

AKTUÁLIS OLDALAK

Gyógyszerészet 52. 467-473. 2008.

A GYÓGYSZERÉSZEK SZAKMAI KOMPETENCIÁIRÓL

A 2006. év végi jogalkotás alaposan megnyirbálta a kizárólagos, piacképes és jogilag elismert gyógyszerészi kompetenciákat. Ezt követően a Gyógyszerészetben több publikáció jelent meg, amelynek célja a helyzet felmérése, illetve a gyógyszerészi kompetenciák megújítása. Ezek közül a leglényegesebbek Hankó Z.: A gyógyszerészi kompetencia és a gyógyszerpiaci liberalizáció [Gyógyszerészet 51. 569-573 (2007)], Simon L.: Receptíró gyógyszerészek – bővülő gyógyszerészi kompetenciák az Egyesült Királyságban [Gyógyszerészet 51. 574-578 (2007)], Simon L., Hankó Z., Kata M.: A gyógyszerészek szakmai kompetenciáiról [Gyógyszerészet 52. 167-176].

A Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium elnökének jelen közleménye a gyógyszerészi kompetenciákat a kollégium által szakmai vitára bocsátott Lakossági Gyógyszerellátási Standardokon keresztül vizsgálja.

Hogyan erősíthetik a Lakossági Gyógyszerellátási Standardok a gyógyszerészi kompetenciák érvényesülését?¹ Gyógyszertári minőségbiztosítás – 2009

Dr. Télessy István²

Az egyetemi végzettséggel járó diploma, legyen az akármilyen szakterület oklevele is, az egész világon gazdájának felkészültségét, szakmai intelligenciáját, szintetikus gondolkodásra alkalmasságát és szakterületén a megbízhatóságát, tehát meghatározott szakmai területekre kiterjedő kompetenciáit garantálja. A diplomához ezért mindenhol kompetenciakörök tartoznak: bizonyos tevékenységeket csak azok végezhetnek, akik az adott végzettséggel rendelkeznek. Azt viszont korlátozás nélkül végezhetik, mert a diploma mögött rejlő „hozzáértés” erre feljogosítja őket. A gyógyszerészi diploma korábban nekünk is biztosított olyan végzettség-specifikus felhatalmazásokat, melyek a fenti tudásszinthez kapcsolódtak. Ezeket az alacsonyabb iskolázottságúak vagy más szakterületen képesítést szerzettek nem, vagy nem olyan szinten tudják, mint a gyógyszerészi diplomával rendelkező szakemberek, s ezért nem voltak jogosultak ezen „előjogokra”. Ezt a helyzetet – nem kellő átgondolás után, vagy önös céloktól vezérelve nagyon is átgondoltan – az elmúlt néhány év egészségügyi kormányzata Magyarországon a jogszabályok megváltoztatásával és erős médiakampány kíséretében megkezdte lerombolni. A hangzatos okok és célok – mára már belátja mindenki, aki veszi a fáradságot – hamisak voltak.

A klasszikus gyógyszerészi kompetenciákat liberális jogszabályokkal és hamis indokokkal devalválták. A szakmánkba vetett hitet megkísérelték a lakosságban is megrendíteni. Azt sugallták, hogy a gyógyszerek ugyanolyan árucikkek, mint a cipő, a festék vagy az élelmiszer, melyhez nem kell különleges tudás, csak kereskedelmi gyakorlat. Mintha mostantól az ügyvédbojtár védhetné az ügyfelet a bíróság előtt, vagy a mérnök-asszisztens házat tervezhetne, esetleg a védőnő végezhetné az EKG kiértékelését. Pedig nem teheti meg, mert nincs meg a kellő szaktudása és így a képesítése sem. Örök optimizmusom azonban azt mondatja velem, hogy ez csak átmeneti állapot lehet, a hullámvölgyet hullámhegy fogja követni (bár azt senki meg nem mondhatja előre, mekkora is lesz az a hullám és mikor fog megérkezni...).

Mi emelheti ki a szakmát ebből a mesterségesen lealacsonyított helyzetből? A szakmai tudásunk, és ennek társadalmi szintű elismerése jogszabályokban, kompetenciakörökben, döntési jogkörök átadásában stb. Ezért a következőkben néhány olyan területet veszek sorra, melyek hozzájárulhatnak elveszett kompetenciáink visszaszerzéséhez és újak csatasorba állításához. Hangsúlyoznom kell azonban, hogy ezen jogosultságaink ismételt megszerzése és az újak elfogadtatása nem fog gyorsan és könnyen menni. És azt is tudnunk kell, hogy ami lesz, már nem olyan lesz mint amilyen volt, mert az élet halad tovább, a körülmények változnak, a tudás és technika fejlődik, továbbá az elvárások – a világon mindenhol – az idő előre haladtával csak fokozódnak. Így nekünk is modernizálnunk kell tevékenységünket, szem előtt tartva a gyógyszeré-

¹ A Lakossági Gyógyszerellátási Standardok (LGYES) a Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium, mint az LGYES szerzője által adott cím, amely az egyeztető tárgyalások során változhat.

² A szerző a Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium elnöke.

szi szakma fejlődésének (elsősorban európai) mintáit, a lakosság elvárásait, valamint a tudomány újabb és újabb vívmányait. A új kompetenciák megszerzéséhez persze nem elég a külföldi példa felemlegetése: ahhoz kellő szaktudást és gyakorlatot is kell szereznünk, mely időt, pénzt és fáradságot jelent mindannyiunk számára.

