



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye İlaç ve
Tıbbi Cihaz Kurumu

YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMINDA
GÜNCEL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ÇALIŞTAYI

26-27 MAYIS 2015

ANKARA

ÇALIŞTAY RAPORU

2015

YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMINDA GÜNCEL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ÇALIŞTAYI

26-27 MAYIS 2015

ÇALIŞTAY RAPORU

Telif Hakkı Sahibi: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2015

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi tarafından hazırlanmıştır.

Her türlü yayın hakkı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştayı, Çalıştay Raporu, Sağlık Bakanlığı, Yayın No, Ankara ve Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

TİTCK Yayın No: 002

ANKARA 2015

EDİTÖR Dr. Ali ALKAN Ecz. Mesil AKSOY DÜZELTMEN Dr. Dyt. Pınar GÖBEL TASARIM Uzm. Ecz. Elif SARIGÖL Bio. Züleyha YAVUZ	Yayın Kurulu Prof. Dr. Özkan ÜNAL Ecz. Güven ARTIRAN Uzm. Dr. Muhammet Ali ORUÇ Sağ. Mem. Yasin KINDAP Ecz. Bahar MELİK Dr. Dyt. Pınar GÖBEL Uzm. Dr. Fatma İŞLİ Uzm. Ecz. Elif SARIGÖL Ecz. Betül TOPAL Ecz. Emre Umut GÜRPINAR Uzm. Dr. Ali Boray BAŞCI Bio. Züleyha YAVUZ Dr. Elif Petek T ÜRKTAŞ Sağ. Uzm. Yrd. Ayşe ARSLAN Sos. Çal. Ela KAHRAMAN ACAR End. Müh. Esmâ KADI
--	--

İLETİŞİM ADRESİ: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Söğütözü Mahallesi 2176. Sok. No:5 PK 06520
Çankaya/ANKARA

Tel:+90 (312) 218 30 00 F:+90 (0312) 218 31 14

Soru ve önerilerinizi akilci.ilac@titck.gov.tr e-posta adresine gönderebilirsiniz.

ÖN SÖZ

Değerlerimizi emanet aldığımız büyüklerimiz, ülkenin kemale ermiş akli, bizim ve gelecek nesillerin rehberleri, toplumumuzun temel direkleridir. Yaşlılarımız, dün ile bugün arasında köprü kuran geçmişten geleceğe uzanan ellerimizdir. Bu yüzden yaşlılar için bugün yapmayı planladıklarımız, sadece onlara yapılacak olan bir hizmet değil, bir yandan da yarının yaşlıları olan bizlere birer yatırımdır. “Herhangi bir genç yaşlılığından dolayı bir ihtiyara hürmet ederse, Yüce Allah da yaşlandığında ona hürmet edecek kimseler ihsan eder.” diyen Peygamber Efendimiz, bize yaşlılarımızın ne denli değerli olduklarını anlatmaktadır.

Yaşadığımız yüzyılda çevre şartları, gelir düzeyi ve dağılımında iyileşme, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, antibiyotikler başta olmak üzere yeni ilaçların ve tedavi yöntemlerinin bulunması, eğitim düzeyinin yükselmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, barınma koşullarının düzelmesi, hijyen, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum yaşlı nüfus artışına ve toplumlarda yaşlanmaya yol açmaktadır.

Dünya genelinde toplam nüfusun %8,3’ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Sosyo-ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki her 7 insandan biri 65 yaşın üzerinde iken, 2030 yılına gelindiğinde bu oranın her 4 kişiden biri olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde daha belirgin olan yaşlanma, gelişmekte olan ülkeler açısından da önem kazanmakta olup ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Türkiye’de; 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9, 1990 yılında % 4,3 iken 2012 yılında % 7,51’ e yükselmiş ve **2014 yılında %8’e (6 milyon 192 bin 962 kişi)** ulaşmıştır. Bu nedendir ki, Sayın Cumhurbaşkanımız bu konuya sıkça vurgu yapmaktadır ve genç nüfusun önemini hatırlatmaktadır.

Toplumun yaşlanmasını tehdit unsuru olmaktan çıkarmak, kişilerin sağlıklarını ve fonksiyonel kapasitelerini sürdürmelerini ve böylece sağlıklı yaşlanmalarını sağlamak hedefimiz olmalıdır. “**Hayata yıllar, yıllara hayat katmak**” için gerekli tedbirleri almak, bizlerin öncelikli görevleri arasındadır. **Geriatrici konusu, Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 çerçevesinde Kurumumuz’un önceliklendirdiği başlıklardan birisidir.** Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde öncelikli müdahale yaklaşımlarının belirlenebilmesi adına gerçekleştirilen “**Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar ve Çözüm Önerileri**” çalıştayı, hedefleri göz önünde bulundurulduğunda oldukça büyük önem taşımaktadır.

Sağlık stratejilerine katkı sağlayacak olan bu önemli çalışmanın bir bileşeni olan tüm katılımcılara değerli destekleri için şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca çalıştayı düzenlenmesinde ve raporunun hazırlığında emeği geçenleri titiz ve özverili çalışmalarından ötürü kutluyor ve teşekkürlerimi sunuyorum. Ortak akıl ile ortaya çıkan bu raporun, konu ile ilgilenenlere faydalı ve bundan sonra yapılacak çalışmalarda da yol gösterici olmasını temenni ederim.

Sevgi ve saygılarımla...

Prof. Dr. Özkan ÜNAL
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanı

SUNUŞ

Kurumumuz koordinasyonunda yaşlı hastalıklarının tedavisi sırasında yaşanan sorunların tespiti, bu konuda alınması gereken tedbirlerin ve yapılması gereken düzenlemelerin belirlenmesi amacıyla konunun tüm detaylarıyla değerlendirildiği bir çalıştay düzenlenmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda 18 Mart 2015 tarihinde Kurumumuz bünyesinde verimli bir çalıştay ön hazırlık toplantısı gerçekleştirilmiş ve yol haritası belirlenmiştir. Bu toplantıda grup çalışmalarına katkı sunmak üzere davet edilecek akademisyenlerin uzmanlık alanları belirlenmiş, temsiliyet sağlayacak uzmanlık dernekleri, sivil toplum kuruluşları ve ilgili kurumların isimleri tayin edilerek sürece dair çalışma takvimi oluşturulmuştur. Konu ile ilgili durum tespiti için yapılacaklar planlanmış, çalıştaydan ve çalıştay katılımcılarından beklenenler konuşulmuştur. Çalıştayda tartışılacak ana konu başlıkları katılımcı akademisyenlerle bu toplantıda belirlenmiş, alt konu başlıklarının tespiti ve konu ile ilgili ülkemiz ve dünyadaki durumu ortaya koyacak ön çalışma yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca çalıştaydaki her grup için iletişim kişileri belirlenerek çalıştay öncesi süreç hızlı bir şekilde tamamlanmıştır.

Hummalı ön çalışmalar neticesinde 26-27 Mayıs 2015 tarihleri arasında Ankara’da oldukça verimli ve etkili bir çalıştay gerçekleştirilmiştir. Söz konusu “Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı”na Türkiye’nin pek çok üniversitesinden her biri alanında uzman akademisyenler, uzmanlık derneklerinin ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri ve ilgili kurumların yetkilileri katılım sağlamıştır. Çalıştay, açılış konuşmalarının ardından akılcı ilaç kullanımına dair faaliyetlerin ve çalıştaydan beklentilerin anlatıldığı sunumlar ile devam etmiştir. Ardından grup çalışmalarına geçilmiş ve her bir katılımcının deneyimleri ve bilgi birikimleriyle yön bulan başarılı bir program tamamlanmıştır. Çalıştayı sonunda grup sunumları yapılarak karşılıklı değerlendirmeler alınmıştır.

Grup çalışmalarında aşağıda belirtilen 11 ana başlıkta toplanan konulara değinilmiş ve bunlar üzerine görüşler paylaşılmıştır:

- Geriatrik Kardiyovasküler Hastalıkların, Endokrin-Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Antikoagülan ve Antiagregan İlaçların Kullanımında Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında ve Ağrı Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları ve Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Sık Karşılaşılan Hastalıkların (GİS, Enfeksiyon, Vitamin Eksiklikleri, Üriner İnkontinans ve Yara Bakımı) Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Solunum Sistemi Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Popülasyonda Reçetesiz Ürünlerin ve Alternatif Tıp Ürünlerinin Kullanımına Bağlı Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Hasta Grubunda Polifarmasinin Azaltılması ve Akılcı İlaç Kullanımının Yaygınlaştırılmasına Yönelik Stratejiler
- Geriatrik Hastalarda İlaç Geri Ödemesi İle İlgili Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Popülasyonda Evde Bakım Sürecinde ve Bakımevlerinde İlaç Tedavisiyle İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri
- Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü

Ardından grup içi görüşleri ifade edecek olan raporlama sürecine geçilmiştir. Saptanan ana konu başlığına dayalı olarak; öncelikle Türkiye ve dünyadaki mevcut durum kaynaklarıyla ortaya konulmuş, bu başlık altında tespit edilen sorunlar sıralanarak konu ile ilgili sorumlu ve işbirliği yapılacak kurumlar ve kuruluşlar belirtilmiş, ardından çözüm önerileri ve düzeltici faaliyetler ile birlikte bir tablo halinde rapora eklenmiştir. Her bir çalışma grubu, ilgili konuları kendi aralarında değerlendirerek konuya bakış açılarını grup görüş ve önerileri olarak sunmuştur.

Dr. Ali ALKAN

Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi Başkanı



Çalıştaya katılan tüm katılımcılara katkıları ve desteklerinden dolayı teşekkür ederiz.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

İÇİNDEKİLER

KONU 1- Kardiyovasküler Hastalıklar İle Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	1
KONU 2- Geriatrie Antiagregan ve Antikoagülan İlaçların Kullanımında Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	13
KONU 3- Geriatrie Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında ve Ağrı Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	19
KONU 4- Geriatrie Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları ve Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	27
KONU 5- Geriatrie Sık Karşılaşılan Hastalıkların (GİS, Enfeksiyon, Vitamin Eksiklikleri, Üriner İnkontinans ve Yara Bakımı) Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	35
KONU 6- Geriatrie Solunum Sistemi Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	43
KONU 7- Geriatrik Popülasyonda Reçetesiz Ürünlerin ve Alternatif Tıp Ürünlerinin Kullanımına Bağlı Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	51
KONU 8- Geriatrik Hasta Grubunda Polifarmasinin Azaltılması ve Akılcı İlaç Kullanımının Yaygınlaştırılmasına Yönelik Stratejiler	59
KONU 9- Geriatrik Hastalarda İlaç Geri Ödemesi İle İlgili Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	65
KONU 10- Geriatrik Popülasyonda Evde Bakım Sürecinde ve Bakımevlerinde İlaç Tedaviyle İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	73
KONU 11- Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü.....	79

RAPORDA KULLANILAN KISALTMALAR

Kurum ve Kuruluş Kısaltmaları

ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
DÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GTHB	Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
SAGEM	Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
SBSGM	Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
SGGM	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHGM	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
TABDER	Tüm Aktarlar Ve Baharatçılar Tıbbi ve Aromatik Bitki Yetiştiricileri Derneği
TEB	Türk Eczacıları Birliği
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TİB	Telekomünikasyon İletişim Başkanlığı
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
YÖK	Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı

Terimsel Kısaltmalar

AF	Atriyal Fibrilasyon
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
Ar-Ge	Araştırma ve Geliştirme
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ATC	Anatomik Terapötik Kimyasal
DDD	Tanımlanmış Günlük Doz (Defined Daily Dose)
EKG	Elektrokardiyografi
E-reçete	Elektronik Reçete
FTR	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
GİS	Gastrointestinal Sistem
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ICD-10	International Classification of Diseases-10
IMS	Intercontinental Marketing Services
INR	International Normalized Ratio
İTS	İlaç Takip Sistemi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MEDULA	Medikal Ulak
Mini-COG Testi	Kognitif Fonksiyonları Değerlendirme Testlerinden Biri
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
PPI	Proton Pompa İnhibitörü
RBS	Reçete Bilgi Sistemi
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Yaşlı Hastada Hedefler.....	4
Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	5
Tablo 3. Antiagregan ve Antikoagülan İlaçların Kullanımında Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	16
Tablo 4. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında ve Ağrı Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	22
Tablo 5. Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları ve Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	30
Tablo 6. Sık Karşılaşılan Hastalıkların Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri	38
Tablo 7. Solunum Sistemi Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	46
Tablo 8. Reçetesiz Ürünlerin ve Alternatif Tıp Ürünlerinin Kullanımına Bağlı Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	54
Tablo 9. Polifarmasinin Azaltılması ve Akılcı İlaç Kullanımının Yaygınlaştırılmasına Yönelik Stratejiler.....	62
Tablo 10. Evde Bakım Sürecinde ve Bakımevlerinde İlaç Tedaviyle İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	75
Tablo 11. Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü	83

KONU 1

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR İLE ENDOKRİN VE METABOLİZMA HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Doç. Dr. Fulden SARAÇ

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Ülkemizde 65 yaş sonrası hipertansiyon sıklığı erkeklerde % 67,2; kadınlarda % 81,7 olmak üzere ortalama % 75,1'dir (1). "TEKHARF" çalışmasına göre 60 ile 69 yaş arasındaki insanların 1/5'inde koroner arter hastalığı saptanırken, 70 yaş ve üzeridekilerde ise her dört kişiden birinde gözlenmektedir (2). Benzer olarak, yaşlılarda konjestif kalp yetmezliği oranı da normal nüfusa göre %10 daha fazladır (3). Yaşla beraber insidans ve prevalans giderek artar. 65 yaş üstü diyabetik hastalar, tüm diyabetiklerin hemen hemen %40'ını oluşturur. Yine geriatrik yaş grubunun %20'sinde bozulmuş glukoz toleransı vardır. Ayrıca yaşlı popülasyonun %10'unda tanı konmamış diyabet vardır (4). Literatürde de %22-33 oranında değişen diyabet prevalansları bildirilmektedir (5).

Hipertansiyon

Özellikle birinci basamak hekimlerine yönelik tedavide hedef değerlerin yükseldiği yönünde farkındalık çalışmaları yapılmalıdır. Ülkemizde 65 yaş ve sonrası hipertansiyon verilerimiz mevcutken, 80 yaş ve sonrası bilinmemektedir. Ülkemizde antihipertansif kullanımı kaynaklı morbidite ve mortalite üzerine bir çalışma henüz mevcut değildir. Bu konuda geriatristler, aile hekimleri, iç hastalıkları uzmanları ve kardiyologların dâhil olduğu toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kan basıncı hedef değerleri; Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-2 (TURDEP-2)'de açıklanmıştır (5). Gençlerde ve yaşlılarda hedef kan basıncı değerleri farklı tutulmalıdır. Morbidite ve mortaliteye eşlik eden hastalıklar mutlaka ayrıntılı olarak öğrenilmelidir. Eşlik eden hastalıklara göre hedef kan basıncı değerleri uygulanmalıdır. Örneğin, yaşla birlikte sıklığı artan abdominal aort anevrizmasında bradikardi ve düşük kan basıncı hedeflenmelidir. Diyabet hastalarında kan basıncı hedefleri diğer yaş gruplarına benzemektedir. Öncelikle yaşlı hastalara hipertansiyon konusunda eğitim verilmelidir. Hastalar tuz kısıtlaması konusunda bilinçlendirilmelidir. Bu konuda farkındalığın artırılması gerekmektedir. Yaşlı hastalara antihipertansif tedavi başlanmadan önce, yaşam tarzı değişiklikleri ile uygun diyet tedavisi uygulanmalıdır.

Tedavide diüretik seçiminin artırılmasına yönelik çalışmalar planlanabilir. Ancak diüretiklerin az bilinen yan etkileri (hiponatremi, hiperürisemi, vb.) akılda tutulmalıdır. Yaşlılarda konjestif kalp yetmezliği olmadan da ödem olabilmektedir. Hastalara antihipertansif tedavi başladıktan sonra gerekli kan tetkiklerinin 1-2 hafta içerisinde yapılması gerekmektedir (6).

Hiperlipidemi

Kolesterol ve trigliserit değerleri için hedef değerlerin ne olduğu, risk faktörlerinin kesin olup olmadığı, diyet tedavisi uygulamadan hemen lipid düşürücü ilaç başlanmaması yönünde farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ailevi hiperlipidemisi bulunan yaşlı bireylerde mortaliteye olumlu katkı sağlayacak tedavi yaklaşımlarının uygulanması yönünde farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Koroner kalp hastalığı ve periferik damar hastalığı bulunan yaşlı bireylerde LDL değerlerinin 100 mg/dl'nin altında tutulmasının faydalı olabileceği bilinmelidir. Ancak, hedef değer çok altına inildiği zaman ilacın dozu azaltılmalı, daha sonra gerekirse ilaç kesilmelidir. Yaşam tarzı değişikliği yaşlılarda da uygulanabilir bir girişimdir. Yaşlı bireylerde %5-10'luk bir vücut ağırlığı azalmasının sağlanması, yağ yüzdesini gençlere oranla daha fazla miktarda azaltmaktadır. Yaşlı bireylerde statin dışı ilaçların tercih edilmemesi uygun olacaktır. Lipid paneli, düşük risk grubu hastalarında beş yılda bir bakılmalıdır (7).

Koroner Kalp Hastalığı

Yaşlı bireylerde renin anjiyotensin aldosteron sistemi blokerlerinin yüksek doz kullanılması ile daha fazla etkinlik elde edilebilmesine yönelik kanıtların kuvvetli olmadığı yönünde farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Antihipertansif özellikteki bu ilaçları yaşlı bireylerde kullanırken, kan basıncının çok fazla düşürülmemesine dikkat edilmelidir. Normal kan basıncı aralığına ulaşmak için ilaç dozu azaltılmalı ya da ilaç kesilmelidir. Beta-blokerlerin koroner arter hastalığı dışında

kullanım alanı sınırlıdır. Beta-blokerlerin yaşlıda depresyon, insomnia, semptomatik bradikardi gibi önemli yan etkilere neden olabildiklerinin bilinmesi yönünde eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Yan etkiler konusunda hastayı bilgilendirmek de hekimin amaçları arasında olmalıdır. Yaşlılarda digoksin kullanımında kan düzeyi düşük olsa bile günlük dozu 0,125 mg'ı aşmamalıdır. Kalsiyum kanal blokerleri yaşlıda mobilizasyonu sınırlandırabilecek kadar ödem yapabilmektedir. Bu grup ilaçların yan etkisi konusunda hastanın ve hekimin farkındalığı artırılmalıdır. Eğer kullanımı gerekli ise, yaşlılarda nitratların kısa etkili olanları tercih edilmelidir (8).

Antiplateletler

Kalp yetersizliğinin medikal tedavisinin yaşlıda önemlilik arz eden bir durum olduğu yönünde farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Sol ventrikül fonksiyonları korunmuş yaşlı bireylerde “takım” şeklinde ilaç kullanılmamasına, polifarmasi veya doz yüksekliklerinin yaşlıda risk oluşturabileceğine yönelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. Kanıta dayalı olmayan medikal tedavi uygulamaları yaşlıda tercih edilmemelidir.

Yaşlıda tedavinin bireyselleştirilmesi konusunda farkındalık artışına ihtiyaç vardır. Yaşlılarda varfarin kullanımı oldukça sıktır, hatta ömrün uzamasıyla birlikte daha da artmaktadır. Belirli endikasyonlarda varfarinden önce tercih edilebilecek yeni antikoagülanların kullanıma girmesine rağmen bu ilaçların yaşlıdaki güvenilirliği halen tam olarak ortaya konamamıştır. Yaşlıda antikoagülan seçimine yönelik hekim davranışını olgunlaştıracak farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ritim kontrolü için hangi ilaç seçiminin daha olumlu olabileceğine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Hiç bir antiaritmik ilacın yaşlıda güvenilirliğinin kanıtlanmadığı bilinmelidir. Ritim kontrolü için beta-bloker veya kalsiyum kanal blokeri, tüm ilaçların yan etki profiline bakarak öncelikle tercih edilmelidir. Varfarin-digoksin kullanımında ilaç-ilaç etkileşimi akılda tutulmalıdır (9).

Periferik arter hastalığı

Silostazol kullanımı kişi mobil değilse ve istirahat klodikasyonu yoksa gerekli değildir. Diyabetik yaşlıda beraberinde periferik damar hastalığı varsa asetilsalisilik asit 75 mg olacak şekilde kullanılmalıdır (10).

Diabetes Mellitus

2009 verilerine göre diyabetin toplumumuzda %13,7 oranında olduğu saptanmıştır. TURDEP-1 ve TURDEP-2 çalışmaları arasındaki farka bakınca, diyabet oranlarındaki yıllık artışın %95’lerde olduğu görülmüştür. Bu iki araştırma verileri ve 6 yıllık artış dikkate alındığında 2015 yılında ülkemizdeki diyabetli oranının %20’lere yaklaştığı söylenebilir. Yaş grupları dikkate alındığında ise, diyabetin yaşlanmayla arttığı görülmektedir. Sonuç olarak diyabetin yaşlı popülasyondaki en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu anlaşılmaktadır (11).

Diyabette glisemik kontrolde ve komplikasyonların gelişiminin takibinde HbA1c önemli bir göstergedir. HbA1c’nin sağlık sorunu olmayan ve 65-75 yaş grubunda %7-7,5 arasında, 75-80 yaş grubunda %8’e kadar, 80 yaş üzerinde ise %8,5 altında tutulması yeterlidir. Özellikle birinci basamak hekimlerinin bu konuda farkındalığı artırılmalıdır. HbA1c değerleri hedef değerlerin altında ya da üstünde ise ilaçlar yeniden değerlendirilmelidir.

Sedanter yaşam ile karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlerin fazla miktarlarda tüketilmesi, ülkemizde diyabet sıklığının artmasındaki önemli nedenlerdendir. Yaşam beklentisine ve komorbiditelere göre ulusal hedef değerler oluşturulmalıdır. Postprandiyal kan şekeri de açlık kan şekeri kadar önemlidir ve poliklinik düzeyinde rutin olarak ölçülmelidir (12). Yaşlı diyabetiklerde tedavi başlanmadan önce hastanın glomerüler filtrasyon hızı da hesaplanmalıdır.

Diyabet tedavisinde metforminin kontrendikasyonlarına yönelik farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Glomerüler filtrasyon hızı 45 ml/dakikanın altında ise metformin başlanmamalı, ama ilaç önceden başlanmış ise glomerüler filtrasyon hızı 30 ml/dakikaya kadar dozu yarıya indirerek devam edilmelidir. Metformin glomerüler filtrasyon hızı 30 ml/dakikadan daha düşük ise kesilmelidir. Konjestif kalp yetmezliği bulunan yaşlı bireylerde metformin kullanılmamalıdır. Metformin kullananlarda başlangıçta ve tedavi sonrası yılda bir kez vitamin B12 düzeyine bakılmalıdır. Yaşlı hastada sülfonilüre

kullanımıyla ilişkili hipoglisemik olay açısından hekimlerin farkındalığının artırılması, gece hipoglisemilerine dikkat çekilmesi gerekmektedir. Yaşlılarda pioglitazon kullanımıyla gelişebilecek yan etkiler (ödem, kalp yetmezliği, osteoporoz) açısından yeterli uyarıların yapılması gerekmektedir.

Hangi yaşlıya, hangi durumlarda insülin kullanılacağı konusunda farkındalığı arttırmak ve bu konuda aile hekimlerine dönük eğitimler gerçekleştirmek gerekmektedir. İnsülin kullanımı sırasında oluşabilecek bireysel aksaklıklara yönelik hasta eğitimi, hastaya ait imkânların incelenmesine/sorgulanmasına yönelik çalışmalar desteklenmelidir.

Tüm oral antidiyabetikler için yaşlı popülasyonun yaş gruplarına göre etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır. Bu amaçla, bu alanda mezuniyet sonrası eğitim yapan sivil toplum kuruluşları desteklenmelidir. Yaşlı hastalarda yaş gruplarına göre diyabeti olanlarda asetilsalisilik asit kullanımına yönelik çalışmalar desteklenmeli ve ulusal kılavuzlar geliştirilmelidir. Ayrıca yaşanan toplumda 80 yaş üzeri özel bir tedavi kılavuzuna ihtiyaç olması nedeniyle bu yaş gruplarında iyi tasarlanmış çalışmalar öncelikle desteklenmelidir. Diyabeti olanlarda LDL değeri 100 mg/dl'nin altında tutulmalıdır. Ancak yaşlı diyabetik olgularda statin kullanımı açısından uzun dönemli prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Geriatrik sendromlar diyabetik yaşlılarda daha sıktır (malnutrisyon, polifarmasi, kognitif bozukluk, üriner inkontinans, düşmeler ve kronik ağrı).

Tablo 1. Yaşlı hastada hedefler (11)

	HbA1c (%)	Bazal veya preprandiyal kan glukozu (mg/dl)	Yatak başı kan glukozu (mg/dl)	Kan Basıncı (mmHg)	Lipidler
Yeterli fonksiyonel ve kognitif fonksiyonlar uzun yaşam beklentisi	<7,5	90-130	90-150	<140/90	Statin verilebilir (kontrendikasyon olmadıkça)
Kırılganlığa yatkınlık (komorbid hastalık) azalmış yaşam beklentisi	<8	90-150	100-180	<140/90	Statin verilebilir (kontrendikasyon olmadıkça)
Şiddetli komorbidite ve kısa yaşam beklentisi	<8,5	100-180	110-200	<150/90	Yararı değerlendir (sekonder önlem>primer)

Hipertiroidi

Yaşlıda hipertroidide klinik bulgular asemptomatik olabilmektedir. Bu nedenle yaşlıda yılda en az bir kez TSH düzeyine bakılmalıdır. Ritim kontrolünde ve osteoporozun önlenmesinde TSH düzeyi önemlidir.

Hipotiroidi

Hipotiroidi seyri yaşlıda daha farklı semptom ve silik belirtilerle seyrettiği için yılda bir kez TSH değerleri ölçülmelidir. Bu konuda aile hekimlerinin farkındalığı artırılmaya çalışılmalıdır.

