha iyi danışmanlık yapar ve hastayı diğer sağlık mensuplarına yönlendirebilir. Bu tür testleri, Avrupa ve Doğu Akdeniz bölgesindeki eczanelerde bulmak bir dereceye kadar mümkün olsa da, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerindeki eczane uygulamalarında bu tür testler genellikle bulunmamaktadır (Ayrıntılar için Tablo 8'e bakınız).

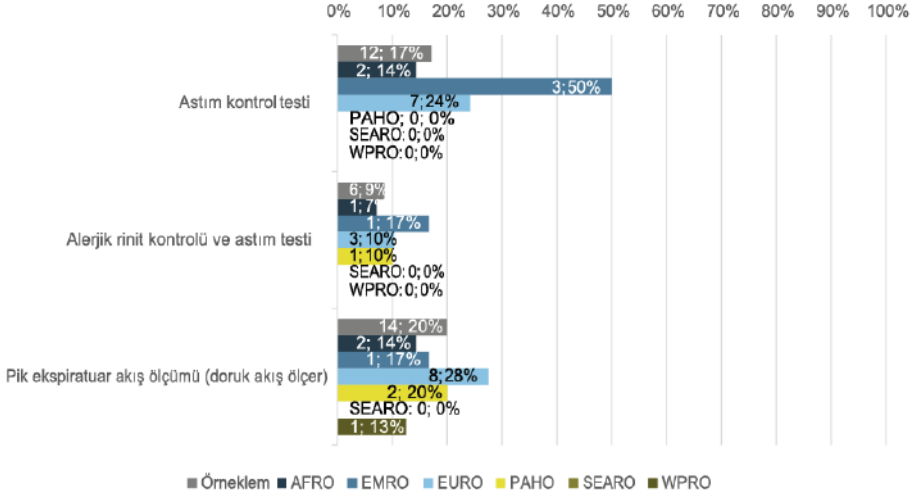
Tablo 8. Serbest eczanelerin diyabet için kullandığı tarama yöntemleri

Yöntem	Ülke ve Bölge sayısı	Tarama faaliyetleri bulunan katılımcılar % (n=51)	Çalışma örnekleme % (n=70)	Yöntemin uygulandığı ülke ve bölgeler
Kan glukozu (glisemi)	43	84.3%	61.4%	Arnavutluk, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvator, Fiji, Fransa, Almanya, Gana, Macaristan, Endonezya, İran, İrlanda, İsrail, Ürdün, Lübnan, Malta, Mauritius, Nepal, Hollanda, Nijerya, Umman, Pakistan, Panama, Filipinler, Portekiz, Romanya, Sierra Leone, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, Uruguay, ABD, Zimbabve
Glikozillenmiş hemoglobin A1c	11	21,60%	15,70%	Avusturya, Brezilya, Mauritius, Umman, Pakistan, Panama, Portekiz, Romanya, İspanya, İsveç, ABD
Findrisk testi (diyabet risk değerlendirme sorulan)	15	29,40%	21,40%	Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Finlandiya, Almanya, Macaristan, Mauritius, Nigeria, Portekiz, Singapur, İspanya, İsveç, Tanzanya, Türkiye
Total kolesterol için Hasta başı testi	19	37,20%	27,10%	Avusturya, Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Fiji, Almanya, Macaristan, İrlanda, Lübnan, Malta, Hollanda, Nijerya, Umman, Portekiz, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
LDL-kolesterol için Hasta başı testi	14	27,40%	20%	Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İrlanda, Lübnan, Nijerya, Umman, Portekiz, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
HDL-kolesterol için Hasta başı testi	14	27,40%	20%	Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İrlanda, Lübnan, Nijerya, Umman, Portekiz, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
Trigliserid için Hasta başı testi	14	27,40%	20%	Brezilya, Kosta Rika, Hırvatistan, Almanya, Macaristan, İrlanda, Lübnan, Nijerya, Umman, Portekiz, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD

3.4.4 Astım: tarama yöntemleri

Astım hastalarının taranması için, üç yöntemin serbest eczaneler tarafından uygulanmasının kapsamı araştırılmıştır: Astım kontrol testi, alerjik rinit kontrolü ve astım testi ve pik ekspiratuar akış ölçümü (doruk akış ölçer). Sonuçlar Şekil 10'da sunulmuştur.

Şekil 10. DSÖ bölgesine göre, serbest eczanelerin astım için kullandığı tarama yöntemleri (n=27)



Şekil 11'de görüldüğü gibi, serbest eczanelerde astım için en yaygın kullanılan tarama yöntemi, eczanelerin astım taramasında rol oynadığı ülkelerin ve bölgelerin beşte birinde kullanılan, bir doruk akış ölçer yoluyla pik ekspiratuar akışının ölçülmesidir. Tablo 9'da, farklı yöntemleri kullanan katılımcıların listesi sunulmaktadır. Bu yöntemlere ek olarak, Çin Eczacılar Birliği, ülkedeki serbest eczaneler tarafından basit bir solunum fonksiyon testinin kullanıldığını bildirmiş; ancak daha fazla ayrıntı vermemiştir.

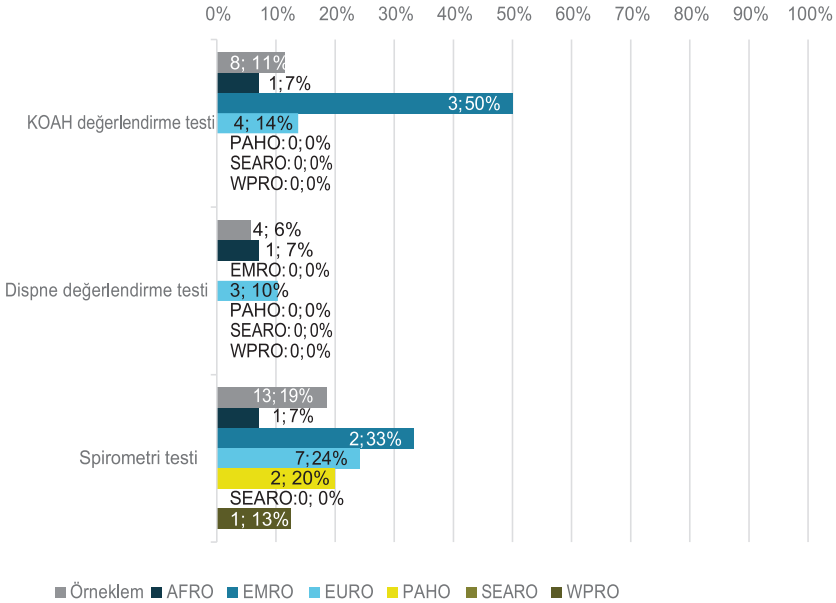
Tablo 9. Serbest eczanelerin astım için kullandığı tarama yöntemleri

Yöntem	Ülke ve bölge sayısı	Tarama faaliyetleri bulunan katılımcılar % (n=27)	Çalışma örnekle mi % (n=70)	Yöntemin uygulandığı ülke ve bölgeler
Astım kontrol testi	12	44.4%	17.1%	Belçika, Hırvatistan, Finlandiya, İran, Hollanda, Nijerya, Umman, Pakistan, Portekiz, İsveç, Tanzanya, Türkiye
Alerjik rinit kontrolü ve astım testi	6	22.2%	8.6%	Panama, Portekiz, İsveç, Tanzanya
Pik ekspiratuar akış ölçümü (doruk akış ölçer)	14	51.8%	20%	Avustralya, Avusturya, Brezilya, Hırvatistan, Fransa, Almanya, Macaristan, Umman, Portekiz, Güney Afrika, İsveç, Tanzanya, Türkiye, ABD

3.4.5 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: Tarama yöntemleri

KOAH taraması için anket yoluyla üç tip tarama yöntemi araştırılmıştır: KOAH değerlendirme testi, dispne değerlendirme testi (mMRC [Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi] Dispne Ölçeği ile) ve spirometri testi. Serbest eczaneler yoluyla yapılan KOAH taraması henüz yaygın olarak uygulanmamaktadır; ancak 13 ülkeden oluşan bir grup (Tablo 10'da listesi verilen) bu amaç için spirometri testlerini başlatmıştır. Finlandiya, KOAH taramasının eczane uygulamalarında henüz yaygın olmamasına rağmen, bazı eczanelerin, KOAH taramasının önemine dair farkındalığı arttırmak üzere Dünya KOAH Günü (21 Kasım), <http://goldcopd.org/world-copd-day>) gibi temalı günlerde mikrospirometri testlerini kullandıklarını bildirmiştir.

Şekil 11. DSÖ bölgesine göre, serbest eczanelerin KOAH için kullandığı tarama yöntemleri (n=27)



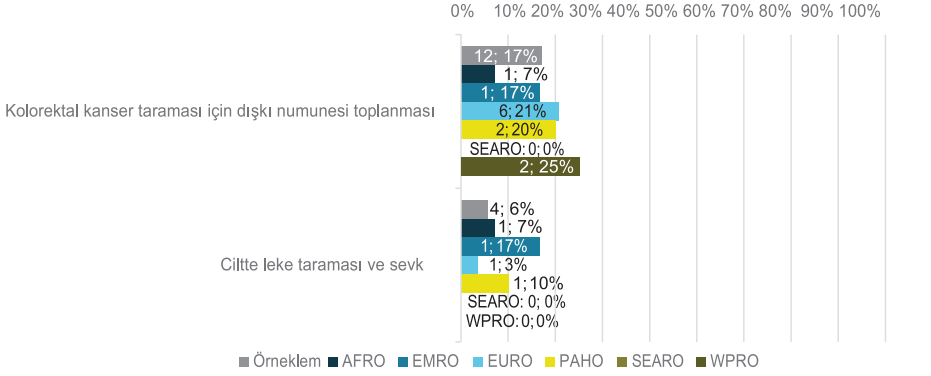
Tablo 10. Serbesteczanelerin KOAH için kullandığı tarama yöntemleri

KOAH değerlendirme testi	8	29,60%	11,40%	Fransa, Macaristan, İran, Hollanda, Umman, Pakistan, İspanya, Tanzanya
Dispne değerlendirme testi (mMRC [Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi] Dispne Ölçeği ile)	4	14,80%	5,70%	Macaristan, Portekiz, İsveç, Tanzanya
Spirometri testi	13	48,10%	18,60%	Avustralya, Avusturya, Fransa, Macaristan, Umman, Pakistan, Panama, Portekiz, Romanya, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD

3.4.6 Kansere: tarama yöntemleri

Kanserin patofizyolojisi ve farklı tipteki tümörlerin taranması ve tanısının karmaşıklığı nedeniyle, serbest eczanelerin bu alanda rolü oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte, birkaç ülkede, genellikle sağlık yetkilileri ve diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği halinde, bazı kanser türleri hakkında toplumu bilinçlendirmek ve tarama yapıp kanser hastalarını mümkün olduğunca erken tespit etmek ve ileri tetkikler için uygun bir uzmana yönlendirmek amacıyla ilginç projeler uygulanmıştır. Ankette, serbest eczanelerin işbirliği içinde oldukları bir tıbbi veya klinik laboratuvarında analiz edilmek üzere toplanan dışkı numuneleriyle gerçekleştirilen kolorektal kanser taramasına katılım ve şüpheli cilt lekelerini bir dermatoloğa yönlendirme şeklindeki taramaya katılımı araştırılmıştır. Sonuçlar Şekil 12 ve Tablo 11'de sunulmuştur.

Şekil 12. DSÖ bölgesine göre, serbest eczanelerin kanser için kullandığı tarama yöntemleri (n=14)



Tablo 11. Serbest eczanelerin kanser için kullandığı tarama yöntemleri

Yöntem	Ülke ve bölge sayısı	Tarama faaliyetleri bulunan katılımcılar % (n=14)	Çalışma örnekleme % (n=70)	Yöntemin uygulandığı ülkeler ve bölgeler
Kolorektal kanser taraması için dışkı örneği alma (gizli kan)	12	85.7%	17.1%	Avustralya, Belçika, Çin, İtalya, Pakistan, Panama, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, ABD
Ciltte leke taraması ve yönlendirme	4	28.6%	5.7%	Pakistan, İsveç, Tanzanya, ABD

3.4.7 Eczane tabanlı BOH tarama faaliyetlerine dair, ülkelere özgü bilgi ve kaynaklar

Tablo 12'de, bazı ülkelere eczacıların BOH taramasına katılmalarına ilişkin faaliyet ve kaynaklardan örnekler sunulmaktadır.

Tablo 12. Eczacıların BOH tarama faaliyetlerine katılımlarına dair, ülkelere özgü bilgiler ve çevrimiçi kaynaklar

Ülke veya bölge	Tanım	Bağlantılar
Avustralya	Bowel Cancer Australia tarama	https://bit.ly/2c3jJz1
	6. Serbest Eczane Anlaşması — Eczanede Diyabet Tarama Çalışması	https://bit.ly/2uEkvrS
Brezilya	İleri Farmasötik Hizmetler Programı: Güncel Hipertansiyon programı	https://bit.ly/2TQaDWH
	Güncel kolesterol programı	https://bit.ly/2JVLlWA
	Güncel diyabet programı	https://bit.ly/2YICMCI
	Eczacıların klinik astım sonuçlarına müdahaleleri: sistematik derleme	https://bit.ly/2JXWwOX
Kanada	Kanada Eczacılar Birliği, diyabet uygulama araçları ve kaynakları	https://bit.ly/2OTqpbW
Fiji	Tansiyon kontrolleri ve kan glukozu testleri tüm eczanelerde yaygın olarak bulunmaktadır. Bazı eczanelerde kolesterol taraması yapılmaktadır. Resmi BOH tarama testleri yoktur, bu nedenle broşür veya çevrimiçi kaynak yoktur. Bütün eczaneler bu programları kendi başlarına yürütmektedir	Yok
Almanya	Alman Federal Eczacılar Birliği, Fizikokimyasal araştırmalar - kan testlerinin performansı	https://bit.ly/2FNSswm
	Eczanede kan glukozu ölçümü raporu	https://bit.ly/2WGlVnb
Büyük Britanya	The Pharmaceutical Services Negotiating Committee (Farmasötik Hizmetler Müzakere Komitesi) hizmet veri tabanı, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, bağırsak ve akciğer kanseri, astım, KOAH ve diğer durumlar için tarama hizmetlerinden örnekler içermektedir	https://bit.ly/2DALif0
Nepal	Serbest eczacılar genellikle tarama testlerine dahil değildir, ancak kişisel çabalarıyla bunları gerçekleştirebilirler	Yok
Hollanda	Hollanda Kraliyet Eczacılar Birliği: Kasım ayında Diyabet Günlerinde kan şekeri ölçümü yapılmaktadır	https://bit.ly/2FPTxbZ
Norveç	Boots eczanelerinin hipertansiyon, diyabet, bağırsak kanseri, melanom ve diğer durumlar için çeşitli tarama hizmetleri hakkında bilgi	https://bit.ly/2OCT4fX
Filipinler	Generika Eczanelerinin sunduğu hasta başı testler hakkında bilgi	https://bit.ly/2JTIYsp
İsviçre	pharmaSuisse: Kolon kanseri taraması	https://bit.ly/2CQihdq https://bit.ly/2WAX3MJ

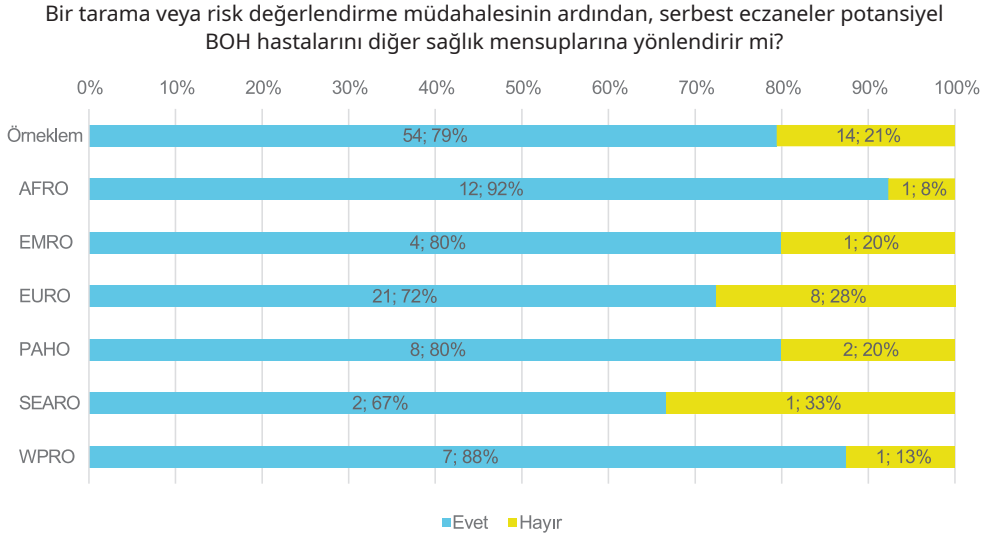
Ülke veya bölge	Tanım	Bağlantılar
	Hastalık taraması için hasta başı testleri	https://bit.ly/2uFsKUp
	Diyabet taraması ve bakımı	https://bit.ly/2Uaszi5
Türkiye	Astım, KOAH ve diyabet tarama bilgisi	https://bit.ly/2JWOUvR
ABD	Tarama faaliyetleri APhA Vakfı – Diyabet ve diğer kronik hastalıklar	https://bit.ly/2l5ixZj https://bit.ly/2TNOVC7 https://bit.ly/2uFsVz3
Zimbabve	Tümü olmasa da bazı eczaneler tarafından yürütülen gönüllü bir hizmettir. Belge bulunmamaktadır	NA

3.5 Potansiyel BOH hastalarının yönlendirilmesi

Anketimiz, eczacıların potansiyel BOH hastalarını, önceki bölümde belirtildiği gibi, bir tarama testinin yapılmasının ardından, ileri gözlem ve tanı için diğer sağlık mensuplarına ne oranda yönlendirdiğini araştırmıştır. Potansiyel hastaların taranması ve yönlendirilmesi yoluyla eczaneler, hasta triyajındaki rollerini ve sağlık sistemine açılan bir kapı olma rolünü güçlendirmektedir.

Şekil 13, bu sevkini çeşitli DSÖ bölgelerinde ne ölçüde gerçekleştiğine dair genel bir fikir vermektedir.

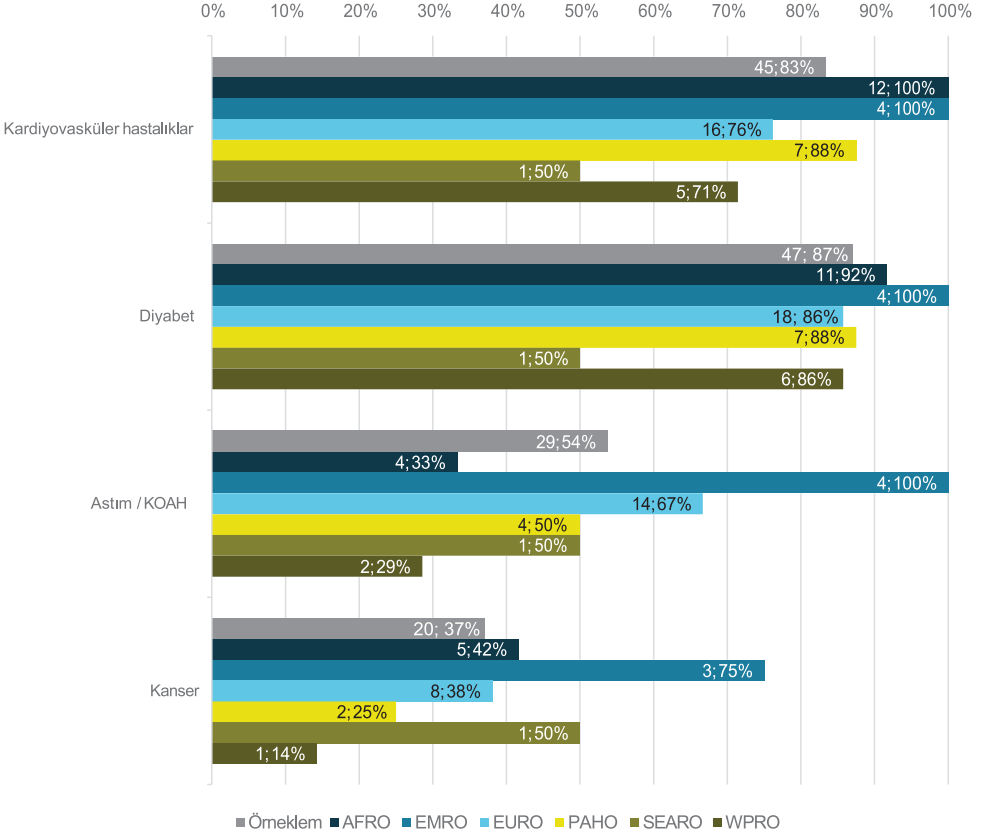
Şekil 13. DSÖ bölgesine göre, serbest eczacıların BOH hastalarının sevkine dahil olması (n=68)



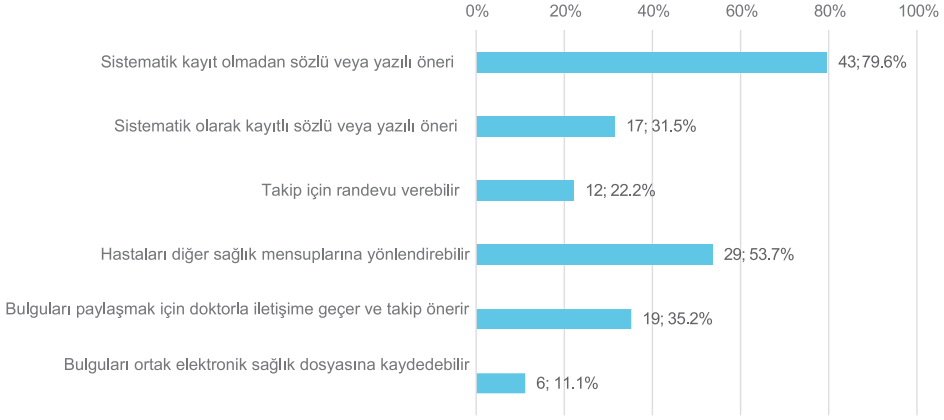
68 katılımcıdan yaklaşık beşte dördü (54 katılımcı; %79) potansiyel BOH hastalarının yönlendirilmesinin standart serbest eczane uygulamasının bir parçası olduğunu belirtmiştir. Yönlendirme, aşağıda belirtildiği gibi, hastalığın bulgu ve belirtilerine bağlı olarak farklı boyutlarda ve çeşitli şekillerde yapılabilir.

Şekil 14'te görüldüğü gibi, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar, tarama testlerini takip eden yönlendirmelerin en yaygın olduğu durumlardır (eczacıların BOH hastalarının yönlendirilmesinde rol oynadığı ülke ve bölgelerin sırasıyla %87'si ve %83'ü).

Şekil 14. Hastalık ve DSÖ bölgesine göre, serbest eczacıların BOH hastalarının yönlendirilmesine dahil olması (n=54)



Şekil 15. Potansiyel BOH hastalarını diğer sağlık mensuplarına veya bakım merkezlerine yönlendirmek için serbest eczacılar tarafından yaygın olarak kullanılan yöntemler (n=54)



Şekil 15'te gösterildiği gibi, en yaygın olarak (43 katılımcı; %79.6), bir tarama testi veya risk değerlendirmesi sonrasında hastanın doktoruna gayri resmi olarak yönlendirilmesi işlemi yapılmaktadır; yani bu, özellikle sağlık sistemi yönetimi veya diğer sağlık mensupları tarafından izlenebilecek herhangi bir kayıt tutulmadan, sözlü veya yazılı öneri kullanarak gerçekleştirilmektedir. Başka bir deyişle bu durum, etkililik veya hasta uyumu açısından izlenemeyen bir tavsiye niteliğindedir. Bu nedenle, çalışma örnekleminin bu alt kümesindeki ülkelerin yaklaşık beşte dördünde standart eczane uygulamalarının bir parçası olmasına rağmen, sağlık sisteminde "görünmez" olmaya devam etmektedir ve takip edilip muhtemelen tedavi edilmesi gereken bir hastanın gerçekten daha fazla bakım aldığını garanti etmemektedir.

Eczacı yönlendirmelerinin sistematiik kaydı sadece 17 ülke ve bölgede tutulmaktadır (% 31,5). İki model (sistematiik kayıt tutma ve sistematiik kayıt olmaması) birbirini dışlıyor gibi görünmesine rağmen, dokuz katılımcı (Arjantin, Avustralya, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Güney Afrika, İsveç, Tanzanya ve ABD) gerçekte her iki modelin bir arada bulunduğunu bildirmiştir - ve birkaç katılımcı için, aşağıda görüldüğü gibi, diğer modellerle birlikte kullanılmaktadır. Bunun sebebi, örneğin, eczacının durumun ciddiyetini veya aciliyetini değerlendirmesi, modellerden birini seçmesi veya ülkede birden fazla sağlık sisteminin bulunması veya bu çalışmanın gösteremediği başka faktörler olabilir.

Bazı durumlarda eczacılar, hastaları yaşam tarzlarını değiştirmek ve BOH risk faktörlerini azaltmak veya belirli bulgu veya belirtileri yönetmek konusunda onlara uygun şekilde yardımcı olabilecek diğer sağlık personeline (hemşire, diyetisyen, podolog (ayak sağlığı uzmanı) veya diğerleri) yönlendirmektedir.

Disiplinler arası işbirliğine dayalı hasta bakımında en etkili müdahaleler, eczacının tarama bulgularını tartışmak üzere doğrudan hastanın hekimiyle iletişime geçmesini ve bir takip önermesini (% 35), hastanın takibi için doğrudan eczane-

de tıbbi bir randevu ayarlamasını (%22) ve son olarak, tarama bulgularını ortak bir elektronik hasta dosyasına geçirmesini (altı ülkede mevcut; % 11) kapsamaktadır. Bu ikinci senaryo, eczacının her hasta için sağlık kayıtlarına göre uygun tarama testlerini seçmesine izin vermekle kalmayıp aynı zamanda eczanede yapılan tarama testlerini sağlık sisteminde kullanılabilir kayıtlara dâhil ederek bunların değerini de arttırmaktadır.

Bu sevk modellerine ek olarak Finlandiya, eğer bir hasta bir eczaneden astım ilacı reçetesinin yenilenmesini talep ederse, eczacının hastadan Astım Kontrol Testini tamamlamasını isteyebileceğini bildirmiştir. Sonuç hekime gönderilir ki reçetenin yenilenip yenilenmeyeceğine veya hastaya randevu verilir verilmeyeceğine karar verilebilir.

Farklı sevk modellerinin uygulandığı ülkelerle bölgelerin listesi için Tablo 13'e bakınız.

Tablo 13. Potansiyel BOH hastaları için serbest eczacılar tarafından kullanılan sevk modelleri

Model	Modelin uygulandığı ülke ve bölgeler
Eczacılar, hastalarına doktorlarını görmeleri için sözlü veya yazılı önerilerde bulunur, ancak bu müdahale kayıt altına alınmaz	Arnavutluk, Arjantin, Ermenistan, Avustralya, Avusturya, Belçika, Benin, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Fiji, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, Macaristan, Endonezya, İrlanda, Japonya, Ürdün, Lübnan, Mali, Malta, Nepal, Güney Afrika, İsveç, Tanzanya, Uruguay, ABD, Zimbabve
Eczacılar, hastalarına doktorlarını görmeleri için sözlü veya yazılı önerilerde bulunur ve bu müdahale sistematik bir şekilde belgelenir	Arjantin, Avustralya, Avusturya, Brezilya, Kamerun, Büyük Britanya, Mauritius, Pakistan, Portekiz, Ruanda, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD
Eczacılar ileri tanı ve takip için hastaya randevu verebilir	Çin Tayvan, Hırvatistan, Ürdün, Malta, Mauritius, Nepal, Nijerya, Panama, Portekiz, Sierra Leone, İsveç, İsviçre
Eczacılar hastaları diğer sağlık mensuplarına yönlendirebilir (hemşire, diyetisyen, podolog, vb.)	Arnavutluk, Avustralya, Benin, Brezilya, Kamerun, Kanada, Kosta Rika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Büyük Britanya, Endonezya, İrlanda, İsrail, Lübnan, Mali, Malta, Mauritius, Nepal, Nijerya, Umman, Panama, Filipinler, Portekiz, Sierra Leone, Güney Afrika, İspanya, Tanzanya, ABD, Zimbabve
Eczacılar tarama bulgularını paylaşmak için hastanın hekimiyle iletişime geçer ve takip ziyareti önerir	Arnavutluk, Avustralya, Benin, Kanada, Çin Tayvan, Hırvatistan, Fransa, Malta, Nijerya, Pakistan, Panama, Portekiz, Sierra Leone, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, Türkiye, ABD
Eczacılar tarama bulgularını ortak bir elektronik hasta sağlık kaydına geçirebilir	Brezilya, Hırvatistan, Portekiz, İsveç, Tanzanya, ABD

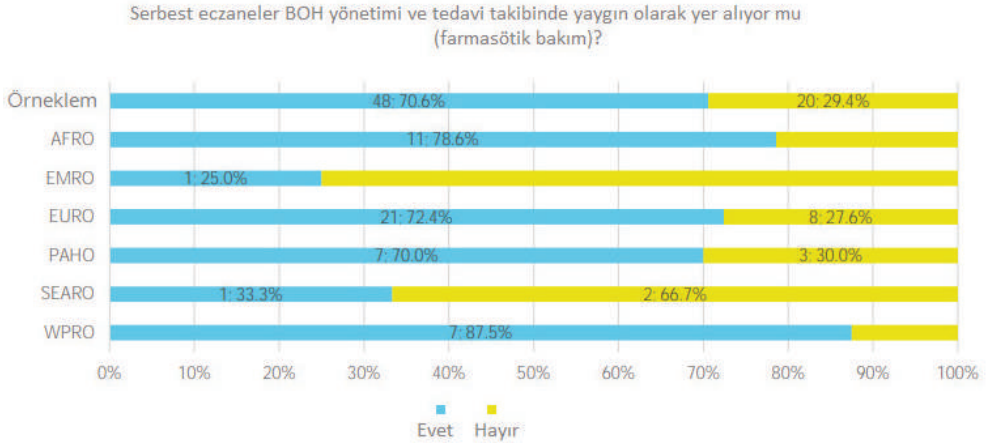
3.6 Farmasötik bakım ve BOH hastalarının tedavi takibi

Serbest eczacıların ankette araştırılan dördüncü rolü, hedeflenen BOH'ları olan hastalarda tedavi sonuçlarını iyileştirmeyi, ilaç tedavisine uyumu arttırmayı, ilaçlarla ilgili sorunları en aza indirmeyi ve sağlıklı yaşam tarzını özendirmeyi amaçlayan, hastaların ve uzun vadeli tedavilerinin yönetimi olarak bilinen farmasötik bakımdır. Hastalık yönetimi ve farmasötik bakım, uzun süredir hastalıkla yaşayan kişilerin sağlığını iyileştirmek ve önlenemez komplikasyonlardan kaynaklanan maliyetleri azaltmak için tasarlanmış, eczacılar tarafından sunulan

profesyonel hizmetlerdir ve bu, hastaların ilaç kullanımını düzelterek ve durumlarını izleyip kontrol etmelerine yardım ederek mümkün olmaktadır.

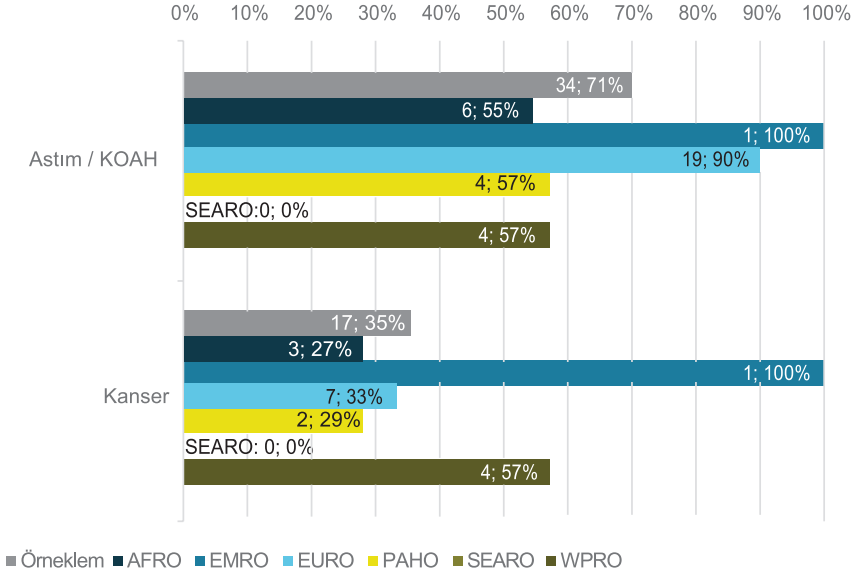
Şekil 16, çeşitli DSÖ bölgelerinde BOH'larla ilgili olarak bu hizmetlerin uygulama alanını açıklamaktadır. Şekilde gösterildiği gibi, bölgeler arasında önemli farklılıklar vardır: Her ne kadar örneklemin ortalaması ve 6 DSÖ bölgesinden 4'ü %70'lik uygulama hattını geçse de, bu hizmetler Doğu Akdeniz ve Güney Asya bölgelerinde (bölgelerdeki katılımcıların sırasıyla %25 ve %33'ü) daha az yaygındır. Yukarıdakilere rağmen, bu oranlar hastalık yönetimi ve ilaç optimizasyonu gibi ileri hizmetlerle uyumlu görünmektedir. Eczacıların bu tür hizmetleri sunmadığını belirten birkaç ülke, ilaç kullanımının iyileştirilmesine katkıda bulunan ve yeterli hastalık yönetimini sağlayan başka özel hizmetlerin uygulandığını bildirmiştir. Detaylar için aşağıya bakınız.

Şekil 16. DSÖ bölgesine göre, serbest eczacıların BOH yönetimi ve tedavi takibine katılımı (n=68)



Eczacıların BOH yönetimi ve tedavi takibinde rol oynadığını bildiren 68 katılımcıya bakıldığında, Şekil 17, hastalık alanı ve DSÖ bölgesine göre bu rollerin dağılımını sunmaktadır. Şekilde görüldüğü gibi, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar, eczacıların, uyumu artırmak da dâhil olmak üzere ilacın mümkün olan en iyi kullanımını teşvik etmek ve tıbbi randevular arasında hastalık durumunu izlemek konusunda en çok rol oynadıkları hastalıklardır. Bu, özellikle tarama ve yönlendirme açısından önceki bölümlerin bulgularıyla uyumludur. Serbest eczacıların, bulaşıcı olmayan solunum yolu hastalıklarını yönetme ve hastaları, örneğin solunum cihazlarının doğru kullanımı konusunda bilgilendirmeleri de de yaygındır (34 katılımcı; %71) ve Doğu Akdeniz ve Avrupa bölgelerinde %90'ın üzerinde bir uygulama oranına ulaşmıştır. Kanserde, bu rol serbest eczane ortamında daha az uygulanmaktadır, ancak katılan ülke ve bölgelerin üçte birinden fazlasında mevcuttur.

Şekil 17. Hastalık ve DSÖ bölgesine göre, serbest eczacıların BOH yönetimine ve tedavi takibine dahil olması (n=68)



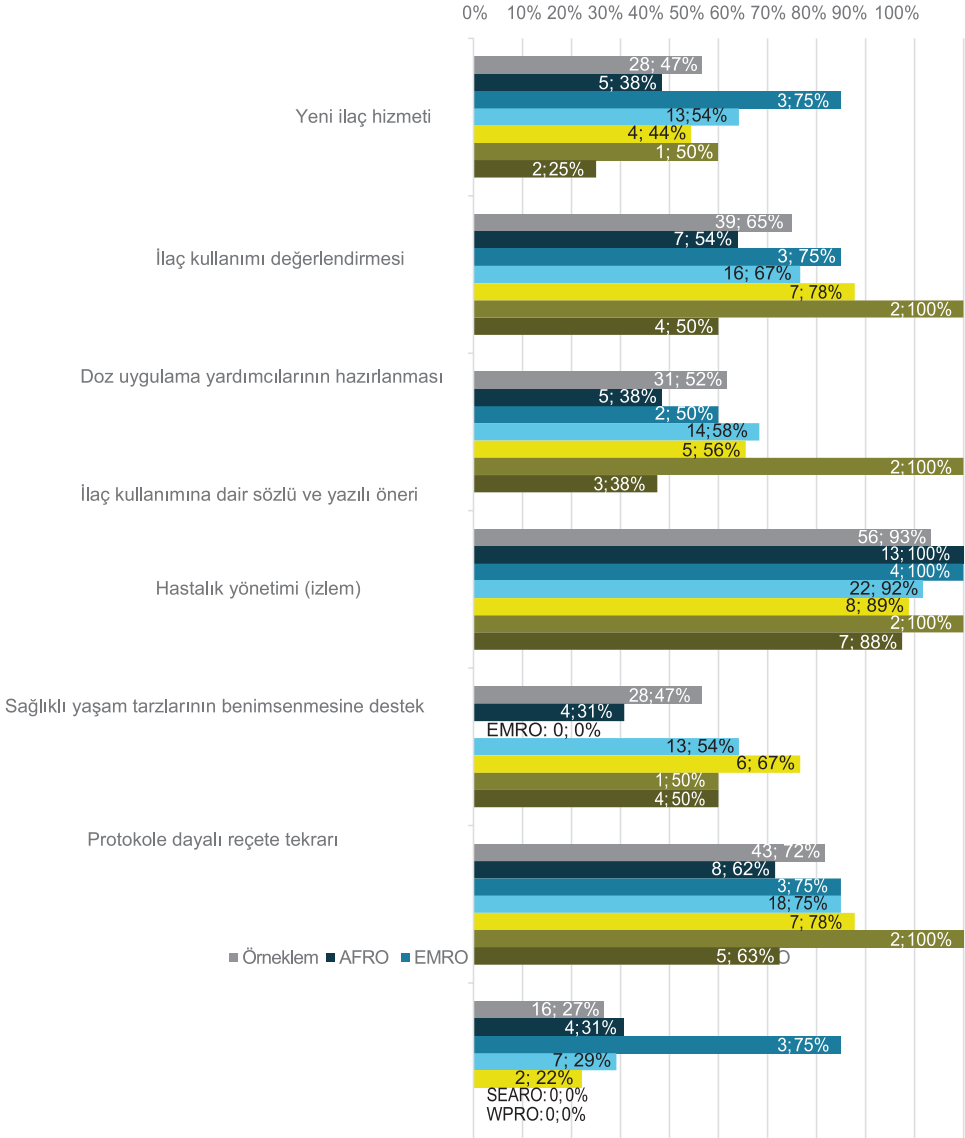
Ankette, daha sonra hastalık yönetimi ve farmasötik bakımdaki bu rolün BOH'larda nasıl yerine getirildiği araştırılmıştır, yani serbest eczacılar tarafından yürütülen BOH yönetimi ve farmasötik bakım faaliyetleri olduğunu bildiren 60 ülke ve bölgelerin alt kümelerinde serbest eczacılar tarafından hangi profesyonel hizmet ve faaliyetlerin sunulduğu araştırılmıştır. Sonuçlar Şekil 18 ve Tablo 14'te sunulmuştur.

İlaç kullanımı hakkında yazılı ve sözlü öneri yapılması, bu gruptaki katılımcıların neredeyse hepsinde (60'tan 56'sında) serbest eczane uygulamalarının standart bir parçasıdır. Yeni ilaç hizmeti veya ilaç kullanımı değerlendirmesi gibi ilaç kullanımı optimizasyonu ile ilgili ileri hizmetler, bu ülkelerin daha küçük ama yine de önemli bir bölümünde bulunmaktadır (sırasıyla %47 ve %65).

Yeni ilaç hizmeti, eczacılar tarafından, uzun süreli hastalığı olup yeni ilaç reçetelenmiş olan hastalara destek olmak üzere sunulan, özellikle yeni ilaç tedavisinin başladığı kritik dönemde ilaç kullanımına ve uyumu artırmak için, verilen profesyonel bir hizmet olarak tanımlanmaktadır. Buna karşılık, ilaç kullanımı değerlendirmesi (ilaçla tedavi yönetimi olarak da bilinir), hastaların özel bir konsültasyonda bir eczacıyla ilaçları hakkında görüşebilecekleri bir hizmettir. Bu hizmet, hastaya özgü bilgi toplamayı, fazlalıkları veya etkileşimleri saptamak için tüm ilaçları gözden geçirilmeyi, ilaç endikasyonu ve kullanımı hakkında ek bilgi vermeyi, yan etkileri ve olumsuz sonuçları tartışmayı, ilaçla ilgili sorunları tespit edip çözümünü bulmayı ve hastanın ilaca uyumunu arttırmak ve optimal sonuçlar elde etmek için stratejiler geliştirmeyi amaçlar. Her iki hizmet de özellikle uzun süreli, genellikle çok ilaç kullanan hastalar için değerlidir.

Katı oral doz ilaçların (tabletler ve kapsüller) uygulanmasını kolaylaştırmak ve uyumu artırmak için diğer bir faydalı strateji, doz uygulama yardımcılarının hazırlanmasıdır. Hizmet genellikle ilaçların veriliş zamanlarına uygun etiketlenerek yeniden paketlenmesinden ibarettir. Hizmet, hastalara ne zaman ilaç alacaklarını hatırlatan teknolojik yardımlarla desteklenebilir. Bu hizmet, bu gruptaki ülkelerin ve bölgelerin yarısından (%52) fazlasında eczaneler tarafından sunulmaktadır.

Şekil 18. BOH yönetimi ve tedavi optimizasyonu için serbest eczacılar tarafından sunulan hizmetler (n=60)



BOH hastalarını olabildiğince sağlıklı tutmak için, hastalık durumlarını yakından takip etmek ve durumlarını kontrol altında tutmaya katkıda bulunabilecek yaşam tarzı değişikliklerini yapmalarına destek olmak önemlidir. Çalışma örnekleminin bu alt kümesinde katılımcıların %47'sinde hastalık izleme hizmetleri bulunmaktadır.

Son olarak, protokole dayalı reçete tekrarı, aynı ilaçlarla uzun süreli tedavi alan hastaların ilaca erişimini kolaylaştıran bir hizmettir. Bir hastanın hastalık durumunun standart bir değerlendirmesinin ardından, hastanın doktorunu tekrar görmesi gerekmeden önce eczacının reçeteyi belirli bir sayıda yenileme yetkisi vardır. Bu hizmet sadece hastalar için değerli olmayıp, aynı zamanda reçetelerin yenilenmesi için pratisyen hekimlere yapılan ziyaretleri azaltarak sağlık sistemlerinin verimliliğine de katkıda bulunur. Bu hizmet daha az kullanılmaktadır (16 ülke; %27).

