

Hogyan építhetünk ki jó gyógyszerész-orvos együttműködést?

Dr. Hankó Balázs

Bevezetés

Az MGYT, az MGYK és a MOSZ által életre hívott Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottsága a nemzetközi ajánlásokat és definíciókat, valamint a hazai körülményeket figyelembe véve a gyógyszerészi gondozási tevékenységet az alábbiak szerint definiálta: „A gyógyszerészi gondozás a gyógyszerész által végzett dokumentált tevékenység, melynek célja az eredményes, biztonságos és költséghatékony gyógyszeres terápia elősegítése, együttműködésben az orvossal, továbbá a beteg egészségtudatos életmódra nevelése, gyógyszerhasználatának irányítása, együttműködő készségének növelése, életminőségének javítása, minőségileg kontrollált körülmények között.” [8].

Hasonlóan a Hepler, a Nemzetközi Gyógyszerész Szövetség (FIP) és az Europharm Forum által megfogalmazott definíciókhoz, a hazai meghatározás meghatározó eleme, hogy a gyógyszerészi gondozási tevékenységnek szoros együttműködésben kell megvalósulnia az orvossal, azaz a gyógyszerészi gondozás révén megoszlik az orvos felelőssége a gyógyszerésszel az optimális terápiás eredmény elérése érdekében [9-11]. Mindezek mellett számos nemzetközi vizsgálat számol be arról, hogy a gyógyszerészek és orvosok együttműködésében végzett gondozási tevékenység javítja a betegek életminőségét, együttműködő készségét és életkilátásait [12-15].

Az elmúlt években Magyarországon a gyógyszerészi gondozás területén végzett modellkísérletekben sor került a gyógyszerész és az orvos szorosabb szakmai együttműködésére (pl. a beteg orvoshoz irányítása során ún. referáló levéllel kereste meg a gyógyszerész a beteg kezelőorvosát) és ennek során bebizonyosodott, hogy a siker egyik kulcsa az orvos és a gyógyszerész együttműködése [16, 17]. A fentieken túl a téma aktualitását támasztja alá az a gyakorlati tapasztalat is, hogy a gyógyszerészi továbbképzéseken és az egyetemi hallgatók között is sokszor vetődik fel a kérdés egy-egy esettanulmány megbeszélésekor: „De hogyan mondjam meg ezt a beteg kezelőorvosának? Egyáltalán megmondhatom-e neki? Mi van, ha úgysem hallgat meg?”

Az orvos-gyógyszerész kapcsolatról a mindennapokban általánosan elhangzó kijelentés, hogy ha a beteg gyógyszeres terápiájával kapcsolatban a gyógyszerész valamit helytelennek ítél meg, akkor azt úgy kell az orvos tudomására hozni, hogy a beteg ne hallja és ne vegye észre. Ez az eljárás a betegjogi és az etikai szabályozásból is levezethető. Az orvos által előírt

A közlemény a gyógyszerészi hivatás hármas kapcsolati rendszerének, az orvos-beteg-gyógyszerész kapcsolatnak egyik fontos elemét, az orvos-gyógyszerész együttműködési modelljét és tudatos fejlesztési lehetőségeit mutatja be. Az elméleti megközelítés és irodalmi áttekintés mellett egy esettanulmány segítségével is érzékelteti, hogy milyen lehetőségei vannak a gyógyszerésznek az együttműködés fejlesztésére. A közlemény szorosan kapcsolódik a Gyógyszerészetben korábban megjelent, a gyógyszerész és a beteg együttműködését elemző cikkekhez [1-4], valamint a gyógyszerészi kompetencia vizsgálatával és megújításával foglalkozó kibontakozó szakmai vitához [5-7].

gyógyszeres terápiát nem szabad a beteg előtt kritizálni. A gyógyszerészi gondozás viszont már ennél hosszabb távú, tudatosan felépített orvos-gyógyszerész kapcsolatot követel meg. De létezik-e valamilyen recept arra, hogy ez a kapcsolat megfelelően alakítható legyen? Hogyan lehet tudatosan javítani az orvosokkal való együttműködést? Létezik-e valamilyen modell, ami az együttműködés fejlesztésének módszerét leírja? Milyen tulajdonságok befolyásolják az együttműködést? Jelen cikk ezekre a kérdésekre próbál meg választ adni annak érdekében, hogy a bevezetőben említett célok elérését segítse mind az orvos-gyógyszerész kapcsolat építésében, mind pedig a megtépzott gyógyszerészi kompetenciák megújításában.

A gyógyszerész-orvos együttműködés modellje [18]

Ahhoz, hogy a gyógyszerész és az orvos közötti együttműködés kialakuljon, számos feltétel lehet szükséges. Ezek az alábbiak:

- idő az együttműködésre;
- területi közelség;
- megfelelő klinikai ismeretek a gyógyszerész részéről;
- fogadókészség az együttműködésre;
- egymás szakmája iránti érdeklődés;
- betegekkel kapcsolatos szakmai kérdések megbeszélése;
- egymás iránti tisztelet;
- egymás kompetenciáiban való bizalom.