SONUÇ

Yaşlıda **kardiyovasküler hastalıklar ile endokrin ve metabolizma hastalıklarının tedavisinde;** özen gösterilmesi gereken birçok nokta vardır. Kinik çalışma ve kılavuzların ışığında, kanıta dayalı ve hastaların yarar görebilecekleri tedavi şartlarının sağlanması uygun olacaktır. Bu amaçla; hekimlere ve hastalara yönelik farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Hipertansiyonu bulunan yaşlıların tanıların konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Yaşının hedef kan basıncı değerlerinde esneklik sağlanması	Hipertansiyonu olan yaşlılarda eşlik eden hastalıklara göre hedef kan basıncı değerlerinin belirlenmesi ve tedavinin bireyselleştirilmesinin sağlanması	SAGEM THSK TKHK Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri	-
		Yaşlılıkta hipertansiyon konusunda toplumun farkındalığının artırılması	Non-farmakolojik yöntemleri anlatan görsel materyallerin oluşturulması	SGGM THSK TKHK	Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri Medya
		Yaşlıda hipertansiyon tedavisinde birinci basamak hekimlerinin eğitiminin artırılması	80 yaş üstü bireylerde hipertansiyon sıklığını ve tedavi verilme oranlarını saptamaya yönelik çalışmalar yapılması	SAGEM THSK TKHK SHGM	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
			Yaşlıda beta blokerlerin ve santral etkili ilaçların kan basıncını düşürmek için ilk tercih olarak kullanılmamasının sağlanması		
			Kontrol altına alınamayan hipertansiyon varlığında sekonder nedenlerin akılda tutulmasının sağlanması		
		Hipertansiyonda ilaç tedavisine düşük dozla başlanması ve dozun titre edilmesi	Antihipertansif tedavi başlandıktan sonraki bir aylık dönemde klinik ve laboratuvar olarak izleminin sağlanması	THSK TKHK SHGM	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
		Non-farmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınamamış vakalarda tedavide ilk seçenek olarak diüretiklerin kullanımının yaygınlaştırılması	Tiyazit preparatlarının ülkemizde bulunabilir hale getirilmesi	TİTCK ilaç Sektörü	Yurtdışı ilaç Tedarikçileri
		Yaşlıda aktif yaşam tarzının teşvik edilmesinin sağlanması	Aktif yaşam tarzını teşvik edilmesi amacıyla sokak/kaldırım/yürüyüş yolları ve park gibi yaşam alanlarının yaşlılara uygun şekilde düzenlenmesi	Valilikler Belediyeler STK Meslek Örgütleri	THSK
			Hareketli yaşamın teşviki amacıyla çalışmalar yürütülmesi	THSK SGGM	Valilikler Belediyeler STK Meslek Örgütleri
		Yaşlı hastalarda antihipertansif tedavilerin yan etkilerine yönelik hekimlerin farkındalığının artırılması	Diüretiklerin az bilinen yan etkileri konusunda dikkat çekilmesi için hekimlere yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması	THSK TKHK SAGEM Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri	TİTCK
			Antihipertansif kullanımı ile ilgili morbidite ve mortalite üzerine çalışmalar yapılması		
			Yaşlılarda antihipertansiflerin yan etkilerinin saptanmasına yönelik çalışmalar yapılması		

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
2	Hiperlipidemisi bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında yaşanan güçlükler	Farmakolojik tedavi öncesi non-farmakolojik tedavi yaklaşımları konusunda hasta ve hekimlerin bilinçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması	Non-farmakolojik yöntemleri anlatan görsel materyaller oluşturulması ve kullanıma sunulmasının sağlanması	SGGM	THSK TKHK Üniversiteler STK Meslek Örgütleri Medya
		Tedavinin eşlik eden hastalıklara göre bireyselleştirilmesi	Antihiperlipidemik tedavinin hemodiyaliz ve son dönem kalp yetmezliği hastaları dışında kalp yetmezliği olanlarda ve familial hiperlipidemi ve koroner arter hastalığı gibi mutlak ilaç kullanılması gereken durumlarda tercih edilmesi	SHGM THSK TKHK	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
		Statin ve diğer hipolipidemik tedavi ajanlarının kısa dönem etkilerinin belirlenmesi	Dislipidemi ve tedavi oranlarının belirlenmesi	THSK TKHK TİTCK	SHGM SAGEM Meslek Örgütleri
		Yaşlılarda hedef kolesterol ve trigliserid değerlerinin belirlenmesi	Bu grup ilaçlar üzerine mortalite ve morbidite çalışmalarının yapılması Yan etkinin azaltılması için aralıklı olarak lipid değerlerine göre doz titrasyonu yapılması	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri	
3	Kardiyovasküler hastalığı bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Yaşlılarda hedef kolesterol ve trigliserid değerlerinin belirlenmesi	Risk grubuna göre lipid değerlerine periyodik olarak bakılması Risk faktörlerini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması	THSK TKHK TİTCK Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri	SHGM SAGEM Meslek Örgütleri
		Yaşlıda kardiyovasküler hastalıklar ve tedavisi konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması	Yaşlılarda sessiz iskemi sıklığının ve atipik semptom prezentasyonunun daha sık görülebileceğinin bilinmesinin sağlanması	SHGM SAGEM THSK TKHK Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri	-
		Yaşlıda kardiyovasküler hastalıklar ve tedavisi konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması	Kullanılacak kardiyovasküler ilaçların düşük dozla başlanması ve dozun yavaş yavaş titre edilmesi		
		Yaşlıda kardiyovasküler hastalıklar ve tedavisi konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması	Yaşlı pratiğinde doz ayarlaması yapılırken tansiyonun çok fazla düşürülmemesinin sağlanması		
3	Yaşlıda azalan glomerüler filtrasyon hızı ile digoksin intoksikasyonunun görülmeye olasılığının arttığının bilinmesinin sağlanması	Yaşlıda azalan glomerüler filtrasyon hızı ile digoksin intoksikasyonunun görülmeye olasılığının arttığının bilinmesinin sağlanması	Yaşlılarda digoksin kullanımında kan düzeyi düşük olsa bile günlük 0,125 mg'ın aşılmaması	SHGM SAGEM THSK TKHK Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri	-
		Yaşlıda azalan glomerüler filtrasyon hızı ile digoksin intoksikasyonunun görülmeye olasılığının arttığının bilinmesinin sağlanması	İleri evre kalp yetmezliği olan hastalar dışında yaşlılarda digoksin kullanılmaması		

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
3	Kardiyovasküler hastalığı bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ajanların yan etkisi konusunda hekimlerde farkındalığın artırılması	Bu alanda kullanılan ilaçlarla ilgili morbidite ve mortalite üzerine çalışmalar yapılması	THSK TKHK SHGM SAGEM Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Beta-blokerlerin koroner arter hastalığı ve disritmiler dışında kullanım alanının sınırlı olduğunun ve depresyon, insomnia, semptomatik bradikardi, impotans, vb. gibi yan etkilere neden olduğunun bilinmesi		
			Kalsiyum kanal blokerlerinin mobilizasyonu sınırlandırabilecek kadar ödem yapabileceğinin bilinmesi		
4	Diabetes mellitusu bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Hekimlerinin diyabet konusundaki farkındalığının artırılması	Yaşlılarda kullanılacak kardiyovasküler ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik farklılıklarına dikkat edilmesi	SHGM THSK TKHK SAGEM	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Yaşlılarda kısa etkili nitratların tercih edilmesi		
			Yaşlılarda artan aterosklerozla birlikte sıklıkla görülen periferik damar hastalığı bulunan hastalarda eşlik eden komorbid hastalığın fazlalığından dolayı antiagregan kullanımı konusunda dikkatli olunması		
5	Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi konusunda hekimlerde farkındalığın artırılması	Hekimlerinin diyabet konusundaki farkındalığının artırılması	Beraberinde atriyal fibrilasyon eşlik etmiyorsa antikoagülasyon önerilmemesi		Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Kontraendikasyon yoksa geriatrik grup hastalarda asetilsalisilik asitin 80 mg kullanılması		
			Kalp yetmezliği görülen ve ejeksiyon fraksiyonu düşük olan hastalarda silostazol kullanılmaması		
6	Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi konusunda hekimlerde farkındalığın artırılması	Hekimlerinin diyabet konusundaki farkındalığının artırılması	Açlık kan şekeri kadar tokluk kan şekeri de önem verilmesinin sağlanması		Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Diyabette sıklıkla görülebilecek geriatrik sendromlar (malnutrisyon, polifarmasi, kognitif bozukluk, üriner inkontinans, düşme ve kronik ağrı) konusunda farkındalığın artırılması	SHGM THSK TKHK	
			Hastanın tedaviye uyumsuzluğu durumunda görülebilecek geriatrik depresyon konusunda farkındalığın artırılması		
7	Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi konusunda hekimlerde farkındalığın artırılması	Hekimlerinin diyabet konusundaki farkındalığının artırılması	Başlangıçta ve beklenmedik mental değişikliklerde uygulanabilecek mini mental durum değerlendirme testi konusunda hekimlere yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması		Üniversiteler STK Meslek Örgütleri

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
4	Diabetes mellitusu bulunan yaşlıların tanıların konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Yaşam beklentisine ve komorbiditelere göre hedef değerlerin bireyselleştirilmesi	Yaş gruplarına göre HbA1c hedef değerlerinin belirlenmesi ve tedavinin bireyselleştirilmesinin sağlanması	SHGM SAGEM THSK TKHK	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
		Diyabet gelişiminin önlenmesi için aktif yaşam tarzının teşvikinin sağlanması	Aktif yaşam tarzını teşvik etmek amacıyla sokak/kaldırım/yürüyüş yolları ve park gibi yaşam alanlarının yaşlılara uygun şekilde düzenlenmesi	Vaillikler Belediyeler STK Meslek Örgütleri	THSK
		Tıbbi beslenme tedavisi uygulamalarının yaşlı bireyler için sürdürülmesinin sağlanması	Diyabet gelişmeden önce davranışsal tutumun iyileştirilmesiyle kronik hastalıkların gelişmesinin önlenmesi ve kognitif fonksiyonların korunduğu ile ilgili farkındalık çalışmalarının yapılması	THSK SGGM	Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
		Yaşlı diyabetiklerde primer ve sekonder kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ek tedavilerin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yapılması	Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenme konusunda farkındalık çalışmalarının yapılması	SHGM THSK TKHK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
			Yaşlı diyabetiklerde tedavi başlanmadan önce hastanın glomerüler filtrasyon hızının hesaplanması, karaciğer fonksiyon testlerine bakılması, periferik damar hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği yönünden dikkat edilmesi		
			Öğisemi sağlanamamış yaşlıda oral antidiyabetik (metformin, glinid) ve/veya ek insülin (bazal) tedavisine başlanması		
			Yaşlı diyabetik hastalarda renal fonksiyonlara bakmadan, glomerüler filtrasyon hızı hesaplamadan ve yeterli hidrasyon yapmadan radyokontrast madde verilmemesi		
			Metformin tedavisi öncesi vitamin B12 düzeyine bakılması, tedavi süresince yılda bir kez vitamin B12 düzeyi takibinin ve gerekirse replasman tedavisinin yapılması		
			Yaşlıda uzun etkili sülfonilürlerin kullanımından kaçınılması		
			Hipo/hiperglisemi sıklığının, etkileyen faktörlerin, mortalite ve morbiditeye etkisinin gösterildiği çalışmalar yapılması		
		Yaşlı hastada oral antidiyabetik ve insülin kullanımıyla ilişkili hekimlerin farkındalığın artırılması	Oral antidiyabetiklerin yaşlı hastada uzun dönem morbidite ve mortaliteye etkisine yönelik çalışmalar yapılması	SHGM THSK TKHK SAGEM TİTCK	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
			Oral antidiyabetik ve insülin kullanım sıklığını ve tedavi devamlılığını gösteren çalışmalar yapılması		
			Ülkemizde yaşlılarda oral antidiyabetik ve insülin kullanımı sonrası olabilecek etkiler açısından ülkemize ait verilerin oluşturulması		

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
4	Diabetes mellitus bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Dişabetik yaşlılarda insülin kullanımı konusunda farkındalık oluşturulmasının sağlanması	Hastaya ait özelliklerin ve hasta eğitiminin incelenmesi/sorgulanmasına yönelik çalışmalar yapılması İnsülin kullanımı ile ilgili hasta/hasta yakınlarına yönelik görsel, işitsel ve davranışsal eğitim materyallerinin oluşturulması	THSK TKHK TİTCK SHGM SAGEM	Üniversiteler Meslek Örgütleri Medya Uzmanlık Dernekleri
		Dişabetik ağağın hekimler tarafından yeterince önemsenmesinin sağlanması	WAGNER sınıflandırılmasında < 2 olanların evde bakımla tedavi edilmesi, ≥3 olanların ise hastanede tedavi edilmesinin sağlanması Evde bakım hizmeti veren sağlık personelinin dişabetik ayak bakımı konusunda eğitilmesi	SHGM THSK TKHK	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Çocukluktan itibaren sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin toplum tarafından benimsenmesinin sağlanması	SGGM THSK	Valilikler Belediyeler STK Meslek Örgütleri MEB
			Aktif yaşam konusunda yaşlının desteklenmesi	Valilikler Belediyeler THSK SGGM	STK Meslek Örgütleri
			Yaşlılarda yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı konusunda farkındalık çalışmalarının yapılması	SGGM THSK TKHK	SAGEM
5	Osteoporozu bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Osteoporozu dair toplumun farkındalığının artırılması	Osteoporozun temel olarak yaşlılığın kronik bir sorunu olduğu ve sık görüldüğü yönünde halkın bilinçlendirilmesi Osteoporoz ve kırıklardan korunmada uygulanabilecek yöntemlerin yaygınlaştırılmasında kamu spotlarından faydalanılması	SGGM	STK Meslek Örgütleri Medya
			Non-farmakolojik osteoporoz tedavi yöntemlerinin (güneş ışığı, egzersiz) yaşlılara önerilmesi konusunda hekimlere bilgilendirmeler yapılması		
			Kemik mineral yoğunluğu dışında boy kısalmasının da osteoporoz göstergesi olabileceğinin hekimlerce akıldaki tutulmasının sağlanması	SHGM SAGEM SGGM THSK TKHK	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
			Medikal osteoporoz tedavisinin azami sürelerinin uygulanması yönünde çalışma yapılması		
			Sekonder osteoporoz yapacak faktörler konusunda aile hekimlerine eğitim verilmesi		
			Düşme sonrasında meydana gelen kırıkların mortaliteyle ilişkisine yönelik farkındalık çalışmalarının yapılması		

Tablo 2. Kardiyovasküler Hastalıklar ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
5	Osteoporozu bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Osteoporotik kırıklar konusunda ulusal politikaların belirlenmesi	Ulusal nitelikte bir osteoporoz yaklaşımlarını oluşturma ve hekimlere ulaştırılmasının sağlanması	SHGM SAGEM	TITCK Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
6	Obezitesi bulunan yaşlıların tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	Obezite konusunda toplumsal duyarlılığın artırılması Obezite risk faktörlerinin ulusal zeminde belirlenmesi ve korunmaya yönelik faaliyet planlarının yapılması	Obezitenin her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılarda da hastalık olarak kabul edilmesinin sağlanması Aktif yaşam tarzının benimsenmesinin sağlanması Toplumda yaşlılarda obezite sıklığının belirlenmesi için çalışmalar yapılmasının sağlanması Yaşlı obez hastalarda kilo kaybının desteklenmesi ve kilo kontrolünün sağlanabilmesi için disiplinler arası iletişimin kuvvetlendirilmesi Çocukluktan başlayarak sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi ve sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulması konusunda eğitimler verilmesi	THSK TKHK SGGM	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri Medya
7	Diğer endokrin ve metabolizma hastalıklarının yaşlılarda tanılarının konulması ve tedavilerinin yapılması sırasında güçlükler yaşanması	D vitamini eksikliği konusunda hekim ve toplum temelli bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması Yaşlılarda tiroid fonksiyonlarının bozuklukları konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması	Periyodik olarak vitamin D düzeyine bakılmasının sağlanması Yaşlıda D vitamini yetersizliğinde replasmanının sağlanması D vitamini düzeylerinin kısa dönemde tespitine yönelik klinik araştırmaların yapılması Yaşlılarda D vitamini yetersizliğinin/eksikliğinin metabolik, kardiyovasküler ve immün sistem üzerine etkisinin incelenmesi Yaşlıda tiroid disfonksiyonun asemptomatik olarak seyredebileceği göz önünde bulundurularak gerekli hallerde tiroid fonksiyon testlerine bakılması Subklinik hipotiroidide replasman tedavisinin kardiyovasküler açıdan sağkallam üzerine etkisinin incelenmesi Yaşlıda hipo/hipertiroidi konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması Ritim sorunu olanlarda ve osteoporozu saptanan hastada tiroid hastalığının araştırılması	SHGM THSK TKHK SHGM THSK TKHK	SAGEM THSK TKHK Üniversiteler STK Meslek Örgütleri Üniversiteler STK Meslek Örgütleri
		Diğer endokrin ve metabolizma hastalıklarına dair hekimlerin farkındalığının artırılması	Yaygın ağrısı olan yaşlılarda osteomalazi olabileceğinin gözönüne alınmasının sağlanması Yaşlıda semptomatik hipogonadizm varlığında testosteron replasman ürünlerinin geri ödeme kapsamının uzmanlık branşları açısından iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması	SHGM THSK TKHK SGK SHGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri -

KAYNAKLAR

1. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, ve ark. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Türk hipertansiyon prevalans çalışması. *Journal of Hypertension* 2005; 23: 1817-23.
2. Onat A. Erişkinlerde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. In: Türk Halkı- nın Kusurlu Kalp Sağlığı, Onat A. Cortex İletişim, İstanbul, 2009, pp19-27. Pedersen T, Eliassen K, Henriksen E. A prospective study of risk factors and cardiopulmonary complications associated with anaesthesia and surgery: Risk indicators of cardiopulmonary morbidity. *Acta Anaesthesiol Scand* 1990; 34: 144-55.
3. Ho PJ, et al. Establishing the Diagnosis in Diabetes in Old Age. In: Sinclair AJ, Finucane P (eds). 2nd ed. London: Wiley, 2001: 25-39.
4. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dincçag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults.
5. Banach M et al. Hypertension therapy in the older adults-do we know the answers to all the questions? The status after publication of the ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly. *J Hum Hypertens*. 2012 Nov;26(11):641-3.
6. Kelly SC, Li S, Petrasko M. Implementing the 2013 cholesterol management guidelines into clinical practice. *S D Med*. 2015;Spec No:29-31.
7. Kannel WB, Vokonas PS.. Demographics of the prevalence, incidence, and management of coronary heart disease in the elderly and in women. *Ann Epidemiol*. 1992 Jan-Mar;2(1-2):5-14
8. Edholm K, Ragle N, Rondina MT. Antithrombotic management of atrial fibrillation in the elderly. *Med Clin North Am*. 2015 Mar;99(2):417-30.
9. Kirkman SM, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults: A consensus report © 2012 by the American Diabetes Association and the American Geriatrics Society.
10. Satman I et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013 Feb;28(2):169-80.
11. Dall TM et al. Detecting type 2 diabetes and prediabetes among asymptomatic adults in the United States: modeling American Diabetes Association versus US Preventive Services Task Force diabetes screening guidelines. *Popul Health Metr*. 2014 May 7;12:12.
12. Jones CM, Boelaert K. The Endocrinology of Ageing: A Mini-Review. *Gerontology*. 2015;61(4):291-300.

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Doç. Dr. Fulden SARAÇ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. İlhan YETKİN	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
Doç. Dr. İlker TAŞÇI	GATA Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Merve SÜRÜCÜ	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Op. Dr. Sinan Sabit KOCABEYOĞLU	Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği

KONU 2

GERİATRİDE ANTİAGREGAN VE ANTİKOAGÜLAN İLAÇLARIN KULLANIMINDA YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Teslime ATLI

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Yaşlanma ile birlikte pek çok organ sisteminde fizyolojik değişiklikler görülür. Bu değişiklikler içerisinde hemostazla ilgili önemli bir değişiklik de trombosit reaktivitesi ve koagülasyon faktörlerinde artış görülmesidir. Bu fizyolojik süreç yaşlıda kardiyovasküler hastalıkların görülmesi ile ilişkilidir. Artmış tromboz eğilimi nedeni ile anjiyografik girişimsel işlemlerde antiagregan ve antitrombotik tedavilerin birlikte kullanılması gerekir.

Günümüzde akut koroner sendromlar başta olmak üzere koroner arter hastalıkları, akut ve geçici iskemik atağı içine alan serebrovasküler olaylar ve periferik arter hastalıklarında antiagregan ilaçlar tedavinin temelidir. Tüm dünyada en sık tercih edilen antiagregan ilaç aspirindir. Aspirin ile birlikte en sık tercih edilen 2. antiagregan ajan ise klopidoğredir. Bunlar dışında yine antiagregan özellikleri nedeni ile farklı klinik durumlarda göreceli olarak daha az tercih edilen ajanlar dipridamol ve silostazol'dur. Bu klasik antiagregan tedaviler yanında günümüzde klinik pratiğe girmiş pek çok yeni antiagregan mevcuttur.

Klasik antiagregan tedavilerin bazı klinik durumlarda etkinliklerinin yetersiz kalması, daha güçlü antiagregan etki gösteren tedavilerin geliştirilmesini teşvik etmiştir. Bu yeni antiagreganlardan klinik pratikte en sık tercih edileni ve dünya genelinde en fazla çalışma yapılanları tikagrelor ve prasugrel'dir. Bu ilaçlar oral yoldan kullanılırken aynı etkinlik mekanizmasına sahip cangrelor intravenöz yoldan kullanılır. Yine hem oral ve parenteral formülasyonu olan elinogrel yeni antiagregan ilaçlardandır. Yapılan çalışmalar yeni antiagregan ilaçların etkinliğinin klopidoğrelden fazla olduğunu göstermiştir. Bu yüzden klinik uygulamada yüksek riskli hastalarda yüksek antiagregan etkinlik hedeflendiğinde, bu ilaçların kullanılmasının ön plana geçmesi gerekmektedir.

Yaşlanma ile birlikte arteriyel ve venöz tromboembolik olay prevalansı artmaktadır. Yine atriyal fibrilasyon ilişkili inme yaşla birlikte artmaktadır. Framingham çalışmasında atriyal fibrilasyona bağlı inmelerin %23,5'i 80 ile 90 yaş arasındaki kişilerde saptanmıştır. Venöz tromboembolik hastalıklarda ana tedavi antikoagülan ilaçlardır.

Antikoagülanlar içinde etkinliği ispatlanmış, bilenen en eski ana tedavi heparin ve vitamin K antagonistleridir. Günümüzde mevcut antikoagülanlar fraksiyone olmayan heparin (FOH), vitamin K antagonistleri (varfarin), düşük molekül ağırlıklı heparinler (DMAH), indirekt selektif faktör Xa inhibitörü (fondaparinux), parenteral ve oral direkt trombin ve faktör Xa inhibitörleridir. Antikoagülanlar öncelikle enjektabl ve oral olarak ikiye ayrılır. Konvansiyonel olarak bilinen FOH, DMAH (enoksaparin, dalteparin, tinzaparin) yanında indirekt selektif faktör Xa inhibitörü yaşlılarda da kullanımı olan enjektabl antikoagülan ajanlardır.

Son yıllarda bu ajanlara alternatif parenteral olarak kullanılan direkt trombin inhibitörleri (argatroban, desirudin, bivalirudin) geliştirilmiştir.

Klasik antikoagülan olan varfarinin ilaçlarla ve besinlerle etkileşimi fazladır. Bu yüzden istenilen etkinliğin sağlanması genel pratikte zor olmaktadır. Etkin kan düzeyinin ayarlanması için sık laboratuvar takibi gerekmektedir. Parenteral tedavinin kullanım zorluğu ile birlikte maliyeti fazladır. Tromboembolik olayların gençlere göre yüksek görüldüğü geriatrik yaş grubunda bu problemlerin daha fazla olduğu aşikardır. Bu durum yeni oral antikoagülan ilaç (YOAK) ihtiyacını doğurmuştur. Amerika, Avrupa ve Türkiye'de direkt trombin inhibitörü dabigatran ve direkt faktör Xa inhibitörü rivaroksaban, apiksaban ve edoksaban YOAK olarak kullanıma girmişlerdir.

EORP-AF çalışmasında inme riski yüksek atriyal fibrilasyonu olan hastaların %70,9'unun antikoagülan kullandığı belirtilmiştir. Bu hastaların %64,1'i varfarin kullanırken; %6,9'unun YOAK kullandığı saptanmıştır. Yalnız varfarin kullanan hastaların neredeyse yarısına yakınında istenen klinik etkinliğin sağlanamadığı ifade edilmiştir.

Komorbiditeler, polifarmasi, ilaç etkileşimleri, vasküler fragilité nedeniyle yaşlıda hangi ilaçların kullanılması gerektiğine karar vermek genellikle zordur. Yaşsız vücut kitlesi azalması, intestinal absorpsiyon ve renal fonksiyonlarda azalmaya bağlı olarak ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamiklerinin değişmesi yaşlıda daha dikkatli bir yaklaşımı gerektirir. Tedaviye uyum zorluğu olan geriatrik yaş grubunda doz miktarı, laboratuvar tetkik gereksinimi göz önüne alınması gereken önemli unsurlardır. Yapılacak tedavinin yarar-zarar oranı veya kanama-iskemik olay dengesi göz önüne alınarak her yaşlı, bireysel olarak değerlendirilip karar verilmelidir.

SONUÇ

Yaşlanma ile tromboembolik olay riski ve tromboembolik hastalıklar giderek artmaktadır. Yaşlı hastalarda bu sağlık problemlerinin erken tanınması ve tedavisinde antitrombotik ve antikoagülan ilaç kullanımının bir an önce başlanması ile ilgili sorunlar vardır. Özellikle atrial fibrilasyon (AF) tanısı ve AF’de inme profilaksisi ve pulmoner emboli profilaksisinde sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin bu sorunların ve erken tanısının önemi konusunda teşvik edilmeleri ve bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Bu ilaçların kullanımı sırasında görülen komplikasyonlar nedeniyle özellikle yaşlı bireylerde endikasyon olduğu halde kullanmama veya yetersiz dozda kullanılması da önemli bir problemdir.

En sık görülen problem, venöz tromboemboli tedavi ve profilaksisi ile AF’de inme profilaksisinde antikoagülan ilaçların kullanılmaması veya yetersiz kullanımı olarak görülmektedir. Bunun en önemli nedeni tedavi sırasında görülen kanamadır. Bunun en önemli nedeniyse özellikle en sık kullanılan ve en ucuz ilaç olan varfarin tedavisi sırasında yapılan sık INR kontrollerine hastanın götürülememesidir. Oysa bu hastaların evinde takipleri yapılabilse, transferleri sağlansa veya hastanelerde hızlıca gidip takiplerini yaptırabilecekleri “takip poliklinikleri” oluşturulsa bu sorunun önüne geçilebilir.

Ayrıca hekimlerin bu tip ajanların kullanımında özellikle yaşlılarda çekimser oldukları, yaşlılara pahalı ilaçların kullanımı konusunda negatif ayrımcılık yapıldığı, bu durumun aileleri de negatif yönde etkilediği görülmektedir. Hekimlerin, hasta/hasta yakınlarının ve toplumun bu konuda sürekli bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Günümüzde varfarin dışında, kullanımı sırasında laboratuvar testleriyle takip gerekmeyen “yeni antikoagülan” ajanların sayısı giderek artmaktadır. Bu ajanların hastaneye gidip gelmesi, kan alınması sorun olan yaşlılarda özellikle tercih edilmesi önemlidir. Bu hususta SGK tarafından geri ödeme konusunda gerekli güncelleştirmelerin yapılması önem arz etmektedir.

Bazı hastalarda ise antitrombotik ajanların gereğinden daha uzun kullanıldığı, gereksiz kombinasyonlar yapıldığı, hatta endikasyonu olmadığı halde başlandığı da olmaktadır. Bu tip yanlış kullanımların önüne geçmenin en önemli yolu hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimlerine daha çok önem verilmesidir. Ayrıca tanıya uygun reçete takip programlarının yapılması, bu tip hastaları olan birinci basamak hekimleri için antitrombotik kullanan hasta takip formlarının oluşturulması önemlidir.

Uygunsuz ilaç kullanımı her ilaç grubu için önemlidir ve yaşlılarda sık görülmektedir. Uluslararası kullanımı olan çeşitli ilaç kullanım kılavuzları vardır (Beers, START-STOPP gibi). Ancak her ülkede sık kullanılan ilaçlar ve sağlık sistemi farklılıklar gösterdiğinden en yakın zamanda Ülkemize ait “Ulusal İlaç Kullanım Kılavuzu”nun hazırlanması gerekmektedir.

