

Gyógyszerészet

A MAGYAR GYÓGYSZERÉSZETI TÁRSASÁG LAPJA

Fellegős szerkesztő: DR. LÁNG BÉLA

Szerkesztők:

DR. BRANTNER ANTAL, DR. KOVÁCS LÁSZLÓ és DR. VINCZE ZOLTÁN

24. évfolyam

Technikai szerkesztő: LÁNG MIKLÓS

1980. április

4. SZÁM

Továbbképző közlemények

Gyógyszerészet 24. 121—123. 1980.

Gondolatok az egészségügyi alapellátásról

DR. MINKER EMIL

A gyógyszerészeti munka az egészségügyi alapellátás része. A gyógyszerész nemcsak az egészségügyi felvilágosító munkájával, hanem a gyógyszerkiadó és tanácsadó, egészségmegőrző tevékenységével vesz részt ebben a munkában. A részvétel igen magas képzettségi szintet, széles háttértudást igényel. Ez az igény a jövőben csak fokozódik, ami a képzést ellátó intézmények feladatát állandóan növeli.

*

Az egészségügyi alapellátás mai megfogalmazás szerint nem izolált, hanem az integrált, általános egészségügyi ellátási rendszer lokális része. Az egészségügyi alapellátás gerincén a körzeti orvosi munka áll, amely az elmúlt évtizedek alatt mind tartalmában, mind módszereiben átalakult. Az alapellátási tevékenység mindinkább csapatmunka jellegét öltött, és az egészségügyi ellátás napjainkban már nem kizárólag a körzeti orvos, hanem az alapellátásban működő orvos, körzeti ápoló, védőnő és asszisztens közös feladata [1].

Az 1978. szeptember 6. és 12. között Alma Atában megtartott egészségügyi alapellátás nemzetközi konferenciáján megállapították, hogy az alapellátás — a konferencia értelmezése szerint — magában foglalja az egészségnevelést, az anya- és gyermekvédelmet, a családtervezést, a védőoltási programokat, a közegészség- és járványügyet, valamint a gyógyszerrel való ellátást. Az alapellátás rendszere orvosok, védőnők, szülésznők és szociális gondozók csoportmunkájára épül [2]. Jóllehet az Alma Ata-i konferencia az alapellátás integráns részévé teszi az alapellátásban részesülőknek gyógyszerrel való ellátását, hazai fogalomtárunkból mégis hiányzik ez a lényeges vonás, és legtöbbször meg is feledkezünk róla. Ezzel kapcsolatban két dolgot kell kihangsúlyoznunk:

— az egyik, az alapellátásban orvosi vagy egyéb segítséget kérők, rendszerint a tanács, a felvilágosítás, útbaigazítás mellett gyógyszert is kapnak, — a másik, Magyarországon, de számos egyéb országban is az emberek tekintélyes hányada ma már egészségmegőrző tevékenysége közben, vagy olyan esetekben, amikor átmeneti, enyhébb jellegű megbetegedésről van szó, nem is fordul orvoshoz, hanem éppen egészségügyi ismerete birtokában az alapellátásból csupán a gyógyszerellátást, a gyógyszer megszerzésének lehetőségét veszi igénybe. Gondolunk itt az enyhe meghűlésektől kezdve, az esetlegesen visszatérő enyhe fájdalokra, gyomorsavtúltengésre, székszorulásra, hasmenésre, vagy vitaminhiányra.

Úgy gondoljuk, hogy az egészségügyi alapellátás rendszerének, céljának és szervezetének mind elméleti, mind gyakorlati kimunkálása során nem hagyhatjuk figyelmen kívül a gyógyszerellátást, a gyógyszerellátást végző gyógyszerész személyét, de munkáját sem. Ebben a vonatkozásban számos tudatmaradványt hordozunk a gyógyszerészeti szakma és hivatás jellegéről, amely érdekes kettősségben nyilvánul meg. Elismerjük azt, hogy az egészségügyben az orvos mellett a legmagasabbban képzett szakember a gyógyszerész, másrészt az alapellátásban játszott szerepéről a szükségesnél kevesebbet beszélünk. Magától értetődő, hogy a gyógyszerész az egészségügyi felvilágosítás munkájában minden vonatkozásban részt vesz. Munkaköréhez, annak társadalmi kötelezettségeihez tartozik, hogy az élet minden területén végezzen egészségügyi felvilágosító munkát [3]. Olyannyira feladata, hogy az államvizsga előtti gyakorlati idejüket töltő szegedi gyógyszerész jelölteknek kötelességük a hathónapos gyakorlati idő alatt legalább két alkalommal egészségügyi felvilágosító előadást tartani. Ilyen érte-