Az együttműködés kialakításában a leggyakoribb akadályok az alábbiak:

- egymás szakmájával és egymás személyével szembeni előítélet;

- kommunikációs hiányosságok;
- hatalmi kérdések;
- bizalomhiány a másik kompetenciájában;
- egymástól távol lévő intézmények.

McDonough és Doucette más területeken alkalmazott együttműködési modellek alapján dolgozta ki a gyógyszerész és az orvos ötszintű együttműködési modelljét (1. ábra).

A modellben az együttműködés minden egyes szinten erősebb és tartósabb. A modellt – elvileg – három fő jellegzetesség befolyásolja.

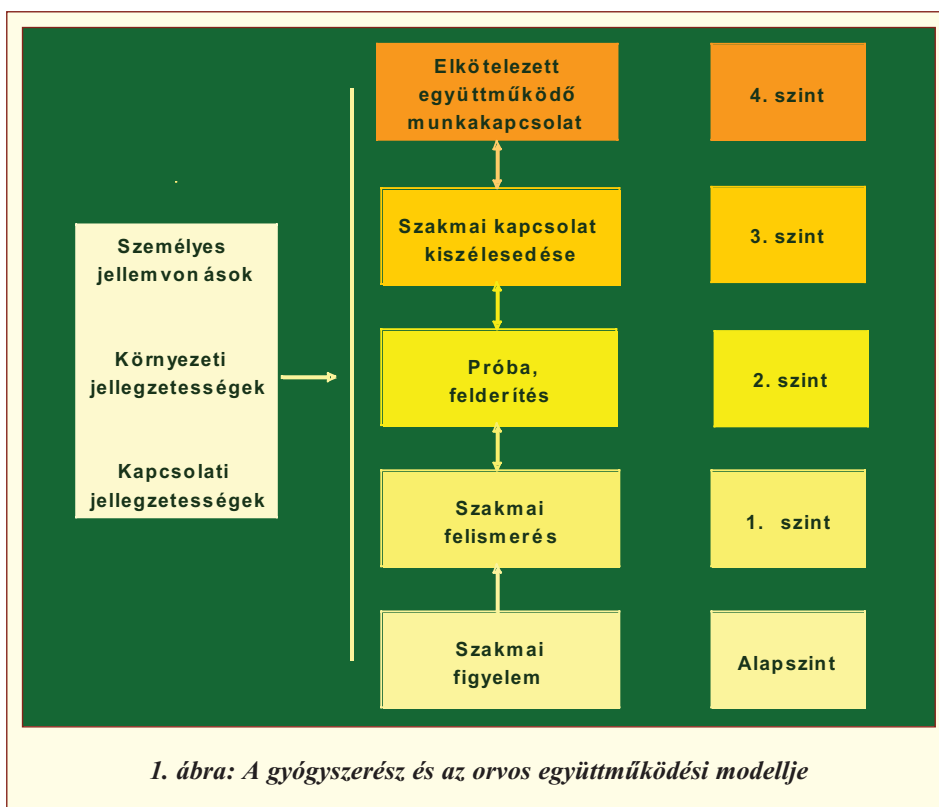
Az első csoportba a gyógyszerész és az orvos *személyes jellemvonásai* tartoznak. Azon tulajdonságok sorolhatóak ebbe a csoportba, melyek a kapcsolatépítésre való nyitottságot és akaratot alakítják, illetve a praxis jellegzetességeit és az együttműködés terén a más szakterületekkel kapcsolatban szerzett tapasztalatokat mutatják be. Ilyen tényezők az általános demográfiai jellemzők (kor, nem, képzettség). Például egy olyan orvos vagy gyógyszerész, aki az elmúlt időszakban végzett és oktatásában hangsúlyt helyeztek arra, hogy más egészségügyi szakterületekkel kooperálni kell, feltehetően nyitottabb lesz az együttműködésre, mint egy régebben végzett kollégája. Ugyancsak befolyásolja az együttműködést a más szakterületekre vonatkozó ismeret mélysége, a szakterületre vonatkozó hit (hiedelem, előítélet) jellege, magatartási jellegzetességek. Egy olyan orvos, aki meghatározott területre specializálódott, kevesebb ismerettel rendelkezik a nem szakterületéhez tartozó gyógyszerekről, így eleve nyitottabb lehet az együttműködésre. Ugyancsak befolyásolja az együttműködést a praxis elhelyezkedése,

hiszen egy kis településen az egymásra utaltság is kikényszeríti a szorosabb kapcsolatot. Azok az orvosok, akik már dolgoztak olyan munkahelyen (kórházban), ahol a gyógyítás csapatfeladat (teammunka, melyben a gyógyszerész is részt vett), szintén nyitottabban viselkednek. Személyes jellemzőként vesszük figyelembe a változásra való nyitottságot, ami az orvos és a gyógyszerész esetében szintén lényeges kérdés.