A gyógyszerészi minőség biztosítása

Szokásunk egyik alappillére, hogy a gyógyszer különleges áru. E kitétel elsődlegesen a minőség kialakítására és megőrzésére, másodlagosan pedig a termék magas információigényére vonatkozik. E mellett persze nem közömbös az sem, hogy ezt a „különleges árut” X rendeli (javasolja vagy „utalványozza” egy recepttel) Y-nak, aki ezt Z-nél veszi meg úgy, hogy azt részben Q fizeti. Tehát a vásárlói döntés és a vásárlási folyamat alapjaiban eltér más árucikkektől. Vagy pl. az sem megszokott a kereskedelemben, hogy az „eladó”, aki szakértelemmel gyógyszert javasol a betegnek, semmi garanciát nem tud adni arra, hogy a várt hatás mikor és hogyan fog bekövetkezni. Hiszen az emberi szervezetre minden gyógyszernek csak valószínűsíthető hatása van, ami számtalan paramétertől függ. Épp ezen különbségek megismerése az 5 éves egyetemi oktatás tárgya...

Hazánkban is megkezdődött az egészségügy minőségi paraméterekkel való jellemzése, ennek eredményeképp a minőségbiztosítás is átalakulóban van. A gyógyszerekkel kapcsolatos jól dokumentált minőségbiztosítás kilépett a gyárakból és a GMP elvárások már kiterjednek a gyógyszer-forgalmazási lánc utolsó bástyájára, a gyógyszertárra is. Ez a mindannyiunk által ismert GCP (*Good Compounding Practice* = helyes gyógyszerkészítési gyakorlat) és a GPP (*Good Pharmaceutical Practice* azaz a helyes gyógyszertári gyakorlat) keretében az európai gyógyszertári gyakorlatot áthatja. Az a korábbi állapot, hogy „a gyógyszertárban a gyógyszerész ügyis betartja az előírásokat, mert arra esküdött fel”, ma már nem tartható. Itt is mindent (vagy legalábbis sok mindent) írásban kell dokumentálni. Ezt a dokumentálást külső szervek ellenőrizhetik, és ha valaki betartja az előírásokat de nem dokumentálja, az is hibásan jár el, következésképpen szankcionálható. Ez alól nem bújhatunk ki, a világ erre halad, s ha mi nem követjük, lemaradunk. A minőség tudatos társadalom – melynek, mi is részei vagyunk – azt az árut vagy szolgáltatást fogja választani, amelyik a minőséget dokumentálni is tudja.

A dokumentálás nem lehet idegen a gyógyszerészeti művelőinek, hiszen pl. a labornapló vezetése, a takarítási jegyzőkönyv vagy a blokk adása, melyek az elvégzett tevékenység dokumentálását jelentik, eddig is kötelezőek voltak. Ez a kötelezettség a jövőben sem fog

lényegesen szaporodni, de az a lazaság, ami a rendszeres ÁNTSZ-ellenőrzések megritkulásával elharapódzott, nem tartható tovább. Ezzel szembe kell néznünk és vissza kell állítani azt a napi gyógyszerkészítési, gyógyszer-nyilvántartási, rendelési, tárolási és expedíálási gyakorlatot, ami a közmondásos gyógyszertári/gyógyszerészi megbízhatóságot korábban is megalapozta.

Mindezek mellett a hazai egészségügyi minőségbiztosítási ajánlások [10] is ezt az irányt követik. Ezért függetlenül attól, hogy azt a gyógyszerész-társadalom be akarja-e tartani, az állami irányítás – akármilyen pártállású is lesz – be fogja tartatni. Ilyen megvilágításból nézve helyzeti előnyben vagyunk, amelyet ki kell használnunk. Az államosítás utáni években/évtizedekben is a szakmai progresszióval tudta a pozícióját stabilizálni szakmánk az akkori politikával szemben, és ki tudta vívni a szakmai és nem szakmai közönség körében az elismerést. Tehát ehhez a szemlélethez kell visszatérnünk, ugyanakkor a mai modern világba kell beilleszkednünk, tehát a gyakorlatunkat ki kell egészítenünk a világ más részein időközben továbbfejlődött gyógyszerészet eszközrendszerével, pl. a gyógyszerészi gondozást is beépítve a szakmába. Ez független kell legyen attól, hogy egyszemélyes patikáról vagy egy sok expedíálós, többműszakos, nagylaboros „nagypatikáról” van-e szó. Ha minőségről beszélünk, legyen az gyógyszerkészítés, expedíálás vagy gyógyszerészi gondozás, annak szintje az országon belül egységes kell legyen!

Az egységes minőségi elvárás váza az a standard-gyűjtemény, amelyet eddig munkacíme alapján Lakossági Gyógyszerellátási Standardként (LGYES, a továbbiakban Standard) emlegettünk. Ez fogalmazza meg azokat a gyógyszertár-működtetési standardokat, melyek szükségesek ahhoz, hogy országnak-világnak bemutathassuk: hogyan működik egy gyógyszertár. Ma mindenki biztos akar lenni abban, hogy ami neki jár, azt olyan minőségben és mennyiségben kapja meg, ahogy az elő van írva. Ez volt a mozgatórugója a Járóbeteg Ellátási Standardok, a Kórházi Ellátási Standardok stb. kialakításának is, majd az ezek összevonásával és egységesítésével 2006-ban létrehozott Magyar Egészségügyi Ellátási Standardoknak is.