Tablo 3. Antiagregan ve Antikoagulan İlaçların Kullanımında Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Tromboemboli profilaksisinde ve tedavisinde antikoagulanların hekimler tarafından yetersiz kullanılması	Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında bu konuya yer verilmesi Yaşlı hasta muayenesinde antikoagulan tedavi kullanımını gerektiren durumların hasta şikayeti olmasa bile ayrıntılı olarak değerlendirilmesinin sağlanması	Hekimlerin eğitim müfredatlarının düzenlenmesi Konuyla ilgili güncel kılavuzların hekimlere düzenli olarak ulaştırılması Birinci basamakta AF erken tanısı açısından yılda bir EKG çekilmesinin sağlanması 65 yaş ve üzerinde çarpıntı yakınması olan tüm bireylerin ikinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalarının sağlanması Hastanelerde antikoagulan (varfarin) tedavi alan hastalar için özel polikliniklerin kurulması veya poliklinik hizmetlerinde öncelik verilmesi Evde INR takibinin sağlanması (Evde sağlık hizmeti, cihazlar)	TKHK THSK SHGM SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri ASPB SGK
2	Tromboemboli profilaksisinde ve tedavisinde antikoagulanların yetersiz kullanımında hasta kaynaklı problemlerin olması	Yaşlı hastanın sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılmasının sağlanması Birinci basamak hekimlerinin hastaların izlenmesinde daha aktif rol alması Antikoagulan kullanımı ile ilgili olarak hasta ve yakınlarının ilaç kullanımı ve takibinde, verilen hizmetler konusunda bilgilendirilmesi	Evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi Antikoagulan tedavi alan yaşlıda elektronik uzaktan takip sistemlerinin kurulması ve kullanılması Antikoagulan kullanan hasta takip poliklinikleri oluşturularak, hasta ve yakınlarına konuyla ilgili eğitimler verilmesinin sağlanması	ASPB THSK TKHK SBSGM	SGK Yerel Yönetimler Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri GSM operatörleri
3	Trombotik olayların profilaksisinde ve tedavisinde antikoagulanların ve antiagreganların geri ödemesi ile ilgili sorunların olması	Bu grup ilaçları reçeteleme ve raporlamanın kolaylaştırılması	Seçilmiş hastalarda antikoagulan ve antiagregan tedavi ile ilgili SUT kısıtlamalarının azaltılması yoluyla laboratuvar takibi gerektirmeyen ilaçların tercih edilmesinin kolaylaştırılması	SGK SHGM	Maliye Bakanlığı
4	Antiagregan ve antikoagulanların gereğinden uzun süre ve kombine kullanılması, uygun dozda kullanılması ve endikasyon dışı kullanılması	Konuyla ilgili hekimlere mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler verilmesi Bu durumdaki hastalarla ilgili hekimlere bilgi veren elektronik bilgi sistemlerinin geliştirilmesi	Bilgilendirme toplantılarının yapılması (kongreler, e-okullar, akıllı ilaç ve güncel kılavuz kullanımı toplantıları) Bu ilaçları kullanan hastaların ilaç dozlarının, sürelerinin ve ilaçların taniya uygunluğunun elektronik bilgi sistemleri aracılığıyla takip edilmesinin sağlanması	THSK TKHK TITCK SHGM SBSGM SAGEM	Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri Üniversiteler

KAYNAKLAR

1. Brenes-Salazar JA, Forman DE. Advances in percutaneous coronary interventions for elderly patients. Prog Cardiovasc Dis 2014;57(2): 176-86.
2. Gaglia MA Jr, Manoukian SV, Waksman R. Novel antiplatelet therapy. Am Heart J 2010;160(4):595-604.
3. Cheng JW. Updates in antiplatelet agents used in cardiovascular diseases. J Cardiovasc Pharmacol Ther 2013;18(6):514-24
4. Varenhorst C, James S. Which antiplatelet agent for whom? Which patient populations benefit most from novel antiplatelet agents (ticagrelor, prasugrel)? Curr Cardiol Rep 2012;14(4):486-92
5. Deedwania PC. New oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation. Am J Med 2013;126(4):289-96. 22
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22(8): 983-8
7. Rajasekhar A, Beyth RJ. Considering anticoagulation in older adults. In: Williams BA, Chang A, eds. Current Diagnosis and Treatment:Geriatrics. 2nd ed. United State of America: Mc Graw Hill Education Lange; 2014. p.417-424.
8. Dempfle CE. Direct oral anticoagulants-- pharmacology, drug interactions, and side effects. Semin Hematol 2014;51(2):89-97
9. Lip GY, Laroche C, Dan GA, Santini M, Kalarus Z, Rasmussen LH, Ioachim PM, Tica O, Boriani G, Cimaglia P, Diemberger I, Hellum CF, Mortensen B, Maggioni AP. 'Real-world' antithrombotic treatment in atrial fibrillation: The EORP-AF pilot survey. Am J Med. 2014 Jun;127(6):519-29
10. Kaya H, Ertas F, Kaya Z, Kahya Eren N, Yüksel M, Köroğlu B, ark. Epidemiology, antikoagulant treatment and risk of thromboembolism in patients with valvular atriya fibrillation: Result from Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry(AFTER). Cardiol J 2013;4: 447-52

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Doç. Dr. Bünyamin YAVUZ	Ankara Medical Park Hastanesi Kardiyoloji Bölümü	
Prof. Dr. Enver ATALAR	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	Türk Kardiyoloji Derneği
Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Türk Nöroloji Derneği
Doç. Dr. Sevgi ARAS	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Sinan AYDOĞDU	Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği	Türk Kardiyoloji Derneği
Uzm. Dr. Taner BALBAY	Aydın Merkez 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Prof. Dr. Teslime ATLI	Özel Çayyolu Güven Tıp Merkezi Geriatri Bölümü	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Tufan Tükek	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	
Uzm. Dr. Volkan ATMIŞ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Zehra DAĞLI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

KONU 3

GERİATRİDE KAS İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARINDA VE AĞRI TEDAVİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılan ilaçların kullanımı konusunda karşılaştığımız sorunların en önemlisini yaşlıda etkin ağrı kontrolü sağlanmasındaki engeller oluşturmaktadır. Çalışmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan yaşlılarda ağrı sıklığının %25-50 arasında olduğunu göstermektedir, bakım evlerinde ise bu oran %70'e kadar çıkmaktadır(1). Buna rağmen Amerikan Geriatri Derneği (AGS) ağrısı olan yaşlıların %25'inin ağrısına yönelik herhangi bir tedavi almadığını saptamıştır(2). Türkiye'de yapılan çok merkezli bir çalışmada ise yaşlıların %64,7'si kronik ağrıdan şikâyet etmektedir(3). Yaşlıyla hekim arasında işitme azlığı veya görme problemlerine bağlı iletişim sorunu, hekim tarafından ağrının yeterli sorgulanmaması ve poliklinik şartlarında yeterli zaman ayırlamaması, yaşlıda etkin ağrı kontrolü sağlanmasını güçleştiren nedenlerdendir. Yaşlıda multipl komorbiditelerin varlığı, multidisipliner yaklaşım gerektirmesi nedeniyle doğru tanı koymadaki zorluklar ve farklı ağrı tiplerinin (akut/kronik, ileri evre nöropatik ağrı gibi) özgün tedavi gerektirmesi de ağrı tedavisinde yetersiz kalınmasına sebep olmaktadır.

Bu konudaki çözüm önerilerinin en önemlisi, hekimlerin hastaya yeterli zaman ayırabilmesinin sağlanabilmesi için gerekli şartların oluşturulmasıdır. Bu da yaşlı hastaya ek zaman ayrılmasının teşvik edilmesi, yaşlı hasta konsültasyonlarından puan kesilmemesi, yaşlıya özel hizmetlerde yeterli geri ödeme sağlanması ve geri ödemesi yapılacak olan paket program içeriğinin genişletilmesi sayesinde mümkün olabilir. Ayrıca ağrı skalalarının rutin kullanıma girmesi, Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin (HBYS) entegrasyonu ve bu sayede hastanın ilaç kullanım bilgilerine ulaşılabilmesi sağlanmalıdır. Yine yaşlı hasta gören hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri için Sağlık Bakanlığı'ndan, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, basın yayın kuruluşlarından ve uzmanlık derneklerinden yardım alınması gerekmektedir.

Kısa vadede uygulanabilecek çözüm önerileri, uygunsuz ilaç kullanımı olan bölgelerin saptanarak bu bölgelerde ilgili çalışmaların yapılması ve yaşlı gören hekimlerin eğitilmesidir. Uzun vade planları arasında belirlenen düzeltici faaliyetler ışığında geri bildirimlerin ve etkin ağrı kontrolü sağlanmasındaki başarının değerlendirilmesi ile maliyet-etkinlik analizleri yer almaktadır.

Madalyonun diğer yüzünde ise yaygın uygunsuz analjezik kullanımı vardır. Amerikan Geriatri Derneği yaşlılarda kronik ağrı tedavisi konulu kılavuzunda tedaviye düşük doz başlanarak gereğinde dozun artırılmasını ve polifarmasiden kaçınılmasını önermektedir(4). Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir çalışma, 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %40'ına yılda bir veya daha fazla non steroidal antienflamatuvar (NSAI) ilaç reçete edildiğini göstermiştir(5). Özellikle kronik ağrısı olan hastaların çoğunun iki veya daha fazla analjezik kullanmakta olduğu görülmüştür(6).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Reçete Bilgi Sistemi 2014 yılı verilerine göre yaşlı hastalarımıza toplam 47.307.662 reçete yazılmıştır. 65 yaş ve üstü hastalara aile hekimleri tarafından non steroidal antienflamatuvar ve antiromatizmal ilaçları (M01A) içeren 9.603.348 reçete; uzman hekimler tarafından 3.353.726 reçete oluşturulmuştur.(7)

Bu problemin çözülebilmesi için basamaklı ağrı tedavisi yaygınlaştırılmalıdır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda parasetamolün öncelikli olarak kullanılması, NSAI ilaçların reçetesiz alınamamasının sağlanması için denetimlerin artırılması, eczacılara yönelik eğitim faaliyetlerinin organize edilmesi, hastalara yönelik kamu spotu ve broşürlerin hazırlanması, NSAI ilaç kullanımı uygun olmayan hastalara reçete yazılırken e-reçete sisteminin uyarı vermesi gibi çözümler planlanmalıdır.

Kısa vadede, yaşlı hasta gören hekimlerin eğitimi, hastalara yönelik broşürler, uygunsuz ilaç kullanımı olan bölgelerin saptanarak bu bölgelerde ilgili çalışmaların yapılması; orta vadede ise halkın bilinçlendirilmesine yönelik kamu spotu hazırlanması, uzun vadede NSAI ilaçlara bağlı gelişen komplikasyonların takibi sağlanmalıdır.

Bir diğer problem ise narkotik analjezik kullanımındaki çekincelerdir. Bu çekincelerin başında hekim tarafından yeşil/kırmızı reçete sorumluluğuna girmek istenmemesi ve hekimin 'ilaç bağımlılık yapabilir' korkusu gelmektedir. Nitekim Wisconsin Üniversitesi Pain&Policy Studies Group analizlerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde kişi başına düşen opioid tüketimi 750 mg iken ülkemizde bu değer 12 mg'dır. Oysa Dünya Sağlık Örgütü orta-ağır şiddetli ağrıda esas tedavi seçeneği olarak opioid analjezikleri önermektedir(8).

Hekim eğitimi (yeşil-kırmızı reçete eğitimi, hekimlere opioid kullanımı eğitimi verilmesi, bağımlılık yapıcı etkilerinin düşük olduğunun vurgulanması, kronik ağrıda parasetamol fayda vermezse opioid analjeziklere geçilmesi, oral formların yerine cilt üzerine uygulanan formların tercih edilmesi) bu sorunun çözümünde anahtar role sahiptir. Yeşil ve kırmızı reçetelerin elektronik ortamda denetlenmesi de hekimlerin çekincelerini azaltabilir. Uzun vadede ise narkotik analjezik kullanımında ulusal rehberlerimizin oluşturulması hedeflenmelidir.

D vitamini eksikliği ve yetersiz replasmanı da kas iskelet sistemi hastalıkları ve tedavisindeki önemli sorunlardan biridir. Bunun nedeni, D vitamini eksikliğinin yaşlılarda, özellikle bakım evlerinde yaşayanlarda %70-100 civarında olmasıdır(9).

Bu konudaki başlıca sorunlar; D vitamini tetkikinin her yerde ölçülememesi, kit fiyatının farklı olması, tedavi protokolünün hastaya yeterince ayrıntılı anlatılmaması, hastanın tedaviyi yanlış alması şeklinde sıralanabilir. Çözüm önerileri, D vitamini halk sağlığı laboratuvarında ölçülebilmesi ve hekimlerin D vitamini replasmanı konusunda eğitilmesidir.

Kısa dönem hedefleri D vitamininin rutinde bakılabilmesi, yaşlı hasta gören hekimlerin eğitimi, ASM'lere bilgilendirme broşürleri dağıtılması, aile hekimlerinin başvuran yaşlı hastalara sonbahar kış döneminde kullanılabilecek şekilde ücretsiz D vitamini dağıtması olmalıdır. Uzun dönemde ülke genelinde D vitamini eksikliği konusunda epidemiyolojik çalışmalar yapılarak risk bölgeleri saptanabilir.

Belirlediğimiz diğer bir başlık ise osteoporoz tanı ve tedavisinde yaşanan sorunlardır. Fracturk çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye'de osteoporoz prevalansı %24,8 olarak bulunmuştur. Ancak osteoporoz taramasının yeterince yapılmaması, oral kullanılan formların gastrointestinal yan etkileri, efervesan kalsiyum tabletlerinin yeterince kullanılmaması ve uzun süreli bifosfonat kullanımı sonrasında kırık görülebilmesi nedeniyle tanı ve tedavisi yetersiz kalmaktadır.

Bu sorun için osteoporoz farkındalığının oluşturulması, tarama programlarına uyulması, osteoporoz tedavisi endikasyonu koyarken risk sınıflamalarına dikkat edilmesi, oral kalsiyum tabletlerinin yeterli kullanımının sağlanması, bifosfonat alan hastaların kalsiyum ve D vitamini alması konularında da teşvik edilmesi gibi çözüm önerilerinin üzerinde durulmalıdır. Düzenleyici faaliyetler kapsamında tarama programlarına her iki cins için uygun yaşta sonra başlanması (kadınlar için 65, erkekler için 75 yaş), uzun süreli kullanımda rapor yenilerken sistemin uyarı vermesi, gastrointestinal yan etkilerin sorgulanması ve takibi, böbrek yetmezliği takibi, oral kalsiyum preparatlarının geri ödemeye alınması yer almalıdır. Uzun vadede ise gerekli beslenme ve egzersiz eğitiminin genç yaşta başlaması teşvik edilmelidir.

Son olarak, nöropatik ağrı ilaçlarının endikasyon dışı yaygın kullanımı da üzerinde durulması gereken bir konudur. Hastanın tedaviyi denetimsiz ve takipsiz kullanmaya devam etmesi, nöropatik ağrı tanı ve tedavisinde yer alması gereken bazı branşların bu ilaçları reçete edemiyor olması ve ilaçların böbrek yetmezliği olan hastalarda kullanımı gibi durumlar sorun teşkil etmektedir.

Önerilen düzeltici faaliyetler, Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin eğitim programları düzenlemesi ve böbrek yetmezliği olan hastalarda doktor ekranında uyarı belirmesidir. Kısa dönemde konuyla ilgili mezuniyet öncesi eğitim programlarının geliştirilmesi, nöropatik ağrı tanı ve tedavi takibinde uygun skala veya skorlamanın kullanılması, hekimin bu ilaç grubu konusunda bilgilendirilmesi, hekimin nitelikli hasta bakabilmek için yeterli zamanının olması ve gerekli tetkiklerin yapılabilme olanağının sağlanması planlanmalıdır. Uzun dönemde ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde halkın bilgilendirilmesine yönelik ayrı bir televizyon kanalı oluşturulması gündeme alınabilir.

Tablo 4. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında ve Ağrı Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Yaşlıda etkin ağrı kontrolünün sağlanmasında engeller olması	Hekimlerin yaşı hastaya yeterli zaman ayırabilmesinin sağlanması Hekimlerin yaşı hastada ağrının şiddetini yeterince sorgulamasının sağlanması	Hekimlerin hastaya yeterli zamanı ayırabilmesi için gerekli şartların oluşturulması Hekimlerin yaşı hastaya ek zaman ayırması konusunda farkındalıklarının artırılması Ağrı skalalarının rutin kullanıma girmesi	SHGM THSK TKHK	SGGM Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri
2	Uygunsuz analjezik kullanımının yaygın olması	Basamaklı ağrı tedavisinin yaygınlaştırılması Eczacıların hastayı ağrı tedavisi için hekime yönlendirmesinin sağlanması Hastaların uygunsuz analjezik kullanımı konusunda bilgi ve bilinç düzeyinin artırılması için eğitici faaliyetlerin yapılması	Ağrı tedavisinde öncelikle parasetamolün kullanılması sağlanması, parasetamol kullanırken de gerekli durumlarda uygun etkin doza çıkılması konusunda hekimlerin bilinçlendirilmesi Yaşlı hastalarda NSAİ ilaçların reçetelenmesi sırasında muhtemel riskli durumları içeren bilgilendirmelerin hekim reçeteleme ekranında görüldüğünün sağlanması Eczacıların hastayı ağrı tedavisi için hekime yönlendirmesinin sağlanması Hastalara yönelik broşürlerin ve kamu spotlarının hazırlanması	THSK TKHK TEB SGGM SHGM SBSGM SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri STK
3	Hekimlerin narkotik analjezik kullanımında çekincelerinin olması	Hekimlere yönelik konu ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi	Yeşil ve kırmızı reçetelerin elektronik ortamda reçetelenmesinin, takibinin ve denetlenmesinin sağlanması Opioidlerin ağrı tedavisinde kullanımı konusunda hekimlerin bilgilendirilmesinin sağlanması (bağımlılık yapıcı etkilerinin düşük olduğunun vurgulanması, kronik ağrıda parasetamol fayda vermezse opioid analjeziklere geçilmesi, oral formların yerine cilt üzerine uygulanan formların tercih edilmesi) Konu ile ilgili ulusal rehberlerin oluşturulması	SHGM THSK TKHK TİTCK SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri SGK
4	Halkın osteoporoz farkındalığının yeterli düzeyde olmaması	Osteoporoz konusunda farkındalığın oluşması için halkın bilgi ve bilinç düzeyinin artırılmasına yönelik faaliyetler yapılması	Osteoporoz ve kırık riskine yönelik bilgilendirici el broşürleri bastırılarak sağlık kurumlarında hastalara ulaştırılması Sağlık Bakanlığı bünyesinde halkın bilgilendirilmesine yönelik ayrı bir TV kanalı oluşturulması Sağlıklı beslenme ve egzersiz eğitiminin genç yaşta başlamasının sağlanması	THSK TKHK SGGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri
5	Osteoporoz tanısının konulmasında sorunlar yaşanması	Osteoporoz tarama programlarının uygulanması	Kadınlar için 65, erkekler için 75 yaşında osteoporoz tarama programlarına başlamasının sağlanması	THSK TKHK SHGM SGGM	SGK Üniversiteler

Tablo 4. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında ve Ağrı Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
6	Osteoporoz tedavisinin belirlenmesindeki eksikliklerin ve kullanılan ilaçların ciddi yan etkilerinin olması	Osteoporoz tedavisine yönelik düzeltici faaliyetler yapılması	Osteoporoz tedavisinde kullanılan ilaçların toplam kullanım sürelerinin hekim tarafından elektronik ortamda görülebilmesi/takip edilebilmesinin sağlanması Osteoporoz ilaçlarını kullanan hastalarda GIS yan etkilerinin sorgulanması ve takip edilmesi Osteoporoz ilaçlarını kullanan hastalarda böbrek fonksiyonlarının düzenli takibi	THSK TKHK SHGM SGK SBSGM	TİTCK Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri
7	D vitamini eksikliğinin yaşlı hastalarda yaygın olarak görülmesi ve D vitamini replasmanının yetersiz yapılması	Hekimlere yönelik bilgi ve bilinç düzeyini artırıcı faaliyetler yapılması D vitamini düzeyine rutininde bakılabilmesinin sağlanması Yaşlı hastalara D vitamini eksikliği konusunda bilgi ve bilinç düzeyini artırıcı faaliyetlerinin yapılması	Geriatrik hasta gören hekimlere D vitamini replasmanı konusunda bilgilendirmeler yapılması D vitamini her laboratuvarıda özellikle halk sağlığı laboratuvarlarında rutin olarak ölçülebilmesi Kit fiyatlarının farklı olmasından kaynaklanan sıkıntıların çözümüne yönelik düzenleyici faaliyetler yapılması Hastalara yönelik broşürlerin hazırlanıp dağıtılması, ASM lere bilgilendirme broşürü asılması Aile hekimlerinin kendilerine başvuran yaşlı hastalara sonbahar kış döneminde kullanılabilecek şekilde ücretsiz D vitamini dağıtılması Tedaviyi yanlış almaması için hastaya/hasta yakınlarına tedavi protokolünün ayrıntılı şekilde anlatılması Bu konuda kamu spotlarının hazırlanması Ülke genelinde D vitamini eksikliği konusunda epidemiyolojik çalışmalar yaparak riskli bölgelerin belirlenmesi	SHGM THSK TKHK SGM TİTCK SGK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri
8	Nöropatik ağrı ilaçlarının endikasyon dışı kullanımının yaygın olması	Ulusal rehberler ışığında hekimlere yönelik bilgilendirmeler yapılması Bu grup ilaçların böbrek yetmezliği olan hastalarda daha dikkatli kullanılması Halkın bilgi, bilinç ve farkındalık düzeylerinin artırılmasına yönelik faaliyetler düzenlenmesi	Hekimlerin bu ilaç grubu konusunda bilgilendirilmesi Nöropatik ağrı tanı ve tedavi takibinde uygun skala veya skorlamaların kullanılmasının sağlanması Konuya mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında yer verilmesinin sağlanması Böbrek yetmezliği olan hastalarda hekim reçeteleme ekranında bu ilaçların kullanımına ilişkin uyarı verilmesinin sağlanması Sağlık Bakanlığı bünyesinde halkın bilgilendirilmesine yönelik ayrı bir TV kanalı oluşturulması	THSK TKHK SGM YÖK SBSGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri STK

KAYNAKLAR

1. Ferrell BA. Managing pain and discomfort in older adults near the end of life. Annals of Long-Term Care; Presented at the American Geriatrics Society Annual Scientific Meeting; May 14, 2003; Baltimore, MD. 2003
2. Won AB, Lapane KL, Vallow S, et al. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2004;52:867–74
3. Türk Geriatri Dergisi 2009; 12 (4): 190-197
4. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2002;50:S205–S224
5. Ray WA, Stein MC, Byrd V, et al. Educational program for physicians to reduce use of non-steroidal anti-inflammatory drugs among community-dwelling elderly persons: A randomized controlled trial. Med Care.2001;39(5):425–435
6. Clark J. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. J Pain Symptom Manage. 2006;23: 131–7
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015
8. World Health Organization. WHO's pain ladder 2006
9. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Metabolik Kemik Hastalıkları Klavuzu, 2013

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Uzm. Dr. Alp KARAN	Antalya 26 Nolu Erenköy Rotary Kulübü Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Uzm. Dr. Büşra CANBAZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Deniz EVCİK	Ankara Güven Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü	Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği
Uzm. Dr. Fatih SARGIN	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Uzm. Dr. Gamze ŞENGÜL AYÇİÇEK	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Doç. Dr. Kadir Bahadır ALEMDAROĞLU	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği
Prof. Dr. Levent Ertuğrul İNAN	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Türk Algoloji Derneği
Uzm. Dr. Mehmet Emin KUYUMCU	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Yard. Doç. Dr. Sibel AKIN	Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER	Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği

KONU 4

GERİATRİDE MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI VE TEDAVİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Hüseyin DORUK

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranları giderek artmaktadır. Son verilere göre Türkiye’de yaşlı nüfus oranı %8 olarak açıklanmıştır, bu da yaklaşık 6,2 milyon yaşlımız olduğu anlamına gelmektedir.

Dünyaya baktığımızda Batı Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranı ortalama % 18 olup, geriatrik hastalar hastaneye başvuran hastaların % 50’sini, geriatrik hasta giderleri ise sağlık gideri olarak harcanan paranın % 40’ını oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı nüfus oranı ortalama % 15 olup, yaşlı hastalar reçeteli ilaçların % 30’dan fazlasını tüketmektedir.

Yaşlı hastaların % 80’i kardiyovasküler ilaçlar, nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar ve merkezi sinir sistemi ilaçlarını kullanmaktadır. Bu ilaç gruplarının yan etkileri nedeniyle özellikle dikkatli kullanılması gerekmektedir.

Merkezi sinir sistemi ilaçlarını demans tedavisinde kullanılan ilaçlar, parkinson tedavisinde kullanılan ilaçlar, antipsikotik ilaçlar, antidepresan ilaçlar, antikonvülzan ilaçlar, anksiyolitik ilaçlar ve sedatif-hipnotik ilaçlar oluşturmaktadır.

Ülkemizde 2014 Reçete Bilgi Sistemi verilerine göre yaşlı hastalarımıza toplam 47.307.662 reçete yazılmıştır. Bu reçetelerde merkezi sinir sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların oldukça fazla olduğu görülmektedir.

65 yaş ve üstü hastalar için oluşturulmuş 47.307.662 reçetenin 314.643’ünde demans tanısı (ICD-10 tanı kodları: F00- F01.1- F01.2- F01.3- F01.8- F01.9- F02- F02.0- F02.1- F02.2- F02.3- F02.4- F02.8- F03- G30) bulunmakta, demans tanısı ile oluşturulmuş bu reçetelerin 228.086 adedinde antidemans ilaçlar yer almaktadır. Bu reçetelerde ayrıca antipsikotiklerin, antidepresanların, nadir olmakla birlikte benzodiyazepinlerin ve nöropatik ağrı ilaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

65 yaş ve üstü hastalar için oluşturulmuş 47.307.662 reçetenin 692.557’sinde depresyon tanısı (ICD-10 tanı kodları: F40.1- F41.0- F41.1- F41.2- F42- F43.1- F45- F50- F32- F34- F34.0- F34.8- F34.9- F38- F38.0- F38.1- F38.8- F39) yer almakta, bu reçetelerin 564.982 adedinde antidepresan ilaçlar yer almaktadır. Anksiyete bozukluğu tanısı ile oluşturulmuş 317.400 adet reçetenin ise 234.917 adedinde antidepresanların bulunduğu tespit edilmiştir. Bu reçetelerde nadiren benzodiyazepin ve nöropatik ağrı ilaçları da bulunmaktadır.

Anksiyete bozukluğu tanısı ile oluşturulmuş reçetelerin; 49.434’ünde anksiyolitik ilaçlar, 29.423’ünde antipsikotik ilaçlar yer almaktadır.

Duygu durum bozukluğu tanısı (ICD-10 tanı kodu: F38) ile oluşturulmuş 3.962 reçetenin 2.621’inde antidepresanların, 1.260’ında antipsikotiklerin ve nadir olarak benzodiyazepinlerin bulunduğu tespit edilmiştir.

Uyku bozukluğu tanısı (ICD-10 tanı kodu: G47) ile oluşturulmuş 34.844 adet reçetede ağırlıklı olarak antidepresanların (18.670 adet), antipsikotiklerin (2.376 adet), anksiyolitik ilaçların (7.062 adet), benzodiyazepinlerin yer aldığı tespit edilmiştir.

Parkinson tanısı (ICD-10 tanı kodu: G20) ile oluşturulmuş 289.354 adet reçetenin 241.496 adedinde parkinson tedavisinde kullanılan ilaçlar yer almaktadır. Bu reçetelerde ayrıca antidepresanlar, antipsikotikler ve antidemans ilaçlarının da bulunduğu tespit edilmiştir.

Dünyada kullanımına paralel olarak ülkemizde de başta antidepresan ilaçlar olmak üzere merkezi sinir sistemi ilaçlarının kullanımı artmaktadır.

SONUÇ

Akılca olmayan ilaç kullanımında en önemli sorun **eğitim** eksikliğidir. Yaşlı bireylerde merkezi sinir sistemi hastalıklarının tanınması, hastaların takibi ve doğru ilaç ile etkin doz seçimi açısından hekimin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi ile bu eksikliklerin giderilmesi sağlanmalıdır. Bu durumda nicelikten (kantite) ziyade nitelik (kalite) önemlidir.

İlaçlar reçete edildikten ve eczanede reçete karşılandıktan sonra eczacıların; hastanın ilaçları hekiminin önerdiği şekilde kullanması konusunda hastayı doğru bilgilendirmesi ve yönlendirmesi son derece önemlidir. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı konusunda eczacıların farkındalığının artırılması ve eczacı kalfalarının bu konudaki eğitim eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir.

Yaşlı bireylerin ilaçları temin edildikten sonra hasta ve yakınları ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer yaşlı hastalarda kognitif fonksiyonlarda bozukluk var ise ilaçlarla ilgili bilgi ve takibin aile bireyleri tarafından yapılması sağlanmalıdır. Bu konuda aile bireylerinin bilgilendirilmesi ve sürekli iletişimi önemlidir. Mevcut konuyla ilgili basit, anlaşılabilir ve etkili eğitim materyalleri hazırlanmalı ve aile bireylerine tedariki sağlanmalıdır.

Ayrıca aile dışında huzurevlerinde ikamet eden yaşlılarda ilaç takibini yapan hemşire ve yardımcı personelin eğitiminin sağlanması, yaşlının sağlığı ve akılcı ilaç kullanımı uygulamaları açısından önemlidir.

Merkezi sinir sistemi ilaçlarının yan etkileri özellikle yaşlı bireylerde daha da belirgin olup genellikle sıkı takip gerekmektedir. Gerektiğinde yaşlı bireylerin ilaçları ilgili hekim tarafından yan etki profili daha az olan ilaçlarla değiştirilmeli, ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurulmalı ve yan etkileri konusunda hasta ve aile bilgilendirilmelidir.