A második csoportba a *környezeti jellegzetességek* sorolhatóak. Ide tartozik a szervezeti felépítés, a praxisok közelsége, a kapcsolat gyakorisága és típusa. Külföldi példák szerint az azonos egészségügyi szolgáltatóhoz tartozó orvosi rendelők és gyógyszertárak közötti szakmai kapcsolat erősebb. Ugyanez figyelhető meg a kórházi orvos és gyógyszerész kapcsolatában is. Az orvosi praxis és a gyógyszertár közelsége szintén jótékonyan hat az együttműködésre. Az együttműködést erősítő tényezők közül kiemelendő az azonos „beteganyag” szerepe: az orvos és a gyógyszerész is ugyanazon betegekkel, helyi jellegzetességekkel, problémákkal találkozhat. A kapcsolatok gyakorisága mellett fontos szempont, hogy az együttműködés mire irányul: csak adminisztrációs ügyekkel, receptjavítással kapcsolatos feladatokat oldanak meg közösen, vagy beteggondozást szolgáló kérdések is felvetődnek. Ebben az esetben nem szabad elfelejtenünk a múltban szerzett szakmai tapasztalatokról sem, tehát arról, hogy korábban milyen színvonalú segítséget nyújtott a gyógyszerész az orvosnak és viszont.

A harmadik csoportba a *kapcsolati jellegzetességek* sorolhatóak. A gyógyszerésznek és az orvosnak az adott beteg gyógyulása érdekében számos információt

kell(ene) megosztani egymással. Az ez irányú kapcsolat az egy-egy esetre vonatkozó tájékoztatástól az állandó, rendszeres tájékoztatásig terjedhet. Ez utóbbi esetben már nem egy-egy tájékoztatás közvetlen hasznára fókuszálnak a felek, hanem a kapcsolat teljes hozadéka. A kapcsolati jellegzetességek közé sorolható elemek a következők: kommunikáció, hatalmi kérdések, normafejlődés, elvárások, teljesítmény, konfliktuskezelés. Tudjuk, hogy a kommunikációnak minden kapcsolat kiépítésében meghatározó szerepe van: a kommunikáció kétirányúvá tétele minden esetben a kapcsolat elmélyülését jelzi (és eredményezi). Ugyancsak fontos a kommunikáció formájának megválasztása is,



hiszen ha a gyógyszerész és az orvos között csak telefonos vagy asszisztensen keresztül fenntartott kapcsolat van és hiányzik a személyes kapcsolatfelvétel, nem lehet előrelépést remélni. A hatalmi kérdések tisztázatlansága és az ehhez kapcsolódó félreértések is sokszor gátat vetnek a szakmai együttműködésnek. Mivel a gyógyszerfelírás orvosi jogosultság, ez eleve egyenlőtlen hatalmi helyzetet eredményez, azonban a gyógyszerész szakmai hozzáértésével segíthet az egyensúly megteremtésében és a kapcsolat elmélyítésében. Az együttműködés normái az alapján alakulnak ki, hogy az orvos mit gondol a gyógyszerész szakmáról és a gyógyszerésről, azonban a véleménye annak alapján formálódik, hogy a gyógyszerész milyen szakmai tevékenységet végez. A vélemény természetesen minden kapcsolatfelvétellel változhat. Ha egy orvosnak nincs tapasztalata a gyógyszerésszel való együttműködésről, nem is tudhatja, hogy miben remélhet segítséget, a gyógyszerész helyes szakmai tanácsainak, tájékoztatásának hatására azonban egyre nyitottabbá, elfogadóbbá válhat. A kapcsolat minőségével párhuzamosan változnak az elvárások is a másik szakma képviselőjével szemben és változik a kapcsolat értékének, hasznának a megítélése is. Mint minden kapcsolatban, így a gyógyszerész-orvos együttműködésben is előfordulnak konfliktusok. Ennek sokszor az indirekt, átítételes kommunikációból adódó félreértések, illetve vélt, vagy valós kompetenciasérülések vannak a hátterében. Kiemelten fontos tehát, hogy az együttműködő gyógyszerészek és orvosok megtalálják a konfliktuskezelés legmegfelelőbb módját.

Mi jellemzi az együttműködés szintjeit és hogyan lehet előre lépni [18]

A gyógyszerész és orvos közötti kapcsolatok jelentős része már az **1. ábrán** bemutatott modell szerinti alapszinten (a „*szakmai figyelem*” állapotában) van. Ekkor a gyógyszerész és az orvos közötti kapcsolat egy-egy olyan esetre irányul, amikor a gyógyszerész a receptfelírással kapcsolatos szükséges javításra, esetleg valamilyen gyógyszerelési problémára hívja fel az orvos figyelmét, vagy válaszol az orvos részéről felvetődő gyógyszerelési, gyógyszerfelírási kérdésre. Mind az orvosok, mind pedig a gyógyszerészek jelentős hányada úgy ítéli meg, hogy ez a rutin kapcsolati szint szakmailag biztonságos.

