




Raporlu İlaçların Doğrudan Eczaneden Temini Uygulamasına Yönelik Aile Hekimlerinin Deneyimleri

Experiences of Family Physicians on the Implementation of Directly Procurement of Reported Medicines From the Pharmacy

Harun Mesut ATMACAOĞLU¹ , İbrahim KORUK² , Hilal ATMACAOĞLU¹ 

¹ Akabe Aile Sağlığı Merkezi, Şanlıurfa, TÜRKİYE

² Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Covid-19 pandemi döneminde raporlu ilaçların doğrudan eczaneden teminine yönelik uygulama ile ilgili aile hekimlerinin görüş ve deneyimlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa'da aktif olarak görev yapmakta olan ve Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği'ne (ŞUAHED) üye olan 427 aile hekimi oluşturmuştur. Araştırmaya 206 aile hekimi katılmıştır. Araştırma verisi yapılandırılmış bir anket ile toplandı. Anketin uygulanması, ŞUAHED iletişim öbeği kullanılarak elektronik ortamda yapıldı.

Bulgular: Aile hekimlerinin, %94,2'sinin uygulamadan memnun ya da çok memnun olduğu saptandı. Uygulamanın olumlu yönleri olarak; ilaca ulaşılabilirliği kolaylaştırmakla ilgili 3 farklı cevap verildiği ve bunların %50,9-65,0 arasında olduğu, iş yükünü azaltma, hekime ulaşılabilirliği arttırmakla ilgili 4 farklı cevap verildiği ve bunların %51,9-83,9 arasında olduğu, uygulamanın olumsuz yönleri olarak; ilacın hastaya ulaşmadığı endişesi ve güvenlik açığıyla ilgili 2 farklı cevap verildiği ve bunların %46,1-68,4 arasında olduğu, tedaviden çıkartılmış olan ilaçların hastaya verilmeye devam etmesi ile ilgili olarak bir cevap olduğu ve bunun %59,2 düzeyinde olduğu saptandı.

Sonuç: Uygulama ile ilgili önemli deneyimler elde edilmiştir. Uygulama sadece bir kriz uygulaması olarak kullanılmamalıdır. Olumsuz yönlerine yönelik düzenlemeler ve olumlu yönlerine yönelik geliştirmeler yapılarak sağlık sistemine eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Raporlu ilaçlar, ilaç temini, Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Hekim iş yükü, Eczacı

Abstract

Background: This study, it was aimed to determine the opinions and experiences of family physicians regarding the practice of obtaining reported drugs directly from the pharmacy during the Covid-19 pandemic period.

Materials and Methods: The research is of cross-sectional type. The population of the research consisted of 427 family physicians who are actively working in Şanlıurfa and are members of Şanlıurfa Association of Family Physicians (ŞUAHED). 206 family physicians participated in the study. Research data were collected with a structured questionnaire. The application of the questionnaire was done electronically using the ŞUAHED communication phrase.

Results: It was determined that 94.2% of family physicians were satisfied or very satisfied with the application. As the positive aspects of the application; As the negative aspects of the application; It was determined that 2 different answers were given regarding the concern that the drug did not reach the patient and the vulnerability, and these were between 46.1 and 68.4%, and there was a response regarding the continued administration of the drugs that were removed from the treatment, and this was at the level of 59.2%.

Conclusions: Significant experience has been gained with the application. The application should not be used only as a crisis application. It should be added to the health system by making arrangements for its negative aspects and improvements for its positive aspects.