Merkezi sinir sistemi ilaçlarının özellikle yaşlılarda en sık görülen yan etkileri baş dönmesi ve hipotansiyondur. Bunlar yaşlı bireylerde düşme riskini artırmaktadır. Düşme yaşlı bireylerde morbidite ve mortalite riskini anlamlı derecede yükseltmektedir. Bu nedenle düşmeye karşı hasta-ev-çevre ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalı, önlemler alınmalıdır.

Yaşlıların tedaviye uyumu açısından bu ilaçların kullanım amacı hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Aksi takdirde hastanın tedaviyi yarıda bıraktığı görülmektedir. Bu ilaçlar böbreklerde metabolize olarak atıldığı için, böbrek hastalarında kreatinin klirensine göre doz ayarlanması yapılması gerekmektedir.

Tablo 5. Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları ve Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Demans tanısının atlanması ve erken tanının konulmasında sıkıntılar yaşanması	65 yaş ve üstü tüm bireylerde demansın taranması	65 yaş ve üstü bireylere evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından mini mental test/mini-COG testinin uygulamasının yapılması Birinci basamakta yaşlı tarama ve takip programlarının yerleştirilmesi Halkı bilgilendirmeye yönelik eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi Demans konusunda basın yayın organlarının kullanılması Demans tanıtıcı kitapçıklar hazırlanması Etkili medya programlarının yapılması ve eğitim faaliyetlerinin geniş bir alana yayılması	SGGM THSK TKHK SHGM	Valilikler Üniversiteler Belediyeler STK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
2	Demansın doğru tanı konulmadan tedaviye başlanması	Yeterli öykü, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesinin yapılması	"Unutkanlığı Olan Yaşlıya Yaklaşım" şeması oluşturulması Oluşturulmuş olan şemanın ilgili uzmanlara ulaştırılması, eğitim verilmesi ve şemanın kullanımının takibi ve şemanın iki yılda bir güncellenmesi Geri döndürülebilir kognitif bozukluk sebeplerinin araştırılması	THSK TKHK Üniversiteler SHGM SAGEM	Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri STK
3	Demansın etkin tedavisinin yapılamaması	Demanslı hastanın yakınlarının, hastanın tedavisinde ve bakımında aktif rol alması amacıyla bilinçlendirilmesi Demans tedavisi hakkında hekimlere eğitim verilmesi	Demans tedavisi ile ilgili talimatları içeren kartların hazırlanması ve demanslı hastanın yakınlarına tedavi anlatıldıktan sonra verilmesi "Demans Tedavisi" şeması oluşturulması, şemanın ilgili uzmanlara ulaştırılması ve eğitim verilmesi, kullanılımasının takibi ve şemanın iki yılda bir güncellenmesi	THSK TKHK Üniversiteler SHGM	Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri STK
4	Demansın korunma yollarının bilinmemesi	Demansın korunma yolları hakkında tüm hekimlerin bilgilendirilmesi Demansın korunma yolları hakkında toplumun bilgilendirilmesi ve eğitilmesi	Tıp eğitimi müfredatına demans risk faktörleri ve korunma yöntemleri konularının eklenmesi ve eğitim materyalinin hazırlanması Mezuniyet sonrası eğitimlerde dahiliye, geriatri, nöroloji, psikiyatri gibi özelliklerle ilgili bilimsel konulara yönelik bu eğitime devam edilmesi Hazırlanan eğitim materyallerinin iki yılda bir güncellenmesi	SHGM YÖK SGGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri STK
5	Depresyon tanısının atlanması	65 yaş ve üstü tüm bireylerde depresyonun taranması Hekimlere atipik somatik şikayetler ve kognitif bozukluk gibi atipik prezantasyonla gelen yaşlılarda depresyonun akla gelmesi için bilgilendirme yapılması	65 yaş ve üstü bireylerin depresyon tarama testleriyle taranması Birinci basamak sağlık hizmetlerine yaşlı tarama ve takip programlarının yerleştirilmesi Depresyon tanısının atlanmaması için hekimlerin bilgilendirilmesi Tıp eğitimi müfredatına yaşlılarda depresyon kliniği ve tanısı konularının eklenmesi ve eğitim materyalinin hazırlanması Mezuniyet sonrası eğitimlerde bu eğitime devam edilmesi Hazırlanan eğitim materyallerinin iki yılda bir güncellenmesi	THSK TKHK SHGM YÖK	Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler

Tablo 5. Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları ve Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
6	Endikasyon olmadan antidepressan tedavisine başlanması	Normal sınırlardaki üzüntü ve depresyonun ayrıncı tanısının yapılabilmesi Organik sebeplerin dışlanabilmesi	"Depresyon Tanı Karar Ağacı" şeması oluşturulması, şemanın ilgili uzmanlara ulaştırılması ve eğitim verilmesi, kullanılımasının takibi ve iki yılda bir güncellenmesi Birinci basamakta "Depresyon Tedavi Kılavuzları" oluşturulması ve tedavi kartlarının hazırlanması	SHGM SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
7	Depresyonun etkin tedavisinin yapılamaması	Depresyon tedavisi ve süresi hakkında hekimlere eğitim verilmesi Antidepresan ilaçların yaşlılardaki yan etkileri hakkında, yaşlıları tedavi eden tüm hekimlerin bilgilendirilmesi	"Depresyon Tedavisi" şeması oluşturulması, şemanın ilgili uzmanlara ulaştırılması ve eğitim verilmesi, kullanılımasının takibi ve iki yılda bir güncellenmesi Özellikle yaşlılarda antidepresan ilaçların yan etkileri hakkında hekimlere bilgilendirme faaliyetlerinde bulunulması	THSK TKHK SHGM TITCK SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
8	Anksiyolitik ilaçların yaşlılardaki yan etkilerinin yeteri kadar bilinmemesi	Anksiyolitik ilaçların (özellikle de benzodiazepinler, zopiklon gibi) yaşlılarda daha ciddi yan etkilerinin olabileceğinin bilinmesi Uykunun kolaylaştırılmasına yönelik ilaç kullanımının zararları hakkında hekimlerin bilgilendirilmesi	Hekimlerin hem tıp eğitimi hem de uzmanlık eğitimi sırasında bilgilendirilmesi Avrupa'da kullanılan STOPP / START ölçütlerinin ülkemize uyarlanması Tıp eğitimi müfredatına anksiyolitik ilaçların kullanım kuralı hakkında program eklenmesi, mezuniyet sonrası eğitimlerde bu eğitime devam edilmesi, hazırlanan eğitim materyallerinin/ bilgilerin iki yılda bir güncellenmesi Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde reçeteli ilaçların sisteme girildiği anda bu ilaçların yan etkileri hakkında kısa bir bilgilendirme uyarısının eklenmesi, uyarıların iki yılda bir güncellenmesi	SHGM THSK TKHK SBSGM YÖK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
9	Antikonvülan ilaçların nöropatik ağrı tedavisi sırasında, yaşlılarda ortaya çıkan Merkezi Sinir Sistemi (MSS) yan etkilerinin göz önünde bulundurulmaması	Antikonvülan ilaçların nöropatik ağrı tedavisi sırasında yaşlılarda ortaya çıkan MSS yan etkileri hakkında hekimlerin bilgilendirilmesi	Özellikle ağrı tedavisiyle ilgilenen bölümlerin müfredatında antikonvülan ilaçların yaşlılardaki yan etkilerine yönelik bilgilerin artırılması Ağrı tedavisinde sıkça uygulanan antikonvülanların MSS üzerine etkileri/yan etkileri hakkında uzmanlık eğitimi sırasında ve sonrasında eğitimlerin yapılması Hekimler tarafından bu ilaçlar reçete edildiği sırada hastaya neden verildiğine dair detaylı bilgi verilmesi Bu ilaçların başlanmasıyla hastalarda oluşabilecek MSS yan etkilerinin uzun vadede bilgi sistemleri üzerinden takip edilmesinin sağlanması	SHGM THSK TKHK SBSGM YÖK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri STK
10	Antipsikotiklerin uygunsuz kullanımının sorunlar oluşturması	Antipsikotiklerin sedasyon ve uyku amaçlı kullanılmasının önlenmesi Demans hastalarında uzun süreli ve yüksek dozda kullanımında mortalite riskini artırdığı konusunda hekimlerin bilgilendirilmesi Nöropsikiyatrik semptomların kontrolünde "Düşük dozda başla, yavaş artır" prensibi ile hareket edilmesi	Hekimlere yönelik konuyla ilgili eğitim materyallerinin hazırlanması ve kullanıma sunulması Tıp eğitimi müfredatına deliryum ve demansa bağlı psikoz kliniği ve tanısı konularının eklenmesi ve eğitim materyalinin hazırlanması, şemanın ilgili uzmanlara ulaştırılması ve eğitim verilmesi, kullanılımasının takibi ve şemanın iki yılda bir güncellenmesi "Deliryum Tanı Karar Ağacı" şeması oluşturulması Deliryum tanı kriterleri ve kliniği konusunda hekimlerin eğitilmesi	THSK TKHK Üniversiteler SHGM	Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri

KAYNAKLAR

1. Türkiye Klinikleri Geriatri Özel Dergisi, Yaşlıda Akılcı İlaç Kullanımı Özel Sayısı Editör: Prof. Dr. Mehmet Akif Karan, 2015.
2. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616>
3. <http://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
4. Golchin N, Frank SH, Vince A, Isham L, Meropol SB. Polypharmacy in the elderly. J Res Pharm Pract. 2015 Apr-Jun;4(2):85-8.
5. İlaç Kullanım İlkeleri. Deniz Suna ERDİNÇLER. “Bölüm I-C: Yaşlıda Genel Tıbbi Tedavi Yaklaşımları”. Geriatri, TGV, Ankara, 2008, 235-243.
6. Polifarmasi. Yusuf YEŞİL, Mustafa CANKURTARAN, Mehmet Emin KUYUMCU. Klinik Gelişim 2012; 25: 18-23.
7. Polifarmasi. Selim NALBANT. “Bölüm V-D: Geriatrik Sendromlar” Geriatri, TGV, Ankara, 2008, 1379-1392.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Prof. Dr. Ayşe KARAN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	
Doç. Dr. Burcu BALAM YAVUZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Canan TUZ	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Doç. Dr. Ergün BOZOĞLU	GATA Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Erol UĞUR	Batman 18 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Doç. Dr. Eylem ŞAHİN CANKURTARAN	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi	Türkiye Psikiyatri Derneği
Prof. Dr. Hüseyin DORUK	GATA Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği

KONU 5

GERİATRİDE SIK KARŞILAŞILAN HASTALIKLARIN (GİS, ENFEKSİYON, VİTAMİN EKSİKLİKLERİ, ÜRİNER İNKONTİNANS VE YARA BAKIMI) TEDAVİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Doç. Dr. Murat VARLI

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Yaşlanma ile beraber görülen fizyolojik değişikliklere paralel olarak doku ve organ rezervlerinde azalma ile birlikte böbrek ve karaciğer başta olmak üzere organ fonksiyonları azalırken, beraberinde kronik hastalık sayısı da artmaktadır. 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu bilinmektedir. Bu durum yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını (polifarmasi) beraberinde gerektirmektedir. Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılık dönemine gelindiğinde ilaçların farmakodinamiğinin ve farmakokinetiğinin değişmesi, ilaç yan etkilerinin ve ilaçlar arası etkileşim riskinin artmış olması yaşlı hastalarda tedavinin düzenlenmesini zorlaştıran noktalardandır. Yapılan çalışmalar yaşlanma ile beraber reçete edilen ilaç sayısının da arttığını göstermektedir. Polifarmasi; yan etki ve ilaçlar arası etkileşim riskinde, tedavi maliyetinde, hastaneye yatış gereksiniminde, medikal tedaviye uyumsuzluk oranlarında ve buna bağlı gelişen problemlerde artışa neden olmaktadır.

Enfeksiyon hastalıkları ve gastrointestinal hastalıklar yaşlıda sık görülen hastalıklar grubunda yer almaktadır. Enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde kullanılan antibiyotiklerin kullanımının artışı ile birlikte antibiyotik direnci dışında, antibiyotiğe bağlı istenmeyen reaksiyonlarla karşılaşmaktadır. Örneğin; acil servislere antibiyotik kullanımına bağlı alerjik reaksiyonlar nedeniyle başvuru sıklığıdır. Bunların yanında antibiyotiklere bağlı bulantı, kusma, diyare ve dispeptik yakınmalar sık görülen istenmeyen reaksiyonlardır. Yine Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 2 milyon kişi bir veya daha fazla antibiyotiğe dirençli bir enfeksiyona maruz kalmakta ve 23 bin kişi sadece antibiyotik dirençli enfeksiyon nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Tüm dünyada, antibiyotik direncinin gelişmesinde birinci derecede sorumlu faktörün uygun olmayan antibiyotik kullanımı olduğu kabul edilmektedir. Tüm antibiyotik kullanımlarının neredeyse yarısı uygun olmayan durumlarda ve gereksiz kullanım şeklindedir. Türkiye'de Reçete Bilgi Sistemi (RBS) 2014 yılı verilerine göre 65 yaş üstü hastalar için uzman hekimler ve aile hekimleri tarafından oluşturulan reçetelerde antibiyotik bulunma yüzdesi sırasıyla %23,01 ve %14,65 olarak tespit edilmiştir.

Benzer şekilde proton pompa inhibitörleri (PPI) tüm dünyada özellikle artan yaşla birlikte daha fazla kullanılmaktadır. Özellikle uzun dönem (>1 yıl) PPI kullanımına bağlı olarak yaşlıda pnömoni, kemik kırıkları, bakteriyel enterik enfeksiyonlar, vitamin eksiklikleri (B12 vitamini) görülme riski artış gösterir. İngiltere'den bir çalışmada hastaneye kabul edilen kişilerde PPI kullanımının %24 olduğu ve bunların %46'sının uygun olmayan endikasyonda PPI kullandığı görülmüştür. Benzer şekilde ABD, Avustralya, Yeni Zelanda, İtalya, Birleşik Krallık, İrlanda'da hastaneye yatan hastalarda sırasıyla %65, %63, %40, %68, %51 ve %33 oranında uygunsuz PPI kullanım oranları görülmektedir. Yine 2014 yılı itibarıyla Türkiye'de uzman hekimler ve aile hekimleri tarafından 65 yaş ve üstü hastalar için oluşturulan reçetelerde PPI bulunma oranları sırasıyla %13,54 ve %19,12 olarak tespit edilmiştir.

Vitaminlerin, gıda takviyesi olarak tüm dünyada kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Bu alanda endüstrinin yoğun reklam faaliyetleri nedeniyle reçetesiz kullanım da sıklığıdır. NHANES I (National Health and Nutrition Examination Survey I) ABD'de erkeklerin %28'inin, kadınların %38'inin diyet takviyeleri kullandığını göstermektedir. Yine Amerikan popülasyonunun yaklaşık yarısının gıda takviyesi olarak multivitamin-mineral ve benzeri ürünleri (balık yağı vs.) kullandığı gösterilmektedir. Bu oran 71 yaş ve üzerinde %70'lere ulaşmaktadır. Avrupa'da da farklı toplumlarda farklı oranlar göze çarpmaktadır (%2-66).

Enfeksiyonlar ve dispepsi gibi yaşlıda sık rastlanan durumlarda kullanılan ilaçlar dışında, üriner inkontinans ve dekübit ülseri gibi özellikle yaşlıya özel geriatrik sendromlar nedeniyle yaşlılar, farklı ilaç gruplarını ve ürünlerini kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Bu grup hastalıkların ve sendromların tedavisinde sık kullanılan ajanlardan antibiyotiklerin, PPI'nin, vitaminlerin, üriner inkontinans ilaçlarının ve dekübit ülserinde kullanılan özel yara bakım ürünlerinin akılcı kullanımı, sorunlar ve çözüm önerileri ile ilgili görüşler aşağıda özetlenmiştir.

SONUÇ

Dünya üzerinde ve ülkemizde yaşlıda uygunsuz antibiyotik, PPI ve vitamin kullanımı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ilaçların akılcı kullanımı ile olası istenmeyen etkiler azaltılacağı gibi ciddi bir kaynak israfı da önlenilecektir. Yaşlıda üriner inkontinans ve dekübit ülseri geriatrik sendromlar olarak önem arz eder. Üriner inkontinans sıklıkla ihmal edilen bir problem olup, hastaların büyük çoğunluğu bu durumu yaşlılığın doğal bir sonucu gibi kabul edip tedavisinin olmadığını düşünürler. Dekübit ülseri de genellikle demans, geçirilmiş serebrovasküler olay gibi durumlarda ve fonksiyonel yeti kaybı olan yaşlılarda sık görülen tedavisi zor ve uzun dönem bakım gerektiren bir tablodur. Tüm bu klinik durumlarla ilgili bölgesel ve ülke bazında yapılacak durum tespiti ve sonrasında alınacak önlemlerin hayata geçirilmesi ile hastalıkların rasyonel tedavisi ve akılcı ilaç kullanımı mümkün olabilecektir.

Tablo 6. Sık Karşılaşılan Hastalıkların Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Yaşlılarda fazla ve akıcı olmayan (irrasyonel) antibiyotik kullanımına bağlı olarak antibiyotiklere toplumda ve hastane ortamında dirençin artması	Geriatrik hasta tedavisinde uygulanacak antibiyotik tedavisinin gerekçeleri, süresi, yan etkileri vb. kullanım bilgilerinin hastaya ve hasta yakınlarına hekim tarafından detaylı bir şekilde anlatılması	Hasta hekim iletişimini güçlendirecek şekilde akıcı ilaç kullanımı uygulamaları ile ilgili faaliyetlerde yaşlılar da göz önüne alarak eğitimlerin verilmesinin sağlanması	TİTCK SHGM THSK TKHK SAGEM SGGM	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri STK Medya Kuruluşları
		Tedavi uyumunu artırmak bakımından ilaç kullanım şemalarının hasta ve yakınına mutlaka yazılı olarak da verilmesi/okutulması ile hastanın tedavi sürecine katılımının sağlanması	Özellikle birinci basamakta sık karşılaşılan enfeksiyon hastalıklarının yönetimi ile ilgili geriatrik yaş grubuna özel kanıta dayalı pratik antibiyotik kullanım rehberlerinin/şemalarının hazırlanarak kullanıma sunulması		
		Yaşlılarda kronik hastalık sıklığının fazla olması, organ fonksiyon bozukluklarının, çoklu ilaç kullanımı ve ilaç-ilâç etkileşimlerinin daha sık olması nedeniyle akıcı antibiyotik kullanımı uygulamalarının geliştirilmesinin sağlanması	Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde konuya yer verilmesinin sağlanması		
		Yukarıda sıralanan konularla ilgili olarak hekimlerin (özellikle geriatrik yaş grubunda sık karşılaşılan ve hayatı tehdit eden enfeksiyon hastalıklarının tanısı, tedavisi, sevk kriterleri ve korunması hakkında) eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi/yaygınlaştırılması, tanı-tedavi rehberlerinin hazırlanması/güncellenmesi, reçete takiplerinin yapılması ve geribildirimlerinin sağlanması	Hekimlerin, geriatrik yaş grubundaki hastalarına ait reçetelerinin "antibiyotik bulunan reçete yüzdesi" indikatörü ile izlenmesi, değerlendirilmesi ve kendilerine geribildirim verilmesi		
2	Yaşlılarda enfeksiyonlara duyarlılığın artmasına karşın aşılanma oranlarının düşük olması	65 yaş ve üzeri bireyleri de kapsayacak erişkin bağışıklama rehberlerinin hazırlanması/güncellenmesi, yapılacak aşı kayıtlarının tutulması ve takip edilmesi	Geriatrik yaş grubunda koruyucu hekimlik bilincinin artırılması ve aşılanma faaliyetlerine yönelik çalışmaların yaygınlaşmasının sağlanması	TİTCK SAGEM THSK TKHK ASPB	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri STK Medya Diyanet İşleri Başkanlığı
		Ülke çapında uygulanan aşıların sağlık bilgi sistemine girilerek, bu verilerin birinci basamak hekimleri ve aile hekimlerince daha etkin kullanılması ve eksik aşıların tamamlanmasının sağlanması	Yatılı tedavi kurumundan taburculukları sırasında geriatrik hastaların aşılanma oranlarının, Hastane Kalite Yönetimi göstergeleri içerisinde kullanılması sağlanması		

Tablo 6. Sık Karşılaşılan Hastalıkların Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
3	Yaşlı hastalarda akıcı olmayan PPI kullanımına bağlı osteoporoz, pnömöni, vitamin B12 eksikliği ve ilaç-ilaç etkileşimleri gibi problemlerin görülmesi	Özellikle birinci basamakta sık karşılaşılan gastrointestinal hastalıkların yönetimi ile ilgili geriyatrik yaş grubuna özel kanıta dayalı pratik PPI kullanım rehberlerinin hazırlanması ve kullanılımasının sağlanması Yaşlıda gastrointestinal problemlerde PPI kullanımı konusunda hekimlere yönelik eğitim faaliyetlerinin yapılması	Konuyla ilgili rehberlerin hazırlanması, hazırlanan rehberler doğrultusunda geliştirilen indikatörler ile hekimlere PPI reçetelene oranlarıyla ilgili geri bildirim verilmesi Hekimlerin, geriyatrik yaş grubundaki hastalarına ait reçetelerinin "PPI bulunan reçete yüzdesi" indikatörü ile izlenmesi, değerlendirilmesi ve kendilerine geribildirim verilmesi	TİTCK SAGEM THSK	Üniversiteler Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri STK Medya Kuruluşları
4	Yaşlılarda multivitamin ve mineral kombinasyonlarının ve diğer gıda takviyesi ürünlerinin uygunsuz ve gereksiz olarak kullanılması	Yaşlıda vitamin kullanılımasının bir yaşlanmayı önleyici (antiaging) yöntem olmadığı konusunda toplumun bilinçlendirilmesinin sağlanması ayrıca bu ürünlerin ilaç kategorisinde olduğunun halka anlatılarak doktor kontrolü dışında gıda takviyesi olarak kullanılmamasının sağlanması Vitamin preparatlarının diğer ilaçlarla etkileşebileceği, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarını bozabileceği konusunda özellikle birinci basamakta eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi ancak ihtiyaç halinde ve eksiklik durumunda D vitamini ve B12 vitamininin kullanılımasının uygun olduğu ve bu vitaminlerin de doktor önerisiyle kullanılımasının uygun olacağı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi Vitaminlerin iştah artırıcı özelliklerinin olmadığı ve doğal yoldan alınan besinlerin yerini alamayacağı konusunda bilinçlendirme ve eğitim faaliyetlerinin yapılması	Vitamin ve benzeri gıda takviyesi olarak adlandırılan ürünlerin bilinçli kullanılımasının sağlanması konusunda eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması Vitamin ve benzeri gıda takviyesi olarak adlandırılan ürünlerin bilinçli kullanılımasının sağlanması konusunda eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması	TİTCK GTHB THSK TKHK SHGM SGGM	TEB STK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
5	Yaşlı popülasyonda üriner inkontinansın rutin pratikte sorgulanmaması	Yaşlılıkta üriner inkontinansın yaşlanmanın doğal bir sonucu olmadığı konusunda yaşlı, yaşlı yakın ve bakım verenlerin bilinçlendirilmesinin sağlanması Yaşlı ile sık karşılaşılan birinci basamak çalışanlarının bu konuda duyarlıklarının artırılması için bilimsel faaliyetler ve toplantılar ile ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemlerinin anlatılmasının sağlanması	Üriner inkontinans konusunda topluma yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması Özellikle birinci basamakta yaşlı gören hekimlerde üriner inkontinansın sorgulanmasının rutin bir tarama sorusu olarak muayene sorgu formlarına alınmasının sağlanması Üriner inkontinans konusunda hekimlere yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması	TİTCK THSK TKHK SHGM SGGM	STK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri

Tablo 6. Sık Karşılaşılan Hastalıkların Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
6	Yaşlı hastalarda üriner inkontinans tedavisinde sıkıntılar yaşanması	Özellikle yaşlı grupta kısa etkili oksibütininin kullanılmasının yaşlıda sık görülebilecek kardiyak, bilişsel, kabızlık ve diğer olumsuz antikolinerjik istenmeyen etkilere yol açabileceği konusunda birinci basamak hekimlerinin bilgilendirilmesinin sağlanması Ciddi yan etkileri olan oksibütininin üriner inkontinans tedavisinde yaşlı hastalarda zorunlu ilk seçenek olarak kullanılması şartının kaldırılması	Üriner inkontinans tedavisinde oksibütinin kullanımı konusunda hekimlere yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması Bu konuda gerekli yasal düzenlemenin yapılması	TİTCK THSK TKHK SGGM SHGM SGK	ASPB Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
7	Yaşlı immobil hastalarda sık karşılaşılan dekübitüs ülseri tedavisinin uygunsuz ve yetersiz olması	Dekübitüs ülseri konusunda sağlık personeli için eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerde korunmanın öneminin vurgulanması	Özellikle birinci basamak dekübitüs ülserlerinin erken tanınması ve dekübitüs ülserlerinin gelişmesinin engellenmesi için geriatrik yaş grubuna özel kanıta dayalı rehberlerin hazırlanması Risk grubundaki yaşlılara (immobil, bakıma muhtaç) bakım verenlere dekübitüs ülserinin önlenmesi konusunda bilgilendirici toplantılar yapılması	THSK TKHK SHGM SAGEM	ASPB TİTCK Üniversiteler Meslek Örgütleri STK Belediyeler
8	Geriatri uzmanlarının dekübitüs ülseri tanısı ile yatan hastaya rapor yazma ve reçeteleme yetkinisinin olmaması	Geriatri uzmanlarının dekübitüs ülseri tanısı ile yatan hastalarda raporlama ve reçeteleme yetkilerinin düzeltilmesi	Güncel SUT'ta : "Yatarak tedavide; takip ve tedaviyi yapan uzman hekim ile genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurumlarında düzenlenecektir" şeklinde ifade yer almaktadır. Güncel SUT'taki ifade geriatri uzmanının eklenmesi, demans gibi geri dönüşümsüz hastalığı olan ve dekübitüs ülseri bulunan yaşlılarda yara bakım ürünü raporlarının süresinin uzatılması ve tek reçete en az 1 aylık reçeteleme yapılabilmesinin sağlanması ayrıca mevcut bütün yara bakım ürünlerinin geriatri uzmanları tarafından da reçetelenmesinin sağlanması	SGK SHGM	TİTCK THSK TKHK

KAYNAKLAR

1. Gülhan R. Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. Okmeydanı Tıp Dergisi 29 (Ek sayı 2) 2013: 99-105.
2. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. Available from <http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>. erişim 26 Mayıs 2015.
3. Cahir C, Fahey T, Tilson L, Teljeur C, Bennett K. Proton pump inhibitors: potential cost reductions by applying prescribing guidelines. BMC Health Services Research 2012, 12:408.
4. Kasapoğlu B, Türkay C. Uzun dönem proton pompa inhibitörü kullanımına bağlı gelişen yan etkiler. Güncel Gastroenteroloji 2010, 14/1: 19-23.
5. Schwingshackl L, Hoffmann G, Buijsse B et al. Dietary supplements and risk of cause-specific death, cardiovascular disease, and cancer: a protocol for a systematic review and network meta-analysis of primary prevention trials. Systematic Reviews 2015, 4:34.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Prof. Dr. Bülent SİVRİ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı	
Uzm. Dr. Esat ÇINAR	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. İsmail BALIK	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	
Doç. Dr. Murat VARLI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Rıdvan KARAGÖZ	Sakarya Halk Sağlığı Müdürlüğü Ferizli Cezaevi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Uzm. Dr. Selman ERTURHAN	Sivas Altınyayla İlçe Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü	
Doç. Dr. Serhat BİRENGEL	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Serhat ÜNAL	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
Uzm. Dr. Zehra ERBİL	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

KONU 6

GERİATRİDE SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Selim NALBANT

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Yaşlıda her alanda olduğu gibi solunum sistemi hastalıklarının tedavisinin de diğer erişkinlerden farklı değerlendirilmesi gerekmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar genellikle genç nüfusa ait olduğundan, yaşlılık dönemi hastalıklarının başında gelen solunum sistemi hastalıklarının söz konusu yaş grubunda değerlendirildiği detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Reçete Bilgi Sistemi verilerine göre; 2014 yılı içinde 65 yaş ve üstü 5.668.243 farklı hasta için 47.307.662 reçete oluşturulmuştur. Bu reçetelerin 1.955.163'ü kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım tanılarını (ICD-10 tanı kodları: J44/J44.0/ J44.1/ J44.8/ J44.9/ J45.0/ J45.1/ J45.8/ J45.9) içermektedir. Söz konusu ICD-10 tanı kodları verilerek oluşturulmuş reçetelerin 675.680'inde ise budesonid/ flutikason/ mometason/ siklesonid/ ipratropium bromid/ tiotropium bromid/ kromoglisik asit etken maddeleri bulunmaktadır. Bu reçetelerde; yukarıda değinilen etken maddeleri içeren ilaçların kalem sayısı 710.045, kutu sayısı ise 2.298.682 olarak bulunmuştur. Bu ilaçların maliyetlerinin ise 160.001.276 TL olduğu tespit edilmiştir (2010 yılı perakende ilaç satış fiyatlarına göre).

