

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 52. 167-175. 2008.

A GYÓGYSZERÉSZEK SZAKMAI KOMPETENCIÁIRÓL

Dr. Simon Lajos¹, Hankó Zoltán² és dr. Kata Mihály¹

Gyorsan változó, pontosabban gyorsan, erőszakosan és hektikusan megváltoztatott hazai egészségügyi világunkban a politika rövid idő alatt évszázadokon át szerves fejlődés eredményeként kialakult gyógyszerési gyakorlatot változtatott meg: a szakma többségének tiltakozása ellenére hagyományos struktúrákat módosított és korábban kizárólagos gyógyszerési kompetenciákat semmisített meg. Az ún. „etikus” modell helyére a merkantil modellt állította. Tette mindezt „a lakosság és a szakma” érdekeire hivatkozással. Több kérdés is adódik, amelyek válaszra várnak. Ezek egyike a gyógyszerési kompetenciák alakulása. Ezen belül tisztázandó, hogy a gyógyszerési tevékenység a merkantil modell filozófiájára épüljön, vagy a szakmai tevékenységben a beteg érdekét kell továbbra is elsődlegesnek tekinteni. A szakmai tevékenység minőségéért a felelősség a gyógyszerészt terheli. Ezért lényeges kérdés, hogy ehhez milyen jogok és kötelességek társíthatók, és eldöntendő az is, hogy a gyógyszerértári vállalkozás irányításában milyen szerepet szánunk a gyógyszerésznek. A szerzők dolgozatukban az ezzel kapcsolatos döntések előkészítéséhez kívánnak segítséget nyújtani.

A kompetencia fogalma

A kompetencia latin eredetű szó, amelyet az Idegen szavak és kifejezések szótára (1989) „illetékesség, jogosultság” és „szakértelem”, a Magyar Értelmező Kéziszótár (1992) „illetékesség”, „hatáskör”, a Magyar Nagylexikon „illetékesség, jogosultság” és „hozzáértés” [1] értelemben használ. A kompetens személy az adott (szak)terület szakértője, ahol megnyilatkozásra hivatott és tevékenységre jogosult (feljogosított), illetve a véleménye és tevékenysége irányadó.

I.

A gyógyszerési kompetencia vizsgálatának időszerűsége

Történelmi összefüggések

A gyógyszerészet belső fejlődése maga után vonja a gyógyszerési kompetenciák változását. Ötezer évvel ezelőtt, pl. Egyiptomban a lakosság testi-lelki gondozását egyetlen személy a pap-orvos-gyógyyszerész látta el. Erről először a papi tevékenység (kompetencia) vált le. II. Frigyes német-római császár 1241-ben választotta szét az orvosi és a gyógyszerési tevékenységet. Ettől kezdve az orvos feladata volt a betegség megállapítása és gyógyszerek rendelése, míg a gyógyszerészek kompetenciája az akkori gyógyító ásványi és állati anyagok biztosítása, továbbá a gyógynövények begyűjtése, termesztése, tárolásuk, gyógyszerkészítményekké történő feldolgozásuk és a hozzájuk fordulókat ellátása lett.

A gyógyszeripar kialakulásával fokozatosan háttérbe szorult a gyógyszerész gyógyszerkészítő tevékenysége. A második világháború előtt lakosságunk nagy része előtt az egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége korlátozott volt. Akkoriban a közforgalmú patikák gyógyszerészei azonban még jelentős arányban készítettek magisztrális gyógyszereket. Munkájuk másik nagy részét a gyári preparátumok expedálása tette ki.

Mára a helyzet alapjaiban megváltozott. Ez részben a gyógyszerészet belső fejlődésének, részben a körülmények változásának tudható be. A gyógyszerkutatás és a kereskedelem fejlődése az analitika, a nagyhatású

gyógyszerek a farmakológiai és toxikológiai ismeretek előtérbe kerülésével járt. A zöldhullám és a fogyasztói társadalom megjelenése miatt a gyógyszerésznek az öngyógyítás-öngyógyszerelésben való hatékony segítségnyújtásra, a költségrobbanás következtében a közgazdasági ismeretekre is szert kellett tenni. A magisztrális praxis mára jelentékeny mértékben lecsökkent és az újabb rendeletek lehetővé teszik egyes OTC-gyógyszerek patikán kívüli forgalmazását (pl. drogériákban, benzinkutaknál, szupermarketekben, sőt gyógyszerkiadó automatákból). Az elmúlt évtizedekben a gyógyszerértári gyógyszerési tevékenység tehát alapvetően átalakult és a folyamatnak nincs vége. A korábbi expedáló gyógyszerési munkakört fokozatosan felváltja az *evidence based pharmacy* és ennek keretein belül a gyógyszerési gondozás.

A gyógyszerési kompetencia a szakma, a politika és a társadalom kapcsolatrendszerében

A gyógyszerési tevékenység egészét és társadalmi elismertségét befolyásoló kompetenciákat több oldalról is lehet értelmezni és tárgyalni.

I. Hankó Z. a három egészségügyi kamarára és a gyógyszer-gazdaságosságra vonatkozó új (neo)liberális törvények már érzékelhető és várható hatásait elemezte és a gyógyszerési kompetencia változását

a gyógyszerpiaci liberalizáció folyamatában vizsgálta [2]. Tény, hogy a szakma a jogszabályokban rögzített gyógyszerészi kompetenciákban a 2006. őszi törvénykezést megelőzően már évek óta veszteségeket szenvedett el. A gyógyszer-gazdaságossági törvényhez köthető legfontosabb változás, hogy a személyi jog „kiüresedett” és a gyógyszer-tár-működtetés joga a személyi jogos gyógyszerészről a törvény erejénél fogva a gyógyszer-tári vállalkozásra szállt, továbbá a gyógyszer-expediálása immár a gyógyszerkiadó szakasz-szisztensnek is alanyi joga. Noha a gyógyszer-gazdaságossági törvény a gyógyszer-tár felelős vezetői pozícióját továbbra is gyógyszerészi diplomához köti, azonban a felelős vezető jog- és feladatköre meglehetősen korlátozott. A magisztrális gyógyszerkészítés is gyógyszerészi feladat maradt, azonban ennek az évtizedek óta folyamatosan háttérbe szoruló tevékenységnek a további eljelentéktelenítésére a törvényalkotók leplezetlen lépéseket tettek. A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépésével a lakossági gyógyszerellátásban alig maradt jogilag elismert (jogszabályban nevesített), kizárólagos (gyógyszerészi diplomához kötött) és piacépítő gyógyszerészi kompetencia. Mindezekből kitűnik, hogy a szakmai kompetencia nemcsak egy adott szakterület (hivatás) belső fejlődésétől, hanem a politikától, valamint a politika és a szakma viszonyától is függ. A függés különösen azokon a szakterületeken (így a járóbeteg gyógyszerellátásban) erős, ahol az állam szabályozó szerepe jelentős!