A gyógyszerek forgalmazása és az ehhez kapcsolódó szolgáltatások standardizálása a világban mára kiemelt témává vált. Hazánkban a nem szakmai sajtó még nincs tele a hatástalan vagy káros, illetve a hamis gyógyszerek példáival és a szennyezett gyógyszerek okozta egészségkárosodásokkal, de ebből még nem szabad arra következtetni, hogy Magyarország védett ezekkel szemben! A sajtóban (és nem csak egészségügyi sajtóban) egyre gyakrabban jelennek meg cikkek a hamis gyógyszerek veszélyeiről [13, 14, 15]. Ennek jelentős gazdasági vonzata is van. A világban mára

már félelmetes méreteket ölt a gyógyszerhamisítás. Európában 10 év alatt szinte 0-ról kb. 10%-ra emelkedett a hamis gyógyszerek aránya, de pl. Oroszországban 20, Mexikóban 40, Nigériában pedig 80%-ra becsülik a hamis antibiotikumok, malária-ellenes szerek, inzulin stb. arányát! [16] Itthon is megjelenhetnek az ilyen csalások, hiszen az interneten már a magyarok is rendelnek gyógyszereket, vagy „gyógyszernek látszó tárgyakat”. A nemzetközi felmérések azt mutatják, hogy főleg olyan készítmények esetében, amelyek bizalmi szerek (elsősorban a gyógyszerek), ezen belül is azok, melyeknél kisebb a veszélye annak, hogy hatástalanság esetén a vevő (a) nyilvánosan reklamál vagy (b) egészségkárosodás éri, az internetes rendelésre igen jelentős mennyiségű hamis terméket, elsősorban gyógyszert postáznak! Egy friss felmérés szerint ennek gyakorisága még nem magas [5], de várhatóan benünket is elér ez a ma évi 35 milliárd dolláros forgalmat generáló fekete üzlet. [17, 18]

Mindezek mellett meg kell jegyeznünk, hogy nem korlátozódik az internetes gyógyszer-kereskedelemre a hamisítás; friss és tanulságos példa erre az idei „szennyezett heparin” botrány, melyben az FDA még a szándékosságot is valószínűsíti³.

A beszerzés-eladás nem kifogástalan dokumentálása egyben kiindulópont a hamis gyógyszerek forgalomba kerülésére. A hamisítás elleni munka fontosságát jelzi az is, hogy a FIP és a WHO Europharm Forum 2006-ban kiemelt jelentőségű feladatként felvette a programjába [3]. Persze nem kell a hamisításoknál leragadnunk, hiszen pl. a magisztrális gyógyszerkészítés (mely a szakmánk egyik ősi megbízhatósági tesztje) vagy a gyógyszerek előírt hőmérsékleten való tárolása ugyancsak fokozott minőségellenőrzést igényel.

Itt kell arra is kitérni, hogy a gyógyszerári minőségbiztosítás hosszú évtizedeken keresztül a termékekre (késztermékek és magisztrális készítmények), valamint az előállítás és tárolás minőségére koncentrált. Ez határozta meg a gyógyszerészek minőségről alkotott gondolkodását. Pedig a gyógyszerári minőségbiztosítás ennél lényegesen több! Főleg több lett. Itt ugyanis a komplex szolgáltatás minőségének kialakításáról, annak részleteiről (a logisztikától a marketing-kommuni-

kációig) és szervezési-irányítási kérdéseiről (szolgáltatás-menedzsment), továbbá még nagyon sok mindenről szó van. Az ilyen jellegű tevékenység ma már alapvető része a szakmánknak, bár ennek oktatása az alapképzésünkbe csak jelentős késéssel került be. Így fordulhatott elő, hogy a gyógyszerész-társadalmat áramútesként érte az a változás, amelyet az ún. gyógyszer-gazdaságossági törvény (2006. évi XCVIII. tv.) hozott és amely megnyitotta a szabad versenyt a patikák között. Még nagyobb volt azonban a meglepetés akkor, amikor a piaci versenyben jártas közzgazdászok által irányított, újonnan belépő szervezetek egymás után nyitották a patikákat azokon a helyeken, ahol a legnagyobb profitot lehetett várni és olyan technikákat alkalmaznak, amelyeket a tiszta kereskedelem szféráiból vettek. Pedig a közgazdasági tankönyvek több mint egy évtizeddel korábban már Magyarországon is ezt tanították! A gazdaság ilyen jellegű törvényszerűségeit – főként a megváltozott gazdasági környezetet: a felgyorsult globalizáció és az Európai Unióba való belépésünk nyomán – nem lehet figyelmen kívül hagyni, netán elzárkózni előle! Azt kell megvizsgálni, hogy miként lehet ezeket a körülményeket (vagy egyes elemeit) saját hasznunkra fordítani. Hogy ki hogyan tudja a jövőben e feladatokat elsajátítani, tartalékait (tudásbeli, körülmények adta és anyagi tartalékokra egyaránt gondolok) hasznosítani, alapvetően befolyásolja túlélésének esélyeit.⁴

A Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium által összeállított Standardok szakmai egyeztetést követő hatályba lépése remélhetően meg fogja teremteni a bázist a gyógyszerári minőségbiztosításhoz. Ez a standard-gyűjtemény – a hatályos jogszabályok betartásával – számos kompetencia kérdésében állást foglal, de mégsem stacionárius rendszer, hiszen a kollégium feladata és jogszabály előírta kötelessége a standardgyűjtemény folyamatos frissítése, aktualizálása.