Tablo 14. BOH yönetimi ve tedavi optimizasyonu için serbest eczacılar tarafından sunulan hizmetler

Hizmet/faaliyet	Ülke ve bölge sayısı	BOH yönetimi faaliyeti bulunan katılımcı % (n=60)	Anket örneklemi % (n=70)	Hizmet/faaliyetin bulunduğu ülkeler.
Yeni ilaç hizmeti	28	47%	40%	Afganistan, Arjantin, Belçika, Benin, Brezilya, Kamerun, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Fiji, Büyük Britanya, Macaristan, Ürdün, Lübnan, Malta, Nepal, Hollanda, Norveç, Romanya, Slovenya, Güney Afrika, İsveç, İsviçre, Tanzanya, ABD, Zimbabve
İlaç kullanımı değerlendirilmesi	39	65%	56%	Afganistan, Avustralya, Benin, Brezilya, Kamerun, Kanada, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Finlandiya, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İsrail, Kenya, Lübnan, Malta, Nepal, Hollanda, Yeni Zelanda, Nijerya, Pakistan, Panama, Paraguay, Portekiz, Romanya, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD
Doz uygulama yardımcılarının hazırlanması	31	52%	44%	Afganistan, Avustralya, Belçika, Brezilya, Kamerun, Kanada, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, Mali, Malta, Nepal, Hollanda, Yeni Zelanda, Nijerya, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD
İlaç kullanımına dair sözlü veya yazılı öneri	56	93%	80%	Afganistan, Arnavutluk, Arjantin, Ermenistan, Avustralya, Belçika, Benin, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Çin Tayvan, Kolombiya, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, İngiltere, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İsrail, İtalya, Japonya, Ürdün, Kenya, Lübnan, Mali, Malta, Mauritius, Nepal, Hollanda, Yeni Zelanda, Nijerya, Pakistan, Panama, Paraguay, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD, Zimbabve
Hastalık yönetimi (izlem)	28	47%	40%	Avustralya, Belçika, Brezilya, Kamerun, Kanada, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Etiyopya, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, Malta, Yeni Zelanda, Nijerya, Panama, Paraguay, Portekiz, Romanya, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, Türkiye, ABD
Sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesine destek	43	72%	61%	Arnavutluk, Arjantin, Avustralya, Brezilya, Cabo Verde, Kamerun, Kanada, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ekvador, Etiyopya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Gana, Büyük Britanya, Macaristan, Endonezya, İrlanda, İtalya, Ürdün, Lübnan, Malta, Nepal, Yeni Zelanda, Nijerya, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Romanya, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Türkiye, ABD, Zimbabve
Protokole dayalı reçete tekrarı	16	27%	23%	Afganistan, Benin, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Lübnan, Malta, Mauritius, Hollanda, Pakistan, Slovenya, İspanya, İsveç, Tanzanya, ABD, Zimbabve

Tablo 15, bazı ülkelerde eczacıların BOH yönetimi ve farmasötik bakımdaki yükümlülükleriyle ilgili faaliyet ve kaynaklardan örnekler sunmaktadır.

Tablo 15. Eczacıların BOH tarama faaliyetlerindeki yükümlülüklerine dair, ülkelere özgü bilgi ve çevrimiçi kaynaklar

Ülke veya bölge	Tanım	Bağlantılar
Avustralya	Avustralya Eczacılar Loncası — 6. Serbest Eczane Anlaşması İlaça uyum programları ve ilaç yönetimi programları için kaynaklar	https://bit.ly/2YDbjlr
Brezilya	Tip 2 diyabet hastalarında farmasötik bakım programının yaşam kalitesi ve eczane hizmetlerinden duyulan memnuniyete etkisi	https://bit.ly/2K5p894
	Goiania, Goiás, Brezilya'daki Aile Sağlığı Stratejisi kapsamında hipertansif hastalara verilen farmasötik bakım	https://bit.ly/2U8r12t
	Persistan astımlı hastalarda farmasötik bakım: tedaviye uyumun değerlendirilmesi ve inhalasyon ilaçlarının kullanımı	https://bit.ly/2YFrBtT
Kanada	Kanada Eczacılar Birliği: Kanada'da eczacıların uygulama alanları	https://bit.ly/2nayW1P
	Ontario Sağlık Bakanlığı ve Uzun Süreli Bakım - MedsCheck programı Diyabetle yaşayan Ontario'lular için öneriler	https://bit.ly/2FORHbg
Fransa	Fransa'da, 2013 yılında, Sosyal Güvenlik Sistemi ve Serbest Eczacı Birlikleri arasında yapılan bir anlaşma, ilaç kullanımı optimizasyonuna yönelik farmasötik görüşmelerin değerli olduğunu kabul etmiştir. İlk hedef grup, K vitamini antagonistleri ile tedavi edilen hastalardır (eczacı ilaç dozunu ayarlamak için uluslararası normleştirilmiş oranı (INR) izledi); ikinci olarak, inhale kortikosteroidlerle tedavi edilen hastalara (astım için) yeni bir hizmet sunuldu. Eczacılar sundukları her hizmet için meslek hakkı almaktadır.	Yok
Almanya	Federal Alman Eczacılar Birliği — Eczacılar için kılavuz ve bakım desteği kaynakları	https://bit.ly/2mVEEZr
Büyük Britanya	Kraliyet Eczacılar Birliği'nin serbest eczane ağı	https://bit.ly/2V5Fhfz
Portekiz	Ulusal Eczacılar Birliği, astım için inhale kortikosteroidlerle tedavi edilen hastalara cihazı yeterli kullanmalarına yardımcı olacak bir hizmet bildirmiştir.	Yok
Spain	İspanya Genel Eczacılık Konseyi hastaneden taburcu olduktan sonra ilaç uzlaşısı hizmeti verildiğini bildirmiştir.	Yok
İsviçre	Siscare Projesi –Diyabetli hastalarda tedaviye uyumu artırmak için DT2	https://bit.ly/2TPeXVF
	TopPharm Pharmacies: Yüksek tansiyon için gözetim programı	https://bit.ly/2Up6WLS

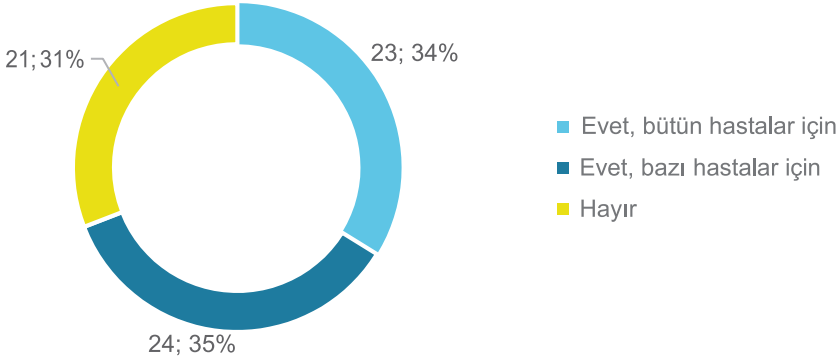
3.7 Hastanın sağlık kayıtlarına erişim

Elektronik sağlık kaydı (ESK), hasta sağlık verilerinin standart bir şekilde toplanmasını sağlar ve bunların hastaya bakım hizmeti sunan farklı sağlık mensuplarıyla paylaşılabilmesine olanak verir. Yaşamları boyunca, bireyler çeşitli bakım merkezlerinde çok sayıda pratisyen hekim ve tıp uzmanı, hemşire, eczacı ve diğer sağlık mensupları tarafından tedavi edilmektedir. Sağlık mensupları, bakım alanlarıyla ilgili verilere erişerek hastalara daha bilinçli bir şekilde yaklaşabilirler ki bu da, hasta güvenliği ve bakımın kalitesini artırır. Hasta bilgilerine erişmenin yanı sıra, her sağlık mensubu tarafından yapılan müdahalelerin ve oluşturulan verilerin kaydedilmesi ve bu kaydın tüm sağlık ekibine sunulabilmesi, hastanın ve sistemin yararına olabilecek işbirlikçi uygulamaları artırır. Müdahalelerdeki fazlalığı azaltarak ve hataları en aza indirerek, paylaşılan elektronik sağlık kayıtları hastalar ve sağlık sistemleri için tasarrufa ve bununla birlikte sürdürülebilirliklerine de katkıda bulunur. Bu, genellikle BOH'larda olduğu gibi, özellikle uzun süreli hastalığı olanlar için geçerlidir.

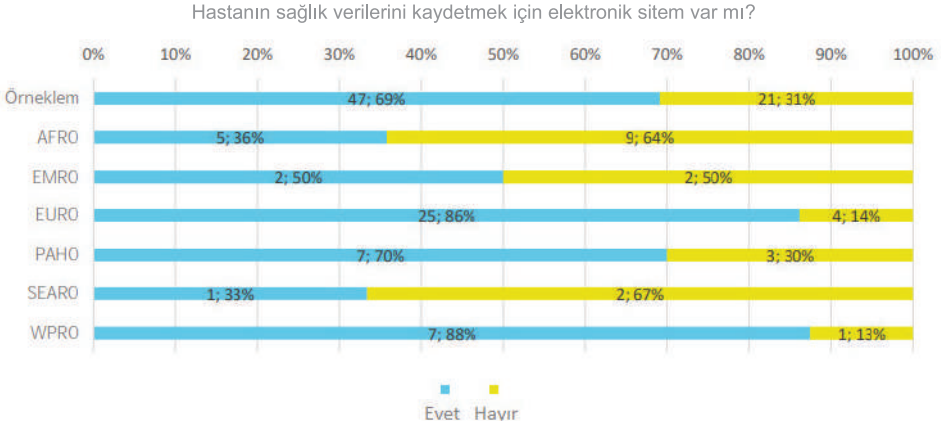
Ankette, katılımcı ülke ve bölgelerde ESK olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuçlar Şekil 19 (genel olarak), Şekil 20 (DSÖ bölgesine göre) ve Şekil 21'de (gelir seviyesine göre) sunulmaktadır. Çalışma örnekleminde, bu sistemler 47 ülke ve bölgede (%69) bulunurken, Batı Pasifik ve Avrupa bölgeleri sırasıyla %88 ve %86 uygulama oranlarıyla başı çekmektedir.

Şekil 21'de gösterildiği gibi, ESK sistemlerinin varlığı ulusal ekonomilerin ekonomik kapasitesine paralel olarak artmaktadır

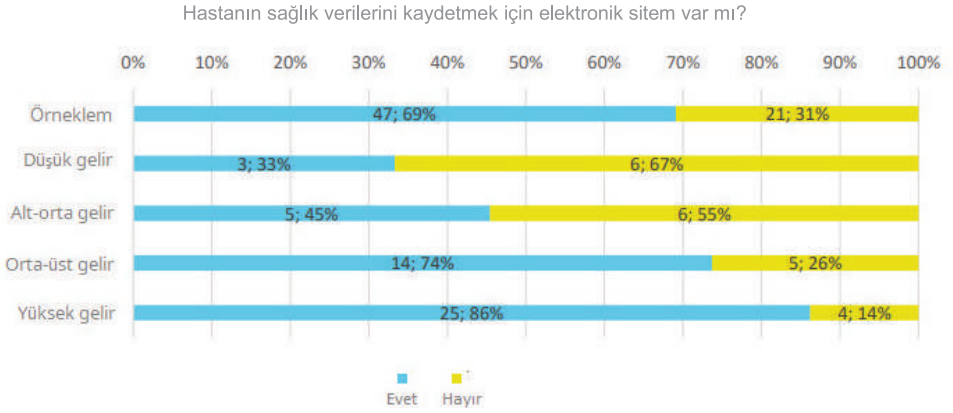
Şekil 19. Elektronik sağlık kaydının bulunması (n=68)



Şekil 20. DSÖ bölgesine göre elektronik sağlık kaydının bulunması (n=68)



Şekil 21. Gelir düzeyine göre, elektronik sağlık kaydının bulunması (n=68)



Tablo 16, çalışma örneklemindeki ülkelerle bölgelerin her biri için, ESK'nin bulunduğu yerler, kayıt tutmanın zorunlu olup olmadığı ve kayıtların ne kadar süreyle saklanması gerektiği hakkında bilgi vermektedir.

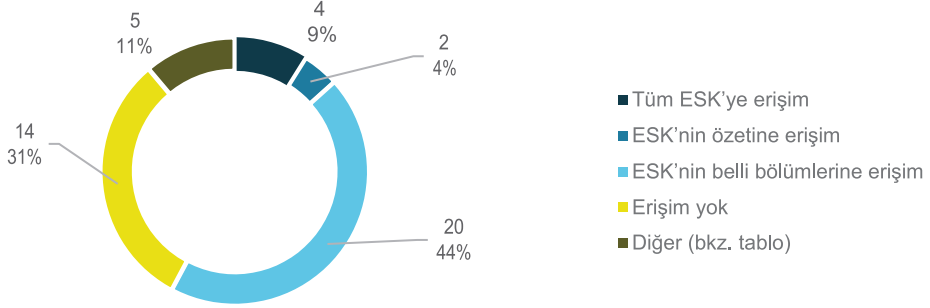
Tablo 16. Ülke veya bölgeye göre hasta sağlık kayıtlarının özellikleri (n=70)

Ülke veya bölge	ESK var mı?	Kayıt tutmak zorunlu mu yoksa isteğe mi bağlı?	Kayıtların ne kadar süreyle saklanması gerekiyor?
Afganistan	Hayır		
Arnavutluk	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	Serbest eczacıların geri ödeme sistemiyle sözleşmesi olduğu sürece
Arjantin	Hayır		
Ermenistan	Evet, bazı hastalar için		
Avustralya	Evet, bütün hastalar için	İsteğe bağlı	
Avusturya	Evet, bütün hastalar için	İsteğe bağlı	
Belçika	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	10 yıl
Benin	Hayır		
Brezilya	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Her kurum için değişiyor.
Cabo Verde	Hayır		
Kamerun	Hayır		
Kanada	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Kanada'da vilayete göre değişiyor ve bazı vilayetlerde bilgisayarda reçete kaydı/hasta profili dışında kayıt zorunluluğu yok.
Çin	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	Ayakta tedavi gören hastalar için: 15 yıl; hastanede yatan hastalar için: 30 yıl
Çin Tayvan	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	En az üç ay. PharmCloud sistemi Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında sunuluyor. Eczacılar hastanın diğer kurumlardaki son üç aylık tıbbi kayıtlarına erişebiliyor. Ancak yasalara göre, narkotik ilaçların reçetesi beş yıl ve diğerlerinin de üç yıl eczanede tutulması gerekiyor. Ulusal Sağlık Sigortası ve birçok kurum, çoğu elektronik olduğu için kayıtları uzun süre tutabiliyor
Kolombiya	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	
Kosta Rika	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Üç yıl
Hırvatistan	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	
Çek Cumhuriyeti	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	
Denmark	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	
Ekvador	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	10 yıl
Etiyopya	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	En az beş yıl, bilgi elektronik forma geçirildikten 10 yıl sonra atılıyor
Fiji	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Yasal bir bağılayıcılığı yok, bu yüzden elektronik kayıtlar sınırsız süre veya en azından kişinin hayatı boyunca tutuluyor.
Finlandiya	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	Hasta öldükten on iki yıl sonra
France	Evet, bütün hastalar için	İsteğe bağlı	Hasta eczacının kendisi hakkında farmasötik kayıt oluşturmasına izin verir, eczacı Farmasötik Kaydı güncellemek zorundadır. Saklama süresi: ESK: 10 yıl; tıbbi ürünler: dört ay; biyolojik tıbbi ürünler: üç yıl; aşılar: 21 yıl.
Almanya	Hayır		
Gana	Hayır	İsteğe bağlı	
Büyük Britanya	Evet, bütün hastalar için		
Macaristan	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	Tıbbi bilginin türüne göre değişiklik gösteriyor.
İzlanda	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	Belirtilmemiş

Hindistan	Hayır		
Endonezya	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	Hastanede yatan hastalar için beş yıl ve başka tedavileri olup hastanede yatan hastalar için 10 yıl
İran	Bilgi yok		
İrlanda	Hayır		
İsrail	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	7 yıl
İtalya	Evet, bütün hastalar için	İsteğe bağlı	Kayıtların sınırsız bir süre için Hasta Sağlık Arşivinde (Fascicolo Sanitario Elettronico) tutulması gerekiyor.
Japonya	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Son yazılan tarihten sonra üç yıl
Ürdün	Evet, bazı hastalar için		
Kenya	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	
Lübnan	Hayır		
Makedonya	Hayır		
Mali	Hayır		
Malta	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	
Mauritius	Hayır	Zorunlu	10 yıl
Karadağ	Evet, bütün hastalar için		
Nepal	Hayır		
Hollanda	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	Onbeş yıl veya bakım sağlamak için gerektiği sürece
Yeni Zelanda	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	
Nijerya	Hayır	İsteğe bağlı	5 yıl
Norveç	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	10 yıl
Umman	Bilgi yok		
Pakistan	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	10 yıl
Panama	Hayır	İsteğe bağlı	Belirtilmemiş
Paraguay	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	5 yıl
Filipinler	Hayır	Zorunlu	2 yıl
Portekiz	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Portekiz eczanelerinin çoğunluğu için yazılım kayıtları sınırsız süre tutulabilir.
Romanya	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	5 yıl
Rusya Federasyonu	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Bilginin türüne bağlı olarak beş ila 25 yıl
Ruanda	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	
Sierra Leone	Hayır	İsteğe bağlı	
Singapur	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	İki yıl
Slovenia	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	Birkaç yıl
Güney Afrika	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	5 yıl
İspanya	Evet, bütün hastalar için		
İsveç	Evet, bütün hastalar için	İsteğe bağlı	
İsviçre	Hayır		
Tanzanya	Hayır	Zorunlu	Hastanın hayatı boyunca
Türkiye	Evet, bütün hastalar için	Zorunlu	
Uruguay	Hayır		
ABD	Evet, bazı hastalar için	İsteğe bağlı	Değişiyor
Zimbabve	Evet, bazı hastalar için	Zorunlu	Reçete hazırlıkları için beş yıl

Ankette ESK sistemine sahip olan ülkeler ve bölgeler arasında serbest eczacıların bu tür kayıtlara erişim düzeyi sorulmuştur. Sistemleri kullanan 47 ülkeden 45'i erişim düzeyinden bahsetmiştir. Sonuçlar Şekil 22 ve Tablo 17'de sunulmuştur

Şekil 22. Serbest eczacıların ESK'ye erişim düzeyi (okuma hakkı) (n=45)

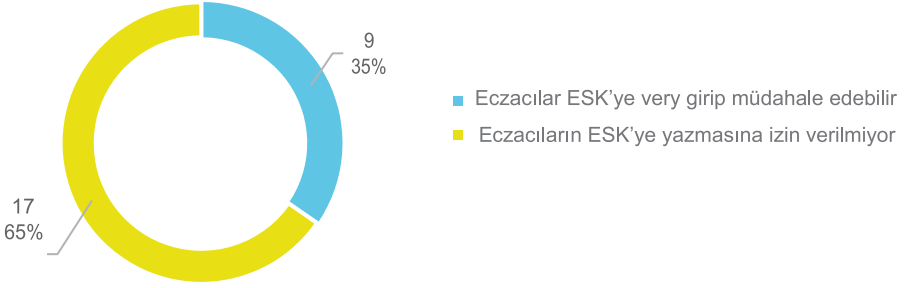


Tablo 17. Serbest eczacıların ESK'ye erişimiyle ilgili özel durumlar

Ülke veya bölge	Tanım
Kanada	Vilayete göre büyük ölçüde değişmektedir. Birçok vilayetin elektronik sağlık kaydına erişimi yoktur.
İtalya	Farmasötik kayıtlar şu anda, serbest eczacıların hastanın ilaç kayıtlarına erişebileceği yerlerde tutulmaktadır. Hem reçeteli hem de reçetesiz ilaçlar için muhtemelen ilaç geçmişiyle ilgili olacak spesifik uygulamanın detayları hakkında halen bir bakanlık kararı beklenmektedir.
Ürdün	Hastanın sağlık kaydı sadece devlet kurumlarında bulunmaktadır
Ruanda	Verilere talep üzerine erişilebilir
Güney Afrika	Eczacı sadece belli bir eczanede veya eczane grubunda kayıtlı olan hasta kayıtlarını görebilir.
Katılımcıların gözlemleri "ESK'nin belli bölümlerine erişim" başlığı altında verilmiştir.	
Arnavutluk	Eczacıların geri ödeme sistemine dayanarak karşılaştıkları her hasta için sadece elektronik reçetede kayıtlara erişimi vardır. Geri ödeme sisteminden elektronik reçete kullanımı, Arnavutluk'ta sadece bazı bölgelerde erişilebilen yeni bir uygulamadır.
Çin Tayvan	Eczacıların sadece reçeteli ilaçları yazma hakkı vardır
Finlandiya	Sadece reçete kayıtlarına erişim
Fransa	Fransa'da, ilaç kaydı Elektronik Tıbbi Kayıt (ETK) ile birleşik değildir. Bu yüzden, her iki sağlık kaydı da birlikte mevcuttur, biri tıp doktorları ve diğeri de eczacılar içindir.
Macaristan	Eczacıların sadece hastalık öyküsüne erişim hakkı vardır.
Karadağ	Eczacılar sadece reçete edilen ilaçların tedavi kaydını görebilir.
ABD	Bu haklar sınırlıdır ve yaygın değildir.

Anket serbest eczanelerin ESK'nin bir kısmını veya tam içeriğini okuma erişimi olan ülkeler ve bölgeler için (22 katılımcı), eczacıların müdahalelerini ve hastalık tarama bulgularını ESK'ye kaydetme oranlarını araştırmıştır. Detay için Şekil 23, Şekil 24 ve Tablo 18'e bakınız.

Şekil 23. Eczacıların ESK'ye erişim düzeyi (yazma hakkı) (n=22)



Şekil 24. Serbest eczacıların ESK'ye okuma ve yazma erişimi (n=22)



Tablo 18. Ükelere göre eczacıların ESK'ye erişimi (okuma ve yazma) (n=47)

Erişim düzeyi	Sadece okuma erişimi	Okuma ve yazma erişimi
Tam ESK'ye erişim	Singapur	Brezilya, Hollanda, İsveç
ESK'nin özetine erişim	Büyük Britanya	Japonya
ESK'nin belli bölümlerine erişim	Arnavutluk, Avusturya, Çin Tayvan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Macaristan, İsrail, Malta, Karadağ, Yeni Zelanda, Portekiz, Türkiye, ABD	Avustralya, Belçika, Kosta Rika, Ekvator, Fransa
Diğer (bkz. Tablo 17)	Kanada, İtalya, Ürdün, Ruanda, Güney Afrika	
Eczacıların ESK'ye erişim düzeyi hakkında bilgi yok	Pakistan, Slovenya	
ESK'e erişim yok	Ermenistan, Çin, Kolombiya, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, İzlanda, Endonezya, Kenya, Norveç, Paraguay, Romanya, Rusya Federasyonu, İspanya, Zimbabve	

ESK bulunan ülkeler ve bölgeler arasında, bu kayıtlar, farklı sağlık çalışanları ve hastaların kendileri tarafından erişilebilecek farklı hasta verilerini içerebilir. Tablo 19, ESK'deki her bir içerik türüne sahip ülkeler hakkında genel bir fikir vermektedir.

Tablo 19. ESK'de kayıtlı hasta bilgisi türü (n=47)

Hasta bilgisi türü	Ülke ve bölge sayısı	ESK'si olanların %'si	Bilginin ESK'nin parçası olduğu ülkeler
İdari veriler (demografik, nüfusa kayıtlı olduğu yer, hastaneye yatış, taburcu, ve nakil verileri)	29	62%	Arnavutluk, Avusturya, Çin, Kolombiya, Kosta Rika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, İzlanda, Endonezya, İtalya, Kenya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Romanya, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, Türkiye, ABD
Sağlık ve hastalık verileri	28	60%	Arnavutluk, Avusturya, Brezilya, Çin, Kolombiya, Kosta Rika, Hırvatistan, Danimarka, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Macaristan, İzlanda, Endonezya, İtalya, Kenya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, İsveç, ABD
Alerji/intolerans	27	57%	Brezilya, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Ekvador, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, İzlanda, Endonezya, İtalya, Japonya, Kenya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, Güney Afrika, ABD
Reçeteli ilaç öyküsü	36	77%	Avustralya, Avusturya, Belçika, Brezilya, Çin, Çin Tayvan, Kosta Rika, Hırvatistan, Danimarka, Ekvador, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Büyük Britanya, Macaristan, İzlanda, Endonezya, İsrail, Japonya, Kenya, Malta, Karadağ, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, Slovenya, Güney Afrika, Türkiye, ABD
Reçetesiz ilaç öyküsü	16	34%	Belçika, Brezilya, Çin, Kosta Rika, Etiyopya, Fransa, Japonya, Kenya, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Portekiz, Rusya Federasyonu, Ruanda, Güney Afrika, ABD
Laboratuvar sonuçları	25	53%	Avustralya, Avusturya, Brezilya, Çin Tayvan, Kosta Rika, Danimarka, Etiyopya, Fiji, Finlandiya, Fransa, Macaristan, İzlanda, Endonezya, İtalya, Kenya, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Pakistan, Paraguay, Portekiz, Rusya Federasyonu, Ruanda, Singapur, ABD
ESK içeriği hakkında bilgi yok	5		Ermenistan, Kanada, Ürdün, İspanya, Zimbabve

Buna ek olarak, bazı katılımcılar tarafından aşağıdaki gözlemler yapılmıştır:

- Kanada ESK içeriğinin vilayete göre değiştiğini ve bazı vilayetlerde hiç olmadığını belirtmiştir. Genel olarak bazı eczacıların çok sınırlı erişimi vardır.
- Finlandiya reçete kaydı dışında ESK içeriklerinin genellikle serbest eczacıların erişimine açık olmadığını belirtmiştir.
- İsrail getirilen yeni bir yasayla eczacılarla daha fazla bilgi paylaşılacağını belirtmiştir.
- Portekiz belirtilen bütün hasta bilgisi türlerine ek olarak eczane hizmetlerinin de ESK'de tutulduğunu bildirmiştir.
- Güney Afrika sadece serbest eczanede veya bir grup eczanede kaydedilen bilginin bulunduğunu bildirmiştir.
- Zimbabve hastaların sağlık kayıtlarına veri girişinin elle yapıldığını bildirmiştir. Elektronik veri kayıtlarının bazı hastanelerde bulunduğunu ama eczacıların erişimine açık olmadığını bildirmiştir.

3.8 Eczacı işgücünün BOH'larla ilgili rolleri hakkında eğitilmesi

Önceki bölümlerde açıklanan hizmetleri sunabilmek için, eczane işgücünün eğitim ve öğretim yoluyla uygun yetkinliği (bilgi, beceri, tutum ve davranışlar) kazanması gerekmektedir. Ankette, eczacıların, ilgili hastalık alanlarından herhangi birinde bu tür hizmetleri sunabilmeleri için ne kadar resmi bir eğitim aldıkları ve yeterlilik gelişimlerinin hangi aşamada olduğu araştırılmıştır.

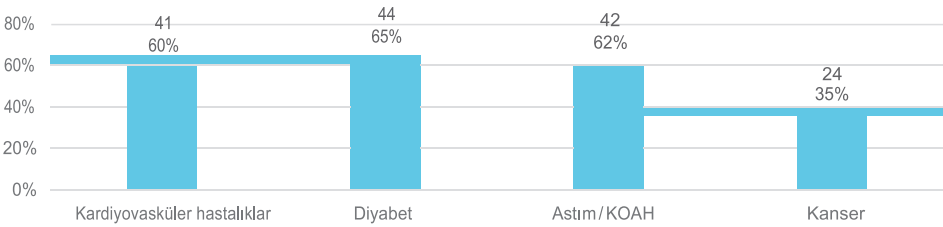
68 katılımcıdan 48'i (%71) eczacıların, özellikle BOH'lara (kardiyovasküler hastalıklar; diyabet; astım/KOAH ve/veya kanser) odaklanan farmasötik bakım konusunda resmi eğitim aldığını belirtmiştir. Beş ülkeden yaklaşık birinde eczacıların bu alanda resmi eğitim almadıkları gerçeği endişe vericidir ve işgücü gelişimi açısından ihtiyaç duyulan bir alana işaret etmektedir.

Ankette, eczacıların hangi aşamada (lisans ve/veya lisansüstü) BOH yönetimiyle ilgili resmi eğitim aldıkları ve ayrıca böyle bir eğitimin zorunlu olup olmadığı araştırılmıştır. Ancak, anket tasarımındaki bir problem, bu soruların yorumunda ve cevaplarında belirsizlik yarattığı için cevaplar kesin olarak analiz edilememiştir. Bu nedenle, bu iki soru raporun dışında tutulmuştur.

Şekil 25'te görülebileceği gibi, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve astım/KOAH için farmasötik bakım eğitimi, 68 katılımcının (BOH bakımıyla ilgili resmi eğitimi olmayan 20 ülkeyi kapsamaktadır) yaklaşık %60-65'inde mevcuttur.

Bununla birlikte, kanser eczacıların eğitiminde çok daha az (katılımcıların %35'i) yer almaktadır. Eğer eczacılar, toplumda kanser hastalarının ilaçlarını en iyi şekilde kullanabilmelerine daha fazla destek olacaklarsa, kanser konusunda eğitimi artırmak oldukça önemlidir.

Şekil 25. Eczacıların farmasötik bakım açısından resmi eğitim aldığı hastalık alanları (n=68)



3.9 Serbest eczacıların BOH yönetimine katılımlarının önündeki kısıtlılıklar ve engeller

Bu raporun önceki bölümleri, eczacıların önleme, tarama, yönlendirme, hastalık yönetimi ve tedavi optimizasyonu gibi BOH bakımı ve yönetimi aşamalarında toplumda çeşitli önemli roller oynadığını göstermektedir. Bu rollerin genişletilmesi ve güçlendirilmesi, sağlık sistemlerinin verimliliğini ve sürdürülebilirliğini artırmak açısından önemlidir. Bu nedenle, ankette serbest eczacıların ve kuruluşların BOH yönetimi stratejilerine katılımlarını sınırladığı düşünülen kısıtlılıklar veya engeller araştırılmıştır. Altmış beş katılımcı başlıca engeller ve kısıtlılıklar hakkında ayrıntılı bilgi vermiştir. Bir araya getirilen sonuçlar Şekil 26'da sunulmuştur.

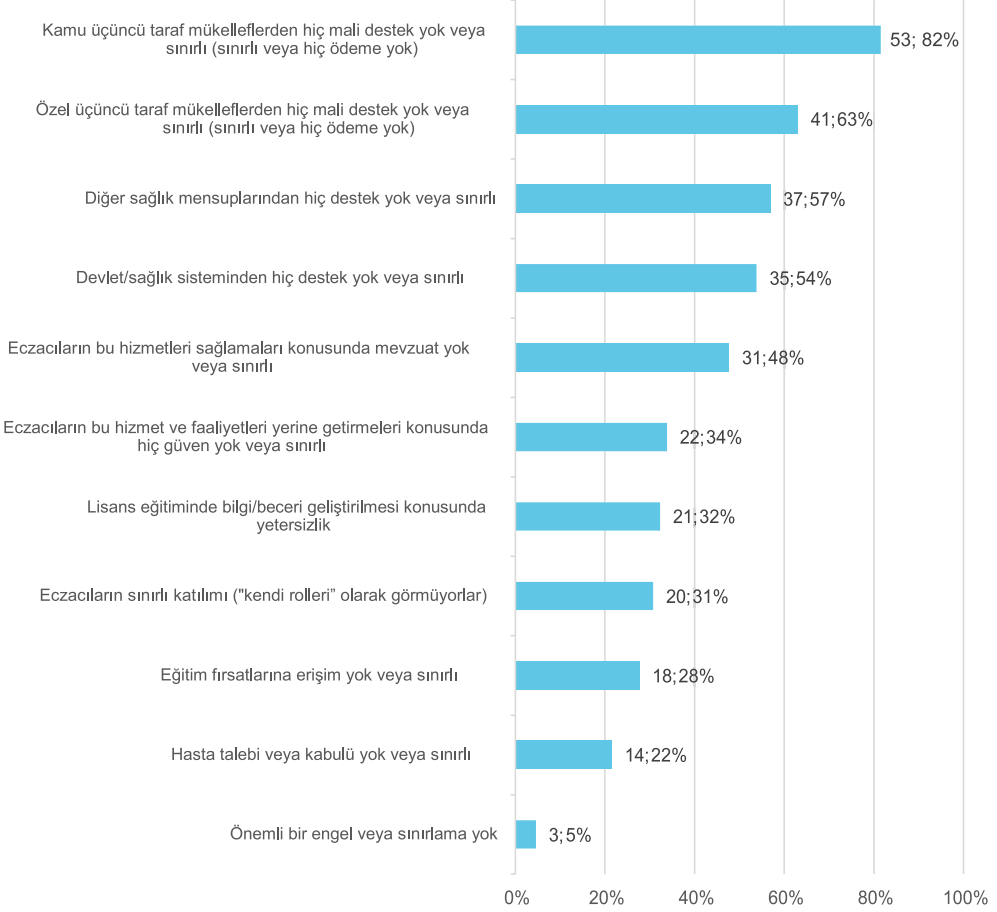
Şekil 26'da belirtildiği gibi, eczacıların BOH yönetimindeki hizmetlerinin genişletilmesinde en büyük engel, halk sağlığı sistemlerinden (53 katılımcı; %82) veya özel üçüncü taraf ödeyicilerden (%63) uygun finansal destek veya meslek hakkı alınamamasıdır. Serbest eczacıların müdahaleleri sadece zaman, uzmanlık bilgisi ve beceri gerektirmekle kalmayıp aynı zamanda sağlık sistemleri için tasarruf da sağlamaktadır. Bu nedenle, bu hizmetlerin zaman içindeki gelişimini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için üçüncü taraf ödeyiciler tarafından uygun bir meslek hakkı verilmesi makul gözükmemektedir.

Yaygın kısıtlılıklar veya engellerden biri de, diğer sağlık mensupları ve sağlık otoriteleri tarafından (sırasıyla % 57 ve% 54) yeterince kabul görmemesi ve desteklenmemesidir. Aynı hastayla ilgilenen sağlık ekiplerinde işbirlikçi uygulamaların özendirilmesi, optimum sonuçların elde edilmesi için kritik bir öneme sahiptir. Eczacı müdahalelerinin önemine dair kanıtların oluşturulması ve diğer sağlık mensuplarıyla ve politikacılarla paylaşılması, eczacıların tanınmaları ve desteklenmeleri açısından önemlidir.

Veriler, eczacıların bu hizmetleri sağlama konusundaki bilgi, beceri veya özgüvenleri ile ilgili kısıtlılıkların en önemli engeller arasında olmadığını ve bu nedenle de, eczacıların bu tür rolleri benimseme konusunda kendilerini yeterince hazır hissettiklerini göstermektedir. Ayrıca yetersiz hasta talebi, en az bildirilen kısıtlılık olmuştur, bu da hastaların bu tür müdahalelerin önemini algıladığını göstermektedir.

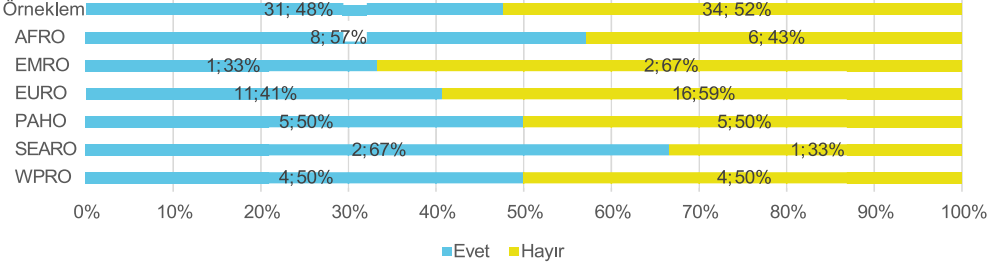
Üç ülke (Büyük Britanya, Mauritius ve Ruanda), serbest eczacıların BOH stratejilerine katılımında önemli bir engel veya sınırlama olmadığını bildirmiştir.

Şekil 26. Serbest eczacıların BOH stratejilerinde katılımı önündeki engeller veya kısıtlılıklar (n=65)



Eczacıların bu hizmetleri sağlamasına izin veren yasal bir düzenlemenin olmaması veya sınırlı olması bakımından, DSÖ bölgelerine göre yapılan analiz sonuçları, kısıtlılıkların en çok Güneydoğu Asya (%67) ve Afrika (%57) bölgelerinde yaygın olduğunu; ancak Doğu Akdeniz (%33) ve Avrupa (%41) bölgelerinde o kadar önemli olmadığını göstermiştir. Ayrıntılar için Şekil 27'ye bakınız.

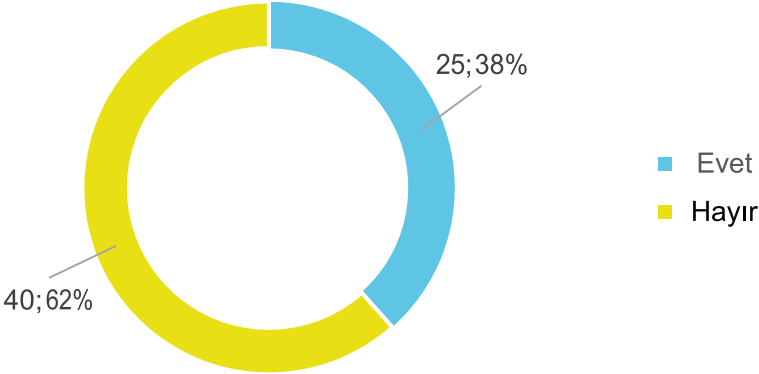
Şekil 27. Eczacıların BOH stratejilerine katılımına izin veren yasal mevzuat bulunmaması veya sınırlı olması (n=65)



3.10 Destekleyici teknolojilerin kullanılması

Serbest eczacıların BOH'larla ilgili rollerini (önleme, tarama, yönlendirme ve hastalık yönetimi/tedavi takibi) destekleyebilecek bilgisayar sistemleri, cihazlar, mobil uygulamalar, metin mesajlaşma sistemleri, akıllı teknolojiler gibi herhangi bir özel teknolojinin bulunup bulunmadığı sorulduğunda katılımcıların %62'si, Şekil 28'de gösterildiği üzere, bu tür teknolojilerin mevcut olmadığını belirtmiştir. Mevcut teknolojilerin ayrıntıları için Tablo 20'ye bakınız.

Şekil 28. BOH'larla ilgili rollerinde serbest eczacıları destekleyen teknolojilerin bulunması (n=65)



Tablo 20. BOH'larla ilgili rollerinde serbest eczacıları destekleyen mevcut teknolojiler

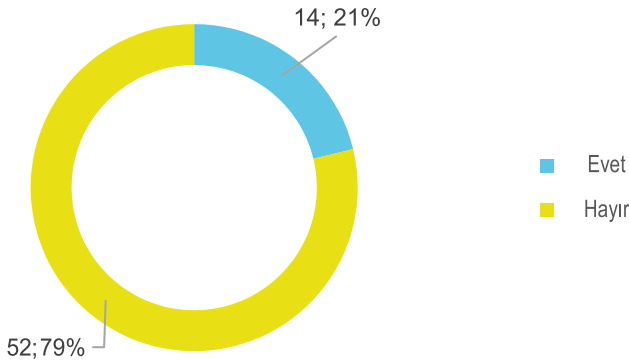
Ülke veya bölge	Mevcut teknoloji çeşidi	Bağlantılar
Avustralya	GuildCare elektronik kayıt ve raporlama	https://bit.ly/2Vc7xNt
Belçika	Ortak Farmasötik Kayıtlar	https://bit.ly/2FFMP1Z
Brezilya	Brezilya Federal Eczacılar Konseyi tarafından oluşturulan "Registre" —Farmasötik Hizmetler Kaydı- adı verilen bir bilgisayar sistemi vardır. Brezilya Eczacılar Birliği gibi özel kuruluşlar tarafından oluşturulmuş başka bilgisayar sistemleri de vardır	https://bit.ly/2TNVDb9
Fransa	Sağlık mensuplarıyla —hekimler (pratisyen hekimler, uzmanlar), hemşireler, eczacılar vb.- sınırlı olan güvenli mesajlaşma ağı, ilaç hazırlamayı desteklemek için yazılım	https://bit.ly/2UayAwb
İspanya	Eczacıların klinik rollerini (ilaç tedavisine uyum, farmakoterapik takip, taburculuk anında ilaç uzlaşısı vb.) kolaylaştırmak için eczacılık fakülteleri ve Genel Eczacılık Konseyi tarafından geliştirilen araçlar vardır	https://bit.ly/2dqbTkQ https://bit.ly/2JSSbfb

3.11 BOH'lara yönelik mesleki politika

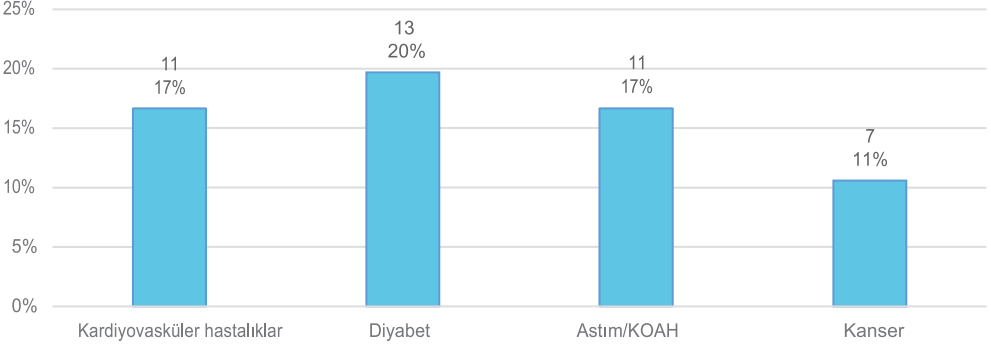
Ankette son olarak, katılımcı kuruluşların eczacıların BOH'lardaki rolü hakkında politika beyanı veya görüş belgesi olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların yaklaşık %80'i bu tür destek araçlarının henüz geliştirilmediğini belirtmiştir (genel rakamlar için Şekil 29'a ve detaylar için Tablo 21'e bakınız). Sonuçlar, bu alanda eczacıların gelişmiş rolünü savunan ulusal örgütleri destekleyebilecek uluslararası bir beyan hazırlanmasında FIP'in öncülüğünün önemini göstermektedir.

Şekil 29. Serbest eczacıların BOH'lardaki rolü konusunda FIP üyesi kuruluşların özel beyanları/görüş belgelerinin bulunması (n=66)

Hastalık alanına göre düşünüldüğünde, en yaygın olan, eczacıların diyabet yönetimindeki rolü hakkındaki politika beyanlarıdır (13 katılımcı; % 20), bunu 11 ülke veya bölgede kardiyovasküler hastalıklar ve astım/KOAH takip etmektedir.



Şekil 30. Hastalık alanına göre, serbest eczacıların BOH'lardaki rolü konusunda FIP üyesi kuruluşların özel beyanları/görüş belgelerinin bulunması (n=66)



Tablo 21. Serbest eczacıların BOH'lardaki rolü konusunda FIP üyesi kuruluşların özel beyan/görüş belgelerinin bulunması

Ülke veya bölge	Politika ayrıntıları
Avustralya	https://bit.ly/2pF7yu4
Kanada	https://bit.ly/2CQqTAC
Almanya	https://bit.ly/2WCPn8
Büyük Britanya	RPS Uzun Dönem Hastalığa Sahip Olanlarda Bakımın İyileştirilmesi Politikası https://bit.ly/2WK48Gn
Rusya Federasyonu	Moskova Eczacılar Cemiyeti (çevrimiçi olmayan) BOH'larla ve eczacıların bu tür hastalıklardaki rolleriyle ilgili olarak farklı düzeylerde ve platformlarda (parlamento dahil) bazı makaleler yazmış, monograf ve sözlü sunumlar yapmıştır ama görüş belgesi hazırlanamamıştır.
Slovenya	Slovenya Eczacılar Odası: www.lek-zbor.si
Güney Afrika	Güney Afrika Eczacılar Cemiyeti FIP'in ülke için özel beyanını/politika belgelerini kabul etmektedir.
ABD	https://bit.ly/2CD5JWK Amerika Eczacılar Birliği'nin politikaları ve uygulamalarıyla ilgili kaynaklar için https://bit.ly/1MU052C adresini ziyaret edin
Zimbabve	Eczacılar Cemiyeti eczacıların rolü üzerine FIP beyanlarına abonedir; ancak bunları her zaman uygulanmamaktadır veya yasalara tabi olmadığı sürece icra etmesi kolay değildir.