2. Hankó Z. imént már idézett cikkében a gyógyszerészi kompetencia kifejezést elsősorban az „illetéesség”, „hatáskör” és „jogosultság” értelmezési tartományban használta, és azokkal a kompetenciákkal foglalkozott, amelyeket jogszabályok nevesítenek. A kompetencia azonban – a fentebb ismertetett definíciókat is figyelembe véve – a szakértelem oldaláról is értelmezhető, és elemezhető, hogy a gyógyszerész pályájának egy adott szakaszában (a megszerzett alapképesítésnek és a további képezéseknek megfelelően) milyen szakmai kérdésekben illetékes. A záróvizsga (avatás) után ugyanis a fiatal kollégából még „akárki” lehet, a kompetenciája tehát potenciálisan teljes. Azonban tíz év gyakorlat után, amikor egy szakterületen, pl. kórházi gyógyszer-tárban „bedolgozta magát”, így ott specialistának számít, a lehetőségei más szakterületen való feladatellátásra már korlátozottak. Ha pedig 30-40 évet eltöltött a pályán, jószerivel csak ahhoz a területhez ért, amelyen addig működött. Hiszen az alapképzés során szerzett, a gyógyszerészet más területeire vonatkozó ismeretei elavultak és az ezen szakterületek gyakorlásához szükséges készségekkel sem rendelkezik. Ennek megfelelően a kompetenciája beszűkül. Ezt ismerte fel a jogalkotó pl. az 1994. évi LIV. törvény (az ún. gyógyszer-tári törvény) megalkotása során is, amikor a más szakterületeken huzamosabb ideig tevékenykedő gyógyszerésznek

(szakirányú gyakorlat) a személyi jogot csak a közforgalmú gyógyszerészetben meghatározott időtartamban végzett munka (szakmai gyakorlat) után engedélyezte. Ezt a szabályozási elvet a gyógyszer-gazdaságossági törvény is átvette. A *kompetencia beszűkülése* természetesen minden más hivatásra is érvényes.

3. A gyógyszerésszel szembeni követelmények nemcsak a szakma belső fejlődéséből (aktuálisan érvényes szakmai szabályokból), a jogszabályokból és az egyes munkakörökből (szakterületekből) vezethetők le, hanem a betegek (a társadalom) jogos elvárásait is figyelembe kell venni és a kompetenciák kialakítása során ezeket is messzemenően érvényesíteni kell. A mai magyarországi társadalomban egyre dominánsabban jelenik meg értékként az egészség. Ennek megőrzésében, a primer prevencióban, az öngyógyítás-öngyógyeztetés támogatásában jogos társadalmi igények fogalmazódnak meg a gyógyszerésszel szemben. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy a mediatizált fogyasztói társadalom kiépülésének következtében erősödik a felelőtlen termékhasználat iránti igény is, amivel szemben a szakma fellépési lehetősége korlátozott.

A megkövetelt gyógyszerészi kompetenciákat együttesen szemlélve ideálisnak az az állapot tekinthető, ha mindegyik megközelítés tartalmilag egymással fedésbe hozható. Sajnos ez ma Magyarországon nincs így! *A társadalom által igényelt, a politika által elismert, a szakma által megkövetelt és a képzés (továbbképzés) során szerzett kompetenciák között jelentős különbség van!* Normál körülmények között e követelményrendszerek összhangba hozása a politika és a szakma közötti egyeztetésekkel megvalósítható, mert mindkettőjüknek tisztában kell lenni a jogos társadalmi igényekkel és a lehetőségekkel. Ma azonban a valós és jogos társadalmi elvárások felkutatása elsősorban a gyógyszerészet érdeke. A gyógyszerészet (mint hivatás) létjogosultságát ugyanis hosszabb távon csak a társadalmi igényeknek való megfelelés igazolhatja.

Nemzetközi tendenciák

A jogszabályokban rögzített, a szakmailag elfogadott és társadalmilag elismert kompetenciák az egyes országokban eltérnek egymástól. Ennek részben az egyes gyógyszerészet-modellek közötti különbség az oka (az adott országban merkantil vagy etikus, illetve vegyes modell működik), részben az eltérő szakmai hagyományokban gyökerezik, részben pedig az egészségügyi ellátó rendszerrel szemben támasztott társadalmi-politikai elvárások különbözőségéből fakad.

I. Simon L. egy korábbi cikkében [3] arról tájékoztat, hogy az Egyesült Királyságban – miután szakértők megvizsgálták az orvosok gyógyszerfelírási, gyógyszerellátási és adminisztrációs tevékenységét – 1999-ben arra a megállapításra jutottak, hogy a gyógyszerfelírás addig kizárólagos orvosi kompetenciáját kívá-