Azt kell világosan látni, hogy a gyógyszerári minőségbiztosítás megvalósítása a modern keretek között mindannyiunk közös érdeke. Az egész országban egységes elvárásoknak megfelelő egységes követelményrendszer és eljárásrend („best practice”, azaz a legjobb gyakorlat) segít kivédeni az esetleg elszórtan előforduló hibákból, tévedésekből adódó, szakmánkat negatív megvilágításba helyező általánosítást. Egyúttal minden gyógyszerésznek jó vezérfonal ahhoz, hogy biztonságot adjon és a szakmai ellenőrzéseket zökkenőmentesen teljesíthessük. Mert az oktatás és a megelőzés a cél, nem pedig a büntetés.

A folyamatos továbbképzések

A gyógyszerészeti kompetenciákat az alapképzés adja meg, de folyamatos továbbképzéssel kell az alapképzésben megszerzett tudást frissíteni és aktualizálni. Ma

³ Az információ [7] háttérben az áll, hogy a Kínából származó alapanyagból gyártott és az USA-ban forgalomba került jelentős mennyiségű heparinban olyan fehérje szennyezőanyagot (konroitin-szulfát származékot) találtak, mely 785 súlyos allergiás reakciót, ezen belül 81 halálesetet eredményezett.

⁴ A szabad kereskedelemről vett stratégia és taktika átültetésének korlátozása az egészségügyi kormányzat feladata lenne, ugyanis a gyógyszerforgalmazás feltételrendszere azzal nem azonos. Gondoljunk csak a korlátozott árrekre, az ellátási és forgalmazási kötelezettségre, a készlettartási előírásokra stb. Továbbá az etikai szempontokra, amelyek betartása vagy be nem tartása lényeges versenyelőnyt/versenyhátrányt okozhat egy-egy gyógyszerártnak.

már Magyarországon is jogszabály határozza meg az egészségügyi dolgozók kötelező továbbképzését. Azt, hogy a ma még döntően elméleti képzés mikor és hogyan fog ellenőrzött minőségű és jelentős mennyiségű gyakorlati oktatással kiegészülni, még nem tudjuk megmondani. Pedig a nemzetközi tendencia ez. Az egyik kényszerítő tényező e téren a gyógyszerészi gondozás térhódítása. Gondozni úgy, hogy a beteggel való kommunikáció csínját-bínját meg ne tanulná a gyógyszerész, nem lehet. A most kialakítandó Standardok tartalmazznak erre vonatkozóan támpontokat, hiszen mind az expedálás leírása során, mind pedig a gondozási fejezetben részletesen kidolgoztuk azt a sémát, amelyet a gyógyszerésznek figyelembe kell venni, s ha ezt megteszi, alapvető hibákat és hiányosságokat nem követhet el. Így pl. az egyes gondozási szintekhez is megfogalmaztuk a kommunikációs feladatokat, melyeket az eljárási protokollok fognak részletes tartalommal kitölteni.

Egy mintát bemutatva, öngyógyyszerelés keretében a vény nélkül kiadható gyógyszerek expedálásánál szükséges kommunikáció leírásánál megfogalmazódik az igény arra, hogy a beteggel az expedáló beszéljen, gyűjtse be azokat az alapinformációkat, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a jó gyógyszer jusson a beteghez, valamint elkerüljük a tévedéseket, melyek a bárhonnán származó hibás/téves információból vagy az információ hiányából adódnak. [Ennek jogszabályban (2005. évi XCV. és 2006. évi XCVIII. törvények és ezeket kiegészítő alacsonyabb szintű jogszabályok) rögzített formái vannak, ezek megismétlésére – a rendelkezésre álló keretek miatt – nem térek ki.] Ezt az igényt és a fő elveket a Standard fogja tartalmazni, az ide tartozó részletes eljárás (protokoll) pedig megadja azokat az alapkérdéseket, melyek az előbb felsoroltakhoz adnak segítséget, tehát pl. a már évekkkel ezelőtt megfogalmazott és publikált 5 alapvető expedálói kérdést:

1. Kinek kell a gyógyszer?

Ezzel elkerüljük az olyan fatális tévedéseket, hogy pl. felnőtt gyógyszert kap a gyermek vagy a csecsemő. Továbbá felmérjük azt is, hogyan kell belemélyedni a tájékoztatásba, mert másként beszél a gyógyszerész akkor, ha magával a beteggel kommunikál és másképpen, ha hozzátartozóval, vagy pl. egy szomszéddal.

2. Milyen betegségre/tünetekre kell az adott gyógyszer?

Ezzel meggyőződünk arról, hogy a helyes gyógyszert viszik-e a betegség/tünet enyhítésére vagy kezelésére. Nem egyszer fordul elő mindannyiunk napi gyakorlatában, hogy ilyen kérdés nyomán derül ki: nem is a fő hatás szerinti indikációban használnak sok gyógyszert. A terápia sikerét erősen befolyásolja, hogy adekvát-e a gyógyszeres kezelés? Általában e kérdés ad lehetősé-

get arra, hogy alternatívákat kínáljunk a betegnek, s jelezzük: ha bizonytalan a választásában, mi tudunk segíteni!