Key Words: Reported drug, Non-communicable diseases, Drug supply, Physician workload, Pharmacy

Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Dr. Harun Mesut ATMACAOĞLU
Akabe Aile Sağlığı Merkezi,
Akabe Mah. 1468.Sk
Eyyübiye/Şanlıurfa, TÜRKİYE

E-mail: dr.harun063@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 25.04.2023

Kabul tarihi / Accepted: 12.07.2023

DOI: 10.35440/hutfd.1287051

Giriş

Bulaşık Olmayan Hastalıklar (BOH) genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin ayrı ayrı ya da kombinasyonu sonucunda oluşabilmektedir. Bunlardan, kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kalp krizi ve inme gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım) ve diyabet en sık görülenlerdir (1). BOH grubuna giren hastalar dünya nüfusunun yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Nitekim, dünyada yaklaşık 1,28 milyar hipertansiyon ve 537 milyon diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir (2,3). BOH tanılı hastaların genellikle uzun süreli ya da ömür boyu ilaç kullanmak zorunda olduğu bilinmektedir. Bu durum, hastaların kontrol takiplerinin haricinde ilaç temini için de belirli aralıklarla sağlık kurumlarına başvurmalarını gerektirmektedir. Polikliniklere ve acil servislere aynı nedenle tekrarlı başvuruların azaltılması ile sistem yükünün azaltılmasının mümkün olduğu bildirilmektedir (4). Bu doğrultuda gelişmiş ülkeler, gerekli olmayan başvuru sayısını azaltmak, ihtiyacı olan hastaların ilaca daha kolay ulaşımını sağlamak ve hastaya hekim tarafından ayrılacak süreyi arttırmak amacıyla tekrar reçete uygulaması gibi sistemler geliştirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, hekim kararı ile uzun süreli ilaç kullanması gereken hastalara yedek reçete (refills) ya da tekrarlayan reçete düzenlenebilmektedir. Reçetenin yedek kısmında ilacın kaç defa tekrarlanacağı belirtilerek, en fazla bir yıla kadar hastanın ilaçlarını doğrudan eczanelerden temin edebilmesi sağlanmaktadır (5). İngiltere'de ise 1970'li yıllarda tekrar reçete kartları kullanılmıştır (6,7). 2005 yılında ve 2009 yılında yapılan düzenlemelerle Elektronik Tekrar Dağıtım (Electronic Repeat Dispensing) sistemi geliştirilerek yazılan reçetenin altı aylık süre boyunca tekrar alınması mümkün hale gelmiştir (8).

Türkiye'de hastalar, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilmesine rağmen ilaçlarını en fazla üç aylık tedavi dozunda ve ancak hekim tarafından tekrar reçete edilmesi şartıyla temin edebilmektedir (9). 2002 yılından 2018 yılına gelindiğinde hekim sayısı %66,5 artmasına karşın, hekime müracaat sayısı %266 artmıştır. 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 50 dakika iken 2018 yılında 23 dakikaya düşmüştür (10). Ancak, 2020 yılında beklenenin aksine tüm sağlık kurumlarına yapılan toplam başvuru 208.429.879 kişi azalmıştır (11). 2020-2022 yıllarında Covid 19 pandemisi ile mücadele kapsamında sağlık kuruluşlarına başvuruları azaltmak için pek çok önlem alınmıştır. Yine, bu amaçla 17.03.2020-01.07.2022 tarihleri arasında kronik hastalık ve engellilik nedeniyle raporlu olan ve sürekli kullanımı gereken ilaç, tıbbi malzeme ve hasta altı bezlerinin hekim tarafından reçete edilmesi zorunluluğu olmadan doğrudan eczanelerden ve medikallerden temin edebilmelerine olanak tanıyan bir uygulama kullanılmıştır (12-14). Ancak, Türkiye'de yürütülen uygulamanın olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Uygulamanın tekrar kullanılması ya da sağlık sistemine