natos és időszerű más szakmai csoportokra is kiterjeszteni. Ezt követően biztosították a gyógyszerészek által gyakorolható, ún. „támogató” gyógyszerfelírás (*supplementary prescribing*) lehetőségét, ami azt jelenti, hogy egy arra önként jelentkező, önálló (független) receptírási joggal rendelkező orvossal (*independent prescriber*) partnerkapcsolatban (*prescribing partnership*) álló gyógyszerész receptet írhat az ún. klinikai ellátási terv (*clinical management plan*) keretén belül. Ennek keretei között a gyógyszerész adott beteg(ek) részére, meghatározott betegségek körében, megadott időtartamban jogosult vényt írni. Ezt követően egy 2005-ös kormányrendeletben gyógyszerészek számára deklarálták a „független” gyógyszerfelírói státuszt is (az orvosok és a fogorvosok végzésüket követően „független” gyógyszerfelírók lesznek), így ők 2006 tavaszától, bármilyen forgalomban lévő gyógyszert, bármilyen betegsége felírhatnak, kivéve az ún. kontrollált (kábitó) szereket. Az új szabályozás a gyakorlatban azt jelenti, hogy a klinikai menedzsment az orvos és a beteg egyetértésével a gyógyszerésznek – mint gyógyszerfelírónak, mint a gyógyító csapat tagjának – a hatáskörébe helyezi a terápiás terv egyes elemeit. A kivitelezésben az egység és folytonosság megvalósulása érdekében a „független” és a „támogató” gyógyszerrendelők közül egy független gyógyszerrendelőként működő team-vezetőt is meg kell nevezni. Miután az új feladat ellátása csak bizonyos kritériumok teljesülése esetén biztosítható, elengedhetetlenné vált ezek elemeit egy kompetencia keretben (*competency framework*) összefoglalni. A kellő jártasságot továbbképzéseken vagy egyéni felkészüléssel lehet mindkét típusú gyógyszerfelírói státuszhoz megszerezni.

2. Vannak országok, ahol a gyógyszerészi gondozást, illetve a gyógyszerészek által nyújtott kognitív szolgáltatásokat is elismeri a biztosító. Németországban a házi ápolás a gyógyszerértékesítési vállalkozás által nyújtható szolgáltatások közé tartozik. A szerzőknek tudomásuk van arról, hogy egyes uniós országokban a gyógyszerészek meghatározott diagnosztikai vizsgálatokat is végezhetnek a közforgalmú gyógyszertárakban [4].

3. Az elmúlt évben a FIP kongresszuson felszínre kerültek a gyógyszerészet aktuális kérdései és a jövő

kihívásai. Megvitatták a gyógyszerész kollaboratív, gyógyszerellátó, vezető-irányító tevékenységét és szerepét a társadalomban. Többek között az alábbi kérdésekre keresték a választ:

- Elég-e, amit a gyógyszerész értékének megítéléséért teszünk? (Is there enough for the value of pharmacist?)
- Ha (tevékenységünk) nincs mérhető haszna a társadalomnak, akkor miért figyelnenek ránk? (If there is no measurable and tangible value to society, why should society pay attention to us?)
- Ha meggyőzzük a közvéleményt a gyógyszerészek fontosságáról, a politika elfogadja azt. (If we convince the public of the value of pharmacists, policy will follow) [5].

Ezen optimista és megszívlelendő gondolatok mellett figyelembe veendő egy kisebb („Skót felhívás a gyógyszerészek szakismeretének hatékonyabb igénybe vételére” – „Scottish manifesto calls for better use of pharmacists’ expertise”) [6] és egy nagyobb országból származó tanulmány („Vízió az Egyesült Államok gyógyszerészetének jövőbeli szerepéről, felelősségéről, szakember-igényéről” – „A Vision of Pharmacy’s Future, Roles, Responsibilities and Manpower Needs in the United States”) megállapításai is [7].

* * *

A továbbiakban a szerzők felvetik a kérdést, hogy az egyes gyógyszerészi munka- és feladatkörök ellátásához milyen feltételek kellenek, továbbá a (szak-)gyógyszerészek mely képzéséhez milyen kompetenciák kapcsolódnak? Nemzetközi adatok alapján arra is keresik a választ, hogy melyek a kizárólagos és a bővülő gyógyszerészi kompetenciák? Melyek azok a területek, amelyeken a megroppantott gyógyszerészi kompetenciák a szakmai és társadalmi elvárásokkal összhangban állíthatók helyre?

A válaszok keresése kapcsán nyilván sem a gazdasági, sem a társadalompolitikai trendeket nem lehet megkerülni, miként a globalizáció hatásait és következményeit is figyelembe kell venni. Továbbá olyan követelmények sem támaszthatók, amelyek érvényre juttatása Magyarországon belátható időn belül nem reális.

II.

A gyógyszerészekkel szemben támasztott tudás- és képességbeli elvárások.**Hogyan alakulhatnak a gyógyszerészek szakmai kompetenciái a jövőben és szerepük az egészségügyben, külföldi példák alapján?**

Az angol nyelvű irodalom bőségesen foglalkozik a gyógyszerészi kompetenciával. Ezek a munkák abból indulnak ki, hogy jelentősen csökkent a gyógyszerárakban készülő gyógyszerek aránya, minimalizálódtak a gyógyszerészek által elvégzendő gyógyszervizsgálatok és a gyógyszerészek szakmai tevékenysége egyre inkább az üzletvitelre és a gyógyszer-expediálásra irányul. Nagyrészt kihasználatlanná válik az egyetemen elsajátított elméleti tudás és anyagismeret. Az 1960-as évektől világszerte változik a gyógyszerészet: a gyógyszer-orientáltságról a páciens-orientáltság irányába. Kérdés tehát, hogy milyen tudás- és képességbeli (kompetencia) elvárásokat igényel ez a változás?

Franciaország

Franciaországban a graduális képzésen belül háromirányú szakosodás történt. Ugyanakkor az országok többségében – így Magyarországon is – egészen napjainkig szakosodásmentes képzés folyik (legfeljebb szakirány választásra van lehetőség) [8-11]. Mivel a szakosodás a gyakorlat igényeire alapult, ez a változás a szakmai kompetenciák bővülését is magával hozta, s egyben a jogszabályi háttérfeltételeket is kedvezően befolyásolta. Ugyanakkor a szakosodás nélküli képzést folytató országokban maradtak, vagy csak kis mértékben változtak a kompetenciák és a kialakult jogszabályi feltételek.

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban 5-10 év távlatra szóló kormányzati tervek körvonalazódtak az egészségügyet illetően, s a részletek kidolgozásával most foglalkoznak. A jövő orvosának ideális típusát szaktudásának és kompetenciáinak a megrajzolásával alakítják ki [12]. Ezzel párhuzamosan a Royal Pharmaceutical Society of Great Britain is ugyanazt teszi a gyógyszerészek jövőbeni társadalmi szerepének és kompetenciáinak kidolgozásával [13]. A 2002-től elindított reformok célja a tudás és kompetencia standardjainak kialakítása az egészségügyben.