2014 yılı içinde 65 yaş ve üstü hastalar için oluşturulmuş 47.307.662 reçetenin 2.282.263'ü salbutamol/ terbutalin/ salmeterol/ formoterol/ fenoterol ve diğer obstrüktif akciğer hastalığı ilaçları/ salmeterol ve diğer obstrüktif akciğer hastalığı ilaçları/ formoterol ve budesonid/ fenoterol ve ipratropium bromid/ salbutamol ve ipratropium bromid etken madde ve kombinasyonlarını içermektedir. Reçetelerdeki bu etken maddeleri içeren ilaçların kalem sayısı 2.880.614, kutu sayısı ise 8.404.406 olarak bulunmuş ve maliyetinin 126.418.890 TL olduğu tespit edilmiştir (2010 yılı perakende ilaç satış fiyatlarına göre).

Yaşlanan ve şehirleşen Türkiye'de kurumsal bakım ihtiyacı gün geçtikçe artmaya devam etmektedir. Huzur evi ruhsatlandırılmalarında Sağlık Bakanlığı profesyonellerinin daha yoğun olarak sorumluluk almasının sağlanmasına, ruhsatlandırma kriterlerinin daha keskin olarak belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu ruhsatlandırma kriterleri içerisinde solunum sağlığının da gözetilmesinin vurgulanması önem arz etmektedir.

İnhaler ilaçların yanlış kullanımı geriatrik hasta popülasyonunda sık karşılaşılan problemlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede bu konuda eğitilen sağlık personeli ile hastaların inhaler ilaçları daha doğru kullanması sağlanmıştır. Özellikle Kuzey Avrupa Ülkelerinde yapılan eğitici faaliyetler ile inhalerlerin zayi edilmesi de önlenmiştir.

Pulmoner rehabilitasyonun temel amacı, kronik akciğer hastalığı nedeniyle sakat veya özürlü durumda olan bireylerde günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesini optimal düzeyde tutabilmektir. Türkiye'de Pulmoner Rehabilitasyon Merkezlerinin sayısının azlığı dikkat çekmektedir. Pulmoner rehabilitasyon bilincinin, başta sağlık personellerinde olmak üzere bütün paydaşlarda yerleşmesini sağlamaya yönelik çaba gösterilmesi önemlidir.

Sigara kullanımı, tüm dünyada ilk sıralarda yer alan önlenebilir bir morbidite ve erken ölüm sebebidir. Yaşlı nüfusta da mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Bu nedenle ülkemizde sigarayı bırakma kampanyalarında, yaşlılara yönelik çalışmalara da önem verilmesi gerekmektedir.

Aspirasyon ve yutma fizyolojisinin bozulması yaşlılarda yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilmekte ve hastanın hayatını tehdit edebilmektedir. Bu nedenle halkımız ve sağlık profesyonellerinde bu konuda farkındalık düzeyinin artırılması önemlidir.

Geriatrik hastalarda aşılama koruyucu hekimlik açısından önemli bir konudur. Toplumda genel olarak erişkin aşılanmasına yönelik farkındalık çalışmalarının artırılması ve buna bağlı olarak antibiyotiklerin de daha akılcı kullanımının sağlanması mümkündür. Yaşlı popülasyonda aşılama bilincinin oluşturulması için kamu spotları da dâhil gerekli aktivitelerin düzenlenmesi ve bu konunun akılcı antibiyotik kullanımı ile birlikte değerlendirilerek, koruyucu hekimliğe dikkat çekilmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin de bu konuda bilinçlendirilmesi konunun bütünlüğü açısından önemlidir. Avrupa'da bağışıklama programlarına giren aşıların erişebildiği hasta popülasyonunun geri ödemedeki olan ülkelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin; İngiltere, Fransa, Almanya gibi Avrupa'nın gelişmiş ülkelerinde erişkin

pnömokok aşılması riskli gruplar için devlet tarafından ödenmektedir. Avrupa'da 10, Afrika ve Orta Doğu'da ise 5 ülkede pnömokok aşılması devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu ülkeler; İsveç, Portekiz, Danimarka, Fransa, Almanya, İngiltere, İspanya, İtalya, İrlanda, Yunanistan gibi Avrupa ülkeleri; Bahreyn, Dubai, Katar, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri gibi Afrika ve Orta Doğu ülkeleri; Panama, Venezuela, ABD gibi Güney ve Kuzey Amerika ülkeleridir. 1990'lı yıllardan beri geri ödemedeki pnömokok aşısı ile 20 milyonluk risk grubunun yalnızca %2'si aşılanabilmiştir. Toplumda bilinirliği daha yüksek olan grip aşılması ise erişkin popülasyonda her yıl yaklaşık %5 oranında gerçekleşmektedir.

SONUÇ

Yaşlılarda her alanda olduğu gibi solunum sistemi hastalıklarının da farklı değerlendirilmesi gerekliliği önemlidir. Hem birinci basamakta hem de ikinci ve üçüncü basamaklarda sağlık profesyonellerinin farkındalığının artırılması amacı ile düzenlenen toplantılarda konunun vurgulanması ve bu konu ile ilgili oturumlar düzenlenmesi gerekmektedir.

İnhalelerin doğru kullanımında çok önemli rol oynayan eczacıların ve hemşirelerin farkındalığının artırılması önemli bir konudur. Bu konuda özellikle eğitici hemşirelerin yetiştirilmesi hususunda derneklerin sertifika programları düzenlemesi gerekmektedir. Bunun için diyabet hemşireliği programları örnek olarak alınabilir.

Kaliteli yaşamın devam ettirilmesi açısından ihtiyacı olan yaşlılarda Pulmoner Rehabilitasyon Merkezlerinin sayısının artırılması, bu konuda gerekirse SGK tarafından performans ve geri ödemedeki iyileştirmeler sağlanması gerekmektedir.

Geriatrik hastalarda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde yaşanan yukarıda da ifade edilen sıkıntılar belirttiğimiz tüm problemleri kapsamamaktadır. Ancak çözüm önerisi getirilmesi gereken ve önceliklendirilen problemleri ve bu problemlere yönelik çözüm önerilerini belirterek bu yönde gerçekleştirilecek faaliyetler ile gerek geriatrik hastalar açısından gerekse toplum açısından ilerleme ve iyileşmeler olacaktır.

Tablo 7. Solunum Sistemi Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Yaşlıda inhaler kullanımında problemlerin yaşanması	KOAH ve astımın birinci basamakta bilinirliğinin artırılarak hastaların değerlendirilmesi	Aile hekimlerine yönelik KOAH ve astım hastalığı ile ilgili eğitimler verilmesi	SAGEM THSK TİTCK SGK TEB	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri İlaç Sektörü
		Inhaler kullanan yaşlıların senede bir kez uzman hekim (Göğüs hastalıkları veya İç Hastalıkları Uzmanı) tarafından muayenesinin yapılması ve raporlarının uzman hekimlerce yenilenmesinin sağlanması	inhaler ilaçların raporlama kurallarında bu konu ile ilgili değişikliklerin yapılması		
		KOAH ve/veya astım öntanısı alan yaşlı hastaların kesin tanısının göğüs hastalıkları ve/veya iç hastalıkları uzmanınca konulması ve kardiyoloji uzmanınca ayırıcı tanısının yapılmasının sağlanması	KOAH ve/veya astım tanısının ilk defa konulması halinde sistemde zorunlu sevk zinciri altyapısının sağlanması ve uygulanması		
		Inhalerlerin akıcı kullanımına yönelik kapsül formları dışındaki inhaler ilaç cihazlarına dozimetre konulmasının sağlanması	Gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması		
		Toplumda inhaler kullanımının bilinirliğinin artırılması	Halka yönelik bu konuda kamu spotları hazırlanması ve inhaler ilaç reçeteli hastalara hastanelerde hemşireler, eczanelerde ise eczacılar tarafından inhaler kullanımı eğitimi verilmesi		
2	Solunum sistemi hastalıklarında kinolon grubu ve klavulonik asit içeren antibiyotiklerin akıcı olmayan şekilde kullanılması	Kinolon grubu ve klavulonik asit içeren antibiyotik yaşıya reçete edildiğinde ekranda bir uyarı yazısının çıkması	E-reçete sisteminin bu şekilde alt yapısının hazırlanması ve bu sistemin uygulamaya geçirilmesi	THSK THSK SHGM SBSGM TİTCK	Üniversiteler STK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri İlaç Sektörü
		Bütün basamaklarda yaşlıda kinolon grubu ve klavulonik asit içeren antibiyotik kullanımının sınırlarının bilinirliğinin artırılması	Akıcı ilaç kullanımı kapsamında tüm hekimlere yönelik geriatrik hastalarda antibiyotik kullanımı ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi		
3	Yaşlılarda aspirasyon pnömonisine yönelik bilinirliğin azlığı	Sık aspirasyon pnömonisi geçiren yaşlıların evde sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık elemanlarına daha sık değerlendirilmesi	Aspirasyon pnömonisi geçiren geriatrik hastaların ev ziyaretlerinin daha fazla yapılmasına yönelik alt yapının sağlanması ve teşvik edici düzenlemelerin yapılması	THSK TKHK ASPB	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri STK Meslek Örgütleri
		Yaşlıların yutma fonksiyonlarının basitçe bütün basamaklarda sağlık hizmeti veren birimlerde sıkça değerlendirilmesi	Geriatrik hasta muayenesinde yutma fonksiyonunun değerlendirilmesine yönelik teşvik edici düzenlemelerin yapılması		
		Hasta ve hasta yakınlarına basit aspirasyonu engelleyici beslenme prosedürlerinin öğretilmesi	Geriatrik hasta yakınlarına sağlık profesyonelleri tarafından aspirasyon pnömonisini önleyici beslenme prosedürlerine dair eğitim verilmesi için düzenlemelerin yapılması		

Tablo 7. Solunum Sistemi Hastalıklarının Tedavisinde Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
4	Aspirasyon pnömonisi hastasında PPI grubu ilaçların kullanımının sakıncalarının olması	PPI kullanımının aspirasyon pnömonisi sırasında olayın invazifleşme potansiyelini arttırabileceğinin bilinirliğinin artırılması ve daha çok yüzey protektif ajanların kullanımına yönelmesinin sağlanması	Sağlık profesyonellerine aspirasyon pnömonisinde tanı ve tedaviye yönelik eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerde PPI kullanımının aspirasyon pnömonisindeki olumsuz etkileri üzerinde durulması	SHGM THSK TKHK ASPB	Üniversiteler STK Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
5	Yaşlılarda pulmoner emboli durumlarında antikoagülan tedavi başlama ve sonlandırma kriterlerinin değerlendirilmesinde sıkıntıların olması	Pulmoner emboli durumlarında antikoagülan tedavi başlama ve sonlandırma kriterlerinin netleştirilmesi	Bu konuda Sağlık Bakanlığı, SGK ve Uzmanlık Derneklerince çalışma grubunun kurulması ve kriterlerin belirlenmesi	SHGM THSK TKHK SGK	Üniversiteler STK Uzmanlık Dernekleri İlaç Sektörü
6	Huzurevlerinde havadaki partikül sayılarının global standartlara uygun olmaması	Huzurevlerinde havadaki partikül sayılarının global standartlara uygun hedeflere indirilmesi	Bu konuda Sağlık Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) ve Uzmanlık Derneklerince çalışma grubunun kurulması, standartların belirlenmesi ve buna yönelik denetleme alt yapısının oluşturulması	THSK ASPB	Üniversiteler STK Uzmanlık dernekleri Meslek Örgütleri Medikal Sektör
7	Aşılanın 65 yaş ve üstü hastalarda devlet destekli olmaması	65 yaş ve üstü hastalarda geri ödeme kapsamında olan aşı sayısının artırılması Aile sağlığı merkezlerinde 65 yaş ve üstü hastalar için aşı uygulama ile ilgili sistem ve alt yapının geliştirilmesi Aile Sağlığı Merkezlerinde; 1-Hemşire tarafından aşılama ve kayıt yapılmasının, 2-Telefon ile takip sisteminin, 3-Hekimlere ve Hemşirelere yönelik hatırlatma ekranının, geliştirilmesi ve uygulamaya girmesi Konjuge pnömokok aşısının Ulusal Bağışıklama Programı çerçevesinde ücretsiz uygulanması Erişkin pnömokok aşılama oranlarının artırılması Yaşlı popülasyonda aşılama bilincinin oluşturulması Yaşlı popülasyonda aşılanmanın akıcı antibiyotik kullanımı ile birlikte değerlendirilerek koruyucu hekime dikkat çekilmesi Temel hijyen kurallarına yönelik anaokulundan başlayarak topluma yönelik eğitimler verilmesi	Türkiye'de erişkin pnömokok aşılama için pediyatrik aşılama altyapısının örnek alınarak bir alt yapı kurulması Aile sağlığı merkezlerine giden riskli gruplardaki hastaları (65 yaş üzeri herkes, 18-64 yaş arası risk grubu hastalar) da içerecek şekilde ulusal aşılama programının geliştirilmesi Hac ve Umre öncesi aşılama programına dahil edilmesi Kamu spotları da dahil gerekli iletişim araçlarının kullanılması	TİTCK THSK	Üniversiteler STK Uzmanlık Dernekleri TEB

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015
2. Pulmoner Rehabilitasyon, Toraks Kitapları, Sayı 7, 2009, Türk Toraks Derneği
3. Şahin U, Sain Güven G. Yaşlılarda sigara kullanımı ve bırakmaya yönelik çabalar: Uğraşmaya değer mi? Akad Geriatri 2011;3:1-12
4. Dal NR, Eandi M, Pradelli L, Iannazzo S. Cost-effectiveness and healthcare budget impact in Italy of inhaled corticosteroids and bronchodilators for severe and very severe COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007;2(2):169-76.
5. Antonelli-Incalzi R, Imperiale C, Bellia V, et al. 2003. Do GOLD stages of COPD severity really correspond to differences in health status? *Eur Respir J*, 22:444–9.
6. Burge S, Wedzicha JA. 2003. COPD exacerbations: definitions and classifications. *Eur Respir J*, 21(Suppl 41):46s–53s.
7. Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, et al. 2003. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 22:912–19.
8. Calverley P, Pauwels R, Vestbo J, et al. 2003. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361:449–56.
9. Crapo RO, Morris AH, Gardner RM. 1981. Reference spirometric values using techniques and equipment that meet ATS recommendations. *Am Rev Respir Dis*, 123:659–64.
10. Pradas R1, Gil de Miguel A, Álvaro A, Gil-Prieto R, Lorente R, Méndez C, Guijarro P, Antoñanzas F. Budget impact analysis of a pneumococcal vaccination programme in the 65-year-old Spanish cohort using a dynamic model. *BMC Infect Dis.* 2013 Apr 11;13:175. doi: 10.1186/1471-2334-13-175.

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Uzm. Dr. Abdullah Haluk ÇETİN	Batman Kozluk Üçyol Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Federasyonu
Uzm. Dr. Abdullah KANSU	Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
Uzm. Dr. Birkan İLHAN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Deniz İNAL İNCE	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Türk Toraks Derneği
Doç. Dr. Elif ŞEN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Türk Toraks Derneği
Uzm. Dr. Fatma KAPLAN EFE	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Yard. Doç. Dr. Hüseyin ARPAĞ	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Rümeysa DEMİRDAMAR		Türk Eczacılar Birliği
Prof. Dr. Selim NALBANT	Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Yeşim UNCU	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

KONU 7

GERİATRİ POPULASYONUNDA REÇETESİZ ÜRÜNLERİN VE ALTARNATİF TIP ÜRÜNLERİNİN KULLANIMINA BAĞLI YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Aslı ÇURGUNLU

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Çalışma grubu konuyu tartışmaya, grup üyelerinin eğitim alanlarına uygun olarak sahip oldukları bilgi ve deneyimlerin paylaşılmasıyla başlamıştır. Ardından tüm grup üyelerinin birleştiği sorunlar gündeme gelmiş ve çözüm önerileri üretilmiştir. Bu metinde çalışma grubunun üzerinde durduğu noktalar belirtilerek fikir birliği ile alınan öneriler kısa vadede ve uzun vadedeki hedefler olarak sunulmuştur.

Geriatrik hastalardaki reçetesiz ilaç kullanımı grubunda gündeme gelen ilk konu; bu konudaki kanıta dayalı verinin yetersizliği olmuştur. Bu gün itibarıyla reçetesiz ilaçlar kimler tarafından tüketiliyor hangi yaş grupları daha çok kullanıyor ve hangi amaçlarla tüketiliyor konularında elimizde bilimsel veri bulunmuyor. Konuyla ilgili bilgilerimiz gözlemlere dayalıdır.

O nedenle grup üyeleri ulusal verilere ulaşılması ve veri tabanı oluşturulmasının öneminde birleştiler. Grup üyelerinin önderliğinde hazırlanacak hastaların reçetesiz ilaçlarını sorgulamaya yönelik bir anket formunun uygulanması planlandı. Bu anketin ulusal düzeye yaygınlaştırılmadan önce yaşlı hastaları içerecek şekilde planlanarak uygulanmasına karar verildi. İstanbul, İzmir ve Ankara Geriatri Bilim Dalları'nın dâhil olacağı çok merkezli bir ön çalışma ile ulusal düzeyde uygulamaya gidilebilecek bir program oluşturulması planlandı. Bu çalışmanın istenilen hedeflere ulaşabilmesi için eczane kolunun da dâhil edilmesi gereklidir. Bugün için reçetesiz ilaçların kullanımı ile ilgili en doğru veri kaynağı ilacın temin edildiği eczanelerdir. Eczacıların lisans düzeyinde reçetesiz ürünler hakkında eğitim almış olmaları bu konudaki farkındalıklarının yüksek olmasını sağlamaktadır.

Reçetesiz ilaçlarla ilgili yeterli verinin olmamasının nedenlerinden bir tanesinin de konuyla ilgili sağlık çalışanlarının farkındalığının düşük olmasıdır. Doktorlar hastanın öyküsünde, kullandığı ilaçları sorgularken reçetesiz ilaç kullanımını sıklıkla sorgulamamaktadırlar. Klasik tıp eğitiminde tamamlayıcı ürünlere yeterince yer verilmemesi uygulamada da eksiliğe neden olmaktadır. İlaçların uygulayıcısı olan hemşireler için de durum farksızdır. Modern tıbbın tedavi seçenekleri yöntemlerini öğrenen hemşirelerde de alternatif tedavi ve reçetesiz ilaçla ilgili donanım yetersizdir. Toplumdaki kültürel değişiklikler, okuma yazma oranının artması, globalleşen dünyada bir uça saptanan bir bilginin hızla diğer uca yayılması gibi birçok nedenle günümüz insanında tamamlayıcı ilaçlara olan ilgi artmıştır. Geriatri açısından özellikle yaşlanmayı önleyici (antiaging) ilaçların popüler olduğu görülmektedir. Ürünler farklı yollardan kullanılsa da şüpheli bir durumda sağlık profesyonellerine başvurulmaktadır. Ürünlerin uygun kullanımı ve olası riskli durumların önlenmesi için sağlık profesyonellerinin konuyla ilgili donanımlı olması gereklidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerine lisans düzeyinden başlayarak eğitimin her aşamasında tamamlayıcı tedaviler ve reçetesiz ilaçlarla ilgili eğitimin verilmesi gereklidir. Bu hedef ulusal düzeyde uzun vadeli hedeflerden en önemlisidir. Mevcut durumda alandaki farkındalığın artırılması ve uygulamaların daha bilimsel olması için hizmet içi eğitimlerin planlanması gereklidir. Konuyla ilgili verilecek kısa eğitimler bu açığı kapatacaktır. Ancak eğitimin planlanması uygulamanın yaygınlaştırılabilmesi yine de ciddi bir zaman gerektirecek kısa vadeli çözüm olamayacaktır. O nedenle grup üyeleri kısa vadede kullanıma sunulabilecek bilgilendirici broşürler hazırlanmasını önerdiler. Bakanlık tarafından belirlenecek bir eğitim komisyonunun hazırlayıcı eğitim broşürlerinin sahada hastayla temasın en fazla olduğu birinci basamakta aile hekimlerine ve eczacılara ulaştırılması planlandı.

Reçetesiz ilaçlara talepte, sıklıkla görsel ve yazılı basında, sosyal medyada çıkan haberler etkili olmaktadır. Belirtilen haberlerde uzman görüşü alınmamakta kulaktan dolma bilgiler veya kullanılan ürünle bağlantısının dahi şüpheli olduğu sansasyonel sonuçlar vurgulanmaktadır. Bakanlık tarafından hazırlanacak broşürlerle konuyla ilgili toplumsal farkındalık artırılacaktır. Yine bakanlık tarafından ilgili derneklerle ve/veya üniversitelerle işbirliği yapılarak oluşturulacak kamu spotları da benzer şekilde toplumsal bilgilendirme sağlayacaktır. Radyo ve televizyon kanalları başta olmak üzere yazılı ve görsel medyada yapılan aldatıcı ve yanıltıcı reklamların denetimin yapılması önemlidir. Bakanlığın bu konuda ilgili birimlerle bağlantıya geçerek başlattığı denetim uygulamaları önemlidir. Çalıştay grup üyeleri bilgilendirme broşürlerinin halkın ihtiyaçlarına tam yanıt veremeyeceği konusunda birleştiler. Bazı durumlarda hızla bilgiye ulaşmak hayati önem taşıyabilir. O nedenle uzun vadede halka yönelik telefon danışma hattı kurulması planlanmalıdır.

Halka yönelik yapılacak çalışmalarda temel hedef, doğal destek ürünlerle ilgili zararsız olduğuna dair yanlış algının değiştirilmesi olmalıdır.

Grup üyeleri, ürün tanıtım ve satışlarında mevzuata aykırı şekilde sağlık beyanında bulunulması, ürünün etiket beyanı ile örtüşmeyen içeriğe sahip mevzuata aykırı gıda takviyelerinin piyasada bulunması gibi sorunları belirtmişlerdir. Piyasada zayıflama otu olarak satılan ürünlerin denetimlerinde hemen hepsinde sibutramin içeriği tespit edilmiştir. Sibutramin yan etkileri nedeniyle piyasadan toplanılan zayıflama ilacı etken maddesidir.

Ülkemizdeki uygulamalarda reçetesiz ilaçların ruhsatlandırma ve denetiminin farklı iki kurum tarafından yapılmasının sağlık açısından tehlikeli olabilecek sonuçlara yol açabilme ihtimali görüşülmüştür. Bu ürünlerin sağlıkla ilgili yan etkilerinin daha kanıta dayalı şekilde ortaya konabilmesi için konuyla ilgili laboratuvarlara, eğitimli laboratuvar sorumlularına, eğitmen ve akademisyenlere ihtiyaç vardır.

Sağlığın korunması amacıyla gıda takviyelerinin onaylanması ve denetimine ilişkin görev ve yetkinin Sağlık Bakanlığına (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) devri konusunda gerekli mevzuat değişikliği yoluna gidilmesi gereklidir. Sonrasında edinilen bilgi ve tecrübeden yararlanmak adına kurumlar arası işbirliği ile en doğru yapılanma sağlanmalıdır.

Ürünlerin piyasaya çıkmadan önceki ve sonrasındaki denetimleri önemlidir. Ürüne yönelik bilimsel araştırmaların teşvikinin sağlanması, bitmiş ürüne yönelik gelişmiş analizlerin yapılması amacıyla laboratuvar alt yapısının oluşturulması ve malî destek sağlanması önemlidir. O nedenle kurumlar arası işbirliği ile ulusal düzeyde Araştırma Geliştirme (AR-GE) merkezlerinin kurulması uzun vadeli hedeflerden olmalıdır.

Ülkemizde reçetesiz ürünler eczaneler dışında aktarlar gibi birçok işletmede açık olarak satılmaktadır. Bu durum hayati tehlike yaratacak kadar önemlidir. Açık olarak satılan bu ürünlerin içeriğinin ne olduğu belirtilmemektedir. İçerik, belirtilen ürün gibi görünse de tahlil yapılmadan etken hakkında bilgi sahibi olunamaz. Bu nedenle daha öncede belirtildiği gibi doğal olan sağlıklıdır; doğal olan yararlıdır şeklindeki yanlış algı düzeltilmelidir.

