

REÇETE YAZMA KURALLARI VE RASYONEL İLAÇ KULLANIMI

Şule Oktay ve S. Oğuz Kayaalp

Giriş • I. Reçete Yazma Kuralları • Müstahzar ve formülasyon şeklindeki ilaç reçeteleri • Bir ilaç için yazılmış reçetenin bölümleri • Reçetede İlaçlar Arasındaki Geçimsizlik • Kontrol Altındaki Narkotik ve Psikotrop İlaçlara ait Reçeteler • Reçetesiz İlaçlar • Reçetelerin Tekrarlanması • Reçetede Kısaltmalar • Reçete Örnekleri • II. Rasyonel İlaç Kullanımı • Türkiye’de Akılcı Olmayan İlaç Tedavisi Örnekleri • Akılcı-olmayan Reçete Yazma ve İlaç Kullanımının Nedenleri ve Sonuçları • Çözüm Önerileri • Akılcı İlaç Tedavisi İçin Uygulama İlkeleri •

Tıpta kullanılan ilaçlar genellikle müstahzarlar (ilaç ürünleri) şeklinde hazırlanmış olarak, eczacının denetimi ve gözetimi altında ilgili yasa hükümlerine göre kurulmuş eczanelerde kullanıma sunulurlar. İlacın eczaneden sağlanması özel ilaç kategorileri dışında, mutlaka reçete karşılığında olur. Reçete yazma (düzenleme) yetkisi, tıp doktorlarına ve diş hekimliğinde kullanılan kısıtlı sayıda ilaçlar için diş hekimlerine verilmiştir:

Reçete yazma genellikle şekil ve standart ifadelerle ilgili rutin kurallara göre yapılır. Ancak reçeteye yazılacak ilaçların hastanın gereksinimine ve içinde bulunduğu koşullara uygun olarak seçilmesinde daima rasyonel ilaç kullanımı ile ilgili kavram ve kurallar dikkate alınır. Aralarındaki yakın ilişki nedeniyle bu iki konu birlikte ele alınmış ve aşağıda ilk bölümde reçete yazma kurallarına ve ikinci bölümde rasyonel ilaç kullanımı ile esaslara değinilmiştir.

I. REÇETE YAZMA KURALLARI

Reçete, reçeteyi yazan hekimden, ilacı verecek kişiye yazılan bir talimattır. Ancak tedavinin başarısızlığında hastanın tedaviye uyumsuzluğunun çok önemli bir payı olduğundan, reçete hastanın da anlayacağı biçimde yazılmalıdır. Reçete yazarken belirli esaslara ve kalıplara uyulur; fakat esas yönünden en önemli nokta hekimin yeterli bir farmakoloji bilgisine sahip olmasıdır. İlaçların etkileri, etkileşimleri, bazı farmakokinetik özellikleri, dozları ve toksikolojik özellikleri iyi bilinmeden sadece belirli kalıpları bilmekle hastanın gereksinimine cevap veren rasyonel bir reçete yazılamaz. Hastada iyi bir tedavi yapabilmek için gereken diğer bir nokta, hekimin farmakoloji bilgisini klinik durumlara uygulayabilme yeteneğini kazanmış olmasıdır. Kısaca “rasyonel reçete yazma”, doğru tanı koyma önkoşulu ile başlayan ve bu konunun ikinci bölümünde sözü edilen ilkelere uyulmasını gerektiren bir süreçtir.

Reçetede bulunması gereken minimum bilgiler ile ilgili olarak her ülkenin kendi standartları ve hangi ilaçların reçeteli satılması gerektiğine, bunları kimlerin reçete edebileceğine dair yasa ve düzenlemeleri vardır. Reçete yazma her hekimin doğal hakkıdır; ancak özel indikasyonlarda kullanılan az sayıda ilacın ilgili uzmanları tarafından yazılması, ayrıca bazı ilaçların sadece hastanede yatan hastalarda kullanılması gerekebilir. Hastanın tedavisi ile ilgili geçerli bir uzman raporu varsa bu tür ilaçların reçetesinin tekrarlanması pratisyen hekim tarafından yapılabilir. Türkiye’de halen sınırlı sayıda bazı ilaçlar dışında, tüm ilaçların reçeteye satılması yasalarla zorunlu kılınmıştır; başta değinildiği gibi yalnızca hekimlerin ve diş hekimliğinde kullanılan kısıtlı sayıda ilaç için diş hekimlerinin reçete yazma yetkisi vardır. Kamu kurumlarının çalışanları, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağkur’ca sigortalı çalışanlar ve emekliler ve T.C.Emekli Sandığına bağlı emekliler ile onların ailelerine yazılacak reçeteler kısmi geri ödemeye tabidir (reçete bedelinin büyük kısmı bu kuruluşlarca ödenir). Maliye Bakanlığı bu reçeteler için uygulanacak **geri ödeme** koşullarını her yılın başında Resmi Gazete’de yayınlamak suretiyle ilgili kişi ve kuruluşlara duyurur. Özel sağlık sigortası yapan şirketler ise kendi koşullarını belirler ve bunu sigorta edilen kişilere bildirirler. Hastanın durumuna göre bu koşullara uygun reçete yazılmalıdır.

Üzerinde yasal olarak bulunması gereken bilgiler bulunmak koşuluyla, **reçete herhangi bir kağıt üzerine yazılabilir**. Ancak genellikle üzerinde hastane veya hekim ile ilgili bilgilerin basılı olarak bulunduğu özel reçete formları kullanılır. Yazılan bir reçetenin en önemli özelliği **okunaklı** ve **anlaşılır** olmasıdır ve verilmesi gerekeni tam olarak tanımlamalıdır. **Kötü el yazısı yanlış anlamalara neden olur** ve okunaklı yazmak hekimin yasal sorumluluğudur. Yukarıda da belirtildiği gibi, hem ilacı hastaya verecek kişinin, hem de hastanın reçeteyi okuyup anlayabilmesi için, reçetede açıklamalar **Türkçe** yazılmalıdır, Latince veya diğer yabancı dillerdeki sözcükler ve kısaltmalardan kaçınılmalıdır. Reçete **silinemeyen mürekkepli kalemle** yazılmalıdır. Aşağıdaki bilgiler reçetede bulunursa, hastanın tedavisi ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek pek çok tıbbi hata önlenmiş olacaktır.

Reçetede Bulunması Gereken Bilgiler

Reçeteyi yazan hekim ile ilgili bilgiler: Boş bir reçete formu üzerinde, genellikle önceden basılmış olarak aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: **Hekimin adı ve soyadı, ünvanı (Dr., Uzman Dr. vb.), diploma ve varsa uzmanlık belgesi numarası, adresi**, hasta ve/veya eczacının kendisine ulaşabileceği **telefon numarası**. İlaçları hastaya vermeden önce eczacının bu bilgileri kontrol edip, reçete ile ilgili herhangi bir sorusu varsa hekime telefonla ulaşabilmesi gerekir. Sağlık bakım kuruluşlarında çalışan hekimler, o kuruluşun adını taşıyan basılı reçete formlarını kullanır. Reçeteye mutlaka hastanın adı ve soyadı ile bebek ve çocuk reçetelerine hastanın yaşı yazılmalı ve mutlaka **hekimin imzası** bulunmalıdır.

Reçetenin yazıldığı tarih: Reçete formunun üst kısmında bulunmalıdır. Çoğu ülkede reçetenin geçerli sayılması için bir zaman sınırlaması yoktur. Ancak reçetenin yasal önemi bulunduğundan, eczacı eski tarihli reçeteleri vermeme hakkına sahiptir. Bazı ülkelerde eczacı 3-6 aydan daha eski reçetelerde yazılı ilaçları vermez. Bilindiği gibi çoğu kez hastalar reçete tekrarı için hekime başvururlar. Özellikle hasta kendi kontrolunda değilse, hekimin birkaç aydan eski reçeteleri, hastayı yeniden değerlendirmeden tekrar etmesi, hastanın tıbbi durumunda değişiklik olmuş olma olasılığı nedeniyle, sakıncalıdır. Reçetenin tanzim tarihi bu açıdan da önem taşır. Ayrıca reçete tarihi geri ödeme koşulları açısından da önemli olabilir. Örneğin T.C. Emekli Sandığı önceden kendisi ile anlaşma yapmış olan eczanelerden reçetenin tanzim tarihinden itibaren dört iş günü içinde, temin edilen ilaçlar için geri ödeme yapar.

Hasta ile ilgili bilgiler : **Hastanın adı ve soyadı, yaşı** (çocuklar ve yaşlı kişiler için önemlidir), **cinsiyeti, adresi**. Bazı ülkelerde reçete üzerine **tanının** da yazılması zorunluluğu vardır. Türkiye’de böyle bir zorunluluk olmamakla birlikte, tanının reçeteye yazılması uygundur. Ayrıca, geri ödemeli reçetelerde tanı için bir bölüm ayrılmıştır.

İlaçla ilgili bilgiler

Bir ilaç reçetelenmek istendiği zaman, reçete üzerinde ilaçla ilgili olarak yazılması gereken ifade ve bilgiler 4 bölüme ayrılır. Bunlar: 1. *Superskripsiyon*, 2. *İnskripsiyon*, 3. *Subskripsiyon* ve 4. *İnstruksiyon* diye adlandırılır. Bu bölümlere ayırma reçete yazma işlemini öğretme bağlamında ve hekime alışkanlık kazandırma bakımından önemlidir.

1. Süperskripsiyon: Geleneksel olarak reçetenin başına Latince “alınız” anlamına gelen *Recipe* kelimesini temsil eden R veya Rp (Rx değil) harfleri veya simgeleri yazılır. Süperskripsiyon adı verilen bu kısım bir formaliteden ibarettir.

2. İnskripsiyon: İlacın veya müstahzarının adının, farmasötik şeklinin ve yitiliğinin yazıldığı kısımdır.

İlacın/Müstahzarın adı: Günümüzde ilaçların pekçoğu müstahzar şeklinde özel adlarla ve belirli sayıda farmasötik şekil içeren özel ve bölünemez ambalajlar içinde eczanelerde satışa sunulmuşlardır. Ancak hekimin, aktif madde anlamındaki ilaçları kendine özgü veya yerleşmiş bir formülasyon şeklinde de reçeteye yazması mümkündür; bu şekildeki formülasyona **majistral ilaç/formülasyon** ve bu şekildeki reçetelere **majistral reçete** adı verilir. Majistral reçetede ilaç, reçete eczaneye geldikten sonra, yazılı formülasyona göre eczacı tarafından galenik farmasi yöntemlerine uyularak hazırlanır (ayrıntılı bilgi için bak. 9. Baskı 1. Cilt 15. Konu). Reçeteye müstahzar ilaç yazılmasının hekim, eczacı ve hastaya sağladığı kolaylık ve rahatlık nedeniyle, günümüzde reçeteye ilaçlar çoğu kez müstahzar şeklinde yazılırlar ve eczanelerde majistral ilaç yaptırılması seyrek görülen bir durumdur.