Az Egyesült Királyságban a Nemzeti Egészségügyi Rendszer (NHS) reformja keretében a gyógyszerészeknek 20 kategóriába sorolva összesen 266 (!) kompetenciát rögzítettek, amelyből 118-at elengedhetetlennek tartanak, bármely területen dolgozzon is a gyógyszerész [14]. A tudás és a képességek 20 alapkategóriáját az **I. táblázat** tartalmazza.

A 118 alap-kompetencia közül az alábbiakat a gyógyszerészet úgyszólván minden területén elvárják:

- más szakmabeliekkel való együttműködés,
- önmotiváció,
- a személyes fejlődés szükségességének felismerése,
- személyes fejlődés megtervezése,
- munkaszervezés,
- szóbeli és írásbeli kommunikációs készség,
- hatékony csapatmunkára való készség,
- információ- és tanácsadás más egészségügyieknek,
- a tudás és szakmai ismeretek naprakészen tartása,
- a folyamatos szakmai fejlődés követelményeinek teljesítése.

A 118-alap kompetenciából mindössze az alábbi hat gyógyszerészi szakma-specifikus:

- gyógyszerinformáció-szolgáltatás,
- személyre szabott gyógyszerkiválasztás,
- tanácsadás és információ-szolgáltatás a gyógyító csapat számára,
- a gyógyszerek klinikai terápiás alkalmazásainak ismerete,
- a gyógyszerek mellékhatásainak, kontraindikációinak és interakcióinak ismerete és
- a gyógyszerek klinikai értékelésének értéke/ismerete.

Az idézett tanulmányban szó esik a *közfoglalmú gyógyszerészek 5 legfontosabb kompetenciájáról*:

I. táblázat**A gyógyszerészekről elvárt tudás és a készségek 20 alapkategóriája az Egyesült Királyságban**

- | |
|--|
| – multidiszciplináris csapatban dolgozás |
| – vezető-készség |
| – önmenedzselés |
| – személyekkel való kapcsolattartás |
| – személyi és szakmai fejlődés igénye |
| – személyre szabott beteggondozás kialakítása |
| – ellátásra irányultság |
| – konzultációs készség |
| – kutatás és értékelés |
| – információs technológia és informatika ismerete és alkalmazása |
| – közegészségügy ismerete |
| – speciális kliens csoportokkal való foglalkozás, |
| – a támogatási elvek ismerete |
| – gyógyszerfelírás-támogatás más egészségügyieknek |
| – gyógyszerrendelési támogatás szervezeteknek |
| – gyógyszerek adminisztrációjának támogatása |
| – gyógyszerek ismertetése (<i>medicine management</i>) |
| – új technológiák alkalmazása |
| – folyamatos naprakész gyakorlat és |
| – a gyógyszerészi ismeretek támogatása |

- a gyógyszer-expediálásról,
- a sürgősségi gyógyszerellátásról,
- az OTC gyógyszerek kiszolgáltatásáról,
- a szükséges gyógyszerkészlet biztosításáról, valamint
- a kisebb és ritka betegségek (árva – angolul *orphan* – betegségek és gyógyszerek) esetén történő tanácsadásról.

Ettől eltérőek a *kórházi gyógyszerészek*től elvárt kompetenciák:

- a kutatási evidenciák gyakorlati felhasználása,
- a gyógyszerfelhasználás értékelése (*reviewing drug charts*),
- a gyógyszeralkalmazásra vonatkozó tanácsadás és
- a klinikai szolgáltatások ügyvitele.

A Magyarországon eddig ismeretlen szerepkörben, az ún. *primer egészségügyi ellátásban* dolgozó gyógyszerészek elvárt kompetenciái:

- az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése,
- a páciens-csoportok kialakításának irányítása,
- adatok analízise,
- kutatási evidenciák gyakorlati felhasználásának analízise és
- a gyógyszer-rendelési adatok analízise.

A tanulmány szerint folyamatban van a gyáripárban, az egyetemeken és a privát szektorban dolgozó gyógyszerészek kompetenciáinak értékelése és számavátele is [15].

Az idézett tanulmány említést tesz ún. „fejletlen” kompetenciákról (*underdeveloped competencies*), amelyekben – a definíció szerint – a gyógyszerészeknek kevesebb, mint fele érintett, s amelyek a kormány jövőbeni egészségpolitikája szempontjából fontosak lesznek. Ezen „fejletlen” kompetenciák száma a közforgalomban dolgozó gyógyszerészeknél (a minden gyógyszerésztől elvárt 118 kompetenciából) 74. Ez azt jelenti, hogy náluk az elvárt kompetenciák több mint fele „fejletlen” formában van. Köztük vannak olyan fontosak, mint a nem várt gyógyszerhatások felismerése és a gyógyszerek monitorozása, az új technológiák, mint az internet kiterjedt alkalmazása, a gyógyszerelési jegyzőkönyvek vállalása (*undertaking medication reviews*), a klinikai beavatkozások regisztrálása és a gyógyszerek ismételt expediálása stb.

Az egészségügyi ellátás első vonalában (*primary care*) dolgozó gyógyszerészeknél a „fejletlen” kompetenciák száma 53. Hiányosabbak között a páciensek egészséges életmódra, öngondoskodásra és adherenciára irányításának készsége, nem megfelelő a páciens-transzfer szektorok közötti szervezés, a gyógyszerészeti gondozási tervek elkészítése és az egészség megítélése. A „fejletlen” kompetenciák dolgában a kórházi gyógyszerészek valamivel jobban állnak: 118-ból mindössze 44 szorul fejlesztésre. Ezek közül a legfontosabbak: az adminisztráció fejlesztése, a páciensek öngondozásának előmozdítása, a gyógyszerrendelés során az elektronikus eszközök használata.