Tablo 8. Reçetesiz Ürünlerin ve Alternatif Tıp Ürünlerinin Kullanımına Bağlı Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Geleneksel bitkisel tıbbi ürünlerin, reçetesiz ilaçların, takviye edici gıdaların (gıda takviyeleri), mevzuata aykırı olarak internet üzerinden satışı yapılan ürün gruplarının, bitki çaylarının, bitkisel macunların ve benzeri gıda ürünlerinin ve tamamlayıcı tıp ürünlerinin (homeopatik vb.) kullanımına ilişkin istatistikî verilere ulaşılamaması	Bitkisel ürün ve gıda takviyelerinin ilaç, hastalık, gıda takviyeleri vb. ile etkileşimlerini gösteren veri tabanlarının oluşturulması Geriatri merkezleri, aile hekimleri ve sağlık kurumlarının ilgili bölümlerinin dahil olduğu çok merkezli kesitsel çalışmalar ile mevcut durumun saptanması	Veri tabanlarının aktif olarak kullanılmasının sağlanması Konuyla ilgili araştırma çalışmalarının yapılması	TİTCK GTHB TEB	Üniversiteler ASPB SGK TÜİK Meslek Örgütleri STK
2	Bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri gibi ürünler konusunda toplumun farkındalık eksikliği	Millî Eğitim Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görev ve yetkisi dahilinde olan kurs, seminer ve benzeri etkinliklerde bu konuya yer verilmesi hususunda koordinasyonun sağlanması Toplumun bu konuda farkındalığını artırmak amacıyla yazılı-görsel medyada bu konulara yer verilmesi ve yine bu bağlamda ilgili kurumların resmi web sitelerine yönlendirilmenin sağlanması	Eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi Kamu spotu, afiş, broşür vb. materyallerin hazırlanması Topluma yönelik eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi	SGGM GTHB TEB	TİTCK MEB ASPB Meslek Örgütleri STK
3	Bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri gibi ürünlerin ürünlerin tanıtım ve satışında mevzuata aykırı olarak sağlık beyanında bulunulması	Sağlığın korunması amacıyla bitkisel ürünler, gıda takviyeleri vb. ürünlerin onaylanması ve denetimine ilişkin görev ve yetkinin tek bir kuruma devri konusunda gerekli mevzuat değişikliği yoluna gidilmesi	İlgili mevzuat değişikliğinin yapılması	TİTCK GTHB	SHGM
4	Yazılı ve görsel medyada yanlış ve aldatıcı beyanlarla yapılan ürün satışlarına bağlı olarak toplumda bitkisel ürünlerin bilingsiz kullanılması	Kamuoyunu bilgilendirmek amacıyla kamu spotlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması Halka yönelik afiş, broşür ve benzeri yazılı materyallerin hazırlanması	Kamu spotlarının görsel medyada kullanımının sağlanması Afiş, broşür vb. materyallerin hazırlanarak kullanıma sunulması	SGGM GTHB	TİTCK TİB ASPB Üniversiteler STK

Tablo 8. Reçetesiz Ürünlerin ve Alternatif Tıp Ürünlerinin Kullanımına Bağlı Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
4	Yazılı ve görsel medyada yanlış ve aldatıcı beyanlarla yapılan ürün satışlarına bağlı olarak toplumda bitkisel ürünlerin bilinçsiz kullanılması	Radio ve televizyon kanalları başta olmak üzere yazılı ve görsel medyada yapılan aldatıcı ve yanlış reklamlara yönelik kamuoyu bilincinin oluşturulması Özel beslenme amaçlı ürünlerin (glutensiz vb.) kullanımı/tüketimi konusunda halkın bilinçlendirilmesi	Bu konuyla ilgili kamu spotlarına ve konunun uzmanları tarafından bilgi verilen radyo ve televizyon programlarına yer verilmesinin sağlanması Yazılı basında da konuyla ilgili bilgilendirmelerin düzenli aralıklarla yapılmasının sağlanması Gerekli durumlarda kullanılacak özel beslenme amaçlı ürünlerin kullanımı konusunda Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve ilgili uzmanlık dernekleri ile koordinasyonun sağlanması ve bu ürünlerin hastalara daha uygun şekilde (maliyet, bulunabilirlik vb.) ulaştırılabilmesinin sağlanması	SGGM GTHB	TİTCK TİB ASPB Üniversiteler STK
5	Hastanın hekime başvurusu sırasında kullandığı bitkisel ürünlerle ilgili hekimini bilgilendirmemesi	Geriatrik hastalarla hekim iletişimine yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması	Kamu spotu, afiş, broşür vb. materyallerin hazırlanarak kullanıma sunulması	SGGM THSK TKHK	Üniversiteler Meslek Örgütleri STK
6	Piyasada bulunan gıda takviyelerinin içeriğinin, beyan edilen ve etikette yer alan içerik ile örtüşmemesi	Denetimlerin sıklaştırılması İlgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyon yapılması	Denetimlerin düzenli aralıklarla yapılması İlgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması	TİTCK GTHB	TİB ASPB Üniversiteler STK
7	Ürünlerin sağlık meslek mensubu haricindeki kişiler tarafından önerilmesi ve/veya satılması	Bitkisel ürünler, gıda takviyeleri vb. ürünlerin satıldığı aktar, baharat ve diğer satış merkezlerinin denetimlerinin sıklaştırılması ve aykırılık halinde müeyyidelerin uygulanması Denetimleri yapan personel sayısının artırılması	Bu konuyla ilgili denetimlerin düzenli olarak yapılması Denetimlerin yapılması	TİTCK GTHB	TABDER
8	Sağlık meslek mensubu yetiştiren fakültelerin eğitim müfredatlarında bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri gibi konuların yer almasına/yeterli olmamasına bağlı olarak bu konularda sağlık çalışanlarının bilgi eksikliklerinin olması	Sağlık çalışanlarının bilgi, beceri düzeylerinin ve farkındalığının artırılması Geriatrik hastalar ve hekim iletişimine yönelik eğitimler yapılması Söz konusu ürünlerle ilgili eğitimler verilmesi Sağlık profesyonellerine yönelik sertifikalı eğitim programlarının oluşturulması Tıp fakültelerinde ve hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim programında bu konuya ayrıntılı yer verilmesi	Sağlık çalışanlarına yönelik bu konuda kısa vadeli hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi Geriatrik hastalar ve hekim iletişimine yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması Yapılacak eğitimlerin içeriğinde özellikle söz konusu ürünlerin etkileşimi, yan etkileri, bunların geri bildirimlerine yer verilmesi Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin yetkinliğin ilgili mevzuata göre sağlanması ve ilgili alanda sertifikalı eğitim programlarının uygulanması Tıp fakültelerinde ve hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim programında bu konuya ayrıntılı yer verilmesinin sağlanması	SHGM THSK TKHK TİTCK	YÖK Meslek Örgütleri
9	Bitkisel ürünler ve gıda takviyeleri konusunda Ar-Ge çalışmalarının eksikliği	Bilimsel araştırmaların teşvikinin sağlanması Bitmiş ürünlere yönelik analizlerin yeterli sayıda yapılabilmesinin sağlanması amacıyla laboratuvarların kapasitelerinin geliştirilmesi	Bu konuda araştırma merkezlerinin kurularak aktif çalışmasının sağlanması Laboratuvarların alt yapısının güçlendirilmesi	TÜSEB Üniversiteler	Maliye Bakanlığı TÜBİTAK Meslek Örgütleri STK

KAYNAKLAR

1. Sackett K, Carter M, Stanton M. Elders' use of folk medicine and complementary alternative therapies: an integrative review with implications for case managers. Prof Case Manag 2014; 19(3):113-23.
2. Moquin B, Blackman MR, Mitty E, Flores S. Complementary and alternative medicine (CAM). Geriatr Nurs 2009; 30(3):196-203.
3. Simpson CA. Complementary medicine in chronic pain treatment. Phys Med Rehabil Clin N Am 2006; 17(2):451-72.
4. Fisher AL, Hill R. Ethical and legal issues in antiaging medicine. Clin Geriatr Med 2004; 20(2):361-82.
5. Flaherty JH, Takahashi R. The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world. Clin Geriatr Med 2004; 20(2):179-200.

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Prof. Dr. Aslı ÇURGUNLU	İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Ecz. Ayşe AYGÜN CANGÖZ	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Birimi	
Uzm. Dr. Ayşegül ÖZTEMEL	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı	
Doç. Dr. Berrin KARADAĞ	Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Eren BİNGÖL	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar ve Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı	
Ecz. Ferda Esin DEMİRTOK İYİEL	Serbest Eczacı	Türk Eczacılar Birliği
Prof. Dr. Hakan YAMAN	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Prof. Dr. İlkey ERDOĞAN ORHAN	Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı	
Uzm. Dr. M. Hakan TÜRK	Trabzon Araklı Araklı Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Av. Mukaddes YALÇIN	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Hukuk Müşavirliği	
Müge İŞYAPAN	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Hukuk Müşavirliği	
Reyhan Nergiz ÜNAL	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Türkiye Diyetisyenler Derneği
Uzm. Dr. Nursel BAŞARAN ÇALIK	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Bilim Dalı	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Müh. Sevdâ KARA	Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı	
Dr. Sevim AKIN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı	
Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Ecz. Şennur YILDIRIM	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kozmetik Denetim Daire Başkanlığı Sağlık Beyanı Denetim Birimi	

KONU 8

GERİATRİK HASTA GRUBUNDA POLİFARMASİNİN AZALTILMASI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ YAYGINLAŞTIRILMASINA YÖNELİK STRATEJİLER

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Polifarmasi, değişik tanımlamalara sahip olmakla beraber günde 4-5 adet ve üzeri ilaç kullanımı, klinik endikasyondan fazla ilaç kullanımı, en az bir gereksiz ilaç kullanımı şeklinde ifade edilebilir (1-3). Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlıların sayısının artması, komorbid hastalıklarının çokluğu ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duymaları nedeniyle yaşlılar, hekime daha fazla başvurumaktadırlar. Bu durum, ilaç tüketiminde yaşlı nüfusun ön planda yer almasına neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmaların verileri, gerek poliklinik başvurularında gerekse hastane ve bakımevlerinde polifarmasinin sık karşılaşılan bir problem olduğunu göstermektedir (4-6).

Polifarmasi görülme sıklığı ileri yaş ile birlikte artış göstererek ülkeler arasında da farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nden bildirilen çalışmalarda toplumda yaşayan 65 yaş üzerindeki kadınların %23'ünde, 75-85 yaş arasındakilerin ise %35-40'ında 5 adet ve üzeri ilaç kullanımı olduğu gösterilmiştir. Bu oran 75-85 yaş aralığında %35-40'lara çıkmaktadır (7,8). İngiltere'de ise 75 yaş üzerindeki bireylerin %36'sının 4 adet ve üzeri ilaç kullandığı gösterilmiştir (9).

Ülkemizde bu konuda, toplumda yaşayan yaşlılarla ilgili kapsamlı veri olmamakla birlikte Türkiye'de polikliniğe başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzerinde 5 adet ve üzeri ilaç kullanım oranı kadınlarda %63,2 erkeklerde ise %55,3 ile oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya göre bir kişi için kullanılan ortalama ilaç sayısı 4,5; 10 adet ve üzeri ilaç kullanımı %7,9 dur (10,11).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi (RBS) 2014 yılı verilerine göre, hekime başvuran 55.499.734 kişinin 5.668.243'ü 65 yaş ve üstü hastalardan oluşmaktadır. Toplumumuz içinde 65 yaş ve üstü bireylerin toplam nüfus içerisindeki oranı ise yaklaşık %8 iken bu yaş grubu bireylerin hekime başvuru yüzdesi %10,21 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uzman hekimlere yıl içinde başvuran toplam hasta sayısı 38.796.320 olup bu hastaların 4.119.463'ü (%10,6) 65 yaş ve üzerindeki hastalardır. Uzman hekimler tarafından oluşturulan 103.559.688 adet reçetenin 15.236.444'ü (%14,71) 65 yaş ve üzerindeki hastalar için oluşturulmuştur. Aile hekimlerine yıl içinde başvuran toplam hasta sayısı ise 39.770.397 olup bu hastaların 5.057.323'ü (%12,7) 65 yaş ve üzerindedir. Aile hekimleri tarafından oluşturulan 138.146.054 adet reçetenin 32.071.218'i (%23,22) 65 yaş ve üzerindeki hastalar için oluşturulmuştur. (12)

Uzman hekimler tarafından bu yaş grubundaki hastalar için oluşturulmuş reçeteler incelendiğinde yılda hasta başına 18,27 kutu ilacın reçetelendiği, aile hekimleri tarafından bu yaş grubundaki hastalar için oluşturulmuş reçeteler incelendiğinde yılda hasta başına 44,13 kutu ilacın reçetelendiği tespit edilmiştir. (12)

RBS 2014 yılı verilerine göre uzman hekimler ve aile hekimleri tarafından 65 yaş ve üzeri hastalar için toplamda 47.307.662 reçete oluşturulmuştur. Bu reçetelerin 7.974.786 adedi 5 ve daha fazla sayıda ilaç içermektedir. 5 ve daha fazla sayıda ilaç ile oluşturulan reçetelerin 1.895.425'i (%23,77) uzman hekimler tarafından, 6.079.361'i (%76,23) de aile hekimleri tarafından oluşturulmuştur. (12)

Aile hekimleriyle kıyasladığımızda uzman hekimlerde reçete başına düşen (RBD) kalem sayısı (n=2,70 vs n=3,10) ve RBD kutu sayısı (n=4,90 vs n=6,96) daha az olarak tespit edilmiştir (12). Aile hekimlerinin, hastalarının biten raporlu ilaçlarını reçetelemesi, bu durumun sebebi olarak düşünülebilir.

Polifarmasi etyolojisinde; yaşlıların çok sayıda komorbiditeye sahip olması; değişik hekimlere başvuru; reçeteleme kaskadı; hasta ve bakım veren ile ilişkili faktörler, bakımevinde yaşama, hastalık ve ilaçlar hakkında bilgi eksikliği, hekimlerin ilaç yan etki ve etkileşimleri konusundaki bilgisizlikleri yer almaktadır.

Polifarmasinin zararları; ilaç yan etkisi, azalmış tedavi uyumu, maliyet artışı, düşme, fonksiyonel durum ve kognisyonda azalma, hastaneye yatışta artış, bakımevine yerleştirilme ve ölüme kadar uzanan bir spektrumdur. İlaç seçimi; etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet gibi akılcı ilaç kullanımının temel kriterlerine uyularak yapılmalıdır. Özellikle yaşla birlikte artan kronik hastalıkların tedavisinde gereksiz çoklu ilaç kullanımından kaçınılması önemlidir. Yaşam kalitesini merkeze koyarak bakım hedeflerinin belirlenmesi vakaların çoğunda problemi çözebilir.

SONUÇ

Ülkemizde yaşlılarda polifarmasinin önemli bir sorun olduğu gerçektir. Polifarmasinin nedenleri arasında hastalardaki komorbid hastalıkların çokluğu, fazla sayıda hekime başvurulması ve fazla sayıda reçete yazılması, reçete kaskadı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri konusundaki bilgi yetersizliği, yaşlı hasta ve/veya bakıcıları ile ilişkili faktörler (kognitif bozukluk, fonksiyonel kayıplar, iletişim sorunları, eğitim yetersizliği) sayılabilir. Polifarmasinin önlenmesinde en önemli süreç akılcı ilaç kullanımı eğitim faaliyetlerinin (tıp eğitimi, mezuniyet sonrası tıp eğitimi, sağlık çalışanlarının eğitimi, toplumun bilinçlendirilmesi) etkinliğinin artırılmasıdır. Bununla birlikte, konunun yaşlılardaki yansımaları ortaya koyan verilerin yeterli olmadığı görülmektedir. İlaç israfını azaltacak tedbirlerin alınması, yaşam biçimi değişiklikleri gibi ilaç dışı tedavi uygulamalarının daha etkin kullanılmasının sağlanması, yaşlılarda potansiyel risk taşıyan ilaçların listesinin ulusal ihtiyaçlara göre oluşturulması, yaşlı hastalarda klinik tablolara göre ilaç başlama ve kesme rehberlerinin kullanımının yaygınlaşması ve reçete yazma sürecinde yazılım programlarından yararlanılmasının teşvik edilmesi önerilebilir.

Tablo 9. Polifarmasinin Azaltılması ve Akılcı İlaç Kullanımının Yaygınlaştırılmasına Yönelik Stratejiler

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Yaşlılarda ilaç kullanımı verilerinin gerçeği yansıtmada kısıtlılıklar taşıması	Veri tabanlarının yaşlı örneğinde olduğu gibi hedef popülasyonun özelliklerini doğrudan yansıtacak şekilde analiz edilmesi	ATC-DDD metodolojisinde analizlerinin yapılması	TİTCK	THK TKHK SAGEM SBSGM SGK Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri DSÖ
		Sadece 65 yaş ve üzerine özgü yeni veri tabanı oluşturulması	Yeni veri tabanı oluşturulması		
		Destekleyen ilave veri tabanlarından doğrulayıcı hizmet alınması	Ulusal: TÜJK, SGK, IMS, ITS Uluslararası: IMS, saygın veri tabanına sahip ülkeler		
		Yaşlıya özgü ilaç kullanım araştırmalarının desteklenmesi	Kamu ve özel sektör araştırma fonları oluşturulması		
2	Polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımı (AIK) konusunda bilgi eksikliği	Analizlerde somut indikatörlerin geliştirilmesi/kullanılması	Reçete başına düşen NSAİ ilaç sayısı vb. indikatörlerin oluşturulması, valide edilmesi	SAGEM TİTCK	Uzmanlık Dernekleri TÜBİTAK Üniversiteler İlaç Sektörü
		İlaç kullanımında yaşlıların ve yaşlıların bakımını üstlenenlerin AIK konusunda eğitilmesi	Topluma yönelik AIK eğitimlerinin düzenlenmesi		
		Sağlık profesyonellerinin polifarmasi konusunda bilgilendirilmeleri	Mezuniyet öncesi ve sonrası AIK eğitimi Araştırma temelli mesleki eğitimler verilmesi Yazılan reçete içeriğini değerlendiren yazılım programlarının kullanılabilirliğinin sağlanması		
		Sağlık okur-yazarlığının artırılması	Ulusal ve yerel medyada, internet ortamında ve sosyal medyada bilgilendirme faaliyetlerinin düzenlenmesi, hastanelerde hasta ve yakınlarına yönelik eğitimler verilmesi		
3	Polifarmasinin önemli bir nedeni olan: Verilen bir ilacın yan etkisini tedavi etmek için başka bir ilaç verilmesi ile oluşan "reçete kaskadı"	Hekimlere konu hakkında mezuniyet sonrası eğitimler verilmesi	Reçete kaskadı konusunda sık rastlanan örnekleri içeren kitapçıklar hazırlanması ve eğitimlerde bunların kullanılmasının sağlanması	Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler	THSK TKHK SHGM
4	Yaşlılarda potansiyel risk taşıyan ilaçların listesinin olmaması	Riskli ilaç listelerinin oluşturulması	Sık kullanılan riskli ilaçlarla ilgili ulusal bir liste oluşturulması Riskli ilaçların ambalajlarında uyarı işaretlerinin bulunması İlaç reçetelenmesi sırasında e-reçete sisteminde yaşlı hastalar için riskli ilaçlarda uyarı çıkması	TİTCK SAGEM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri
		Akılcı ilaç kullanımı rehberleri düzenlenmesi	Yaşlı hastalara yönelik ilaç başlama ve kesme rehberlerinin düzenlenmesi Sık kullanılan ilaçlarla ilgili klinik pratiğe yönelik ilaç etkileşimleri, yan etkiler ve uygun kullanım ile ilgili hastalar ve sağlık personeline yönelik rehberler oluşturulması		

KAYNAKLAR

1. Ferner RE, Aronson JK: Communicating information about drug safety. Bmj 2006;333:143-145
2. Medicines and older people: implementing medicines-related aspects of the NSF for older people 2015. Available from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4067247.pdf. erişim 5 Şubat 2015
3. Drug prescribing for older adults [article online], 2014. Section Editor: Schmader KE, Deputy Editor: Sokol HN. Available from <http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?topicKey=PC%2F3013&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full>. erişim 5 Şubat 2015
4. Steinman MA, Hanlon JT: Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". Jama 2010;304:1592-1601
5. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Bates DW: Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Arch Intern Med 2001;161:1629-1634
6. Wyles H, Rehman HU: Inappropriate polypharmacy in the elderly. In Eur J Intern Med Netherlands, 2005, p. 311-313
7. LeSage J: Polypharmacy in geriatric patients. Nurs Clin North Am 1991;26:273-290
8. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST: Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. Jama 2008;300:2867-2878
9. Prescriptions dispensed in community statistics for 1989–1999: England. Statistical Bulletin. [article online], 2014. Available from https://www.gov.uk/government/publications?keywords=&publication_filter_option=all&topics%5B%5D=all&departments%5B%5D=department-of-health&official_document_status=all&world_locations%5B%5D=all&from_date=&to_date=. erişim 5 Şubat 2015
10. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydın Y, Akpınar TS, Nadir S, Erten N, Karan MA: Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. Aging Clin Exp Res 2014;26:255-259
11. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Aydın Y, Tufan A, Akpınar TS, Erten N, Karan MA: Assessments of functional status, comorbidities, polypharmacy, nutritional status and sarcopenia in Turkish community-dwelling male elderly. Aging Male 2013;16:67-72
12. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Prof. Dr. Ahmet AKICI	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	
Uzm. Dr. Aslı TUFAN	Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
Ayfer KOÇ	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	
Yrd. Doç. Dr. Aygin EKİNCİOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı	
Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT	Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Ecz. Burcu KARAÜZÜM	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı	
Uzm. Dr. Deren Gönül ELMAS	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı	
Doç. Dr. Gülistan BAHAT ÖZTÜRK	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Lale ÖZİŞİK	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Bilim Dalı	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Hemşire Nesrin PEHLİVAN	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	
Uzm. Dr. Süleyman AKYILDIZ	Sinop Yaşam Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

KONU 9

GERİATRİK HASTALARDA GERİ ÖDEME İLE İLGİLİ YAŞANAN PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Prof. Dr. Mustafa CANKURTARAN

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Geriatri; 65 yaş ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Yaşlılıkta sık görülen demans, depresyon, prostat hastalıkları, demansa bağlı mental bozukluk (demans psikozu), üriner inkontinans, osteoporoz, osteoartrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi kronik hastalıklarla ilgilenmekte ve tedavilerini vermektedir. Bu denli çok sayıda problemi olabilen yaşlı bireylerin tam anlamıyla değerlendirilmesi dünyada da kabul görmüş ve uygulanmakta olan Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme'nin yapılmasına bağlıdır. Bu değerlendirme geriatri kliniklerinde rutin olarak geriatri uzmanı tarafından yapılmaktadır. Geriatri uzmanı, iç hastalıkları uzmanlığı sonrası, içerisinde en az 2'şer aylık zorunlu **Nöroloji ve Psikiyatri ABD rotasyonları** yer alan üç yıllık geriatri yan dal eğitimi almaktadır. Ayrıca hem bu durum hem de geriatri uzmanının yetkinlikleri ve kabiliyetleri TUKMOS Geriatri Uzmanlık Eğitimi Müfredatı ile belirlenmiş ve ilan edilmiştir (www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/geriatri.doc).

Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleri **medikal değerlendirme** (medikal hastalıklar, ilaçlar, beslenme, ağız ve dişler, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans), **zihinsel değerlendirme** (bilişsel durum, duygudurum, manevi durum), **fiziksel değerlendirme** (fonksiyonel durum-temel ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, denge ve yürüyüş, düşmeler) ve **çevresel değerlendirme** (ev ve çevre güvenliği, sosyal durum, finansal durum) olarak sıralanabilir. Kapsamlı geriatrik değerlendirme ülkemizde geriatri kliniklerinde rutin olarak yapılmakta olup bunun için her hastaya yaklaşık olarak 45 dakika zaman ayrılmaktadır. Bu değerlendirme, hastaların birden fazla kliniğe başvurmasını, iş gücü kaybını ve polifarmasiyi engellemekte olup maliyet etkindir.

Geriatri klinikleri yaşlıların tek merkezde, daha etkili şekilde değerlendirilmesinin amaçlandığı, yurt dışında yıllardır hizmet vermekle beraber Türkiye'de önemi son yıllarda anlaşılmaya başlanan merkezlerdir. Aşağıdaki başlıklarda da belirtildiği üzere bazı ilaç ve tıbbi malzeme gruplarının geriatri uzmanları tarafından reçete edilmesi hususunda yasal düzenlemelerdeki aksaklıklar nedeniyle geriatri merkezlerinden yeterince fayda sağlanamamaktadır.

Polifarmasi kavramı eş zamanlı olarak dört ya da daha fazla ilaç kullanımı olarak tanımlanmakta olup yaşlılarda sık olarak görülmektedir. Yaşlılarda eş zamanlı olarak görülen çok sayıda hastalıklar nedeniyle polifarmasi bazı hastalarda kaçınılmaz hale gelmektedir. Buna ek olarak çok sayıda hekim tarafından değerlendirilmek, hekimlerin polifarmasinin zararları konusunda yeterince donanımlı olmayışı, reçeteleme döngüleri, hastaların bakımevinde yaşıyor olması da önemli etkenlerdir. ABD'de 2.500 kişinin katıldığı bir çalışmada çoklu ilaç kullanımının en fazla 65 yaş ve üzeri kadın bireyler arasında olduğu ve bunların da %23'ünün en az 5 ilaç, %12'sinin ise en az 10 ilaç aldığı tespit edilmiştir (1). ABD'de de Qato ve arkadaşlarının yaptığı, 57-85 yaş arası 3.005 kişinin alındığı bir çalışmada çoklu ilaç kullanımının en az 5 ilaçla ve %35-40 oranıyla, 75-85 yaş arasındakilerde olduğu tespit edilmiştir (2). Aynı şekilde, ABD'de kurum dışı popülasyonla yapılan bir çalışmada, ilaç tüketiminin büyük kısmının 65 yaş üzeri bireylerde olduğu ve bunların %57-59'unun haftada en az 5 ilaç, %17-19'unun ise haftada en az 10 ilaç aldığı tespit edilmiştir (3). Polifarmasi; ilaç etkileşimlerinde artış, maliyet artışı, düşme ve kırık riskinde artış, kognitif fonksiyonda bozulma gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Tam da bu yönden bakıldığında geriatri merkezlerinde görev yapan, yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişimlere hâkim uzman hekimler tarafından detaylı ilaç kullanım talimatı verilmesi, gereksiz ilaçların kesilmesi, ilaç yan etkileri açısından sorgulama yapılması gibi uygulamaların önemi daha da iyi anlaşılmaktadır.

Geriatri Uzmanı Açısından Geri Ödeme Kapsamında Olmayan İlaç Grupları

1- Nöropatik Ağrı Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Yaşlı hastaların hastane başvurularının önemli bir kısmını çeşitli bölgelerdeki ağrılar oluşturmaktadır. Sıklıkla osteoartrite bağlı eklem ağrıları görülürken, çok nadir olmayarak karpal tünel sendromu ve diyabetik polinöropati gibi ağrılarla da başvurulmaktadır. Bu durumlarda klasik ağrı kesicilerden fayda görmeyen hastalarda daha etkin tedavi seçenekleri olan gabapentin ve pregabalin etken maddeli müstahzarlar tercih edilebilir. Diyabetik nöropati tanısıyla (G63.2-G59.0) bahsi geçen ilaçlar geri ödeme kapsamındayken, Nöropatik ağrı (242 medulla kodlu) ve kronik kas iskelet ağrısı

ve/veya fibromiyalji (274 medulla kodlu) tanılarında mevcut uygulamada hastaların algoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nöroloji, nöroşirurji gibi bölümlere yönlendirilmesi gerekmektedir. Bahsi geçen tanılar geriatrik hastalarda da sık olarak saptanmaktadır (4, 5). Bu nedenle bu tanıların da geriatri uzmanı için geri ödeme kapsamına alınması yararlı olacaktır. Tanısı ve tedavisi geriatri uzmanlarınca yönetilebilen bir hastalık için, hastanın başka bölüme yönlendirilmesi maliyet etkin değildir.

2- Osteoporoz Tedavisinde Kullanılan Teriparatid

Osteoporoz yaşla birlikte hormon düzeylerinde görülen fizyolojik değişiklikler, fiziksel aktivitenin ve güneş ışığı maruziyetinin azalması, eşlik eden hastalıklar sonucu sıklığı artan bir hastalıktır. Osteoporoz, geriatri kliniklerinde rutin taranması önerilen hastalıklardan olup omurga, el bileği ve kalça kırıklarına neden olabilmektedir. Özellikle kalça kırığının mortalitesi çok yüksektir (kırığı izleyen bir yıl içerisinde erkeklerde %30 ve kadınlarda %17) (6). Ağırıklı olarak bisfosfonat grubu ilaçlar ilk olarak tercih edilmekle beraber bazı ağır seyirli (kemik mineral yoğunluğu düşüklüğü ve patolojik kırıkların varlığı) olgularda daha etkin bir tedavi seçeneği olan teriparatid tercih edilebilir. Güncel SUT'ta teriparatidin ödenme koşulları *"65 yaş üstü hastalardan; T skoru -3,5 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli endokrinoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ay geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir. Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir."* şeklinde belirtilmiştir. Belirtilen tüm bu hususlar geriatrik hasta popülasyonunda görülmesine rağmen geri ödemedeki sıkıntılar nedeniyle teriparatid geriatristler tarafından sadece devam hastalarına rapor ve reçete edilebilmektedir. Kullanım süresi 1,5 yıl ile kısıtlı olan bu ilaç mevcut durumda sadece endokrinoloji uzmanlarınca rapor ve reçete edilebilmektedir ve bu durum hastaların ilaç yazdırmak için farklı bölüme yönlendirilmesine, haliyle maliyet artışı ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Hâlbuki osteoporoz, tanısı ve takibi geriatri uzmanlarınca da kolayca yapılabilecek bir hastalıktır. Bu nedenle teriparatid'in geriatri uzmanınca da devam hastalarında reçete edilmesi faydalı olacaktır.

3- Non-valvüler AF, DVT ve PTE Tedavisinde Kullanılan Direkt Trombin ve Faktör 10A İnhibitörleri, Kalp Yetmezliği ve Disritmi Tedavisinde Kullanılan İlaçlar, Anti-trombotik İlaçlar

Atriyal fibrilasyon (Disritmiler: ICD-I44-45, I47-49), yaşlı hastaların sık görülen (80 yaş üstü popülasyonda %10) kardiyovasküler sorunlarından birisidir. Yaşla birlikte tromboembolik olay sıklığı ve tedavi maliyetleri artmaktadır (7,8). Tedavide kalp hızının kontrolü ve tromboembolik olaylara karşı koruyucu olarak antikoagülan tedavi başlanması önem arz etmektedir. Ne var ki yıllardır tecrübe sahibi olunan varfarin kullanımı, yaşlı hastalarda bazı açılardan sakıncalıdır. Hastaneye en geç ayda bir kez başvurularak INR düzeyi tayini gerekmesi, çoklu ilaç kullanımı durumlarında hayatı tehdit edici ilaç etkileşimleri görülmesi, metabolizmasının yaşlanmanın getirdiği fizyolojik değişikliklerden etkilenmesi gibi nedenlerle yaşlılarda varfarin kullanımı güçtür. Bu sorunların çözümüne yönelik geliştirilen yeni oral anti-koagülanların (dabigatran, apiksaban, rivaroxaban, edoksaban) kullanımında ilaç etkileşimi önemli bir sorun değildir, ayrıca INR düzeyi takibi de gerekmemektedir. Ancak protez kapak varlığında ve ciddi kapak darlıklarında tromboz riskinde artış nedeniyle kullanımları kontrendikedir. Bu durumun dışlanması için ekokardiyografi (EKO) yapılması gerekmektedir. Mevcut durumda birisi kardiyoloji uzmanı olmak üzere üç imzalı raporla bu ilaçlar reçete edilebilmektedir. Dabigatran periferik ve serebral damar hastalıkları ve venöz yetmezlik (Medulla kodu: 04.03, 04.04) ve PTE (Medulla kodu: 04.12, ICD kodu I26) tanılarında geri ödeme kapsamındadır.