Müstahzar şeklindeki ilaçlar için bazı ülkelerde jenerik ad, yani etkin maddenin adı reçeteye yazılır. Ülkemizdeki genel uygulama ise ilaçların ticari adları ile reçete edilmesidir. Ancak hekim isterse jenerik adı yani etkin maddenin standart adını da (bak. 1. Konu) reçeteye yazabilir. Böyle bir durumda, vereceği müstahzara eczacının karar verme yetkisi vardır. Geri ödemeli reçeteler bağlamında, Maliye Bakanlığının kurallarına göre, bu durumda eczacı verdiği müstahzarın ticari adını reçeteye işlemelidir. Reçeteye ticari adlar yazılmışsa, ve geçerli tıbbi nedenlerle, eczacının diğer bir ticari müstahzarı vermesi istenmiyorsa, reçetenin üzerine “benzerini vermeyiniz” veya “yazılan müstahzarı veriniz” şeklinde uyarı koyulması gerekir. Aksi halde eczacı reçetede yazılı ilacın farmasötik eşdeğerini verme hakkına sahiptir. Böyle bir durumda resmi kurumların geri ödeme yapabilmesi amacıyla, hekim tarafından reçeteye yazılmış olan ilacın yerine, farmasötik eşdeğerinin verilebilmesi için, verilecek ilaç bedelinin yazılı ilaç bedelinin belirli bir yüzdesinden fazla olmaması ve eczacı tarafından reçete üzerine “..... ilacı yerine ilacını veriyorum, farmasötik eşdeğeri olduğunu onaylıyorum” ibaresinin yazılarak kaşelenip imzalanması şarttır. Özellikle katı farmasötik şeklindeki (tablet ve kapsül gibi) müstahzarlarda farmasötik eşdeğer müstahzarların biyo-eşdeğerliği de kanıtlanmamışsa bir müstahzar yerine farmasötik eşdeğerinin kullanılması, aynı tedaviyi sağlamayabilir.

İlaçların jenerik adlarının yazımında Türkçe’deki okunuşları esas alınmalıdır. 1993 yılında Bakanlar Kurulu’na kabul edilen Avrupa Farmakopesi Gelişmesine Dair Sözleşmeye göre hazırlanmakta olan **yeni Türk Farmakopesi** bu bakımdan

standart bir kaynak işlevi yapabilir. Türkiye’de pazarlanmış ilaçların Türkçe’de okundukları şekilde yazımını gösteren özel bir başvuru kitabı halen yoktur. Bu konuda farmakoloji kitaplarından ve bir formüllerden (Kayaalp, 2001) yararlanılabilir. Türkçe okunuşa esas alınan yabancı dildeki genel (jenerik) ilaç adları, az sayıda ilaç için çeşitli batı ülkelerinde az veya çok fark gösterebilir; örneğin Fransa’da ve ABD’de “phenobarbital”, İngiltere’de “phenobarbitone” denmesi gibi. Ancak müstahzar adları ambalajının üzerinde belirtildiği gibi aynen yazılır. Türkçe okunuşa göre değiştirilemez. Reçetede müstahzar adlarının ve jenerik ilaç adlarının okunaklı bir şekilde yazılması gerekir. Yanlış okunmaya daha az yol açacağından, ilacın adının **büyük harflerle** yazılması önerilir. Günümüzde kullanılan ilaçların ve müstahzarların ad benzerliği nedeniyle yanlışlığa yol açanlarının sayısı küçümsenemeyecek kadardır.

Farmasötik şekil: Aynı etkin maddenin ya da aynı ticari müstahzarın aynı ticari adı taşıyan birden fazla farmasötik şekilde ürünü olabilir. Bu nedenle reçetede verilen ilacın tablet, draje, süspansiyon, ampul vb. farmasötik şekli belirtilmelidir. Bunun için kısaltma yapılması yanlış anlamalara neden olabileceğinden, farmasötik şekil açıkça ve Türkçe olarak yazılmalıdır.

Birim farmasötik şekil içindeki etkin madde miktarı (yitilik): İlacın farmasötik şekli birden fazla yitilikte ise (örneğin 1 mg, 2 mg ve 5 mg gibi farklı yitilikte tabletleri varsa) her bir tablet, draje, kapsül, supozituar, vb. formunda ne kadar etkin madde bulunduğu, yani yitiliği reçetede belirtilmelidir. Oral yoldan alınacak sıvı farmasötik şekiller için genellikle 5 ml’deki miktar, parenteral yoldan uygulanacak şekiller için 1 ml’deki veya 1 ampul ya da vial (şişe) içindeki miktar belirtilir. Miktar ölçüsü olarak metrik sistem birimleri kullanılmalıdır. Kabul edilen uluslararası kısaltmalar gram için g, mililitre için ml’dir. Kesirli ifadelerden kaçınılmalı, gerekiyorsa yanlış anlamaya meydan vermemek için miktar yazıyla yazılmalıdır. Bir gram ve üstündeki miktarlar gram (g) cinsinden, 1 miligram ve üstünde olup 1 gram’dan az miktarlar miligram (mg) cinsinden, 1 miligramdan düşük miktarlar ise uygun şekilde mikrogram veya nanogram cinsinden ifade edilmelidir. Örneğin, 0.050 mg yerine 50 mikrogram (50 µg değil) yazılması daha uygundur. Bazı solüsyon veya merhem şeklindeki müstahzarlarda yitiliğin göstergesi konsantrasyondur ve % olarak da belirtilebilir; örn. % 20’lik solüsyon, % 5 ‘lik pomad, vb. gibi.

3. Subskripsiyon: Hastanın eczaneden alacağı toplam ilaç miktarının yani farmasötik şekil ya da çoğu zaman olduğu gibi ambalaj (kutu) sayısının ve ambalaj farklı boyutlarda ise ambalajın kaçılığının ya da hacminin yazıldığı kısımdır.

Türkiye’de müstahzarların belirli sayıda farmasötik şekil içeren ambalajlar (şişe, tüp, kutu vb.) içinde pazarlanmış olmasıdır. Bu orijinal ambalajlar bölünerek verilemez. Bu nedenle, hastaya verilecek müstahzarın miktarı, reçetede farmasötik şekil sayısı üzerinden değil, **ambalaj (kutu) sayısı** üzerinden belirtilir. Dikkat edilmesi gereken bir nokta, **belirli bir müstahzarın** bazen farklı sayıda farmasötik şekil içeren kutularının bulunmasıdır; bu durumda, kutu sayısı ile birlikte **kaçılık kutu** istenildiği belirtilmelidir. Benzer şekilde, fakat daha seyrek olarak sıvı farmasötik şekildeki müstahzarların içindeki sıvı ilaç hacmi iki farklı boyutta olabilir (örneğin 40 ml ve 70 ml gibi).

Reçete edilecek ilaç miktarı hesaplanırken tedavinin süresi, maliyeti, suistimal olasılığı, potansiyel toksisite veya aşırı doz ve hastanın hekimle temasını sürdürme gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin bir streptokokal tonsillitin etkin tedavisi için 10 gün gerekliyse, 10 gün için yetecek miktarda ilaç yazılmalıdır. Sürekli kullanılan ilaçlar ise, sonraki hekim ziyaretine kadar yetecek miktarda yazılmalıdır. Kronik kullanımı tavsiye edilen bir ilaç, hastaya ilk kez veriliyorsa, düşük miktarda ilaç verilmeli ve hastanın ilacı tolere edip edemeyeceğinin belirlenmesi amacıyla hasta yakın bir tarihte görüşmeye çağrılmalıdır. Hastanın ilacı iyi tolere ettiği ve ilacın istenen etkililiği gösterdiği anlaşıldıktan sonraki reçetelerde daha fazla miktarda ilaç yazılabilir. Ancak bu hesabı doğru yapabilmek için hekim, reçete edeceği ilacın ambalaj şeklini (kutunun kaçılığı, bir şişede bulunan süspansiyonun hacmi vb. gibi) ve bir tablette ya da 5 ml’de bulunan etken madde miktarını biliyor olmalıdır.

Hastane eczaneleri, müstahzarları ilaç firmalarından veya ecza depolarından büyük ambalaj yani **hastane ambalajı** içinde alırlar (örneğin 1000 kapsüllük şişeler şeklinde). Bu nedenle, hastanelerde müstahzarlar hasta tabelasına farmasötik şekil sayısı üzerinden yazılır.

Diğer bir önemli faktör de hastanın sağlık güvencesi bulunup bulunmamasıdır. Hastanın özel sağlık sigortası varsa, bunun koşullarının hastanın beyanına göre göz önüne alınması uygun olur. Maliye Bakanlığı; resmi kurumlar, T.C.Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK gibi kurumların çalışanlarına, emeklilerine ve onların aile bireylerine bir reçetede en fazla kaç ilaç ve kaç günlük tedaviye yetecek ilaç yazılmasını kabul ettiğini her yılın başında Resmi Gazete’de ilan eder. Örneğin, 2002 yılında bu, 4 ilaç ve 10 günlük tedavi ile sınırlanmıştır. Bu kurallara göre her ilaçtan yalnızca bir kutu yazılabilecek, ancak bir kutu

içindeki ilaç miktarı on günlük tedaviyi karşılamayacaksa daha fazla verilebilecektir. Kronik hastalığı bulunan ve sürekli ilaç kullanması hekimi tarafından gerekli görülen kişiler için heyet raporu düzenlenmesi halinde bu kurallar işletilmez. Kronik hastalıklarda uzun süre ve bazen hayat boyu ilaç kullanılır. Bu durumda reçeteye yazılacak ilaç miktarının hastanın en fazla üç aylık gereksiniminden fazla olmaması tavsiye edilir; çünkü bu sayede hastanın belirli aralarla hekime başvurması ve yeni durumuna göre ilaç verilmesi veya eskiden verilen ilaçların dozlarının ayarlanması sağlanabilir. Ayrıca uyumsuzluk göstermesi ihtimali olan hastalara verilen ilaçların veya suistimali sözkonusu olan ilaçların reçetedeki miktarı mümkün olduğu kadar düşük tutulmalıdır. Suistimal edilebilecek ilaç içeren reçetelerin eczanede tekrarlanması veya hekim tarafından tekrar yazılması durumunda da dikkatli olunmalıdır. Şurası da belirtilmelidir ki suistimal edilebilecek ilaçların çoğu kontrol altındaki ilaçlar olduğu için özel reçetelere yazılmaları gerekir ve bu reçeteler zaten tekrarlanamaz (her seferinde ayrı reçete yazılır).