A modell következő szintje (**1. ábra 1. szint**) a „*szakmai felismerés*” állapota. Ha a gyógyszerész úgy dönt, hogy szeretné az általa nyújtott gyógyszerési szolgáltatásokat kiszélesíteni, pl. gyógyszerészi gondozási szolgáltatásokat bevezetni, szükséges, hogy a kapcsolati modell további szintjeire lépjen. A kapcsolatépítésért általában a gyógyszerész a felelős, így neki kell bemutatni az általa nyújtandó szolgáltatás hasznát az orvosnak. Ehhez az alábbi, „kapcsolati jelleg-

zetességek” között felsorolt elemekre kell kiemelt hangsúlyt fektetni: figyelemfelkeltés, kommunikáció, hatalmi kérdések. Ahhoz, hogy a gyógyszerész által nyújtandó szolgáltatásból az orvos a legtöbbet profitálhasson, meg kell ismerni az orvos mindennapos gyakorlatát. Ehhez személyes találkozás, találkozások szükségesek. Ekkor a kommunikáció jellemzően egyoldalú, bár fontos, hogy az orvost megkérjük a szolgáltatással kapcsolatos megfelelő visszajelzésre. Súlyos hiba a kommunikáció hiánya, azaz ha a gyógyszerész úgy indít el egy új szolgáltatást a gyógyszerertárban, hogy előtte ezt nem beszéli meg betegei orvosával. Előfordul, hogy a gyógyszerertár részt vesz a beteg anyagcsereparamétereinek ellenőrzésében és a gyógyszerész előzetes tájékoztatás nélkül postáz vagy faxol referáló levelet az orvosnak. A hatalmi kérdések vizsgálatakor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a gyógyszerész jobban függ ettől az együttműködéstől, mint az orvos. Ezért különösen fontos a szolgáltatás előnyeinek kommunikálása az orvosnak és annak tisztázása, hogy az együttműködés a beteg javát szolgálja. Ha ezt az orvos felismeri, tovább lehet lépni a modell következő szintjére.

A „*próba, felderítés*” szintjén is (**1. ábra 2. szint**) a gyógyszerész játssza a kezdeményező szerepet. Az együttműködésnek ezen stádiumában az orvos úgy dönt, hogy egy-két betegen kipróbálja: milyen és mennyit ér a gyógyszerész által nyújtott szolgáltatás? Érdemes-e a továbbiakban is együttműködni a gyógyszerésszel? Ebben a folyamatban az eddigi felállított normák, elvárások megváltoznak. Figyelemmel kell lenni arra, hogy a gyógyszerész tevékenysége nemcsak javíthatja, hanem bizonyos esetekben ronthatja is a kapcsolat erősségét. Emiatt fontos, hogy a gyógyszerész közvetlenül a beteg orvosával egyeztessen, mert így elkerülheti a félreértéseket. Mindezek mellett az alábbi elemek lényegesek az együttműködés ezen fázisában:

- az orvosnak megfogalmazott ajánlások szakmai-sága, jó minősége;
- az orvosi visszajelzések elősegítése;
- az ajánlások, eredmények nyomon-követése;
- az orvos-gyógyszerész kommunikációs csatorna tisztázása (telefon, fax, e-mail, levél stb.).

Összességében a próba, felderítés fázisa akkor eredményes, ha az új szolgáltatás tekintetében az orvos bizalmat szavaz a gyógyszerésznek. Ha ez megtörtént, a kapcsolatépítés következő fázisa (szakmai kapcsolat kiszélesítése) a soron következő feladat.

A „*szakmai kapcsolat kiszélesedése*” (**1. ábra 3. szint**) során a kommunikáció kezd kétirányúvá válni. A növekvő elvárásokkal együtt megkezdődik a gyógyszerészi szolgáltatás teljesítményének értékelése, valamint a konfliktuskezelés gyakorlata is fontossá válik. A gyógyszerészi szolgáltatás orvosi értékelése a visszajelzésekéből derül ki. Itt a pozitív megerősítést

és a kritikát is egyaránt el kell tudni fogadni. A visszajelzések révén lehetőség nyílik a gyógyszerészi szolgáltatás egyes elemeinek újradefiniálására és ennek köszönhetően a felelősség új szintjei alakulhatnak ki. A többirányú, kiszélesedett kapcsolat természetesen több konfliktusforrást is rejt magában. A konstruktív konfliktuskezeléshez szükséges, hogy az orvos és a gyógyszerész között az erőviszonyok kiegyenlítettek legyenek és a konfliktusok bekövetkezésekor minden esetben a beteg érdekét tartásák szem előtt. Ennek a szintnek az elérését az alábbi technikák segíthetik:

- A beteggondozásban elért eredményekről összefoglaló tájékoztatás készítése az orvosnak.
- Folyamatos, következetes és magas szakmai színvonalú szolgáltatás biztosítása.
- Rendszeres időközönként személyes találkozás az orvossal, hogy ne csak szakmai, hanem személyes kapcsolat is kialakulhasson.
- Az együttműködés során a valós vagy potenciális konfliktusok azonosítása, megelőzése és megoldása.