3.12 Ek gözlemler

Tablo 22. Katılımcıların ek yorumları ve gözlemleri

Ülke veya bölge	Gözlemler
Afganistan	Afganistan'da eczacılar BOH önleme faaliyetlerine katılmamaktadır
Arnavutluk	Arnavutluk'taki ilaç ve Fharmasötik Hizmetler Yasası serbest eczanelerde sunulan tansiyon ölçümü, kan glukozu değerlendirilmesi ve beden kitle indeksi ölçümü gibi bazı hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler isteyen herkes için serbest eczanelerde verilmektedir ama eczacıların kayıt tutması veya bu hastaları takip etmesini zorunlu kılan bir düzenleme veya elektronik sistemden söz edilmemektedir. Bazı eczacılar bu kayıtları tuttuklarında herhangi bir kuruma bildirmezler, bu yüzden bu bilgiye erişemiyoruz ve bildiğimiz kadarıyla ülkemizde bu bilgiyi kaydetmek için kullanıcıları özel bir elektronik sistem yoktur.
Brezilya	Brezilya'da, eczacıların BOH'ların önlenmesi, taranması, hastaların yönlendirilmesi veya tedavi takibindeki rolü nispeten yeni bir adımdır. Üniversitelerde başlayıp kamu ve özel eczaneler ve hastaneler aracılığıyla ilerlemektedir. Örgütümüz olan Brezilya Federal Eczacılık Konseyi, eczacılık hizmetlerinde mesleki kurallarla ilgili genel bir beyana sahipken, bu konular üzerinde belirli bir pozisyona sahip değildir.
Kamerun	BOH'ların önlenmesinin önündeki en büyük zorluklardan biri serbest eczacıların bu konulara daha iyi bir katılım sağlamasıdır Bu da, daha fazla eğitim, hasta kayıtları aracılığıyla bilgiye erişim, farmasötik kaydın oluşturulması ve diğer sağlık mensuplarıyla işbirliğinin artırılmasını gerektirir.
Kanada	Kanada Konferans Kurulu, Kanadalı Eczacılar Birliği adına bu çalışma ile ilgili kısa süre önce bir çalışma yapmıştır: https://bit.ly/2WCGPOn Belgede aşağıdakiler vurgulanmıştır: Eczane hizmetlerinin kapsamı, son yıllarda Kanada'daki birçok yetkili bölgede genişlemiştir. Her vilayet ve bölge, bu değişiklikleri daha iyi optimize etmek için farklı bir yaklaşım izlemektedir. Bu raporda, şu anda bir serbest eczane ortamında verilen ve genişletilme potansiyeline sahip üç hizmetin sağlık ve ekonomi üzerindeki etkilerini ortaya koyabilecek bir modelleme çalışması gösterilmektedir: sigara bırakma, kardiyovasküler hastalıklar için ileri ilaç değerlendirmesi ve yönetim ve pnömokok aşılması. 20 yıllık tahmini süreçte, bu hizmetlerin genişletilmesinin tahmini ekonomik değeri 2,5 milyar CAD ile 25,7 milyar CAD arasında değişmektedir. Ayrıca orta ve uzun vadede her üç hizmet için de büyük bir yatırım getirisi bekliyoruz.
Kolombiya	Eczacıların Kolombiya'daki serbest eczanelerde bu tür hizmetlere katılımı çok düşüktür ve katıldıklarında da, çoğunlukla ticari bir rol üstlenirler ve farmasötik bakım hizmetlerini uygulamazlar.
Ekvator	Eczacılar haftada sadece birkaç saat boyunca serbest eczanelerde kalırlar, çünkü tam gün orada bulunmaları konusunda yasal bir zorunluluk yoktur. Kanun değişmediği sürece eczacıların BOH'larla ilgili rolü zayıf olacaktır.
Etiyopya	Temel olarak, eczacılar ülkedeki sağlığı teşvik etme ve geliştirme ve hastalıkları önleme çalışmalarına katılma konusunda serbestirler. Ayrıca, ilaç hazırlama ve dağıtımında da tam haklara sahiptir. Tarama ve takip hekimler/klinisyenler ile sınırlandırılmıştır.
Fiji	Fiji'deki eczacılar BOH'ların önlenmesinde ve yönetiminde önemli bir rol oynayabilir. Ancak, devlet taahhüdü olmaması yüzünden, bununla ilgili herhangi bir politika yoktur. Bununla birlikte, eczacılar potansiyel diyabet vakalarını ve kardiyovasküler hastalık vakalarını tarayıp (gerekten varsa onu yaparak) ileri tetkikler için hastaları doktora yönlendirmektedir.
Finlandiya	Bu çalışmada eczacıların ve serbest eczanelerin rolü hastaların ve toplumun yararına olacak şekilde artırılmalıdır.
Hindistan	Hindistan'da başlangıç aşamasındadır. Hindistan Eczacılar Birliği bu rolü mümkün olduğunca desteklemeye çalışmaktadır. Hindistan Kanseri Derneği ile işbirliği yaparak bir eyalette (Maharashtra) kanser eğitimini başlattık. Ulusal Tüberküloz programında olduğu gibi, eczacıları da BOH'lar ulusal sağlık programına dahil etmeleri için Sağlık Bakanlığı ile görüşme halindeyiz.
Endonezya	Endonezya Eczacılar Birliği'nin BOH'lar konusunda bir sürekli mesleki gelişim programı ve OSCE (nesnel yapılandırılmış klinik sınav) yöntemlerini kullanan yeniden sertifikalandırma sınavı vardır. BOH'larla ilgili konu başlıkları genellikle sınav materyallerinde yer almaktadır. Birlik, Sağlık Bakanlığı eczane hizmetleri müdürü ile işbirliği halinde eczacıları başta diyabet ve hipertansiyon (Endonezya'da en çok görülen birinci ve ikinci hastalık) olmak üzere birçok konuda eğitmek üzere Gema Cemat adlı bir programa sahiptir. Birlik aynı zamanda serbest eczacılar için ilaç kullanımı, depolanması, imhası vb. konularında DAGUSIBU adlı bir programa sahiptir.

Ülke veya bölge	Gözlemler
İsrail	Eczacının danışmanlık yapmasını gerektiren bir yasayı onaylama sürecindeyiz. Zaman geçtikçe çok şey değişecek. Şu anda, ödeme yetersizliğinden dolayı yavaş ilerlemektedir, ancak değişiklik olacağına dair bazı işaretler vardır ve Birliğimiz, eczacı danışmanlığının avantajını görmeleri için Bakım Yönetimi Kuruluşlarını cesaretlendirecek bir çalışma programı yapmaktadır.
İtalya	Çalışma Merkezimiz şimdi BOH'ar hakkında bir görüş belgesi üzerinde çalışmaktadır.
Japonya	Eczacılar, doktorlar ve hastalar çeşitli BOH'lara katılımın gerekliliğini tam olarak anlamalı ve bunlara karşı önlem almalıdırlar.
Kenya	Eczacılar, BOH'ların önlenmesinde ve yönetiminde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için ortak bir strateji konusunda birazcık rehberlik ve eğitim desteğiyle, hizmet sunabilecek durumdadır. Eczacılıkla ilgili derneklerin bunu, eczacıların yapabilmelerine imkan veren bir standard haline getirmeleri gerekir..
Mauritius	BOH & Sağlığın Özendirilmesi Biriminin başlıca faaliyetleri: 1. İşyerlerinde ve toplumda tarama : (a) BOH'lar — diyabet, hipertansiyon, obezite ve görme. (b) 30 ila 60 yaş arasında evli/cinsel olarak aktif kadınlar için meme ve rahim ağzı kanseri 2. Tarama Ortaokul öğrencileri için Okul Sağlığı Programları Ortaokul Form III ve IV altı öğrencileri için School Health 3. Tarama Yükseköğretim öğrencileri için Okul Sağlığı Programları Endüstri meslek eğitim kurulumdaki ve yükseköğretim öğrencileri 4. Güçlendirme programları: (a) Toplum liderlerinin eğitimi (b) Ev kadınlarının Beslenme & Sağlıklı Yaşam Tarzı konusunda eğitilmesi (c) Chikungunya ve Dengue gibi yeni ortaya çıkan viral hastalıklarla baş etmek için eğitim. 5. Fiziksel Aktivite: Kadınlar, yaşlılar ve genel olarak halk için fiziksel aktiviteler düzenlenmesi (yoga, aerobik, fiziksel egzersiz). 6. BOH'lar ve risk faktörleri konusunda sohbet programları düzenlenmesi: İnsanların BOH'lar, fiziksel aktivite, yemek pişirme teknikleri, sigara, alkol, yaşam tarzı yönetimi hakkındaki sohbet programlarına katılmalarının teşvik edilmesi. 7. Toplumsal seferberlik ve toplumun katılımı: (a) Yerel sağlık komisyonları kurulması. (b) Toplum liderleriyle düzenli toplantılar düzenlenmesi. (c) Toplumun katılımının sağlanması. 8. Araştırma çalışmaları: Ulusal düzeyde anketler/çalışmalar yürütülmektedir.
Dağlık Karabağ	Astım hakkında bir şeyler yapmaya çalıştık ve sigarayı bırakma hakkında bir şeyler yapmak istedik; ancak Sağlık Yasamız "klasik" ilaç aktiviteleri (eczane laboratuvarında ilaçların ve bileşiklerin hazırlaması) dışında eczanede herhangi bir etkinliği desteklememektedir
Nepal	Nepal'in ulusal sağlık politikası (1991) daha önce anne ve bebek ölümlerinin azaltılması gibi konulara odaklanmıştı. O zamanlar, ölümlerin çoğunluğu ishal, kolera, viral ateş gibi bulaşıcı ve kolayca önenebilir olan hastalıklardan kaynaklanıyordu. Ayrıca yaşam süresi de oldukça kısaydı. Sağlık politikasının uygulanmasından sonra, bu göstergelerde önemli bir ilerleme kaydedilmiştir. Mevcut sağlık politikası (2015), bu hastalıklara ek olarak BOH'lara da odaklanmıştır. Ancak eczacılık mesleğinin geçmişi burada oldukça yenidir ve sağlık politikasında çok fazla söz edilmez. İnsanlar eczacıların sağlık sektöründeki rolünü daha yeni anlamaya başladılar. Bu yüzden eczacılara da böyle roller kazandırmak için artan bir ivme var ve bu, hastane eczanesi direktiflerini kullanmakla başlamıştır. Son yıllarda eczacıların sayısı da önemli derecede artmıştır ve serbest eczane sektörünün de önümüzdeki on yılda bir paradigma değişikliği göstermesi beklenmektedir.
Yeni Zelanda	Mevcut düzenlemeyle ve yetersiz finansman yüzünden önemli bir fırsat kaçırılmış durumdadır.
Nijerya	Geleneksel bitkisel şifacıların yanı sıra, serbest eczacılar Nijerya'da bakım için başlıca yöntem olmaya devam etmektedir. Tarama hizmetleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kampanyaları yoluyla serbest eczacılar tarafından yapılan müdahalelerle birçok hayat kurtarılmıştır. Nijerya Eczacılar Birliği şu anda eczane uygulamalarına rehberlik etmesi beklenen çeşitli hastalık durumlarına ilişkin müdahale hizmetleri bağlamında eczane uygulamalarını yönlendirecek politika ve strateji belgeleri üzerinde çalışmaktadır.
Pakistan	BOH'ları önleme kampanyalarının Pakistan'da hayati bir rol oynayacağına inanıyoruz. Çoğu kişi önleme ipuçları ve tekniklerinin farkında değildir. Eczacılar bu alanda çalışmaya oldukça ilgililer ve motive olmuş durumdadır, ancak kaynaklarımız sınırlıdır ve eğitim yeterli değildir. BOH'ların önlenmesi ve BOH'lar konusunda toplumun nasıl bilinçlendirilebileceği ve danışmanlık yapılabileceği konusunda eğitime katılmak istiyoruz.

Ülke veya bölge	Gözlemler
Panama	İlaç konusunda uzman olduğu için eczacılar hastaların tedaviye uyumu açısından önemlidir. Herhangi bir sorgulama yapması konusunda hastanın eczacıya karşı daha fazla güveni vardır. Eczacı her zaman sağlık ekibinin bir parçası olmalıdır.
Filipinler	Filipin Eczacıları Birliği, özellikle ilaca uyum konusunda Filipinler'de BOH'ların önlenmesi ve tedavisinde liderlik edecek bir grup oluşturmuştur. Grup şu anda bir görüş raporu hazırlamakta ve Astım Eğitimcileri Atölyesi gibi yetkinlik geliştirme faaliyetlerine katılmaktadır.
Ruanda	Eczacının rolü gittikçe değişmektedir, Eczacılar önleme, tarama, hastanın yönlendirilmesi ve tedavi takibinde rol oynamaktadır; ancak yeterli beceriyi ve gerekli bilgiyi kazanmak için farklı eğitim programları gerekmektedir.
Sierra Leone	Eczacılarımız ülkedeki BOH'larda rol oynamaktadır. Bu, büyük çoğunlukla düzenli ve kayıtlı değildir. Gelecekte bu alanda daha fazlasını yapmaya gayret göstereceğiz.
Slovenya	Serbest eczacılar sağlığın geliştirilmesi programlarına dahil değildir.
İsviçre	Ulusal BOH stratejisiyle (bkz. https://bit.ly/2CKEh9u) ve Postulat Humbel ile ilgili (bkz. https://bit.ly/2nEA10c) İsviçre'de çok fazla çalışma vardır. 2018/2019 da kronik bakım yönetimi alanında bir proje başlatmayı planlıyoruz ve bu proje ile ilgili mezuniyet sonrası/sürekli mesleki gelişim kursu hazırlayacağız. Ayrıca eczanelerde kronik hastalar için bir öz-yönetim programı başlatmayı planlıyoruz (proje muhtemelen 2019'da başlayacak). Ayrıca, hasta sağlığı kayıtlarıyla ilgili olarak İsviçre'de devam eden birçok faaliyet vardır (bkz. https://bit.ly/2UoFlKq). Ulusal bir e-Hasta Dosyası henüz mevcut değildir, ancak bu önümüzdeki yıllarda değişecektir. Eczacı, tüm bu faaliyetlerde önemli bir oyuncudur.
Uruguay	Eczacıların serbest eczanelerdeki faaliyetlerinden bahsettiğimiz her durum, bir eczacının müdahalesi anlamına gelmez, bu, eczanenin tüm çalışanlarının müdahalesidir. Ülkemizde eczacıların serbest eczanelerdeki varlığı çok düşüktür.
ABD	Yetki eyaletlere göre değişir. Bazıları topluluk düzeyinde, bazıları ortak çalışma uygulaması anlaşmalarıyla yetkilendirilmiştir ve bazılarının belirli bir yetkiye ihtiyacı yoktur. Tüm eczaneler halka asgari düzeyde bir bilgi sahası olarak hizmet vermektedir. Diğerleri tarama faaliyetlerinde kolaylaştırıcı ve/veya ortak olarak görev yapmaktadır. Birçoğu hizmet hastalık yönetimi programları yapıyor ve hizmet sağlayıcılarının durumuyla ilgili mevzuatımız bu hizmetlere erişim ve kapsama konularının ele alınmasına yardımcı olacaktır.
Zimbabve	Eczacılar kamu kampanyaları yürütür ve televizyonu BOH'lar konusunda halkı eğitmek için kullanırlar. Eczacılar İlaçın Kötüye Kullanımına Karşı isimli program, halkı uyuşturucu bağımlılığı konusunda eğitmek için Zimbabve Eczacıları Birliği'nin faaliyet programının bir parçasıdır; mental sağlık, tıp pratisyenleriyle ortak sempozyumda ele alınmıştır. BOH'ların izlenmesi ve taranması yapılırken, programın tamamı genellikle finansal yetersizlik nedeniyle engellenmektedir.

3.13 Kaynakça

1. Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP). Tütünsüz toplumlar yaratmak: Eczacılar için uygulama kılavuzu. [Çevrimiçi]; 2015. Erişim adresi: <http://fip.org/files/fip/publications/2015-12-Establishing-tobacco-free-communities.pdf>. [Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2018]
2. Weidenmayer K, Summers R, Mackie C, Gous A, Everard M. Eczane uygulaması geliştirmek: Hasta bakımına odaklanmak. [Çevrimiçi]; 2006. Erişim adresi: <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>. [Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2018]
3. Makowsky M, Guirguis L, Hughes C, Sadoski C, Yuksel N. Eczacıların reçete yazmayı benimsemelerini etkileyen faktörler: Yeniliklerin yayılması teorisinin nitel uygulaması. Implementation Science [Uygulama Bilimi]. 2013; 8 s. 109.

4. Bernsten C, Garipey Y, Lutz E, Reid P, Schneider P. Eczacıların hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi için yeni ekonomik modeller geliştirmek: Çalışma grubunun raporu. Uluslararası Eczacılık Dergisi. 2009; 25(2): s. 30-45.
5. Dünya Sağlık Örgütü. Evrensel kapsam nedir? [Çevrimiçi]; 2014 [1 Haziran 2015 tarihinde alıntı yapılmıştır]. Erişim adresi: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/.
6. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K. ve arkadaşları. "Perakendeciden" sağlık hizmet sunucularına: Serbest eczacıların kronik hastalık yönetimindeki rolünü dönüştürmek. Sağlık Politikası. Mayıs 2015; 119(5): s. 628-39.
7. Akaho E, MacLaughlin E, Takeuchi Y. Japonya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde reçete geri-ödeme yöntemlerinin karşılaştırması. Amerikan Eczacılar Birliği Dergisi. 2003; 42(4): s. 519-26.
8. Bernsten C, Anderson K, Garipey Y, Simoens S. Eczacılık hizmetleri meslek hakkı modellerinin karşılaştırmalı bir analizi. Sağlık Politikası. 2010; 95(1): s. 1 -99.
9. Davidoba J, Praznovcova L, Lundborg C. Çek Cumhuriyeti'nde ve İsveç'te farmasötik ürünlerin fiyatlandırılması ve geri ödenmesi. Pharmacy World & Science. 2008; 30(1): s. 57-64.
10. Eichler H. Farmaekonomi ve "4. engel" Orta ve Doğu Avrupa'da İlaç Geri ödeme politikaları. Uluslararası Klinik Farmakoloji ve Tedavi Bilimi Dergisi. 2013; 41(1): s. 1 -2.
11. Federal Rezerv Sistemi Yönetim Kurulu (ABD). Döviz kurları-G.5A. Ekonomik araştırma ve veri. [Çevrimiçi]; 2015 [1 Haziran 2015 tarihinde alıntı yapılmış]. Erişim adresi: <http://www.federalreserve.gov/releases/g5a/> [Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2018]
12. Dünya Bankası. Ülke ve Borç Verme Grupları. [Çevrimiçi]; 2015 [1 Haziran 2015 tarihinde alıntı yapılmıştır]. Erişim adresi: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>. [Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2018] PriceWaterhouse Coopers. İrlanda'da Serbest Eczane İncelemesi. 2007. Dublin: Pricewaterhouse Coopers 2009.
13. Harjula I, Kostianen E, Vidgren M. Serbest eczacıların tavsiyeleri yüzlerce milyon avruluk tasarruf sağlıyor. 2010. Lizbon'daki FIP yıllık kongresinde sunulan poster.
14. Gouveia M, Machado F, Mendes Z. Bedava ama Değerli: Portekiz Eczanelerinin Sağladığı Hizmetin Ekonomik Önemi. Value in Health [Sağlıkta Değer]. 2009; 12(7): s. A248.

4 Olgu çalışmaları

4.1 Avustralya

4.1.1 Yasal çerçeve

Avustralya'da, kaliteli danışmanlık ve diğer hizmetleri sunan ve yüksek nitelikli birinci basamak sağlık mensupları arasında yer alan 5.450'den fazla serbest eczane vardır.

Serbest eczaneler bölgelere iyi dağılmış ve erişilebilir yerlerde olup, genellikle kentsel, kırsal ve uzak alanlarda haftada yedi gün uzun saatler boyunca faaliyet göstermektedir.

Avustralya birinci basamak sağlık hizmetlerinde, parçalı hizmetlerden hasta merkezli ve çok disiplinli hizmetlere doğru bir kayma olmuştur. 1 Avustralya, sahadaki eczacının rolünü keşfetmek için uluslararası bir yol izlemiştir ve eczacıyı, "sahadaki nüfusun ilaçlarının kaliteli kullanımını artırmak amacıyla genel olarak bir tıp merkezinde koordineli, işbirlikçi ve bütünlük bir yaklaşımla profesyonel hizmetler sunan kişi" olarak tanımlamıştır.¹

Şu anda işgücü sorunları güçlü bir şekilde tartışılmaktadır. Kırsal ve uzak bölgelerdeki pratisyen hekim sıkıntısı, eczacıların BOH'lara karşı mücadeledeki rollerini genişletmenin önemini ortaya koymuştur.²

Pratisyen hekimle eczacı arasındaki işbirliğine dayalı ilaç yönetiminin, advers ilaç olayları ve ilaç tedavisine düşük uyumdan kaynaklı sağlık maliyetlerini azaltacağına dair güçlü bir kanı vardır. Esnek bakım modellerinin maliyet etkililiğini sağlamak için finansman modellerinin daha fazla araştırılması gerekmektedir.¹

Eczacılık örgütleri, özellikle eczacıların çalışmalarının sağlık sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunabileceği, hizmet sağlanamayan yerlerde, eczacıların kronik hastalık yönetimindeki rolünü artırmanın yararlarını vurgulamıştır. Kronik hastalıklarda eczacı önderliğindeki önemli pilot projelere rağmen, bunlar ABD, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerdeki uluslararası modellerin aksine serbest eczanelerde sürdürülebilir bakım modellerine henüz dönüştürülemediği.²

4.1.2 Önleme

4.2.2.1 Kardiyovasküler hastalıklar için tarama (KVH-tarama)

Kırsal bölgedeki 14 serbest eczanede, kalp hastalığı tanısı konmamış 30 yaş üzeri hastaların KVH risk profili oluşturulmuştur. Toplam 644 kişi taranmış ve yüksek risk altında kabul edilenlerin %73'ünün doktora başvurusu önerilmiştir.

Yapılan öneriler aynı zamanda davranışsal yararlar sağlamıştır; 191 katılımcı (%55) bir veya daha fazla yaşam tarzı değişikliği yaptığını bildirmiştir; %31,8'i

egzersizlerin arttığını, %16,4'ü kilo verdiğini, %29,8'i beslenmesinin düzeldiğini ve %3,6'sı da sigarayı bıraktığını ifade etmiştir.³

4.2.2.2 Kardiyovasküler riski azaltma

Kardiyovasküler riski azaltmak için 10 eczaneden katılan eczacılara KVH risk faktörü yönetimi ve hastanın yaşam tarzı değişikliğinin nasıl kolaylaştırılacağı konusunda eğitim verilmiştir.

Diyabet veya kardiyovasküler hastalığı olmayan, hipertansiyon veya kolesterol için ilaç kullanan 50-74 yaşları arasındaki 70 hasta katılmıştır. Eczacılar beş ayda bir yapılan oturumlarda risklerin azaltılması için hedefler belirleyip değerlendirme yapmış ve önerilerde bulunmuşlardır.^{4,5}

Gelecek beş yıl içinde KVH için göreceli risk azaltma oranı %24 idi ($p < 0,001$). Bunun nedeni, ortalama sistolik kan basıncı (7 mmHg), diyastolik kan basıncı (5 mmHg), total/HDL kolesterol oranı (-0.2), bel çevresi (erkeklerde -2 cm, kadınlarda -0.7 cm) ve diğer risk faktörlerindeki azalma idi. Diyet kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi gibi bazı temel sağlık davranışları düzelmiştir. Kardiyovasküler ilaç tedavisine uyumsuzluk oranı 16 puan düşerek %22'ye gerilemiştir.

4.1.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

4.1.3.1 Diyabet

Krass ve arkadaşları⁶, tarafından yönetilen 2006 pilot projesi Eczanede Diyabet Bakım Programı, Sydney Üniversitesi aracılığıyla geliştirilmiştir. Hastalar, rutin bakıma kıyasla altı ay boyunca düzenli aralıklarla dört ziyaret sırasında sürekli bir değerlendirme, yönetim ve gözden geçirme döngüsüne dahil olmuştur.

Hizmetler arasında kan şekeri izlemi, eğitim, uyumun ölçülmesi, hatırlatıcılar ve diyabetle ilgili komplikasyonlar için kontrol listesi bulunmaktadır.

Müdahale grubu, HbA1C'de, kontrol grubundaki % -0,27 (% 95 C: -0,15, -0,39) ile karşılaştırıldığında % -0,97 (% 95 C: -0,8, -1,14)'lik ortalama bir düşüş ile glisemik kontrolde daha fazla düzelme göstermiştir.⁶

4.1.3.2 Astım

Eczanede Astım Bakım Programı 2006, Carol Armour tarafından Sydney Üniversitesi'nde yapılmıştır. Serbest eczacıların müdahaleleri, rutin bakım ile karşılaştırıldığında kötü kontrollü astım riski taşıyan hastalarda öz yönetimi kolaylaştırmak için hasta değerlendirmesi, eğitim, destek ve izlemden oluşmaktadır.⁷ Sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Şiddetli olarak sınıflandırılan astımlı hastaların oranı %87,9'dan %52,7'ye düşmüş ($p < 0,001$); kontrol grubu değişmeden kalmıştır (%71.2 -%67.9).

- Doğru inhaler tekniğine sahip hastaların oranı, başlangıçta %24,3'ten, müdahale grubundaki son ziyarette %72,9'a ($p < 0.001$) yükselmiştir.
- Astım eylem planı olan hastaların oranı başlangıçta %23,1'den, müdahale grubunda son ziyarette %63,5'e ($p < 0,001$), çalışma sonunda kontrol grubunda ise %36,6'ya yükselmiştir.

4.1.3.3 Hipertansiyon

Serbest eczacılar, hastaların antihipertansif ilaçlara uyumunu ve/veya sürekliliğini arttırmıştır. Çok yönlü müdahale şunlardan oluşmuştur: Evde kan basıncı izlemi; kendi kendine kan basıncı izlem eğitimi; motivasyonel görüşme; ilaç değerlendirilmesi; ve üç ay ve altı ay sonra SMS, telefon veya posta yoluyla yeniden reçete yazdırma hatırlatıcıları.

Müdahale, tansiyon kontrolünü iyileştirme ($n = 207$) amacıyla randomize kontrollü bir çalışmada test edilmiştir. Müdahale grubunda ilaç tedavisine uyum, rutin bakıma kıyasla artmıştır ve müdahale grubunda sistolik kan basıncı önemli ölçüde azalmıştır (-10 mmHg).

4.1.3.4 Gelecekteki pilot projeler

Avustralya'da bir gözden geçirme ve reform gündemi zemininde, uygun hastalara her zamanki genel pratisyenleriyle işbirliği içinde kronik hastalıklarını izlerken ve yönetirken yerel eczanelerini ziyaret etme özgürlüğü verecek olan Eczacı Kronik Hastalık Yönetimi Pilot Çalışmasına büyük ilgi duyulmuştur. Pratisyen hekim tarafından geliştirilen bir bakım planı kapsamında çalışan eczacılar düzenli izlem, doz azaltma, erken müdahalede bulunup gerektiğinde hastaların doktorlara yönlendirilmelerini sağlayacaklardır.

Şu anda pratisyen hekimlere yapılan ziyaretlerin yarısından fazlası en az bir kronik durumun yönetimini kapsarken, program doktorlar üzerindeki mevcut yükü hafifletmeyi hedeflemektedir.

Program, Avustralya'nın bir eyaletinde üç bölgede 18 aylık bir pilot çalışma kapsamında olup her bölgeye 30 hasta kaydolmuştur. Bu program sayesinde, pratisyen hekimler uygun hastaları değerlendirecek ve belirlenen kronik durumlardan bir veya daha fazlasının yönetimiyle ilgili bir bakım planı geliştirecektir. Eczacı müdahaleleri, astım, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi gibi durumları ve ayrıca antikoagülasyon tedavisi alan hastaları hedefleyecektir.⁹

4.1.4 Eğitim

4.1.4.1 Aborjinler ve Torres Strait Adalı hastalar için kültürel farkındalık

Aborjinler ve Torres Boğazı Adası halkı genellikle diğer Avustralyalılardan daha kötü bir sağlığa sahip olup çok daha genç yaşta ölmektedir.10 35-74 yaş arasındaki yerlilerle diğer Avustralyalılar arasındaki %80 oranındaki mortalite farkı kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır.¹⁰

Eczacılar, belirli bir bölgede kullanılmak üzere geliştirilen ve bu popülasyon için uyarlanmış bir kardiyovasküler risk aracı kullanarak tarama ve risk sınıflandırmasına yardımcı olabilirler.¹¹

Yüksek kronik hastalık düzeyi olan kişilerin çok sayıda sağlık mensubuna sıklıkla erişmesi gerekir ve doktorlar, hemşireler ve Aborjin sağlık çalışanları dahil çeşitli hizmet sunucuları tarafından verilen tıp hizmetlerine erişmeleri gerekebilir. Eczacılar, elektronik sağlık kayıtlarının tutulması ve kullanılmasını teşvik ederek İhtiyaç duydukları bakıma erişmeleri için hastalara yardım etme konusunda önemli rol oynayabilirler.¹²

Serbest eczaneler/eczacıların Aborijin ve Torres Boğazı Adasından hastalarla ilgilenmek için kültürel farkındalık eğitimi almaları ısrarla önerilmektedir. Kültürel olarak güvenli bir eczane, yerel kültürü yansıtacak şekilde sıcak karşılama işaretleri veya sembollerini, özellikle Aborijin ve Torres Boğazı halkı için yazılmış sağlık kaynaklarını ve ilaçları konuşmak için özel bir alana sahip olabilir veya Aborijin ve Torres Boğazı halkının eczanede istihdamı sağlanabilir.¹²

4.1.4.2 Diyabet bakım projeleri ve hizmetleri

Diyabet bakım projeleri ve hizmetleri, kan şekeri düzeyleri, kolesterol (özellikle HDL ve LDL), kan basıncı, glikozillenmiş hemoglobin, vücut kitle indeksi, bel çevresi, egzersiz ve diyet için diyabet hedeflerine dair farkındalığı arttırmayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, bu farkındalığın belirli risk grupları için -özellikle yaşlılarda- kan basıncı ve kan şekeri düzeyleri bakımından uyarlanması gerekir.

4.1.4.3 Astım projeleri

Avustralya'daki yüksek astım sıklığı (%10,2), astımın ulusal sağlık önceliği olan bir alan olarak kabul edilmesini sağlamaktadır. Astım yönetimini iyileştirmeye yönelik önemli ulusal çabalara rağmen, bazı alanlar endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Bunlar arasında uygunsuz ilaç kullanımı, özyönetim becerisi eksikliği ve zamanında ve kapsamlı bakıma erişim eksikliği bulunmaktadır.¹³

4.1.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Avustralya'da, 2018/2019'da hastaların kendi istekleriyle dahil olabilecekleri "kişisel olarak kontrol edilen bir elektronik sağlık kaydı" tanıtılacaktır. Bu durum, eczane savunuculuğunun bu girişime önderlik etmesi için bir fırsattır. KVH, diyabet ve astım için SMS gibi hatırlatma sistemleri mevcuttur. Reçeteler için bir hatırlatma sistemi halihazırda işlevseldir.¹⁴

Avustralya'daki bir randomize kontrollü çalışmada eczacının standart sigara bırakma önerisine ek olarak, bilgisayar tarafından oluşturulan fotoğrafta yüz yaşlandırma hizmetinin (sigara kullanımının yüzün fiziksel görünümündeki zararlı etkilerini gösteren) gençlerin (ortalama yaş 24) sigara içmesini engellemede, altıncı ayda ko-valide ölçümlerin uygulandığı kontrol grubuna (% 13.8 n = 22/80 ve% 1.3 n = 11/80) kıyasla daha etkili olduğu görülmüştür.¹⁴

4.1.5.1 Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmak için cep telefonu mesajı

Cep telefonundan kısa mesajla verilen yaşam tarzı odaklı yarı kişiselleştirilmiş bir destek programının kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkisini incelemek için bir çalışma yapılmıştır. Müdahale grubundaki hastalar (n = 352) rutin tedaviye ek olarak altı ay boyunca haftada dört kısa mesaj almıştır. Kısa mesajlarla, yaşam tarzı davranışlarını değiştirmek için öneri ve motivasyonel hatırlatmalar yapılarak destek sağlanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar (n = 358) rutin bakım almıştır. Mesajlar, her katılımcının temel özelliklerine (örneğin sigara içme) uygun olarak bir mesaj bankasından seçilerek otomatik bir bilgisayarlı mesaj yönetim sistemi aracılığıyla iletilmiştir. Altı ay sonra, LDL-K, VKİ, sigara içme oranları ve sistolik KB müdahale grubunda anlamlı derecede düşmüş, fiziksel aktivitede anlamlı artışlar olmuştur. Hastalar kısa mesajların faydalı (%91), anlaşılması kolay (%97) ve uygun sıklıkta (%86) olduğunu bildirmişlerdir.¹⁵

4.1.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

4.1.6.1 "Yeni bir hayat için sigarayı bırak", Avustralya

2015 yılında, Yeni Güney Galler'deki (NSW) sağlık İstatistikleri, Aborjin olmayan kadınların %7,4'ü ile kıyaslandığında Aborjinli kadınların %45'inin gebelik sırasında sigara içtiğini rapor etmiştir. Bir kampanya dahilinde, Aborjin kadınlarıyla sigara içen aile üyelerine NSW genelinde serbest eczaneler tarafından ücretsiz nikotin replasman tedavisi verilmiştir. Bu proje, serbest eczaneler ve yerel sağlık bölgesi yetkililerinin işbirliğiyle yürütülmüş olup 2017/2018 tarihinde bitmesi planlanmıştır.

4.1.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

FIP'in 2015 tarihli "Eczane hizmetlerinin sürdürülebilirliği: Gelişen küresel sağlık"¹⁶ adlı raporu, art arda fiyat ve marj indirimleri nedeniyle eczanelerin uzun vadeli finansal sürdürülebilirliği konusunda tüm dünyadaki eczacılık birliklerinin ortak kaygısını ortaya koymuştur. Avustralya, BOH'larla savaşmayı amaçlayanlar da dahil olmak üzere, hizmet odaklı birçok bakım modeline öncülük etmiş olsa da, bunlar hükümet tarafından desteklenen ve diğer sağlık mensupları tarafından benimsenen sürdürülebilir modellere henüz dönüşmemiştir.

4.1.8 Kaynakça:

1. Freeman, C Rigby, D, Aloizos, J ve Williams, A. Uygulama eczacısı: Genel uygulama ekibine doğal bir uyum. Aust Prescr 2016; 39:211 -45. Aralık 2016
2. Duckett, S., Breadon, P. ve Ginnivan, L. Tüm alanlara erişim: Kırsal Avustralya'daki pratisyen hekim sıkıntısı için yeni çözümler [çevrimiçi]. Grattan Enstitüsü, 2013. Erişim adresi: <https://grattan.edu.au/report/access-all-areas-new-solutions-for-gp-shortages-in-rural-australia/> [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
3. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL, Rasiah RL. Avustralya serbest eczanelerinde kardiyovasküler risk tarama programı. Pharm World Sci. 2010;32(3):373-80.
4. Mc Namara KP, George J, O'Reilly SL. ve arkadaşları. Serbest eczacıların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin birinci basamak koruyucu hizmetlerde yer alması: Kardiyovasküler Hastalıklarda Tedaviye Uyum, Risk ve Tedavinin Eczacı Tarafından Değerlendirilmesi (PAART CVD) pilot çalışması için protokol. 2010. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-264>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
5. Emerson L., Krass I. Kırsal Alanlarda Koroner Kalp Hastalıklarının Azaltılmasında İşbirlikçi, Disiplinlerarası Bir Kanıtı Dayalı Yaklaşım. Avustralya Serbest Eczacılar Birliği; Canberra, Avustralya: 2006
6. Krass I, Armour C, Mitchell B, Brilliant M, Dienaar R, Hughes J. ve arkadaşları. Eczane Diyabet Bakım Programı: Avustralya'da bir serbest eczane diyabet hizmeti modelinin değerlendirilmesi. Sydney Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 2005. Erişim adresi: <http://6cpa.com.au/wp-content/uploads/Pharmacy-Diabetes-Care-Program-final-report.pdf>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
7. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, Saini B, Smith L, Stewart K. Eczane Astım Bakım Programı (PACP) toplumdaki hastalar için sonuçları iyileştiriyor. Thorax. Haziran 2007;62(6):496-502. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/17251316> [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]

8. Lau R, Stewart K, McNamara KP, Jackson S, Hughes JD, Peterson GM, ve arkadaşları. Antihipertansiflere hastanın uyumunu artırmak için serbest eczane temelli bir müdahalenin değerlendirilmesi: Randomize kontrollü bir çalışma. BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması. 2010;10:34. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-34>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
9. Victoria Eyaleti Hükümeti. Eczacı Kronik Hastalık Yönetimi Pilot Çalışması [İnternet]. Melbourne: Victoria Eyaleti Hükümeti, 17 Temmuz 2017. Erişim adresi: <http://www.vic.gov.au/news/pharmacist-chronic-disease-management-pilot.html> [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
10. Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü. Aborjin ve Torres Boğazı Adalıları diğer Avustralyalılar arasındaki erişkin ölüm oranlarındaki farka kronik hastalığın katkısı [İnternet]. Canberra ACT: Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, 2011. Erişim adresi: <https://www.aihw.gov.au/reports/indigenous-australians/contribution-of-chronic-disease-to-the-gap-in-mortality/contents/table-of-contents> [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
11. Ulusal Vasküler Hastalık Önleme İttifakı. Avustralya Mutlak Kardiyovasküler Risk Hesaplayıcısı [İnternet]. Ulusal Vasküler Hastalık Önleme İttifakı, 2012. Erişim adresi: <http://www.cvdcheck.org.au>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
12. Swain, L. Aborijin ve Torres Boğazı Adalılarına [İnternet] eczane hizmetleri sunma rehberi. Canberra ACT: Avustralya Eczacılar Birliği, 2014. Erişim adresi: <http://www.psa.org.au/wp-content/uploads/guide-to-providing-pharmacy-services-to-aboriginal-and-torres-strait-islander-people-2014.pdf> [Erişim Tarihi: 9 July 2018]
13. Saini, B Krass, I Smith, L Bosonic-Anticevich, S ve Armour, C. Serbest eczacıların astımdaki rolü - Gelecekteki birinci basamak bakım modelleri için gerekli yolakları vurgulayan Avustralya araştırması. Australas Med J. 2011; 4(4): 190-200.
14. Burford O, Jiwa M, Carter O ve arkadaşları. Sigarayı bırakmayı teşvik etmek için Avustralya eczanelerinde internet tabanlı fotoğrafta yüz yaşlandırma: randomize kontrollü çalışma. J Med Internet Res 2013;15: e64.
15. Chow CK, Redfern J, Hillis GS, Thakkar J, Santo K, Hackett ML. ve arkadaşları. Yaşam Tarzı Odaklı Mesajlaşmaların Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Risk Faktörü Değişikliği Üzerindeki Etkisi: Bir Randomize Klinik Çalışma. JAMA. 2015;314(12):1255-1263. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26393848>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
16. Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP). Eczane hizmetlerinin sürdürülebilirliği: Küresel sağlığı geliştirmek. Lahey: Uluslararası Eczacılık Federasyonu, 2015.

4.2 Çin

4.2.1 Yasal çerçeve

Eczacılık, Çin'de nispeten yeni bir meslektir. Yakın zamana kadar eczacılık mesleğini düzenleyen bir yasa yoktu. Ancak, Çin Halk Cumhuriyeti'nin yeni Eczacı Yasası 15 Ocak 2017'de yürürlüğe girmiştir ve ülke şu anda eczacılar için daha iyi bir ortam oluşturma sürecindedir. Kanun temel olarak aşağıdaki yedi noktaya odaklanmaktadır:

1. Çin'in eczacı yönetim sisteminin kurulması;
2. Eczacı Yasasının kime uygulanacağını tanımlanması;
3. Bir eczacıya erişim şartlarının ve yöntemlerinin belirlenmesi;
4. Eczacıların uygulama ve iş alanları, hakları ve yükümlülüklerinin belirlenmesi;
5. Eczacıların yeterlilik değerlendirmesi ve eğitim gereksinimlerinin düzenlenmesi;
6. Eczacıların yasal sorumluluklarının belirlenmesi; ve
7. Hekim ve hemşirelerin yönetim tecrübelerinin birleştirilmesi.

Şu anda, Çin'deki eczacıların çoğu her seviyedeki hastanelerde çalışmaktadır. Toplum sağlık merkezlerindeki çalışanların çoğu, yüksek eğitim-öğretime sahip profesyoneller değildir ve çalışma hayatına girmeden önce kısa süreli bir eğitim alırlar. Bunlardan sadece birkaçı profesyonel serbest eczacıdır. Bununla birlikte, sağlık sisteminin geliştirilmesi ve reformuyla birlikte, çok sayıda toplumsal sağlık kurumları ortaya çıkmış ve serbest eczacıların önemi kabul edilmiştir. İlaçların güvenli kullanımını sağlamak ve klinik etkiyi artırmak için eczacılık hizmetlerinin tanıtılması büyük önem taşımaktadır.

4.2.2 Önlem, tarama ve yönlendirme

Halihazırda , eczacılar tarafından toplumda hastalıkların önlenmesi, taranması veya hastaların sevk edilmesine odaklanan az sayıda proje olduğu görülmektedir ve Çinli eczacıların katıldığı çok fazla girişim yoktur. Çin'in kalabalık nüfusu nedeniyle, ülkede mevcut eczacı sayısı yeterli olmaktan uzaktır. Bununla birlikte, Çin'deki eczacılar, bazı kronik hastalıklarla ilgili koruyucu tedbirleri yaymak için kitle iletişim araçlarından yararlanmaya çalışmaktadır.

4.2.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

4.2.3.1 Diyabet

Tip 2 diyabeti olduğu bilinen toplam 164 hasta Hangzhou'daki bir topluluktan seçilerek rastgele bir müdahale grubuna (n = 82) veya bir kontrol grubuna (n = 82) atanmıştır. Müdahale grubundaki hastalar, serbest eczacıların rehberliğinde altı ay boyunca afarmasötik bakım alırken, kontrol grubundakiler almamıştır. Açlık kan şekeri, yemek yedikten 2 saat sonraki tokluk kan şekeri, glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c), ilaç tedavisine uyum, advers ilaç olaylarının görülme sıklığı ve hasta memnuniyeti iki grup arasında farmasötik bakım müdahalesi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır. Müdahale öncesi değerlerle karşılaştırıldığında, müdahale sonrası ölçülen açlık kan şekeri, yemek yedikten 2 saat sonraki tokluk kan şekeri, HbA1c ve advers ilaç olaylarının insidansı müdahale grubunda anlamlı şekilde azalırken (P <0.05), ilaca uyum ve hasta memnuniyeti ciddi şekilde artmıştır. ¹

4.2.3.2 Astım

Şangay'da Tongji Hastanesi tarafından yapılan araştırmada² ilaca uyum oranını belirlemek için 122 hasta gözlem ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Gözlem grubundaki uyum oranları müdahaleden önce, müdahaleden dört hafta sonra ve altı ay sonra sırasıyla %36,7, %62,30 ve %59,06 olarak ölçülmüştür. Kontrol grubunda buna karşılık gelen oranlar ise %39,34, %42,62 ve % 29,51 olmuştur. Müdahaleden dört hafta ve altı ay sonra uyum oranları iki grup arasında büyük bir farklılık göstermiştir.