entegre edilmesi gündeme gelirse başarılı bir entegrasyon ve kullanım için uygulama sonuçları ve uygulamada yer alan tarafların deneyimleri yön gösterici olacaktır. Bu çalışmada, raporlu ilaçların doğrudan eczaneden teminine yönelik uygulama ile ilgili aile hekimlerinin görüş ve deneyimlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu araştırmanın verileri nicel yöntemlerle toplanmıştır. Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen yapılandırılmış bir anket ile toplanmıştır. Literatür taraması ve saha deneyimlerinden yola çıkarak anket geliştirildikten sonra Aile Hekimliği ve Halk Sağlığı alanlarından iki uzman anketi değerlendirmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda anketin nihai hali şekillenmiştir. Anketin uygulanması, ŞUAHED iletişim öbeği kullanılarak elektronik ortamda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa'da aktif olarak görev yapmakta olan ve Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği'ne (ŞUAHED) üye olan 427 aile hekimi oluşturdu (15). Şanlıurfa'da toplam 678 aile hekimi bulunmaktadır ve ŞUAHED üyeleri tüm aile hekimlerinin %62,9'unu oluşturmaktadır. 20 aile hekimi ile yapılan pilot çalışmada Raporlu İlaçların Doğrudan Eczaneden Teminine Yönelik Uygulama'dan (RİDETYU) memnun olma yüzdesi dikkate alınarak örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Memnun olma durumu %95,0, hata sınırı %3,0 ve %95,0 güven düzeyinde en az gerekli örnek büyüklüğü 203 olarak hesaplanmıştır. Ancak, katılımcı seçmek için örnek seçimi yapılmamıştır. Katılımcı seçmek için olasılıklı bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Tüm ŞUAHED üyelerine araştırmaya katılım çağrısı yapılmış ve bu çağrıya cevap veren 206 kişi örneklem grubunda yer almıştır. Anket, sosyodemografik verileri içeren 3 soru (yaş, cinsiyet ve meslekte çalışma süresi) ve eczaneden doğrudan raporlu ilaç alımı uygulamasına yönelik deneyimleri içeren 8 sorudan oluşmuştur. Sorular memnuniyet, raporlu ilaçların her defasında hekim tarafından reçete edilmesinin gerekliliği, olumlu yönleri, olumsuz yönleri, uygulamanın bitmesinin sonuçları, uygulamanın devam etmesine yönelik tercihler esas alınarak hazırlanmıştır.

Araştırmanın başından itibaren etik hassasiyet gösterilmiştir. İlk olarak Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.10.2022 tarih ve 19 sayı ile etik onay alındı. Ardından ŞUAHED iletişim öbeğini kullanmak için ŞUAHED yönetim kurulundan yazılı izin alınmıştır. Bu izin sonrası üyelere gönüllülük esasıyla elektronik ortamda çağrı yapılmıştır. Anketin yer aldığı elektronik form üyelere gönderilmiştir. Veri toplama sürecinin ardından verilerin analizi başlamıştır. Veri analizi SPSS 20.0 programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma ve yüzde kullanılmıştır. RİDETYU'dan memnuniyet durumu ile yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi arasındaki tek değişkenli analizler t-testi ve ki kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların 38'i kadın (%18,4), 168'i erkektir (%81,6). Yaş ortalaması 36,0±16,4 iken meslekte geçirilen süre 10,0±6,2 yıl olarak saptandı.

Hekimlerin, %94,2'sinin uygulamadan memnun ya da çok memnun olduğu saptandı. Hekimlerin uygulamanın olumlu yönleri ile ilgili deneyimleri incelendiğinde; ilaca ulaşılabilirliği kolaylaştırmakla ilgili 3 farklı cevap verildiği ve bunların %50,9-65,0 arasında olduğu, iş yükünü azaltma, hekime ulaşılabilirliği arttırmakla ilgili 4 farklı cevap verildiği ve bunların %51,9-83,9 arasında olduğu saptandı. Hekimlerin uygulamanın olumsuz yönleri ile ilgili deneyimleri incelendiğinde; ilacın hastaya ulaşmadığı endişesi ve güvenlik açığıyla ilgili 2 farklı cevap verildiği ve bunların %46,1-68,4 arasında olduğu, tedaviden çıkartılmış olan ilaçların hastaya