Resmi kurumların Maliye Bakanlığınca saptanan geri ödeme kurallarına göre, ambalaj şekli, farmasötik şekli ve birim farmasötik şekil içindeki ilaç miktarı hekim tarafından belirtilmediyse, eczacı hastanın yaşını, durumunu gözönüne alarak tedaviyi sağlayabilecek en küçük yitilik ve ambalaj içinde olanı verebilecektir. Ancak bu durum bazan yetersiz tedaviye neden olabileceğinden, bu bilgilerin hekim tarafından reçetede açıkça ve okunaklı biçimde belirtilmesi çok önemlidir.

Ülkemizde hekimlerin sık görülen bir alışkanlığı, verilecek ilaç miktarını belirtirken subskripsiyon kısmının başına Fransızca veriniz anlamına gelen "donnez"nin D harfini, adet için Romen rakamını ve Fransızca kutu anlamındaki "boite"ın kısaltması olarak "B" harfini kullanmaktır. Örneğin bir ilaçtan iki kutu verilecekse reçeteye şu şekilde yazılır: "D: II B". Bu gereksiz bir fantazidir. Örnekteki durumda "2 kutu" yazılması yeterlidir. Romen rakamının kolay tahrif edilebileceği düşünülerek geri ödemeye tabi reçetelerde rakamın yanına parantez içinde sayının sözcük olarak (bir, iki, vb.) yazılması gerekir. Artık reçetelerde olabildiğince kısaltma yapılmasından kaçınılması tavsiye edilmektedir. Özellikle kontrollü veya suistimal edilen ilaçlar reçete edilirken, tahrif edilme olasılığını bertaraf etmek için, gerek birim farmasötik şekilde bulunan etkin madde miktarı, gerekse reçete edilen toplam ilaç miktarı mutlaka yazıyla yazılmalıdır.

4. İnstrüksiyon (Kullanım talimatı): Bu bölümün başına "S" harfi konulur ve bu, Latince'de "yaz, etiketle" anlamına gelen "*Signa*"yı temsil eder. Bu bölümde yazılanlar eczacı tarafından ilaç kutusunun üzerine aktarılmalıdır. Bu bilgiler ilacın hangi **dozda**, hangi **yoldan** ve ne **sıklıkta** alınacağını, ve varsa herhangi bir özel **uyarı veya talimatı** içerir ve özellikle hastanın anlayacağı biçimde ve **Türkçe** yazılmalıdır. Ancak yine de, hekim ve eczacıların bilgileri için ekte geçmişte sık kullanılan Latince kısaltmalar tablosu verilmiştir (Tablo 15.1). Bazen "kullanmadan önce şıseyi iyice çalkalayınız", "aç karnına alınız", "alkolle birlikte kullanmayınız", "sütle birlikte kullanmayınız" şeklinde bazı talimat ve uyarıların da bu bölümde yer alması gerekebilir. Ancak talimat ve uyarılar çok uzun yer kaplıyacaksa, bu bilgilerin ayrı bir kağıda yazılarak hastanın eline verilmesi önerilir. Eczanede ilaç verilirken eklenecek 32 standart uyarma ve bilgilendirme etiketi örneği, Kayaalp (2001)'de gösterilmiştir (bak. Ek 8). Eczacılar bunlardan yararlanabilirler.

Tedavi başarısızlığının en önemli nedenlerinden biri **hasta uyumsuzluğu** olduğu için, mümkün olduğunca basit kullanım rejimleri tercih edilmelidir. Hastanın ilacını alması gerektiğini hatırlamasını kolaylaştırmak amacıyla ilaç alım zamanları yemek öğünleri, yatma zamanı, vb. olağan günlük etkinliklerle eşleştirilebilir. Ancak bunun için hastanın alışkanlıkları (örn. yemek zamanları, diyet alışkanlıkları, uyku zamanları, seyahat sıklığı, vb.) hakkında bilgi edinilmelidir. Aksi halde, düzenli aralıklarla alınması gereken bir ilacın yemeklerde alınması öğütlendiğinde, hasta gece boyunca ilaçsız kalacak ve bu sürede ilaç kanda ve dolayısıyla etki yerinde terapötik eşik düzeyinin altına inecektir.

İlacın nasıl ve ne zaman kullanılacağı, tedavi süresi ve bu ilacın kullanılma amacı hastaya hem hekim, hem de eczacı tarafından anlatılmalıdır. Bu görevi hekim "eczacı yapar", eczacı da "hekim yapmıştır" diye birbirlerine bırakmamalıdır. Ayrıca bu bilgiler ilaç kutusunun üzerine eczacı tarafından mutlaka yazılmalıdır.

İlacın uygulama yolu anlaşılır bir dille belirtilmelidir. Örneğin, "gece yatarken bir tablet vajen içine yerleştirilecek" veya "8 saat arayla birer tablet yutulacak" gibi. "Tarif üzerine alınız" şeklinde bir ifade reçeteyi yazan kişiye biraz zaman kazandırır da, genellikle hastanın kafasının karışmasına neden olur ve tedaviye uyuncunu bozar, tıbbi hatalara yol açar. Kullanım talimatları açık ve anlaşılır olmalıdır; tedavi, toksisite riskini azaltacak ve maksimum yararı elde edecek biçimde düzenlenmelidir. Belirli ilaçlar için "Gerektiğinde" ifadesi kullanıldığında, maksimum doz ve minimum doz aralığı belirtilmelidir. Bu bölümde, 6 saat veya 8 saat arayla yerine kısaca 4X1 veya 3X1 yazılması, ilaç aralarının hasta tarafından belirlenmesine (ki genellikle yemekler ve yatma zamanı seçilir) ve böylece gün içinde düzensiz ilaç kullanımına yol açabileceğinden tercih edilmemelidir. Antibiyotik kullanımında olduğu gibi kan düzeyinde iniş-çıkışların terapötik pencere dışına çıkılmasına yol açabileceği durumlarda özellikle dikkatli olunmalıdır.

Her ne kadar ülkemizdeki uygulamada istenmeyen etkiler ilaç kutularında bulunan prospektüslerde yazılıysa da, bu prospektüslerde genellikle okunması çok zor olan küçük puntoda harfler ve her türlü sosyokültürel düzeydeki hastanın anlaması mümkün olmayan bir dil kullanıldığından, bazı özel ilaçlar için dikkat edilmesi gereken hususların ve uyarıların da reçetede belirtilmesi ve bu bilginin de eczacı tarafından ilaç kutusunun üzerine aktarılması bir takım tıbbi hataların önüne geçecektir (örneğin alkolle almayınız, sersemlik yapabilir, otomobil kullanmayınız vb. gibi). Kullanım şekli ile ilgili talimatlar açık olmalı ve günlük maksimum doz belirtilmelidir.

Gerekirse, reçetenin tekrar edilmemesi veya kaç kez ya da hangi tarihe kadar tekrar edilebileceği hakkında reçete üzerinde eczacıya bilgi verilmelidir.

Hastaya ilaç verilirken kullanılan bazı miktar ölçüleri: Reçetede sıvı farmasötik şekil halindeki müstahzarların hastaya verilecek dozu aşağıdaki ölçülere göre belirlenir:

Damla: Az miktarda verilmesi gereken ve etkin madde konsantrasyonu yüksek olan solüsyonlar hastaya damla ile verilirler. Damla büyüklüğü çeşitli faktörlere, bu arada damlalığın dış çapına, bağlıdır. Bunun için farmakopeler standart bir damlalık kabul etmiştir. Buna “normal damlalık” adı verilir. Ucunun dış çapı 3 mm ve iç çapı 0.6 mm olan bir damlalıktır. 15°C’de böyle bir damlalıkla damlatılan suyun 20 damlası 1 ml (1 g) gelir. Pratikte suda çözülmüş ilaçların 20–25 damlası 1 ml olarak kabul edilir. Solvent alkolsel bunun 50–60 damlası 1 g gelir.

Kaşık: Doz ölçüğü olarak kaşık kullanılabilir. Çorba kaşığı, tatlı kaşığı ve çay kaşığının sırasıyla 15, 10 ve 5 ml hacminde olduğu söylenirse de evlerde bu adlar altında kullanılan çeşitli kaşıkların hacmi çok farklılık gösterdiğinden ve bu nedenle doz belirlemede hatalara neden olduğundan, bu amaçla özel ölçekli kaşıklar kullanılmalıdır. Oral yoldan uygulanacak sıvı farmasötik şekil halindeki müstahzarlardan pek çoğunun ambalajı içine özel plastik kaşıklar konulmuştur. Bunlar genellikle 5 ml’liktir; bazılarının içlerinde yarım kaşıklık (2.5 ml’lik) hacmi belirleyen bir hiza çizgisi bulunur.

Oral injektör: Ağızdan alınan sıvı şekildeki ilaç 5 ml’den az bir hacimde verilecekse bir plastik injektör (iğnesiz) ile de hacim belirlenebilir ve bu, müstahzarın ambalajı içine konulabilir. Bu, bebekler veya küçük çocuklara uygun miktarda ilaç verilmesinde kolaylık sağlar.

Reçete örnekleri: Az sayıda reçete örneği Şekil 15.1 ve 15.2’de gösterilmiştir.

Sık Karşılaşılan Reçete Hataları

Bütün reçeteler **okunaklı**, belirsizliğe yol açmayacak şekilde **anlaşılır**, **tarihli** ve **imzalı** olmalıdır. Gerekli ve yeterli bilginin reçeteye yazılmaması, müstahzar adı, doz ve doz aralığı konusunda hatalı uygulamaya neden olabilecek derecede okunaksız el yazısı ve uygunsuz ilaç seçimi en sık karşılaşılan reçete hatalarıdır.