Az együttműködésnek ezen a szintjén már mindkét fél érzi az egymásra utaltságot és igényli a kölcsönös bizalmat. Rájön arra is, hogy az együttműködés megszűnése a mindennapok tevékenységét hátrányosan érintené.

Az együttműködés legmagasabb szintje (**1. ábra 4. szint**) az „*elkötelezett együttműködő munkakapcsolat*”. Ez az előző szinteken megismert kapcsolati

jellegzetességek eredményeként alakul ki. Ekkor az orvos úgy érzi, hogy a gyógyszerésszel kapcsolatos szakmai együttműködés rizikója sokkal kisebb, mint a szolgáltatás hozzáadott értéke. Ebben a fázisban az orvos már megbízik a gyógyszerész javaslatában és folyamatosan tájékoztatja őt a beteg releváns adatairól. Az együttműködés jellemzője, hogy (1) mindkét fél részéről nagy az együttműködés érdekében az odafigyelés, (2) a kapcsolat viszonylag hosszabb ideje és azonos színvonalon fennáll. Ahhoz, hogy ez az állapot fennmaradjon, szükségesek továbbra is a rendszeres személyes találkozások, ahol a felvetődő problémák megvitatására lehetőség nyílik. Megjegyzendő, hogy az orvos és a gyógyszerész közötti együttműködés fokozatosan kiterjed a munkatársakra is.

A teljes körű együttműködés eléréséhez szükséges időtartam nehezen határozható meg, hiszen ez a környezeti és a személyes jellemzőktől erősen függ, sőt bizonyos esetekben egyes kapcsolatépítési fázisok össze is olvadhatnak. Az elkötelezett együttműködő munkakapcsolatban érhető el a gyógyszerészi gondozás definíciójában alkalmazott meghatározás, a gyógyszerész és az orvos megosztott felelőssége az optimális terápiás eredmények elérése érdekében.

A gyógyszerész-orvos együttműködésre irányuló vizsgálatokról

Az előzőekben vázolt modellt és az együttműködést befolyásoló személyes jellemvonások, környezeti

I. táblázat

14 kérdéses orvos-gyógyszerész együttműködést vizsgáló kérdőív [19] alapján

Főcsoportok	Jellegzetességek	Pontszám*
Megbízhatóság	A gyógyszerész hitelt érdemlő	1-7
	Megbízom a gyógyszerész szakértelmében	1-7
	Számithatok a gyógyszerészre abban, amit mond	1-7
	A kommunikáció köztem és a gyógyszerész között kétirányú	1-7
	A gyógyszerésszel szándékozom közösen dolgozni	1-7
	A gyógyszerésszel való kapcsolatam, mindkét fél részéről nyitott kommunikációként értelmezhető	1-7
Feladatkör specifikálás	A gyógyszerésszel egyeztetünk arról, hogy kinek mi a feladata a beteggondozás terén	1-7
	A gyógyszerész és én kölcsönösen egymásra vagyunk utalva a beteggondozás terén	1-7
	Meg fogom oldani a gyógyszerésszel azokat a kérdéseket, hogy mi a felelőssége a gyógyszerterápiás kérdésekben	1-7
	A praxisom működtetéséhez legalább annyira szükségem van a gyógyszerészre, mint a gyógyszerésznek rám	1-7
	Legalább annyira függök a gyógyszerésztől, mint ő tőlem	1-7
Kapcsolat kezdeményezés	Időt töltök azzal, hogy megtanuljam, hogyan segíthet a gyógyszerész abban, hogy jobb szolgáltatást tudjak biztosítani	1-5
	Érdeklődöm az iránt, hogy hogyan segíthet a gyógyszerész abban, hogy jobb legyen a betegellátás	1-5
	Információt szolgáltatom a gyógyszerész az egyes betegekkel kapcsolatosan	1-5

*Ha 1-től 7-ig kell értékelni, 1= egyáltalán nem ért egyet; 7 = teljes mértékben egyetért; ha 1-től 5-ig kell értékelni, 1 = egyáltalán nem, 5 = nagymértékben.