verilmeye devam etmesi ile ilgili olarak bir cevap olduğu ve bunun %59,2 düzeyinde olduğu saptandı (Tablo 1). Hekimlerin %86,5'inin RİDETYU öncesinde olduğu gibi raporu devam eden ilaçların tekrar reçete edilmesini doğru bulmadıkları tespit edildi. Hekimlerin RİDETYU öncesi dönemin avantajlarına yönelik deneyimleri incelendiğinde; ilaç kullanımı ve düzenlemesi ile ilgili yararları olabileceği yönünde 3 cevap verildiği ve bunların % 14,0-23,3 arasında olduğu, düzenli aralıklarla kontrole giden hastalar için %79,1 düzeyinde ek bir katkı sağlamayacağı yönünde görüşe sahip oldukları saptandı. Hekimlerin RİDETYU öncesi döneme ilişkin deneyimleri incelendiğinde; iş yükünü arttırmayla ilgili 4 cevap verildiği ve bunların düzeylerinin %59,7-87,8 arasında olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 1. RİDETYU'nun olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili hekimlerin görüşlerinin dağılımı

Sorular	Seçenekler	n	%
Uygulamadan genel olarak memnuniyet durumunuz nedir?	Çok memnundum	153	74,3
	Memnundum	41	19,9
	Memnun değilim	9	4,4
	Hiç memnun değilim	3	1,5
Uygulamanın olumlu yönleri nelerdir?*	Hasta, yakınları aracılığıyla da ilaçlarına ulaşabilmektedir	132	64,0
	Mesai saatleri dışında da ilaca ulaşabilmektedir	134	65,0
	Eczacının, ilaç kullanımı takibini kolaylaştırmaktadır	105	50,9
	Eczanelerin sağlık sistemine daha fazla destek vermesini sağlamaktadır	107	51,9
	Hekimlerin yoğun poliklinik yükünü azaltmaktadır	173	83,9
	Diğer hastalara daha fazla zaman ayırma imkanı sağlamaktadır	156	75,7
	Diğer hastalar için hekime ulaşma ve randevu alma kolaylığı sağlamaktadır	153	74,2
Uygulamanın olumsuz yönleri nelerdir?*	İlaçların hastaya ulaştığından emin olunamamaktadır	95	46,1
	Eczanelerin iş yükünü arttırmaktadır	20	9,7
	İlaç raporunda olup tedaviden çıkartılmış ilaçların da hastaya verilmesine neden olmaktadır	122	59,2
	Hasta ya da yakını başvuru yapmadığı halde eczaneden ilaçların çıkışı yapılabilmektedir	141	68,4
	Gerektiğinde ilaç dozu ayarlaması yapılamamaktadır	53	25,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2. RİDETYU öncesindeki işleyişin olumlu ve olumsuz yönleri ile ilgili hekimlerin görüşlerinin dağılımı

Sorular	Görüşler	n*	%
RİDETYU'dan önce olduğu gibi raporu devam eden ilaçlar bittiğinde her defasında hekim tarafından reçete edilmeli midir?	Kesinlikle katılıyorum	8	3,9
	Katılıyorum	20	9,7
	Katılmıyorum	72	35,0
	Kesinlikle katılmıyorum	106	51,5
RİDETYU'dan önceki işleyişin olumlu yönleri nelerdir?	Hasta tedavi sürecinde sorularına cevap bulabilmektedir	42	20,3
	İlaç dozu ayarlanması yapılabilmektedir	29	14,0
	Eksik ilaç kullanımı sorgulanabilmektedir	48	23,3
RİDETYU'dan önceki işleyiş olumsuz yönleri nelerdir?	Belirli aralıklarla kontrole giden hastalar için ek bir faydası yoktur	163	79,1
	Sağlık kurumuna ulaşım zorlukları	138	67,0
	İlaçların farklı zamanlarda bitmesi tekrarlayan başvurulara neden olmaktadır	130	63,1
	Rapor sayısı fazla olan hastalarda her reçete yazımında tekrarlayan rapor ve ilaç kontrolü yapılması gerekmektedir	123	59,7
	Poliklinik hizmetine ek yük oluşturmaktadır	181	87,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hekimler, RiDETYU sonrası için %77,6 düzeyinde hasta memnuniyetinin azaldığını ve %84,9 düzeyinde poliklinik yükünün arttığını bildirdi. Hekimlerin, %91,2'si uygulamanın devam etmesi yönünde görüş bildirdi (Tablo 3).