(i) Gerekli bilginin reçeteye yazılmaması: Sık karşılaşılan bazı örnekler şunlardır: İlacın kullanım talimatları bölümüne “tarif üzerine” yazılması veya ilaç uygulama yolunun yazılmaması (örn. supozituarın rektal (makattan) uygulanacağını yazılmaması) ve hastaya yeterince açıklanmaması sosyokültürel seviyesi düşük hastalarda tedavinin başarısını önemli derecede etkiler. Düzenli olarak 6 saat arayla alınması gereken bir ilaç (örneğin bir antibiyotik) için “4 X 1” yazılması halinde hastalar genellikle sabah, öğle, akşam yemeklerinde ve yatarken ilacı alırlar. Bu şekilde kullanıldığında doz araları düzensiz olacağından zaman zaman kanda ilaç düzeyi terapötik eşiğin altına düşebilir veya toksik düzeylere çıkabilir. Örneğin bir hastanın yemek saatleri 8:00, 13:00 ve 18:00, yatma saati ise 23:00 ise, doz aralıkları sırasıyla 5, 5, 5 ve 9 saat olacak ve böylece gece boyunca hasta ilaçsız kalacaktır. Bunun yerine reçeteye “6 saat arayla alınacak” şeklinde yazılması, veya ilacın alınacağı saatlere hastanın günlük alışkanlıklarına dikkat edilerek karar verilip, reçeteye bu saatlerin yazılması çok daha uygundur. Örneğin “saat 7:00, 13:00, 19:00 ve 24:00’de birer tablet ağızdan alınacak” şeklinde yazıldığında, hasta, uyku saatini fazla bozmadan olabildiğince birbirine yakın aralıklarla ilaç almış olacaktır.

(ii) Okunaksız el yazısı: Okunaksız el yazısı çok yaygındır ve hatta, halk arasında okunaksız yazılar “doktor yazısı” gibi” şeklinde nitelenir. Müstahzar adlarının reçeteye yazıldığı ülkemizde, okunaklı yazmanın önemi daha da fazladır. Çünkü ilaçların ticari adları genellikle Türkçe değildir ve çoğu zaman birbirinden çok farklı etkin maddeler içeren müstahzarların ticari adları birbirine benzemektedir. Buna ek olarak, birim farmasötik şekil içinde bulunan etkin madde miktarının rakamla, özellikle kesirli sayılarla belirtilmesi halinde ve bu miktarların birimleri (mg, g, mikrogram, ünite, vb.) konusunda çok yaygın olarak hatalı yazımlar görülmektedir. Bunlara engel olmanın tek yolu miktarları ve birimleri yazıyla belirtmektir.

(iii) Uygunsuz ilaç seçimi: Kontrindikasyonlar ve ilaç etkileşimleri hakkında eksik bilgi nedeniyle de uygun olmayan reçeteler az denemeyecek sayıdadır. Bunu önlemenin en temel yolu hekimlerin bu konuda daha iyi eğitilmeleri ve duyarlı

davranmaları, gerekirse ve ulaşılabildiği takdirde bu konuda farmakolog/klinik farmakologdan yardım alması veya farmakoloji kitaplarından, formüllerden ve varsa ilaç bilgi bankalarından yararlanmasıdır. Reçete yazarken, ek olarak hasta mutlaka diğer nedenlerle kullanmakta olduğu ilaçlar hakkında da sorgulanmalıdır. Bu tipte hataları önlemenin yolu, hekimlerin rasyonel tedavi düzenleme süreci içinde aşağıda sözü edilen ilkelere uyma gayreti içinde olmalarıdır.

Reçetede İlaçlar Arasındaki Geçimsizlik

Bazı ilaçlar bir reçetede veya bir majistral formülde bir arada verildikleri zaman, çeşitli nedenlerle birbirlerinin terapötik etkisini azaltırlar, ortadan kaldırırlar veya yeni ve zehirli bir bileşik oluşumuna neden olabilirler. Bu duruma geçimsizlik veya inkompatibilite adı verilir. Geçimsizlik başlıca iki şekilde olur: Farmasötik (fiziksel ve kimyasal) ve terapötik.

Farmasötik geçimsizlik: Bir majistral formülasyondaki iki ilaç birbiri ile kimyasal veya fiziksel bir reaksiyona girerek etkili veya etkisiz yeni bir bileşik meydana getirebilir veya formülün fiziksel özelliğinde değişikliğe yol açabilir. Sonuçta ilacın etkinliği azalabilir ve yan tesir yapma olasılığı artabilir. Bu bağlamda kimyasal ve fiziksel nitelikteki farmasötik geçimsizlik örneklerine Kitabın 9. Baskı 1. Cildinde değinilmiştir (bak. s.167).

Farmasötik geçimsizliklerin, bir bölümü, **i.v. sıvı tedavisi sırasında** bu sıvıya karıştırılan **ekleniti (aditif)** iki ilacın, kendi aralarında veya sıvının bir ögesi ile fiziksel veya kimyasal bir reaksiyona girmeleri sonucu oluşur ve genellikle çökme şeklindedirler (bak. 11. Konu). Çökme, bazen gözle görülebilecek derecede bir bulanıklık oluşmaksızın da meydana gelebilir. Geçimsizlik olasılığının fazlalığı nedeniyle ilaç solüsyonlarının infüze edilen kan ve kan ürünlerine katılması genellikle tavsiye edilmez.

Terapötik geçimsizlik: Biri diğerinin fizyolojik veya farmakolojik antagonisti olan ilaçların ya da biri diğerini akut zehirlenmeye veya ölüme neden olacak derecede potansiyalize eden ilaçların aynı reçetede (genel olarak aynı tedavi programında) bulunması sonucu olur. Birinci durumda bir ilaç diğerinin terapötik etkisini kısmen veya tamamen ortadan kaldırır (örneğin bir formülde veya reçetede hem atropin ve hem de pilokarpin'in bir arada bulunması, antihipertansif amaçla reçete edilen anjiyotensin çevirici enzim inhibitörü ile birlikte steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç verilmesi gibi). İkinci durumun örnekleri, bir reçetede kalp glikozidleri ile kalsiyumun parenteral şekillerinin veya bir monoamin oksidaz inhibitörü ile fenilpropanolamin, efedrin veya benzeri sempatomimetik aminlerin ya da trisiklik antidepressanların bir arada bulunmalarıdır.

Kontrol Altındaki Narkotik ve Psikotrop İlaçlara Ait Reçeteler

Keyif artırıcı etkileri nedeniyle insanlar tarafından suistimal edilen, ilaç bağımlılığı yapabilen ve önemli bireysel ve sosyal sorunlar yaratan ilaçların üretimi ve tüketimi ulusal ve uluslararası düzeyde kontrol ve kısıtlama altına alınmıştır. Bu konuda uluslararası düzeyde ilk olarak Şanghay'da 1909'da toplanan Uluslararası Opyum Komisyonu'ndan beri çok sayıda sözleşme (konvansiyon) yapılmıştır. Halen yürürlükte olan ve Türkiye'nin de kabul ettiği en son sözleşmeler, 1961 tarihli **Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesi** (Single Convention on Narcotic Drugs) ve 1971 tarihli **Psikotrop Maddeler Sözleşmesi** (Convention on Psychotropic Substances)'dir. Ayrıca ilaç veya diğer sanayi kollarında kullanılan kimyasalları kapsayan ve ilaçların tıbbi kullanımına yansımaya 1988 Sözleşmesi vardır.

İlk iki sözleşmeye göre, bağımlılık yapan veya suistimal riski olan ilaçlar, risklerinin önem derecelerine göre 4 listeye ayrılmışlardır; ancak iki sözleşmenin kapsamına giren ilaçlar farklıdır ve bu nedenle listeleri arasında farklar vardır. Söz konusu uluslararası sözleşmeler Birleşmiş Milletler Örgütü öncülüğünde, Dünya Sağlık Örgütü'nün yardımıyla yapılmışlardır ve uygulanmaları onların gözetimi altında sürdürülmektedir. Bu sözleşmelerde adigeçen psikotrop madde deyimi bu sözleşmelerin metninde ve onların uygulanmasında özel anlamda kullanılmıştır. Farmakolojik anlamda psikotrop, **psikoaktif** ile eşanlamlıdır. Sözleşmelerde ise "narkotik" denilenler de farmakolojik yönden psikotrop madde veya ilaç sayılabilir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından "uyuşturucu (narkotik) madde" listesine alınmış olan ilaçlar, özel "**uyuşturucu reçetesi**" ne yazılırlar. Bu tür ilaçlar esas olarak bağımlılık yapma riski yüksek olan narkotik analjezikler (morfin, meperidin, dekstromoramid, vb.) ve kokain'dir. Opyum (afyon)'un galenik preparatlarından, safranlı opyum tentürü ve Dover tozu hariç, **% 0.2'den fazla anhidr morfin içerenler** uyuşturucu maddeler hakkındaki hükümlere tabidir. Uyuşturucu ilaçlar reçeteye kısıtlı miktarda yazılabilirler; bir reçete ile verilen miktarları az sayıdaki istisnalar dışında 5 günlük tedavi dozunu geçemez; günlük tedavi dozu standardı ilacın bir günlük maksimal dozunun yarısıdır (örneğin morfin için günlük standart doz 25 mg ve bir reçetede yazılabilecek toplam miktarı 125 mg veya 10 mg'lık 12 ampuldur). Ancak terminal kanser ağrısının ağızdan tedavisinde sık olarak kullanılan morfin, petidin ve kodein'in reçetede oral toplam dozları ile akut ağrılı durumlarda

kullanılan parenteral toplam dozlarının tavanı yükseltilmiştir. Örneğin oral morfin için toplam miktar sınırı 2700 mg'dır; buna göre içinde 30 mg'lık 14 morfin tableti bulunan kutulardan 6 tanedir. Uyuşturucu ilaçların bir reçetede yazılabilecek maksimum miktarı, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 3.7.1986 günlü genelgesinin Yüksek Sağlık Şurası'nın Kasım 1997 tarihli kararı ile değiştirilmiş şekline göre hazırlanan aşağıdaki listede toplu halde gösterilmiştir.