Koroner arter hastalığı tanısı olup stent trombozu gelişen hastalarda endike olan prasugrel için mevcut SUT'ta *"Klopidogrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen akut koroner sendromlu (AKS) hastalarda; bu durumun belirtildiği, en az bir kardiyoloji veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekiminin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce ya da iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Stent trombozunun geliştiği tarihten itibaren en fazla 1 yıl süreyle kullanılır."* ifadeleri yer almaktadır.

Mevcut SUT'ta kalp yetmezliğinde kullanılmakta olan ivabradin sadece kardiyoloji uzmanlarınca raporlanabilmektedir. İç hastalıkları ve geriatri kliniklerinde kalp yetmezliği tanılı hastalar sıkça izlenmektedir. Bu nedenle ivabradin etken maddeli müstahzarların geriatri ve/veya iç hastalıkları uzmanları tarafından da raporlanabilmesi faydalı olacaktır.

4- Statinler

Hiperlipidemi, eşlik eden diğer kardiyovasküler risk faktörleriyle birlikte (sigara, obezite, hipertansiyon, sedanter yaşam tarzı, diyabetes mellitus, aile öyküsü, erkek cinsiyet, hiperhomosisteinemi ve ileri yaş) bulunduğu akut koroner sendrom, serebrovasküler olay, periferik arter hastalığı, mezenterik vasküler olay, abdominal aort anevrizması gibi sonuçlara yol açan önemli bir etkindir. En son 2013'te yayınlanan AHA/ACC (American Heart Association/American College of Cardiology) kılavuzları daha önceki NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) kılavuzlarından farklı olarak lipit düşürücü tedavilerde hedef olarak sayısal eşik değerlerden ziyade bazal değerlerden risk faktörlerinin durumuna göre yüzde cinsinden LDL kolesterol azaltılmasını önermektedir (9). Yaşlı hastalar yukarıda bahsedilen risk faktörlerinin birçoğunu aynı anda bulundurmaktadırlar. Ancak mevcut SUT'ta bulunan "*Rosuvastatin'in 20 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, atorvastatin, simvastatin ve pravastatin'in 40 mg ve üzeri etken madde içeren dozları, fluvastatinin 80mg ve üzeri etken madde içeren dozları (kombinasyonları dâhil) kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.*" ifadesi gereği aslında geriatriğin günlük pratiğinde de çok sık olarak karşılaşılan bu hastaların tedavisinin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bahsi geçen bölümlere hastaların yönlendirilmesi zaman ve iş gücü kaybına yol açarak hastalar açısından mağduriyete neden olmaktadır. Geriatri uzmanlarınca da zaten yüksek riskli olan hasta grubuyla ilgilendikleri için yüksek doz statin tedavisinin rapor ve reçete işlemlerinin gerçekleştirilmesinin hastaların yararına olacağı düşünülmektedir.

5- Atipik Anti-Psikotikler ve Duygu-durum düzenleyiciler

Demans hastalarına ilerleyen yaşlarda daha sık olarak rastlanmaktadır (10). Geriatri kliniklerinde de demans hastalarına sıkça rastlanmakta ve rutin olarak tarama yapılmaktadır. Bu hasta grubuna geriatri uzmanları tarafından tanı konulup tedavisi verilebilmektedir. Ancak bazı hastalarda demansta bilişsel fonksiyonların kaybını yavaşlattığı bilinen asetilkolinesteraz inhibitörleri ve NMDA antagonistleri; ileri evrelerde görülen halüsinasyon ve deliryum tablolarının kontrolünde yetersiz kalmaktadır. Bu durumda anti-psikotik ilaçların kullanılması gerekmektedir. Geriatri uzmanları bu ilaçların bir takım yan etkileri nedeniyle genel olarak en düşük dozlarda kullanımlarını desteklemekte ve uygulamaktadır. Ancak mevcut durumda hastaların bu ilaçlara ulaşabilmesi için nöroloji veya psikiyatri bölümlerinden birisine başvurmaları gerekmektedir. Bu nedenle şizofreni ve şizoafektif bozukluk (11.01-11.03 medulla kodlu) tanılarıyla raporlanan bu ilaçları reçeteleme yetkisinin geriatri uzmanlarına da tanımlanması faydalı olacaktır. Ayrıca genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluklar (11.01 medulla kodlu, ICD kodları F07, F09, F99, Z81.0) tanısıyla raporlanan bu ilaçların geriatri uzmanlarınca reçete edilebilmesi de önem arz etmektedir.

Mevcut SUT'ta ginkgo glikozidleri 65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca alzheimer tipi demans, vasküler demans ve mikst formlardaki demans sendromları endikasyonlarında sadece nöroloji hekimleri tarafından rapor ve reçete edilebilmektedir. Oysa bir geriatrik sendrom olan demans, geriatri uzmanlarının tanı ve tedavisini gerçekleştirebileceği bir durumdur. Bu nedenle diğer branşlara yönlendirmeye gerek kalmaksızın geriatri hekimlerince de bu etken maddenin raporlanması ve reçete edilebilmesi faydalı olacaktır.

6- Aşılar

2014'te yayınlanan ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) kılavuzuna göre yaşlılarda ek sağlık problemi olup olmadığına bakılmaksızın grip, zatürre, zona ve tetanoz aşısının yapılması önerilmektedir (11). Her bir aşının koruduğu hastalıkların yaşlılarda gençlere kıyasla daha ağır seyrederek olumsuz sonuçlara yol açtığı düşünüldüğünde maliyet-etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları aşılama lehine sonuç vermektedir (12-14). Haziran 2014'te sonuçlanan 85.000 yaşlı katılımcının dâhil edildiği CAPiTA (The Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults) çalışmasının erken

sonuçlarına göre PCV13 (13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine) ile yüksek oranda korunma elde edildiği bildirilmiştir. Bu sonuç, kılavuz önerilerinin güncellenmesine neden olarak PCV13'ün rutin olarak 65 yaş üzeri bireylere uygulanmasını müteakiben en az 8 hafta sonra (ideal olarak 6-12 ay) PPSV23 (23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) uygulanmasını önererek şekilde değişiklik yapılmıştır (15). Mevcut SUT'ta PCV13 geri ödeme kapsamında değildir. Bakteriyal pnömoni açısından risk grubunu oluşturan yaşlı hastaları sürekli olarak takip eden geriatri uzmanlarının bu aşından hastalarını yararlandırması, pnömoni gelişmesi halinde maliyetin artacağı düşünüldüğünde akılcı bir yaklaşım olacaktır. Herpes zoster aşısı konusunda ACIP kılavuzu daha önceden zona geçirme durumundan bağımsız olarak 60 yaş üzeri bireylerde bir defaya mahsus aşılanmayı önermektedir. Zona özellikle analjeziklere dirençli ve girişimsel işlemlere dahi gerek duyulan kronik ağrılara sebebiyet vererek, yaşam kalitesini ciddi ölçüde olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşlılıkta, hücresel bağışıklık sistemindeki fizyolojik zâfiyet nedeniyle daha sık görülen ve daha ağır seyirli olan zona hastalığından korunmak bu yönüyle önem arz etmektedir. Bu sebeple geriatri uzmanı tarafından reçetelenen PCV13 ve herpes zoster aşılarının da 65 yaş üzeri bireylerde geri ödeme kapsamına alınması faydalı olacaktır.

7- Yoğunlaştırıcı-Kıvam Artırıcı Beslenme Ürünleri

Sıvı veya katı gıdaların aspirasyonu sonucunda disfaji, pek çok nörolojik sorunun yol açtığı malnutrisyona ve pnömoniye neden olabilen ciddi bir sorundur. Serebrovasküler olay, parkinson hastalığı ve demans gibi klinik tabloların sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Hastalıkların erken evrelerinde kıvam artırıcı beslenme ürünleri sayesinde beslenmenin idame ettirilmesi mümkündür. Ancak mevcut durumda geriatri uzmanları tarafından bu ilaçların raporlanması mümkün değildir. Tüm malnutrisyon ve sarkopeni önleyici ürünleri raporlama ve reçeteleme yetkisi bulunan geriatri uzmanlarının kıvam artırıcıları da diğer branşlara bağlı kalmaksızın reçete edebilmesi faydalı olacaktır.

8- Yara Bakım Ürünleri

Bası yaraları yatağa bağımlı yaşlılarda görülmekte olup sıklığı hastanede ve huzur evinde kalan hastalarda daha yüksektir (16). Bası yaraları, idrar ve gaita inkontinansı, yetersiz mobilizasyon, malnutrisyon gibi nedenlerle yaşlılarda sık görülen bir sorundur. Beslenmenin iyileştirilmesi, sık pozisyon değişimi ve yara bölgesinin idrar ve gaita ile temasının engellenmesi yaranın iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Yara bakımında özel ürünler de mevcut olup gereği halinde geriatri uzmanlarınca da reçete edilebilmesi faydalı olacaktır. Bunlar yara temizlik ürünleri, bariyer kremler, transparan film örtüleri, alginatlar, hidrofiberler, kollajenler, hidrojeller, hidrokolloidler, köpük örtüler, gümüş-iyot-klorheksidin içeren anti-bakteriyal örtüler, oto-litik debridman ürünleri, yara dolgu maddeleri, büyüme faktörlü ürünler ve hyaluronik asitli ürünler olarak sınıflandırılabilir. Ancak mevcut geri ödeme kapsamındaki ürünler günlük pratikte pek tercih edilmemektedir. Yara bakım ürünlerinin geri ödenmesi konusunda SUT'un kapsamının genişletilerek tüm ürünleri kapsaması, hastaların daha hızlı iyileşmelerine katkı sağlayacaktır.

9- Geç Başlangıçlı Hipogonadizm Tedavisinde Kullanılan Ajanlar

Yaşlanan erkeklerde hipogonadizme bağlı yaşam kalitesinde azalma ve performans kaybı görülebilmektedir. Geriatri uzmanlarına da androjen replasman tedavisinden fayda görebilecek hastalara gereğinde bu ajanları reçeteleme ve raporlama yetkilerinin verilmesi yerinde bir karar olacaktır.

10- Düşmede Kullanılan Kalça Koruyucular

Düşme yaşla birlikte sıklığı artan bir geriatrik sendrom olup kırıklara ve ciddi yaralanmalara yol açmasının yanı sıra altta yatan bir hastalığın habercisi olabilmesi yönüyle de önemlidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada acil servise travma nedeniyle başvuran yaşlı hastalarda en sık nedenin %59 ile düşme olduğu, ölüm hızının %6,4 olduğu ve en sık ölüm nedeninin kafa travması olduğu bildirilmiştir (17). Düşme, akut dönemde yaralanmalara yol açarken uzun vadede tekrar düşme korkusu nedeniyle hastanın hareketlerini kısıtlamasına yol açmaktadır. Düşme sonucu en korkulan sorun kalça kırığıdır. Zira 1 yıl içerisinde kalça kırığı gelişen erkek hastaların %30'u ve kadınların %17'si hayatını kaybetmektedir. Düşme riski ev düzenlemeleri, ilaçların (anti-hipertansifler, SSS depresyonu yapanlar) uygun şekilde ayarlanması, yardımcı

cihazların kullanımı ile azaltılabilmektedir. Özellikle en büyük sorun olarak görülen kalça kırığının önlenmesinde kalça eklemine dışarıdan destekleyerek travmayı absorbe eden yardımcı cihazlar kullanılmaktadır. Mart 2014'te yayınlanan bir Cochrane veritabanı derlemesinde kalça koruyucuların, bakım evi sakinlerinde kalça kırığı riskini azalttığı gösterilmiştir (18). Bu uygulama geriatri pratiğinde de faydalı olabilir ve kalça kırığı sonucu ortaya çıkacak ameliyat ve postoperatif bakım harcamalarının önüne geçebilir.

11- Tıbbi Malzeme Geri Ödemesine İlişkin Yaşanan Problemler

Yaşlılarda çok sayıda ko-morbid durum aynı hastada eş zamanlı olarak görülmektedir. Bu nedenle günlük temel yaşam aktivitelerinde (giyinme, yürüme, kişisel hijyen, yemek yeme) kısıtlılık gelişmesi geriatri pratiğinde sıkça rastlanan bir sorundur. Örneğin geçirilmiş SVO'da ileri evre demans nedeniyle hastalar başkasının yardımına ihtiyaç duyacak hale gelebilmektedirler. Bu nedenle yürüteç, hasta alt bezi, kalıcı sonda, tekerlekli sandalye gibi destek ürünlerinin geri ödeme kapsamına alınması ve mevcut durumda 2 ay kullanılmak üzere 240 adet reçete edilebilen hasta alt bezi istihkakının artırılması faydalı olacaktır (3 aylık ve 540 adet olacak şekilde).

Diğer Öneriler

- 1- Kronik hastalıklarda kullanılan ilaçların kutularındaki tablet sayılarının standart hale getirilmesi sağlanmalıdır.
- 2- SGK resmi internet sitesinde, ilaç geri ödemelerinde yaşanmakta olan problemlerin dile getirilebileceği online geri bildirim sayfasının açılması sağlanmalıdır.
- 3- SGK Medula eşdeğerlilik tablosunun modifikasyonu (Kombinasyon anti-hipertansiflerden mono forma geçişte yaşanan sorunlar) yapılmalıdır.
- 4- E-reçete sisteminde yeşil-kırmızı reçete modülünün olması ve ayrıca manuel reçete yazılmasının gerekmemesi sağlanmalıdır.
- 5- Raporlu ilaçların aile hekimleri tarafından reçete edilebilir hale getirilmesi sağlanmalıdır.
- 6- Medula Eczane Sistemi **son provizyon** hüviyetinde olmalıdır. Bu sayede SUT eksiksiz olarak doktorlarımıza, eczacılarımıza sunulmuş olacaktır. Hekimlerimiz yazdıkları reçetenin SUT ile ilgili bir eksikliği olup olmadığı konusunda tereddüt yaşamayacaklar, eczacılarımız verdikleri reçetenin kesintiye uğrayacağı korkusu olmadan halkımıza ilaç sunumunda esas vazifelerini yerine getirebileceklerdir. Böylelikle hem hekim, hem eczacı hem de hastaların memnuniyeti artırılmış olacaktır.

SONUÇ

Yukarıda bahsi geçen "Geriatrik Hastalarda Geri Ödeme ile İlgili Problemler ve Çözüm Önerileri"nin kısa vadede ilk SUT güncellemesinde gerçekleştirilmesi yaşlı hastaların geriatri bilim dallarında tedavileri esnasında mağduriyetlerini ortadan kaldıracaktır. Ayrıca bunun doğal bir sonucu olarak da hastaların farklı bilim dallarına gitmelerinden doğan maliyet ve iş gücü kaybı geriatri felsefesine uygun olarak azalacaktır. Tüm bu sayılan çözüm önerilerinin hayata geçirilmesinde, ilgili tüm kuruluşlarda geriatri bilim dalının temsiliyeti son derece önem arz etmektedir. Bu nedenle SUT düzenlemelerine ilişkin olarak yapılan çalıştay, sempozyum ve komisyon toplantılarında diğer bilim dallarında olduğu gibi **geriatri bilim dalına ilişkin de bir komisyonun kurulması ya da oluşturulmuş komisyonlarda geriatri uzmanı olan** bir temsilcinin bulunmasının daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. The Nursing clinics of North America. 1991;26(2):273-90.
2. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. Jama. 2008;300(24):2867-78.
3. Available from: <http://www.bu.edu/slone/SloneSurvey/AnnualRpt/SloneSurveyWebReport2006.pdf>.
4. Becker J, Scalco RS, Pietroski F, Celli LF, Gomes I. Is carpal tunnel syndrome a slow, chronic, progressive nerve entrapment? Clinical neurophysiology : official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology. 2014;125(3):642-6.
5. Jackson T, Chen H, Iezz T, Yee M, Chen F. Prevalence and correlates of chronic pain in a random population study of adults in Chongqing, China. The Clinical journal of pain. 2014;30(4):346-52.
6. Watts NB, Bilezikian JP, Camacho PM, Greenspan SL, Harris ST, Hodgson SF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists. 2010;16 Suppl 3:1-37.
7. Yiin GS, Howard DP, Paul NL, Li L, Luengo-Fernandez R, Bull LM, et al. Age-specific incidence, outcome, cost, and projected future burden of atrial fibrillation-related embolic vascular events: a population-based study. Circulation. 2014;130(15):1236-44.
8. Naderi S, Wang Y, Miller AL, Rodriguez F, Chung MK, Radford MJ, et al. The impact of age on the epidemiology of atrial fibrillation hospitalizations. The American journal of medicine. 2014;127(2):158 e1-7.
9. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology. 2014;63(25 Pt B):2889-934.
10. Pradier C, Sakarovich C, Le Duff F, Layese R, Metelkina A, Anthony S, et al. The mini mental state examination at the time of Alzheimer's disease and related disorders diagnosis, according to age, education, gender and place of residence: a cross-sectional study among the French National Alzheimer database. PloS one. 2014;9(8):e103630.
11. Bridges CB, Coyne-Beasley T, Advisory Committee on Immunization P. Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older: United States, 2014. Annals of internal medicine. 2014;160(3):190.
12. Scott LJ, Sanford M. Pneumococcal polysaccharide conjugate vaccine (13-valent, adsorbed): a guide to its use in older adults. Drugs & aging. 2012;29(10):847-55.
13. Liguori G, Parlato A, Zamparelli AS, Belfiore P, Galle F, Di Onofrio V, et al. Adult immunization with 13-valent pneumococcal vaccine in Campania region, South Italy: an economic evaluation. Human vaccines & immunotherapeutics. 2014;10(2):492-7.
14. McGarry LJ, Krishnarajah G, Hill G, Masseria C, Skornicki M, Pruttivarasin N, et al. Cost-effectiveness of Tdap vaccination of adults aged ≥ 65 years in the prevention of pertussis in the US: a dynamic model of disease transmission. PloS one. 2014;9(1):e72723.
15. Bridges CB, Coyne-Beasley T, Advisory Committee on Immunization P, Group AAIW, Centers for Disease C, Prevention. Advisory Committee on Immunization Practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older - United States, 2014. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2014;63(5):110-2.
16. Kwong EW, Lau AT, Lee RL, Kwan RY. A pressure ulcer prevention programme specially designed for nursing homes: does it work? Journal of clinical nursing. 2011;20(19-20):2777-86.
17. Yildiz M, Bozdemir MN, Kilicaslan I, Atescelik M, Gurbuz S, Mutlu B, et al. Elderly trauma: the two years experience of a university-affiliated emergency department. European review for medical and pharmacological sciences. 2012;16 Suppl 1:62-7.
18. Santesso N, Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. The Cochrane database of systematic reviews. 2014;3:CD001255.

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Ecz. Ahmet ÖZÇAVUŞOĞULU	Serbest Eczacı	Türk Eczacılar Birliği
Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatride Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Yard. Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA	Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Doç. Dr. Meltem HALİL	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Mustafa CANKURTARAN	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Serkan KALINOMUZ	Aydın Nazilli 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Prof. Dr. Şerife Gül ÖZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Bilim Dalı	Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Doç. Dr. Yusuf YEŞİL	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği

KONU 10

GERİATRİK POPÜLASYONDA EVDE BAKIM SÜRECİNDE VE BAKİMEVLERİNDE İLAÇ TEDAVİSİYLE İLGİLİ YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Masa Koordinatörü: Doç. Dr. Alper DÖVENTAŞ

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan 2014 Yaşlılık Araştırması'na göre 2014 yılında Türkiye'deki yaşlı nüfus 6.192.962 kişi olup toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranı %8'dir. Yaşlı nüfusun %43,6'sını erkekler, %56,4'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8 ve 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (1).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2015 yılı itibarıyla evde sağlık hizmetinden 231.174 kişi yararlanmaktadır. Bunların 161.822'sini (%70) 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Yaş aralığına göre bakıldığında 65-85 yaş aralığında 117.899 (%51), 86 yaş ve üzeri 43.923 (%19) hasta, evde sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Ülkemizde toplam yaşlı nüfusuna göre evde sağlık hizmeti verilen yaşlı oranı % 2,6'dır (2).

Türkiye'de resmi ya da özel huzurevi, yaşlı bakım-rehabilitasyon merkezlerinde toplamda 21.119 kişiye hizmet sunulmaktadır. Adrese dayalı nüfus kayıt sisteminden elde edilen bilgilere göre, tek başına yaşayan yaşlıların oranı 2014 yılında % 17,3'tür. Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,2'sini kadınlar, % 22,8'ini ise erkekler oluşturmaktadır (1).

65 yaş ve üstü nüfustan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı huzurevlerinde 11.511 kişi, diğer bakanlıklara bağlı huzurevlerinde 566 kişi, belediyelere ait huzurevlerinde 1.439 kişi, dernek ve vakıflara ait huzurevlerinde 1.616 kişi, azınlıklara ait huzurevlerinde 644 kişi, özel huzurevlerinde 5.328 kişi, özel yaşlı hizmet merkezlerinde de 15 kişi bu hizmetlerden yararlanmaktadır (1).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı verilerine göre bakım hizmetinden yararlanma talep nedenlerini %23,6 ile kardiyovasküler hastalıklar, %9,5 hemipleji, %8,0 diyabet, % 7,2 nörolojik hastalıklar, % 6,6 hipertansiyon, % 6,1 Alzheimer ve % 4,2 kalça kırığı şeklinde sıralamak mümkündür (1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üstü 36.000.000'dan fazla birey bulunmaktadır ki bu da nüfusun yaklaşık %13,7'ni oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun 2030 yılında %19, 2050 yılında ise %20'den fazla olacağı tahmin edilmektedir (3,4). 2011 yılında 2.000.000 (%5,6) yaşlı eve bağımlı olarak yaşamaktayken, bu nüfusun %11,9'u evde bakım hizmeti almaktadır (5,6).

SONUÇ

Türkiye'de evde sağlık hizmeti ve bakımevlerinde hizmet sunumu ile ilgili çalışmalar oldukça yeni ve geliştirilmesi gereken süreçlerdir. Bu süreçlerin her kademesinde yapılacak yenilik, iyileştirme ve düzenlemeler, sağlık sisteminin sosyalleşmesiyle mümkündür. Akılcı ilaç kullanımının olmazsa olmazı ise hastaya yeterli ve güvenli hizmet sunum olanaklarının sağlanmasıdır. Tüm birimlerde görev alacak sağlık çalışanlarının istek ve memnuniyetlerinin temel alındığı bu sistemde, etkin bir sürede verilecek hizmetler ile hedeflerin gerçekleştirilmesi çok daha mümkün olacaktır. Gerek evde sağlık hizmeti gerekse bakımevi hizmeti sürecinde akılcı ilaç kullanımını benimsetmek, geriatri felsefesinin tüm sağlık birimlerinde yaygınlaştırılması ile olacaktır.

Tablo 10. Evde Bakım Sürecinde ve Bakımevlerinde İlaç Tedavisine İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	65 yaş ve üstü bireylerin evde bakım hizmeti almalarına sebep olan başlıca durumların belirlenmesi	Evde sağlık hizmeti kabul, sevk ve sonlandırma kriterlerinin netleştirilmesi	Evde sağlık hizmeti kabul, sevk ve sonlandırma kriterlerinin netleştirilmesi	THSK TKHK	ASPB Üniversiteler
		Kronik hastalıklar ve kriterler konusunda personel eğitiminin artırılması	Kronik hastalıklar ve kriterler konusunda personel eğitiminin artırılması		
		İlgili branşlarla konsültasyonların, belli merkezlerden yönlendirilmelerinin ve denetlenmelerinin sağlanması için koordinasyon birimlerinin (Geriyatri, Göğüs H., Kardiyoloji, İç Hastalıkları, Nöroloji, Psikiyatri, FTR, Algoloji –Ağrı Bilim Dalı vb) oluşturulması	Oluşturulan birimlerin aktif çalışır hale getirilmesinin sağlanması		
2	Evde bakım hizmeti veren kuruluşların gereksiz, uygunsuz ve fazla ilaç kullanımına yönelik değerlendirme eksiklikleri	Gereksiz, uygunsuz ve fazla ilaç kullanımının değerlendirilmesinin sağlanması	Evde sağlık hizmeti veren birimlerde çalışanların akıcı ilaç kullanımı eğitimlerine katılımlarının sağlanması	THSK TKHK TİTCK Belediyeler Özel Kuruluşlar	ASPB
			Evde sağlık hizmeti ekiplerine yaşlı ve eve bağımlı hastaların basit analjezik ve/veya opioid kullanımı konusunda eğitim verilmesi		
			Yaşlı ve eve bağımlı hastada kullanılacak ilaçlar, etkinlikleri, yan etkileri, ilaç etkileşimleri konusunda standartların belirlenmesi, eğitimlerin verilmesi, kayıtların tutulması ve denetlemelerin yapılması		
			Evde sağlık hizmeti formlarına, her kontrole gidildiğinde ilaç kullanımı konusunda bilgi edinilmesini sağlayacak alanların eklenmesi		
3	Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler için akıcı ilaç kullanımı konusunda yapılması gereken faaliyetlerin belirlenmemiş olması	Evde sağlık hizmeti alan yaşlılara yönelik akıcı ilaç kullanımıyla ilgili kamu spotlarının, bilgilendirme afişlerinin ve broşürlerinin hazırlanması	Evde sağlık hizmetlerinde kullanılan Halk Sağlığı Bilgi Sistemi Evde Sağlık Modülüne hastaların kullandığı ilaçların gösterildiği bir bölümün eklenmesi ve bu bölümün ihtiyaç halinde ilgili diğer kurumlara görüşülmesinin sağlanması	SGGM THSK TKHK	TİTCK ASPB Valilikler Belediyeler
			Bu konuda hazırlanan kamu spotlarının, bilgilendirme afişlerinin ve broşürlerinin paylaşılması		

Tablo 10. Evde Bakım Sürecinde ve Bakımevlerinde İlaç Tedavisıyla İlgili Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
4	Türkiye'de 65 yaş ve üstü hastalara hizmet veren bakımevi sayısının az olması	Bakımevi ile ilgili hizmet sunan birimlerin ve palyatif bakım servislerinin sayısının artırılması ve koordinasyon içinde çalışmasının sağlanması	Evde sağlık hizmetleri birimlerinin huzurevlerinde ve bakımevlerinde de hizmet vermesinin sağlanması	ASPB Valilikler Belediyeler Özel Kuruluşlar	Sağlık Bakanlığı Üniversitelerde kurulacak koordinasyon birimleri ile ilişkilendirilecek Geriatri Sosyal Destek Aile Hekimliği Birimleri
			Bakımevi hizmetinin yaygınlaştırılması ve tek merkezden koordine edilmesi		
			Özel kurumlarda ve üniversitelerde bakımevi hizmetleri irtibat birimlerinin oluşturulması		
			Bakımevi ve huzurevi işleyiş yasa/yönetmeliklerinin ayrı ayrı düzenlenerek standartlarının oluşturulması		
5	Bakımevi hizmeti veren kuruluşların gereksiz, uygunsuz ve fazla ilaç kullanımına yönelik değerlendirme eksiklikleri	Bakım hizmeti veren birimlerin aklıcı ilaç kullanımını konusunda bilgilendirilmesi	Bakımevine ihtiyaç duyan nüfusun tamamına ulaşılmasının sağlanması	ASPB Özel Kuruluşlar TİTCK	THSK TKHK Üniversiteler
			Bakım hizmeti veren birimlerine aklıcı ilaç kullanımını konusunda eğitimler verilmesi		
			Yaşlı hastada ve bakımevinde yatağa bağımlı hastada kullanılacak ilaçlar, etkinlikleri, yan etkileri, ilaç etkileşimleri konusunda standartların belirlenmesi, eğitim verilmesi, kayıtların tutulması ve belirli aralıklarla değerlendirme yapılması		
		Evde Sağlıkta kullanılan Halk Sağlığı Bilgi Sistemi Evde Sağlık Modülü'ne benzer otomasyon sistemlerinin oluşturulması	Evde Sağlıkta kullanılan Halk Sağlığı Bilgi Sistemi Evde Sağlık Modülü'ne benzer otomasyon sistemlerinin oluşturulması		

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Verileri, 2015
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Verileri, 2015
3. Grant EJ. Preventing burns in the elderly: a guide for home healthcare professionals. Home Healthc Nurse. 2013 Nov-Dec;31(10):561-73; quiz 573-5.
4. Jacobsen L. A., Kent M., Lee M., Mather M. (2011). America's aging population. Population Bulletin, 66(1), 1–20.
5. Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, Ritchie CS, Federman AD, Roberts L, Kelley AS, Siu AL, Szanton SL. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. JAMA Intern Med. 2015 May 26.
6. Vincent G. K., Velkoff V. A. (2010). The next four decades: The older population in the United States: 2010 to 2050. Current Population Reports (Report No. P. 25–1138).