RiDETYU'dan erkeklerin %94,0'ü kadınların %94,7'si memnun ya da çok memnun olduğu (Fisher's Exact Test $p=1,0$), memnun/çok memnun olanların yaş ortalamasının $36,2\pm 6,5$

ve memnun olmayanların yaş ortalamasının $34,6\pm 4,2$ olduğu ($t=0,81$ $p=0,41$), memnun/çok memnun olanların meslekte geçirilen süre ortalamasının $10,1\pm 6,3$ ve memnun olmayanların meslekte geçirilen süre ortalamasının $9,1\pm 4,1$ olduğu saptandı ($t=0,52$ $p=0,6$). Hekimlerin RiDETYU'ndan memnuniyet durumuna hekimlerin yaş, meslekte geçilen süre ve cinsiyet değişkenlerinin etkisi gösterilemedi ($p>0,05$).

Tablo 3. RiDETYU'nun sonlandırılmasının etkileri ve devam etmesi ile ilgili hekimlerin görüşlerinin dağılımı

Sorular	Görüşler	n	%
RiDETYU'nun kalkması nasıl etki göstermiştir?*	Hasta memnuniyeti artmıştır	19	9,2
	Hasta memnuniyeti azalmıştır	160	77,6
	Poliklinik yükü artmıştır	175	84,9
	Poliklinik yükü azalmıştır	16	7,7
RiDETYU devam etmeli midir?	Kesinlikle katılıyorum	136	66,0
	Katılıyorum	52	25,2
	Katılmıyorum	9	4,3
	Kesinlikle katılmıyorum	9	4,3

*Birden fazla cevap seçenek bildirildi

Tartışma

Bu araştırmada, araştırma evreninin yaklaşık olarak yarısına ulaşıldığı için sonuçların evreni temsil ettiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %81,6'sı erkek, yaş ortalaması $36,0\pm 16,4$ ve meslekte geçirilen süre $10,0\pm 6,2$ yıldır. RiDETYU'nun 2020-2022 yılları arasında uygulandığı göz önünde bulundurulduğunda meslekte geçirilen süre uygulama dönemini, öncesi ve sonrası dönemlerini değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Araştırmaya, kadın aile hekimlerinin katılımı düşüktür. Bu durum Şanlıurfa ilinde görev yapan kadın aile hekimi oranının düşük olmasından (yaklaşık %21 düzeyinde) kaynaklanmış olabilir. Karahan ve arkadaşlarının aile hekimlerine yönelik yaptıkları bir araştırmada belirledikleri yaş ortalaması 35,3 yıl ve meslekte geçirilen süre ortalaması $10,2\pm 9,3$ yıl olup bu araştırmanın sonuçları ile benzerdir (16).

Katılımcıların çoğunluğu pandemi döneminde RiDETYU'dan memnun oldukları ve uygulamanın devam etmesi gerektiği yönünde görüş belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü uygulamanın kaldırılması ile hastaların memnuniyetinin azaldığını ve yaklaşık % 85'i bu uygulamanın kalkması sonucu iş yükünün arttığını belirtmiştir. Bargn ve arkadaşları benzer bir araştırmada uygulamanın hastaların konforunu arttırdığını, kurumların iş yükünü azalttığını belirtmiştir (17). RiDETYU öncesi işleyişle ilgili olarak da beş aile hekiminden dördü raporlu ilaçların hekim tarafından tekrar reçete edilmesinin belirli aralıklarla kontrole giden hastalar için ek bir fayda sağlamadığını belirtmiştir.

Aile hekimleri RiDETYU'nun olumlu yönleri ile ilgili olarak iş yükünün azaldığı, diğer hastalarına daha fazla zaman ayırdıkları, hekime ulaşma ve randevu almanın kolaylaştığı yönünde deneyimlerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Porteous ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada reçete ile ilgili verilerin otomatik aktarılması uygulaması ile hekimlerin %69'u kendi iş yüklerinin azalacağını ve %81'i diğer personelin iş yükünün azalacağını belirtmişlerdir (18).