1983 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı, "uyuşturucu listesi" dışında kalan ve o tarihe kadar normal reçete ile satılan, uluslararası kontrol altındaki diğer bazı bağımlılık-yapıcı ilaçlar (yasal deyimle psikotrop maddeler) için de kısıtlama getirmiştir; bu deyim resmi olarak kullanılmamakta beraber kontrol altındaki psikotrop ilaçlar için "**ikinci liste**" oluşturulmuştur. Bu duruma göre "uyuşturucu madde listesi" birinci liste sayılabilir. Türkiye'deki uygulamaya göre, kontrol altındaki ilaçları uluslararası terminolojiye dayanarak narkotik ilaçlar ve psikotrop maddeler diye ayırmak uygun olmadığından bu kitapta, **birinci liste ve ikinci liste** diye ayırım yapılmıştır. Birinci liste yakın zamana kadar sadece, uluslararası kontrol sisteminde Narkotik İlaçlar Tek Sözleşmesi kapsamına giren narkotik analjezikleri (opioid ilaçları) ve kokaini içeriyordu; sonra buna "psikotrop maddeler" olan metilfenidat ve flunitrazepam ve daha sonra fenetilin (Captagon vb.) sokulmuştur. İkinci liste esas olarak, uluslararası kontrol sisteminde Psikotrop Maddeler Sözleşmesi kapsamına giren psikotrop ilaçları içerir; fakat bu listeye konulmuş olan kodein ve dionin "narkotik ilaç"tır. Dekstrometorfan ise farmakoloji yönünden opioid ilaç olmakla beraber, uluslararası kontrole tabi değildir yani uluslararası uygulama bakımından ne narkotik ve ne de psikotrop ve Batı ülkelerinde tezgah-üstü ilaç olarak da kullanılır. İkinci listedeki diğer psikotrop ilaçlara örnek, barbitüratlar ve diğer bazı hipnosedatif ilaçlar, benzodiazepinler, amfetaminler ve amfetamin-benzeri ilaçlardır. Kodein ve dionin'in düşük yitilimli şekilleri normal reçete ile eczaneden alınabilir. Birinci listedeki uyuşturucu ilaçların, özel şekilde bastırılmış, seri numaralı, bir asıl ve iki kopyalı **kırmızı reçeteye** yazılmaları gerekir. İkinci listedeki ilaçların ise gene bir asıl ve iki kopyalı olan **yeşil reçeteye** yazılmaları gerekir. Bu özel reçetelere ilacı yazdıktan sonra doktor bir kopyasını kendi dosyasında saklar ve aslı ile diğer kopyasını hastaya verir. Eczanede reçetenin kopyası tutulur ve aslı ertesi ayın 20'sine kadar Sağlık Bakanlığı'na gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilir. Boş reçeteler serbest hekimler veya hastanelerde İl Sağlık Müdürlüğünden ücreti karşılığı temin edilir. Kırmızı ve yeşil reçeteler tekrarlanmazlar, her seferinde yeniden yazılmaları gerekir.

İkinci listedeki ilaçların, suistimal edilmelerini önleyen "**caydırıcı**" ilaç veya ilaçlar içeren **kombine müstahzarları** da o listedeki üç opioid ilacın belirli bir sınırın altındaki miktarda ilaç içeren müstahzarları gibi, yeşil reçete uygulaması dışında bırakılmıştır. Örneğin, kontrole tabi bir opioid ilaç olan difenoksilatın belirli miktarda atropin ile kombine edilmiş müstahzarı özel reçete uygulaması dışındadır. Ancak bu tür müstahzarlardan bazıları son yıllarda gereksiz yere ve yeterli bir neden olmaksızın kontrole tabi tutulmaya başlanılmışlardır.

Narkotik ve psikotrop ilaçların kontrol önlemlerine tabi tutulması, onların suistimalinin önlenmesini ve yasal üretim ve dağıtım yollarından "sokak" piyasasına kaydırılmalarının (diversion'larının) engellenmesini hedefler. Bu uygulama, ülkelerin ilgili makamları için hem doğal ve insani bir görev ve hem de uluslararası sözleşmelere taraf olan ülkelerde bu sözleşmelerin, yerine getirilmesini istediği bir yükümlülüktür. Kontrol önlemleri gereksiz yere sıkı tutulursa ilgililer açısından başarı gibi gözükürse de ilaca gereksinen hastalar açısından ve onlara ilacı bulması gereken hasta yakınları açısından büyük sıkıntılar yaratabilir ve hastanın ilaçtan yararlanmasını engelleyebilir. Ayrıca, aşırı kontrol önlemleri; ilaç düzenleme mekanizmaları gelişmemiş veya tüketiciden kopuk bazı ülkelerde çeşitli nedenlerle ilacın pazardan kalkmasına yol açabilmektedir. Türkiye'de de bu durum bazen gözlenmektedir. Bu, sakınılması gereken bir durumdur.

Reçetesiz Satılan İlaçlar

Bağımlılık-yapıcı olsun veya olmasın bütün tıbbi ilaçların reçete ile satılması esastır. Ancak sık görülen ve çoğu kez kişinin sağlığını tehdit etmeyen ve kısa sürüp kendiliğinden geçen bazı hastalık veya rahatsızlık durumlarında kullanılan ilaçlar kişinin bunları kolayca alıp kendi başına kullanması (**self-medikasyon**) için reçetesiz satılabilirler. Böylece bu durumlarda kişinin hekime gitmesi, masrafa ve zahmete girmesi ve hekimin zamanını kaybettirmesi önlenmiş olur. Reçetesiz satılan veya satılması uygun olan ilaçlar arasında şunlar sayılabilir: aspirin, asetaminofen ve ibuprofen gibi uzun yıllar denenmiş ağrı kesici ilaçlar, yara ve birinci derecede (hafif) yanık gibi durumlarda dışardan kullanılan antiseptik ilaç müstahzarları, bağımlılık yapmayan sentetik öksürük kesici ilaç müstahzarları, hafif alerjik reaksiyonlara karşı oral veya

dıştan kullanılan antihistaminik müstahzarları, soğuk algınlığına veya alerjiye karşı kullanılan bazı vazokonstriktör ve antihistaminik ilaç kombinasyonları, bazı oftalmik merhem ve solüsyonlar, bazı burun damlaları veya spreyleri, antiseptik kulak damlaları, günlük tavsiye edilen rasyon miktarını aşmayan dozda vitamin içeren multivitamin müstahzarları. Bu ilaçlara “**tezgah–üstü** (over the counter, OTC) ilaçlar adı verilir.

Halen ülkemizde reçetesiz satılması öngörülen müstahzarların sayısı çok azdır. Buna karşılık, yukarıda belirtilen kontrol altındaki özel ilaçlar dışında, reçete ile satılması gereken ilaçların tüme yakınını eczanelerden reçetesiz almak mümkündür. Yasaya aykırı bu eylemli durum karşısında ilacın eczaneden **reçete ile alınmasını zorunlu kılan** iki neden vardır: (i) Devlet sektöründe çalışan memur ve işçilerle, bunlardan emekli olanların kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri için yazılan reçete bedeli çalışan kurum, Emekli Sandığı, veya SSK tarafından kısmen geri ödenir. Özel sektörde çalışan sigortalıların ve kendi iş yerlerinde çalışan sigortalıların ilaç bedeli geri ödemesi sırasıyla SSK ve Bağkur tarafından yapılır; bu uygulama emeklilikte de devam eder. **Geri ödeme** için reçetenin eczaneye teslimi gerekir. (ii) Sağlık Bakanlığı son yıllarda belirli müstahzarların **mutlaka reçete ile** eczaneden alınmasını öngören bir liste yayımlamıştır. Bu listedeki ilaçlar geri ödeme sözkonusu olsun veya olmasın sadece reçete ile alınabilirler. Sonuç olarak, Türkiye’de halen eczanelerde reçete zorunluluğuna uyulmamakta ise de, bölgeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte, ilaçların yaklaşık %70’i geri ödemededen yararlanmak için zorunlu olarak reçete ile alınmaktadır.

II. RASYONEL İLAÇ KULLANIMI

Son elli yıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan bazı hastalıklarda etkili ilaçların tıbbi kullanıma girmesi, daha etkili ve daha güvenli olan bazı yenilerinin geliştirilmesi ile çok sayıda yeni ilaç piyasaya sunulmuştur. Ancak yeni bir etki mekanizmasına sahip, ya da istenmeyen etkilerinden arındırılmış yeni ilaç sayısı görece az olduğu gibi, kanser ve immün yetmezlik sendromları gibi ilaçla **radikal tedavisi olmayan** hastalıklara çare olabilecek ilaç geliştirme çalışmaları henüz arzu edilen düzeyde sonuç vermemiştir. Dolayısıyla yeni çıkan ilaçların önemli bir kısmı piyasadaki benzerlerine fazla bir üstünlük taşımamaktadır. Öte yandan ülkemizdeki sınırlı parasal kaynaklara karşın, ilaca ayrılan payın büyüklüğü de göz önünde bulundurulursa hastalığın ve hastanın durumuna uygun, akılcı tedavi yaklaşımlarının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkacaktır. Ülkemizde ayrıntılı olarak belgelenmemiş de olsa, akılcı olmayan reçete yazma alışkanlıkları ve standart tedavi şemalarını uygulamada yetersizlikler gözardı edilmeyecek düzeydedir. Hastasının durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi **hekim** olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Hekimin bu işlevinin tam olarak yerine getirilip hastaya yansıtılmasında, reçetesini yaptırmak için ya da reçetesiz satılan bir ilacı almak için eczaneye gelen hastanın bilgilendirilmesi açısından en kolay danışabileceği kişi olarak **eczacıya** da rasyonel ilaç kullanımında önemli görev düşer. Hastane içinde ilaç kullanımında ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde **hemşire ve diğer sağlık hizmeti personelinin** de katkısı vardır. Bu nedenlerle, yalnızca hekimlerin değil, yukarıda sözü edilen tüm sağlık hizmeti gruplarının gerek mezuniyet–öncesi, gerekse mezuniyet–sonrası dönemlerde, rasyonel ilaç kullanımı ilkeleri ve kendilerine düşen rol açısından eğitilmeleri esastır.