3. Alkalmazta-e már az adott gyógyszert a beteg?

Ezzel felmérjük azt, hogy a betegnek kell-e beszélnünk arról: minden gyógyszer okozhat allergiás reakciót. Erre az első alkalmazás során fokozott gondossággal kell figyelni. De segít abban is, hogy eldöntsük: milyen mélységben kezdjük el beszélni a gyógyszer hatásairól, mennyi idő alatt várható a hatás észlelése, mely mellékhatások a leggyakoribbak az adott gyógyszer-nél, s ha ilyent észlel, mit tegyen a beteg stb.

4. Ismeri-e a helyes adagolást?

Ezzel a kérdéssel elejét vesszük annak, hogy a beteg megakasszon bennünket a tájékoztatásban: ha gyógyszerenként el tudja mondani a helyes adagolást, nem kell elmondanunk, csak ráírunk emlékeztetőnek. Ha azonban nem a helyes adagolást mondja a beteg, fel kell világosítanunk arról: milyen következményekkel jár, ha helytelen adagban szedi a gyógyszert. És ne feledjük, az adagoláshoz tartozik a gyakoriság és a szedés időtartama is! Így, ha a beteg nem mondja magától, nekünk kell elmondani azt, hogy pl. naponta maximum hány szemet vehet be a tablettából anélkül, hogy az ártana az egészségének, vagy legalább mennyit vegyen be belőle, hogy az hatásos legyen?

5. Milyen más gyógyszereket szed a beteg?

Ezzel a kérdéssel pedig értelemszerűen az interakciók lehetőségét térképezzük fel. Ez a kérdés főleg akkor lényeges, ha a beteg számára új gyógyszer kerül kiadásra, hiszen ez akár számottevően is befolyásolhatja a már korábban elkezdett sikeres terápiát. Sok olyan vény nélkül kiadható gyógyszerünk van, amely befolyásolja más gyógyszerek kinetikai jellemzőit, s adott esetben hatásfokozódást vagy (pl. gyorsabb ürülés miatt) a hatás megrövidülését, így aluldozírozott fázisok megjelenését eredményezheti. Egyetlen betegre sincs ráírva, hogy pl. epilepszia elleni gyógyszert szed, s ilyenkor egy rossz interakció súlyosan veszélyezteti a beteg állapotát.

A gyógyszerészi jogosítványok visszaszerzése, majd azok megőrzése szempontjából tehát az egységes – a mai átlagnál még magasabb szintű – tudásszint és a gyakorlati készségek aktív használata elengedhetetlen.

Még egy gondolatsor tartozik ide, ez pedig a szakgyógyszerészi képesítés, melynek ma kifelé csak presztízs-értéke van. A képesített gyógyszerész számára olyan gyakorlati haszna jószerivel nincs, amely feljogosítaná bármilyen munkakör betöltéséhez vagy többletjogosítványhoz, pedig egy szakterület kiemelkedő ismeretét minden más tudományágban kiemelten

értékelik, lásd pl. a szakorvosokat, szakjogászokat, szakmérnököket! A szakgyógyszerészi képzés fel-frissítése, a régen megtanult ismeretek megújítása szakmánk felemelkedését hozhatná. De ehhez a kompetenciák hozzárendelését is meg kellene oldani. Volt idő, amikor gyógyszerértárvezető bárki lehetett, aki valamilyen szakgyógyszerészi képzéssel rendelkezett. Ez hibás döntés volt! Mondhatnám, olyan, mintha mindenki taníthatna gimnáziumban, akinek egyetemi oklevele van. Kétlem, hogy egy mikrobiológiai vagy analitikai szakgyógyszerész értene a gyógyszerértárvezetéshez, mai feladatokra lefordítva egy gyógyszerértár sokoldalú menedzseléséhez. Erre évtizedekkel ezelőtt megalkották a gyógyszerellátási szakgyógyszerészi képzést, mely az ismeretek célirányosan összefogott rendszerét tartalmazta. Ebbe beletartozott pl. a hatástan vagy a mikrobiológia ismerete, a jogi ismeretek, a gazdaságtudományi oktatás. És akinek magasabb hatástani, mikrobiológiai stb. végzettsége van, kapjon ezen tárgyakból mentességet, de ne automatikusan ugyanazon jogokat, melyeket a már említett képzés során megszereztek azok, akik céltudatosan ezt a tevékenységet akarták végezni! Tehát a ténylegesen megszerzett tudáshoz kell a kompetenciákat hozzárendelni, és nem kiterjeszteni a kompetenciákat (itt: jogokat) azokra, akik valamit (lényegében azonban mást) X éven át tanultak. Az ilyen lojalitás nem használ szakmai megítélésünknek.

Ezen a téren nyugodtan lehet példaként a hozzánk szakmailag közel álló általános orvosokat említeni, akiknél a szakorvosi képzés komoly érték és alkalmazási kritérium! Bízom abban, hogy e téren is lesz megvilágosodás az egészségügyi kormányzatban. Van azonban az éremnek egy másik oldala is: ha megvalósul a szakgyógyszerészi képzés kompetenciátöbbletszintű elismerése, akkor meg kell teremteni e szakgyógyszerészek megfelelő szintű bérezését is! Addig, amíg nem születik meg egy képzettséghez igazodó minimálbér-program a gyógyszerési társadalomban, a szakképzésnek sem lesz megfelelő gazdasági értéke. Ehhez viszont olyan működési feltételrendszert kell kidolgozni, amely lehetőséget teremt a nagyobb tudású szakember honorálására.