lemben a gyógyszerész felvilágosító tevékenysége az alapellátás részét képezi, ugyanakkor nem fogalmazzuk meg világosan és egyértelműen, vagy ha meg is tesszük, a gyakorlati életben általában nem veszünk erről tudomást, hogy a lakosság gyógyszerrel való ellátása az alapellátásnak legalább olyan fontos része, mint a felvilágosító munka. A gyógyszerrel való ellátás óriási szervezetet, szervezettséget, odaadást és figyelmet igényel, amely nemcsak egyszerűen munka, hanem élethivatás is. Van ennek a kérdésnek egy további aspektusa is. A modern élet elképzelhetetlen gyógyszerek nélkül. A gyógyszer ma az élet elmaradhatatlan tartozéka, a civilizált élet egyik feltétele. Óriási gazdasági és politikai tényező. Jelentőségét nemcsak az fejezi ki, hogy a lakosság évente mekkora összeget fordít gyógyszerbeszerzésre, és hogy ez az összeg miként növekszik. Ez is lényeges, mert olyan összegről van szó, amely az állami támogatást beleértve, évente meghaladja folyó áron az ötmilliárd forintot. A növekedést figyelembe véve, az elkövetkezendő évtized végére kivetítve ez rendkívül magas összeg, különösen akkor, ha meggondoljuk, hogy az ötmilliárd forint körül megjelölt forgalom a jelenlegi a világpiacon áráktól eltérő, irreálisan alacsony áron számolt összeg. A gyógyszerellátás gazdasági vonatkozása még az, hogy a lakosoknak gyógyszerrel való ellátása közvetve fontos termelési tényező, mert gyógyszerek segítségével állítjuk vissza a termelésben résztvevő ember egészségét, ill. előzzük meg a munkából való kiesését.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a gyógyszerész olyan irányú tevékenységét sem, amikor enyhébb esetekben a törvény által szigorúan körülhatárolt esetekben a kézi eladásba tartozó szerekkel segíti a hozzáfutó személy egészségmegőrző és -fenntartó tevékenységét. Mint említettem enyhébb betegségek esetében az emberek egy része nem fordul orvoshoz, pl. olyan esetekben mikor a nátháját orrcseppekkel; fejfájását, álmatlanságát, nyugtalanságát, esetleg fogfájását, obstipációját, vitaminhányát kézi eladású szerekkel is enyhítheti. Lényeges lehet ilyen esetekben a gyógyszerész egészségmegőrző funkciója akkor is, ha a gyógyszerért hozzáfutót orvoshoz küldi. Nem hagyja „lábon” kihordani az olyan betegséget, ami szövődményes következményekkel járhat; amely számára, mint jól képzett egészségügyi szakkádernek, néhány szó után világossá válik.

Ma általános igény, az egészségügyi alapellátás fejlesztése. Azt kívánjuk, hogy az alapellátásban résztvevők a rászorulókat az alapellátás szintjén valóban elégtessék ki. Ne terheljék felesleges estekkel a szakorvosi, ill. kórházi ellátást; így annak kihasználtságát olyan esetekre tartalékolják, amikor arra feltétlenül szükség van. Ha az alapellátás rendeltetésszerűen funkcionál, akkor mindenki, akinek szakorvosi, ill. intézeti ellátásra szüksége van, azt valóban meg is kapja. Akkor nem foglalják olyanok a szakorvosok munkaidejét, és a kórházi ágyakat, akiknek erre nincs feltétlenül szüksége. Biztosítja egyben azt is, hogy a jobb kihasználással a későbbiekben nagy értékű beruházásokat lehessen megvalósítani. Amennyiben az alapellátást fejleszteni kívánjuk, márpedig fejleszteni kell, akkor az alap-

ellátásban szereplő valamennyi személyi tényező, az alapellátó csapat valamennyi tagjának önállóságát, tudásanyagát, így a gyógyszerész képzési szintjét is feltétlenül emelni kell.

Amint a körzeti orvosi munka nem lehet egyszerűen betegirányítás és vényírás, úgy a gyógyszerész munkája sem egyszerűen a mechanikus expedálás, és a jövőben még kevésbé lehet az. Egyszerűen azért nem lehet mechanikus, kvázi kereskedelmi tevékenység, mert az alapellátásban való részvétel rendkívül nagy egészségügyi tájékozottságot, háttértudást igényel. Ez a háttértudás az, amit általában a mindennapi életben a gyógyszerért megfordulók ugyanúgy nem ismernek, mint ahogy nem ismerik azt a munkát, amely a gyógyszeráraknak a nagyközönség által nem látott részén folyik.