Toplum nüfusu dikkate alındığında, sağlık sisteminde yılda yaklaşık bir milyar hasta muayenesi yapıldığı dolayısı ile hekimlerin iş yükünün giderek arttığı görülmektedir (11). 2018 yılı OECD verilerine göre Türkiye'de 1000 kişiye ancak 1,9 hekim düşmektedir. Bu göstergeye göre OECD ülkeleri arasında Türkiye sondan dördüncü sıradadır (19). Kişi başı hekime müracaat sayısı AB ülkelerinde 5,6'dır. OECD ortalaması ise 5,7'dir. Türkiye'de kişi başı hekime müracaat sayısı 8'dir (20). Yaşlanan nüfus, kronik hastalığı olan insanların sayısının artması ve artan kamu beklentileri özellikle yaygın olarak yöneltildikleri birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır (21). Rottmann ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada ilaç yedeklerini hazırlamak üzere romatoloji ekibine eğitilmiş eczacıların dahil edilmesi; hekimlerin iş yükünün azaldığı, işyeri memnuniyetlerinin arttığı ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Bu uygulamanın hekimlere 6 ay içinde 41,5 saat zamandan tasarruf sağladığı görülmüştür. Eczacıların sisteme dahil edilmesinin romatologların çalışma koşullarını iyileştirmeye yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Hastalar tarafından da geri bildirimlerin olumlu olduğu belirtilmiştir (22).

İngiltere Ulusal Sağlık Servisi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen reçetelerin üçte ikisinin tekrarlanan reçetelerden oluştuğunu, tüm tekrarlanan reçetelerin %80'inin Elektronik Tekrar Dağıtım sistemi ile değiştirilebileceğinin tahmin edildiği ve bu sistemle 2,7 milyon saatlik pratisyen hekim uygulama süresinden tasarruf sağlanabileceği vurgulanmıştır (8). King ve arkadaşları, kronik hastalıkları kontrol altına alınmış olanlarda uzun ve kısa süreli reçeteler arasında ilaç israfının olmadığını göstermişlerdir. Uzun süreli reçetelerle ilaçların temin eden hastaların ilaç uyumunun arttığı ve bu durumun tedaviyi olumlu etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca hastalıkları kontrol altına alınanların çok fazla hekim kontrolüne ihtiyaçları olmadığı için ek ya da tekrarlayan reçetelerle yönetilebileceği belirtilmiştir (23).

Bu çalışmada, tedavi ve rapor uyumsuzluklarına bağlı sorunlar, ilaç dozu ayarlama sorunları, eczaneden ilaç çıkışının kontrol edilememesi RİDETYU'nun olumsuz yönleri olarak saptandı. Kronik hastalığı olan hastaların tedavisine çoklu ilaç kullanımı, tedavinin seyri sırasında ekleme ve çıkarma gibi ilaç değişiklikleri ve bu değişikliklerin rapora hızlı yansıtılmaması işleyişte tereddütlere ve karışıklığa sebep olabilmektedir. Bargn ve arkadaşları, ilaçların uygun, etkili ve güvenli seviyelerde reçete edilmesi ve kullanımının hekimler, yöneticiler ve hastalar arasında etkili iletişim ve işbirliği gerektiren karmaşık bir faaliyet biçimi olduğunu, iyi düzenlenmezse aksaklıkların olabileceğini vurgulanmaktadır. Nitekim aynı çalışmada tekrar reçeteleme sistemlerinde de; hastane taburcu özetlerinde ilaç değişikliklerini yorumlama güçlükleri, uygulama hemşirelerinin kendi insiyatifleriyle reçeteye yeni ilaç eklemeleri veya ilaç dozlarını değiştirmeleri, klinik dışı personelin hekim onayı olmadan sistemi geçersiz kılması ve doğrudan bir reçete yazdırabilmesi gibi uygulamadan kaynaklı sorunlar olduğu belirtilmektedir. Tekrar reçeteleme sistemlerinin hem hekim iş yükünü azalttığı hem de hastanın ilaca erişimini kolaylaştırdığı, bu amaçla uygulamanın esasının hekim dışı diğer sağlık personellerine de yetki verilmesini gerektirdiği ancak, sistemin sorunsuz işleyebilmesi için bu personelin eğitimi ve denetimlerinin önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (17).