Türkiye’de ilaç tedavisi için her yıl milyarlarca dolarlık bir kaynak kullanılmaktadır. Sınırlı kaynak kullanımında adalet ilkesi gereğince bu kaynağın akılcı bir biçimde paylaşılmasının gerekli olduğu da açıktır. Akılcı ilaç tedavisi açısından en önemli sorumluluk hekimlerindir. İlacın hekim tarafından rasyonel bir şekilde seçilmesi, genel tıp bilgi ve deneyimine ilave olarak ilaçlar hakkındaki bilgisinin de yeterli ve güncel olmasına dayanır. Bunun yanında bütün bu bilgi ve deneyimlerin hasta karşısında onun durum ve özelliklerine göre uyarlanması da önemlidir. Sözü edilen bilgi, deneyim, beceri ve yeteneklerin geliştirilmesi ve değişen ilaç repertuarına göre sürdürülmesi: (i) mezuniyet–öncesi eğitimde temel farmakoloji bilgisinin verilmesini izleyen dönemlerde rasyonel ilaç kullanımına yönelik klinik farmakoloji eğitiminin uygulamalı olarak ve kanıtadaya dayalı tıp kavramına uyularak verilmesine ve (ii) iyi örgütlenmiş ve belirli yaptırımlara bağlanmış mezuniyet–sonrası sürekli eğitime dayanır. Öte yandan, “akılcı ilaç kullanımı” tanımı içinde hastaların, yani ilaç kullanıcısının rolü unutulmamalıdır. Ülkemizde halkın sağlık eğitimi yetersizdir ve bunu gidermek için yapılmakta olan çalışmalar, halen nitelik ve nicelik bakımından sorunu çözmekten çok uzaktır.

Türkiye’de Akılcı–Olmayan İlaç Tedavisi Örnekleri

“Reçete yazma”, bazı ilaçların temiz bir kağıt parçası üzerine yazılmasından ibaret basit bir eylem değildir. Hastanın tanısını koyma ve ona uygun ilaç tedavisi kararı verme süreçlerini içerir. Bu yazıda geçen “akılcı” ya da “akılcı–olmayan” reçete yazma ifadesi bu anlamda algılanmalıdır. Akılcı–olmayan (irrasyonel) reçete yazma, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde görülen global bir sorundur. En sık karşılaşılan örnekleri gereksiz yere fazla ilaç yazılması (polifarmasi), tanıyla ilişkisi olmayan ilaç kullanımı, uygunsuz antibiyotik kullanımı, gereksiz pahalı ilaç kullanımı, halkın reçetesiz satılan ya da Türkiyede olduğu gibi reçeteli olduğu halde reçetesiz alınabilen ilaçlarla kendi kendini uygunsuz tedavisi (uygunsuz “self-medication”) ve yeni çıkan ilaçları kullanmada aceleci davranılması gibi durumlardır. Ne yazık ki Türkiye’deki akılcı–olmayan ilaç tedavisi örnekleri, iyi planlanmış ve geniş kapsamlı araştırmalarla saptanmış değildir. Oysa bir sorunun çözülebilmesi için öncelikle sorunun iyi tanımlanmış olması gereklidir.

Akılcı ilaç tedavisi sürecinin önemli bir bileşeni de **hastayı** gerek hastalığı, gerekse tedavisi ile ilgili olarak **bilgilendirmektir**. Tedavinin başarısı hastanın olaya katılmasına bağlıdır. Bu nedenle, hasta, başına gelecekler ve bununla ilgili olarak kendisine düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Bu konuda ülkemizdeki durum, yine iyi araştırılmamış olmakla birlikte, gözlemler oldukça olumsuzdur. Hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi almaması ve/veya tedavisi hakkında bilgi ve eğitim eksikliği başka hekimlere yönelmesine, yetersiz tedavi edilmesine veya tamamen yanlış uygulamalara yol açmaktadır.

Akılcı–Olmayan Reçete Yazma ve İlaç Kullanımının Nedenleri ve Sonuçları

Akılcı–olmayan ilaç tedavisi sorununun temel nedenlerinden biri **eğitim yetersizliği**dir. Her ne kadar son yıllarda tıp fakültelerinin müfredatlarında iyileştirme çalışmaları başlatıldıysa da, ülkemizdeki Tıp Fakültelerinin çoğunda farmakoloji dersleri 2. ve 3. sınıflarda, pasif eğitim yöntemleriyle, ilaç-merkezli olarak verilmektedir. Sonraki yıllarda uygun klinik farmakoloji eğitimi genellikle verilmemekte ve öğrenci klinik–öncesi dönemde edindiği ilaç bilgilerini klinik bilgilerle birleştirememektedir. Klinik stajlarda eğitim, ağırlıklı olarak tanı koymaya yönelik bilgi ve becerilerin kazandırılmasına odaklanmış olup, tedaviler hakkındaki bilgiler genellikle derslerin son 10 dakikasına sığdırılmaktadır. Bu nedenle, öğrenciler, daha önce gördükleri farmakoloji derslerinde verilen bilgiler içinden, tanısı konmuş hastalara uygun tedavi seçeneklerini çekip çıkarmakta güçlük çekmektedirler. Akılcı tedavi kriterleri, iyi ve doğru reçete yazma, maliyet etkililiği üzerinde durma, hastayı hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirme gibi konularda öğrenciye bilgi ve beceri kazandırmaya yönelik eğitim programlarına pek az yer verilmektedir. Öte yandan klinik farmakoloji Dünya Sağlık Örgütü’ne göre uygulamalı farmakoloji bağlamında, “ilaçların akılcı kullanılmasını sağlamayı hedefleyen ve farmakolojik, klinik ve epidemiyolojik bilgileri birleştiren bir bilim dalı” olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede gelişmiş bir disiplin olduğu halde, Türkiye’de klinik farmakoloji henüz yeterince kurumsallaşamamıştır.

Ülkemizde, **sürekli tıp eğitimi (STE)** kapsamında rasyonel farmakoterapi eğitimi ile ilgili sorunların boyutları yeterince araştırılmadığından tam anlamıyla ortaya konulamamaktadır. Ancak ülkemizde yaygın ve etkin bir STE programı ve organizasyonu, ayrıca bununla ilgili yaptırım bulunmamaktadır. Başta pratisyen hekimler olmak üzere, hekimlerin yeni bilgi ve beceriye ulaşma inisiyatifleri sınırlıdır. Çoğu yerde hekimler ilaçlara, özellikle de yeni ilaçlara ilişkin bilgileri esas olarak ilaç üreticisi (pazarlayıcısı) firmaların temsilcilerinden almaktadırlar. Bu nedenle rasyonel ilaç tedavisi hakkında STE etkinlikleri özellikle önem kazanmaktadır.

Türkiye’de geleneksel komşuluk ve akrabalık ilişkileri, kişilerin birbirlerine ilaç tavsiye etmeleri, kuruluş hekimine yakınları için kendi üzerinden reçete yazdırma ve hekimin meslek etiğine uymadığı hâlde buna ses çıkarmaması gibi faktörler soruna katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, yasal olarak reçeteyle satılması gereken ilaçların, geri ödeme için zorunlu olarak reçete ile alınanlar dışında kalanlarının eczanelerden rahatlıkla reçetesiz alınabilmesi, akılcı–olmayan ilaç tedavisinin önemli nedenlerinden biridir.

Yukarıda tıp eğitimi ile ilgili olarak söz edilen temel sıkıntılar **eczacılık eğitimi** için de geçerlidir. Gerek hekimlerin düzenlediği ilaç tedavisinin başarısında, gerekse reçetesiz satılan ilaçların hastalar tarafından akılcı kullanımının yönlendirilmesinde eczacının önemli bir rolü vardır. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri ve bu süreçte eczacının sorumlulukları konusunda iyi eğitilmemiş eczacıların ülkemizde yaygın olarak karşımıza çıkan akılcı–olmayan ilaç kullanımı örneklerine katkıları göz ardı edilmemelidir. Ülkemiz özelinde eczacıları ilgilendiren bir diğer durum da serbest çalışan eczacıların eczanelerinde sürekli bulunmama ve reçetede bulunan ilaçların kullanım talimatlarının hasta ya da yakınına anlatılması ve hatta ilaç tavsiye etme işlevinin resmi bir eczacılık eğitimi almamış “eczacı kalfaları/çırakları” tarafından yerine getirilmesidir.

Sağlık sigortası sistemlerinde yetersizlik, uygunsuz tedavi yardımı ve geri ödeme koşulları tüm dünyada akılcı olmayan reçete yazma nedenleri arasında sayılmaktadır. Bunlardan ülkemize özel bir durumdan özellikle söz edilmesi yerinde olacaktır. Çalıştığı kurumun ya da Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu veya Bağkur'un sağlık güvencesi altında bulunan çalışanlara ve emeklilere fiilen reçete bedelinin tümü geri ödendiği için bu kesimde ilaç bedava alınan bir gereksinim maddesi olmuştur. Aslında bu kesimdeki çalışanların ve emeklilerin, reçete bedelinin bir bölümünü cebinden ödemesi gerekirse de çoğu eczane bunu istememektedir. Reçete başına en fazla 5 ilaç yazılabilmesi kuralı uygulanmakta iken, ekonomik sıkıntılar nedeniyle 2001'de bu sayı 4'e indirilmiştir. Teorik olarak işe yararmış gibi görünen bu kural, uygulamada "gerekme de, evde bulunsun amacıyla 4 veya 5 ilaç alma" şekline dönüşmüştür ve hekimler bu konuda hastaların baskılarına ne yazık ki direnememektedirler. Oysa reçete başına ortalama ilaç sayısı Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği **sağlık belirteçlerinden** biridir ve bu sayı bir ülkede hekimlerin akılcı/akılcı-olmayan reçete yazma alışkanlığı hakkında değerli bilgiler verir. Gereksiz ilaç kullanımını önlemenin etkin bir yolu, reçete bedelinin tümü için geri ödeme yapılmaması ve hastanın ilaç bedelini kısmen cebinden ödemesidir. Ancak resmi reçetelere uygulanması gereken bu hüküm, yukarıda değinildiği gibi uygulamada sıfıra indirgenmiştir.

Akılcı olmayan ilaç tedavisi kararı verme alışkanlığının hasta düzeyinde **istenmeyen sonuçları** kısaca (i) hastalığın tedavisinde yetersiz kalınması; (ii) istenmeyen etki riskinde artış; (iii) ilaç etkileşimleri olasılığında artış ve (iv) gereksiz tedavi maliyeti, işten kalma ve kazanç kaybı gibi ekonomik zararlar şeklinde özetlenebilir. Ayrıca akılcı-olmayan tedavilerin toplum sağlığı açısından da zararlı sonuçları olabileceği göz ardı edilmemelidir. Örneğin enfeksiyon hastalıklarının yetersiz tedavisi sonucu dirençli mikroorganizmaların üremesi ve yayılması aynı toplumda yaşayan diğer kişilerin sağlığını da olumsuz yönde etkileyecektir.

Akılcı-Olmayan İlaç Kullanımının Önlenmesi

Bu konuda alınması gereken önlemler aşağıda açıklanmıştır.