4.2.3.3 Kanser

2013 yılında, Jiangsu eyaletinde, kanser ağrısı olan 354 hastayı kapsayan bir proje³ gerçekleştirilmiştir. Ocak ile Aralık 2013 tarihleri arasında hastane eczacıları, eczane hizmetlerini kanser hastalarıyla ailelerine tanıtmak için toplumu ve köy doktorlarını kanser ağrısının tedavisi konusunda eğitmişlerdir. Hastane eczacıları hasta konsültasyonları ve telefonla takip önerip toplum polikliniğinde kanser ağrısı olan hastalarla ailelerine eczacılık hizmetleri sunmuşlardır. Ağrı tedavisi anlayışını, ağrı tedavisinin sonuçlarını, advers ilaç reaksiyonlarını ve hastalarla ailelerinin memnuniyetlerini değerlendirmek için hastalara, eczacılık hizmeti almadan önce ve sonra bir anket yapılmıştır.

Araştırmacılar, hastaların tedavileri hakkındaki bilgilerinin müdahale öncesi %45'ten müdahale sonrasında %92'ye yükseldiği sonucuna varmışlardır. Ocak-Aralık 2013 arasında, hastanede, 136'sı üç aşamalı analjezik tedavi alan, tümörlü 138 hastanın %55'i ağrının tamamen düzeldiğini ve %34'ü kısmi remisyona yaşadıklarını ifade etmiştir. Hastaların yüzde doksan beşi hizmetten memnun kalmıştır.

4.2.4 Eğitim

Çin'deki eczacıların eğitimi, diğer eczacılık bilimlerinden tamamen ayrılmamıştır. Müfredat kimya, biyoloji, fizyoloji ve farmakoterapiden oluşmaktadır. Klinik uygulamaların nispeten yetersiz olması, Çin'deki eczacılık eğitimi için bir dezavantaj olabilir.

4.2.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Çin'de hastaların sayısının çok ve eczacıların nispeten az olması nedeniyle, bazı hastalar iyi bir farmasötik bakım alamamaktadır. Pekin'deki bir onkoloji hastanesi problemi çözmek için matematiksel modeller ve akıllı yönetim yardımıyla yeni bir modüler ilaç hizmeti oluşturmak amacıyla bir 'büyük veri' merkezi olan bir klinik eczacılık sistemi kurmuştur. İlaçların güvenliğini, etkinliğini ve ekonomisini izleyebilen, analiz edebilen ve değerlendirebilen bu yeni sistemin piyasaya sürülmesi ilaç hizmetini büyük ölçüde teşvik etmektedir.

4.2.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Eczacılarla diğer sağlık çalışanları arasındaki işbirliği şu anda gelişmiş şehirlerde bulunan birinci sınıf hastanelerle sınırlıdır. Advers ilaç reaksiyonları, ilaç kombinasyonları veya doz kararlarıyla ilgili problemlerle karşılaştıklarında, doktorlar eczacıları konsültasyona davet etmektedir. Eczacılar, sorunların çözülmesine yardımcı olmak için popülasyon farmakokinetiği modelleriyle ilgili bilgi ve becerilerini uygulamaya koymaktadır.

4.2.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Mevcut eczacılar, Çin'in geniş nüfusunun ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Ayrıca, daha önce de belirtildiği gibi, eczacılar hakkında resmi bir yasanın olmaması uygulama alanları açısından önemli bir sınırlama teşkil etmektedir. Ayrıca, halk eczacılar hakkında çok fazla şey bilmediği için eczacılara yönelmek yerine ilaçlarla ilgili sorunlarını çözmeleri için hekimlere güvenmeyi tercih etmektedir.

4.2.8 Kaynakça:

1. Chen Z. Serbest eczane tabanlı farmasötik bakımın tip 2 diyabet üzerindeki etkisi. Zheiiang Tıp Eğitimi, Aralık 2013, 12(06):46-48+60. Erişim adresi: <https://bit.ly/2L29h79>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
2. Huang B. Farmasötik bakım müdahalesinin astımlı hastaların ilaç tedavisine uyumu üzerindeki etkisi. Chin Hosp Pharm J, Mar 2009, 29(05):413+418. Erişim adresi: <https://bit.ly/2u7InEn>. [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]
3. Huang H, Song K, Huang L, Zhang X. Toplumda kanser ağrısı yaşayan hastalar için farmasötik bakım üzerine tartışma. China Prac Med, Mar 2014, 9(07):188. Erişim adresi: <https://bit.ly/2NEptgr> [Erişim Tarihi: 9 Temmuz 2018]

4.3 Finlandiya

4.3.1 Yasal çerçeve

Finlandiya'daki ilaç yasası, eczanelerin, gereksiz ilaç kullanımını artırmadığı veya ilaç sunumu ya da ilaç danışmanlığı hizmetlerini engellemediği sürece, sağlığın ve refahın iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla hizmetler sunabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için eczanelerin yasal bir zorunluluğu olmasa da buna dâhil olmalarına izin verilmektedir.

Yasal gerekliliklerin olmamasına rağmen, Finlandiya'daki eczaneler yirmi yıldan fazla bir süredir halk sağlığı ve hastalık yönetimi programlarına dâhil olmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için sistematik bir şekilde yürütülen kampanyalar ve eczane girişimleri şimdi eczanelerin işlevlerinin önemli bir parçasıdır. Finlandiya'da en sık kullanılan sağlık hizmeti olduğu için eczaneler, bu konular hakkında toplumdaki farkındalığı artıracak benzersiz bir konumdadır.

Meslekler arası yerel işbirliği konusunda hem eczaneler hem de doktorlar için bazı zorunluluklar vardır:

- Sosyal Hizmetler ve Sağlık Bakanlığı, ilaçlar hakkında danışmanlık yapmaları ve güvenli, etkili ve ekonomik ilaç tedavisi için reçete yazanların yerel eczacılarla işbirliğini sürdürmesini şart koşar.
- Finlandiya İlaç Ajansı, reçete yazanların ve eczacıların, hastaya ilaçlar hakkında tutarlı ve kapsamlı bilgi vermek üzere işbirliği yapmaları gerektiğini belirtmektedir.

İlaç politikası ve ilgili diğer belgeler de multidisipliner işbirliğinin ve bölgesel, yerel ortak politikalar ve hedefler üzerinde anlaşmaya varılmasının, sistematik ve sürdürülebilir operasyonları güvence altına almak için ön şartlar olduğunu vurgulamaktadır.

4.3.2 Önleme

Finlandiya eczanelerinde devam etmekte olan üç hastalık yönetimi programı vardır: 1997'den beri astım programı, 2001'den beri diyabet programı ve 2005'ten beri kalp programı. Finlandiya'nın geneline yayılmış olan tüm bu programlara eczacıların %95'i katılmaktadır. Eczanelere yönelik bu programlar, küresel ve ulusal sağlık politikalarının ve halk sağlığı önceliklerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ulusal sağlık programlarının bir parçası olarak oluşturulmuştur. Amaçları, ilaç tedavilerinden daha iyi sonuçlar almak için hasta bakımına, kronik hastalıkların ve alevlenmelerinin önlenmesine ve risk altındaki hastaların tespit edilmesine eczacıların katılımını arttırmaktır.

Bu eczane programlarının hepsinde, farmakoterapi başarısı sağlamak için danışmanlık hizmeti verilmektedir. Aynı zamanda hasta, fiziksel egzersizi artırma ve sigarayı bırakma gibi hastalık kontrolünü ve fonksiyonel kapasiteyi iyileştiren yaşam tarzı değişikliklerini yapmaya teşvik edilmektedir.

Eczaneler, beyin sağlığını etkileyen kan basıncı konusunda farkındalığın artırılması, sigarayı bırakma kampanyaları veya diyabet riski konusundaki farkındalığın artırılması gibi ulusal kampanyalara katılmaktadır. Eczane, müşterilerine kampanya dahilinde veya düzenli olarak küçük hizmetler sunar: Örneğin tansiyon ölçümü, sigara içenlerin akciğer kapasitelerinin mikrospirometreler ile test edilmesi, astım hastalarını reçetenin yenilenmesi için doktora göndermeden önce astım kontrol testi yapılması veya metabolik sendrom olanların diyabet risk testini tamamlamaları için teşvik edilmesi.

Bu üç halk sağlığı programının yanı sıra, eczanelerin yaklaşık üçte biri fiziksel aktiviteyi teşvik etmektedir. "Liikkujan Apteekk" ("Eczane Fiziksel Aktivite") programı, "Yaşam için Fit Ol" programı, Finlandiya Solunum Sağlığı Örgütü, Finlandiya Eczacıları Birliği ve Bölgesel Spor Federasyonları tarafından 2009'dan beri yürütülmektedir. Amacı kronik hastalığı olan hastalara, uygun olduğunda, ilaç danışmanlığıyla birlikte fiziksel aktivitenin önemi hakkında da bilgi verilmesidir. Bu konseptte eczaneler, yerel etkinlikler hakkında bilgi paylaşmaktadır ve güvenli ve sürdürülebilir bir şekilde nasıl egzersiz yapmaları gerektiği konusunda rehberliğe ihtiyacı olan hastaları nereye yönlendireceklerini bilmektedir. Eczane etkinlikleri için hedef grup, kronik hastalıklarını yönetmek için gerekli olan fiziksel aktivite düzeyleri çok düşük olan gruplardır. Amaç, eczaneleri bölgesel fiziksel aktivitelere ve refah bakım zincirine dâhil etmektir.

4.3.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

4.3.3.1 Astım, KOAH ve atopik hastalıklar

Eczaneler için astım programının amacı, eczanelerde mevcut olan danışmanlık hizmetiyle astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) başarılı bir şekilde tedavi edilmesini sağlamaktır. Program ayrıca, diğer atopik hastalıkların iyi bir şekilde tedavi edilmesinin astımın iyi kontrol altına alınmasının ön şartı olduğu gerçeğini de dikkate almaktadır.

Eczanenin astım programındaki ilaç danışmanlığıyla ilgili görevleri şunlardır:

- Farmakoterapiyle ilgili danışmanlık ve İlaçların doğru kullanımı için motivasyon;
- Astım ilaçlarının temel özelliklerini, özellikle de hastalığı tedavi eden ilaçlar ile semptomları tedavi eden ilaçlar arasında farkı gözden geçirip belirginleştirmek;
- İnhalasyon ilaçların kullanımı ve kullanılan cihazlar hakkında rehberlik;
- Hastalığın alevlenme dönemlerini tanımak ve öz bakım ilkelerini gözden geçirmek;
- Farmakoterapinin uygulanmasının ardından, olası sorunları tanımlamak ve hasta ve doktorla birlikte o sorunları çözmek;
- Daha etkin bir tedaviye ihtiyacı olan hastaları tanımak ve doktora veya hemşireye yönlendirmek;
- Öz bakımda rehberlik etmek ve uygun bir öz-bakım ilacı (reçetesiz ilaç) seçerken hastalıkları ve düzenli kullanılan ilaçları dikkate almak.

Eczanenin yaşam tarzı değişikliklerini motive etmekle ilgili görevleri şunlardır:

- Sigarayı bırakmaya teşvik etmek;
- Solunum yolu hastalığının tedavisinde ve fonksiyonel kapasitenin korunmasında fiziksel aktivitenin önemini vurgulamak; ve
- Yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek ve yerel faaliyetlerle ilgili bilgileri paylaşmak.

4.3.3.2 Diyabet

Eczaneler için diyabet programının temel amacı, tedavinin başarılı olmasına ve diyabet ve ona eşlik eden durumların önlenmesine katkıda bulunmaktır. Diyabet riski yüksek olan müşterilerin (diyabet risk testini kullanarak) tespit edilmesi ve genel ilaç kullanımının izlenmesi eczane programının bir parçasıdır.

Eczanenin diyabetin önlenmesi ve tedavisinde ilaç danışmanlığıyla ilgili görevleri şunlardır:

- Diyabet hastasının öz bakımını desteklemek, ilaçlar ve farmakoterapiyle ilgili danışmanlık vermek, ilaçların doğru kullanımı ve tedavi izlemi için hastayı motive etmek;
- Farmakoterapi uygulamalarını izlemek, olası sorunları tanımlamak ve bunları doktor ve hasta ile birlikte çözmek;
- Gerekirse hemşireye veya doktora yönlendirmek;

- Çakışan ilaçları veya ilaç etkileşimlerini saptamak;
- İlaçların temini için finansal açıdan hassas yöntemler konusunda rehberlik; ve
- Uygun bir öz-bakım ilacı (reçetesiz ilaç) seçerken, diyabeti ve düzenli kullanılan ilaçları dikkate almak.

Eczanenin yaşam tarzı değişikliklerini motive etmekle ilgili görevleri şunlardır:

- Sağlıklı bir diyetin, kilo kontrolünün ve fiziksel aktivitenin diyabetin önlenmesi ve tedavisindeki önemini anlatmak;
- Sigarayı bırakmaya teşvik etmek;
- Yerel etkinlikler ve girişimler hakkında bilgi paylaşarak ve konuya uygun materyaller kullanarak yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek; ve
- Risk altındaki hastaları tanımlamak ve tedavi için yönlendirmek.
-

4.3.3.3 Kardiyovasküler hastalıklar

Eczaneler için kalp programının amacı, kardiyovasküler hastalıkların başarılı şekilde tedavi edilmesi ve diğer sağlık hizmetleri girişimleri ve kuruluşları ile birlikte kardiyovasküler sağlığın geliştirilmesidir.

Eczanenin kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde ilaç danışmanlığıyla ilgili görevleri şunlardır:

- İlaçlar ve farmakoterapiyle ilgili danışmanlık, ilaçların doğru kullanımı ve tedavi izlemi için motivasyon;
- Farmakoterapinin uygulanmasının ardından olası sorunları tanımlamak, hasta ve doktorla birlikte bu sorunları çözmek;
- Gerekirse hemşireye veya doktora yönlendirmek;
- Çakışan ilaçları veya ilaç etkileşimlerini saptamak;
- İlaçların temini için finansal açıdan hassas yöntemler konusunda rehberlik; ve
- Öz bakımda rehberlik etmek ve uygun bir öz-bakım ilacı (reçetesiz ilaç) seçerken hastalıkları ve düzenli kullanılan ilaçları dikkate almak.

Eczanenin yaşam tarzı değişikliklerini motive etmekle ilgili görevleri şunlardır:

- Sigarayı bırakmaya teşvik etmek;
- Sağlıklı bir diyetin, kilo kontrolünün ve fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve tedavisindeki önemini anlatmak;
- Yerel etkinlikler ve girişimler hakkında bilgi paylaşarak ve konuya uygun materyaller kullanarak yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek; ve
- Kardiyovasküler hastalık geliştirme riski olan hastaları tanımlamak ve tedavi için yönlendirmek.

4.3.4 Eğitim

Yukarıdaki hastalık yönetimi programlarının her birinde eczanelerden, irtibat kurulabilecek bir iki eczacıyı bildirmeleri istenmektedir. Bu nedenle Finlandiya eczanelerinde ülke genelinde yaklaşık 1500 halk sağlığı mensubundan oluşan bir ağ bulunmaktadır. Finlandiya Eczaneleri Birliği, tüm bu irtibat kişilerinin kaydını tutup eğitim olanakları, ulusal kampanyalar, yeni materyaller, danışmanlık araçları vb. hakkında kendileriyle düzenli olarak bilgi paylaşmaktadır.

Bu irtibat kişilerine, hastalık yönetimi programlarının amaçları hakkında bir günlük eğitim verilmektedir. Görevleri arasında hastalık ve mevcut bakım kılavuzlarını öğrenmek ve diğer eczacıların kurum içi yetkinlik ve eğitimlerini sürdürmek yer almaktadır. Eczane ile diğer yerel sağlık mensupları ve hasta kuruluşları arasında bir köprü görevi görürler.

Finlandiya Eczacılık Eğitim Merkezi, her hastalık yönetimi programında yer alan irtibat kişilerine uygun kurslar düzenlemektedir.

4.3.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Dijital teknoloji hızla gelişmektedir; ancak şu ana kadar eczanelerde, kronik hastalığı olanları, kendi durumlarını yönetmelerine destek olacak şekilde yaygın olarak kullanılmamıştır. Yeni dijital teknolojiler şu anda, çok merkezli bir proje olan 'Diyabeti Durdur' projesi kapsamında, diyabet riski yüksek olanları sağlıklı yaşam tarzına yöneltmek için test edilmektedir. Finlandiya'da üç bölgedeki eczaneler bu projede yer almaktadır (<https://bit.ly/2FVwqbf>). Diyabet riski yüksek olanlara günlük yaşamlarında daha sağlıklı seçimler yapmalarına yardımcı olan "StopDia" web uygulamaları sunulmaktadır. Eczanelerin rolü, çevrimiçi bir diyabet risk testi kullanarak yüksek risk altındakileri tespit edip, bu kişileri çalışmaya katmak ve sonraki müdahalelere yönlendirmektir.

Mobil teknoloji, alerjik rinit ve astımın bir arada olduğu durumlarda değişim yönetimini desteklemek için de pilot olarak denenmiştir, ancak bu uygulamalar henüz geniş bir kesime ulaşmamıştır.

4.3.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Eczane hastalık yönetimi programları, eczaneler, diğer sağlık hizmet sunucuları ve hasta örgütleri arasındaki yerel meslek içi işbirliğine yöneliktir. İşbirliği, hastanın bakım süreci boyunca alışlagelmiş uygulamalar ve rehberlik yapılmasına yardımcı olmaktadır.

Bu programların her birinde işbirliğinin hedefleri vardır. Eczanenin işbirliği içindeki görevleri şunlardır:

- Diğer sağlık hizmet sunucuları ve hasta örgütleriyle birlikte yerel operasyonel yöntemler konusunda anlaşmaya varmak;
- Diğer yerel işletmecilerle hastalık önleme faaliyetlerine katılmak; ve
- Uygun hasta kuruluşları hakkında bilgi paylaşmak ve ilgili malzemelerin bulunmasını sağlamak.

Bu hastalık yönetimi programlarının ilk yıllarında, eczaneler ve diğer sağlık mensupları arasındaki sıkı işbirliğinin arttığı görülmüştür. Yeni yerel etkinlikler ve eylem modelleri oluşturulmuş ve eczacılar ve diğer sağlık mensupları için ortak eğitim daha yaygın hale gelmiştir.

Eczaneler, halk sağlığı riskleri ve kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir ek kaynak olarak tanımlanmıştır. Paydaşların görüşüne göre, ulusal bir hastalık yönetimi programı uygularken, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki doktor ve hemşirelerin yanı sıra eczacılarla da ağ kurmak, bu programların etkili bir şekilde hayata geçirilmesinin anahtarıdır.

4.3.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Eczanelerin irtibat kişileri arasında yapılan düzenli anketler, serbest eczanelerde hastalık yönetimi programlarının hayata geçirilmesindeki temel zorluğun, diğer sağlık hizmet sunucularıyla yetersiz işbirliği ve zaman darlığı olduğunu göstermektedir.

Ayrıca, eczacılar, verdikleri özel hizmetlerin varlığı konusunda farkındalık yaratmak amacıyla, serbest eczacıların ulusal halk sağlığı programlarına katılımlarının halk tarafından daha görünür hale gelmesini istemektedir. Anketleri cevaplayan irtibat kişileri, ulusal halk sağlığı programlarının amaçlarına ulaşmanın en iyi yolunun, disiplinlerarası işbirliğinin desteklenmesi, eğitimin artırılması, halkın bilinçlendirilmesi ve programların hayata geçirilebilmesi için yönetimden destek alınması olduğunu anlamışlardır.

Eczanelerde hastalık yönetimi programlarının hayata geçirilmesindeki kısıtlılıklardan biri, eczanelerde danışmanlık hizmetinin, daha çok tıbbi ürün odaklı veriliyor olması, sigara bırakma ve fiziksel egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri konusunda daha az ilgili olmasıdır. Ayrıca, anket sonuçları eczanelerdeki irtibat kişilerinin sadece görüşleri ve fikirlerinden ibarettir.

Ulusal sağlık programlarına eczanelerin başarılı bir şekilde dahil edilmesi için temel unsurlar şunlardır :

- Eczanelerin sağlık programlarını uygulamak için kaynakları vardır (vasıflı personel, ekonomik olanaklar vb.);
- Eczane programını koordine eden bir temsilci organ vardır;
- Program tüm ilgili paydaşlarla (doktorlar da dahil) birlikte planlanıp etkili kurumlar (Sağlık Bakanlığı vb.) tarafından desteklenmektedir;
- Meslekler arası yerel işbirliği teşvik edilmektedir; ve
- Sürekli eğitim (tercihen meslekler arası) düzenli olarak gerçekleştirilmektedir.

4.3.8 Kaynakça

1. Alakoski A, Dormischian T, Koskinen K, Saarikallio E, Teinila T, Airaksinen A, Peura S. Serbest eczacıların Diyabetin Önlenmesi ve Bakımı için Ulusal Kalkınma Programına katılması (DEHKO) (Fince, özeti İngilizce). Dosis 3/2011, s.111-121.
2. Bousquet J. ve arkadaşları. ARIA Phase 4 (2018): Change management in allergic rhinitis and asthma multimorbidity using mobile technology. J Allergy Clin Immunol. 28 Eylül 2018. pii: S0091 -6749(18)31359-9.
3. Haahtela T, Valovirta E, Kauppi P, Tommila E, Saarinen K, von Elertzen L, Makeia MJ, Fin Alerji Programı Grubu. Fin Alerji Programı 2008-2018 – Bilimsel gerekçe ve Pratik uygulama. Asia Pac Allergy. Ekim 2012; 2(4): 275-279.
4. Heikkilä IH, Parkkamaki S, Salimaki J, Westermarck S, Pohjanoksa-Mantyla M, Serbest eczacıların KOAH hakkındaki bilgileri ve KOAH hastalarına ilaç danışmanlığı uygulamaları ve algıları, Int J COPD, 2018, 13: 2065-2074
5. Kleme J, Himberg K, Vanhanen J, Pohjanoksa-Mantyla M, Backas L, Airaksinen M, Peura S. Fin serbest eczanelerinde Ulusal Kalp Programı üzerine araştırmanın gözden geçirilmesi – programın hedefleri ne kadar karşılandı? (Fince, özeti İngilizce). Dosis 3/2011, s.125-139.
6. Kurko T, Salimaki J, Airaksinen M, Silen S-M, Pietilä K. 1985-2011'de Fin serbest eczanelerinin sigara bırakmaya katılımının gelişimi ve önemi (Fince, özeti İngilizce). Dosis 3/2011, s.125-139.
7. Mononen A, Niskanen A, Nummi S, Nyqvist L, Kurko T, Peura S, Salimaki J. Fin serbest eczanelerinde Ulusal Astım Programının uygulanması (Fince, özeti İngilizce). Dosis 3/2011, s.100-112.

4.4 Almanya

4.4.1 Yasal Çerçeve

Almanya'nın nüfusu yaklaşık 80 milyondur; bunun 70 milyonu zorunlu sağlık sigortası, beş milyonu özel sigorta ve beş milyonu da devlet yardımı kapsamındadır. Almanya'da sağlık sigortası zorunludur. Reçeteli ilaçların fiyatları denetim altındadır ve ülkenin her yerinde aynıdır. Alman eczaneleri, serbest eczacıların "tıbbi ürünlerin topluma uygun şekilde tedarik edilmesi" sorumluluğunu belirleyen Alman Eczaneleri Yasası ile düzenlenmektedir.

Eczacı olarak çalışmak için Alman lisansı alan bir kişi, en fazla dört serbest eczaneye (bir ana eczane ve üç şube) sahip olabilir ve bunları işletmek için yetkililerden izin alması gerekir. Almanya'da üçüncü taraf mülkiyeti şeklindeki eczane zincirleri yasaktır. Ülkede yaklaşık 20.000 serbest eczane bulunmaktadır ve 100.000 kişilik nüfus başına yaklaşık 24 serbest eczane düşmektedir ve toplamda 384 hastane eczanesi vardır.

Hastane eczanelerinde eczacılar, ilaçlar hakkında, özellikle amacına uygun ve ekonomik bir farmasötik tedavi konusunda hekimleri bilgilendirmek zorundadır. Bu, aynı zamanda ayakta tedavi görenlerin farmasötik bakımı için de geçerlidir.

Federal Alman Eczacı Dernekleri Birliği (ABDA), 17 oda ve 17 eczacı birliğinin çatı örgütüdür ve yaklaşık 60.000 Alman eczacının mesleki temsilcisidir.

Federal Eczacılar Odası eczacılara, kılavuzlar ve iş yardımları yoluyla, koruyucu hizmetler veya ilaç yönetimi gibi farmasötik hizmetler sunmaları konusunda destek vermektedir. Mevcut bilim ve teknolojinin durumunu yansıtan bu kılavuzlar istikrarlı bir hizmet kalitesini desteklemek için bir tavsiye niteliğinde okunmalıdır. Eczanede yürütülen ek hizmetler, zorunlu sağlık sigortası tarafından karşılanan standart hizmetler değildir. Şu anki haliyle Alman mevzuatı (Sosyal Sigortalar Kanunu, Kitap 5, SGB V) serbest eczacılar için geniş bir rol üstlenmemektedir.

4.4.2 Önleme

Alman serbest eczaneleri genellikle ortak pazar sistemine sahip kooperatiflerde örgütlenmektedir. Dünya Diyabet Günü, Dünya Osteoporoz Günü ve Dünya AIDS Günü gibi resmi günlerde, kooperatifler eczanelerde yapılabilen birçok sağlık aktivitesi düzenlemektedir: örneğin diyabetin önlenmesi için FIND-RISK testinin kullanılması, ultrason dansitometri kemik testleri yapılması veya HIV enfeksiyonlarının nasıl önleneceğine dair öneriler yapılması veya atriyal fibrilasyon testi gibi. Bazı etkinlik günleri de ABDA tarafından ülke genelinde düzenlenmekte ve katılımcı eczanelere kampanya malzemeleri ve bilgi paketleri için destek verilmektedir.

Almanya'daki birçok eczane tansiyon ölçümü, vücut kitle indeksi hesaplama, LDL, HDL, total kolesterol, trigliserit ve kan glukoz düzeyi için tarama yapmakta ve konuyla ilgili önerilerde bulunmaktadır. Gerekirse, konsültasyon sonrası hastalar tedavi eden doktora yönlendirilmektedir. Eczaneler ayrıca beslenme konusunda öneride bulunabilir ve sigarayı bırakmada yardımcı olabilirler. Tüm hizmetlerin bedeli hastaların kendileri tarafından ödenmektedir.

Bavyera Eczacılar Odası, Temmuz 2007'de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Bilim Enstitüsü'nü (WIPIG) kurmuştur. Amaç, toplumda ve politikada koruyucu sağlık fikrini yaymak ve yeni koruyucu konseptler geliştirmektir. Bunun için Enstitü, eczacılar için çeşitli eylem paketleri, bilgi materyalleri, eğitim ve yayınlar hazırlamıştır. Ayrıca, eczanelerin hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki olanakları incelenmiştir.

4.4.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Düzenli olarak üçten fazla reçeteli ilaç alan her hastanın bir ilaç planına sahip olma hakkı vardır. Ülke genelinde aynı olan bu plan, ilgili pratisyen hekimler tarafından kağıt formda çıkarılır. Hasta reçetesiz ilaçları bir eczaneden satın alırsa, eczacı ilaç planını (ayrıca el ile) gerekirse kendi bakış açısına göre güncelleyebilir.

Her reçete için, reçete edilen ilaçların etkileşimleri eczane yazılımı kullanılarak kontrol edilir.

Kontrendikasyonlar varsa, reçeteyi yazan doktorla birlikte çözülür. Daha kapsamlı hizmetler, Federal Eczacılar Odası'nın ilgili kılavuzunda açıklanan ilaç analizi ve ilaç yönetimidir.¹ İlaç analizi, ilaçla ilgili açık ve olası sorunları değerlendirir, bu sorunlara olası çözümler geliştirir ve hasta ve ilgili hekimle bir anlaşma yapar. İlaç yönetimi için bu aktivite sürekli olarak gerçekleştirilir. Hedefler ilaç risklerini en aza indirgeyip ilaç tedavisinin etkililiğini artırmaktır.

4.4.3.1 Alman serbest eczanelerinde ilaç planlarında saptanan uyuşmazlıklar

Bir ilaç güvenliği kursuna katılanlar, serbest eczanelerde ilaç incelemeleri sırasında hastalarının ilaç planlarını değerlendirmiştir. Uyuşmazlıklar fazla veya eksik olan ilaçlar, reçeteli ilaçların dozlarında ve isimlerindeki hatalar ve reçetesiz ilaçların eksik veya fazla olması olarak tanımlanmıştır. Hastaların yüzde sekseninin tedavi planı sadece pratisyen hekim tarafından yazılmış olduğu için kullandıkları ilaçlarda uyuşmazlıklar ortaya çıkmıştır. İlaç değerlendirme hizmeti sunan serbest eczacılar, ilaç planını hastalar ve reçete yazanlar arasında merkezi bir bağlantı olarak kullanmak ve böylelikle hasta güvenliğini artırmak için önemli bir konuma sahiptir. Plandan sapmalar sıklıkla antihipertansifler (%31,4), analjezikler (%11,3) ve antidepresanlar/hipnotikler ve ayrıca lipid düşürücü ilaçlarla (% 6,7) gözlenmiştir. Başta analjezik, mineral takviyesi ve laksatifler olmak üzere toplam 433 reçetesiz ilaç listede yer almamıştır.²

4.4.3.2 WestGem projesi: İlaç değerlendirmesi için uygun hastaların seçimi

WestGem projesinde, reçete yazan pratisyen hekimin ilaç önerileri uygulamasını kabul oranları ölçülmüş, hekimlerin kabulünü etkileyen faktörler araştırılmış ve ilaç değerlendirme hizmeti için uygun hastaların seçiminde kanıta dayalı kriterler belirlenmiştir. Hasta seçiminde ilk adım, kullanılan ilaç sayısı ve ilaç muhabakatı olabilir. Tek ilaç değerlendirmesinde uzun süreli hasta bakımı tercih edilmelidir. Proje doktorlar tarafından iyi kabul görmüştür.³

4.4.3.3 ATHINA: Serbest eczanelerde ilaçların güvenliği

ATHINA, Alman serbest eczanelerinde, Almanya'daki dört eczacı odası tarafından onaylanan bir ilaç güvenliği projesidir. Hastaların sahip oldukları tüm ilaçların analizini ve ilaç ilişkili sorunlara yönelik danışmanlık hizmetini kapsamaktadır. 2012-2015 yılları arasında 241 eczacı, ortalama $10,8 \pm 3,6$ ilaçla 912 ilaç değerlendirmesi kaydetmiştir. Vakaların %75,7'sinde eczacılar ilaçla ilgili sorun için bir çözüm bulabilmiştir. Proje devam etmektedir.⁴

Geleneksel olarak Alman eczaneleri ayrıca eve teslim, gece vakti ve acil durum hizmetleri ve bireysel ilaç hazırlama (bireysel olarak hazırlanan parenteral çözeltiler, sitostatik preparatlar, metadon preparatları ve standart formülasyonlar) gibi çeşitli hizmetler de sunmaktadır.

4.4.3.4 5 GLICEMIA 2.0

WIPIG ve Erlangen-Nurnberg'deki Friedrich-Alexander-Üniversitesi, eczacılar tarafından tip 2 diyabet hastalarına yönelik ikincil ve üçüncül korumaya odaklanan, yani hastalığı erken tespit edip daha kötüye gitmesini önlemeye, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye ve semptomları azaltmaya çalışan yapılandırılmış bir program geliştirmiştir. Müdahalenin yararları ve uygulanabilirliği, randomize ve kontrollü bir çalışma olan GLICEMIA 2.0'da değerlendirilmiştir. Bu çalışmada yoğun farmasötik bakımın glisemik kontrol üzerindeki etkisi özellikle önemlidir.

GLICEMIA 2.0'ın yapısı ve içeriği, tip 2 diyabetin birincil korunmasına odaklanan bir yaşam tarzı müdahale programı olan GLICEMIA (2012-2014) kavramına dayanmaktadır.⁵ İlk sonuçların 2019'da gelmesi beklenmektedir.

4.4.4 Eğitim

Almanya'daki eczacıların eğitimi, çoğunlukla farmasötik kimya, teknoloji ve biyolojiden oluşmakta olup, 2001 yılında müfredata eklenmiş olan klinik eczacılık eğitiminin yalnızca %5'ini kapsamaktadır. Eğitimin doğal bilimlere dayalı olmasına ve eczacılıkla ilgili sürekli eğitim programlarının zorunlu olmamasına rağmen, Alman eczacılarının çoğu, bir serbest eczacı veya hastane eczacısı olarak nasıl iyi danışmanlık vereceklerini öğrenmek için lisansüstü eğitim görmektedir. Eczacı odaları tarafından BOH'ları içeren şu konulara özel kurslar düzenlenmektedir: Serbest eczacılık, beslenme, korunma ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, onkoloji eczacılığı ve geriatri eczacılığı.

Eczacı odaları ve bazı üniversiteler ilaçla tedavi yönetimi konusunda özel kurslar sunmaktadır ve bunların bazıları (örn. AIHINA, ARMIN, PHARMADHERE) bilimsel açıdan değerlendirilmektedir veya değerlendirilecektir. Bazı hastaneler, geleneksel hastane eczacılarının rolüne ek olarak, hastane servislerinde eczacılar çalıştırmaya başlamıştır.

4.4.4.1 Eczacılar için eğitim sertifikası

Eczacı odaları ülke genelinde şu konularda sertifika veren çeşitli kurslar düzenlemektedir: Astım, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, ilaç etkileşimleri, ilaç analizi ve yönetimi, palyatif bakım ve hastane servislerindeki eczacılar için ilaç yönetimi.

4.4.4.2 ApoAMTS

Almanca'da eczaneye "Apotheke" denilir, kısaltması ise "Apo"dur. Güvenli ilaç tedavisinin kısaltması AMTS'dir. ApoAMTS eczanelerinin sahipleri ve ortakları, AMTS yöneticisi olarak müfredat eğitimi almaktadır. İçerik özellikle, diyabet, astım, KOAH, hipertansiyon, kalp yetmezliği ve diğer birçok kronik hastalıkta ilaç yönetiminin hayata geçirilmesi üzerinedir. Girişim şu anda sadece bir federal eyalette (Westfalen-Lippe) yürütülmektedir. 2012'den 2018'e kadar, 1000'den fazla eczacı sertifikalarını almıştır. Yaklaşık 400 eczanede 5000 ilaç analizi yapmışlardır. Ortaya çıkan temel sorun tedaviyi günlük hayata açıkça uyarlayamamak yani ilaç tedavisine uyumun olmamasıydı. Kalite göstergeleri şu şekilde tanımlanmıştır: Dokümantasyon sistemi, standart işletme prosedürü veya kalite yönetimi kılavuzları, eczacıların ek vasıfları, hastalarla önceden ayarlanmış randevular, sonuçların hastalara açıklanması ve hastalara nihai bir ilaç tedavisi planı verilmesi.⁶

4.4.4.3 PharmAdhere çalışması

Farmasötik bakımla uğraşan eczacılar, güvenli ilaç kullanımını optimize etmek ve ilaca uyumu artırmak için becerilere ihtiyaç duyarlar. Kronik hastalıklarda

konsültasyonlarda bulunmaya odaklanan serbest eczacılar için harmanlanmış bir eğitim programı geliştirilip değerlendirilmiştir. Bu program, acil durum, tedaviye başlama, tedavinin uygulanması veya hipertansiyon, diyabet, depresyon veya antikoagülasyon gerektiren durumlar gibi sık görülen kronik hastalıkların erken tespiti için kısa müdahaleler yapmak üzere tasarlanmış, E-egitim, yüz yüze eğitim ve objektif yapılandırılmış klinik sınavlardan oluşmaktadır.

Her konsültasyon en fazla 10 dakika içinde yapılmıştır. Analitik kontrol listesinin toplamları ve e-egitimden sonra doğru cevaplanan soruların sayısı önemli ölçüde artmıştır ($p < 0.01$). Katılımcıların öz değerlendirmelerine göre yüz yüze eğitimden sonra yetkinlikte büyük bir artış olduğu görülmüş ve geri bildirimleri olumlu olmuştur. Yukarıda açıklanan yöntemleri etkili geribildirim yöntemleriyle birleştirerek, PharmAdhere çalışması gerçek zamanlı durumlarda sürdürülebilir farmasötik bakımın yapılabileceğini göstermiştir.⁷

4.4.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Federal olarak standartlaştırılmış ilaç tedavisi planı Ekim 2016'da uygulamaya konulmuştur. Öncelikle birden çok ilaç kullanan hastaları bilgilendirmek için hizmet vermektedir. Ocak 2019'a kadar olan geçiş aşamasından sonra, kağıt üzerindeki ilaç tedavisi planı elektronik sağlık kaydındaki bilgilere dönüşecektir.

Alman kanunlarına göre, elektronik sağlık kaydı 2021 yılına kadar hayata geçirilecektir. Bu, e-reçete olasılığını da beraberinde getirecektir. Şu anda, eczanelerin, internette olanların dışında, kendi doktoruna görünmemiş hastaya reçeteli ilaç vermeleri yasaktır.

Planlanan değişikliğin amacı tele-tıp uygulamalarını daha da ileriye götürmektir.

2011'de Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanan Sahte İlaçlar Yönergesi 2019 yılına kadar hayata geçecektir. Sahte ilaçların yasal tedarik zincirine girmesini engelleme girişimi "securPharm" olarak adlandırılmaktadır. Eczacılar da dahil olmak üzere, Almanya'daki farmasötik dağıtım zincirindeki tüm önemli oyuncular tarafından desteklenmektedir.

Federal Eczacılar Odası'nın, güncellenmiş "Apothekenfider" ("Eczaneni bul") uygulaması, gün boyunca, akşamları ve hafta sonları ile resmi tatillerde (acil servis için) Alman eczanelerinin yerinin bulunmasını sağlamaktadır.

4.4.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Hastanelerde hastalar için en iyi farmasötik tedaviyi belirlemek veya ilaç advers reaksiyonlarını tespit etmek için meslekler arası işbirliği yaygındır. Toplumlarda, işbirliği genellikle doktorlar reçete yazdığına meydana gelebilecek hataların ardından gerçekleşir.

Meslek dijital çağa ve diğer sağlık personeliyle daha fazla işbirliğine hazırlanmaktadır. Ocak 2018'de, iki eczacı ve bir pratisyen hekim tarafından Alman Sağlık Sektöründe Mesleklerarası İşbirliği Derneği kurulmuştur. Derneğin amacı mesleklerarası işbirliği için gerekli olan araçların geliştirilmesini desteklemektir.

4.4.6.1 ARMIN projesi

ARMIN projesi (Sachsen und Thüringen'deki Arzneimittelininitiative), Saksonya ve Thüringen'in yasal sağlık sigortası dernekleri, Sakson ve Thüringen Eczacıları Birlikleri ve ödeme yapan AOK PLUS tarafından 2018'in sonuna kadar dört yıl boyunca gerçekleştirilmiştir. Projenin amacı, ilaç tedavilerinin güvenliğini ve tedaviye uyumu artırarak ilaç tedarikinin kalitesini yükseltmek ve aynı zamanda doktorlar ve eczacılar arasındaki yakın işbirliği ile sağlık harcamalarını azaltmaktır. Sistemin çalışabilmesi için her iki sağlık mensubunun da ana yazılımında uygun modüllerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Asıl amaç birden çok ilaç alan multimorbid AOK PLUS hastalarında daha iyi bakıma odaklanmaktır. Bu proje sürecinde, elektronik ilaç planı zaten hayata geçirilmiştir. ARMIN'in ana unsurları şunlardır:

- Belli ürünler yerine etkin maddelerin reçetelenmesini teşvik eden etkin madde düzenlemesi;
- Bakımla ilgili endikasyonlar için tercih yolları sunan ilaçla ilgili bir tedavi kataloğu; ve
- Sigortalı bir kişinin kendi kendine tedavi de dahil tüm ilaçlarını analiz eden bir ilaç yönetim sistemi .

Proje henüz değerlendirilmemiştir. Projeyle ilgili daha fazla ayrıntı (Almanca) www.arzneimittelinitiative.de adresinde bulunabilir.⁸

4.4.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Alman eczacıları, "2030'da Eczacılık" adlı politika belgelerinde, geleceğin sağlık sistemi içinde eczacının rolü hakkındaki görüşlerini bildirmişlerdir.

Eczacılar, eczanede danışmanlığı geliştirmek ve ilaç mutabakatı veya ilaç kullanımını yönetimi gibi bilişsel hizmetleri genişletmek için girişimlerde bulunmuştur. Ancak bu eczane hizmetlerinin geri ödemesi henüz yapılmamıştır.

Almanya'daki en büyük sıkıntı, artan yaşlı ve multimorbid hasta sayısı ve aynı zamanda kırsal alanlarda, özellikle pratisyen hekim gibi sağlık personeli sayısının azalmasıdır.

Diğer bir konu da, reçeteli ilaçların Alman hastalarına internet üzerinden Alman olmayan eczanelerden, Alman ödeyicilerin hizmet kapsamında verilmesidir. Bu bir sorundur, zira ilaçların Alman eczanelerinde sabit fiyattan satılması gerekmektedir. Ancak diğer ülkelerde daha ucuza satılıyor olma ihtimali, Alman eczacıların kendi ülkelerinden bununla rekabet etmelerine imkan olmadığı anlamına gelmektedir.

4.4.8 Kaynakça

1. Federal Alman Eczacı Dernekleri Birliği. Leitlinien und Arbeitshilfen. <https://www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/leitlinien/leitlinien0/> [Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019]. Almanya.
2. Waltering I, Schwalbe O, Flempel G. Alman serbet eczanelerinde İlaç Tedavisi Planlarında Tespit Edilen Uyumsuzluklar. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [Klinik Uygulamada Değerlendirme Dergisi], Cilt 21, Sayı 5, Ekim 2015, Sayfa 886-892
3. Rose O, Mennemann FI, John C, Lautenschlager M, Mertens-Keller D, Richling K. ve arkadaşları. Ambulatuvar Bakım Ortamında İşbirlikçi İlaç İncelemelerinde Farmasötik Önerilerin Kabulünde Öncelik Belirleme ve Etkili Faktörler - Kümesel Randomize Kontrollü Çalışma. (WestGem-Study). *PLoS One*. 2016 Jun 2;11(6):e0156304. doi: 10.1371/journal.pone.0156304. eCollection 2016. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27253380> [Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019]
4. Seidling HM, Send AF, Bittmann J, Renner K, Dewald B, Lange D. ve arkadaşları. Alman serbet eczanelerinde ilaç değerlendirmesi- ATFUNA-projesinde belgelenen ilaçla ilgili problemlerin ve takip eden müdahalelerin post-hoc analizi. *Res Social Adm Pharm*. 24 Ekim 2016. pii: S1551-7411 (16)30206
5. Schmiedel, K. ve arkadaşları, Yaşam tarzı müdahale programı GLICE-MIA'nın tip 2 diyabet riski taşıyanlara etkileri: Kümeleşel randomize kontrollü bir çalışma. *Diyabet bakımı*, 2015. 38(5): s. 937-939.
6. Waltering I, Scheppe 2, Kurth V, Jaehde U, Hempel G. İlaç değerlendirmeleri için kalite göstergelerinin geliştirilmesi Tip 2 a. PCNE Sempozyumu 2018, Fuengirola, İspanya; Poster.
7. Laven A, Deters M, Rose O, Smaranda A, Schwender FI, Waltering I. ve arkadaşları. İlaç tedavisine uyumu artırmak için etkili farmasötik bakım müdahaleleri – Serbest eczacılar nasıl eğitilebilir (PharmAdhere Study). *IntJ Clin Pharm* (2018)40: 1317.
8. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. <https://www.arzneimittelinitiative.de/it-umsetzung/it-vertragsschnittstelle/> [Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019]. Almanya.

4.5 Hindistan

4.5.1 Yasal çerçeve

Hindistan'da serbest eczacıların rolü yavaş yavaş gelişmektedir. Şu anda eczacılar, sağlık mensubu gibi değil, daha ziyade dükkan sahipleri olarak görülmektedir.