és kapcsolati jellegzetességek összefüggéseit néhány esetben vizsgálták. *Alan J. Zillich* és munkatársai egy 27 kérdéses kérdőívet dolgoztak ki, hogy ezzel az orvos szemszögéből vizsgálják az orvos és a gyógyszerész közötti együttműködést befolyásoló tényezőket [19]. Ez hét területet foglalt magába: (1) együttműködő beteggondozás, (2) együttműködés iránti elkötelezettség, (3) függési szimmetria, (4) kétirányú kommunikáció, (5) bizalom, (6) kezdeményezőkézség, (7) konfliktuskezelés. A kérdőív értékelésénél az együttműködést befolyásoló hét tényezőt három fő csoportba sorolták:

- megbízhatóság (bizalommal, elkötelezettséggel, kétirányú kommunikációval kapcsolatos kérdések);
- feladat specifikálás (kölcsonös függéssel, konfliktuskezeléssel kapcsolatos kérdések);
- kapcsolat kezdeményezés (kezdeményezőkézséggel kapcsolatos kérdések).

Iowa-ban 1000 háziornosnak küldték ki a kérdőívet és azt kérték, hogy azzal a gyógyszerésszel való együttműködést értékeljék, akivel a legtöbbet dolgoznak együtt. A kiküldött kérdőívekből értékelhetően 340-et lehetett feldolgozni. Ez alapján a 27 kérdésből kiválasztották azt a 14-et, melyeket legalkalmasabbnak találtak az előbb említett kapcsolati jellegzetességek vizsgálatára (**I. táblázat**).

Az előzőekben leírt kérdőív validitásának vizsgálatával párhuzamosan végezték el annak az elemzését is, hogy melyek azok a személyes, környezeti vagy kapcsolati elemek, amelyek az együttműködést lényegesen befolyásolják [20] és arra a következtetésre jutottak, hogy az orvosok személyes jellegzetességei (mint a nem, kor, végzettség-szakirány) és a praxis típusa szignifikánsan nem befolyásolták az együttműködést. A környezeti jellegzetességek közül egyedül a szakmai kapcsolat gyakoriságát mérő kérdésekre adott válaszok (pl. az elmúlt két hétben milyen gyakran fordult elő, hogy a gyógyszerésszel a gyógyszerértékelésről beszélt) mutattak összefüggést az együttműködés mélységével és minőségével. A kapcsolati jellegzetességet mérő megbízhatóság, feladatkör-specifikáció és kapcsolatkezdeményezés viszont szignifikáns prediktorai voltak az együttműködés mértékének.

William R. Doucette és munkatársai a gyógyszerész és az orvos közötti együttműködést befolyásoló tényezőket a gyógyszerészek oldaláról vizsgálták, szintén kérdőíves felméréssel [21]. Az Egyesült Államok 50 államának gyógyszerész szervezeteit megkérték arra, hogy küldjenek a kutatóknak egy listát azon gyógyszerészekről, akik a gyógyszerészi szolgáltatások terén a leginkább innovatívak, majd az így kiemelt 321 gyógyszerésznek küldték el az együttműködés szintjét, valamint az azt befolyásoló tényezőket (személyes jellemzők, környezeti és kapcsolati jellegzetességek)

felmérő kérdőívet. A kérdőívben, az előzőekben ismertetettek szerint, de a gyógyszerész nézőpontjából feltett kérdésekkel történt a vizsgálat (kapcsolat gyakoriság mérése, 14 kérdéses gyógyszerész-orvos együttműködést vizsgáló kérdőív). Az értékelhető 166 válasz alapján megállapítható volt, hogy a kapcsolat erősségét a szakmai kapcsolat gyakorisága, a megbízhatóság és a feladat-specifikáció befolyásolta szignifikánsan. Feltűnő eredmény, hogy a gyógyszerészek válaszaiból sem lehet a személyes jellemzők szignifikáns hatására következtetni.

Ugyancsak az előzőekben említett kutatócsoport végzett egy vizsgálatot 12 gyógyszertárban (25 gyógyszerész), amelyben a gyógyszerész-orvos kapcsolatot vizsgálták a már bemutatott 14 kérdéses kérdőívvel [22], majd ezek közül 6 gyógyszertárban (15 gyógyszerész) fél éven belül 4 alkalommal találkozott a gyógyszerész a hypertóniás beteggel. A betegoktatás során a betegséggelállapottal és a szövődeményekkel kapcsolatos tanácsadás mellett, az adherencia javítása, életmód tanácsadás, helyes vérnyomásmérési technika oktatása volt az elsődleges. A konzultációk után a gyógyszerész a beteg vérnyomás-eredményei alapján írásbeli javaslatokat fogalmazott meg a háziornosnak és minden terápiás (gyógyszeres, életmód) ajánlást a gyógyszerész eljuttatott az orvosnak. A vizsgálatban megkérték az orvosokat, hogy minden ajánlással kapcsolatban jelezzenek vissza a gyógyszerésznek. A 6 kontroll gyógyszertárban csak vérnyomás-ellenőrzések történtek és az esetleges javaslatokat nem küldte el az orvosnak a gyógyszerész. A gyógyszerészeket mindkét csoportban megkérték arra, hogy a beteg első és utolsó vizsgálati vizitjének alkalmával, minden háziornosra vonatkozóan töltsék ki a 14 kérdéses kérdőívet. Az intervenció csoportban 54 kérdőívet töltöttek ki 38 háziornosi kapcsolatról, míg a kontroll csoportban 49 kérdőívet 43 háziornosi kapcsolatról. A vizsgálat során a kapcsolat erősségét jellemző kérdőív pontértékei a vizsgálati csoportban emelkedtek, míg ezek a kontroll csoportban nem változtak. A pontértékek emelkedésével a betegek vérnyomásértékei úgyszintén javultak – bár nem szignifikáns mértékben.