Sorunun tanımlanması ve alınan önlemlerin sonuçlarının izlenmesi: Ülkemizde var olduğunu bildiğimiz akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun çözümü için öncelikle sorunun tüm boyutları ile iyi tanımlanması gerekir. Bu amaçla iyi tasarlanmış, geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalı, soruna hekimlerin, eczacıların, diğer sağlık personelinin, hastaların yani halkın, sağlık ve bakım hizmetlerinden sorumlu makamın yani Sağlık Bakanlığı'nın, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği v.b. meslek örgütlerinin, Tıp ve Eczacılık Fakülteleri'nin katkıları nicelik ve nitelik açısından belirlenmelidir. Bir ülkede akılcı-olmayan ilaç kullanımının ortaya çıkarılması ve daha sonra da alınan önlemlerin sonuçlarının izlenmesi için INRUD (International Network for Rational Use of Drugs) ve WHO-DAP (WHO Action Program on Essential Drugs) tarafından belirlenen belli başlı **ölçüm parametreleri** birkaç kategoride incelenebilir: **(i) Reçeteleme belirteçleri:** Reçete başına ortalama ilaç sayısı, jenerik ad/reçete yüzdesi, antibiyotik ilaç/reçete yüzdesi, injeksiyonluk ilaç/reçete yüzdesi, formüllerde bulunan ilaçların reçetelenme yüzdesi. **(ii) Hasta bakımı belirteçleri:** Ortalama konsültasyon zamanı, eczanede ortalama ilaç verme zamanı, reçetede bulunan ilaçların eczane tarafından sağlanabilme yüzdesi, eczacı tarafından uygun etiketleme yüzdesi, hastanın dozajı doğru bilme yüzdesi. **(iii) Sağlık kurum veya kuruluşu belirteçleri:** Formüller veya ilaç listesinin bulunabilirliği, anahtar (temel) ilaçların bulunabilirliği. Bu ve benzeri belirteçler kullanılarak ülkemizin nitelik ve nicelik açısından akılcı-olmayan ilaç kullanımı profilinin bilinmesi, çözüm önerilerine ilişkin **yakın ve uzak vadeli eylem planı** oluşturulması için temel teşkil edecektir.

Eğitim: Türkiye'de mezuniyet-öncesi ve -sonrası eğitimdeki aksaklık ve eksikliklere başlangıç kısmında değinilmişti. Dünya Sağlık Örgütü ile Sağlık Bakanlığı arasındaki 1998/99 Orta Vadeli İşbirliği Programı kapsamında, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde, Tıp Fakültelerinde bulunan Farmakoloji Anabilim Dalları'nın katılımı ile gerçekleştirilen bir toplantının sonuç raporunda özetle şöyle denmektedir:

1. Tıp Fakültelerinde mezuniyet-öncesi rasyonel farmakoterapi eğitime kesinlikle gereksinim vardır. Mevcut farmakoloji eğitimine ek olarak, klinik stajların yapıldığı dördüncü ve beşinci sınıflara **rasyonel farmakoterapi becerilerinin** kazandırılacağı ders ve/veya stajların eklenerek yaygınlaştırılması gereklidir. İkinci ve üçüncü sınıflarda verilmekte olan tıbbi farmakoloji dersleri de yukarıda sözedilen anlayışa uygun olarak yeni baştan düzenlenmelidir.

2. Gerek tıbbi farmakoloji gerekse rasyonel farmakoterapi eğitimi ile ilgili olarak **çekirdek eğitim programı** hazırlanmalı, eğitim materyali geliştirilmeli (örneğin iyi reçete yazma kılavuzu, ilaç formüllerleri, hasta senaryoları, video kayıtları, interaktif bilgisayar programları vb.) ve **eğiticilerin eğitimi** için kurslar düzenlenmelidir. Ayrıca ilaç formülleri kullanma alışkanlığı tıp fakültesi öğrencilerine erken sınıflardan itibaren kazandırılmalıdır.

3. Farmakoterapi programları **bilgi ve beceri kazandırma ve tutum değiştirmeye** uygun biçimde tasarlanmalıdır. Rasyonel tedavi kararları verilebilmesi ve **doğru reçete yazma becerilerinin** geliştirilebilmesi için, eğitimin uygun modern yöntemler kullanarak, öğrenci–merkezli ve küçük gruplarda problem çözmeye yönelik şekilde yapılması gereklidir. Ayrıca uygun **ölçme-değerlendirme sistemleri** kullanarak, **eğitimin etkililiği** artırılmalıdır; örneğin, reçete yazma becerisi objektif yapılandırılmış klinik sınavlarla ("*objective structured clinical examination*", *OSCE*) ölçülmelidir. Uygulanan **eğitimin kalitesi** ve öğrenme **hedeflerine ulaşp ulaşmadığı** da periyodik olarak denetlenmelidir.

4. Mezuniyet–sonrası dönemde sürekli tıp eğitimi kapsamında hekimlere rasyonel ilaç kullanımı uygulamalarında yararlanacakları bilgi ve becerileri kazandıracak ve onları toplumda sık görülen hastalıklar konusunda daha donanımlı kılacak eğitim programları düzenlenmelidir. **STE sonuçlarının**, hem hekimlerin rasyonel ilaç uygulamasına yaptığı katkılar açısından sağladığı başarı, hem de eğitim etkinliklerinin yönetsel başarıları yönünden sürekli **izlenmesi ve değerlendirilmesi** gereklidir.

Bu raporun hazırlanması ve ilgili kişi ve kuruluşlara gönderilmesinden sonra özellikle tıp fakültelerinin müfredatlarına rasyonel farmakoterapi eğitimi verilen dersler/stajlar koyulmaya başlanmış; Türk Farmakoloji Derneği tarafından tıp fakültelerinde rasyonel farmakoterapi eğitimi verecek farmakologların eğitimi etkinlikleri başlatılmıştır. Bu derneğin mezuniyet sonrası rasyonel farmakoterapi alışkanlığı kazandırmaya yönelik etkinlikleri de sürmektedir. Bunlar umut verici gelişmeler olmakla birlikte yeterli değildir ve bu konudaki çabaların artarak sürmesi gereklidir.

Temel ilaç listesi veya ulusal / bölgesel / kurumsal ilaç formüllerleri: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bir ülkede bulunan hastaların büyük bir kısmının tedavisi yaklaşık 300–400 ilaç (Ulusal Temel İlaç Listesi) ile gerçekleştirilebilir. Buna ek olarak özel durumlar için ek listeler hazırlanır. DSÖ, temel ilaç listesi kavramını esas olarak ilaç sağlama için fonları yetersiz, ilaç dağıtımı, kontrolü ve hastaya ulaştırma olanakları kısıtlı, gelişmekte olan ülkelerin ilaç sorununu çözmek için tavsiye etmiş ve listeyi oldukça kısıtlı tutmuştur. Bu listelerin serbest pazar ekonomisi uygulayan, ilaç üretim ve dağıtım sistemleri gelişmiş ülkeler için geçerliliği ve gerekliliği tartışmalıdır.

Temel ilaç listesine alternatif ve bütün ülkeler için geçerli bir kavram ise Ulusal İlaç Formülleridir. İlaç formülleri hekimlerin ve diğer uzmanların sağlığını korunması, hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili olarak en son görüşlerini temsil eden ve sürekli güncelleştirilen ilaç listesi olarak tanımlanmaktadır. Formüllerin primer amacı, marjinal ilaç ve tedavilerin kullanımını sınırlandırmaktır. Formüllerler açık formüller, kapalı formüller veya kısmen ya da seçici olarak kapalı formüller olarak hazırlanabilirler. 1999'da Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Türk Eczacıları Birliği (TEB)'nin desteğiyle yayımlanan, iki yılda bir yenilenen Türkiye İlaç Kılavuzu/Formülleri, İngiliz Ulusal Formülleri'nden yararlanılarak hazırlanmış olmakla birlikte, bu alanda ülkemizdeki ilk örnek olması ve İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın mali desteği ile hekim ve eczacıların büyükçe bir kısmına ücretsiz olarak ulaştırılması önemli bir aşamadır ve mevcut boşluğu doldurmuştur.

Ulusal formüllerle ek olarak bölge hastaneleri için düzenlenen formüllerde 150-200 kadar ilaç bulunur. Sağlık ocakları için hazırlanmış formüllerler 40-50 ilaçtan oluşur. Dispanser formüllerlerinde ise 20-30 ilaç bulunması yeterlidir. Gelişmiş ülkelerdeki hastanelerde yönetim organizasyon şemasının önemli bir bileşeni olan "İlaç ve Tedavi Komiteleri" (Drugs & Therapeutics Committee / Pharmacy & Therapeutics Committee) yerel formüller hazırlanmasından ve kullanımının izlenmesinden sorumludur. Bu komiteler, hazırladıkları formülleri düzenli olarak güncelleştirirler. Geri ödeme yapan resmi sağlık güvencesi kurumları veya sağlık sigortası sağlayan özel kuruluşlar tarafından, bunların kapsamına giren hastaların tanı ve tedavisinde, bu kılavuzlara uyulması, uygun istisna koşulları belirtilerek reçete yazan hekimlerden istenir.

Standart tanı/tedavi kılavuzları: Özellikle ülkemizde sık görülen hastalıklarla ilgili olarak standart tanı/tedavi kılavuzları, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimler için bilimsel kanıtlara dayandırılarak ve ilgili dalların uzmanları tarafından hazırlanmalıdır. Bu kılavuzların birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yapılması gerekenlere özellikle işaret etmesi gereklidir. Ayrıca hazırlanan rehberlerin kullanımının yaygınlaştırılması ve hekimler tarafından benimsenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bunlar yapılırken, hekimlerin, özellikle serbest çalışan hekimlerin, ilaç seçme ve mesleğini icra etme özgürlüğü kısıtlanmamalıdır.

İlaç bültenleri: Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Farmakoloji Derneği ve Klinik Farmakoloji Derneği dahil klinik uzmanlık dernekleri gibi kurum ve kuruluşların aktif katılımı ile oluşan bir kurul tarafından yayımlanacak bağımsız ilaç bültenleri aracılığıyla piyasaya yeni sunulan ilaçların tanıtımının yapılması yararlı olacaktır.