Kanada

A gyógyszerészeti kompetenciák analízise rávilágít azokra a tennivalókra, amelyeket az egyetemeknek szem előtt kell tartaniuk tanterveik kidolgozásánál és felhívja a figyelmet a gyakorlatban tevékenykedő gyógyszerészek szükségszerű önképzésének, fejlődésének irányaira is. Az előbbi cél hatékony megvalósítása érdekében *Kanadában* – az egyetemi képzésben alkalmazott klasszikus módszerek mellett – interaktív módon, kiscsoportos foglalkozásokon, gyakorlatban sajátíttatják el azt az integrált tudást és készségrendszert, amelyek a jövőbeni gyógyszerészek számára fontosak [16]. Kiemelendő, hogy a humán anatómiára és élettanra, gyógyszerkémia, farmakológiára, biofarmácia, farmakokinetikára és klinikai gyógyszerészetre mint háttérismeretekre támaszkodó tantárgy keretében, tipikus esetek, problémák megoldása révén alakítják ki a hallgatókban azt az integrált tudást, kritikai gondolkodást, problémamegoldó képességet és nem utolsósorban gyakorlati készséget, amit a gyógyszerészeknek a mindennapi munkájuk során alkalmazniuk kell.

Amerikai Egyesült Államok

Nem kisebbek a leendő gyógyszerészekkel szemben támasztott elvárások az USA-ban sem [17, 18]. Kimondott szakosodás az alapképzésen belül nincs az USA-ban, de a mester-fokozat és a Ph.D bő lehetőségeket nyújtanak a specializálódásra [19]. Az angol nyelvű országok területén négy fő gyógyszerészeti tevékenység-modellt tartanak számon: a gyógyszerellátó, a gyógyszerismertető, a kórházi-klinikai és a gyógyszerészeti gondozásit [20]. A *gyógyszerellátó* gyógyszerészek feladata, hogy a megfelelő gyógyszereket időben biztosítsák a betegeknek és a gyógyszerrel egy időben a szükséges alap-információkat (is!) megadják. A *gyógyszerismertetésben* tevékenykedő gyógyszerész mind a páciensek, mind az egészségügyi személyzet számára nyújt információkat, valamint továbbképzéseket szervez az egészséges életmódról és a betegségek megelőzéséről. A *kórházi-klinikai* területen dolgozó gyógyszerészek a krónikus és akut betegségek komplex terápiájának megtervezésében nyújtanak segítséget az orvosoknak. A *gyógyszerészeti gondozásban* tevékenykedő gyógyszerészek közvetlenül együttműködnek a gyógyszerrendelő orvossal és a beteggel, és terápiás javaslatokat tesznek, értékelik a terápia hatékonyságát, gondozási tervet készítenek, segítik és ellenőrzik a beteg együttműködését. Ez utóbbi modellben a gyógyszerészek munkacsoportban tevékenykednek, s felelősek a terápia kimeneteléért. A kórházi gyógyszerészek számára az USA-ban nemcsak az egyre növekvő elvárásokat fogalmazzák meg, de egy önellenőrzést lehetővé tevő, ún. „check-listát” is kidolgoztak.

III.

A gyógyszerészi kompetencia jövője Magyarországon

Magyarországon az 1960-as évektől kezdődően szinte folyamatos reformok voltak a gyógyszerészképzésben. Ennek végső hozadékeként könyvelhető el az új orvosi-biológiai tantárgyak bevezetése, ill. óraszámuk fokozatos emelése, a szakvizsgák rendszerének bevezetése (1973) és az ötéves képzésre való áttérés (1988). Mindezekkel párhuzamosan a gyógyszerészek szakmai tevékenységére vonatkozó jogszabályi háttérfeltételek alig változtak, így még azokon a szakterületeken sem lehetett a gyógyszerészi szaktudást értékén rendszerbe állítani, ahol az lényeges hiányokat pótolni kellett volna. Úgy tűnik, hogy az egyre több országban gyakorlattá váló ún. evidencián alapuló terápia megvalósítása – ami multidiszciplináris megközelítést és gyógyszerészi szaktudást is igényel – nálunk még várat magára. Az ehhez szükséges gyógyszerészi kompetenciák elvárását célzó jogszabályok kidolgozásra várnak, bár a képzésben és továbbképzésben a nemzetközi trendet követő változások már megkezdődtek.

Ha abból indulunk ki, hogy a jogszabályok által elismert, kizárólagos és piacépítő gyógyszerészi kompetenciák zömét – az elmúlt időszak erőszakos törvénykezési gyakorlatának következtében – a szakma elvesztette, a gyógyszerészi hivatás presztízsének és feladatainak helyreállítására elvileg lehetséges út (1) az elvesztett jog- és feladatkörök visszaszerzése, (2) a megmaradt kompetenciák megőrzése, megerősítése és új tartalommal való kibővítése, illetve (3) új kompetenciakörök kialakítása.

A szerzők nem vállalkozhatnak arra, hogy a gyógyszerészet különböző területein a hazai sajátosságokat figyelembe vevő és a jogos igényekből kiinduló valamennyi kompetencia-területre ráirányítsák a figyelmet. Fontosnak tartják viszont, hogy a legutóbbi törvénykezés során legnagyobb veszteségeket elszenvedett lakossági gyógyszerellátás területén négy olyan feladattal foglalkozzanak, amelyek az elvárások, feladatok, képességek és követelmények harmonizálásának igényével sürgős újragondolást illetve korrekciót igényelnek. Meggyőződésük, hogy ezen feladatok átgondolását követően – a többi feladat jelentőségét sem lebecsülve – jelentős előrelépés érhető el.

Gyógyszerészi expedíálás

1. Az expedíálással kapcsolatos „hivatalos” elvárásokat több jogszabály rögzíti. A fontosabb jogszabályok, a teljesség igénye nélkül:

- az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (gyógyszer-törvény),

- a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (gyógyszer-gazdaságossági törvény),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet,
- a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet,
- az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet,
- a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló 1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet,
- az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról szóló 52/2005. (XI. 18.) sz. NM rendelet.