A gyógyszerésznek a betegekkel, vagy a gyógyszerért igénylő közönséggel való kapcsolata rendkívül kényes. A hozzáintéztett kérdésekre, amelyek a legkülönbözőbbek lehetnek, azonnal, és a lehető legjobb választ kell adnia; mégpedig olyan rövid, de a laikus számára is érthető tanács formájában, amely nemcsak a helyes terápia szempontjából útbaigazító, hanem rendkívül fontos pszichológiai tényező a gyógyulásban. Nem kívánom részletesebben elemezni a gyógyszerésznek a döntési helyzetét az alapellátásban. De döntenie kell, mikor ad ki vényt és tanács nélkül gyógyszert; mikor ad feltétlenül tanácsot, útbaigazítást; mikor ismétli a vényt, és mikor tagadja meg a vénynek az ismétlését. Ez olyan döntési szituáció, amelyet törvénykezési úton lehet szabályozni. A vények ismételtetősége szabályozott ugyan, azonban sok-sok eset közül előfordul, hogy a gyógyszerész ezt a helyzetet tudása, lelkiismerete és etikai indítékai alapján kénytelen felülbírálni. Ezek is olyan esetek, amelyek a gyógyszerész munkájának hétköznapijaiban kevésbé látványosak, és a nagyközönség számára szinte alig ismert.

Ha most röviden visszatérünk arra a pontra, hogy a gyógyszerésznek az egészségügyi alapellátásban már pillanatnyilag is elfoglalt helye, de a jövőben elfoglalandó helye méginkább miféle képzési és továbbképzési feladatokat ró az oktatási rendszerre, ezen belül az egészségügyi felsőoktatásra, akkor röviden a következőket mondhatjuk.

A múltban sem volt, és a jelenben sincs szó arról, hogy a gyógyszerész feladatai ellátására készülő gyógyszerész jelölteket, a feladathoz képest túlképeztük volna. Arról sincs szó, hogy magasabb szinten történe a képzésük, mint amelyet az általuk betöltött munkakör általában megkíván. Amennyiben erre az álláspontja helyezkedünk, hamis látszat áldozatai leszünk. Ha ezt a koncepciót elfogadjuk, akkor továbbvive a gondolatmenetet, a következő konklúzióra kell jutnunk. Amennyiben az alapellátásban résztvevő körzeti orvos munkáját a gyógyszerész expedáló munkájának látszatához hasonlón a betegirányításra, adminisztrációra és vényírásra korlátozzuk, mint azt gyakran a látszat mutatja, akkor 6 év alatt ehhez a feladathoz az orvosokat kétségtelenül túlképezzük. Egy ilyen funkció ellátására nem feltétlenül lenne szükséges 6 évig felkészülni. De amint a körzeti orvosnak az alapellátásban betöltött funkciója távolról sem a beteg-

irányítás, receptírás és adminisztráció, hanem a betegek tényleges ellátása, oly módon a gyógyszerész munkája sem egyszerűen expedálás, hanem rendkívül nagy háttértudást igénylő, felsőfokú egészségügyi munka, amely csak a jelenlegi, vagy ennél lényegesen magasabb tudásszint birtokában látható el. Meglehetősen rossz konklúziókra vezethet, ha a látszat, és nem a tényleges feladatkör tartalmi vonásai alapján ítélkezünk. Az egészségügyi alapellátásra lényegesen nagyobb feladatok megoldása vár, mint ahogy azt pillanatnyilag is megfogalmazzuk, mert a társadalom, a világ állandóan változik, az igények állandóan növekszenek, más és más formában termelődnek újra azok a gondok, amelyeket sokszor már leküzdeni véltünk. Ezeknek a várható feladatoknak a megoldására is fel kell készülnünk, és az alapellátást mindenféleképpen erősíteni kell. Nemcsak szervezeti, szerkezeti változtatásokra van szükség, hanem az alapellátás koncepciójának továbbfejlesztésére és átgondolására is. Ehhez próbált ez a rövid írás további motivációkat adni.

IRODALOM

1. Gonda Gy.: *Egészségnevelés* 20, 193 (1979). — 2. Gonda Gy.: *Egészségnevelés* 19, 279 (1978). — 3. Stenszky E.: *Egészségnevelés* 20, 59 (1979).

Д-р Э. Минкер: Мысли об основном медицинском обслуживании

Работа фармацевтов представляет часть основного медицинского обслуживания. Фармацевт участвует в этой работе не только своей деятельностью по медицинскому просвещению, а также своей деятельностью по выдаче лекарственных препаратов, советов, по сохранению здоровья. Эта деятельность требует очень высокой подготовленности, широкие знания. Эти требо-

вания в будущем еще дальше усиливаются, что постоянно увеличивает задачи учреждений выполняющих обучение.