Ülkede yaklaşık 700.000 eczane bulunmaktadır ve eczacıların bulundurulması kanunen zorunludur. Bununla birlikte, birçok eczanede, özellikle de ülkenin belirli bölgelerinde, her zaman nöbetçi eczacı yoktur.

Çok sayıda serbest eczacının eğitim düzeyi, iki yıllık bir program olan 'Eczacılık Diploması'dır.

İlaç satışı ana faaliyettir ve hasta bakım hizmetleri veya farmasötik bakım kavramı henüz oluşturulmamıştır. Hindistan Eczacılık Konseyi tarafından yayımlanan Eczane Uygulamaları Yönetmeliği 2015 (PPR 2015), eczacının sağlık hizmetlerindeki rolünün temelini atmıştır. Ancak bunun hayata geçirilme düzeyi çok düşüktür. Bu düzenlemeler uygulanırsa, eczacının hasta danışmanı olarak rolünün geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Ancak bu çok uzun zaman alabilir.

Hindistan Eczacılar Birliği (IPA) ve diğer bazı kuruluşlar sürekli olarak eczacının sağlık hizmeti verme rolünü desteklemektedir. Eczacıların BOH Ulusal Sağlık Programındaki rolünü de destekleyen IPA, konu hakkında Hindistan Hükümeti ile görüşmeler yapmaktadır. Dünyanın diyabet başkenti olan Hindistan'ın bu salgını kontrol altına alması için çaba sarf etmesi gerekir. Eczacılar erken teşhis, farkındalık, tedavi izlemi ve ilaç tedavisine uyumda rol oynayabilir. IPA yakında kanser farkındalığı ve yönlendirme konularında serbest eczacılara eğitim vermeye başlayacaktır.

Diyabet ve diğer BOH'ların yönetimindeki rollerini geliştirmek amacıyla IPA ve çeşitli Eyalet Eczacılık Konseyleri tarafından eczacılar için yürütülen eğitim programları bu alandaki çalışmalara bir örnektir.

4.5.2 Önleme

Bazı eczacılar, kan basıncı ve kan glukozu ölçümü gibi klinik ölçümler yapar ve bu durumların erken tespit edilmesine yardımcı olur. IPA'nın her yıl Ulusal Eczacılık Haftası (NPW) vardır. 2016'da NPW'nin teması "Sağlıklı Hindistan için Eczacılar: Diyabet yönetiminde eczacının rolü" idi. NPW, konu hakkında farkındalığı artırmak için Hindistan genelinde IPA, eczacılık fakülteleri, eczacılar ve eczacılık konseyleri tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.5.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Eczacının tedavi ve hastalık yönetimindeki rolü hâlâ gelişmektedir. Sadece bir avuç eczacı kan glukozu ölçümü yapmaya, broşür dağıtmaya, ilaç tedavisine uyum ve beslenme konusunda danışmanlık yapmaya başlamıştır.

4.5.4 Eğitim

Eczacılık müfredatı yardımıyla, eğitim düzeyine bağlı olarak (diploma, veya doktora derecesi) eczacılar, BOH'lar, hasta başı testleri ve klinik ölçümler hakkında bilgi edinirler.

Eyalet Eczacılık Konseyleri, Hindistan Eczacılar Birliği ve diğer bazı kuruluşlar diyabet yönetimindeki roller konusunda eczacıları eğitmek için eğitim programları yürütmektedir. İlaç şirketleri de bazen benzeri eğitimler düzenlemektedir.

4.5.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Yeni teknolojilerin kullanımı gelişmeye devam etmektedir.

4.5.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Henüz işbirlikçi sağlık hizmeti modelleri geliştirilmemiştir.

4.5.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Hindistan'da eczacıların sağlık hizmetlerindeki rolünü belirlemenin önünde çeşitli engeller ve sorunlar vardır. Şu ana kadar ne eczacılar, ne Hükümet, ne de tüketiciler/hastalar eczacıların sağlık hizmetlerindeki kilit pozisyonunun farkına varamamışlardır. Son zamanlarda, eczacıları Ulusal Tüberküloz Kontrol Programına dâhil etmek, diğer paydaşların desteğiyle IPA liderliğinde yürütülen başarılı ve ulusal ölçekte bir girişim olmuştur. Bu kamu-özel sektör ortaklığı, eczacıların halk sağlığı alanında kullanılmayan bir potansiyeli olduğunu göstermiştir.

Ülkedeki serbest eczane uygulamalarını geliştirmek üzere uygun bir ekosistem oluşturmak için geniş alan vardır. Eczacılık eğitiminin iyileştirilmesi, mevcut yasaların güçlü bir şekilde uygulanması, eczacıların rolü konusunda tüketici bilincinin artırılması ve sürekli mesleki gelişim programları, alınması gereken önlemlerden bazılarıdır. İyi Eczacılık Uygulamaları bir zorunluluk olarak hayata geçirilmelidir.

PPR 2015 henüz gerçek anlamıyla hayata geçirilememiştir.

4.5.1 Kaynakça:

- Ulusal Eczacılık Haftası 2016, <http://www.ipapharma.org/html/NPW2016.html>
- Eczacılar Ön Saflarda: TB ile Mücadelede Yeni Bir Yaklaşım, DOTS TB Eczacı Projesi, Hindistan Eczacılar Birliği Yayını, Aralık 2017. Erişim adresi: <http://www.ipapharma.org/pdf/IPA%20Pharmacists%20at%20the%20Frontlines%20%20A%20Novel%20Approach%20at%20Combating%20TB%20Report%20Insidewww.pdf>
- Eczacılık Uygulamaları Yönetmeliği 2015: Hindistan Eczacılar Konseyi tarafından yayımlandı, Ocak 2015. Erişim adresi: <http://www.pci.nic.in/pdf/Pharmacy%20Practice%20Regulations.pdf>
- Eczacılar için hasta danışmanlık kursu: <http://dic.mspsindia.org/Pages/PCCNote.aspx>

4.6 Lübnan

4.6.1 Yasal çerçeve

1997-2007 yılları arasında Lübnan Halk Sağlığı Bakanlığı (MOPH) bir Ulusal BOH Programı (NCDP) oluşturmuştur. MOPH çok sayıda dönemsel farkındalık ve koruyucu sağlık kampanyası başlatabilmiş ve paydaşları, kanser ve kardiyovasküler-metabolik hastalıklar için ulusal kontrol plan taslakları çevresinde bir araya getirebilmiştir.

NCDP'nin yerine, 2007'den sonra bakanlık kararnamesiyle aday gösterilen üyelerin oluşturduğu, hastalıklara özel bir dizi "ulusal komite" getirilmiştir.

MOPH, 1989'dan beri kanserli ve diğer ciddi hastalıkları olan hastalara ücretsiz ilaç sağlamaktadır. MOPH, aynı zamanda ülke genelinde yaklaşık 200 akredite edilmiş birinci basamak sağlık merkezleri ağı aracılığıyla, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı ve osteoartiküler hastalıklar da dahil olmak üzere kronik hastalıklar için gerekli ilaçları sağlamaktadır.

MOPH, günlük faaliyetleri yürütmek üzere tam zamanlı bir personel atayarak Ulusal Tütün Programını desteklemeye devam etmektedir.

Lübnan BOH Önleme ve Kontrol Planı (NCD-PCP) 2016-2020¹ Ocak 2016'da başlatılmıştır. Beş maddeden oluşan Lübnan Stratejik Hedefi (LSO) şunlardır

1. Sağlık dışındaki sektörlerle işbirliği
2. Halk sağlığı politikası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde BOH'ların önlenmesi

3. Sadece birinci basamakta değil, sağlık hizmetlerinin her aşamasında önleyici faaliyetler
4. BOH'lara yönelik kaliteli araştırmaların teşvik edilmesi
5. BOH'lardaki eğilimleri ve risk faktörlerini, önleme ve kontrol müdahalelerinin etkilerini izlemek için gözetim sistemlerinin geliştirilmesi

Maalesef bu plan, MOPH kapsamında çalışan birinci basamak hekimlere ve diğer sağlık hizmet sunucularına bel bağlamakta ve eczacıları hariç tutmaktadır.

Farklı MOPH kampanyaları sırasında eczacıların tek rolü, meme kanseri kampanyası veya sigarayı bırakma kampanyası gibi belirli kampanyalarla ilgili bakanlık tarafından dağıtılan posterleri sergilemektir.

MOPH aşağıdaki gibi farklı kampanyalarla halk arasındaki farkındalığı artırmaya çalışmaktadır:

- Obezite ve Böbrek Hastalıklarının Önlenmesi için Ulusal Kampanya (2017); farkındalık artırma amaçlı materyaller arasında obezite ve böbrek hastalıklarının nasıl önlenebileceği, ne yenmesi ve ne yenmemesi gerektiği hakkında bir el ilanı ve kitapçık vardır.
- Tütün Programı, Dünya Tütüne Hayır Günü (31 Mayıs 2017)
- Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi için Ulusal Kampanya (2016); farkındalık artırma amaçlı materyaller arasında kardiyovasküler hastalıkların nasıl önlenebileceği hakkında bir el ilanı ve kitapçık vardır
- Ulusal Meme Kanseri Günü

4.6.2 Önleme

MOPH eylem planlarına eczacıları dâhil etmese de, eczacılar BOH'ların önlenmesinde iki farklı şekilde rol oynamaya devam etmektedir (aşağıya bakınız).

4.6.2.1 Özel serbest eczanelerin faaliyetleri

Serbest eczanedeki en büyük sorun, eczacılar tarafından sunulan hizmetlerin ücretsiz olması ve geri ödenmemesidir. Bu nedenle eczacılar BOH'ların önlenmesi ve farkındalığı için bütün mesailerini harcayamazlar.

Yine de, eczanede aşağıdaki gibi hizmetler sunulmaktadır:

- Laboratuvar sonuçlarını okuyup hastalara ne yapacakları konusunda öneride bulunmak

- Hastalara inhaler cihazları kullanma ve insülin iğnesi yapma konusunda yardım etmek
- Multipl skleroz hastaları için derialtı ilaçları enjekte etmek (enjeksiyon tekniğini göstermek)
- Arteriyel basıncı ölçerek kalp hastalarını izlemek
- İlaçlar ve sağlık yönetimi yoluyla diyabet hastalarını izlemek

4.6.2.2 İlaç şirketlerinin faaliyetleri

İlaç şirketlerinin sponsorluğunu yaptığı kampanyalar şunlardır:

- Diyabet kampanyaları: Serbest eczanelerde ücretsiz tokluk kan glukozu düzeyi ölçmek için hastalara el ilanları ve broşürler dağıtılarak yapılan farkındalık günü. Bir hafta boyunca tekrarlanıp, sonra doktora yönlendirme.
- Kalp hastalıkları kampanyaları: Serbest eczanelerde ücretsiz kan basıncı ölçümü yapıp anormal sonuçları olan hastaları doktora yönlendirmek için farkındalık günü.

4.6.3 Eğitim

Lübnan Eczacılar Birliği (OPL) eczacıların eğitimiyle ilgilenmektedir. Sürekli eğitim kapsamında OPL, BOH'lar hakkında canlı oturumlar sunmaktadır. En son verilen kurslar şunlardır:

- Lübnan Tıbbi Onkoloji Derneği'nin eczacılara yönelik bir oturumun da yer aldığı 14. Ulusal Forumu, (1 Nisan 2017)
- Diyabet (2017)
- Astım (2017)
- Kardiovasküler hastalıklar (2017)
- Hiperlipidemi ve hipertansiyon (2017)
- Beyrut Amerikan Üniversitesi Tıp Merkezi'nin Meme Kanseri Konferansı (Şubat 2018)

4.6.4 Tedavi ve hastalık yönetimi

Kısa bir süre önce, Lübnan yasaları, hastanelere klinik eczacıları sağlık ekiplerinin birer üyesi olarak entegre etme zorunluluğu getirmiştir. Sayıları, hastane-

nin yatak sayısına bağlıdır. Bu adım, eczacıların hem hastanede kaldıkları süre boyunca hem de taburcu olmadan hemen önce hasta yönetimine daha fazla katılmalarını sağlayacaktır, çünkü bu eczacılar hastaların evlerinde alacakları tedavilerine rehberlik etmekle yükümlüdür.

4.6.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

OPL hem eczacılara hem de hastalara tıbbi tedavi yönetiminde yardımcı olmak için yeni teknolojilerin uygulanmasına yönelik adımlar atmaktadır. Aslında, OPL'nin 25. Yıllık Eczacılık Kongresi'nin 17 Kasım 2017'de yapılan açılışı sırasında "Lübnan Gelişmiş Hasta Profili" (LAPP) duyurusu yapılmıştır.

LAPP çevrimiçi platformu, daha sonraki bir aşamada ilaçla tedavi yönetim hizmetleri yoluyla hastalarını daha iyi izlemelerine yardımcı olmak için serbest eczacılar ve hastane eczacılarının ihtiyaç duydukları bilgilere erişim sağlamaktadır.

İlaç Güvenliği Çevrimiçi Platformu, serbest eczacılar ve hastane eczacıları tarafından kullanılacaktır, böylece ilaç güvenliği uygulamasındaki kilit rollerini geliştirebileceklerdir.

Aynı zamanda, MOPH, hem hastaların hem de sağlık hizmet sunucularının ihtiyaçlarını karşılamak için en yeni teknolojileri takip etmek amacıyla bir e-sağlık kaydı projesi üzerinde çalışmaktadır.

MOPH, bu projenin sağlık sisteminin geliştirilmesi için önemini göz önüne alıp, ilaçları takip ederek ve ilaçların hastalara güvenli bir şekilde ulaşmasını sağlamak için sahtecilikle mücadele etmek üzere, farmasötik ürünlerde İki Boyutlu Veri Matrisini^{2,3} uygulamaya koyacağını duyurmuştur. Pilot aşaması Ocak 2018'de, ilacı imalattan depolamaya, dağıtımına ve hastalara ulaşana kadar takip etmeyi kapsayan bir mekanizmayla bilişim sistemi üzerinde başlatılmıştır. Proje 2018 boyunca bir pilot aşaması olarak devam etmiş ve bu e-kayıt programına katılım eczacılar için zorunlu olmayıp davetle gerçekleşmiştir.

4.6.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Ne yazık ki, doktorlar sağlık sektöründe eczacılarla işbirliği yapmamaktadır. Onları sadece ilacı veren kişi olarak görüp bazen doz düzeltme veya diğer konulardaki müdahalelerini reddederler.

Lübnan'da hastaların serbest eczacıların rolüne yönelik tavrını değerlendirmek için yürütülen bir çalışmanın⁴ sonuçları göstermiştir ki:

- Lübnan'da halkın serbest eczacılara yönelik algısı ve tavrı yüksek nitelikli eczacılara rağmen kötüdür.
- MOPH, OLP ile birlikte, toplumda daha önemli bir rol oynayıp en çok güvenilen sağlık mensubu olmaları amacıyla, hastaların şikâyet ettikleri farklı konular hakkında çalışmalarını için eczacıları eğitmelidir.

- Hastanelerde hekimlerle eczacılar arasında işbirliği daha iyidir ama daha da iyi olması için bir potansiyel mevcuttur.

4.6.6.1 Kronik Bakım Merkezi

Kronik Bakım Merkezi çocukluk dönemi kronik hastalıkların -talasemi ve tip 1 diyabet- tedavisi ve takibi konusunda uzmanlaşmış bir mediko-sosyal kurumdur. Diyabet konusunda yanlış bilinenleri öğrenip düzeltmek için hastalara yardımcı olmak üzere eğitim oturumları düzenlemektedir.

4.6.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

MOPH, eczacıları sağlık programlarına dahil etmek için biraz ilerleme kaydetmelidir. Ayrıca, özellikle hastalarla sürekli temas halinde oldukları için eczacıların sağlık sektöründeki rolünün önemini vurgulamalıdır.

OPL sağlık hizmetleri yönetiminin temel taşı olarak eczacıları desteklemede önemli bir rol oynamalıdır.

4.6.8 Kaynakça:

1. Lübnan Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bakanlığı. Bulaşıcı olmayan hastalıklar: Önleme ve kontrol planı (NCD-PCP) Lübnan 2016-2020 [İnternet]. Beyrut: Halk Sağlığı Bakanlığı, 2018. Erişim adresi: <https://www.moph.gov.lb/en/view/3691/non-communicable-diseases-prevention-and-control-plan-ncd-pcp-lebanon-2016-2020>. [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2018]
2. Lübnan Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bakanlığı. Farmasötik Ürünlerde 2D Matris Barkodu Uygulamasıyla İlgili Duyuru [İnternet]. Beyrut: Halk Sağlığı Bakanlığı, 4 Aralık 2017. Erişim adresi: https://moph.gov.lb/en/DynamicPages/view_page/15109/29/announcement-regarding-the-implementation-of-2d-data-matrix-barcode-on-pharmaceutical-products. [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2018]
3. Mrad, LA. 2D barkod kullanarak farmasötik ürünlerde takip ve izleme çözümleri [İnternet]. Beyrut: Halk Sağlığı Bakanlığı, 6 Haziran 2016. Erişim adresi: https://www.moph.gov.lb/DynamicPages/download_file/3021. [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2018]
4. Iskandar K, Hallit S, Bou Raad E, DroubiF, Layoun N, Salameh P. Lübnan'da serbest eczane: Toplumsal bir bakış açısı. Pharmacy Practice [Eczane Uygulamaları], Nisan-Haziran 2017; 15(2):893. Erişim adresi: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.893>. [Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2018]

4.7 Nijerya

4.7.1 Yasal çerçeve

Nijerya Eczacılar Konseyi (PCN), ülkedeki eczacılık uygulamalarını düzenleyip kontrol etmektedir. Bu, etik ilkelerin uygulanmasını da kapsamaktadır. Bütün bunlar 1992 tarihli ve 91 sayılı PCN kararnameyi kapsamındadır.

Kanunlaşması için Meclise sunulan ve henüz devam etmekte olan bir çalışma olan Nijerya PCN Yasa Tasarısı 2016, tüm reçeteli ilaçların yalnızca eczacılar tarafından verilip satılabileceğini ve eczacıların, lisanslı bir hekim tarafından yazılmış reçete olmadan tehlikeli ilaçları veremeyeceğini öngörmektedir. Yasa tasarısı, reçeteli bir ilacın reçete olmadan hastaya satılıp satılamayacağı konusunda sessiz kalmaktadır. Ayrıca, hastalıkların yönetimi sırasında hangi özel farmasötik bakımın verilmesi gerektiği konusunda da sessizdir. Bunun anlamı, kronik ilaçların gerçek bir reçete olmadan hastaya yeniden verilebileceği ve bu nedenle de, özel girişimlerde bulunulmadığı sürece serbest eczacı tarafından uygun hasta takibi yapılmasının sınırlandırıldığıdır.

Nijerya Eczacılar Birliği'nin teknik bir kolu olan Nijerya Serbest Eczacılar Birliği (ACPN) serbest olarak çalışan tüm eczacıların birliğidir.

Nijerya'da, Tüketiciyi Koruma Kurulu ve Nijerya Tabipleri Birliği (NMA), ülkedeki hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere kabul edilebilir bir rehberin oluşturulması için bir süreç başlatmıştır. Önerilen rehber –"Hastalar Kanunu" olarak bilinir- hasta ile bakımı veren arasındaki ilişkide tüketicilerin korunmasına ilişkin hak ve ayrıcalıkları tanımlayacaktır. Bu yasa tasarısı NMA'nın girişimiyle yapılmış olup doktor-hasta bakımı ilişkisinin düzenlenmesine yöneliktir. Farmasötik bakımı destekleyen benzer bir yasa tasarısı yoktur.

4.7.2 Önleme

Nijerya'da, BOH'lar, 2014'teki DSÖ verilerine göre ölümlerin %24'ünü oluşturmaktadır.¹ Hipertansiyon, Nijerya'da en sık görülen kardiyovasküler hastalık olup 2015'te her iki cinsiyet için de görülme sıklığı %23,9'dur.² Diyabet sıklığının (açlık glukozu > 126 mg/dL) 2014 yılında %6,2 olduğu tahmin edilmektedir.³

Nijerya'da hem çocukları hem de yetişkinleri etkileyen kronik solunum hastalıkları (KSH) yaygındır. KSH'lerin ulusal prevalansı hakkında veri yoktur. Ülkede bu alandaki uzmanlar az olduğu için, bu durumlar nadiren (astım dışında) teşhis edilmektedir.

Kanser prevalansı artmaktadır ve bu problem, rutin taramanın birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmemesi ile daha da kötüleşmektedir. Nijerya'daki kanserlerin çoğunluğu çok geç evrede teşhis edilmektedir ve radyoterapi ve diğer onkoloji hizmetleri sunan çok az sayıda merkez vardır.

Sağlık Bakanlığındaki BOH masası, 2015 yılında BOH'ların önlenmesi için gerekli adımların teşvik edilmesini amaçlayan, BOH'lar hakkında Ulusal Stratejik Eylem Planı (NSPAN)⁴⁹'ü uygulamaya koymuştur. Ancak Nijerya, BOH'larla mücadelede bazı büyük engellerle karşı karşıya kalmıştır. Bunlar arasında BOH ile ilgili program ve faaliyetlerin yetersiz finanse edilmesi; BOH'ların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili mevzuat ve yasaların yetersiz uygulanması ve zayıf bir sağlık sistemi yer almaktadır.

NSPAN'ı desteklemek için, Hükümet, 2015 yılında Ulusal Tütün Kontrolü Kanunu ve BOH'ların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Ulusal Beslenme Kılavuzunu kanunlaştırmıştır.

Stratejik plan, sağlık hizmetleri pratisyenleri de dahil olmak üzere tüm paydaşların oynaması gereken rolü kabul etmekte, ancak BOH'ları önlemede serbest eczacıların gerekli faaliyetlerini belirtmemektedir. Plan, BOH'lar için olağan risk faktörlerini - örneğin tütün kullanımını, aşırı alkol tüketimini, fiziksel hareketsizlik ve sağlıklı beslenme gibi-tanımlayıp bunların kontrolünü teşvik eder ve hastalıklarla ilgili çeşitli dünya sağlık günleri için fon ayırır.

4.7.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Ülkedeki pratisyenler tarafından DPP4 inhibitörlerinin ve diğer yenilikçi ilaçların artan kullanımına rağmen hipertansiyon ve diyabet tedavisinde neredeyse tüm mevcut ilaçlar -hipertansiyon için kalsiyum kanal blokerleri ve anjiyotensin II reseptör blokerleri (genellikle bir diüretik ile kombinasyon halinde) ve biguanidler ve sülfonilüreler- kullanılmaktadır. Bununla birlikte, kanser ve solunum yolu hastalıkları için sınırlı tedavi vardır.

Nüfusun %5'inden daha azı Ulusal Sağlık Sigortası Programı kapsamındadır ve Nijerya'da sağlık harcamalarını karşılamak büyük bir sorun olduğundan, sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar yüksektir ve bu nedenle hastalar ve hatta doktorlar yenilikçi olmayan/ucuz eşdeğer ilaçları seçmeye oldukça meyillidirler.

Bu nedenle eczacılar bazen hastalar tarafından reçeteleri daha ucuz eşdeğer ilaçlarla değiştirmeye veya başka tedavilere geçmeye zorlanmaktadır. İkinci durum, doktor tarafından yenilikçi tedaviler reçete edildiğinde veya verildiğinde daha nadir görülmektedir. Reçetenin hazırlanmasının imkânsız olduğu durumlarda hastaya tedavinin değiştirilmesi için doktoruna geri dönmesi önerilir. Eczacı hastayı yeni reçete edilen bir ilacı satın almaya ikna ettiğinde, sonraki reçeteyi tekrar alamayacakları için ilacı bırakma riski genellikle daha yüksektir, zira serbest eczacıların kronik ilaçlar için reçeteyi değiştirme yetkileri sınırlıdır.

4.7.4 Eğitim

Serbest eczacılara lisans öğretiminin ötesinde belirli bir eğitim verilmemektedir. Bununla birlikte, üniversitede eczacılık müfredatının bir kısmı, klinik ortamda karşılaşılabilecek çeşitli hastalıkları ele almayı amaçlayan bazı klinik eczacılık derslerini içermektedir.

Serbest eczacılar, eczacılık fakültesinde edindikleri temel bilgilere, daha sonra kendi kendilerine aldıkları eğitimlere ve BOH'lar ve diğer hastalıkların yönetimiindeki son yaklaşımlara ayak uydurmak için ilaç şirketlerinin verdiği güncel kurslara güvenirlir. Bununla birlikte, eczacılar neredeyse sadece reçete hazırlayan kişilerdir.

4.7.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Yukarıda belirtildiği gibi, Nijerya'da BPharm seviyesindeki bir eczacının eğitimi genellikle rutin tanı araçlarının kullanımını kapsamaz. Bazı okullarda PharmD programına geçilmesi ve eczacılık eğitimindeki gelişmeler sayesinde serbest eczacılar tanı araçlarının nasıl kullanılacağı hakkında bilgi edinmişlerdir. Bununla birlikte, bu hâlâ yetersiz bir düzeydedir ve bu nedenle de serbest eczacılar tarafından BOH'lara yönelik verilen farmasötik bakımı standart değildir ve her serbest eczacı ancak fırsat verildiğinde yeni bir şeyler yapmaya çalışmaktadır.

Nijerya'da ülkedeki farmasötik bakım uygulamasının ön saflarında olduğu düşünülen bazı eczaneler vardır. Daha iyi bir bakım talep eden ve daha bilgili, orta-üst sınıf hastalara hizmet sunmak için en son nokta olarak kabul edilirler. Bu eczane zincirleri tarafından sağlanan hizmetler arasında, astım destek hizmetleri, vücut kitle indeksi hesaplama, kan glukozu testleri, kan kolesterol testleri, kalp sağlığı kontrolleri vb. yer almaktadır; ancak hizmetler bunlarla sınırlı değildir. Bunlar, hastalara ücretsiz veya sembolik bir ücret karşılığında sunulmaktadır.

Ayrıca, birçok serbest eczane, bu testleri yapmak için temel ila yarı gelişmiş yöntemler kullanan laboratuvarlarla yakın çalışır. Yine, çokuluslu şirketler, medikal ve tanı cihazları satın almak için hibe sağlamak ve bu araçların kullanımı konusunda eğitim vermek suretiyle eczacıların ve laboratuvarların bilgi ve kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır.

4.7.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Nijerya'daki hekim-hasta oranı kimden alıntı yapıldığına bağlı olarak değişmektedir, ancak NMA'ya göre, oran yaklaşık 1: 4.000 hastadır. Bunun anlamı, hekim düzeyinde hastalara uygun bakım verilmediğidir ve bu açığı kapatma sorumluluğu eczacılarınadır.

Hastaların, tarif edilen semptomlara dayanarak yönlendirilebilecekleri bir pratisyen hekim sevk aşına sahip bazı serbest eczanelerden (ACPN aracılığıyla) söz edilmektedir, ancak bu henüz kavramsallaştırılmamıştır.

Bazı serbest eczaneler, hastalara daha fazla bakım sunarak kendilerini farklılaştırmaya çalışmışlardır, ancak bunun Nijerya'da nasıl yapılacağına dair bir düzenleme yoktur.

Serbest Eczane Eylemi (COPA) girişiminin ortaya çıkmasıyla birlikte Nijerya'da serbest eczacılık uygulamalarında yeni bir gelişme yaşanmıştır. Bu, belirlenmiş standartlara uygun tesislerin derecelendirilmesi amacıyla farmasötik bakımda mükemmelliği ve en iyi uygulamayı teşvik etme yönünde ACPN'nin bir girişimidir.

PCN ve ACPN'nin tasarladığı ve üzerinde anlaşılan standartları kullanarak ve Nijerya Howard Üniversitesi Küresel Girişimi'nin teknik desteğiyle, komite tarafından derecelendirilen tüm serbest eczanelere COPA Merkezi markası verilecektir. Üç COPA Merkezi kategorisi olacak ve düzey 3, en yüksek puan olup en çok hizmet veren merkeze verilecektir ki bu, hazır müstahzarı olmayan ilaçların yerinde hazırlanmasını da kapsamaktadır.

Pilot çalışma, Lagos'ta üç eczaneye başlamıştır. Sonuçlar değerlendirilmektedir ve aşamalı olarak Nijerya'nın geneline yayılması için ACPN'in genel kuruluna sunulacaktır.

Bununla birlikte, eczacının yeni ilaçları iyi koşullarda saklamasının ötesinde, hastalıkların farmasötik bakımına özgü hiçbir parametre yoktur.

Bunu destekleyen hiçbir Hükümet politikası da bulunmadığından, COPA dereceli olmamanın bir yaptırımı yoktur. ACPN üyelerinin toplum uygulamalarını artırmak için çaba göstermeleri istenmektedir, çünkü markalaşmanın yararları, hastaların markalı olmayan kuruluşlara karşı COPA markalılarına yönelmeleri için bir çeşit kamuoyu farkındalığı yaratacaktır.

4.7.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar;

Yukarıda ele alınan engeller ve zorluklar dışında aşağıdakiler de bulunmaktadır:

- BOH'ların yönetimi ve önlenmesinde mevcut trendler hakkında bilgi eksikliği;
- Serbest eczacıların hizmetlerinde yenilik/değişiklik yapma konusunda isteksizlik;
- Düzenleyici makamların farmasötik bakıma odaklı ve işe yarar bir politikalarının olmaması;
- Hasta akınıyla başa çıkabilecek işgücü eksikliği;
- Kalabalık hasta bakımı için sınırlı zaman; ve
- Altyapı eksikliği —mekan, tıbbi cihazlar, tıp kitapları vb.

4.7.8 Kaynakça

1. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) Ülke Profilleri - Nijerya [İnternet], Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2014. Erişim adresi: http://www.who.int/nmh/countries/nqa_en.pdf?ua=1 [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
2. Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Sağlık Gözlemevi, Yüksek kan basıncı (SBP > 140 VEYA DBP > 90), yaşa göre uyanmış (%), Ülke tahminleri [İnternet], Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2017. Erişim adresi: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2464ESTSTANDARD?lang=en>. [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
3. Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Sağlık Gözlemevi, Yüksek açlık kan glukozu (> 7.0 mmol/L veya ilaç kullanımı) (yaşa göre uyarlanmış), Ülke tahminleri [İnternet], Cenevre: Nijerya, 2017. Erişim adresi: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NCDRGLUCA?lang=en> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018] medication)(age-standardized), Estimates by country [İnternet]. Geneva: World Health Organization, 2017.
4. Nijerya Hükümeti Sağlık Bakanlığı. BOH'lar Hakkında Ulusal Stratejik Eylem Planı (NSPAN) [İnternet]. Abuja: MoH Nijerya, 2015. Erişim adresi: <https://www.medbox.org/nigeria-national-strategic-plan-of-action-on-prevention-and-control-of-non-communicable-diseases/download.pdf>. [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]

4.8 Portekiz

4.8.1 Yasal çerçeve

2007'de Portekiz yasaları eczaneler tarafından sağlanan ve eczacıların halk sağlığına katılımını güçlendiren hizmetlerin kapsamını genişletmiştir. Bilgilendirme kampanyaları, sağlık eğitimi programları, tarama faaliyetleri, farmasötik bakım programları, ilk yardım hizmeti, evde bakım desteği, ilaç ve aşı uygulaması gibi çeşitli hizmetler bu kapsama dâhil edilmiştir.¹

Nisan 2018'de eczaneler tarafından sunulabilecek hizmetler, 9 Nisan tarihli ve 97/2018 sayılı hükümet kararnamesiyle bir kez daha güncellenmiştir. Yeni yönetmelikle serbest eczanelerde eczacılık hizmetleri, sağlık ve refah hizmetleri tanımlanmış ve beslenme danışmanlığı, bakım hizmetleri, HIV, hepatit B ve hepatit C tespiti için yapılan hasta başı testleri, otomatik doz hazırlama, ilaç tedavisine uyum ve tedavi yönetimi gibi yeni faaliyetler eklenmiştir.²

Portekiz hükümeti ve sağlık otoriteleri farklı alanlarda BOH politikaları, stratejileri ve eylem planları geliştirmektedir: kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları, diyabet, obezite, tütün ve çok yakın geçmişte diyet ve tuz tüketimi. Bu faaliyetler sadece eczacılara özgü olmasa da, onlar da katılabilirler ve bu hedeflerle uyumlu stratejiler geliştirebilirler.³

Portekiz eczaneleri, eczacıların uzmanlıklarından yararlanabilecek faaliyetler geliştirmek için hükümet, sağlık birimleri ve diğer sağlık mensuplarıyla daha fazla ilişki kurmaya çalışmaktadır.

Ocak 2017'de, Ulusal Eczaneler Birliği (ANF) ile USF-AN (Aile Sağlığı Merkezleri Birliği) arasında toplumun sağlık durumunu iyileştirmek üzere, eczacıları, aile hekimlerini (pratisyen hekimler) ve hemşireleri kapsayan, ortak birinci basamak sağlık hizmeti faaliyetlerinin çerçevesini tanımlamayı amaçlayan bir bildiri imzalanmıştır. Anlaşmanın amaçları, sağlık mensupları arasında multidisipliner işbirliği sağlamak ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak için serbest eczaneleri birinci basamak sağlık hizmetleri ağına daha fazla entegre etmektir.

Kapsam, sağlık okuryazarlığı, dördüncül koruma (fazla ilaca maruz kalma riski altındaki hastaları belirlemek için tıbbi reçetelerin gözden geçirilmesi), hastalıkların önlenmesi (diyabet, obezite), sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi ve öz bakımı (kronik tedavi, diyabet yönetimi) içermektedir.

Şubat 2017'de, Sağlık ve Maliye Bakanlıkları, ulusal sağlık politikası kapsamında ve Portekiz Ulusal Sağlık Sisteminin güçlendirilmesi amacıyla, eczanelerin müdahalesine yönelik yeni çerçevenin hayata geçirilmesi için ANF ile bir anlaşma imzalamıştır.

Anlaşmada eczanelerin halk sağlığı hizmetlerine müdahalesi ve diyabet, grip aşısı, özellikle de tedaviye uyumla birlikte ilaçların akılcı kullanımı ve tedavi yönetimi gibi alanlarda deneysel programlar öngörülmektedir. Eczanelerin halk sağlığıyla ilgili müdahaleleri maliyet-etkili olmalıdır. Bu nedenle anlaşma ayrıca, bir deneme süresinin sonuçlarına ve eczanelerin yapacağı sağlık müdahalelerinin etkililik, kalite ve ekonomik yönden değerlendirmesine dayanarak hizmetlerin verilmesi ve finanse edilmesi için bir çerçeve sözleşme öngörmektedir. Test edilecek ilk projelerden biri, Aralık 2016'da başlayan, antiretroviral ilaçların serbest eczaneler tarafından verilmesiydi. Bazı onkoloji ilaçları gibi diğer tedavi alanları, hastaların çıkarlarına ve sağlık önceliklerine göre dâhil edilebilir. Eczanelerin müdahaleleri, şu anda Portekiz'de yürürlükte olan sağlık teknolojisi değerlendirme süreci kapsamında değerlendirilecektir. Ulusal sağlık otoriteleri tarafından tanımlanacak bir protokolle, eczaneler gerçek bağlamda, yani güvenlik ve etkinlik kapsamında bir kanıt ağı sağlayarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesine katkıda bulunacaklardır,

Mart 2017'de, ANF ve Portekiz Hemşireler Derneği, bazı bakım hizmetlerinin Portekiz eczanelerinde nasıl sunulabileceğini incelemek amacıyla bir işbirliği anlaşması imzalamıştır. Bu profesyonel sağlık hizmeti işbirliği hemşirelik bakımının eczanelere entegrasyonunu, gerekli düzenlemeleri ve bu müdahalelere halkın güvenini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Anlaşma ayrıca, ağ içindeki eczanelerin hemşirelik bakımının ülke geneline yayılmasına nasıl yardımcı olabileceklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

4.8.2 Önleme

Eczanelerin önleme konusundaki müdahaleleri şunları içermektedir:

- Semptomlara ve hasta başı testlere (VKİ, kan basıncı, glukoz, kolesterol) göre hastanın durumunun değerlendirilmesi;
- Sağlıklı yaşam tarzı önerileri; ve
- Hasta başı testlerinin sonuçlarına bağlı olarak protokollere dayanan mesleki müdahaleler, ve gerektiğinde hekime yönlendirme.

4.8.2.1 Kasım 2015'teki Portekiz koruyucu hizmetler kampanyası: Dünya Diyabet Ayı

Portekiz'in diyabetle mücadele kampanyası, serbest eczacılar aracılığıyla hastaların etkili bir korunma ve erken tanı hakkında bilgilendirildiği bir programdır. Eczacıların rolü, insanları eczanede Findrisk testini (Uluslararası Diyabet Federasyonu) tamamlamaları için cesaretlendirmek, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek ve risk skor sonuçları 15 puanın üzerinde olanları doktora yönlendirmekten ibarettir. Findrisk testi eczane yazılımına entegre edilerek sonuçlar otomatik olarak hesaplanmıştır. Kampanyaya toplam 295 eczane katılmış, 225'i ANF'ye veri göndermiştir. Toplamda 7007 yetişkin katılmıştır, bu da eczane başına ortalama 31 yetişkine denk gelmektedir. Bunların %24'ü önümüzdeki 10 yıl içinde yüksek veya çok yüksek tip 2 diyabet geliştirme riski taşıdığı için doktora yönlendirilmiştir.⁴

4.8.2.2 Kalp değerlerinizi öğrenin: Portekiz serbest eczanelerinde sağlık kampanyası

Mayıs 2010'da altı gün boyunca ülke çapında "kalp değerleri" adlı bir farmasötik müdahale gerçekleştirilmiştir. Kampanya, vücut kitle indeksi, bel çevresi, kan basıncı ve total kolesterolü ölçüp kardiyovasküler riski hesaplayarak (SCORE yöntemi-Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi: 10 yıllık ölümcül kardiyovasküler hastalık riski) hedef hastaları belirlemeyi ve hedef değerlerin üzerinde olan tüm hastaları doktorlarına yönlendirmeyi amaçlamıştır. Girişimin sonuçları ve katma değeri:

- 1380 eczane katılırken (ANF üyelerinin %50,4'ü) 412'si verileri ANF ile paylaşmıştır;
- 412 eczanede 12.930 kişiye hasta başı testi önerilmiştir;
- Katılımcı hastaların %44,9'unun önümüzdeki 10 yılda ölümcül bir kardiyovasküler olay geliştirme riski vardı;

- Hipertansiyon ve hiperlipidemi için ilaç tedavisi alan hastaların büyük bir bölümünün kan basıncı ve total kolesterol değerleri hedeflenen değerlerin üzerinde çıkmıştır (140/90 mmHg ve 190 mg/dl); ve
- Kan basıncı (%37,6) ve total kolesterol (%65,4) değerleri yukarıdaki referans değerlerin üstünde olan hastaların büyük bir bölümü hiç bir farmakolojik tedavi görmemişti.⁵

4.8.2.3 Ulusal sigara bırakma kampanyaları: Portekiz eczaneleri sigara içenlerin bırakmasına yardımcı oluyor

Eczacıların sigara bırakma kampanyasında yapmış oldukları müdahaleler, sigarayı bırakmak isteyen hastaları belirlemek, karbon monoksit ve bağımlılık düzeylerini izlemek, tüm bilgilerle birlikte bir bırakma planı geliştirmek, zaman geçse de sigarayı bırakma durumunun devamlılığı için destek olmak ve gerektiğinde reçetesiz ilaçlar önermekten ibarettir. Mayıs ve Eylül 2006 arasında sigarayı bırakmaya karar veren 18 yaş ve üstü bireyler kampanyaya katılmaya davet edilmiş ve eczaneler Kasım 2006'ya kadar ANF ile veri paylaşmıştır. Girişimin sonuçları şöyledir:

- Sigara içen 1202 kişi bırakmaya istekli olduğunu belirtmiştir ve 162 eczanede kendilerine sigara bırakma hizmeti teklif edilmiştir;
- Ortalama yaş 41'di (CI %95: 40.6-42.1);
- Kişiyle ilk görüşme ile bırakma günü arasındaki süre dört gündü;
- İlk üç ayda sigara içmemeye devam edenlerin oranı %69,3 (CI %95: %64,3- %74,2) olmuştur; ve
- Başarı oranı %19,1'dir⁶

4.8.2.4 Eczacıların kasdiyovasküler hastalıklar konusundaki farkındalığa ve değerlendirmeye yönelik müdahaleleri

Portekiz'deki serbest eczaneler, KVH'lerin önlenmesini, risk altındaki veya tanı konmamış kişilerin zamanında tespit edilmesini ve tedaviye uyumun izlenip artırılmasını amaçlayan sürekli müdahalelerin olduğu bir hizmeti hayata geçirmişlerdir.

Kampanya, Mayıs 2016'da, değiştirilebilir risk faktörlerini (dislipidemi, hipertansiyon, obezite ve sigara içme gibi) dikkate alarak kardiyovasküler risk faktörleri konusunda farkındalığı arttırmayı ve yüksek risk altındaki bireyleri tespit edip etkili kontrol için önlemler almayı hedeflemiştir.

Katılımcılara yaşam tarzları ve kişisel ve ailevi kardiyovasküler hastalık öyküsü hakkında sorular sorulmuştur. SCORE (Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi) hesaplamak için katılımcılar fizyolojik, biyokimyasal ve antropometrik para-

metrelerini ölçtürmüşlerdir. Toplanan bilgilere dayanarak, eczacı her katılımcıya bireysel danışmanlık hizmeti vermiştir.

Girişimin sonuçları ve katma değeri şunlardır:

- 1268 kişi değerlendirilmiştir;
- %12'si (n=154) sigara içiyordu;
- Katılımcıların %48'i (n=602) ve %45'inin (n=564) sırasıyla total kolesterol ve sistolik kan basıncı değerleri referans değerlerinin üzerinde çıkmıştır;
- %73'ünün vücut kitle endeksi yüksek çıkmıştır.
- 40 ila 65 yaş arasındakiiler (n=634) için SCORE değeri hastaların %59'unda (n=367) KVH için ortalama bir risk, %4'ünde (n=25) yüksek risk ve %12,4'ünde (n=77) çok yüksek riske işaret etmiştir; ve
- 102 katılımcı Beslenme Hizmetine ve 27 katılımcı da Farmasötik Konsültasyon Hizmetine yönlendirilmiştir.⁷

4.8.2.5 Serbest eczacıların kronik obstrüktif akciğer hastasının eğitimindeki rolü: Farkındalık kampanyası ve spirometri testleri

KOAH Farkındalık Ayının bir parçası olarak, Kasım 2014'te, Portekiz'de 82 serbest eczaneden oluşan bir grupta hastalık hakkında bir farkındalık kampanyası gerçekleştirilmiştir. Kampanyada, KOAH semptomları konusundaki farkındalığı artırmaya, KOAH'ın ciddi ancak önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu anlayışını artırmaya ve risk altındaki insanları spirometri testi yaptırıp doktorlarıyla konuşmaları için cesaretlendirmeye çalışılmıştır. Belirtileri saptamak ve kardiyopnömologlar tarafından eczanede belirli günlerde yapılan spirometri testlerine aday kişileri seçmek için eczacılar, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi (GOLD) tarafından geliştirilen "KOAH Olabilir mi?" anketini uygulamıştır.