A gyógyszerértárvezetés

A gyógyszerértár vezetése összetett feladat. Nem elég jól tudni a klasszikus értelemben vett szakmai ismereteket (mert ez alapvető elvárás! Elképzelhető, milyen tekintélye van annak a munkahelyi vezetőnek, akitől nem lehet kérdezni vagy nem érdemes...), itt gazdasági döntéseket kell hozni, itt személyzeti ügyekkel kell

foglalkozni, itt jogi megfogalmazásokat kell egyszerűen érthetővé tenni a gyógyszerértár dolgozóinak, itt konfliktusokat kell kezelni beteg és „az egészségügy”, vagy éppen két alkalmazott között, továbbá határozottan és egyszerre humánusnak is kell lenni a gyógyszerértári rend betartásával ill. betartatásával kapcsolatban.

A gyógyszerértárak nagy többségükben mikro- és kisvállalkozások, ahol a nagyvállalati vezetési feladatok nem válnak szét. Ezekben az egy-két-öt gyógyszerészes patikákban a vezetői sokoldalúságnak van jelentősége. Természetesen, ahol ezen feladatok szétválasztása indokolt és kivitelezhető (jellemzően a 6-nál is több gyógyszerészt foglalkoztató nagy gyógyszerértárakban), az előző megállapításom nem állja meg a helyét, hiszen egy jó vállalkozás-vezetővel szemben nem támasztható feltétlen kritériumként, hogy a munkatársak közül a legjobban ismerje pl. a magisztrális gyógyszerkészítés technológiai újdonságait vagy a vevők/betegek százait. Hasonlóképpen nem törvényszerűen érvényesek ezek az elvárások ott sem, ahol a vállalkozás vezetése (stratégiai vezetés) és a gyógyszerértárvezetés (operatív vezetés) szétválik, akár már családi szinten is. Ezeken a szinteken a specializálódás gazdasági érdeke felülmúlja a multidiszciplinaritás előnyeit.

Hazánkban az elmúlt évekig alapvető elvárás volt a szakgyógyszerészi képzés (hogy valamely szakterületen legyen kiemelkedő tudása a vezetőnek), továbbá a megfelelő gyakorlat (hogy az alapképzésből hiányzó gyakorlati kommunikációs készségeket legyen ideje megszerezni a leendő vezetőnek). A személyi jog megadását is ilyen ismeretekhez és tapasztalathoz kötötte a korábbi jogi szabályozás. Ezt az elmúlt évek jogszabályalkotói – akármilyen okból is – fölöslegesnek vélték, s szakítottak a jól bevált sémával⁵. Mára pedig megszorodott azoknak a gyógyszerértáraknak a száma, ahol gyakorlatlan és tapasztalatlan, de jó esetben lelkes és magabiztos fiatal kollégák, vagy a gazdasági helyzet miatt nem éppen vezetésre termett, más területeken azonban tapasztalt kollégák lettek gyógyszerértár-vezetővé.

A jogszabály megváltoztatása nem áll jogunkban, bár a szakmai szervezetek vezetőivel karöltve igyekszünk a jogszabályalkotókat meggyőzni a bekövetkezett váltás helytelenségéről. Azt azonban meg tudjuk tenni, hogy a fentiekben körvonalazott gyógyszerértár-vezetői státuszt betöltőket többlettudáshoz segítsük, segédkezet adjunk. A Standardok külön fejezetet szentel a gyógyszerértárvezetés menedzsment-feladataira, erőforrás-menedzselésére és gazdasági irányítására.

A biztonságos és tisztességes gyógyszerértárvezetés tehát olyan kompetencia, melynek minimumfeltételeit szigorúbbra kellene szabni. Ehhez tartozik a gyógyszerértárvezető gazdasági döntési helyzetének megerősítése is. Az ugyanis, hogy pl. milyen készletet tart egy

⁵A szakgyógyszerészi végzettséget 2001-ben törölték a személyi jog elnyeréséhez szükséges feltételek közül.

gyógyszertár, vagy az, hogy hány fő, azon belül hány gyógyszerész, szakasszisztens és asszisztens képes megnyugtató módon biztosítani a lakossági gyógyszerellátást, gyógyszertárvezetői hatáskörbe tartozó kérdés. Mai világunkban, amikor a gazdasági kérdéseket gyakran előbbre sorolják a szakmainál és etikainál, fontos a gyógyszertár vezetésére vállalkozó kollégák jogszabályi szintű támogatása e fontos döntések meghozatalában. Ez az egészségügyi kormányzati döntés ma még várat magára.

Még a háborús bűnösök esetében sem volt elfogadható indok a „parancsra tettem”, és ennek a kifogásnak – még ha abszolút mértékben lényegtelenebbnek is tekintendő – szakmaiatlanság kapcsán sem szabad megjelenie. Hiszen a szakmaiatlanság a gyógyszerészetben beteg elleni vétség!