Összegzés

A magyarországi gyógyszerészet egyik legnagyobb szakmai kihívása, hogyan sikerül a gyógyszerészi gondozási szolgáltatásokat a mindennapi gyakorlat részévé tenni. Ahhoz, hogy a gyógyszerészi gondozással optimális eredményeket lehessen elérni, a jelenleginél szorosabb együttműködésre van szükség a háziornosokkal és az orvosi szakma más képviselőivel. Az együttműködés nem egyik pillanatról a másikra alakul ki. Ehhez elsődlegesen a gyógyszerészek részéről szükséges a kezdeményezőkézség, valamint a dolgozatban leírt eszközök tudatos használata.

Esettanulmány a gyógyszerész és az orvos közötti együttműködés ötszintű modelljének alkalmazásához

Az ötszintű modell bemutatásához kidolgozott példa egy kisvárosi közforgalmú gyógyszertár metabolikus szindróma gyógyszerészi gondozási program bevezetését írja le. A gyógyszertárvezető úgy határozott, hogy a gyógyszertár csatlakozik a Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság által meghirdetett metabolikus szindróma gyógyszerészi gondozási programhoz. Ennek egyik oka az volt, hogy más gyógyszertárba is járó betegek kezdtek keresni a gyógyszertári anyagcsere-paraméter ellenőrzési lehetőségeket, másrészt a gyógyszerész is érezte, hogy a gyógyszertárba járó betegek jelentős része szenved a magasvérnyomás, diszlipidémia, cukorbetegség, elhízás négyes betegsége valamelyikében.

Alapszint

A gyógyszertár közvetlen közelében egy háziiorvosi rendelő található, ahol 4 háziorvos rendel felváltva. A gyógyszertár betegforgalma jellemzően ezen házi-orvosok betegeitől származik. A program indítása előtt a gyógyszerészek és a háziorvosok közötti kapcsolat a praktikus együttműködésre szorítkozott, azaz ha az orvosnak valamilyen ok miatt javítania kellett a recepten, a gyógyszerész felhívta, illetve az orvosok is többször kértek segítséget a megváltozott támogatási rendszerben.

1. szint

A gyógyszertárvezető megkérte a háziiorvosi rendelőből azt az orvost, akit a legjobban ismer, hogy segítsen megszervezni egy megbeszélést a rendelőben dolgozó háziorvosokkal. A megbeszélésen a gyógyszerész tájékoztatta a háziorvosokat, hogy milyen új szolgáltatásokkal szeretné segíteni a munkájukat. Ezt először nem igazán értették az orvosok és bizonyítékokat kértek arra vonatkozóan, hogy milyen eredményei vannak az ehhez hasonló programoknak, illetve szerették volna megtekinteni a gyógyszerész által hivatkozott protokollt. A gyógyszerész a néhány héttel később megtartott következő megbeszélésre egy rövid ismertetőt készített az eddigi gondozási programok (diabetes, hypertonia) magyarországi eredményeiről, illetve ezek nemzetközi hátteréről, és mind a négy háziorvosnak lefénymásolta a bevezetni kívánt protokollt. Ebből kiemelte, hogy miben látja a háziiorvosi gyakorlat szempontjából legjelentősebb segítséget:

- a betegek tájékozottabbak lesznek az életmóddal kapcsolatos teendőkről (ezzel időt tud megtakarítani az orvos);
- azoknak, akik a háziorvosukhoz nem mennek el, de a gyógyszertárban megjelennek és kockázati tényezőkkel rendelkeznek, illetve a mért anyagcsere-

paraméterük meghaladja az ideálist, az orvoshoz irányítással jobb általános állapotban kezdhet meg a terápiájuk;

- a fokozottabb gyógyszerészi ellenőrzéssel javítható a betegek együttműködése (jobban beállítható a vérnyomás stb. értékük).

Az orvosok egy-két kérdést tettek fel azzal kapcsolatban, hogy bizonyos esetekben mit ajánl a protokoll és mit tenne a gyógyszerész, majd megállapodtak abban, hogy próbaként a gondozás 1. és 2. szintjét (egészséges életmód promóciója, kockázati faktorokkal rendelkezők orvoshoz irányítása) kezdje el a gyógyszertár. Abban is megállapodtak, hogy a gyógyszerész minden nap végén az orvosoknak megfelelő bontásban átküldi a referáló leveleket azokról a betegekről, akiknél a kockázati faktorok betegség fennállását valószínűsítik.