Başlıca sonuçlar şunlardır:

- İki ay içinde (Kasım ve Aralık 2014); 118 eczanede 1177 spirometri testi yapılmıştır,
- Verisine ulaşılabilen (n=708) katılımcıların %58,9'u (n=417) aktif sigara içicileriydi; ve
- Katılımcıların %36,1'i (n=421) hekime yönlendirilmiştir

Takip konsültasyonları 2014 ve 2015 yıllarında gerçekleştirilmiştir. 207 hasta bir ilaç yönetimi hizmetine (farmasötik bakım danışmanlığı) kaydedilerek inhalasyon teknikleri hakkında kendilerine pratik bilgiler verilmiştir.⁸

4.8.2.6 Serbest eczanelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanınması ve kontrolü

Eczacıların KOAH tarama ve kontrol girişimindeki müdahalesi, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi (GOLD) anketinin eczanede uygulanmasından ibarettir. Eczacı, ilaçların doğru, etkili ve güvenli kullanımı, hastalık yönetimi ve tedaviye uyumun izlenmesine yönelik bir farmasötik bakım sunmuştur. Eczacı müdahalesinin yer aldığı bu model kapsamında, yaşam tarzı, tütün kullanımı ve eşlik eden hastalıklar değerlendirilmiştir. Eczacı, hastaların ihtiyaç duyduğu hastalık kontrol derecesini belirlemek için Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Ölçeği (mMRC) adlı anketi uygulamıştır.

Başlıca sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Erken tanı

- GOLD için uyarlanan 832 anket neredeyse iki yıl boyunca (Temmuz 2015 ila Haziran 2017 arasında) 81 eczanede yapılmıştır;
- Katılımcıların %43'ünün (n=361) üç veya daha fazla risk faktörü vardır; ve
- Katılımcıların %33,3'ü (n=277) bir hekime veya diğer eczacılık hizmetlerine yönlendirilmiştir.

Farmasötik bakım

- KOAH olan 393 hasta neredeyse iki yıl boyunca (Temmuz 2015 ila Haziran 2017 arasında) 73 eczanede hastalık kontrolü için değerlendirilmiştir;
- %77,9'unun (n=306) mMRC puanları sıfırdan büyüktür;
- 387 hasta solunum fonksiyon testi yaptırmıştır ve %29,3'ünde FEV1/FVC<0.702'dir;
- Katılımcıların %43,8'i bir hekime veya diğer eczacılık hizmetlerine yönlendirilmiştir; ve
- 200 hastada inhaler tekniği değerlendirilmiştir ve %31'inin (n=62) cihazı doğru kullanmadığı ortaya çıkmıştır.⁹

4.8.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Eczanelerin tedavi ve hastalık yönetiminde yapmış oldukları müdahaleler aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- Hasta başı testlerine dayanarak hastaların değerlendirilmesi;
- Doğru inhaler tekniği, insülin uygulaması ve kendi kendini izleme cihazları konusunda danışmanlık dâhil tedavi yönetimi; ve
- Hastalık yönetim programları (kardiyovasküler hastalıklar, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyabet).

Bu müdahaleler, ilaçların uygulanmasıyla (örneğin, enjeksiyonlar) veya diyetisyenler (diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalıklar için önemli bir yaklaşım) gibi diğer uzmanların kullanılmasıyla bütünleştirilebilir.

4.8.3.1 Serbest eczanelerde farmasötik bakım hizmetinin uygulanması: Bir yıllık faaliyetin değerlendirilmesi

Eczacıların müdahaleleri, şu hastalıklardan biri veya daha fazlası için ilaç tedavisi alan hastalara odaklanmıştır: hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Bu çalışmada tedaviye uyum, kan basıncı, glisemi, total kolesterol, trigliserit, ilaçla ilişkili sorunlar, eczacı müdahaleleri ve hasta memnuniyeti gibi çeşitli sonuçlar analiz edilip değerlendirilmiştir.

Başlıca sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- 125 hasta farmasötik bakım hizmetine dahil edilmiş ve kullanıcı başına ortalama $2,81 \pm 0,5$ ziyarete karşılık gelen 351 randevu verilmiştir;
- Hastalar, hipertansiyon (118), dislipidemi (106), diyabet (81), KOAH (7) ve astım (3) dâhil olmak üzere ortalama 3.21 ± 1.03 hastalık bildirmiştir.
- "Tedaviye uyumlu olmayan" hasta yüzdesi: Astım %56; dislipidaemi %30; hipertansiyon %5; diyabet, %25; diğer hastalıklar, %21'di.¹⁰

4.8.3.2 Serbest eczanede yeni ilaç hazırlama: Telefonla takip pilot testinin sonuçları

Lizbon'daki (Portekiz) bir serbest eczanede iki ay (Kasım ve Aralık 2014) boyunca gerçekleştirilen uygulama tabanlı bir farmasötik müdahale çalışmasına, reçetesinde yeni bir ilaç veya yeni bir tedaviyle gelen hastalar alınmıştır. Takip için daha sonra hastaya telefonla ulaşılmıştır.

Eczane ekibine iyi dağıtım (ilacın sunumu) uygulamalarını yapabileceği gerekli becerileri kazandırmak amacıyla (her ilaca ilişkin sözlü ve yazılı bilgilerin sunulması da dahil) çalışmanın başlamasından bir ay önce bir eğitim faaliyeti düzenlenmiştir.

Mesleki müdahale, hasta kaydı ve izlem bilgileri için SIFARMA yazılım desteği kullanılmıştır. Başlıca sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Başlangıçta belirlenmiş olan 84 hastanın 61'i kaydolmuştur;
- 100 ilaç verilmiştir;
- İlacın verilmesinden ortalama sekiz gün sonra 91 telefon görüşmesi yapılmıştır;
- Hastaların %96'sı tedaviye uyumlu olduğunu bildirmiş; ancak tedavi rejimlerini anlık olarak tanımlayamamışlardır;
- %55'i semptomlarında iyileşme olduğunu bildirmiştir;
- %43'ü iyileşme hissetmediğini bildirmiştir;
- %15'i yeni semptom bildirmiştir;
- %20'si ilacı kullanmaya başladıktan sonra bazı kuşkuları olduğunu bildirmiştir; ve
- Telefon takibinin, hastaları izleme, uyumu artırma, ek bilgi gereksinimlerini karşılama, zorluklarla başetmek için yardımcı olma ve ilaçların güvenliğiyle ilgili durumları çözmeye yararlı bir prosedür olduğu kanıtlanmıştır.¹¹

4.8.3.3 Portekiz serbest eczanelerinde alerjik rinit ve astım kontrolünün değerlendirilmesi

Eczacılar, kontrolsüz alerjik rinit ve astımı (ARA) olan hastaları belirleyip erken tanıya yönlendirebilirler ki bu, hastaların hastalıkları hakkındaki bilgilerini değiştirmek ve ARA sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir ilk adımdır.

Portekiz'de Covilha kasabasının eczanelerinde bir araştırma yapılmıştır. 18 ila 70 yaşları arasında olup reçetesindeki ARA ilacını almak üzere eczaneye gelen katılımcılardan, Alerjik Rinit ve Astım Kontrol Testi (CARAT) anketini cevaplamaları istenmiştir. CARAT, ARA'nın kontrolünü, 0 (en kötü) ile 30 (en iyi) arasında değişen hastalık kontrol puanlarıyla değerlendiren onaylanmış bir ölçektir.

224 katılımcının, ortalama CARAT puanı 19'dur (ortalama = 17.8 ± 5.1) ve katılımcıların %87'si kontrolsüz hastalık olduğunu gösteren 25 puanın altında bir puan almıştır.

Kadın katılımcılar, yaşlılar ve daha az okul eğitimi almış olanlar, anlamlı ölçüde düşük hastalık kontrolünü yansıtan puanlar almışlardır.¹²

4.8.3.4 KOAH olan yaşlı hastalarda inhaler tekniği: Eczacıların müdahalesi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalar için eczane tabanlı bir müdahale programı, Portekizli eczacıların inhalasyon tekniklerini etkili bir şekilde iyileştirebileceğini göstermiştir.

Eczacı müdahale modeli şunları kapsamaktadır:

- İlk reçetede ve her reçete tekrarında inhaler tekniğine ilişkin sözlü talimatlar;
- Mevcut olan her cihaza göre düzenlenmiş bir kontrol listesine dayanarak hasta inhaler tekniğinin yılda en az iki kez değerlendirilmesi;
- Pratik açıklamalar, plasebo inhaler cihazları ve broşürler kullanarak inhaler tekniğindeki hataların tespit edilip düzeltilmesi;
- Gözlemlenen hataların düzeltilmesi için eğitimli eczacılar tarafından plasebo inhaler ile yapılan uygulamalı demonstrasyonlar;
- Reçete tekrarı için SMS ile hatırlatmalar ve/veya İnhaler tekniğinin değerlendirilmesi talebi; ve
- Bakıcılar için inhaler tekniğiyle ilgili talimatlar ve eğitim

Müdahalelerin sonuçları şöyledir:

- 57 eczanede 344 hasta katılmıştır
- Hastaların %80'inden fazlası Spiriva HandiHaler kullanıyordu ve yaklaşık %10'u Spiriva Handihaler veya Spiriva Respimat'I ilk kez kullanıyordu (vaka kullanıcıları). KOAH tanısından hastaların programa girişine kadar geçen süre ortalama 8,6 yıldır;
- Çalışmaya alınma esnasında en sık gözlemlenen hata her iki cihaz için de nefesin tamamen dışarı verilmemesiydi;
- Planlı üç ziyareti de tamamlayan hastaların (n = 198) doğru aşama skorları anlamlı bir şekilde artmıştır (Spiriva HandiHaler için %74,5 ila %94,6 ve Spiriva Respimat için %71,9 ila %96,2) (p <0,0001);
- Nebulizasyonu tekrarlamamak her iki cihaz için en sık rastlanan hataydı;
- İnhalasyon tekniği performansının son puanı, çalışmaya alındıktan üç ay sonra ve beş ay sonra anlamlı şekilde daha yüksekti (p <0.0001); ve
- Beşinci ayda ulaşılan puanlar >%95'ti ve eczanelerde yapılandırılmış bir müdahalenin ardından doğru performansa ulaşmış olmanın bir göstergesi olarak kabul edilebilir.^{13,14}

4.8.3.5 Yaşlı nüfusta ulusal ilaç değerlendirmesi kampanyası: Portekiz Eczaneleri ilaç poşetini kontrol ediyor

“İlaç poşeti” kampanyasının amacı yaşlı hastalarda ilaçların doğru, etkili ve güvenli kullanımına katkıda bulunmak ve eczacılar arasında ilaçla tedavi yönetimi ilkelerine dair farkındalığı artırmaktır. Hastalar tüm ilaçlarını getirmeye davet edilmiş ve ilaç değerlendirmesi için randevu verilmiştir. Müdahalenin sonuçları ve katma değeri aşağıdaki gibidir:

- Kampanyaya 1487 eczane katılmıştır, 507’si (%33,6) 5008 hastanın verilerini ANF ile paylaşmıştır;
- Çalışma örnekleme, çoğu (%92,3) sadece reçeteye satılan 39.504 ilaçtan oluşmuştur;
- Hasta başına düşen ilaç sayısı 7,3’tür ve hastaların %25’i 10 veya daha fazla ilaç kullanmaktadır; sonuçlar daha önceki çalışmalarla aynıdır;
- İlaç değerlendirmesi hastaların %46,8’inde problem olduğunu ortaya çıkarmıştır, problemler daha ziyade 10 ve daha fazla ilaç kullananlar alt grubundadır; ve
- Tespit edilen başlıca problemler kötü uyum (%22,1), kendi kendine ilaç kullanma problemleri (%21,6), olası advers ilaç olayları (%13,2), kasıtsız ilaç duplikasyonu (%11,6) ve süresi geçmiş ilaçlardır (%7,3)

Eczacılar, 933 hastayı (%21.3) ileri tetkikler için doktorlara yönlendirmiştir. İlaç sayısı, ilaçlarla ilgili sorunlar için öngördürücüdür ($p < 0.0001$).¹⁵

4.8.3.6 Diyabet yönetim programı

En az bir antidiyabetik ilaç kullanan ve sıklıkla kan glukozu değerleri yüksek çıkan diyabet hastaları, eczacılar tarafından çalışmaya dâhil edilmiştir. Eczacılar ilaç tedavisini gözden geçirmiş ve planlanan randevularında her hasta için kapiller kan glukozu değerlerini, kan basıncını, total kolesterolü ve vücut kitle indeksini eczanede ölçmüşlerdir. Eczacı müdahalesinin değerlendirilmesi, eczanede ilaçla ilgili sorunların tespitine, hekimlere bildirilen ilaçla ilgili sorunlara ve hasta başı testlere dayanmaktaydı. Başlıca sonuçlar şöyledir:

- Çalışmaya 342 hasta dâhil edilmiştir;
- Hastaların %74’ünde ilaçla ilgili sorunlar tespit edilmiştir, %63’ü hekime bildirilmiştir;
- İlaça bağlı sorunların çoğu, tedavi rejimlerinin etkin olmaması (%78,5) ve (ek) ilaç tedavisine duyulan ihtiyaçtır (%18,1);
- Bildirilen durumların %58’inde hekim ilaç tedavisini başlatmış ya da düzenlemiştir;

- Altı ay sonra elde edilen sonuçlar müdahalenin önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir: Açlık kan glukozunda 13,5 mg/dl ($p < 0,0001$), tokluk kan glukozunda 34,0 mg/dl ($p < 0,0001$), total kolesterolde 7,99 mg/dl ($p = 0,0021$), sistolik kan basıncında 3,39 mmHg ($p < 0,0001$), diyastolik kan basıncında 1,45 mmHg ($p = 0,0001$) ve HbA1c'de %0,7 ($p = 0,0428$) düşüş görülmüştür; ve
- Başlangıçta kontrol altında olmayan diyabet hastalarının üç ve altı ay sonra hedef değerlere ulaşma oranı %21 olmuştur.¹⁶

4.8.4 Eğitim

ANF Sağlık ve Yönetim Lisansüstü Okulu (EPGSG) eczacılara farmakoterapi, ilaçla ilgili sorunlar, iletişim becerileri, ilaçla tedavi yönetimi ve hastalığa özgü konular hakkında bir eğitim programı sunmaktadır. Amaç, eczacıların eczane hizmetlerinin sunumuna destek olabilmek için bu alanlarda beceriler kazandırmaktır.

4.8.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

4.8.5.1 İlaçların güvenli sunumu ve kullanımı

İlaçların doğru, etkin ve güvenli kullanımına katkıda bulunmayı ve hastaların ilaç tedavisine uyumunu artırmayı amaçlayan bir projedir. Eczacıların uyumu artırma ve ilaçların, sağlık ürünlerinin, tıbbi cihazların ve gıda takviyelerinin güvenli kullanımını teşvik etmedeki rolünün güçlendirilmesi, eczanelerin ilaç güvenliği için bir bekçi gibi olan rolünü güçlendirir ve hastaların tedavi yönetimini kolaylaştırır. Bu, eczanelerin sundukları hizmetin değerini ve müşteri bağlılığını da artırır.

Projede, hastaya çeşitli yollarla doz bilgisi verilmektedir (etiketler, küçük el broşürleri, e-postalar ve mobil uygulamalar gibi). Uyumu artırmak ve reçete tekrarı için hatırlatıcı SMS mesajları kullanılmaktadır.¹⁷

4.8.5.2 Portekiz eczanelerinin mobil uygulamaları

"Farmacias Portuguesas" (Portekiz Eczaneleri) uygulaması, aşağıdakiler de dâhil olmak üzere eczane ile ilgili hizmetler ve bazı sağlık verilerinin kişisel yönetimi için gerekli özellikler sunmaktadır

- Kullanıcı ve/veya aile üyeleri için bir ilaç doz çizelgesi planlamak amacıyla ilacı kullananlara ilaç alma zamanını, doz alım sıklığını, alınan ilaç miktarını ve bir sonraki ilaç alma zamanını hatırlatma özelliklerine sahip bir araçtır;
- İlaçlar ve etkili kullanımları hakkında bilgi sunar.

- Kullanıcının vücut kitle indeksi, bel ölçümü, kan basıncı, kolesterol, trigliserit ve glisemi değerleri gibi hasta başı ölçümlerinin kaydı girilebilir. Girilen değerler, normal aralığın dışında olduğunda bu parametrelerle ilgili bir uyarı verir. Eczanede yapılan izlem testlerinin sonuçları, eczane yazılımı tarafından otomatik olarak kullanıcının cep telefonu uygulamasına aktarılabilir.

Bu uygulama ile, kullanıcılar en yakın açık eczaneyi veya tüm ülke genelinde belirli bir hizmeti hızlı ve rahat bir şekilde bulabilirler. Bu uygulama aynı zamanda sağlık ürünlerinin veya reçetesiz ilaçların satın alınmasını kolaylaştırmak ve tedavi planlarını yönetmek için de kullanılabilir.^{18,19}

4.8.5.3 Portekiz serbest eczacılarının tedaviye uyum programındaki müdahaleleri

Alliance Healthcare, MSD ve ANF ortaklığıyla "JANUVIA/JANUMET hastaları için eczane tarafından sunulan diyabet destek program" uyum programına bir örnektir. Bu program Ekim 2016'da başlamıştır. Süresi, hastanın programa alınmasından itibaren hasta başına 12 aydır. Program, üç yüz yüze eczacı müdahalesi ve hasta başına 20 adet programlanmış SMS mesajından oluşmaktadır. Eczacılara yüz yüze müdahaleler için MSD tarafından meslek hakkı ödenmektedir.

Bir eczacıyla yüz yüze görüşme, danışmanlık, ilacın sunumu, broşürler yardımıyla yazılı bilgi verme, ilaçların uygun, etkili ve güvenli kullanımı ile ilgili soruları cevaplama, hastalık yönetimi ve uyumun önemi gibi hizmetleri kapsamaktadır. Bunları dozlar, bir sonraki yüz yüze ziyaret ve reçete tekrarını hatırlatan programlanmış SMS mesajları izlemektedir.

İlk sonuçlar, programa 558 eczanenin katıldığını ve 4712 hastanın kaydedildiğini göstermektedir.¹⁷

4.8.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

4.8.6.1 Eczacılar ve hekimler

4.8.6.1.1 USFarmácia - İşbirlikçi model

Eczacılar, hekimler ve hemşireler, bilgi teknolojileri sistemlerini kullanan ortak girişimleri ve ortak hedefleri destekleyen mesleki protokoller imzalamışlardır. US-Farmacia işbirlikçi modelinde, parametre ölçümleri, reçete talepleri, tıbbi randevu talepleri ve uyumu artırma programları gibi çeşitli müdahaleler vardır.

Bu protokoller kardiyovasküler hastalıkları olan hastaları (kardiyovasküler risk, hipertansiyon ve dislipidemi) hedeflemektedir.

Asıl amaç, bakımın mümkün olduğunca kusursuz olmasını sağlamak için tüm sağlık mensuplarının işbirliğiyle hastanın sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktır. Bu hem hastalar için faydalı hem de maliyet-etkili bir yöntem olabilir.¹⁷

4.8.6.1.2 Diyabet kampanyası - Calouste Gulbenkian Vakfı, "Diyabete hayır" kampanyası

"Diyabete hayır" kampanyası, serbest eczacılar tarafından yapılan hasta bilgilendirmeye birlikte etkili bir önleme ve erken tanı programına bir örnektir.

Eczacıların rolü, insanları eczanede Findrisk testini (Uluslararası Diyabet Federasyonu) tamamlamaları için cesaretlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzlarına yönelmekten ibarettir. Findrisk testi eczane yazılımına entegre edilmiştir ve sonuç otomatik olarak hesaplanmıştır. Eczane yazılımında hesaplanan risk puanı Hasta Sağlığı Veri Platformuna iletilmektedir. Daha yüksek riskler randevu almak için aile hekimi ile irtibata geçmek gerektiğini işaret eder. Eczane yazılımı (Sifarma), Hasta Sağlığı Veri Platformu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri yazılımı arasındaki teknolojik entegrasyon sayesinde eczacılar ve hekimler arasında bir işbirliği bulunmaktadır.

14 Kasım 2017'den 1 Mayıs 2018'e kadar 64 ilden 383 eczane, önümüzdeki 10 yıl içinde diyabet hastası olma risklerini hesaplamak için diyabeti olmayan 8000'den fazla kişiyi programa davet etmiştir (Findrisk). Gerçekleştirilen 2007 tıbbi randevudan, diyabetli olduğunu bilmeyen 190 hastayı teşhis etmek mümkün olmuştur.¹⁷

4.8.6.1.3 Tedavi bilgilerinin paylaşılması

10 Temmuz 2017'de Viana do Castelo'da tedaviyle ilgili bilgi alışverişi üzerine bir pilot proje başlatılmıştır. Proje, eczacılar ve reçete yazan hekimler arasındaki etkileşimi güçlendirmeyi ve sağlık birimleri arasında özel bir iletişim kanalı yaratmayı hedeflemektedir. Amaç, ilaçların doğru, etkili ve güvenli kullanımını teşvik etmektir. Eczane ve birinci basamak sağlık merkezleri veya eczaneler ile hastane arasındaki iletişim bilgisayar sistemleri aracılığıyla olmaktadır. Önceden tanımlanmış tedavi notlarının bir listesi bilişim sistemine eklenmiştir ve eczacılar bir not seçip reçete yazan hekime gönderebilmektedirler. Bundan sonra hekim gönderilen tedavi notu hakkında geri bildirimde (faydalı/faydalı değil) bulunacaktır.¹⁷

Pilot çalışmaya 60 eczane davet edilmiştir. İlk dört aylık değerlendirmede 23 eczane toplam 259 not göndermiştir (34 eczacı); 226 not (%87) verilmeyen ilaçlarla ve 33'ü (%13) verilen ilaçlarla ilgilidir.

Tüm notlar 118 farklı doktor tarafından yazılmış 205 reçeteye karşılık gelmektedir. Eczanelerin %33'ü doktordan cevap almış ve notların %39'u faydalı görülmüştür. En sık karşılaşılan not (n = 83) "evde zaten ilacı vardı" notudur. 12 notta şiddetli bir etkileşim olduğu bildirilmiştir. İlk aşamadaki olumlu geri bildirimler üzerine, eczacılarla doktorlar arasında hasta odaklı işbirliğini güçlendirmek için sonraki aşamalarda iyileştirmeler önerilmiştir. Proje aşamalı olarak genişletilmiş ve Mart 2018'de Portekiz'in başka bir bölgesinde, Bragança'da başlatılmıştır.²⁰

4.8.6.1.4 Bir Portekiz aile sağlığı biriminde geliştirilen farmasötik bakım programının klinik etkisi: Hipertansif hastaların tedavisinde eczacı-hekim işbirliğinin sonucu

Eczacı-hekim işbirliğinin hipertansif hastalarda kan basıncı düzeyleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine dayanan bir çalışmadır.

Başlıca sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Farmasötik bakım programına hipertansiyonu olan toplam 17 hasta dâhil edilmiştir;
- Ortalama yaş $68,50 \pm 3,26$ 'dır;
- Ortalama olarak, her hasta 6.06 ± 0.93 tıbbi ürün kullanmıştır; ve
- 13 hastada kontrolsüz kan basıncı vardır.

Referans değeriyle karşılaştırıldığında, eczane müdahalesi sistolik ve diyastolik kan basıncının sırasıyla 28.85 ± 5.90 mmHg ($p < 0.0005$) ve 11.23 ± 2.75 mmHg ($p < 0.005$) düşmesine katkıda bulunmuştur.

Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, iyileşmeler sistolik kan basıncında 18.63 ± 6.44 mmHg ($p = 0.011$) ve diyastolik kan basıncında 9.03 ± 2.63 mmHg ($p < 0.005$) olmuştur.²¹

4.8.6.2 Eczacılar ve diğer meslek grupları: Hemşireler ve beslenme uzmanlar

4.8.6.2.1 Serbest eczanelerin diyabet kontrolüne katılımı: Multidisipliner bir yaklaşım

Portekiz'deki 400 serbest eczaneden oluşan bir ağ ("Farmacias Holon" markalı), aralarında diyabet hastalarının da bulunduğu kronik hastalar için multidisipliner hizmetlerin geliştirilmesi ve sunulmasına odaklanan bir eczane konsepti geliştirmiştir.

Müdahale, risk altındaki kişilerin tespit edilmesini ve eğitim oturumlarına ve/veya bireysel taramalara yönlendirilmelerini ve aynı zamanda farmakoterapik izlemin yapılmasını kapsamaktadır. Diyabet geliştirme riski taşıyan kişilerin erken tespiti için, Finlandiya Tip 2 Diyabet Riski Değerlendirme Formu uyarlanmıştır. Diyabetli kişilerin tedavi takibi, farmasötik konsültasyonlar kapsamında gerçekleştirilmiştir. Hasta ile birlikte ve hekimin belirlediği klinik hedeflere uygun hedefler tanımlanarak bir takip planı hazırlanmıştır. Hemşireler, çocuk doktorları ve beslenme uzmanlarından oluşan multidisipliner sağlık ekibinin katılımıyla eğitim oturumları düzenlenerek diyabetli insanlara yaklaşım stratejileri belirlenmiştir. Başlıca sonuçlar şöyledir:

- Ocak 2015'ten Haziran 2017'ye kadar eczaneler tarafından düzenlenen 34 eğitim oturumuna toplam 851 kişi katılmıştır;
- Eylül 2016'dan Temmuz 2017'ye kadar, tip 2 diyabeti olan 106 hasta için 116 farmasötik konsültasyon yapılmıştır. Hastalar ortalama 4,9 sağlık sorunu ($SD=1.9$) olduğunu ve ortalama 9,2 ilaç ($SD=3.4$) aldıklarını bildirmiştir. Bir hasta günde 19 farklı ilaç aldığını bildirmiştir;

- Konsültasyonlardan sonra en yaygın müdahale uyumun artırılması (%75,0; n = 87) ve ardından doğru ilaç kullanımı (%72,4; n = 84) ve sağlıklı beslenme danışmanlığı (%70,7; n = 82) olmuştur;
- En çok, beslenme ve diyabetik ayak hizmetleri için (%29,3; n = 34) yönlendirme yapılmıştır; ve
- Aynı dönemde hemşireler 3649 diyabetik ayak konsültasyonu yürütmüş ve beslenme uzmanları, diyabet kontrolü için özel olarak beslenme hizmetine ihtiyaç duyan 180'den fazla kişiye önerilerde bulunmuş ve takip etmişlerdir.²²

4.8.6.2.2 Serbest eczanelerde diyabetik ayak hizmeti: Multidisipliner bir yaklaşım

Diyabetik ayak, diyabetin en ciddi komplikasyonlarından biridir. Halk tarafından kolayca erişilebilir oldukları için serbest eczacıların diyabetik ayağı tedavi etmelerinin birçok avantajı vardır. Bu alanda çalışan uzmanlar belirli bir eğitime sahip olup multidisipliner bir yaklaşımla çalışmalıdır.

Diyabetik ayak hizmeti sadece diyabet hastaları içindir ve hemşireler tarafından verilmektedir. Hizmet şu adımları içermektedir: Anamnez; değerlendirme; onikotomi ve cilt nemlendirmesi; kendi kendine izlem eğitimi ve ilgili sağlık hizmetlerine yönlendirme.

Başlıca sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Ocak 2016'dan Şubat 2017'ye kadar, toplam 1225 katılımcı bir serbest eczanede diyabetik ayak hizmetine dahil edilmiştir; ve
- Çalışmaya alınan toplam 1213 katılımcının %28,5'inde (n=346) ülser ve amputasyon riski olduğu görülmüştür.²³

4.8.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar:

Eczaneler, sağlık sistemleri tarafından yeterince kullanılmayan bir kaynak olarak kabul edilir. BOH'ların yayılmasıyla ilgili büyük sorunlarla karşı karşıya kalan ülkeler eczacıların bilgi ve uzmanlıklarını boşa harcamazlar.

BOH'larla başa çıkabilmek için gereken büyük toplumsal koalisyon, daha iyi koruyucu hizmetler, erken tanı ve uygun tedavi için eczacıları ve eczaneleri koordineli çabaların dışında bırakmayı göze alamaz.

Eczanelerin sağlık sistemlerine entegrasyonu sınırlıdır ve çoğu zaman sadece ilaç tedarik etmek için bir arayüz olarak görülmektedir.

Sağlığa erişim sağlamak, bakımla bağlantı kurmak ve bakımın sürekliliğini sağlamak, Portekiz eczanelerinin sağlık sistemine sunabileceği kilit rollerdir.

Portekiz eczaneleri bu rollere bağlılık gösterir ve proaktif olarak hastalar için faydalı olan ve sağlık sonuçlarını iyileştiren yeni faaliyetlerde bulunmak isterler. Hükümet, sağlık birimleri ve sağlık mensuplarıyla yapılan anlaşmalara dayanarak, eczacılar yeni müdahaleler tasarlamaya ve elde edilen sağlık kazanımlarını değerlendirmek için bunları dış incelemeye tabi tutmaya hazırdır.

Elde edilen faydalara dayanarak sağlık sistemi, teşvikleri, meslek hakkını ve sağlık kazanımlarını düzenleyerek yeni çerçeveler ve işbirliği planları oluşturabilir.

4.8.8 Kaynakça:

1. Portekiz Hükümeti, Hükümet Kararnamesi (Portaria) 1429/2007, 2 Kasım 2007.
2. Portekiz Hükümeti, Hükümet Kararnamesi (Portaria) 97/2018, 9 Nisan 2018.
3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Portekiz için Ulusal BOH Hedefleri 2017. Erişim adresi: <https://extranet.who.int/ncdccc/documents/Db?lanq=en> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
4. Jacinto IP, Horta R, Santos R, Cary M, Guerreiro J, Torre C. ve arkadaşları. Portekiz eczanelerinde "Kasım, Dünya Diyabet Ayı" Kampanyası. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Buenos Aires'deki Kongresi. 30 Ağustos 2016. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17197>. [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
5. Santos R, Ganhoto T, Mendes Z, Santos C, Costa S. Kalp değerlerinizi öğrenin: Portekiz eczanelerinde sağlık kampanyası. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Haydarabad'deki Kongresi. Eylül 2011. Erişim adresi: <http://www.europeanpharmacistsforum.com/know-your-heart-values> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
6. Santos R, Costa, S, Mendes Z, Crisostomo S, Padua FD, Almeida MM, ve arkadaşları. Ulusal Sigara Bırakma Kampanyası: Portekiz eczaneleri sigara içenlerin bırakmalarına yardımcı oluyor. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Basel'deki Kongresi. 3 Eylül 2008. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=2548> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
7. Rosa M. ve arkadaşları. Eczacıların Kardiyovasküler Hastalıklar Konusunda Farkındalık ve Değerlendirmeye Müdahaleleri. PSWC. 24 Mayıs 2017.
8. Mendes M, Mendes MJ ve arkadaşları I. Serbest Eczacıların Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığındaki (KOA) Rolü Hasta Eğitimi: Farkındalık kampanyası ve spirometri testi. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Dusseldorf'deki Kongresi. 30 Eylül 2015.

9. Soares P, Pinto AL, Maximiano AS, Rosa M, Paulino E. O contributo da farmacia comunitaria para o rastreio e controlo da Doenga Pulmonar Obstrutiva Cronica. 33º Congresso de Pneumologia SPP. 2017.
10. Lourenço L, Reis L, Ramos AL, Silva A, Almeida D, Taborda C. Serbest Eczanede farmasötik bakım hizmetinin uygulanması: 1 yıllık faaliyetin değerlendirilmesi. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Buenos Aires'deki Kongresi. 2016. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17039>. [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
11. Lourenço L, Reis Ligia, Ramos AL, Silva A, Almeida D, Taborda C. Serbest Eczanede Yeni İlaçların Sunumu: pilot testinin telefonla takibinin sonuçları. Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) 2016. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17038> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
12. Lourenço O, Calado S, Sa-Sousa A, Fonseca J.. Portekiz Serbest Eczane Ortamında Alerjik Rinit ve Astım Kontrolünün Değerlendirilmesi. JMCP. Mayıs 2014; 20(5):513-22. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24761823> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
13. Madeira A, Costa S, Torre C, Santos C, Santos D, Ferreira P. KOAH'ı olan yaşlı hastalarda İnhaler tekniği: Portekiz'de Eczacıların müdahaleleri. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Bangkok'taki Kongresi. 5 Eylül 2014. Erişim adresi: <http://www.fip.org/?page=abstracts&action=generatePdf&item=10658> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
14. Torre C, Guerreiro JP, Madeira A, Miranda A, Lopes F, Mendes Z. KOAH hastalarına eczanede müdahale - Portekiz eczacıları inhalasyon tekniğini etkin bir şekilde iyileştiriyor! Dünya Eczacılık ve Farmasötik Hizmetler Kongresi. Ocak 2013. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/319352137> Pharmacy- based intervention in COPD patients Portuguese pharmacists can effectively improve inhalation technique
15. Horta MR, Costa S, Inacio S, Mendes Z. Yaşlı nüfusta Ulusal İlaç Değerlendirmesi Kampanyası: Portekiz eczaneleri ilaç çantasını açıyor. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Basel'deki Kongresi. 2008. Erişim adresi: <http://www.fip.org/?page=abstracts&action=generatePdf&item=2550> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
16. Martins A, Horta MR, Costa S, Miranda A, Ferreira AP, Crisostomo S, ve arkadaşları I. Portekiz eczanelerindeki Diyabet Yönetimi Programının Değerlendirmesi. Şu an nerede duruyoruz? Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) 2008. Erişim adresi: <http://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=favoriteadd&item=2551> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
17. Internal data of the National Association of Pharmacies (ANF)
18. Pharmaceutical Group of European Union (PGEU). Avrupa Serbest Eczanelerinde E-Sağlık Çözümleri: Ek. Kasım 2016. s 31.

19. Pinto J, Teixeira F, Palmela I, Garcia L, Botelho M, Castro M ve arkadaşları. Farmacias Portuguesas Uygulaması: Müşterinin eczaneye ilişkisini artırmak. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Buenos Aires'deki Kongresi.. 2016. Erişim adresi: <https://www.fip.org/www/index.php?page=abstracts&action=item&item=17040> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
20. Miranda I, Jacinto I, Horta R, Salvador A, Guerreiro J, Romano S, Costa S. Tedavi notları (TN) – Portekiz eczacılarıyla hekimleri arasında etkileşimi güçlendirmek için bir araç. Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP). 2018. Erişim adresi: <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=item&item=21310> [Erişim Tarihi: 14 Aralık 2018]
21. Condinho M, Sa J, Eliseu A, Figueiredo IV, Sinogas C. Bir Aile Sağlığı Ünitesinde Farmasötik bakım Programının Klinik Etkisi: Hipertansiyon Hastalarının Tedavisinde Eczacı-Hekim İşbirliğinin Sonuçları. Rev Port Farmacoter. Temmuz 2016; 8:164-171. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/308566537> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
22. Paulino E, Rosa M, Pinto AL, Maximiano AS, Teixeira ML, Soares P ve arkadaşları. Serbest eczanelerin Diyabet kontrolüne katkıları: multidisipliner bir yaklaşım. Uluslararası Eczacılık Federasyonu'nun (FIP) Seul'deki Kongresi. 11 Eylül 2017. Erişim adresi: <https://fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=19449> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
23. Pinto AL, Monteiro L, Carvalho T, Moreira M, Parrinha P, Soares P, ve arkadaşları. Servigo do Pe Diabetico em farmacias comunitarias: um contributo multidisciplinar. XIII Congresso Portugues da Diabetes. Rev Port Diabetes. 2017; 12(1) Suppl:42. Erişim adresi: http://www2.spd.pt:8080/wp-content/uploads/2017/03/rpd_marco2017_suplemento.pdf [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]

Ek kaynakça

- Costa F, Silvestre L, Periquito C, Carneiro C, Oliveira P, Fernandes AI, ve arkadaşları. Bakımevindeki Portekizli Yaşlı Hastalarda saptanan İlaçla İlişkili Sorunlar ve Eczacıların İlaç Güvenliği ve Etkinliğini Artırma Müdahalesi İlaçlar - Gerçek Dünya Çıktıları [Internet], 2016 Mar 8; 3(1): 89-97. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4819488/> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Costa FA, Teixeira I, Duarte-Ramos F, Proença L, Pedro AR, Frutado C, ve arkadaşları, Ekonomik durgunluğun yaşlı hastaların Portekiz'de sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişim algıları üzerindeki etkileri. Şubat 2016; 39(1):104-112. Erişim adresi: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0405-3> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Gregório J, Russo G, LapãoL. Zamana dayalı faaliyet bazında fiyatlan-

dırma kullanarak ilaç hizmetlerinin maliyet analizi: Serbest eczanelerin yönetimini iyileştirmeye katkı. Res Social Adm Pharm. Ağustos 2015;

- 12(3):475-485. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26365300> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, da Silva JA, Cabrita J. Portekiz'de ilaç tedavisine uymama: Bulgular and öneriler. IJCP. 2015 Aug ;37(4) :626-635. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/25832675> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Nunes F, Anderson JE, Martins LM. Serbest eczanelerin rollerine hasta tepkileri: Portekiz pazarından kanıtlar. Sağlık Beklentileri. Aralık 2015;18(6):2853-64; Erişim adresi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12269/pdf> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Horta MR, Costa S, Mendes Z. A Nationwide Diyabet Kampanyası: Portekiz eczaneleri kontrol edilmeyen diyabet hastalarını tespit ediyor. Rev Port Diabetes. 2009; 4(4):180-190. Erişim adresi: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-4-n%C2%BA-4-Dezembro-2009-Revista-Internacional-p%C3%A1gs-180-190.pdf> [Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2018]
- Mendes M, Soares P, Maximiano S, Rosa M, Paulino E. O Contributo das farmacias comunitarias para o controlo da Diabetes. 13º Congresso Portugues de Diabetes. 2017 Mar 10-12.
- Teixeira M, Paulino E, Pinto AL, Rosa M, Marques V, Noronha M. O Contributo da Farmacia Comunitaria na Educagao para a Saude da Pessoa com Diabetes. XII Congresso da Diabetes. 2016.
- Esteves A. et al. Avaliagao do risco cardiovascular em utentes das Farmacias Holon: uma abordagem multidisciplinar. Congresso da Nutricao e Alimentagao. 2016

4.9 Güney Afrika

4.9.1 Yasal çerçeve

Güney Afrika'daki eczacıların ve diğer sağlık mensuplarının bulaşıcı olmayan hastalıklarda (BOH'lar) oynadığı rolü belirleyen çok sayıda kanun, yönetmelik ve kılavuz bulunmaktadır. Eczacıların rolü, 1974 tarihli ve 53 sayılı Eczacılık Kanunu'na uygun olarak yayımlanan yönetmeliklerde¹ yer alan uygulama kapsamı ile belirlenmektedir.

Aşağıdaki hizmet veya faaliyetler Kanunun amacına uygun olarak eczacının uygulama kapsamı ile ilgili hizmetler veya faaliyetler olarak kabul edilmektedir:²

- Yönetmelik 3'te öngörüldüğü üzere eczacının mesleği ile ilgili faaliyetler;³

- Herhangi bir ilacın ilaç olarak tescil edilmesi için formüle edilmesi;
- Herhangi bir ilacın veya kontrole tabi maddenin dağıtımı;
- İlaçların yeniden ambalajlanması;
- Farmasötik araştırma ve geliştirme başlatma ve yürütme; ve
- Halk sağlığının teşviki ve geliştirilmesi.

Bir eczacının mesleğiyle ilgili özel faaliyetleri arasında farmasötik bakım yapması yer almaktadır. Bu, tüm ilaçların tedarikinde önemli olduğu kadar, eğer eczacılar hastaların kendi durumlarını ve ilaçlarını anladıklarından emin olurlarsa ve hastanın hem yaşam tarzı değişikliğine hem de tedavi rejimlerine uyumunu izlerlerse, BOH'ların komplikasyonlarını da kesinlikle önleyebilirler.

Yıllar içinde, eczacıların halk sağlığının teşviki ve geliştirilmesi için sunabilecekleri hizmetler geliştirilmiş ve bunlarla ilgili olan hizmetler, şartlar ve talep edilebilecek ücretler değişmiştir ve iki ayrı kurallar seti halinde, Eczane Kanununa uygun olarak yayımlanmıştır. Bunlar, asgari standartlar olan "iyi eczacılık uygulamalarına ilişkin kurallar" (GPP kuralları)⁴ ve "eczacıların ücretlendirebileceği hizmetlerle ilgili kurallar ve böyle bir ücret almak için kılavuzlardır" (ödeme kuralları).⁵

4.9.1.1 BOH'larla mücadele için siyasi taahhüt ve Ulusal Sağlık Bakanlığının taahhüdü

Sağlık Bakanı Dr. Aaron Motsoaledi, 2014/15-2018/19 sayılı Ulusal Sağlık Bakanlığı Stratejik Planının⁶ girişinde şöyle demiştir: "BOH'ların Güney Afrika'da artmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu BOH'lar orantısız bir şekilde kentsel ortamlarda yaşayan yoksul insanları etkilemekte ve kronik hastalık bakımına olan talebin artmasına sebep olmaktadır. Çalışmalar, bu trendle mücadele için önlemler alınmadığı takdirde, önümüzdeki on yılda Güney Afrika'da, BOH'larla ilgili hastalık yükünün önemli ölçüde artacağını öngörmektedir

Alınan önlemler, sağlık sistemini ulusal sağlık sigortasına (NHI) hazırlayarak, Güney Afrika'nın evrensel sağlık hizmetlerine geçişini kolaylaştırmak amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını kapsamaktadır. Eczacıların bilgi ve becerilerinden NHI ortamında en iyi şekilde yararlanılması için çalışmalar halen devam etmektedir.

4.9.2 Önleme

Güney Afrika'da mevcut sağlık politikası, epidemiyolojik bilgi ve mevcut yasal gerekliliklere göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için hizmetler sunmaktadır.

Eczacıların BOH'ların önlenmesine dahil olmalarının iki yolu vardır. Birincisi, tüm sağlık mensuplarının sorumluluğu dâhilinde insanların BOH'ların risk faktörle-

rini, yararlı yaşam tarzı değişikliklerini ve erken tanı ve tedavinin önemini anlamalarına yardımcı olmak için bilgiyi yaymak ve sağlık farkındalık kampanyalarına katılmaktır. Güney Afrika sağlık takviminde, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum hastalıkları ve diyabet gibi pek çok BOH yer almaktadır. Sağlığın idamesi için sigarayı bırakma ve sağlıklı yaşam gibi çeşitli bireysel yönler de dâhil edilmiştir.

Bazı eczacılar, her yıl Diyabet Ayı olarak kabul edilen Kasım ayı boyunca diyabet konusunda farkındalık yaratmak için Diyabet ve Endokrinoloji Merkezi ile birlikte çalışmaktadır. Ayrıca yıl boyunca çeşitli kanserler (cilt, rahim ağzı, çocukluk dönemi ve meme kanseri gibi) konusunda Güney Afrika Kanser Birliği'nin farkındalık girişimlerini desteklemektedirler.

İkinci yol, hastalık yönetimi için hem önleyici hem de faydalıdır; tarama testleri yardımıyla danışmanlık, terapötik müdahale, sevk ve hastalığın erken tanısı. GPP kuralları⁴ serbest eczanelerde BOH'lara yönelik tarama hizmetlerinin sağlanması için asgari standartları belirlemektedir: kan basıncı izlemi, doruk akış testi, kan kolesterolü ve/veya trigliserit izlemi ve kan glukozu izlemi gibi. Her hizmet için, fiziksel tesis, ekipman, testleri uygulamak için prosedürler, sonuçların yorumlanması, dokümantasyon ve kayıt tutma, gizlilik ve atık bertarafı ile ilgili asgari standartlar belirlenmiştir.

Ayrıca, eczacıların her hizmet için alabileceği maksimum ücret de ödeme mevzuatında bulunmaktadır.⁵

4.9.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Eczacılar, hastalara sadece ilaçları sunmakla kalmayıp aynı zamanda, hastalıklarını teşhis eden pratisyen hekim veya hemşire tarafından verilen bilgileri pekiştirmelerini de sağlamaktadır. Çok az sayıda hasta, konan tanıyı hemen anlar, bu nedenle eczacılar onları tanı, tedavi ve hastalık yönetiminin önemi konusunda eğitmelidir. Hastalara ilaçlarını ve ilaç rejimlerini ve astım inhalerleri gibi cihazların doğru kullanımını ve insülin enjeksiyonu tekniklerini öğretmeleri gerekmektedir. Kan basıncı takip cihazları, glukometreler ve doruk akış ölçer gibi kendi kendine takip cihazlarının kullanımı ve önemi de açıklanmalıdır.