A jogszabályokban rögzítették pl. a vény alaki kellékeivel, érvényességével, ellenőrzésével, elszámolásával és megőrzésével kapcsolatos előírásokat, a vényre rendelhető gyógyszerek körét, a rendelhető gyógyszerek mennyiségét, a vényre történő gyógyszer-kiszolgáltatás szakmai szabályait, a közgyógyellátás, a bonthatóság, a mellékhatás-bejelentés, a helyettesítés, az ár- és térítési díj képzés, a társadalombiztosítással történő elszámolás és a betegtájékoztató főbb szempontjait. Az előírások jelentős hányada a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekkel kapcsolatos eljárási szabályokhoz és a támogatások elszámolásához kapcsolódik. A vény nélküli gyógyszerek expedíálásával kapcsolatos előírások a jogszabályokban kevésbé körülírtak, aminek az okát elsősorban abban látjuk, hogy ezek expedíálása során nem kerül sor közösségi pénzek (járulékok) folyósítására.

Önmagában már az nehézséget okoz, hogy egyetlen patikai munkafázis szabályozása ilyen sok jogszabályban jelenik meg. A gyógyszerészek másik, évek óta folyamatos panasza a bürokratikus eljárásrend, amely a szakmai tevékenységtől veszi el az idő és az energia nagy részét.

2. Ha a jogos társadalmi igények felől közelítjük az expedíálást, a fentiekben túl az alábbi főbb elvárások támaszthatók.

- Érvényesüljön a *gyógyszerbiztonság*, tehát a beteg azt a gyógyszert, abban az erősségben és mennyiségben kapja meg, amire szüksége van (amit felírt az orvos), ismerje meg az alkalmazásával és eltartásával kapcsolatos utasításokat, ismerje meg a lehetséges mellékhatásokat és interakciókat, legyen felkészülve a nem várt hatásokra, s a kiváltott gyógyszer jó (garantált) minőségű legyen.

- Érvényesüljön az *ellátásbiztonság*, tehát a beteg ott és akkor juthasson hozzá a gyógyszeréhez, ahol és amikor erre szüksége van. Ez részben a gyógyszertárak létesítésével és működtetésével összefüggő szabályozási (és finanszírozási) kérdés, részben viszont a gyógyszertárak készletezési gyakorlatának a függvénye. A gyógyszerkészítmények dinamikusan növekvő száma, a gyógyszerek átlagárának folyamatos növekedése, a nagy értékű gyógyszerek elterjedése és az egy készítményre jutó forgalmi hányad csökkenése miatt az empirián alapuló készletezési gyakorlatot megfelelő logisztikai és gazdálkodási ismeretekre alapozott készletezési rendszerek alkalmazásának kell felváltania ahhoz, hogy az ellátásbiztonság a gyógyszertár likviditásával összhangban legyen megteremthető.
- Érvényesüljön a *szolgáltatásminőség*, ami nemcsak megfelelő tárgyi feltételeket, udvariasságot, empátiát és kultúrált kiszolgálást, továbbá a betegjogok érvényesítésének kötelezettségét jelenti, hanem egyfelől az (egészségügyi) szolgáltatásmarketing és eladástechnikai ismeretek alkalmazását, másfelől a megfelelő gyógyszeralkalmazási és -eltartási, valamint a klinikai farmakológiai és biofarmáciai ismeretek hatékony átadásának képességét is.
- A beteg ellátása során érvényesülnie kell a *költséghatékonysági* szempontoknak is. Sem a beteg, sem a biztosító pénztárcája indokolatlanul nem terhelhető meg. Ehhez megfelelő farmakoökonómiai ismeretekre, továbbá empatikus szemléletre, a másik érdekeinek elismerésére, azaz olyan döntési modellek tudatos alkalmazására van szükség, melyekben az érintettek iránti respektus is jelen van. (A szabályozó hatóságnak pedig arra kell törekednie, hogy mindezeket a feladatokat a gyógyszertár is költséghatékonyságosan végezhesse: olyan szabályozást alakítson ki és finanszírozást biztosítson, amely az érdekeltséget megteremti.)

3. Az expedíálással szembeni elvárásokat a *szakma szabályai* felől közelítve további követelmények is támaszthatók:

- Vényköteles gyógyszer esetén a gyógyszerésznek biztosítania kell a beteg compliance-ét, ill. adherenciáját, mert
 - súlyos vagy krónikus betegségben ez a gyógyulás illetve a megfelelő életminőség és szövődmény-mentesség záloga;
 - a beteg non-adherens viselkedése miatt a betegség súlyosbodásával és szövődmények megjelenésével kell számolni,
 - a beteg tudatos együttműködésének a hiányában főlegesen pénzpazarlás a tb támogatás utalványozása és a beteg által gyógyszerre kifizetett térítési díj, ugyanis a gyógyszerrel a kívánt hatás nem érhető el,
 - az egészségügyi ellátórendszer szereplőinek

idejét és szakértelmét eredmény nélkül vette igénybe a beteg.

- A gyógyszertári szolgáltatásokat orvosi indikáció nélkül igénylő személy ellátása során
 - segíteni kell a beteget a tünetekre alapozott öndiagnózis helyes értelmezésében,
 - az öndiagnózis ismeretében (1) dönteni kell az orvoshoz irányításról, (2) javaslatot kell tudni adni az életmód-korrekcióna és (3) dönteni kell a vény nélküli gyógyszeres kezelés (vagy egyéb termék használat) indokoltságáról, ez utóbbi esetben
 - segíteni kell a gyógyszer (gyógytermék, egyéb termék) kiválasztásában, az alkalmazásához szükséges ismeretek megszerzésében (adagolás, mellékhatások, interakciók stb.) és
 - tájékoztatni kell a beteget a terápiás eredménytelenség esetén követendő eljárásról.

Ez a megközelítés túllép azon a régebben hangoztatott (és egyébként ma is jogos) követelményen, miszerint a gyógyszerész az utolsó ellenőrzési pont a beteg ellátásában. Új szerepfelfogásra, sokkal teljesebb megközelítésre van szükség. A kompetencia-felülvizsgálat során ezekhez az elvárásokhoz célszerű igazítani az expedíálás során elvégzendő (nevesítendő) feladatokat, az azok elvégzéséhez szükséges ismereteket, képességeket és készségeket, valamint a megszerzésükhöz szükséges továbbképzési programokat.