Dr. E. Minker: *Some ideas about the basic sanitary service*

The pharmaceutical activity is an integral part of basic health service. The pharmacists are involved in this service not only by their health educational activity, but also in performing their drug dispensing and health maintaining activities. The participation in this service requires a very high grade of education, a broad sphere of knowledge. This requirement will only increase in the future, consequently the tasks of the institutions performing the pharmaceutical education and training will be continuously increased.

Dr. E. Minker: *Gedanken über die gesundheitliche Grundversorgung*

Die pharmazeutische Arbeit ist ein Teil der gesundheitlichen Grundversorgung. In dieser Arbeit nimmt der Apotheker nicht nur mit seiner gesundheitlichen Informationstätigkeit, sondern auch mit der Arznei-abgabe und mit der Gesundheitsbewahrung teil. Diese Tätigkeit braucht eine hohe, gründliche Bildung und breite Grundkenntnisse. In der Zukunft wird sich dieser Anspruch erhöhen, dadurch wird die Aufgabe der Universität für Medizinwissenschaften immer höher.

*D-ro E. Minker: *Pensoj pri la sanitara bazprovizado*

La farmaciista laboro estas parto de la sanitara bazprovizado. La farmaciisto partoprenas ĉi tiun laboron ne nur per sia sanitara informa laboro, sed ankaŭ per siaj medikamenteldona, konsultanta kaj sanokonserva aktivecoj. La partopreno pretendas tre altgradan instruitecan nivelon kaj vastan fonocejon. Tio ĉi pretendo en la futuro nur pliiĝos, kaj tio konstante kreskigos la taskon de la institucioj prizorgantaj la instruadon.

(Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyógyszerhatástani Intézete, Szeged, Postafiók 121. — 6701)

Érkezett: 1979. XII. 11.

NÖVÉNYI ROSTOK SZEREPE
AZ ANYAGCSERÉRE

IME: Ph. Ztg. 121, (26), 1281 (1979).

Amíg az elmúlt ötven év folyamán a legtöbb emberi élelmezésül szolgáló anyag tulajdonságait és jelentőségét pontosan felderítették, addig nagyon kevés figyelmet fordítottak a növényi rostanyagokra. Tették ezt abban a feltevésben, hogy azoknak semmi értékük sincs a táplálkozásban. Csak az elmúlt utolsó tíz évben fordult a kutatók figyelmé ezeknek az anyagoknak a gyomor-bélrendszerre kifejtett hatása felé. Egy közelmúltban közzétett amerikai tanulmány szerint egyre több jel arra mutat, hogy növényi rostok számos élelmiszer felszívódását és anyagcserejét jelentősen megváltoztatni képesek. Ha a szervezet pl. szénhidrátokat és növényi rostokat együttesen kap a táplálékkal, kisebb mértékben emelkedik a vér cukorszintje, mint ha a szénhidrátot egymagában azt mutatják, hogy főleg hiper triglycerid-emia-ban szenvedő egyének számára előnyös a szénhidrát-növényi rost összetételű táplálkozás. Egészséges személyeknél az ilyen étrend nem befolyásolja a szérum-triglycerideket (171).

R. B.

CSECSEMŐK AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉG
ÁLLAMAIBAN

Kevesebb gyermek — több házasságon kívül született. A Közös Piacnak mind a 9 államából a csecsemőhalandóság csökkenését jelentik. Amíg az összes államok átlagában az 1960. évben 1000 élveszületésre az első életév betöltése előtti időre 31,1 haláleset jutott, addig ez a szám 1977-ben már csak 14,3 volt. Legjobban a dánok állnak ezen a téren. Náluk a halálozási szám 21,5-ről 8,7-re ment vissza ezer élveszületettre számítva. Az előzőleg első helyen állt Hollandia a második helyre szorult 17,9-ről 9,5 ezrelékre csökkent halálozással. A sorrendben Luxemburg, Franciaország, Belgium, Nagy-Britannia, az NSZK, Írország és Olaszország következnek, ahol az 1960. évi 43,9 ezrelékről igen tekintélyes mértékben, 17,6 ezrelékre csökkent a csecsemőhalálozás. Az összes tagállamban megfigyelhető a születések számának visszaesése. 1960-ban átlag 17,9 élveszületés jutott 1000 lakosra, amely szám a javuló gazdasági helyzet hatására 1964-ben némileg emelkedett és elérte a 18,8 ezreléket, hogy utána rohamosan visszaesve 1977-ben már csupán 12,2 ezreléket érjen el. A kilenc tagállamban 1960-ban minden 1000 születés közül 46,8 volt a házasságon kívüli, amely szám 1978-ban 65,3-ra emelkedett. Legjobb volt a helyzet e tekintetben mindkét időszakban Hollandiában és legrosszabb a házasságon kívüli születés Dániában. Az NSZK a kettő között állva az átlagnak megfelelő helyet foglal el (176).

R. B.