Hastalarla sonraki görüşmelerde eczacı, hastayı yinelenen ilaçlarını aldığı süreçte değerlendirmelidir. İzleme testleri ilaç tedavisine uyum, tedavi sonuçları ve genel refah açısından faydalıdır.

4.9.3.1 Birinci basamak sağlık hizmetinde ilaç tedavisi

Birinci basamak ilaç tedavisi alanında lisansüstü yeterlilik (PCDT), tedavi ve hastalık yönetimini bütünsel olarak gözden geçirmesi ve bu konuda hastaya yardımcı olması için eczacılara ek bilgi ve beceriler kazandırmaktadır (aşağıya bakınız). Güney Afrika Eczacılık Konseyi'ne ek bir yeterlilik belgesi olarak kaydedilebilir. Güney Afrika'da, eczacılar reçete yazma yetkisine sahip değildir; ancak

PCDT eczacıları, belirli koşullarda hastalara ilaç yazmaları ve vermeleri için Ulusal Sağlık Bakanlığı'na izin almak üzere başvurabilirler.^{7,8} Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Standart Tedavi Kılavuzu ve Temel İlaçlar Listesi'nde⁹ yer alan belli durumlar takip edilmelidir.

Hastalar, eczanenin özel klinik bölümünde PCDT eczacısına danışmaktadır. PCDT eczacısı hastanın öyküsünü alır, ana şikâyetleri kaydeder ve daha sonra şikâyet odağını belirlemek için hastaya tanı testleri uygular ve/veya fiziki muayene yapar. PCDT eczacıları gerekirse kan testleri isteyebilir veya sağlık sorunu kendi uygulama kapsamının dışındaysa diğer sağlık hizmet sunucularına yönlendirebilirler. Hastaların takip değerlendirmeleri için PCDT eczacısına dönme-leri istenir.

4.9.4 Eğitim

4.9.4.1 BPharm derecesi (Lisans diploması)

Eczacılar, dört yıllık bir lisans derecesiyle üniversitelerden mezun olurlar. Mezunların belirli bir hastanın tedavi sonuçlarını optimize etme açısından farmasötik bakım felsefesini ve ilkelerini kanıtlayabilecek bir nitelikte olmaları gerekir. Eczacıların, diğer sağlık mensuplarıyla ve hasta ile işbirliği içinde bir farmasötik bakım yönetim yaklaşımı sergilemeleri de önemlidir. Akılcı ilaç kullanımı farmasötik bakım ve İlaç değerlendirmesi gibi uygulamaların hayata geçirilmesi ve farmakoekonomi ilkeleri yardımıyla daha mümkün hale gelecektir. Eczacılar halk sağlığına katkıda bulunmak üzere eğitim almışlardır. Daha geniş bir sağlık ekibinin parçası olarak, eczacılar, risk faktörlerini belirleyip yönetmenin yanı sıra, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalık yönetimi ve ilaç kullanımı gibi sağlık hizmetleri ve yaşam tarzı konularında toplumu bilgilendirir.

4.9.4.2 PCDT yeterliliği

PCDT mezuniyet sonrası yeterliliği, üç bileşenden oluşan iki yıllık bir programdır. İlk yıl eczacılar teorik ve bilgiye dayalı iki modül tamamlamalıdır. İlk modül tarama testleri, hasta öyküsü alma, konsültasyon yaklaşımı ve fiziksel muayene üzerine odaklanmaktadır. İkinci modül farklı hastalıklara ve bunların sebeplerine, bulgu ve belirtilerine ve tedavilerine odaklanır. Kurs içeriğinin bir kısmı, kronik alt solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi BOH'ları kapsamaktadır. Programın ikinci yılında, eczacılar tüm tekniklerin gösterildiği bir atölye çalışmasına katılarak becerilerini geliştirirler. Ayrıca nitelikli bir PCDT eczacısını veya birinci basamak sağlık hemşiresini izlemeleri ve sağlık mensuplarını gözlemedikleri 200 olgu çalışmasını belgelemeleri istenir. Adaylar daha sonra her iki yılın içeriğinden sorumlu oldukları objektif olarak yapılandırılmış klinik sınava (OSCE) girerler

4.9.4.3 Diğer kurslar

Bazı kurumlar, eczacılara BOH'larla mücadeleyi destekleyen ek kurslar sunmaktadır, örneğin:

- Diyabet ve Endokrinoloji Merkezi, diyabet bakımında tüm sağlık mensuplarına açık beş günlük bir ileri kurs sunar;
- Eczacılar ayrıca astım bakım sertifikası almak için Ulusal Astım Eğitim Programına kayıt yaptırabilirler. Bu, iki günlük bir revizyon çalıştayı da içeren altı aylık bir uzaktan eğitim kursudur; ve
- Eczacılar, sigarayı bırakmak isteyen hastalara hizmet vermek ve onları desteklemek için sigara bırakma kursuna kaydolabilirler.

4.9.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Yeni teknolojiler genellikle Güney Afrika'da yeterince kullanılmamaktadır. Bunun değişmekte olduğuna dair göstergeler olsa da, gerçek potansiyel henüz keşfedilmemiştir.

Ekonomik etkileriyle birlikte sağlık teknolojisi değerlendirmesi (HTA), ulusal sağlık sigortasına hazırlığın kritik bir parçası olarak belirlenmiştir.

Eski teknolojiler bile yaygın olarak bulunmamaktadır, örneğin, çoğu kamu sektörü eczacısı reçeteyi hazırlamak için gerekli olan teknolojiye erişemezken; özel sektördeki serbest eczacılar genellikle, reçete tekrarı gereken hastalara yönelik hatırlatma mesajları ve WhatsApp yazışmaları da dâhil olmak üzere teknolojiye daha iyi erişim imkânına sahiptir.

Kendi kendine izlem cihazları genel olarak özel sektörde kullanılabilir durumdadır ve maliyetine sağlık sigortası katkıda bulunmaktadır.

Akıllı telefonların ve tabletlerin ortaya çıkması ve geniş bir alana yayılmalarıyla, son derece başarılı olduğu kanıtlanmış çeşitli mobil uygulamalar geliştirilmiştir. Özellikle, Ulusal Sağlık Bakanlığı, sağlık mensuplarının önemli bilgilere kolay erişimini sağlayan bir dizi faydalı uygulama geliştirmiştir.

BOH açısından, PHC Klinik Rehberi eczacılar için önemlidir, çünkü PHC için Standart Tedavi Kılavuzları ve Temel İlaçlar Listesini kullanıcı dostu bir biçimde sunar ve ayrıca vücut kitle indeksi ve kardiyovasküler olay riski için hesaplayıcıları vardır. Ek olarak, kullanışlı bir pediatrik doz hesaplayıcısı ve bir dizi başvuru kaynağı içerir. Aynı zamanda advers ilaç olaylarının interaktif bir şekilde bildirilebileceği bir programdır.

4.9.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Birçok serbest eczane, eczanede klinik hizmetler sunmak üzere hemşireleri çalıştırmaktadır. Bu mükemmel bir işbirliği olmuştur.

Uygun bir işbirliği olması gerekliliğinin dışında, eczacılar ve diğer sağlık mensupları arasındaki işbirliği için resmi bir gereklilik yoktur. Bununla birlikte, işbirliği genellikle doğaçlama olarak yapılmaktadır.

Yine de, bunun değişmesi muhtemeldir, çünkü multidisipliner ekibin hizmetlerine karşılık NHI tarafından meslek hakkı verilmesi için riske dayalı bir ödeme modeli önerilmiştir.

4.9.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Güney Afrika serbest eczacıları nispeten kavgacı bir iş ortamında faaliyet göstermektedir. İlaç ve Kontrolle Tabi Maddeler için Şeffaf Fiyatlandırma Sistemi-ne İlişkin Yönetmeliklerde,¹⁰ eczacıya reçete hazırlama başına ödenecek azami ücretler yayımlanmış olmasına rağmen, birçok üçüncü taraf ödeyici eczacılara, çoğu eczanenin sürekliliğini tehdit edecek düzeyde, oldukça düşük bir geri ödeme yapmaktadır. Benzer şekilde, Eczacılık Konseyi'nin ücret kuralları⁵ yukarıda tartışılan hizmetlerin birçoğunun ödemesini sağlasa da, birçok üçüncü taraf ödeyicinin bu eczane hizmetlerini sosyal yardım kapsamına dahil etmekte yavaş olduğu görülmüştür. Bunun hem eczacı hem de hasta için dezavantajları vardır.

Kritik düzeydeki eczacı kıtlığına rağmen, kamu kesiminin eczacı pozisyonu için yeterli fonu bulunmamaktadır. Pek çok eczane sahibi ikinci bir eczacıya para ödeyemediği için uzun saatler boyunca çalışmaktadır. Aynı zamanda vekil eczacı sıkıntısı da vardır.

Finansal zorluklar ve eczacı kıtlığı nedeniyle, birçok eczacı yorgun ve isteksizdir. Bu yüzden BOH hizmetlerinin genişletilmesi istendiğinde eczacıların daha fazla sorumluluk üstlenme motivasyonları, karşılaşılan en büyük sorundur.

Çok disiplinli bir uygulamanın aksine, sağlık mensuplarını birbirleriyle daha yakın işbirliği içinde çalışmaya teşvik etme konusunda ilgili taraflar çok az çaba göstermektedir veya hiç çaba göstermemektedir. Bu kesinlikle hastanın yararına olacaktır.

Geçmişte BOH'ları sınırlandırmak ve kontrol etmek için birçok girişimde bulunulmuştur; ancak sonuçlara dair kanıt yoktur. Örneğin, alkole vergi konmuştur; ancak verginin alkol tüketimini azalttığına dair kanıt yoktur. Ayrıca alkol ve sigara paketlerinde uyarılar bulunmaktadır; ancak bunların kişileri kullanımdan vazgeçirme başarıları değerlendirilmemiş veya yayımlanmamıştır. Güney Afrika, şekerli içeceklerin tüketilmesine bağlı obeziteyi kontrol altına almak amacıyla şeker vergisi almayı düşünmektedir; ancak bunun tüketicilerin zamlı fiyatlara alışmasıyla alımlar üzerinde uzun vadeli bir etkiye sahip olup olmayacağı konusunda şüpheler bulunmaktadır.

Hastalara, doğal ve diğer tedavilerin kullanımı da dâhil olmak üzere tüm bilgilerini eczacılarıyla paylaşmalarının yararları hakkında bilgi verilmesi için ortak bir çaba gösterilmesi gerekmektedir. Tüketicilerin dijital medyaya erişiminin bazen kararlarını etkilediği ve profesyonel önerileri kabul etmekte isteksizliğe neden olduğu böyle bir dönemde, eczacının bilgi sunan ve öneri veren kişiler olarak güvenilirliği de güçlendirilmelidir.

4.9.8 Kaynakça

1. Eczacılık Uygulamalarına dair 20 Kasım 2000 tarihli, GNR.1158 sayılı Yönetmelik
2. Eczacılık Uygulamalarına dair 20 Kasım 20004 tarihli, GNR.1158 sayılı Yönetmelik
3. Eczacılık Uygulamalarına dair 20 Kasım 20004 tarihli, GNR.1158 sayılı Yönetmelik
4. 2004 tarihli, BN 129 sayılı İyi eczacılık Uygulamalarına dair Kurallar, değiştirilmiş hali
5. Güney Afrika Eczacılık Konseyinin 6 Haziran 2017 tarihli, GN 432 sayılı Eczacıların ücretlendirebileceği hizmetlere dair kurallar ve bu tür ücretler için kılavuzlar, değiştirilmiş hali
6. Ulusal Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2014/15 - 2018/19. Erişim adresi: <https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2014/08/SA-DoH-Strategic-Plan-2014-to-2019.pdf> [Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2018]
7. 1965 tarihli 101 sayılı İlaçlar ve İlgili Maddeler Kanunu Bölüm 22A (15), değiştirilmiş hali.
8. PCDT eczacıları için başvuru formu ve kılavuzlar. Erişim adresi C:\Users\User\Downloads\permits - pcdt - application form and guidelines for section 22a15 permits.pdf <http://www.health.gov.za/index.php/affordable-medicines> [Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2018]
9. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için Standart Tetavi Kılavuzları ve Gerekli İlaçlar Listesi. Erişim adresi: <http://www.kznhealth.gov.za/pharmacy/edlphc2014a.pdf> [Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2018]
10. İlaçlar ve Kontrollü Maddeler için şeffaf bir fiyatlandırma sistemiyle ilgili 11 Kasım 2005 tarihli, GNR.1102 sayılı Yönetmelik

4.10 İsveç

4.10.1 Yasal çerçeve

İsveç eczaneleri 1970 yılında kamusallaştırılmıştır. Yaklaşık 40 yıl sonra, 2009 yılında devlet tekelinden çıkarılmıştır. Yeni özel eczane şirketleri, farklı sağlık hizmetleri sunarak kendilerini göstermeye çalışmaktadır; ancak hükümet bedelini geri ödemediği için, hizmetler hastalar tarafından istenildiği kadar kullanılmamaktadır ve eczacıların ilaçlarla ilgili sahip olduğu eşsiz bilgilerden de İsveç'te yeterince yararlanılmamaktadır.

Eski hükümet gibi şu anki hükümet de, ilaç kullanımının nasıl iyileştirileceği ve optimize edileceği üzerinde çok durmuştur. İlaçların yanlış kullanımı, hastaları etkilediği kadar toplum için de yüksek maliyete yol açmaktadır. Ana paydaşları kapsayan bir Ulusal İlaç Stratejisi başlatılmıştır.¹ İsveç Eczacıları Birliği (SPA) uzman grubunun yanı sıra yüksek yargı grubunda da temsil edilmektedir.

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, kronik hastalıkların nasıl önleneceği ve nasıl tedavi edileceği ile ilgili olarak çeşitli stratejiler yayınlamıştır.² İsveç Yerel Yönetimler ve Bölgeler Birliği ile işbirliği halinde BOH'lu hastalarda tedavi sonuçlarının nasıl iyileştirilebileceği konusunda bir anlaşma hazırlanmıştır.³ Ayrıca, Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, belirli kronik hastalığı olan hastaların sağlık bakımı ile ilgili açık karşılaştırmalı çalışmalardan elde edilen verileri yayımlamaktadır.⁴

SPA, Hükümet tarafından başlatılan iki araştırmada referans gruplarında yer almıştır. Bunlar:

- Eczane pazarına ilişkin bir araştırma.⁵ İlaçların güvenli, etkin ve eşit koşullarda tedarik edilmesine ve uygunluk ve hizmet düzeyi açısından dikkat çekici bir eczane pazarına vurgu yapılmıştır. İş tanımına uygun olarak, eczane pazarında kaliteyi ve hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan önlemlere özel olarak odaklanılmıştır. Önerilerden biri, serbest eczacının sorumluluklarının daha da açıklığa kavuşturulması ve ek olarak, merkezi bir devlet kurumu olan Dental ve Farmasötik Yardım Ajansının bir pilot çalışma kapsamında farmasötik hizmet potansiyelini değerlendirmesi yönündedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetinin etkinliği nasıl güçlendirilir.⁶ Araştırma, iyi kalitede yerel sağlık hizmetlerinin Koordineli gelişimi adını seçmiştir ve önerilerden biri, meslekten bağımsız bir sağlık hizmeti garantisi ve tıbbi muayene zamanlarıyla ilgili sınırlamanın değiştirilmesidir. Bu, aynı zamanda Stockholm'de de sunulmuştur.

SPA'nın bu iki araştırmadaki varlığı ve etki yaratma olasılığı, birliğe sonuç üzerinde etkili olması için önemli bir fırsat sunmuştur. Ayrıca, klinik eczacıların yanı sıra serbest eczacıların da ilaç kullanımını iyileştirmek için sağlık ekiplerinde uzman olarak yer alacak olması, en önemli paydaş olan hastanın yararına olacaktır.

4.10.2 Önleme

“İlaçlarımı kontrol et” projesi, yaşlıların kendi ilaçlarını alabilmelerini sağlamak ve İsveç’teki yaşlılar arasında ilaç kullanımını iyileştirmek amacını taşıyan son derece başarılı bir projedir. Proje ve uzun vadeli işbirliği İsveç’te “bireysel çıkarandan” “ortak çıkara” evrilmiş ve günümüzde bir “halk hareketi” olarak kabul edilmiştir. 2009 sonbaharının sonunda başlayan proje hâlâ devam etmektedir ve bugün İsveç’teki en başarılı eczane-hasta projesi olarak kabul edilmektedir. Bilgiyi yayarak ve ulusal bir diyalog ve tartışma ortamı yaratarak devam eden “İlaçlarımı kontrol et” projesi, yaşlıların ilaç kullanımını ve sağlıklarını iyileştirecek her türlü değişikliğe katkıda bulunmak istemektedir. Proje, Apoteket (devlet eczaneleri zinciri) ve İsveç’teki emekliler için iki temel kuruluş olan PRO ve SPF Seniorerna ile uzun vadeli bir işbirliği projesidir.

Projenin, “yaşlılar için uygun olmayan reçeteler” olarak kabul edilen (Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu tarafından belirlenen) ilaçları büyük ölçüde azaltmak gibi birçok farklı amacı vardır. Bu sayede, proje yaşlılar (80 yaş ve üzeri) arasında bu ilaçların kullanımını %33’ten birkaç yıl içinde %15,5’e düşürmeyi başarmıştır; bu da, İsveç’te daha güçlü, aktif ve sağlıklı bir yaşlı hasta popülasyonunun olmasını sağlamıştır. Proje, yaşlılarda yılda en az bir kez ilaç kullanım değerlendirmesine imkân veren bir yasa için çalışmaktadır. Proje ayrıca, her belediye/topluluk ve İsveç’teki ilçe meclisleri için yaşlılara yönelik reçeteleme şablonları yayımlayıp reçeteli ilaçlarıyla ilgili olarak yaşlıların bakım kalitesini artırmak için topluluklara baskı yapmaktadır. Eczanelerdeki eczacılar, projede oldukça aktiftir: uygun olmayan ilaçları tespit ederler, eczanede hastalarıyla iyi bir diyalog ortamı geliştirirler, sağlık okuryazarlığını güçlendirirler, yaşlılık ve ilaçlarıyla ilgili yerel ve bölgesel etkinliklerde eğitim verirler, böylece hem eczacıyı hem de eczaneyi ilaç uzmanı olarak konumlandırmış olurlar.

“İlaçlarımı kontrol et”, yaşlılar ve ilaçlar hakkında birçok istatistik, öneri, makale ve haberlerin sunulduğu yeni bir web sitesi hazırlamıştır. Doktorlar/pratisyen hekimler için yaşlılara ilaçların nasıl reçete edileceğine ve hangi ilacın reçeteye yazılacağına- dair kanıta dayalı önerilerin yanı sıra ilaçla ilgili problemleri saptamak için değerlendirme çizelgeleri de web sitesinde mevcuttur. Bu web sitesi ayrıca yaşlılar için “Yaşlılar ve İlaçlar” adı verilen iki farklı interaktif eğitim programı da içermektedir ki bunlar, dünya genelinde yaşlılar için hazırlanmış ilk interaktif eğitim araçlarıdır. Yaşlılar, ilaçlar ve yaşlılık hakkında eczaneler ve eczacılar tarafından sürekli olarak güçlendirilmektedir.

Yaklaşık 800.000 kadar yaşlı, ilaçlar ve yaşlılıkla ilgili çalışma kapsamında, ulusal ve bölgesel kampanyalar, broşürler, temalı sunumlar, eczacıları vb. ile diyaloglar yoluyla ve tıbbi tedavilerinden ne beklentileri gerektiği konusunda eğitilip bilgilendirilmiştir. Doktorlarına/pratisyen hekimlerine ve diğerlerine “zorlayıcı” sorular sormaları için cesaretlendirilmişlerdir. Sonuçlar çok umut vericidir. Eczacıların bu hasta grubunu eğitip motive ettiği bölgesel konferanslar, yaşlılar için yıllık olarak düzenlenmektedir.

Yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde çeşitli seminerler düzenlenmiştir ve bu, hastaları kendi iyilikleri için kendi elçileri olma konusunda eğitip güçlendirme-

nin nasıl mümkün olabildiğini açıkça göstermektedir. Proje ayrıca, yaşlıları güçlendirmedeki başarısı ve yaşlılar için uygun olmayan ilaç miktarının azaltılmasındaki iyi sonuçlardan dolayı İsveç Hükümeti'nden ek fon almıştır.

İsveç'te birçok prestijli tıp ödülüne aday gösterilen Proje, 2012'de tıpta en iyi yenilik alanında Onur Ödülü almıştır.

Proje:

- Yaşlılar arasında sağlık okuryazarlığını arttırarak belirli sağlık bilgilerini daha iyi anlayabilmelerini sağlamıştır (hastalıklarını/durumlarını ve etkilerini daha iyi anlamak, yaşam tarzındaki değişikliklerin sağlıklarını nasıl etkileyebileceğini anlamak, sağlık hizmetleri içindeki haklarını bilmek) ve tıbbi tedavilerini iyileştirmiştir.
- Tedavi seyrini izleyebilecekleri şekilde hasta kontrolünü artırmış ve sağlık durumları hakkında daha az kaygılanmalarını; hastalıklarının yönetiminde daha fazla sorumluluk üstlenmelerini; farklı ilaçların etkisini daha iyi bilip anlamalarını; tıbbi tedaviden kaynaklanabilecek düşmelerden nasıl kaçınılacağını ve ilaç kullanımını nasıl iyileştireceklerini öğrenmelerini sağlamıştır.
- Sağlık mensuplarıyla konsültasyonlara daha hazır olmaları ve kendi sağlıklarıyla ilgili tartışmalara anlamlı bir şekilde dâhil olmaları için hasta katılımını artırmıştır; hastaları, tedavi planlarını sağlık ekibiyle ortaklaşa tanımlayabilecek (uyumluluk); önemli olduğunu düşündükleri konulara sağlık mensuplarının dikkatini çekebilecek; ve eczanede olduğu gibi sağlık sistemi içinde de kişi merkezli bir diyaloga dâhil olabilecek hale getirmiştir.
- Yaşlılar için daha iyi tıbbi tedavi ve çıktılarıyla sonuçlanmıştır, öyle ki, eczacının uzmanlık ve becerileri sayesinde son yıllarda 80 ve üzeri yaştaki 200.000'den fazla hasta, proje sayesinde daha az sayıda uygun olmayan ilaçla daha iyi bir tıbbi tedavi görmüştür (kanıta dayalı). 65 ve üzeri yaş grubundaki hastalara bakarak analiz yapılmıştır, ancak proje İsveç'teki 700.000 ila 800.000 arasındaki yaşlıya daha az sayıda uygun olmayan ilaç reçetelemesi sayesinde daha iyi bir tıbbi tedavi sunulduğunu tahmin etmektedir.

Proje açıkça göstermiştir ki, sonuçlara ve bireysel bakıma yönelik taleplerin artmasıyla hızla gelişen bir sağlık sisteminde eczacı, bakım hizmeti sunan önemli bir ortak konumundadır. Eczacının tüm becerileri, yaşlılar için en uygun ilaç kullanımını sağlamak, tedaviyi ve sonuçları iyileştirmek, akut ve kronik hastalıkları yönetmek gibi hizmetlerin yanı sıra, eczacılık uygulamalarını sadece ilaç dağıtmaktan ibaret gören eski görüşün aksine, diğer birçok rol için önemli bir fırsat sunmaktadır.

Eczacılık açısından bakıldığında, “İlaçlarımı kontrol et” projesi

- İsviçre eczanelerinde farmasötik bakım kavramını geliştirmiştir;
- Eczacıların yeterliliklerine ve becerilerine dikkat çekmiştir;
- Eczacıları ilaç uzmanları olarak konumlandırmıştır; ve
- Eczaneyi “bakıma açılan kapı” olarak konumlandırarak eczacılarla hastalar arasındaki ilişkiyi güçlendirmiştir.

“İlaçlarımı kontrol et” projesi eczacının, uygun ilaçla tedavi yönetimi yoluyla farmasötik bakım sağlayacak şekilde konumlandırıldığını açıkça göstermektedir. Sonuçlar, eczacıların -uygun olmayan ilaçların sayısını azaltabilmek, yaşlılar için daha uygun bir tedaviye katkıda bulunmak ve hastaların sağlık okuryazarlığını artırmak yoluyla- multidisipliner sağlık ekibinde hayati bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Yaşlılara ve ilaçlarına odaklanan ve hem tıbbi tedaviyi hem de sonuçları iyileştiren “İlaçlarımı kontrol et” projesi, sağlıklı bir yaşam için eczacıyı bir partner olarak kabul etmesinin yanı sıra eczaneyi de bakıma açılan bir kapı olarak konumlandırmıştır.

Eczacının yaşlılar için ilaçla en uygun tedaviye ilişkin sağlık ekibinde oynadığı rol yeterince takdir edilmekle birlikte, kapsamlı uygulamaları sayesinde sağlık, klinik sonuçlar ve genel sağlık maliyetleri üzerindeki olumlu etkisi, sürekli değişen sağlık sisteminde eczacıların önemli katkıları olduğuna işaret etmektedir .

“İlaçlarımı kontrol et” günümüzde, yaşlılara yönelik tıbbi tedaviyi tartışmak ve iyileştirmek söz konusu olduğunda (eczane ve hastalar için) yerleşmiş bir kıstastır. Proje, İskandinav ülkeleri, Çin, Arjantin,⁷ İspanya, İngiltere, ABD, Hindistan ve diğer birçok ülkede ve hatta Japonya’daki DSÖ Yaşlanma Merkezinde büyük ilgi görmüştü.

4.10.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Son yıllarda sayısı giderek artan klinik eczacılar şu ana kadar çoğunlukla hastanelerde ve bir ölçüde sağlık merkezlerinde istihdam edilmiştir. Yapılan bir çok çalışma göstermiştir ki, eczacı istihdamının sonucu olarak, ilaçların doğru kullanımında büyük bir artış olmuş ve sağlık ekonomisinde pozitif sonuçlar elde edilmiştir.⁸

İlaç tedavisine uyumu arttırmaya yönelik eczane tabanlı bilişsel hizmetlerin doğrudan veya dolaylı olarak değerlendirildiği girişimlerde bulunulmuştur; ancak bugüne kadar hiçbir çalışma klinik sonuçlara veya maliyet etkililiğe odaklanmamıştır. Sonuç olarak, uyumu teşvik eden bilişsel hizmetler şu anda kamu tarafından geri ödenmemektedir.

2013 yılında hükümet, eczanelerde ilaç kullanımı konusunda yapısal danışmanlığın fizibilitesini araştırmak için Tıbbi Ürünler Kurumuna bir yönerge vermiştir.⁹ Böyle bir danışmanlığın amacı, hastaların tedavileri hakkındaki bilgilerini artırmak, tedaviye uyumu desteklemek ve ilaçların yanlış kullanılmasını önlemektir. Çalışmaya astım veya KOAH tedavisi alan hastalar dâhil edilmiştir. Otuz altı eczane katılmış, 196 hasta çalışmaya dâhil edilmiş ve ilk görüşme yapmıştır, takip görüşmesine 169 hasta katılmıştır. Genel olarak, hastalar eczacılarla iletişim halinde olmaktan memnundu ve her 10 kişiden dokuzu gelecekte de ilaç kullanımı konusunda danışmanlık hizmeti alabileceğini belirtmiştir. Her 10 kişiden yedisi, bu görüşmelerden elde edilen bilgilerin pratisyen hekimin de faydasına olacağını düşünmüştür.

Özet olarak, çalışma eczanelerde yapılandırılmış danışmanlığın mümkün olduğunu göstermiştir. Ancak çalışmanın kısıtlılığı, klinik verilerin (etkinlik) kaydedilmemiş olması ve hiçbir hekimin çalışmaya dâhil olmamasıdır. Bu nedenle, çalışmanın sağlığın iyileştirilmesine ilişkin herhangi bir sonuç göstermesi mümkün değildir.

Stockholm'de devam etmekte olan bir projede, statin tedavisi başlanan hastalara, ilk reçetede ilaçlarını büyük perakende eczane zincirlerinden birine (Apo-teket AB) ait olan bir serbest eczaneden alırken, uyumu artırıcı bir görüşmeye katılmaları önerilmektedir.¹⁰ Reçeteyi yenileme oranındaki en büyük düşüşün tedavinin ilk ayları gibi erken bir zamanda gerçekleştiği bilindiği için, bu görüşme hastalara statin tedavisine uyumun önemi hakkında bilgi vermeye ve ilk reçete tekrarının yapıldığı bir ila üç ay içinde uyumun önündeki engelleri kaldırmaya odaklanmaktadır. Eczanenin buradaki rolü, eczanede bulunan hastalara yaklaşmak, onları bu görüşmeye davet etmek ve kabul ederlerse görüşmeye kaydetmekten ibarettir. Eczaneler ayrıca görüşmenin tamamlanmasından sonra hastaları takip amacıyla tekrar çağırırlar. Görüşme, yaşam tarzı koçluğu konusunda eğitilmiş bir hemşire ekibi tarafından gerçekleştirilir ve tüm görüşmeleri planlayan, hastanın geri bildirimlerini ve hatta görüşmeler sırasında alınan tüm notları saklayan bir karar destek sistemi aracılığıyla genellikle bir çağrı merkezinden yönetilir.

Farklı eczane zincirleri kan basıncı ve kan şekeri ölçümleri, sigarayı bırakma, doğum kontrol yöntemleri gibi farklı hizmetler sunmaktadır; ancak bu hizmetlerin sonuçları belgelenmemekte, yayınlanmamakta veya sorumlu doktorla paylaşılmamaktadır.

4.10.4 Eğitim

İsveç'te iki düzey eczacılık mesleği vardır: Üç yıllık bir üniversite eğitimi olan reçeteci, BSc (Pharm), ve beş yıllık bir üniversite eğitimi olan eczacı, MSc (Pharm). Tescil, Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu tarafından verilir ve hem reçetecilerin hem de eczacıların aynı yetkilere sahip olması dikkat çekicidir. İsveçli eczacılar, ne ilaç yazma ne de aşılama yetkisine sahiptir. Her iki üniversite eğitimi de güncellenmiştir ve farmakoterapi bilgilerine daha yüksek oranda değinilmektedir. Bir

eczacı olarak, mezun olduktan sonra, çok popüler olan klinik eczacılıkta bir yıllık bir eğitim sonrası kursa katılma imkânı vardır. Klinik eczacılar, hastane hizmetlerinde hem doktorlar hem de hemşireler tarafından çok takdir edilmektedir.

Yasal açıdan, eczanelerde, reçeteci/eczacı reçetenin yasal ve uygun olduğunu kontrol etmekle yükümlüdür ve hastanın ilacı nasıl alacağı konusunda yeterince bilgilendirilmiş olduğundan emin olmalıdır. Bununla birlikte, ilaç hazırlama ve sunma dışındaki işler belgelenmemektedir. Doktorlarla sadece hataları düzeltmek için iletişim kurulmaktadır. Eczacılık bilimlerinde sürekli eğitim, serbest reçeteciler/eczacılar için düzenlenmemiştir ve kesinlikle iyileştirmeler yapılması gerekmektedir. Şu anda bu, hem işverenlerin hem de çalışanların sorumluluğundadır.

4.10.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

e-Sağlık (dijitalleşme) hem sağlık açısından hem de siyasi olarak önceliklidir. İsveç'te tüm reçetelerin %98'i elektrondur ve İsveç e-Sağlık Kurumu tarafından tutulan kayıtlarda saklanmaktadır. Kayıtların araştırma için kullanılmasına izin verilmesi kararı alınmıştır. İlaç modülünün kayıt yoluyla hastane çizelgesine dahil edilmesi devam eden bir projedir, böylece hem doktorlar hem de eczacılar bir hastanın asıl tedavisi hakkında aynı bilgilere sahip olacaktır. Günümüzde, ayrı bilgi kaynaklarının kullanılması, ilaç sorunlarının önemli bir nedenidir. Hastanın ilaç tedavisine uyumuyla ilgili programların çoğu ilaç endüstrisi tarafından geliştirilmiştir. Endüstri ve eczaneler arasındaki işbirliği sınırlıdır ve geliştirilebilir. Bazı şirketler ayrıca hastaların sağlık verilerini kaydetmeleri için uygulamalar geliştirmektedir ve bunlar tıbbi bilgilerin paylaşılması, uyumun kaydedilmesi vb. İçin de kullanılabilir.

4.10.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Hastanelerde hem hemşireler hem de hekimler arasında eczacılara dair algı giderek düzelmektedir. Bununla birlikte, eczacının ekibin belli bir üyesi olarak görülmesi için yapılacak çok iş vardır. Serbest eczanelerde, diğer mesleklerle işbirliğinin geçmişi yoktur ve bu nedenle eczacılık mesleğinin kapasitesi ve olası katkısı ile ilgili bilgisizlik çok fazladır. İsveç Tabipler Birliği iki üyesinin girişimiyle İsveç Eczacıları Birliği bir proje başlatmış ve birkaç toplantı yapılmıştır. İlaç ve eczanelerin rolleriyle sorumluluklarını tartışmak üzere bir atölye çalışması planlanmaktadır. Ayrıca hemşire dernekleri de bir araya gelmek ve nasıl işbirliği yapılabileceğini tartışmak istemektedir.

4.10.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Eczane zincirleri, perakende satışa odaklıdır ve düşük kârlılık nedeniyle farmasötik bakımın esas değerine çok az ilgi duymaktadır. Hükümet, çalışmalardan elde edilen sağlık ekonomisi verileri olmayan eczanelerde, eczacının sunduğu hizmetleri geri ödemek için daha fazla vergi kullanmak konusunda isteksizdir ve işverenler Birleşik Krallık'ta (yeni ilaç hizmeti) ve Norveç'te (Medisinstart) olduğu gibi yatırım yapmak istememektedir.

Eczacılar, ilaçlar konusunda olanca bilgiye sahip olsalar da halen sağlık çalışanı olarak kabul edilmemektedir. Tedavileri hakkında soruları olduğunda hastalar hâlâ doktorlara başvurmaktadır. İsveç'te eczaneler markalarını güçlendirmelidir.

4.10.8 Kaynakça:

1. Medical Products Agency. Action Plan 2017 National Pharmaceutical Strategy (Internet). 1 July 2017. Available from: <https://lake-medelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/NLS/Action-Plan-2017%E2%80%93National-IPharmaceutical-Strategy.pdf> [Accessed 13 July 2018]
2. Government Offices. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar (Internet). 2014-17. Available from: https://plus.rjl.se/info_files/infosida41151/Nationell_strategi_for_att_forebygga_och_behandla_kroniska_sjukdomar.pdf [Accessed 13 July 2018]
3. Ministry of Health and Social Affairs. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar mm. (internet). 2017. Available from: <https://www.regeringen.se/4af67e/contentassets/ef10e08f07ba4ec089fc796db109f487/overenskom-mel-se-insatser-for-att-forbatta-varden-for-personer-med-kroniska-sjukdomar.pdf> [Accessed 13 July 2018]
4. National Board of Health and Welfare. Hälso- och Sjukvård vid kroniska sjukdomar. Öppna jämförelser. (Internet). 2015. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19930/2015-12-1.pdf> [Accessed 13 July 2018]
5. Ministry of Health and Social Affairs. English summary -nya apoteksmarknadsutredningen. (Internet). 2017. Available from: https://www.regeringen.se/494699/contentassets/898886b519fa4630b9b576de75d5cbf9/english_summary-nya_apoteksmarknadsutredningen.pdf [Accessed 13 July 2018]
6. Ministry of Health and Social Affairs. God och nära vård. Gemensam färdplan och målbild. (Internet). 2017. Available from: <https://www.regeringen.se/49c297/contentassets/bbb35df88be240b08c5134090fe48b43/del->

betankan de-av-utredningen -samordnad-utveckling -for-god-och-nara-var-d-sou-2017_53.pdf[Accessed 13 July 2018]

7. Confederación Farmacéutica Argentina. La farmacia en Suecia: Lo que le sucedió a Gulli Johansson [Internet]. Correo Farmacéutico, Nov 2016, pp 14-17. Available from: <http://www.cofa.org.ar/wp-content/uploads/2016/11/Correo-173-web.pdf> [Accessed 13 July 2018]
8. Gillespie U, Alsaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older; a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009 May 11;169(9):894-900.
9. Medical Product Agency. Slutrapport Strukturade läkemedelssamtal. (Internet). 11 December 2014. Available from: <https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/rapporter/Strukturade-lakemedelssamtal-slutrapport-20141211.pdf>[Accessed 13 July 2018]
10. Frisk P, Holtendal C, Bastholm-Rahmer P, Källemark-Sporrong S. Competence, competition and collaboration: Perceived challenges among Swedish community pharmacists engaging in pharmaceutical services research. (Submitted)

4.11 İsviçre

4.11.1 Yasal çerçeve

İsviçre eczaneleri BOH'lar alanında farklı hizmetler sunmaktadır.* İsviçre olgu çalışması İsviçre eczanelerindeki kolon kanseri tarama hizmetine odaklanmaktadır, zira bu en başarılı ve geniş kapsamlı hizmettir.

Tıp meslekleri yasası (SR 811.11; MedBG): 2015'te revize edilen MedBG, eczacıların da dahil olduğu tıp meslekleri için eğitim hedeflerini tanımlar. Eğitim kurumlarının bu hedefleri müfredatlarına dâhil etmesi gerekmektedir. Eczacılar için özel bir eğitim hedefi, (Madde 9 lit. F MedBG): sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine katkıda bulunmak, ayrıca aşılama alanında gerekli yeterlilikleri kazanmaktır.

Federal sağlık sigortası kanunu (SR 832.10; KVG) ve ilgili yönetmelik (SR 832.112.31; KLV) sağlık sigortaları tarafından ödenen hizmetleri düzenler. Buna eczacıların sunduğu hizmetler de dahildir (Madde 4a Par. 1 KLV). Sigortalar ayrıca bir grup sigortalı lehine toplu sözleşmeyle ek maliyet düşürücü hizmetleri de kapsayabilir (Madde 4a Par. 2 KLV). Bu hizmetler, Eczacılar için 25. Maddenin 2. fıkrasında amaçlanan rolle uyumlu olmalıdır ve bu nedenle tıp doktorları tarafından reçete edilen ilaçların hastaya sunulmasına bağlıdır.

* Bkz. pharmaSuisse'nin bu konudaki pozisyon belgesi: <http://www.pharmasuisse.org/de/1699/NCD-Strategie.htm>

Eczacıların koruyucu sağlık veya kronik bakım alanındaki hizmetleri, tüm sigortalar ve eczaneler arasındaki ulusal sözleşmeye henüz dahil edilmemiştir. Bununla birlikte, bazı sağlık sigortaları, kendi sigorta kapsamlarındaki kişilere eczanelerde verilen belirli hizmetleri karşılamaktadır.

Bu düzenlemelere yakın farklı ulusal stratejiler eczacıların uygulama alanlarını açıklamaktadır.

- Humbel'in 2016 önermesine cevaben (eczanelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde konumlandırılması), İsviçre hükümeti eczacıların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki rolünü esas olarak iki alanda tanımlamaktadır: sağlık hizmetlerine düşük eşikli erişim ve tıbbi tedavinin kalitesini artırmak için farmasötik yeterliliklerinin artırılması. Sağlık hizmetlerine düşük eşikli erişim alanında, eczacılar koruyucu sağlık alanında gözlem, öneri ve koordinasyon merkezi olarak önemli bir işleve sahiptir. Bu bakış açısı, hükümetin çeşitli ulusal stratejilerine, örneğin Federal Halk Sağlığı Bürosu'nun BOH-stratejisine (FOPH; İsviçre Sağlık Bakanlığı'nın eşdeğeri) dahil edilerek uygulanmaktadır. Uzun vadede, İsviçre hükümeti, bireysel bazda hastanın tıbbi tedavinin kalitesini güvence altına alıp artırmak için (disiplinlerarası kronik hastalık yönetimi programları) disiplinlerarası işbirliği modellerinde farmasötik uzmanlığın daha fazla kullanılmasına odaklanmak istemektedir. PharmaSuisse, İsviçre hükümeti raporunun sonuçlarını desteklemektedir (bkz. PharmaSuisse basın açıklaması 26 Ekim 2016)
- İsviçre'de "koruyucu sağlık yasası" yoktur. Bunun yerine, İsviçre hükümeti Nisan 2016'da "bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için ulusal bir strateji" (BOH stratejisi) kabul etmiştir. Bu strateji, örneğin, sağlık sisteminde hastalık riskinin ortaya çıkmasını önlemek veya geciktirmek ve bu durumdan etkilenenlerin hayatını kolaylaştırmak amacıyla yüksek riskli ve kronik hastalıkları olan kişiler için koruyucu faaliyetleri güçlendirmeyi amaçlamaktadır. BOH stratejisi bağlamında geliştirilen sağlık zinciri, eczacıların çeşitli yaşam evrelerindeki insanlar için düşük eşikli erişim gibi olası bir rolleri olduğunu göstermektedir. Eczanelerin koruyucu sağlığa daha güçlü bir şekilde dâhil olabilecekleri alanlar, risk ölçümlerinin yapıldığı koruyucu kampanyalara katılımlarından, sağlık danışmanlığına (diğerlerinin yanı sıra sigara bırakma) ve hatta hastayla sağlık sunucuları arasındaki koordinasyona kadar uzanmaktadır.
- Kanserin önlenmesi için "Kansere karşı ulusal strateji" (NSK) adında özel bir strateji vardır. İsviçre'de yaşayan tüm insanların kolon kanserinin erken tespit edilebildiği bu hizmete kolay erişebilmeleri, bu stratejinin hedeflerinden biridir. PharmaSuisse, bu amaca ulaşmak için gerekli faaliyetleri koordine eden bir komitenin parçasıdır.

4.11.2 Önleme

İsviçre eczacıları, 2016'dan beri serbest eczanelerde kolon kanserine karşı koruyucu hizmetler sunmaktadır. 2016 yılında PharmaSuisse'in ilk kampanyası, 770 eczanenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 2018'de ikinci bir kampanya düzenlenmiş ve 800'den fazla eczane katılmıştır. Pek çok eczane, bu hizmeti yalnızca kampanya sırasında değil, yıl boyunca da sunmuştur. Eczacı, kolon kanseri için bireysel riski değerlendirmek üzere müşteriyle birlikte bir anket doldurur ("risk kontrolü"). Riski yüksek olan hastalar eczacı tarafından pratisyen hekimlerine veya uzmanlarına yönlendirilir. Risksiz veya düşük riskli olan hastalara gizli kan tayini için bir dışkı testi (OC Sensörü) ve numunenin nasıl alınacağına dair talimatlar verilir. Hasta numuneyi evde alarak özel bir zarf içerisinde doğrudan laboratuvara gönderir. Laboratuvar sonuçları eczaneye geri gönderilir ve eczacı bunları hastaya iletir. Sonuç pozitifse, daha fazla muayene (kolonoskopi) için hasta doktora veya uzmana yönlendirilir.

Kampanyanın 2018'de tekrarlanmasıyla, 2016 yılında eczanede test yapanlar iki yıl sonra testi tekrar yaptırmaya davet edilmiştir (kılavuzda belirtildiği gibi).

Müşteriler bu hizmet için kendi ceplerinden ödeme yaparlar (genellikle 30 CHF civarında). Bir sağlık sigortası (CSS), tamamlayıcı sigorta poliçesi olan müşteriler için hizmetin bedelini ödemektedir.

4.11.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

Bir kronik bakım yönetim programı (myCare) hazırlık ve test aşamasındadır. Bu program, myCare Start (yeni bir ilaç hizmetine karşılık gelmektedir), myCare Support (bir hasta destek programı) ve myCare Safety'i (ilaç risk yönetimi) kapsayacaktır. Pilot projelerin 2019'da başlaması beklenmektedir.