Bu çalışmada hekimlerin yaklaşık yarısı bu uygulamayla eczanelerin sağlık sistemine daha fazla destek verebildiklerini belirtmişlerdir. Eczaneler birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır ve hekim deneyimleri, eczanelerin ilaç temininin yanı sıra hastalarla iletişimi artırarak ilaç takiplerinde de rol alabileceklerini göstermektedir (9,24). Nitekim, De Smet ve arkadaşları tarafından eczacıların, hastaların ilaçla ilgili sorunlarını tanımlayabileceği, önleyebileceği ve çözebileceği belirtilmiştir (25). Zermansky ve arkadaşları, eczacının yaşlı hastalarla görüşerek ilaçlarını doğru şekilde kullanmalarını ve gereksiz ilaç kullanmamalarını sağlayabileceğini belirtmektedir. Yine aynı çalışmada, eczacıların sisteme dahil olmaları ile beraber reçete maliyetlerinde düşüş görüldüğü de belirtilmiştir (26).

Covid-19 pandemisi döneminde RİDETYU ile ilgili çok önemli iki yıllık bir deneyim yaşanmıştır. Bu makalenin yazımı aşamasında 6 Şubat 2023 tarihli 11 ili kapsayan büyük bir depremle birlikte bu bölgelerde RİDETYU'nun kısıtlı bir süre için yeniden uygulanması kararı alınmıştır (27). RİDETYU Türkiye'de hala bir kriz/afet uygulaması olarak kullanılmaktadır. Hastalardan geri bildirim alınmamış olması nedeniyle hasta memnuniyeti, hekim ifadelerine göre belirlenmiştir. Memnuniyetin beyana dayalı olması çalışmanın sınırlılığıdır.

Sonuç

Araştırma sonucunda hastalar ve aile hekimlerinin uygulamadan memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Aile hekimlerinin poliklinik iş yükünün azaldığı belirlenmiştir. Uygulamanın riski görülebilecek bir özelliği, hastanın bilgisi dışında eczaneden ilaç çıkışının gerçekleşebilmesi olarak belirlenmiştir. Bu duruma önlem olarak hastanın sisteme tanımladığı mobil

telefon ve bu telefona gelen bir aktivasyon kodu ile ilaç çıkışının kontrolü sağlanabilir. Yapılacak düzenlemelerle, tedaviden çıkartılan ilaçların raporu düzenleyen hekim tarafından rapordan çıkartılabilmesi ya da pasif duruma alınabilmesi sağlanarak muhtemel karışıklıklar çözülebilir ve RİDETYU daha güvenilir kullanılabilir. Uygulama ile ilgili önemli deneyimler elde edilmiştir. Uygulama sadece bir kriz uygulaması olarak kullanılmamalıdır. Olumsuz yönlerine yönelik düzenlemeler ve olumlu yönlerine yönelik geliştirmeler yapılarak sağlık sistemine eklenmelidir.

Teşekkür

Araştırmanın verilerinin toplanmasında katkı sunan Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği'ne (ŞUAHED) teşekkür ederiz.

Etik onam: Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.10.2022 tarih ve 19 sayılı ile etik onay alındı.

Yazar Katkıları:

Konsept: İ.K., H.M.A.

Literatür Tarama: H.M.A., H.A.

Tasarım: İ.K., H.M.A.

Veri toplama: H.M.A., H.A.

Analiz ve yorum: İ.K.

Makale yazımı: İ.K., H.M.A., H.A.

Eleştirel incelenmesi: İ.K., H.M.A., H.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmadı.