A gyógyszerési gondozás

A hagyományos gyógyszerési ismeretek ma már aligha elégségesek ahhoz, hogy a gyógyszerész diplomájával megállja helyét az európaivá váló hazai egészségügyben. Mint azt a bevezetőben részleteztem, a szakmával együtt fejlődünk kell. A gyógyszerési gondozást már a hazai gyógyszerésképző helyek alapkurikulumában szerepeltetik, tehát – ha alapszinten is – a frissen megszerzett diploma már „tartalmazza” azt a tudást, amely ennek műveléséhez szükséges. Aki pedig korábban szerezte diplomáját, továbbképzések révén szerezheti meg azokat az elméleti és gyakorlati ismereteket, amelyek szakmánk ezen részéhez tartoznak. Mert a gyógyszerési gondozás igenis új, komplex elméleti és gyakorlati ismereteket igényel és semmiféleképpen nem azonosítható egy-egy vérnyomás- vagy vércukorszint-méréssel. És mivel ez a lakosság körében egészségnyereséget generál, új kompetenciákat is kell kötni e többlettudáshoz. Ez alapozhatja meg az ilyen szolgáltatás-bővítést. Így tehát kompetenciáink is fejlődnek.

Az elmúlt kb. 15-20 év nemzetközi tendenciái a gyógyszerészet klasszikus kereskedelmi tevékenységének átalakulását és a gyógyszertári (helyi magisztrális) gyógyszerkészítés visszaszorulását mutatják. Ennek ésszerű alternatívája volt az, hogy a gyógyszerész-kollégák többletszolgáltatásokat nyújtsanak a betegnek. Az egyik irányzat keretében a gyógyszer mellett úgy bővítették a kínálatot, hogy egyre több kozmetikumot, gyógyhatású terméket, majd egyéb vegyi anyagokat, még később bármit (filmet, elemeket, élelmiszert stb.) forgalmaztak, lényegében véve bármit, amit megvettek. Az ilyen változás külföldön sem befejezett múlt, hazánkban azonban egyértelműen jelen időben értendő. Ezzel szemben a másik irányzatban úgy bővítették a szolgáltatásokat, hogy ennek során a gyógyszerészek alapképzésére épített többlet-tudást hasznosították, s kezdetben tanácsadó szolgálatot indítottak.

Ez utóbbi fejlődött tovább gyógyszerési gondozásként. Mivel az előző irányzat továbbfejlesztésének nem volt szakmai előfeltétele, azt bárki végezhetette, a másikat azonban csak megfelelő tudással és gyakorlattal rendelkező gyógyszerész. A külföldi tapasztalat azt mutatta, hogy az első esetben a forgalom emelésére törekedett a tulajdonos (merkantil modell) és egyre kevésbé volt szükség a gyógyszerészre, a másik irányzat viszont, mely a tudás értéktéremtő voltát aknáztá ki, s az ún. etikus modellt képviselte, gyógyszerész nélkül nem működött. Hazánkban ma mindkét irányzat fejlődésnek indult. Mivel a két irányzatot eltérő érdekek (és a létszámgondok miatt kényszerpályák) mozgatják, továbbá a jogi szabályozás erősen politikai irányítású, ma még nehéz megjósolni, melyik fog dominálni az évek előre haladtával. Az azonban nagyon lényeges, hogy a minőség megőrzése pl. a kontrollált ellátólánc fenntartásával megmaradjon.

Magam úgy vélem, szakmai tudásunk akkor lesz igazán megbecsülve, ha a gyógyszertár jövedelme nem kizárólag a gyógyszertár kereskedelmi tevékenységéből, hanem főként a mindennapos használatban bizonyító, a betegek javát szolgáló gyógyszerési tudásra alapozott kognitív szolgáltatásokból fog származni. Ennek azonban a jogszabályi feltételrendszerét még meg kell teremteni. Várhatóan azonban kompromisszumos megoldás fog születni, erre a külföldi trendek, a hazai képzési tendenciák, a gazdasági makro- és mikrokörnyezet változása és még számos jel is utal. A szakma iránt elkötelezett gyógyszerészekhez kétségtelenül a második változat közelebb áll, ezért már eddig is számos gyógyszerész képezte tovább magát e területen, noha anyagi ellenszolgáltatást még nem kaptak e többletszolgáltatásért.

A Standardok a gyógyszerési gondozásra komoly figyelmet fordít. A hagyományos gyógyszerellátási tevékenységek megjelenítése standard-formában a szakembereknek nem jelent újdonságot. A gondozási feladatok ma még aránylag ritkán megjelenő szolgáltatások, lényegében újdonságok a gyógyszertárban, még ha a gondozói tevékenység gyökerei mindig is megtalálhatók voltak a gyógyszerési tevékenységben. Vannak, akik úgy gondolják, ma még indokolatlan a Standardokban ilyen részletességgel tárgyalni a gyógyszerési gondozási tevékenységet. Kollégiumunk azonban meg van győződve arról, hogy a gyógyszerési gondozás jó irányba fejlődésének egyik eszköze lehet az LGYES. Ha kezdetben nagyobb részletességgel határozzuk meg a gondozási feladatok kereteit, továbbá sokak által ma még nem végzett tevékenységeket fogalmazunk meg a standard-gyűjteményben, ez mind a jövőt szolgálja. A tiszta, érthető és konkrét megfogalmazások segítenek elkerülni a vadhajtásokat és a lehetséges későbbi támadásokra alapot adó egyéni hatáskör-bővítéseket. Ez az egyetlen része a standardgyűjte-

ménynek, amely – a tervek szerint – nem lesz kötelező érvényű minden patikának. A patikai alapszolgáltatások mellett ugyanis többlétszolgáltatást adni nem kötelező. Aki azonban úgy dönt, hogy gondozási tevékenységgel kívánja bővíteni gyógyszerértékesítési szolgáltatásait, csak e keretek között végezheti azt.