4.11.4 Eğitim

Eczane'de kolon kanseri tarama hizmetini sunabilmek için eczacıların, PharmaSuisse tarafından geliştirilen çevrimiçi eğitimi almış olmaları gerekir. Ek olarak, geri kalan eczane ekibini (örneğin, eczane teknisyenleri) eğitebilmeleri ve ilgili bilgileri kendileriyle paylaşabilmeleri için katılımcı eczacılara özel materyal sunulmaktadır.

4.11.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Eczanede kolon kanseri tarama hizmetini sunmanın bir başka şartı da çevrimiçi bir platform kullanılmasıdır. Bu platform aracılığıyla eczacılar hastaların risk değerlendirmesini elektronik olarak doldurabilmekte ve böylece tüm hasta verilerini kaydedebilmektedirler. Laboratuvar sonuçları da bu platform üzerinden eczaneye gönderilmektedir. Platform aynı zamanda eczacının müşterilerini yönetmesine imkân tanımakta ve hastalara ilk testten iki yıl sonra tekrar test yaptırmaların hatırlatmaktadır.

4.11.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

Kolon kanserini tespit programı için eczacılar, doktorlar ve uzmanlar arasında yakın işbirliğine gereksinim vardır. Hasta takibi ancak bu yakın işbirliği ile sağlanabilir. Bununla birlikte, bu yakın işbirliği ve takip en önemli zorluklardan biri olmaya devam etmektedir. 2016 kampanyasında, pozitif test sonucu olan hastalar doktora yönlendirildiğinde, eczacı genellikle tıbbi muayenenin sonuçlarını alamamıştır. Bazı durumlarda, bu hastalar kolonoskopiye girmemiştir. Bu sorun, en başından beri projede yer alan doktorların, pozitif test sonucuyla kolonoskopi takibi yapmamış olan meslektaşlarıyla iletişime geçmesiyle çözülmüştür.

4.11.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Eczacıların BOH'larda rollerinin genişletilmesinin önündeki kısıtlılıklar ve zorluklar:

- Eczanede verilen bu hizmetler için meslek hakkı ödenmemesi
- Diğer sağlık mensuplarıyla mesleklerarası işbirliği, özellikle de farklı sağlık hizmet sunucularının rollerinin netleştirilmesi ve
- Teknik destek araçlarının (örn. BT platform) maliyet-yoğun şekilde geliştirilmesi.

4.12 Amerika Birleşik Devletleri

4.12.1 Yasal çerçeve

Amerika Birleşik Devletleri'nde serbest eczacının rolü, dünyanın birçok yerinde olduğu gibi, bir değişim sürecinden geçmektedir. Bununla birlikte, dünyadaki birçok yerin aksine, eczacılık uygulamaları ulusal olarak yönetilmemektedir. Bilakis, 50 eyalet hükümetinin her biri, Columbia Bölgesi ve Guam, Porto Riko ve Amerikan Virjin Adaları eczacıların kendi eyaletlerinde veya bölgelerinde uygulayabilecekleri yasa ve yönetmelikleri bağımsız olarak belirlemektedir. Eyalet

sınırları içinde çalışmak isteyen eczacılar sınava girip ruhsat şartlarını yerine getirmeli ve çalışmak istedikleri eyalette ruhsat almış olmalıdır. Bu nedenle eczacının çalışma izni Amerika Birleşik Devletleri'nin genelinde farklılık göstermektedir.

Bu farklılıklara rağmen, eczacılar ulusal çaplı ilaç tedarikinde büyük ölçüde kontrol ve sorumluluk sahibidir. ABD'de ilaç hazırlayan hekim nispeten sınırlıdır. ABD'de yaklaşık 22.000 bağımsız serbest eczane¹ ve 40.000'in üzerinde şirket zincirine bağlı serbest eczane² bulunmaktadır. Şirkete bağlı zincir serbest eczaneler tek başına eczaneler olabileceği gibi bir market veya mağazada (örneğin Wal-Mart) faaliyet gösteren eczaneler olabilir. ABD Çalışma ve İstatistik Bürosu'na³ göre, 2026'ya kadar %6'lık bir iş artışı beklentisiyle, ABD'de 312.000'den fazla eczacı çalışmaktadır.

4.12.2 Önleme

Eczacılar tarafından BOH önleme faaliyetleri yeterince iyi belgelenmiştir. Bir çok devlet-tabanlı ve özel sigorta programları, eczacılara, hastalara sigara bırakma danışmanlığı yapmaları için hizmet karşılığı bir ödeme yapmaktadır. Buna ilaveten, diyabet eğitimi uygulamalarının tanıtılmasında (tanınması için ulusal bir süreç vardır) rol alan eczacılar diyabet eğitiminin bir parçası olarak diyet ve egzersizi vurgulayan koruyucu faaliyetlere sıklıkla katılırlar. Ek olarak, Medicare (yaşlılar ve engelliler için ulusal sigorta programı), yararlanıcıların birinci basamak hizmet sunucusundan yıllık sağlık ziyareti almalarını sağlar. Ekip temelli bakımda çalışan gittikçe artan sayıda eczacı, ekibe bir katkı olarak bu sağlık ziyareti gerçekleştirilmekte ve eczacı çalıştıran uygulamalar için yeni gelir kaynakları yaratmaktadır. Bu fırsatlara rağmen, BOH'ların önlenmesinde eczacılar için çok daha büyük bir rol vardır.

4.12.3 Tedavi ve hastalık yönetimi

ABD, eczacı tarafından çalıştırılan hastalık yönetimi ve tedavi yönetimine yoğun bir şekilde ilgi göstermektedir. Literatür, serbest eczanelerde bağımsız olarak işletilen randevu-esaslı kliniklerden doktorlarla birlikte aynı yerde bulunan serbest eczacılara ve sevk-tabanlı klinik işleten serbest eczacılara kadar, bu tür tanımlayıcı makalelerle doludur (gözlemsel makaleler için literatür taraması bölümüne bakınız). Eczacıların belgelenmiş en büyük başarısı diyabet ve hipertansiyon yönetimi alanında olup, daha genel olarak kardiyovasküler bakımda da güçlü bir faaliyetleri olduğu görülmüştür. Serbest eczane tabanlı antikoagülasyon klinikleri ABD'de çok yaygın olmasa da, eczacılar daha çok ayakta tedavi polikliniklerinde bu tür klinikleri yürütmektedir. Serbest eczacılar şimdilerde astım klinikleri, depresyon klinikleri ve hareket bozukluğu kliniklerinin yanı sıra erkek sağlığı ve kadın sağlığı kliniklerini yönetmektedir. Hangi BOH olursa olsun, hasta popülasyonuna hizmet verecek özel bir klinik yürüten bir serbest eczacıyı ABD'nin herhangi bir yerinde bulma şansı yüksektir.

Buna rağmen, daha önce de belirtildiği gibi, eczacı tarafından yürütülen en sağlam ve en yaygın hastalık yönetimi, diyabet ve hipertansiyonu olan hastalara sunulan hizmetlerdir. Aslında, eczacılar bu alanlarda o kadar başarılı olmuşlardır ki, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri eczacıları daha fazla katılmaları için teşvik eden birkaç belge yayımlamıştır. Bunlar, “Yüksek kan basıncını yönetmek için eczacıların verdiği hasta bakım sürecini kullanma: Eczacılar için bir kaynak kılavuzu”⁴ “Eczane paydaşları için yöntemler ve kaynaklar”⁵ ve “Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde eczacılarla ortaklık”⁶’tır.

4.12.4 Eğitim

Eczacılık Doktora (Pharm.D.) derecesi, ABD’de eczacılık yapmak isteyenlere başlangıç düzeyi olarak verilen tek derecedir. Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACPE), ABD’de eczacılık eğitimi için standartları belirleyen ulusal akreditasyon organıdır. ACPE akreditasyonu “Eczacılık Doktorası unvanı veren mesleki bir lisans programının başlangıçta ve daha sonra yapılan periyodik değerlendirmelerle mevcut yeterlilikleri ve eğitim standartlarını karşıladığının toplumca tanınmasıdır”.⁷ 2018 itibarıyla, ya akredite edilmiş ya da akreditasyon adaylık statüsünde olan 142 eczacılık fakültesi vardır. Pharm.D. programı, ACPE’nin güçlü ve kapsamlı standartlarının bir parçası olarak, öğrencileri ilaç tedavisi yönetimi ve hastalık yönetimi de dahil olmak üzere doğrudan hasta bakımı sunmaya hazırlamak için tasarlanmıştır.⁸

4.12.5 Yeni teknolojilerin kullanımı

Teknolojinin eczacılık uygulamalarında, özellikle de halk arasında kullanımı oldukça değişkendir. Akıllı telefon uygulamalarının, evde kullanılabilen dijital izleme cihazlarının ve teknolojiye çok meraklı tüketicilerin hızla artması, kalp atış hızını, kan basıncını, vücut ağırlığını ve daha birçok parametreyi ölçen ve izleyen teknolojilerin kullanımında artışa neden olmuştur.

Şu an ABD’de elektronik reçeteleme yaygınken; reçetelerin yalnızca küçük bir kısmı el ile yazılmaktadır. Eczacılar ve tüketiciler, reçete edilmiş tedavilere uyumu ve uyuncu arttırmak için teknolojinin kullanımında işbirliği yapmaktadır. Ancak serbest eczacılar, hastaların elektronik tıbbi kayıtlarına erişimleri olmadığı için zorluk yaşamaktadır. Aslında, hastalar da genellikle kendi kayıtlarına erişemezler. Reçeteli ilaçların çoğu, dünyanın diğer bölgelerindeki birim doz paketlerinden ziyade ABD’de 100, 500 veya 1000 birimlik büyük hacimlerde paketlenildiği için İlaç sunumu açısından ABD, kendine has bir yapıya sahiptir. Bu da, hazırlama sürecinin genellikle yavaş olmasına ve eczane teknisyenleri tarafından veya otomatik teknoloji yardımıyla kolayca halledilecek işlerle eczacıların meşgul olmasına neden olmaktadır.

4.12.6 Diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği

ABD’de, eczacıların, doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık mensuplarının eğitimi, ilgili akademik programların ana ögesi olarak meslekler arası eğitimi (IPE) kapsayacak şekilde hızla gelişmektedir. Bu değişim, Tıp Enstitüsü’nün aşağıdaki önemli yayınlarıyla gerçekleşmiştir:

- IPE’nin işbirliğine dayalı uygulamaya ve hasta sonuçlarına etkisinin ölçülmesi;⁹ ve
- İşbirliği için mesleklerarası eğitim: Eğitim süreleri boyunca mesleklerarası modellerden sağlığın nasıl geliştirileceğini öğrenmek: Atölye özeti.¹⁰ Ek olarak, ABD’de güçlü bir Meslekler Arası Eğitim İşbirliği (IPEC)¹¹ vardır ve 2013’ten beri bazı raporlar yayımlanmış, bazı konsensüs konferansları düzenlenmiş ve bir çok fakülte ve uygulayıcı tarafından eğitim programları yürütülmüştür.

4.12.7 Başlıca kısıtlılıklar ve zorluklar

Amerika Birleşik Devletleri’nde, eczacılar için en büyük zorluklardan biri, ilaç sunumu dışındaki hasta bakımı hizmetleri için ödeme alma konusunda yaşanmaktadır. Serbest eczacılığın iş yapısı uzun yıllardır sağlık hizmetlerinin geri kalanından ayrıştırıldığı ve eczane sigorta şirketleri neredeyse yalnızca ilaç ürünlerine ödeme yaptığı ve de ABD’deki geri ödeme programları eczacılardan ziyade eczanelere ödeme yapmaya odaklandığı için, ABD hükümetinin ve diğer ödeyicilerin, eczacıların profesyonel hizmetlerini meslek hakkı ödeme sistemlerine dahil etmeleri zor olmuştur. 1990’lı yıllarda, eczacıların ilaç sunumu dışındaki hizmetlerinin hasta bakımı üzerindeki etkisine ilişkin araştırmalar, eczacıların sağlık harcamalarının ilaç dışı kısmına maliyet tasarrufu sağladıklarını kesin bir şekilde göstermiştir. Sonuç olarak, Birleşik Devletler’de ABD Kongresi¹² ile eyalet meclislerinin¹³ eczacılara, diğer sağlık hizmet sunucularına olduğu gibi ödeme yapılmasına imkan tanıyan yasa ve yönetmelikler kapsamında, eczacıyı sağlık hizmet sunucusu olarak tanıyan yeni yasalar için adımlar atılmaktadır.

4.12.8 Kaynakça

1. Ulusal Serbest Eczaneler Birliği. Bağımsız eczanenin bugünü [Internet]. Alexandria, VA: NCPA, 2018. Erişim adresi: <http://www.ncpanet.org/home/independent-pharmacy-today> [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
2. Ulusal Zincir İlaç Mağazaları Derneği, 2018. Erişim adresi: <https://www.nacds.org>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
3. Çalışma İstatistikleri Bürosu. Mesleki Görünüm El Kitabı: Eczacılar [Internet]. Washington DC: Amerika Birleşik Devletleri Çalışma Bakanlığı, 2018. Erişim adresi: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/pharmacists.htm>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]

4. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi için Eczacıların Hasta Bakım Süreçlerini Kullanmak, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/dhbsp/pubs/docs/pharmacist-resource-guide.pdf>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
5. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Eczacılarla Ortaklık için Yöntemler ve Kaynaklar. Atlanta, GA: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2016. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/dhbsp/pubs/docs/engaging-pharmacy-partners-guide.pdf> [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
6. Morrison CM, Glover D, Gilchrist SM, Casey MO, Lanza A, Lane RI. ve arkadaşları. Halk Sağlığı Programı Rehberi: Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Eczacılarla Ortaklık. Atlanta (GA):
7. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC); 2012. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/dhbsp/programs/spha/docs/pharmacist_guide.pdf [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
8. Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Kurulu. PharmD Programı Akreditasyonu [Internet]. Chicago,IL: ACPE, 2018. Erişim adresi: <https://www.acpe-accredit.org/pharmd-program-accreditation/>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018] Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Kurulu. Statüsüne göre akredite programlar [Internet]. Chicago, IL: ACPE, 2018. Erişim adresi: <https://www.acpe-accredit.org/accredited-programs-by-status>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
9. Ulusal Bilim, Mühendislik ve Tıp Akademileri. Mesleklerarası Eğitimin (IPE) İşbirliğine Dayalı Uygulamaya ve Hasta Sonuçlarına Etkisinin Ölçülmesi. 2015. Erişim adresi: <http://nationalacademies.org/hmd/reports/2015/impact-of-ipe.aspx>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
10. Tıp Enstitüsü. İşbirliği için Mesleklerarası Eğitim: Eğitim Sürekliliği Sürecinde Meslekler Arası Modellerden Sağlığın Nasıl Geliştirileceğini Öğrenmek: Atölye Özeti. 2013. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13486>.
11. Mesleklerarası Eğitim İşbirliği websitesi. Erişim adresi: <https://www.ipecollaborative.org/about-ipec.html>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
12. Amerikan Eczacılar Birliği. Eczacılar bakım sağlıyor websitesi, 2015. Erişim adresi: <http://www.pharmacistsprovidecare.com>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]
13. Ulusal Devlet Eczaneleri Birliği websitesi. Erişim adresi: <https://nasp.us>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]

4.13 BOH'lara yönelik diğer ulusal girişimler

4.13.1 Danimarka: Yeni ilaç hizmetindeki gelişmeler

Ocak 2016'dan bu yana, Danimarka'daki eczanelerin hastalara yeni ilaç hizmeti sunması istenmiştir. Bu hizmet, son altı ay içinde yeni bir kronik hastalık tanısı konan ve bunun için bir ilaç yazılan hastalara sunulmaktadır. Hizmet, eczacı ile hasta arasında yeni ilaç hakkında yapılan görüşmeden ibarettir.

Danimarka'da kronik hastalık, uzun süreli ve kalıcı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, Danimarka'daki yeni ilaç hizmeti, hizmetin yalnızca belirli bir kronik hastalığı olan hastalara sunulduğu İrlanda veya İngiltere'deki benzer hizmetten biraz farklıdır.

Bir müşteri memnuniyeti anketinde, katılımcıların %95'i hizmetten genel olarak memnun olduklarını veya çok memnun olduklarını belirtmişlerdir. Birçok hasta, yeni ilaç hizmetinin, ilaçlarını alma konusunda kendilerini daha güvende hissettirdiğini ve yan etkiler hakkında bilgi verdiğini belirtmiştir.

Danimarka eczaneleri tarafından Nisan 2018'de ilaç tedavisine uyum hizmeti başlatılmıştır. Bu hizmet, eczacı ile kronik bir hastalık için 12 aydan fazla bir süredir ilaç kullanan ve tedaviye uyum sorunları yaşayan bir hasta arasındaki kısa ve özel bir görüşmeden ibarettir. Bu hizmet yeni ilaç hizmetinin gelişmiş halidir.

Hizmetin amacı, hastalara ilaçların güvenli, etkili ve akılcı kullanımını hakkında daha fazla bilgi vererek - ve daha iyi alışkanlıklar öğreterek- ilaca uyumu artırmaktır. Tedaviye uyumsuzluk nedenlerini belirlemek ve etkili çözümler bulmak üzerinde durulmaktadır. Bu, uzun vadede hastaları güçlendirecek ve ilaç tedavisinin etkisini arttıracaktır.

İlaç tedavisine uyumlu olmayan hastalar yılda bir kez uyum hizmeti almaya hak kazanırlar. Bu, eczacılara, hastaların gelecekteki uyum durumunu ve ilaç tedavisini takip etmeleri imkânı sunar. Bu, hastalara kronik hastalık başına sadece bir görüşme hakkı veren yeni ilaç hizmeti ile mümkün değildir.

4.13.2 İrlanda: Yeni ilaç hizmeti kronik hastalıkları olanların ilaç tedavisine uyumunu artırıyor

İrlanda'da yeni ilaç hizmeti (NMS) kavramı, yeni reçete edilen ilaçlarla ilgili sorunların hızla ortaya çıktığı, yaygın olduğu ve uzun süreli ilaç tedavisi gören hastaların önemli bir kısmının ilaca uyumlu olmadığı gösterilen araştırma kanıtlarına dayanmaktadır. Barber ve arkadaşlarının çalışmaları¹ kronik bir hastalık için yeni bir ilaç kullanmaya başlayan hastaların oldukça fazla problem yaşadıklarını göstermektedir. Yaklaşık üçte biri yeni ilaçlarını önerilen şekilde almamış, bunların neredeyse yarısı bunu kasıtlı olarak yapmıştır. İlaça uyumsuzluğun görülme sıklığı, mevcut ilaçlardan ziyade yenilerinde daha fazlaydı. Hastalar sıklıkla sorunlar yaşamış ve bilgi ve destek ihtiyaçları karşılanmamıştır. Her ne kadar bazı problemler çözülmüş olsa da, pek çoğu çözülmemiş ve yeni-

leri de eklenmiştir. İlaç tedavisine uyumsuzluğun hızlı ortaya çıkması ve buna bağlı problemler büyük olasılıkla iki ana faktörden kaynaklanmaktadır: ilacın verildiği tarihte reçete yazanlar ile uygun iletişimin olmaması ve hastaların ilaçla ilgili problemlerinin ilaç alındıktan sonra ortaya çıkması.

Bu nedenle, eczacı liderliğindeki bir müdahale olan NMS tasarlanmıştır. NMS, belirli bir kronik hastalık durumu için (astım, KOAH, tip 2 diyabet, hipertansiyon, antiagregan/antikoagülan tedavisi, statin tedavisi ve kronik ağrı) yeni reçete edilen bir ilacın kullanımına ilişkin öneri ve desteklerden oluşan, serbest eczanede verilen, eczacı liderliğinde yapılandırılmış bir müdahale olup, ilaca başladıktan sonraki iki hafta içinde verilir. NMS ilk kez Ekim 2011'de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından İngiltere'de başlatılmıştır. Bu hizmet için 2016 yılında yapılan bir inceleme², planın 2011'de başlatılmasından Ağustos 2016'nın sonlarına kadar serbest eczacıların 3,59 milyon NMS konsültasyonu yürüttüğünü göstermiştir ve uyumda %10 artış elde edilmiştir., Araştırmanın yazarları uzun vadede NHS için 517,6 milyon GBP tutarında nakit tasarruf yapılabileceğini ve NMS'den 179.500 kaliteye-ayarlı yaşam yılı kazanılacağını ileri sürmektedirler.

2017 yılında, İngiltere'de yürütülen NMS'nin hem hastalara hem de genel sağlık sistemine faydaları nedeniyle, İrlanda Eczacıları Birliği (IPU), Pfizer Healthcare Ireland'dan alınan bir eğitim hibesiyle, İrlanda bağlamında benzer yararların görülüp görülmeyeceğini değerlendirmek için İrlanda NMS pilot çalışmasını başlatmaya karar vermiştir.

IPU NMS pilot çalışmasının amaçları şunlardır:

- NMS'nin işleyişini, gerçekleşen konsültasyonların karmaşıklığının ve niteliğinin özellikle hasta katılımı, yaş aralığı, sunulan öneri ve destek açısından araştırılması; ve
- Paydaşlar tarafından kabul edilebilirliği, başarılı veya başarısız olma sebepleri ve hizmetin sunulduğu ortamın fizibilitesinin belirlenmesi.

Çalışmanın sonuçları:

- NMS pilot çalışmasının, bir dizi uyum ölçeği yardımıyla hastanın ilaç tedavisine uyumu üzerindeki etkisini değerlendirecek;
- Bu pilot çalışmanın başarılı olmasının önündeki engelleri ve olanakları ve NMS'nin geleceğini tanımlayacak;
- NMS'nin pratik ortamda uygulanabilirliğini belirleyecek; ve
- Paydaşlar tarafından NMS'nin kabul edilebilirliğini değerlendirecekti.

Pilot tasarım, katılımcı eczacılara yapılan anketten toplanan nitel geri bildirim yanı sıra, Kapsanan Günlerin Oranı (PDC) ve uyum skorları yardımıyla elde edilen uyuma ilişkin nicel verilere dayanıyordu. Pilot, İrlanda Galway Ulusal Üniversitesi'nden etik onay almış ve Klinik Araştırma olarak tescil edilmiştir (ISR-CTN12674490).

NMS pilot çalışması, müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki koldan oluşmuştur. Eczacılar hastaları bir çevrimiçi veri toplama aracıyla pilot çalışmaya aldıktan sonra, bu sistem hastaları rasgele olarak kontrol veya müdahale grubuna ayırmıştır.

NMS müdahale grubuna atanan hastalar, Şekil 31'de belirtildiği ve burada tarif edildiği gibi, NMS pilot çalışması sırasında toplam üç müdahale geçirmiştir:

- Eczacıyla ilacı aldıktan sonraki yedi ila 14 gün içinde yeni ilaçlarına ilişkin yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır;
- Eczacı, hastaya yeni ilacı verdiği günden dört hafta sonra uyumu değerlendirmek için bir uyum anketi uygulamıştır; ve
- Eczacı, yeni ilacın verilmesinden üç ay sonra hastanın bilgisayar sistemindeki ilaç kaydını (PMR) kullanarak, yeni ilaca ilişkin 'kapsanan günlerin oranı' (PDC) hesaplamasını yapmıştır.

Şekil 31: NMS pilot süreci



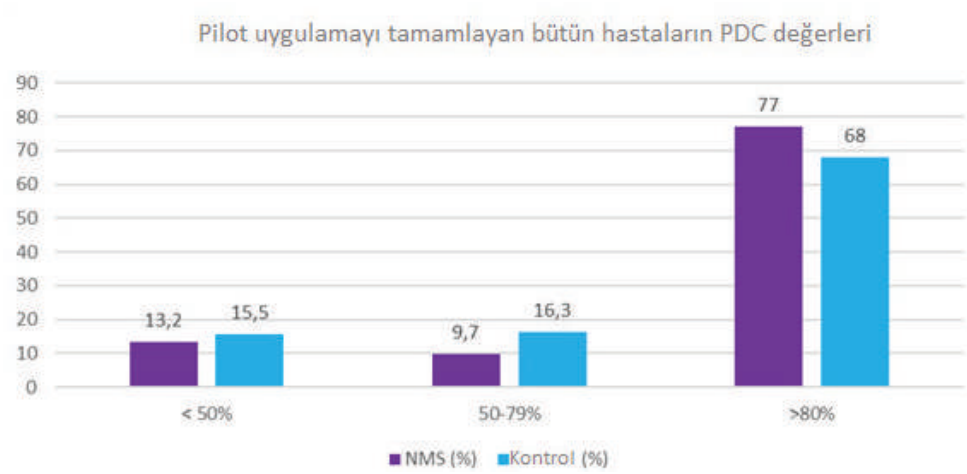
Kontrol grubuna atanan hastalar, NMS pilot çalışması sırasında toplam iki müdahale almışlardır:

- Eczacı, yeni ilacın hastaya verilmesinden dört hafta sonra uyumu değerlendirmek için uyum anketini uygulamıştır; ve
- Eczacı, yeni ilacın verilmesinden üç ay sonra bilgisayar sistemindeki PMR'yi kullanarak yeni ilacın PDC değerlendirmesini yapmıştır.

Elde edilen sonuçlar³ IPU NMS pilot çalışmasının hem amaçlarının hem de sonuçlarının karşılandığını göstermiştir. PDC değerinin %80 veya daha üstü ola-

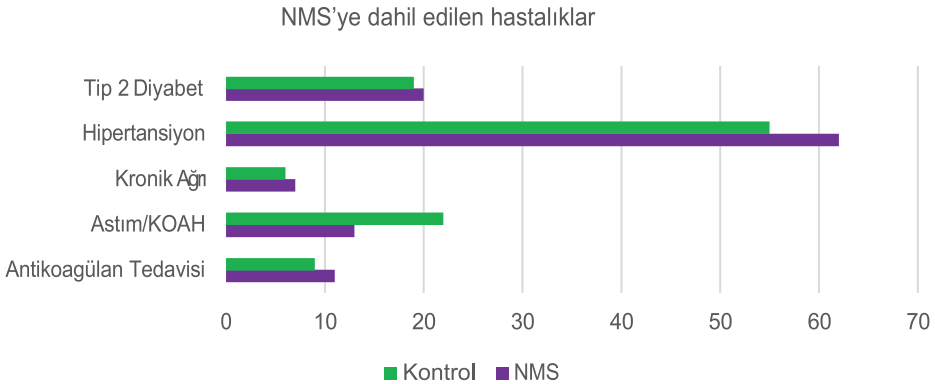
rak tanımlandığı hasta uyumu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında müdahale (NMS) grubunda %9 daha yüksekti (Şekil 32). Bu sonuç, uyumda %10'luk bir artış görülen İngiliz NMS çalışmasının sonuçları ile benzer bulunmuştur. PDC'deki artış, eczacı öncülüğündeki bu müdahalenin ve serbest eczanede gerçekleştirilen NMS görüşmesinin, hastaların uyumuna ve ilaç kullanımlarına olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Şekil 32. NMS pilotunu tamamlayan bütün hastalar için üçüncü ayda PDC değerleri

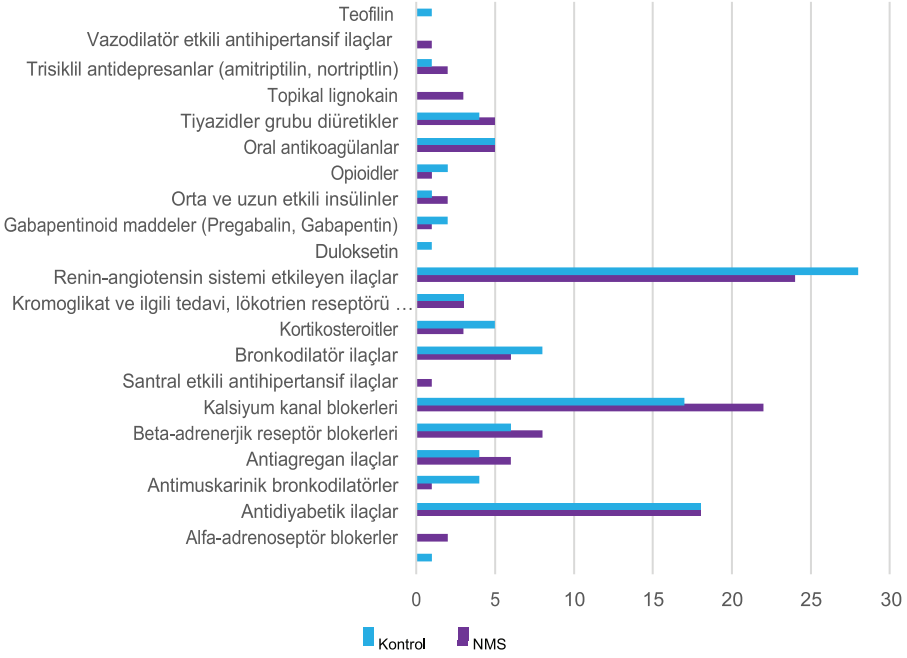


Hipertansiyon ve tip 2 diyabet her iki grupta en sık görülen durumları (Şekil 33) ve renin-angiyotensin sistemini etkileyen ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri ve antidiyabetik ilaçlar her iki grupta da en sık karşılaşılan ilaç sınıfları olmuştur (Şekil 34). Hastalar yaş, cinsiyet ve çalışmaya dahil edilen hastalıklar açısından her iki gruba homojen olarak dağılmıştı.

Şekil 33. Çalışmaya dahil edilen hastalıklar



Şekil 34. NMS ilaç sınıfları



Veriler 150 NMS müdahale görüşmesiyle toplanmıştır. Tablo 23, hastaların çoğunluğu için (101) başka bir öneri gerekmediğini göstermektedir. Bununla birlikte, 39 hasta daha fazla bilgi ve eczacı önerisine ihtiyaç duymuştur ve 10 hasta pratisyen hekimlerine geri gönderilmiştir. Bu durum, yeni bir ilaç reçete edilen ve eczacıyla görüşen hastaların neredeyse üçte birinin eczacının müdahalesine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Tablo 23. NMS görüşmesi sırasında eczacılar tarafından tespit edilen durumlar

Hasta ilacı gerektiği gibi kullandığını bildirdiği için daha başka öneriye gerek kalmadı	101
Daha fazla öneriye gerek duyuldu	39
Pratisyen hekime yönlendirildi	10

Kaygıları olan hastalar arasında en fazla bildirilen kaygı yeni ilacın yan etkileriyle ilgili iken, bunu yeni ilacın işe yarayıp yaramadığına dair belirsizlik, kullanımla ilgili konular ve yeni ilaca ilişkin bilgiler takip etmiştir. NMS görüşmesi sırasında hastaların ifade ettiği kaygılara cevaben eczacıların önerileri ve uygulamalarıyla ilgili olarak, başlıca aksiyon, ilacın nasıl etki gösterdiğine dair bilgi verilmesiydi, bunu, yeni ilacın nasıl alınacağına veya kullanılacağına dair bilgi verilmesi takip etmiştir. Bu bilgi, eczacıyla yapılan önceki görüşmede ve ayrıca reçete yazılırken de verilmiş olabilir; ancak hastaların genellikle reçetenin ilk yazıldığı ve hazırlandığı anda verilen bilgileri tam olarak anlamadığı veya bunlarla ilgilenmediği gerçeğini tekrarlamakta fayda vardır.

NMS görüşmeleri sonucunda 12 hasta (%8) pratisyen hekimlerine geri gönderilmiştir. PDC değerlerine ve pratisyen hekime yönlendirilme rakamlarına birlikte bakıldığında, eczacı öncülüğündeki NMS müdahalesinin, müdahale grubundaki tüm hastaların %85'i üzerinde potansiyel olarak olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir; hastaların %77'si, %80 veya daha yüksek bir PDC'ye ulaşmış ve %8'i pratisyen hekimlerine geri gönderilmiştir.

NMS'den elde edilen bu bilgilere göre, ilaçla ilgili sorunların çözülmediği takdirde hastalar ve sağlık hizmetleri için kötü uyum, kötü hasta sonuçları, advers ilaç reaksiyonları riski ve gelecekteki mali sorunlar gibi olumsuz sonuçlar doğurabileceğinin altı çizilmiştir.

Kaynakça

1. Barber, N. ve arkadaşları, Kronik durumlar için hastaların yeni ilaçlarla ilgili problemleri. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Güvenlik, 2004.13 (3): s. 172-175.
2. Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, ve arkadaşları. Serbest eczaneler aracılığıyla uzun süreli bir durum için yeni bir ilaca başlayan kişilerde ilaç tedavisine uyumu desteklemek: Yeni İlaç Hizmetinin pragmatik, randomize, kontrollü bir çalışması. BMJ Qual Saf 2016; 25:747-758.
3. IPU Yeni İlaç Hizmeti (NMS) Pilot 2017 Raporu. Erişim adresi: <https://ipu.ie/wp-content/uploads/2017/12/IPU-NMS-Pilot-2017-Report-Copy.pdf>. [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2018]

4.13.3 İspanya: Kolorektal kanserde erken tarama

İspanya'da, 2003 Avrupa Birliği Konseyi'nin tavsiyelerine uyulmaktadır, burada üye devletlerin meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolorektal kanser için tarama programları geliştirmeleri önerilmektedir.

Genel olarak, kolorektal kansere özgü tarama testleri için aranan şartlar şunlardır:

- Hedef kitle: 50 ila 69 yaş arası kadın ve erkekler;
- Tarama testi: Dışkıda gizli kan; ve
- Tahlil aralığı: iki yılda bir.

Şu anda İspanya'da, bütün özerk bölgelerin kolorektal tarama programı² olsa da, serbest eczaneler sadece Katalonya, Murcia ve Balear Adalarında programa katılmaktadır.

Serbest eczaneleri dahil etmenin amacı, testi toplum için daha erişilebilir hale getirerek (yakınlık, esnek saatler, önceden bir randevuya gerek olmaması ve bir sağlık uzmanının varlığı) katılımı teşvik etmektir.

İzlenecek yöntem ve prosedür, genel haliyle şu şekildedir:

1. Özerk bölgenin Yerel Sağlık Bakanlığı, belirlenen hedef kitleye davet mektubu gönderir.
2. Davet kabul edilirse, kişi, programa katılan ve kendisine en yakın eczaneye yönlendirilir.
3. Davet mektubunun sunulması üzerine eczacı, numune almak için gerekli olan kiti kişiye teslim eder ve numunenin doğru şekilde alınması ve teslimi ile ilgili bilgilerin yanı sıra, testin olası sonuçları, anlamları ve takip edilmesi gereken adımlar hakkında bilgi (sözlü ve yazılı) verir.

Farklı tarama kitleri mevcuttur, ancak hepsi dışkıda insan hemoglobini tespit edebilen immünokimyasal testlerdir.

Numune genellikle iki farklı günde alınır ve teslim edilene kadar buzdolabında saklanır.

Dışkı yapıldıktan hemen sonra numune alınır. Tuvalette veya leğen içinde tuvalet kâğıdına dışkılanması ve sonra dışkının birkaç farklı noktasına kitin batırılmasıyla numune alınması önerilir.

Numuneler eczaneye teslim edilebilir, daha sonra bunlar analiz için laboratuvara veya özerk bölgeye bağlı olan bir birinci basamak sağlık merkezine gönderilir.

Sonuçlar kişiye mektupla gönderilir veya telefonla bildirilir. Eğer dışkıda kan izlerine rastlanmazsa, test negatif olarak kabul edilir ve kişiler iki yıl sonra testi tekrar etmeleri için davet edilir.

İki örnekten en az birinde belirli bir miktarda hemoglobin bulunursa, doğrulayıcı bir test (kolonoskopi) yapılır.

Serbest eczanelerin kolorektal kanser taramasındaki faaliyetlerinin somut bir örneği olarak, Murcia'daki hizmet hakkında ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir.

Murcia Bölgesi Sağlık Bakanlığı'nın programına "Farmacolón" adı verilmektedir ve bölge genelinde mevcut 567 eczaneden 421'ini kapsamaktadır.

Katılan eczaneler, yukarıda açıklanan işbirliğine ek olarak, aşağıdaki bilgileri kaydeder:

- Numune vermek için kiti alan hasta;
- Kitin alındığı tarih; ve
- Kiti veren eczane.

Mevcut olan en son veriler (2014'ten itibaren gönderilen davetler ve yapılan testler hakkındaki genel veriler ve 2016'dan itibaren eczanelere ilişkin belirli veriler) aşağıdaki gibidir:

- Testi yaptırmaya davet edilenler: 41.756
- Testi yapanlar: 22.813
- Katılım oranı: %54,8
- Testi geçerli olanlar: 22.143
- Testi geçersiz olanlar: 964
- Testi pozitif çıkanlar: 2.105
- Pozitif test oranı: %9,5
- Numuneyi bir sağlık merkezi yerine eczanede verenler: 7439'a karşılık 20.732
- Eczaneler ve sağlık merkezleri tarafından tespit edilen pozitif test oranları: %8,4'e karşılık %10,2
- Eczaneyi tercihe denlerin profili: Erkekler %45; kadınlar %55

Kaynakça

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Portalfarma Salud Pública, Campañas [Internet]. Madrid: CGCOF, 2018. Available from: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Paginas/indicea.aspx> . [Accessed 15 July 2018]
2. Salas D. Situación actual de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España. Indicadores de resultados. Oral presentation at the 20th Annual Meeting of the Network of Cancer Screening Programmes (Red de Programas de Cribado de Cáncer). Zaragoza,17-19 May 2017. Available at: http://www.cribadocancer.com/images/archivos/LolaSalas_8.pdf . [Accessed 15 July 2018]

5 Sonuç ve öneriler

Hükümetler, sağlık sistemleri, meslek kuruluşları, kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları ve genel olarak toplum, BOH'ların önlenmesi ve kontrolünden birliğe sorumludur. Sağlıksız yaşam tarzları ve sağlıkla ilgili davranışları ve öz-bakımı sürekli değiştirme gereksinimi olan temel nedenlerden bazılarını ele alan stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir. BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için ulusal gerçeklere ve politikalara dayanan etkili, uygulanabilir müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu müdahalelerin sağlıkta eşitliğe ve sağlık sonuçlarına etkisi olmalıdır. Geniş tabanlı politikaları ve bireysel faaliyetleri birleştirmelidir. Müdahaleler hasta merkezli olmalı ve birinci basamakta yapılmalıdır. Sağlık sistemlerinin evrensel kapsamlı olduklarından emin olunmalıdır.

Serbest eczaneler genellikle özel sektör kuruluşlarıdır. Bununla birlikte, halk sağlığına değer katan, sağlık kazanımlarına sürekli katkı sunan ve sağlık sistemlerine ekonomik tasarruf sağlayan temel bir kamu hizmeti sunarlar. Yeterli uzman sağlık mensubuna sahip olmak önemli olsa da, eczacılar gibi mevcut kaynakların yönetimini ve kullanımını artırıp optimize etmek ve çalışmalarını diğer sağlık mensuplarıyla uyumlu hale getirmek önemlidir. Ayrıca, meslek kuruluşlarının, işgücü gelişimini destekleyen yeterlilikler çerçevesi oluşturmaları gerekmektedir.

Yeni sağlık sorunları yaratan BOH'lar yeni sağlık hizmeti yanıtlarına ihtiyaç duymaktadır: eczacılar ve eczaneler sağlık sistemlerinin geleceğine halihazırda kendilerini adanmışlardır ve eczacılar birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir role sahiptir.

Eczacılar:

- Az kullanılan insan kaynaklarıdır. Her yerde kolay erişilebilen, hastalar tarafından çok güvenilen ve yüksek nitelikli sağlık mensuplarıdır. Serbest eczaneleri birinci basamak sağlık hizmetleri içindedir tam kapasiteyle çalışır hale getirmek için gereklidirler;
- Hastalarla, hatta hekimlerini görmeyenlerle bile, düzenli olarak görüşme halindedirler. Bu görüşmeler, BOH'ların önlenmesini, bakıma erişimi, ilaçların güvenli kullanımını ve ilaç tedavisine uyumu artırmak için kullanılabilir.
- Erken tarama, hasta başı testler, özel danışmanlık ve uzun süreli hastalık yönetimi sağlarlar;
- Kolayca erişilebilirlerdir, çünkü eczaneler uzun saatler boyunca açıktır ve güvenli ve kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri sunarlar; ve
- BOH'ların zorluklarıyla yüzleşirken sağlık sisteminde koalisyonu güçlendirerek sağlık sonuçlarını iyileştirebilirler ve böylece BOH'larda daha büyük bir rol oynayabilirler.

BOH'lar eczacıların vatandaşlara ve hastalara, sağlık kaynaklarının sürdürülebilir ve daha iyi kullanılmasına yönelik taahhütlerini güçlendirmek için bir fırsat sunmaktadır. Bu nedenle, bu raporda yer alan bulgular ışığında, FIP, Üye Kuruluşlarına ve tüm ulusal ve yerel eczacı birliklerine şu önerilerde bulunmaktadır:

- Eczacıların BOH'ların önlenmesi ve kontrolündeki etkinliğini göstermek için bu rapordaki kanıtları ve olgu çalışmalarını kullanın;
- Eczacıların ve diğer sağlık mensuplarının (hekimler, hemşireler, beslenme uzmanları, laboratuvar uzmanları gibi) yer aldığı multidisipliner bir çalışma anlayışı kazandırmak için ortak stratejiler ve yöntemler geliştirmek amacıyla diğer mesleki sağlık dernekleriyle işbirliği yapın;
- Uygun eczacı işgücü gelişimini destekleyen ve meslek hayatının tüm aşamalarında BOH'larla ilgili yeterli düzeyde bir yetkinlik kazanmasını teşvik eden yeterlilikler çerçevesi geliştirin;
- İlaçların güvenli ve etkin kullanımı dahil olmak üzere kronik hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve yönetimine eczacıların rollerinin de dahil edilmesi için ve bu değerli girişimlerin finansman veya geri ödeme planları kapsamına alınması için sağlık hizmet sunucuları, sağlık programları, hasta kuruluşları, düzenli bakım kuruluşları ve ödeyiciler veya sigorta şirketleri ile işbirliği yapın;
- BOH'ların önlenmesi ve yönetimi ile ilgili sağlık programlarına eczacıların dahil edilmesine yönelik stratejiler geliştirin ve eczacılara bu hizmetlerin karşılığının verilmesini sağlayın;
- Halk sağlığı çabalarına ve eczanelere, değerli bir sağlık ağı olarak farmasötik uzmanlığı dahil etmek için sağlık otoritesiyle işbirliği yapın; ve
- Diğer sağlık mensuplarıyla çok disiplinli işbirliğine girin ve serbest eczanelerin birinci basamak sağlık hizmeti ağına daha fazla entegre edilmesini sağlayın.

İnsanlığı tehdit eden en büyük sağlık risklerinden biri olan BOH'lar, yeni cevaplar beklemekte, yenilikçi ve yaratıcı çözümlere gereksinim duymaktadır. Toplumda birinci basamak sağlık mensupları olarak halihazırda oynadıkları kilit rollerin üzerine eczacılar, BOH'lara karşı yürütülen küresel mücadelede daha iyi sonuçlar elde etmek için hasta katılımını artırarak odak görüşmeler, özel danışmanlık ve bakım koordinasyonu sağlayabilirler.

Notlar

A series of horizontal dotted lines providing space for notes.

Uluslararası
Eczacılık
Federasyonu

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517JP Lahey
Hollanda

-

Tel : +31 (0)70 302 19 70

Faks: +31 (0)70 302 19 99

fip@fip.org

-

www.fip.org | Beating NCDs 04/2019.



Bu yayın Türk Eczacıları Birliği tarafından Türkçeye çevirilerek basımı gerçekleştirilmiştir.