Kaynaklar

1. World Health Organization, Noncommunicable Diseases 2021; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. WHO 2021; <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
3. International Diabetes Federation 2021; <https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
4. Sklar DP. How many doctors will we need? A special issue on the physician workforce. *Academic Medicine*. 2013; 88(12): 1785-1787.
5. *Public Health and Medicine: Prescriptions and Distribution 2017; Chapter 22-B13.*
6. Drury VW. Repeat prescription cards. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1973; 23(132): 511.
7. Ho-Yen RA. Study of repeat prescription cards in a general practice. *The Journal of the Royal College of Practitioners*, 1979; 29 (205): 473.
8. *Electronic Repeat Dispensing – Guidance 2015; Patients & Information, NHS England.* <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/wp-content/uploads/sites/31/2015/06/electronic-repeat-dispensing-guidance.pdf>
9. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 2022; Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı. <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17229&mevzuatTur=Tebliğ&mevzuatTertip=5>
10. Çıraklı Ü. 18 OECD Ülkesinde 2002-2018 yılları arası kişi başı ortalama hasta muayene sürelerinin karşılaştırılması, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2020; 3(1), 43-54.
11. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020;

- <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
12. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli Raporları ve Kronik Hastaların İlaç ve Tıbbi Malzeme Temini Hakkında Alınan Tedbirler 2020; <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR-80628/engelli-raporlari-ve-kronik-hastalarin-ilac-ve-tibbi-malzeme-temini-hakkinda-alinan-tedbirler-hakkinda-yeni-duyuru-yayinlanmistir.html>
 13. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Elektif İşlemlerin Ertelenmesi ve Diğer Alınacak Tedbirler 2020; <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR,64508/elektif-islemlerin-ertelenmesi-ve-diger-alinacak-tedbirler.html>
 14. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Kronik Hastalığı Nedeniyle Sağlık Raporu Olan Hastaların İlaç Temini Hakkında Duyuru 2022; <https://www.sggk.gov.tr/Duyuru/Detay/Kronik-Hastaligi-Nedeniyle-Saglik-Raporu-Olan-Hastalarin-Ilac-Temini-Hakkinda-2022-06-04-08-15-16>.
 15. Şanlıurfa Aile Hekimleri Derneği'nin 20.09.2022 sayılı ve Bilimsel Çalışmada Kullanılmak Üzere Bilgi Talebi Hk. Konulu Yazısı
 16. Karahan H, Mutlu HH, Mutlu HH, Öztürk S. Aile Hekimliği Disiplininin Değişik Basamaklarındaki Hekimlerin Dislipidemi Tedavilerine Yaklaşımları. *Van Tıp Dergisi* 2022; 29(1): 2-12.
 17. Bargn JP, Man SL, Bartlett S, Taylor K, Dinwoodie M, Bowie P. Repeat prescribing of medications: A system-centred risk management model for primary care organisations *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017; 23(4): 779–796.
 18. Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannaford, P, Reiter, E. Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists *British Journal of General Practice*, 2003;53(488): 204–209.
 19. OECD, Doctors. 2021; <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
 20. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığ 2021; <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
 21. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding pressures in general practice. London: King's Fund; 2016; https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf
 22. Rottmann EI, Cote J, Thomas S, Grassi DM, Chronowski J, Schroeder LL, Pugliese D, Newman E. Use of protocol-driven medication refills by pharmacists decreases rheumatologist in-basket work and improves rheumatologist satisfaction. *BMJ Open Quality*. 2022 Jan;11(1):e001566.
 23. King S, Miani C, Exley J, Larkin J, Kirtley A, Payne, RA. Impact of issuing longer-versus shorter-duration prescriptions: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2018; 68(669), e286–e292.
 24. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmeti Sunularının Basamaklandırılması 2019; https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/33684/0/saglik-hizmeti-sunucust-yazi.pdf?_tag1=216F3158393744F87A5BA886A7E094AD0728D931.
 25. De Smet P, Dautzenberg M. Repeat prescribing. Scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs*, 2004; 64, 1779–1800.
 26. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ*, 2001;323(7325), 1340.
 27. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü 11/02/2023 Tarihli Duyurusu. <https://www.sggk.gov.tr/Duyuru/Detay/Afetten-Etkilenen-Genel-Saglik-Sigortalilarinin-Ilac-Ve-Tibbi-Malzeme-Teminleri-Hakkinda-2023-02-11-06-51-35>.