Az elvárásokra alapozva meghatározott feladatok ismeretében újra kell gondolni az expedíálási tevékenység anyagi fedezetét is. Mivel az így végzett expedíálás során jelentős hozzáadott-érték képződik, a jelenlegi árrendszer elvileg is tarthatatlanná válik, mert a gyógyszer-tári tevékenység díjazásában nemcsak a kereskedelmi tevékenység ellenértékét kell biztosítani, hanem az expedíálás során képződő értéktöbbletet is honorálni kell.

Az expedíálással kapcsolatos elvárások és követelmények összegzése során nem kerülhető meg a szakasszisztensek expedíálásának kérdése. Amennyiben elfogadjuk, hogy a fentiekben felvetett szempontokat a gyógyszerek expedíálása (a gyógyszertári szakember és a beteg találkozása) során érvényesíteni kell, belátható, hogy a szakasszisztensek jelenlegi képzési és továbbképzési lehetőségei nem elégségesek a vázolt gyógyszer-expedíálási feladatok korlátlan ellátására. Ezért (is) indokolt, hogy gyógyszertár csak gyógyszerész jelenlétében láthasson el betegeket [41/2007. (IX. 24.) EüM rendelet]. Másrészt a fentiek ismeretében tisztázandó, hogy hol húzódnak a szakasszisztensi gyógyszerkiadás kompetencia-határai.

Gyógyszerési gondozás

Az expedíálási tevékenységhez szorosan kapcsolódik a *gyógyszerési gondozás*. A sikeres diabetes (MOSZ) és hypertonia (MGYK) gondozási modellkísérletet követően a 2007 nyarán az MGYK, az MGYT

és a MOSZ együttműködésében létrehozott Gyógyszerészeti Gondozási Szakmai Bizottsága koordinálásában most folyik a metabolikus szindróma gondozási program előkészítése, amely ötvözi a már korábban bevezetett gyógyszerészeti gondozási programokat és kiegészíti a dyslipidaemia gondozási programmal. Folyik az öngyógyítás-öngyógyszerelés területén egy átfogó szakmai protokoll előkészítése is (MGYT), ami – remélhetően – hamarosan alkalmas lesz arra, hogy a gyógyszertárakban az alapszintű gyógyszerészeti gondozás tömegesíthető legyen.

Bár sokan időről időre úgy nyilatkoznak, hogy eddig (és évtizedek óta) folyt már a magyarországi gyógyszertárakban gyógyszerészeti gondozás, a mostani programok minőségileg új helyzetet teremtenek. Ugyanis a gyógyszerész ezekben az esetekben már nemcsak a fentebb már említett gyógyszerbiztonságért, ellátásbiztonságért, szolgáltatásminőségért és költség-hatékonyságért, valamint a gyógyszeralkalmazás szakszerűségéért felelős, hanem támogatnia kell az öngyógyítás-öngyógyszerelés során hozzá forduló (beteg) egészséges életvitelét, elő kell segítenie a korai diagnózist (a betegségek időben történő felismerését), továbbá irányítania és kontrollálnia kell a diagnosztizált és orvosi kezelésbe vett beteg gyógyszeres terápiáját.

A gyógyszerészeti gondozás részletes szabályozására irányuló egyeztetéseken a gyógyszerészeti gondozáshoz kapcsolódó kompetenciák kialakítása során figyelemmel kell lenni az orvos-beteg-gyógyszerész kapcsolat új dimenzióira, a gyógyszerésszel szemben támasztott új szakmai és kommunikációs követelményekre, valamint az ügyvitel és az adatkezelés (adatfeldolgozás) szempontjaira is. Új dimenzióban jelenik meg a minőségbiztosítás is, amennyiben már nemcsak a gyógyszer mint termék, hanem a gyógyszertár által nyújtott szolgáltatások minőségét is garantálni kell.

Gyógyszerészeti minőségbiztosítás

A gyógyszertár működtetése során érvényesíteni kell a *minőségbiztosítási* szempontokat. Meg kell felelni a jogszabályokban és a külső ellenőrzések által támasztott követelményeknek (pl. ÁNTSZ, MEP-ek, kábítószer-rendészet, munkavédelmi előírások). Ugyanakkor a hatályos előírások szerint a gyógyszertárnak mint egészségügyi szolgáltatónak rendelkeznie kell belső minőségbiztosítási rendszerrel is.

A gyógyszertári minőségbiztosítás több szempontból is fontos része a gyógyszertár működésének: egyrészt a gyógyszerekkel kapcsolatos minden egyes résztevékenység során érvényesíteni kell a biztonságot, másrészt az egyedileg készülő gyógyszerek különleges eljárást, adminisztrációt és ellenőrzést igényelnek, harmadrészt a gyógyszer mint termék hagyományos minőségbiztosítási feladatai mellett ma már a gyógyszertári szolgáltatások minőségbiztosítását is garantálni kell.

A lakossági gyógyszerellátást végző gyógyszerterárikban a belső minőségbiztosítási rendszer kiépítése és naprakészen tartása, valamint a munkafolyamatok során a minőségbiztosítás irányítása és felügyelete gyógyszerészeti feladat. A minőségbiztosítás egyik alapelve ugyanis, hogy a vállalat (vállalkozás) vezetése és a minőségbiztosítási rendszer felügyelete lehetőség szerint egymástól elkülönülő státusként kerüljön rögzítésre. Ezért tisztázandó, hogy ki lehet minőségbiztosítási felelős és nevesítendő a minőségbiztosításért felelős gyógyszerész jog- és felelősségi köre (kompetenciája), valamint a vele együttműködő többi munkatárs felelőssége is. A Gyógyszerészeti Gyógyszerellátási Szakmai Kollégium és a Gyógyszerészeti Együttműködési Fórum Minőségbiztosítási és etikai munkacsoportja az ehhez szükséges munkát megkezdte.