Yazılı materyalin eğitim aracı olarak kullanılması: Formüllerler, standart tanı/tedavi kılavuzları, ilaç bültenleri gibi rasyonel ilaç tedavisi için destek yazılı materyalin **eğitim ve sınav aracı olarak kullanılmaması** halinde, bunların sorunun çözümüne oldukça düşük bir katkı yapabildiği bildirilmektedir. Bu nedenle bu malzemenin gerek mezuniyet–öncesi, gerekse mezuniyet–sonrası eğitim programlarında kullanılmasının sağlanması, harcanacak emek, zaman ve paranın boşa gitmemesi açısından çok önemlidir.

Hekim ve eczacıların ilaç sanayi ile ilişkilerinin düzenlenmesi: Yeni ilaç geliştirilmesi ve kaliteli ilaç üreterek halkın sağlığını korumak ve düzeltmek amacıyla hekimlerin kullanımına sunulması süreçlerinde ilaç sanayinin önemi yadsınmaz. Ayrıca ilaç sanayii ülkemizde özellikle birinci basamakta sağlık hizmeti vermekte olan hekimler için eylemli olarak ilaçlarla ilgili en önemli bilgi kaynağı olma işlevini de taşımaktadır. İlaç üreticilerinin ilaç tanıtım etkinliklerinin uluslararası etik normlarda olmasına özen gösterilmelidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın yürürlüğe koyduğu yönetmelik ve İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın üyelerine uyguladığı "İEİS Tıbbi İlaç Tanıtım İlkeleri Kılavuzu" rasyonel tedavinin tanıtımla ilgili gereklerini önemli ölçüde yerine getirmektedir. Ancak bu kurallara uyumun sürekli izlenmesi ve yeterli yaptırım uygulanarak aksi davranışların etkin şekilde engellenmesi önemlidir.

Reçetesiz ilaç satılmasının kontrol altına alınması: Yukarıda da değinildiği gibi, soğuk algınlığı, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, dispepsi halleri, basit alerjik deri döküntüleri vb. gibi sık olarak ortaya çıkan durumlarda kişiler hekime gitmeden de kendi kendilerini tedavi edebilirler. Bu durum akılcı ölçüler içinde kişisel özgürlüğün ve hasta haklarının bir ögesi olarak kabul edilir. Bu gibi durumlarda reçetesiz satın alınabilecek tezgah–üstü (OTC, over–the–counter) ilaçlar ve dozaj formları tıp otoriteleri tarafından belirlenir ve sağlık otoritesinin (ülkemizde Sağlık Bakanlığı) ilgili organları tarafından onaylanır. Bunun dışındaki ilaçların reçetesiz olarak, hekim kontrolü dışında alınması sakıncalı durumlara yol açar. Bunların başında hastalıkların yetersiz tedavisi, semptomların maskelenerek hekimin tanı koymasını geciktirme, bazen tehlikeli olabilecek istenmeyen ilaç etkileri ve ilaç etkileşmelerinin farkedilmemesi gibi durumlar gelir. Bu nedenle, reçetesiz satılmak üzere ruhsatlandırılmış ilaçlar dışında, eczanelerde ilaçların reçetesiz satılmasına izin verilmemeli, eczanelerin bu amaçla sürekli kontrolü ve aksine davranışları hakkında yasal işlem yapılması gereklidir.

Hasta uyuncunun artırılması ve halkın sağlık eğitimi: Rasyonel ilaç kullanımında değişik önem ve katkı düzeylerine sahip olan çeşitli öğelerden biri olan “hasta”nın tedaviye **uyuncu**, yani reçetelenen ilaçları tavsiye edilen dozda, zamanda, sürede ve uyarılara uygun şekilde kullanması (bak. 10. Konu), tedavinin başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu faktörün atlanması rasyonel tedavi ile ilgili olarak diğer açılardan gösterilen çabaların verimliliğini ileri derecede düşürebilir. Uyuncun artırılmasında hastanın eğitilmesi, hekimin hastasına daha fazla zaman ayırması, hastaya ilacın kullanımı ile ilgili açık seçik kaleme alınmış broşürlerin, notların ve doz cetvellerinin verilmesi ve ilaçla ilgili olarak hekimin yaptığı **bilgilendirmenin** eczanede eczacı ve klinikte hemşire tarafından **pekiştirilmesi** önemli gerekliliklerdir. Hekim tanı koymada ve akılcı tedavi kararı vermede ne kadar yetkin olursa olsun, tedavinin başarısı, hastanın hekimin söylediklerini anlaması ve doğru uygulamasına bağlıdır.

Gerek hekim tarafından reçete edilen ilaçların doğru kullanımı, gerekse kendi kendini tedavi (self–medikasyon) uygulamalarının akılcı bir biçimde yapılabilmesi için halkın sağlık eğitimine önem verilmelidir. Halkın sağlığını koruması için alınacak temel önlemlerin, hastalıkların tanınması ve zamanında hekime başvurulmasının önemi, ilaç kullanırken dikkat edilmesi gereken genel kurallar gibi temel bilgilerle donatılması gereklidir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı, meslek birlikleri ve ayrıca tıp, eczacılık, diş hekimliği fakülteleri gibi sağlıkla ilgili yüksek eğitim kurumlarının, gerek yazılı basın, gerekse radyo ve televizyon aracılığıyla halkın sağlık eğitimine örgütlenmiş bir şekilde katkıda bulunmaları gerekir.

Diğer önlemler: Akılcı ilaç tedavisi açısından önemli sonuçları olabilecek bir diğer girişim de **ilaç prospektüslerinin** kolay okunacak büyüklükteki harfler ve olabildiğince şekiller kullanılarak, halkın anlayabileceği bir dille hazırlanmasıdır. Halen ülkemizdeki uygulamada ilaç prospektüsleri, hekimin anlayacağı tıbbi bir dille hazırlanmakta ve bu haliyle hastaların aklını karıştırmaktan başka bir işe de yaramamaktadır.

Türkiyede ilaç ruhsatlandırılması işlemlerinin gittikçe artan bir şekilde Avrupa Birliği normlarına yaklaştırılarak güncelleştirilmesi ve böylece ilaç piyasasına kaliteli, etkili ve güvenli ilaçların sunulması, ayrıca müstahzarların terapötik eşdeğerliğinin koşulu olarak jenerik ilaçlarda biyoeşdeğerlik uygulamasının başlatılması rasyonel ilaç kullanımının altyapısı ile ilgili önemli noktalaradır.

Akılcı İlaç Tedavisi İçin Uygulama İlkeleri

Klinik eğitimlerinin başlangıcında tıp öğrencilerinin çoğu hastaları için nasıl ilaç reçete edeceklerine ya da hangi bilgileri vermeleri gerektiğine dair belirgin bir fikirleri olmadığını farkına varırlar. Bu genellikle daha önceki farmakoloji eğitimlerinin ilaç-merkezli olmasından ve uygulama yerine teori üzerine yoğunlaşmasından kaynaklanmaktadır. Ancak klinik uygulamada tanıdan ilaca giden tam tersi bir yaklaşım benimsenmelidir. Üstelik hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut ölçüleri ve sosyokültürel özellikleri gibi kimi faktörler tedavi seçeneklerini etkileyebilir. Uygun tedavi konusunda hastaların kendi anlayışları ve beklentileri de vardır ve bu nedenle de hastalar tedavinin bilgilendirilmiş ortak katılımcısı sayılmalıdır.

Akılci ilaç tedavisi kararı verirken en temel noktalardan biri, **tanının doğru konmasıdır**. Hastanın hekime başvurma nedeni, alta yatan hastalığa ait bir belirti, psikososyal veya sosyal bir sorun, anksiyete, ilaç yan etkisi, yeniden ilaç yazdırma isteği, tedaviye uyumsuzluk, koruyucu tedavi isteği veya bunların kombinasyonu olabilir. İlaç tedavisine karar vermeden önce mutlaka **ilaç-dışı tedavi seçenekleri** gözden geçirilmeli ve hemen daima ilaç tedavisi ile birlikte diyet, ekzersiz gibi gerekli yaşam biçimi değişiklikleri konusunda hasta uyarılmalıdır. Akılci ilaç tedavisi kararının başarıya ulaşması, daha önce de belirtildiği gibi hastanın tedaviye uyuncu ile doğrudan ilişkilidir ve bunun sağlanması da hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında iyi bir iletişimi gerektirir.

Hastanın tanısının konması, akılci reçete yazma, tedavi alternatifleri arasından kendisine en uygun olanın seçilmesi ve tedaviye başlanması süreci, herhangi bir **problem çözme sürecine** benzetilebilir. Bu süreç problemin tanımlanmasını, çözümüne yönelik bir hipotez kurulmasını, bu hipotezin bir deneyle sınanmasını ve sonucun gözlenmesini, gerekirse doğrulanmasını içerir (Tablo 15.2). Hekimi tedavi hedeflerine ulaştırabilecek **ilaç alternatifleri**, etkililik (efficacy), güvenlilik (safety), uygunluk (suitability) ve maliyet (cost) açısından birbiriyle karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir. Problem çözme basamakları hatırlanacak olursa, sonraki basamağın deney yapmayı gerektirdiği, dolayısıyla bir hastanın tedavisinin hekim tarafından kurulan tedavi hipotezinin doğrulanmasına yönelik bir deney olduğu fark edilecektir. Ancak deneye başlamadan önce hastanın hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi, kullanacağı ilaçlarla ilgili açık ve anlaşılır açıklamalar yapılması ve gerekli uyarıların yapılması, sonra da okunaklı, doğru ve yeterli bilgileri içeren bir reçete yazılması esastır. Hipotezin doğruluğunun anlaşılması için deneyin, yani tedavinin, sonuçlarının ardına düşülmesi; bunun için de hastanın belli aralıklarla izlenmesi gerekir. Bu izleme sırasında eğer problem çözümlenmiş ve hastalık geçmiş ise tedavi sonlandırılabilir; problem çözümlenmemişse bütün basamaklar yeniden gözden geçirilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü İlaç Eylem Programı (WHO - DAP) çerçevesinde Groningen Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı ile ortak bir **Akılci İlaç Tedavisi Eğitim Programı Modeli** geliştirilmiştir. Bu modelde Dünya Sağlık Örgütü tarafından bastırılmış olan “**İyi Reçete Yazma Kılavuzu**” (Guide to Good Prescribing) temel alınmaktadır. Her hekimin elinin altında bulunması tavsiye edilen bu kaynağa internet aracılığı ile Türkçe çevirisi için: <<http://www.spkg.saglik.gov.tr>> sitesinden ve İngilizcesi için: <<http://www.med.rug.nl/pharma/ggp.html>> sitesinden ulaşılabilir.