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Doç. Dr. Alper DÖVENTAŞ	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Betül Tamkoç	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	
Dr. Çiğdem BAŞGÜL	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı	
Uzm. Dr. Devlet BUDAK	Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri-Evde Sağlık Hizmetleri	
Hemşire Funda Duman	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	
Uzm. Dr. Hakan YAVUZER	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Hilal ÖZKAYA	İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darulaceze Müdürlüğü Aile Hekimliği Bölümü	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Aile ve Sosyal Politikalar Uzman Yard. İpek KELBAŞ	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	
Sosyal Çalışmacı İrem Yıldırım	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	
Uzm. Dr. Mirtürk DAĞLIOĞLU	Kahramanmaraş Zekeriya Tanrıverdi Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Doç. Dr. Nurten İNAN	Gazi Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi	Palyatif Bakım Derneği
Op. Dr. Orhan KOÇ	Etimesgut Devlet Hastanesi Başhekimliği	Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği
Doç. Dr. Pemra ÜNALAN	Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü	
Sosyal Çalışmacı Pınar ŞENDUR	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	
Taşkın ATAÇ	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	
Vildan Kandemir BÜTÜN	Okyanus Yaşlı Bakım Evi	Özel Huzurevleri Dinlenme ve Bakımevleri Dayanışma Derneği
Yasin DURDU	Türkiye Belediyeler Birliği	
Uzm. Dr. Zehra KARA	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği

KONU 11

GERİATRİK HASTA TAKİBİNDE AİLE HEKİMİNİN ROLÜ

Masa Koordinatörü: Doç. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA MEVCUT DURUM

Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin uygulanabilmesi, polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımı nedeni ile oluşabilecek olumsuz sağlık sorunlarının önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri yaşamsal bir önem arz etmektedir. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin hayata geçirilmesi ile birinci basamakta çalışan hekim sayısı ve hizmet sunulan birim sayısı önemli ölçüde artmış olmakla birlikte, halen kamuda çalışan hekimlerin 46.266'sı hastanelerde, 20.811'i ise Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışmaktadır. Ülkemizde 2013 yılında kişi başına 8,2 hekim başvurusu yapılmıştır. Bu başvuruların yaklaşık 1/3'ü birinci basamak, 2/3'ü ise 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına yapılmıştır (1). Oysa kuvvetli ve kaliteli birinci basamak sağlık hizmet sunumu olan ülkelerde 1. basamak başvurularının 2. ve 3. basamaktan daha yüksek olması beklenir. Ülkemizde sağlık sistemi basamakları arasında sevk zinciri zorunluluğu olmadığı için vatandaşlarımız sağlık sisteminin herhangi bir basamağına ve aynı yakınmanın aynı epizodu sırasında birden fazla hekime ve kuruma başvurabilmektedirler. Bu durumun yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına katkısını var olan literatüre dayanarak kestirebilmek olanaklı değildir. Aile Hekimleri tarafından yazılan reçetelerin hangi oranda ikinci veya üçüncü basamakta başlanan ilaçların tekrarı olduğu bilinmemektedir. ASM'lerde yazılan ilaçların yaklaşık yarısının yeniden yazıldığı tahmin edilmektedir. Bu bağlamda ASM'lerde uygun örneklem ve metodoloji ile yapılmış reçete uygulamalarının incelendiği çalışmalara gereksinim duyulduğu açıktır. Birinci basamakta sunulan hizmetin kalitesinin artırılması çoklu hekim başvurusunu ve buna bağlı olası polifarmasiyi azaltabilir.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi 2014 yılı verilerine göre, ASM'lerde oluşturulmuş 138.146.054 adet reçetenin 32.071.218 (%23,2)'i 65 yaş ve üstü bireyler için reçete edilmiştir. Bu verilere göre; aile hekimleri tarafından geriatrik hastalar için oluşturulan reçetelerde reçete başına yaklaşık 3,1 kalem ilaç düşmektedir. Aile hekimleri tarafından 65 yaş ve üstü her hasta başına bu yıl içinde 6,34 reçete oluşturulmuştur. En sık ilaç reçete edilen tanı "esansiyel hipertansiyondur." (2)

Bu popülasyon için aile hekimleri tarafından oluşturulan reçetelerde en sık reçetelenen ilacın sistemik diklofenak olduğu (3.821.737 reçete, tüm reçetelerin %11,9'u) ve ilk 21 ilaç arasında 5'inin non steroidal antienflamatuvar ilaçlar olduğu (10.058.290 reçete, tüm reçetelerin %31,4'ü) görülmektedir. Oysa ağrı yönetiminde non steroidal antienflamatuvar ilaçların yaşlılar için ilk tercih olarak kullanılması uygun değildir. Bunun yerine ilk tercih olarak parasetamolün kullanıldığı basamak tedavisinin uygulanması daha uygundur. Bununla birlikte özellikle gonartroz tedavisinde lokal diklofenak ilk basamak tedavide önerilmektedir. 2014 yılı RBS verilerine göre ülkemizde aile hekimleri tarafından 65 yaş ve üstü hastalar için oluşturulmuş reçetelerin 858.605'inde lokal diklofenakin yer aldığı ve bunun da tüm reçetelerin %2,7'sine tekabül ettiği tespit edilmiştir.(2)

ASM'lerde en sık reçete edilen ikinci ilaç asetil salisilik asit (ASA) (2.956.534, tüm reçetelerin %9,2'si) olarak tespit edilmiştir (2). Primer profilaksi için ASA kullanılması durumunda potansiyel fayda ve zararın tartılarak karar verilmesi gerekmektedir. Gerektiği zaman da 80-100 mg dozu yeterli olmaktadır (3). 100 mg'ın üzerindeki dozlarda etkinlik artmamakla birlikte yan etkiler artmaktadır. ASA kullanmakta olan hastaların endikasyonlarının gözden geçirilmesi daha akılcı ASA kullanımını sağlayabilir.

Üçüncü sırada lansoprazol (2.264.874, tüm reçetelerin %7'si) ve dördüncü sırada pantoprazol (1.992.077, tüm reçetelerin %6,2'si) yer almaktadır (2). Klinik pratikte birçok hastanın yeterli endikasyon olmaksızın proton pompa inhibitörü (PPI) tedavisi kullandığı görülmektedir. PPI tedavilerinin akılcı kullanımı için topluma ve aile hekimlerine eğitim verilmesi faydalı olabilir.

Beşinci sırada metoprolol (1.809.339, tüm reçetelerin %5,6'sı) yer almaktadır (2). Genel popülasyonda ve yaşlılarda kalp yetersizliği veya iskemik kalp hastalığı gibi endikasyonlar bulunmadığında ilk basamakta beta blokerlerin hipertansiyon tedavisinde kullanılması önerilmemektedir. Akılcı antihipertansif ilaç kullanımı için aile hekimlerinin eğitimi faydalı olabilir. Ancak, ülkemizde ruhsatlı metoprolol müstahzarlarının büyük çoğunluğunun bir kutusunda 20 tablet bulunması ve bazen 2x1 dozunda kullanılması da reçete sayısını rölatif olarak yüksek gösteriyor olabilir.

ASM'lerde en sık reçete edilen ilaçlar listesinde 9. sırada sistemik tiyokolşikosit (1.305.081, tüm reçetelerin %4,1'i) yer almaktadır (2). Antikolinerjik yan etkileri nedeniyle genel olarak kas gevşeticilerin kullanımı yaşlılar için sakıncalıdır. Kanıta dayalı tıp açısından tiyokolşikositin belirli bir endikasyonda yeterince etkin olduğu ile ilgili yeterli veri de bulunmamaktadır.

Aile hekimleri tarafından reçete edilen ilk 21 antibiyotiğin tüm reçeteler içinde %12,5'lik bir oranı oluşturduğu görülmektedir (toplam 4.019.922 reçete). Antibiyotikler arasında ilk sırada amoksisilin-klavulanik asit yer almakta ve antibiyotiklerin yer aldığı tek tanıli reçetelerde birinci sıradaki tanının farenjit (714.510 reçetede tanı farenjit ve 297.889 reçetede tanı üst solunum yolu enfeksiyonu) olduğu görülmektedir. Komplike olmayan tonsillofarenjitte yalın amoksisilin kullanımı yeterlidir. İkinci sırada yer alan tanı ise 312.119 reçete ile üriner sistem enfeksiyonudur. Antibiyotikler arasında ikinci ve üçüncü sırada 414.973 (%10,3) ve 359.463 (%8,9) ile sırasıyla sefuroksim ve siprofloksasin tedavilerinin yer aldığı görülmektedir. (2) Antibiyotikler ve kullanıldığı endikasyonların karşılaştırılmasıyla direnç oranlarını da göz önüne alan akılcı antibiyotik kullanımı tavsiyelerinin oluşturulması önem taşımaktadır. Yaşlılarda asemptomatik bakteriüri durumunda tedavi endikasyonunun bulunmadığı konusunda topluma ve hekimlere eğitim verilmesi uygun olacaktır. Ayrıca antibiyotikler arasında 164.746 (antibiyotik reçetelerinin %4,1'i) reçete ile nitrofurantoinin yer aldığı görülmektedir (2). Yaşlılarda potansiyel akciğer toksisitesi nedeniyle nitrofurantoinin özel bir endikasyon yoksa ampirik olarak kullanılması önerilmemektedir.

Ülkemizde yapılmış, yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin çalışmaların çoğunluğu hastane tabanlı veya kurumsal bakım tabanlı çalışmalardır. Bu çalışmalarda toplumda yaşayan yaşlılarda kullanılan ortalama ilaç sayısı; 4,8 ve 4,5 olarak bildirilmiştir (3-4). Manisa'da yapılan bir çalışmada toplumda yaşayan yaşlıların % 56,6'sının, kurumda yaşayan yaşlıların %42,7'sinin günde 3 veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (5). Kurumsal bakımda olan yaşlılarda ortalama ilaç sayısı 3 olarak bildirilmektedir. Topluma dayalı çalışmalarda ise yaşlılarda kullanılan ortalama ilaç sayısı 2,9 ve 3,1 olarak bildirilmektedir (6-7). Bu çalışmalarda sırasıyla; % 9,8 ve % 17,6 oranında uygunsuz ilaç kullanımı saptanmıştır.

Bir aile sağlığı merkezinde, bu birime kayıtlı 325 yaşlının reçetelerinin incelendiği bir çalışmada START/STOPP kriterlerine göre uygunsuz ilaç kullanım sıklığı % 14,8 olarak saptanmıştır (8).

Almanya'da birinci basamakta yapılmış, 24.619 hastanın elektronik kayıtlarının değerlendirildiği bir çalışmada potansiyel ilaç-ilaç etkileşim (PİİE) sıklığı % 10,4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada 4 ve üzerinde ilaç kullananlarda PİİE sıklığı daha yüksek saptanmıştır (9).

Polifarmasinin çok sayıda olumsuz sonucu bilinmekle birlikte, hekimlerin ilaçların kesilmesi ile ilgili çekinceleri olduğu da bilinmektedir. Kanada'da yapılan konu ile ilgili uzmanların görüşlerinin Delphi yöntemi ile araştırıldığı bir çalışmada, kılavuzların bazı ilaçların kesilme kriterleri açısından yardımcı olabileceği önerilmektedir. Bu gereksinimin ön plana çıktığı ilaçlar; başlıca benzodiyazepinler, atipik antipsikotikler, statinler, trisiklik antidepresanlar ve PPI'lar olarak sıralanmıştır (10).

Polifarmasi ve olumsuz sonuçlarının azaltılabilmesi için çeşitli yöntemler önerilmiş ve kullanılmıştır. 1991 yılında geliştirilmiş olan Beers kriterlerinin ardından, farklı kriter listeleri de geliştirilmiştir. Bunlar arasında; McLeod Kriterleri, START/ STOPP kriterleri, Avusturya reçete indikatörleri gibi bir çok kriter listesi bulunmaktadır. İsveç örneğinde; 2004 yılında, yaşlılarda kaliteli ilaç tedavisi indikatörleri geliştirilmiş ve 2010 yılında güncellenmiştir (11).

Yaşlılarda uygunsuz ve/veya çoklu ilaç kullanımının azaltılabilmesi için çeşitli müdahale çalışmaları yapılmıştır. Bu müdahaleler arasında eczacının bir ekip üyesi olarak reçeteyi gözden geçirmesi yer almaktadır. Bu amaçla çeşitli yöntemler uygulanmıştır. Hasta eğitimi ve doz kontrolü sistemleri bir başka müdahale yöntemidir. Etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden bir diğeri de hekimlerin konuyla ilgili yapılandırılmış eğitim programları ile desteklenmesidir. Yapılan müdahaleler önemli ölçüde etkin bulunmuştur. Dünya çapında birçok elektronik reçeteleme yardım sistemi mevcuttur. Ülkemizde; ASM'lerde uygunsuz ilaç veya ilaç etkileşimleri ile ilişkili uyarı veren bir sistem kullanılmamaktadır. Bu yöntemlerin birbirine üstünlükleri açısından yeterli kanıt bulunmamaktadır (12).

SONUÇ

Birinci basamak sağlık hizmet sunum kalitesinin artırılması amacıyla; hekim sayısının artırılması, sevk zinciri uygulamasının tedrici olarak yaşama geçirilmesi, sağlık sisteminin basamakları arasında etkin ve karşılıklı iletişim ve geri bildirimin sağlanması, birinci basamak çalışanlarına konu ile ilgili yeterli eğitimin verilmesi, topluma yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, birinci basamakta yeterli örneklem ve uygun metodoloji ile çok merkezli bilimsel araştırmaların yapılması önerilir.

Tablo 11. Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
1	Tekrar edilen ve yeni yazılan ilaçların oranının bilinmemesi	E-reçete yazılımlarının uygun şekilde düzenlenmesi/yapılandırılması	E-reçete sistemlerinde bulunması zaten zorunlu olan tekrar(RPT)/yeni reçete seçeneğinin işaretlenmesi kuralının tüm yazılımlarda uygulandığının SBSGM tarafından denetlenmesinin sağlanması	SBSGM	-
2	Yaşlılarda Türkiye'de kullanılan ilaçların genel sıralamasında ilk sıralarda sistemik diklofenak ve NSAID'lerin bulunması	Basamaklandırılmış ağrı yönetiminin uygulanması ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması	Topluma ve hekimlere eğitim verilmesi	THSK TKHK Üniversiteler	TITCK Meslek Örgütleri Uzmanlık Dernekleri
3	Yaşlılarda Türkiye'de erişkin aşılmasının yeterli düzeyde olmaması	Influenza ve pnömokok aşları konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve halkın konuyla ilgili teşviki Herpes Zoster aşısının geri ödemeye alınması	Erişkin aşılama programlarının geliştirilmesi ASM'lerin erişkin aşılamalarını takibinin sağlanması Herpes Zoster aşısının geri ödemeye alınması hususunun SGK tarafından değerlendirilmesi	THSK	Üniversiteler TITCK Uzmanlık Dernekleri SGK
4	Sistemik antikolinerjik ilaçların reçetelemesinin yüksek olması	Antikolinerjik ilaçların yaşlılarda kullanımı konusunda hekimlere eğitim verilmesi	Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde yaşlılarda antikolinerjik etkili ilaçların kullanımını konusuna daha fazla yer verilmesi	THSK SGGM TITCK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri STK
5	Sistemik antikolinerjik etkisi olan diğer ilaçlar ve antikolinerjik etki güçleri konusunda bilgi eksikliği	Antikolinerjik etki toplamının elektronik bir sistemle hesaplanarak reçete yazılması sırasında uyarı verecek bir sistem geliştirilmesi	Elektronik reçete sistemlerinin uyarı verecek şekilde geliştirilmesi	SBSGM	TITCK
6	Yaşlıların ilaçsız tedavileri konusunda hekimlerin bilgilerinin güncel olmaması	Hekimlerinin mezuniyet sonrası zorunlu sürekli eğitim ile bilgilerinin güncellenmesi ve bu eğitimlerin hem teorik bazda hem de çalışma grupları ile hasta örnekleri üzerinden yapılması	Hekimlerin eğitim müfredatının gözden geçirilmesi ve yaşlılarda ilaçsız tedavi konusuna yer verilmesi	SHGM YÖK Üniversiteler THSK TKHK	Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
7	Toplumsal sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konusunda bilgi eksikliği	Yaşlılarda ilaçla tedaviye ihtiyacının azalmasını sağlamak amacıyla toplumun sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konusunda bilgilendirilmesi	Toplum sağlığının öncelikle beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri ile korunabileceği ile ilgili farkındalık ve bilgilendirme çalışmalarının yapılması (ilaç dışı tedavi yöntemleri ile ilgili eğitim/ kamu spotları vb.)	THSK SGGM	-
8	Belirli ilaçların birinci basamakta reçetelendiğinde geri ödemesinin yapılamaması	Analog insülinler, uzun etkili bronkodilatörler, anjiyotensin reseptör blokörü gibi bazı ilaçların birinci basamakta reçetelendiğinde geri ödeme kapsamına alınması	Birinci basamakta reçete edilen ilaçların geri ödeme durumlarının gözden geçirilmesi Aile hekimleri tarafından reçetelenen ilaçların geri ödemesi ile ilgili uzmanlık şartlarının gözden geçirilmesi Faaliyet önleyici değil faaliyet düzenleyici denetimlerin yapılması	SGK	Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri TITCK
9	Basamaklar arası entegrasyonun yetersiz olması	Basamaklar arası entegrasyon ve koordinasyonun sağlanması	Elektronik geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesiyle basamaklar arasında karşılıklı iletişimin güçlendirilmesi	SBSGM	THSK TKHK SHGM

Tablo 11. Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
10	Uygunsuz ilaç kullanımı konusunda mevcut durumun tam anlamıyla bilinmemesi	Potansiyel uygunsuz ilaç kullanımı konusunda STOPP ve Beers gibi kriterler kullanılarak mevcut durumun belirlenmesi	Ülkemizde, yaşlılarda ilaç reçetelendirme pratikleri incelenerek STOPP ve Beers gibi kriterlerin ülkemize uyarlanması Reçetelerin bu kriterlere uygunluklarının Reçete Bilgi Sistemi aracılığıyla değerlendirilerek hekimlere kendileriyle ilgili bilgilendirme yapılması	TİTCK SAGEM THSK TİTCK	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri THSK TKHK SHGM
11	ilaç-ilaç veya ilaç-hastalık etkileşimlerinin olması	ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimlerinin önüne geçilmesi	Hekimler için elektronik ortamda reçetelendirme yardımı sağlayan sistemlerin geliştirilmesi Güvenilir elektronik bilgi kaynakları üzerinden yaşlılarda güvenli ilaç reçetelendirme ile ilgili materyallere hekimlerin ücretsiz ulaşmasının sağlanması	SBSGM SAGEM	THSK TKHK TİTCK
		Hekimler için makul bir zorunlu eğitim programı oluşturulması	Hekimlere yaşlılık farmakolojisi ile ilgili eğitim verilmesi Yaşlılarda akıcı ilaç kullanımı rehberi oluşturulması ilaç bilgi kaynaklarının tanıtılması ve ulaşımın sağlanması: Kaynaklara erişimin kolaylaştırılması, kaynak önerileri sunulması	SAGEM TİTCK SHGM	Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler Meslek Örgütleri
12	Uygunsuz ilaç kullanımı, tedavi hedefleri, potansiyel ilaç zararları konularında hekimlerin bilgi eksikliği	Tedavi hedeflerine uyulması: Yaşlılarda yaş ve hastalıklara göre kan şekeri ve kan basıncı hedeflerinin spesifik olarak belirlenmesi	Hekimlere sık rastlanan hastalıkların tedavi kılavuzlarındaki hedeflerinin mezuniyet sonrası eğitimler yoluyla hatırlatılması Reçete sistemlerinin potansiyel ilaç yan etkileri hakkında uyarı vermesinin sağlanması	THSK TKHK SHGM SBSGM	TİTCK Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler Meslek Örgütleri TİTCK Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler Meslek Örgütleri
		Hekimlere kesilmesinde fayda olabilecek ilaçlar konusunda eğitim verilmesi (Özellikle benzodiyazepinler, antipsikotikler, statinler, trisiklik antidepresanlar, proton pompa inhibitörleri, oksibütin gibi ürünler antikolinerjikler, kolinesteraz inhibitörleri, antidepresanlar, bisfosfonatlar, antikölvülzanlar, beta-blokerler, antiagreganlar, betahistin ve pırasetam gibi)	Hekimlerin hasta ile her görüşmede hastanın kullandığı ilaçları gözden geçirerek yeniden düzenlemesi, endikasyonun devam edip etmediğinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde ilaç dozunu azaltması veya ilacı kesmesi	THSK TKHK SHGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
		Ortaya çıkan her yeni semptomun bir ilaç yan etkisi olabileceği konusunun mezuniyet sonrası tıp eğitimlerinde yer almasının sağlanması	Eğitimlerin yapılması ve konuyla ilgili hatırlatıcı materyallerin hazırlanması	THSK TKHK SHGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
		Bitkisel ve reçetesiz ürün kullanımı konusundaki durumun ve bu ürünlerin diğer ilaç ve hastalıklar ile potansiyel etkileşimlerinin belirlenmesi	Tamamlayıcı tıp yöntemleri konusunda hekimlerde farkındalık oluşturulması ve hekimlere bu konuda bilgilendirici materyaller sağlanması Sağlık Bakanlığı bünyesinde konunun uzmanı eczacıları ve hekimlerin hizmet vereceği bitkisel ürün danışma merkezi oluşturulması	SHGM SHGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri

Tablo 11. Geriatrik Hasta Takibinde Aile Hekiminin Rolü (devamı)

Sıra No	SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ	DÜZELTİCİ FAALİYET	SORUMLU KURUM / KURULUŞ	İŞBİRLİĞİ YAPILACAK KURUMLAR/ KURULUŞLAR
13	"İlaç yazılması" isteklerinin oluştuğu baskı	Toplumun akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi	Hekimler üzerinde ilaç reçetelendirme konusundaki hasta baskısının kalkması için bilgilendirici kamu spotlarının hazırlanması	SGGM	TİTCK
14	Reçetesiz ilaç temini sorununun azaltmada birlikte devam etmesi	Reçetesiz ilaç temini denetimlerinin yaygınlaştırılarak devam etmesi	Denetleme mekanizmalarının geliştirilmesi ve işbirliğinin artırılması	TİTCK	TEB
15	Yaşlılarda daha dikkatli kullanılması gereken ilaçların sık reçetelenmesi	Asetilsalisilik asit kullanımı endikasyonunun sorgulanması	Asetilsalisilik asit kullanımında doza ve hastaya uygunluğa dikkat edilmesi	THSK TKHK SHGM	Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
		PPI kullanımı endikasyonunun sorgulanması	Yaşlılarda gerekliliğini sorgulayarak PPI kullanımına başlanması		
		Nitrofurantoinin en sık kullanılan ilaçlar arasında bulunması	Beers kriterlerinde yaşlılarda akciğer toksitesi nedeniyle kullanılmaması gereken ilaçlar arasında olan nitrofurantoinin kullanım endikasyonunun detaylı değerlendirilmesi		
		Tiyokolşikosit kullanımının azaltılmasının sağlanması	Antikolinerjik yan etkileri nedeniyle yaşlılarda tiyokolşikosit kullanımında dikkatli olunması		
16	Viral enfeksiyonlarda da antibiyotik reçetelenmesinin yüksek olması	Enfeksiyonlarda viral bakteriyel ayrımına imkan veren tanı testlerine ulaşımın kolaylaştırılması	Hızlı antijen testleri gibi testlere ulaşımın kolaylaştırılması	THSK TKHK SHGM	TİTCK Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
17	Amoksisilin klavulanat kombinasyonlarının tek başına amoksisilin kullanımına kıyasla çok yüksek olması	Antibiyotiklerin akılcı kullanımının sağlanması	Özellikle solunum yolu ve üriner sistem enfeksiyonlarında akılcı antibiyotik kullanımı konusunda hekimlere eğitimlerin verilmesi	THSK TKHK SHGM	TİTCK Üniversiteler Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri
18	İlaç ambalajlarının standart olmaması nedeniyle tedavi planlaması ve hastaların ilacı kullanımları sırasında zorluklar yaşanması	İlaçların kullanılacağı gün kadar sayıda verilmesinin sağlanması	Ambalajlama kriterlerinin yaşlıların kullanımına uygun bir şekilde yeniden gözden geçirilmesi	TİTCK	ilaç Sektörü
		Kronik hastalık tedavisinde kullanılan ilaçların içerik sayılarının standardize edilmesi			

KAYNAKLAR

1. Bora Başara B, Güler C, Yentür GK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2014.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Reçete Bilgi Sistemi Verileri, 2015
3. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydın Y, Akpınar TS, et. Al. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. Aging Clin Exp Res. 2014; 26: 255-259.
4. Bahat, G., Tufan, F., Bahat, Z., Aydın, Y., Tufan, A., Akpınar, T.S. et al, Assessments of functional status, comorbidities, polypharmacy, nutritional status and sarcopenia in Turkish community-dwelling male elderly. Aging Male. 2013;16:67–72.
5. Altıparmak S, Altıparmak O. Drug-using behaviors of the elderly living in nursing homes and community-dwellings in Manisa, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2012; 54 (2): e242-e248.
6. Ay P, Akıcı A, Harmancı H. Drug utilization and potentially inappropriate drug use in elderly residents of a community in Istanbul, Turkey. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2005; 43;4:195-202.
7. Sönmez Y, Aşçı H, Olgun İzmirli G, Gündoğar d, Cankara FN, Yeşilat Ş.
8. Evaluation of potentially inappropriate drug use and medical non-adherence in a community-dwelling elderly population: a cross-sectional study. Turkish Journal of Geriatrics 2014;17(2):125-133.
9. Yayla ME, Bilge U, Binen E, Keskin A. The Use of START/STOPP Criteria for elderly patients in primary care. The Scientific World Journal 2013;2://http://dx.doi.org/10.1155.2013/16873.
10. Mand P, Roth K, Biertz F, Kersting M, Kruschinski C, Schmiemann G, Hummers-Pradier E. Drug-disease interaction in elderly patients in family practice. Int J Clin Pharmacol Ther. 2014 May;52(5):337-45.
11. Farrell B, Tsang C, Raman_wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What are the priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: A Modified Delphi Process. Plos One 2015: Doi:10.1317/journal.pone 0122246:1-16.
12. Fastbom J, Johnell K. National Indicators for quality of drug therapy in older persons: the first 10 years. Drug and Ageing 2015; 32: 189-99.

KATKI SAĞLAYANLAR

KATILIMCI LİSTESİ	GÖREVLİ OLDUĞU KURUM	TEMSİL ETTİĞİ KURULUŞ
Yrd. Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ	Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Doç. Dr. Fatih TUFAN	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Kamile AVCI	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	
Yrd. Doç. Dr. Kamile SILAY	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Muhammet Cemal KIZILARSLANOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Mustafa KARACA	Kocaeli Karamürsel 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Doç. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	