Személyi jog – gyógyszerész menedzsment

A gyógyszertár-működtetés jogát a gyógyszertári törvény 1994-ben a *személyi jogos* gyógyszerészhez rendelte, a gyógyszer-gazdaságossági törvény 2006-ban ezzel a joggal a gyógyszertárat működtető gazdasági társaságot ruházta fel. A gyógyszertári törvény a személyi jog elnyeréséhez szükséges követelményeket (pl. előírt időtartamú közfoglalkozású gyógyszertári szakmai gyakorlat, erkölcsi bizonyítvány, összeférhetlenségi szabályok, kötelező személyes közreműködés, kötelező minimális tulajdonhányad), valamint a megszűnés és visszavonás jogszabályi kritériumait rögzítette. Azonban a törvény hatályba lépését követő 13 évben *sem a személyi jogos gyógyszerész tevékenységével szemben támasztható követelményeket, sem az ezek biztosításához szükséges feltételeket, sem pedig a státushoz tartozó feladat- és tulajdonságprofilt, senki sem összegezte!* Ennek hiányában az erre a feladatra irányuló képzés és továbbképzés alig strukturálódott. A rendezetlenség hozzájárult a tulajdonostársak és személyi jogos gyógyszerészek közötti vitákhoz, a felelőtlenül megkötött szindikátusi szerződésekhez és a személyi jog erőzójához. A tisztázás ezeken túl azért is különösen fontos lett volna, mert az ágazat több mint 2000 vállalkozásban évente több mint 500 milliárd forint értékű gyógyszer forgalmazását biztosítja, ami már nemzetgazdasági szempontból is jelentős tétel és a személyi joghoz tapadó gyógyszertár-működtetés joga magában foglalta a vállalkozásirányítás kötelezettségét is.

A tényleges gyógyszertár-működtetés a gyógyszer-gazdaságossági törvény rendelkezése ellenére a gyógyszertárak többségében a mindennapokban továbbra is a személyi jogos gyógyszerész feladatkörét képezi, továbbá a törvény megőrizte a gyógyszertár felelős vezetői státuszát is (amelyet alaphelyzetben a személyi jogos gyógyszerész tölt be). A törvény a személyi jogos és a felelős vezető gyógyszerész feladatköréről szűkszavúan nyilatkozik, de kimondja, hogy a „gyógyszertár vezetője

felelős a gyógyszertárban – ideértve a közforgalmú gyógyszertárhoz tartozó fiókgyógyszertárakat is – folyó szakmai munka felügyeletéért. Szakmai felügyeleti jogkörében eljárva a személyzet tekintetében szakmai ellenőrzési és utasításadási joggal rendelkezik”. Ma már több gyógyszertárból érkeznek olyan jelzések, melyek szerint – a jog- és feladatkörök rendezetlensége miatt – a gyógyszerészeti szakmai szabályokat nem ismerő tulajdonosok már a szakmai munka irányítását is maguknak vindikálják. Tisztázni kell tehát, hogy

- mit takar a gyógyszertár-működtetés és a gyógyszer-tárvezetés fogalma,
- mi tartozik tulajdonosi kompetenciába (közgyűlés), mely közgyűlési döntésekhez írható elő a személyi jogos gyógyszerész egyetértése és melyek lehetnek a személyi jogos gyógyszerészt megillető „menedzsment” jogok;
- melyek a személyi jogos és a felelős vezetői (továbbá a hatósági vezetői) státuszhoz tartozó kompetenciák,
- a személyi jogos gyógyszerésznek, a felelős vezetőnek és a hatósági vezetőnek a feladatok ellátásához milyen ismeretekre és képességekre van szüksége.

A tisztázást követően pedig biztosítani kell, hogy az egyetemi képzés és – a korábban végzett gyógyszerészek esetén – a továbbképzések során ezeket az ismereteket, képességeket és készségeket a gyógyszerészek megszerezhessék. Ha pedig szükséges, a zavaros helyzetek elkerülésére a szabályozás korrekcióját is kezdeményezni kell.

* * *

Valamennyi szakma kompetencia-körének a társadalmi igényekhez mért szélesítése alapvető társadalmi és szakmai érdek. Fejlesztésében a szakmai szervezeteknek és a képzéssel foglalkozó iskoláknak meghatározó szerepük van. Így elengedhetetlen, hogy a gyógyszerészkép-

zéssel és továbbképzéssel, a szakma egészének hatóköre is folyamatosan fejlődjön, s ezáltal a társadalom igényei újabb és újabb területeken kerüljenek kielégítésre. A gyógyszerek egyre növekvő száma miatt a hozzájuk kapcsolódó információs igény egyre nehezebben teljesíthető és nem egyszerűsödik sem az ügyvezetés, sem az adminisztráció. Az egészségügyi ellátásban a szakmák közötti versengésben a gyógyszerészet pozícióit azon területeken mindenképpen erősíteni kell, ahol a gyógyszerekre mint anyagokra vonatkozó speciális ismeretek (gyógyszerstabilitás, felszívódás, farmakológia, farmakokinetika, gyógyszerforma, interakciók stb.) ezt indokoltá teszik. Gyógyszerészeti közreműködés nélkül nehezen képzelhető el az evidencián alapuló terápia, amely az összes rendelkezésre álló tudásra épül. Ebből az integrált ismeretanyagból nem hiányozhat a megfelelően képzett gyógyszerészek szaktudása, akik felelnek a gyógyszerbiztonságért, az ellátásbiztonságért, a gyógyszerészeti szolgáltatások minőségéért és a gyógyszerellátó rendszer költséghatékony működtetéséért is.

A gyógyszerészet helyzetének alapos elemzése mellett Magyarországon is kimunkálандó egy előremutató szakmai jövőkép, amelyben – a ma még irreálisnak tűnő külföldi eredményeket és elvárásokat sem figyelmen kívül hagyva [5, 7] – elsősorban a hazai társadalmi elvárásokra és a lehetőségekre kell figyelemmel lenni. Ehhez bátorítani szükséges a szakma mai vezetőit és valamennyi gyógyszerészt, hogy a jövő generációk is igénybe vehessék a gyógyszerészek szakértelmét és szakmai szolgáltatásait.

IRODALOM

Az 1-20 sz. irodalom az MGYT honlapjáról (www.mgyt.hu) letölthető és kérésre a szerkesztőség az érdeklődőknek megküldi,

L. Simon, Z. Hankó and M. Kata: *The pharmacists' competencies*

¹Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar, Szeged, Eötvös u. 6. – 6720

²Tölggyfa Patika Bt., Kistarcsa, Vadrózsa u. 26. – 2143

A dolgozathoz tartozó tesztkérdések az utolsó oldalon találhatók