Végső következtetés

A gyógyszerészi diploma arra kötelez bennünket, hogy minden körülmények között a beteg érdekét szolgáljuk, s legjobb tudásunkkal védjük egészségét. Ehhez a diploma kompetenciákat biztosít számunkra. Ma e kompetenciákat a jogszabályalkotó megnyirbálta, de visszaszerzésükért és bővítésükért meg kell tennünk minden lehetséges lépést. Legcélravezetőbb az, ha a lakosságban erősítjük az igényt azokra a biztonsági és tudáskomponensekre, melyeket csakis a gyógyszerészi diploma igazol. E mellett azonban nem szabad megfeledkezni a szakmapolitikai feladatokról sem.

A – várhatóan az idén – megjelentő gyógyszerértékesítési standard-gyűjtemény a hazai gyógyszerértékesítési működését határozza meg. Ez, összhangban a Magyar Egészségügyi Ellátási Standard-gyűjteménnyel, stabilizálni fogja a gyógyszerértékesítéssel szemben támasztható elvárásokat. Segít a gyógyszerészet régi kompetenciáinak visszanyerésében és új kompetenciáinak elérésében, továbbá megfelelő kommunikáció nyomán a lakossági megítélést is pozitívan fogja befolyásolni.

Meg kell győzni az embereket, a lakosságot arról, hogy érdemes tőlünk kérdezni, mert lényegesen többet tudunk nála és a bulvársajtónál. Igen, a gyógyszerész ma is a gyógyszer szakértője! De a mai képzés és továbbképzés mellett már nem csak ez! A gyógyszer mellett tudunk „egész emberben” gondolkodni, tudunk a betegek nyelvén szólni, tudunk egészségről és beteg-

ségről olyat mondani, ami még az egészségügyi ismeretekkel rendelkezőknek is új, érdekes és hasznos, s ezért megfogadandó. Ha ezeket a lakosság elfogadja és egyre többet használja, akkor ismét nyertünk. Elsősorban szebb jövőt és egy fejlődőképes szakmát. Ezt kívánom mindannyiunknak.

IRODALOM

1. Hankó, Z.: A gyógyszerészi kompetencia és a gyógyszerpiaci liberalizáció. *Gyógyszerészet* 51. 569-573. (2007). – 2. Simon, L., Hankó, Z., Kata, M.: A gyógyszerészek szakmai kompetenciáiról. *Gyógyszerészet* 52. 167-169. (2008) – 3. Hankó, B.: Beszámoló az EuroPharm Forum munkakonferenciájáról. *Gyógyszerár VI.*(2). 6-8 (2007) – 4. A Lakossági Gyógyszerellátási Standardok. Tervezet 2008. 01. 7. – 5. Bősze G.: Az internetes gyógyszerrendelés biztonságának kérdései. Rozsnyay Előadói verseny, Budapest, 2008. május 17-18. – 6. Fälschungen von Arzneimitteln soll stärker bekämpft werden. *www.aerzteblatt.de* (28.April 2008) – 7. FDA: Heparin-Verunreinigungen erfolgen vermutlich absichtlich *www.arzneiblatt.de* (30.04.2008) – 8. Soós, Gy.: Gyógyszerészi gondozás. Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság, Budapest, 2004. – 9. Török, I.: A Helyes Gyógyszerértékesítési Gyakorlat (GPP). *Gyógyszerészet* 44. 211-219. (2000) – 10. Minőségfejlesztési Módszertani Anyagok: ESZCSM Szakmai Irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről. ESZCsM Minőségügyi Osztálya, 2004. – 11. Schneppe, T., Müller, R.H.: Qualitätsmanagement und Validierung in der pharmazeutischen Praxis Editio Cantor Verlag, Aulendorf, 2003. – 12. Jaehde, U., Radziwill, R., Mühlebach, S., Schunack, W.: *Lehrbuch der Klinischen Pharmazie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH*, Stuttgart, 1998. – 13. Lóránth, I.: Hamis gyógyszerek, veszélyes pirulák *Natúr sziget*, 2007. április 16. – 14. Halált hozó hamis gyógyszerek *Index.hu* (2002. április 9.) – 15. Haiman, É.: Hamisított gyógyszerek. *Medical Tribune IV.* (4). 2006. márc. 2. – 16. Terjed a gyógyszerhamisítás Európában. *HVG.hu* (2005. szept. 22.) – 17. Végh: Gyógyító pirula a kukából. *Zsaru* 2005/34. 8-9. – 19. Egyre gyakoribb a gyógyszerhamisítás Európában. *OrientPress* 2007.07.02. (orientpress.hu/portal.php?ReszletesHir=1)

I. T é l e s s y: *How Pharmaceutical Service Standards strengthen pharmacists' competencies in public pharmacies?*

Generáció gyógyszerértékesítési, Bag, Petőfi tér 14. – 2191