2. szint

A gyógyszerész elindította a szolgáltatást, a betegek nagy megelégedésére. Az első hónapban már közel 50 beteget irányított a háziorvosához a gyógyszerész, mert a kockázati faktorok alapján ezt szükségesnek ítélte. Azonban egy esetben sem jelzett vissza egyik háziorvos sem. Ezért újabb egyeztetést kezdeményezett, melyből kiderült, hogy az orvosok időrablónak ítélték a válaszlevél írását. Ezért megállapodtak abban, hogy minden második hét pénteken a nővér az orvoshoz irányított betegekről készített listán jelöli, hogy mely esetekben erősítette meg diagnózist a gyanút. A gyógyszerész bizonyos esetekben olyan betegeknek is megmérte egyes anyagcsere-paramétereit, akik már gyógyszeres kezelés alatt álltak. A célértékektől való eltérés esetén kikérdezte a beteget arról, hogy ennek mi állhat a hátterében és miért nem szedi előírászerűen a gyógyszereit. Ha az ideálistól nagyon eltért a mért érték, a gyógyszerész azonnal felhívta a háziorvost és egyes esetekben a beteggel folytatott beszélgetés tapasztalatairól is tájékoztatta őt.

3. szint

Mivel az előzőekben jelzett telefonos tájékoztatások egyre gyakoribbakká váltak illetve a betegirányítási rendszer is egyre jobban működött, a gyógyszerész által kezdeményezett egyik következő megbeszélésen az orvosok úgy gondolták, hogy indítsa el a gondozás 3. szintjének programját is a gyógyszerész. Megállapodtak abban, hogy a gyógyszerész a diagnosztizált betegekre vonatkozó javaslatait napi rendszerességgel juttatja el az orvosok asszisztenseihez, illetve megbeszélték, hogy milyen esetekben szükséges az azonnali telefonhívás. Az első negyedév

végén a gyógyszerész készített egy összesítést eddigi tevékenységének eredményeiről, melyet az immár rendszeresnek mondható orvos-gyógyszerész találkozón megbeszéltek. Az orvosok egyre több betegnek, főleg azoknak, akiknek a terápiás együttműködésével komoly problémák voltak, javasolták a gyógyszerési szolgáltatást. Egy-egy egyedi esetről előzetesen fel is hívták tájékoztatásul a gyógyszerészt. Az orvosok elismerték, hogy időszerű és klinikailag korrekt tájékoztatást kapnak a patika gyógyszeréseitől. A konfliktusok a direkt orvos-gyógyszerész kommunikációnak köszönhetően minimálisak voltak.

4. szint

Az orvosok egyre nagyobb arányban fogadták el a gyógyszerész terápiás javaslatait, így kialakult, hogy mely területeken lehet a gyógyszerésznek elsődleges javaslattevő szerepe. Megállapodtak abban, hogy

minden hónap utolsó csütörtök délutánján találkoznak, hogy az egyes eseteket és az egyéb aktualitásokat megbeszéljék. A háziorvosok a környező településeken dolgozó kollégáiknak is javasolták hasonló gyógyszerügyi szolgáltatások bevezetését.

Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetet mond Ottlik Miklósnénak a külföldi irodalom beszerzésében nyújtott segítségéért.

IRODALOM

Az 1-22. sz. irodalom az MGYT honlapjáról (www.mgyt.hu) letölthető vagy kérésre a szerkesztőség az érdeklődőknek megküldi.

B. H a n k ó: *How to build up good pharmacist-physician cooperation?*

Semmelweis Egyetem Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet,
Budapest, Högyes E. u. 7-9. – 1092

Köszönet

A dr. Brantner Antal volt felelős szerkesztőnk által alapított

„Szentlőrinci Brantner-Koncz Múemlékház múzeumi működését támogató alapítvány”

ezúton köszöni mindazok támogatását, akik 2007-ben személyi jövedelemadójuk társadalmi szervezetek, alapítványok részére átutalható 1%-ával támogatták a Múemlékház működését.

Felhívás

A dr. Brantner Antal volt felelős szerkesztőnk által alapított

„Szentlőrinci Brantner-Koncz Múemlékház múzeumi működését támogató alapítvány”

ezúton kéri a gyógyszerész kollégákat, hogy 2007. évi személyi jövedelemadójuk társadalmi szervezetek, alapítványok részére átutalható 1%-ával támogassák a Múemlékház működését.

Az Alapítvány bankszámlaszáma: 50700011-11021034
(Szentlőrinci Ormánsági Takarékszövetkezet – Szentlőrinc, 7940)
adószáma: 18322439-1-02

Szentlőrinc, 2008. január

Az Alapítvány Kuratóriuma nevében
Prof. dr. Szabó László Gyula
kuratóriumi tag