

Az adolescens medicinától a gyermek-egészségügyi központig

Beszámoló és gondolatok egy nemzetközi továbbképzés kapcsán

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének delegáltjaként május 27-28-án másodmagammal részt vettem az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) által szervezett „Adolescens medicina” című kétnapos nemzetközi továbbképző tanfolyamon. A képzés az EAP vezetőségi tanácskozása elé szervezett „pre-congress activity” formájában került megrendezésre egy, a Kárpátalja fővárosaként aposztrofált, egyébként meglepően dinamikus fejlődő, és hangulatos történelmi városmaggal rendelkező kelet-lengyelországi kisvárosban, Rzeszówban.

A TOVÁBBKÉPZÉS

A továbbképzés színvonalát jellemzi, hogy nemcsak Európa vezető egyetemeiről, de az Egyesült Államokból is érkeztek oktatók, legtöbbjük egy-egy szubspecialitás neves képviselője, akik alaposan felkészülten, érthetően, ugyanakkor a legmodernebb tudásanyag birtokában igyekeztek a kamaszkorra jellemző speciális egészségügyi problémákat – kifejezetten az alapellátás szempontjából – megvilágítani. A kérdéseket a szubspecialitásoknak megfelelően témakörökre osztották, de elhangzottak több szakmát összefogó, multidiszciplináris megközelítést alkalmazó beszámolók is. Nem célom a tanfolyam anyagának részletes ismertetése, ezért a teljesség igénye nélkül, csupán a legérdekesebb előadások közül sorolnék fel néhányat a sűrű programból. (A teljes program itt elolvasható: http://ungeshelse.no/data/file/0/file_23.pdf)

A nyitó szekcióban Alfred Tenore, a GPEC (Global Pediatric Educational Consortium) elnöke a kamaszok érdekképviseletével foglalkozott, majd a kamaszkori problémák és az egészségügy szervezeti felépítésének kapcsolatáról, hatékonyságáról, valamint a gyermek-alapellátásból a felnőtt családorvosi modellbe való átlépés problémáiról hallhattunk előadást Raisa Lounamaa-tól, a Helsinki Egyetem adolescens pszichiáterétől.

Ann Meynard, a Genfi Egyetem tanára, a nemzetközi hírű EuTeach (European Training in Effective Adolescent Care and Health) program munkatársa „Hatékony kommunikáció kamaszokkal” című gyakorlatias, videó felvételeket és a hallgatóságot is bevonó, interaktív elemeket is tartalmazó prezentációja emlékezetes marad minden résztvevő számára. Az EuTEACH egy modulárisan összeállított curriculumot kínál, amely kamaszokkal és családjaikkal történő hatékony kommunikációs modelleket tanít, főként kiscsoportos formában. Minden évben speciális nyári kurzusokat is tartanak, amelyekre jelentkezni is lehet. (<http://www.unil.ch/euteach>)

A pubertás élettanát és kórlelettanát, az elhúzódó pubertás, valamint az alacsony növés kamaszkori jellemzőit Michael Ranke, a Tübingeni Egyetem gyermekendokrinológus professzor emeritusa, szintén az alapellátás szempontjait szem előtt tartva foglalta össze, a kivizsgálásra és a kezelésre vonatkozó sémákat, folyamatábrákat is elemezve.

A szubspecialitásokat sorra vevő klinikai szekciókban egyes kamaszkorban gyakran előforduló kórképek, mint az asztma, a leukémiák, a gyulladáscsökkentő betegségek, a visszatérő funkció-

nális hasfájások, az acne kerültek tárgyalásra angol, francia és litván professzorok tolmácsolásában. Minden előadásban kiemelt anyag rész volt a kórképek pszichés, pszichoszociális vetülete.

Külön szekció foglalkozott a kamaszkori elhízással, a diabetes mellitussal és az anorexia nervosa lehetséges terápiás megközelítésével. Itt tartott előadást Janet Treasure, a King's College vezető gyermekpszichiátere, az „evési betegségek” nemzetközi hírű tudósa. Jelenleg ő az első a „world experts of eating disorders” című tudományos szakértői listán. Előadása nevéhez méltóan szívporkázóan érdekes volt. Hangsúlyozta a bizonyítékokra alapozott, vezetett, önsegítő (evidence-based guided self-help) programok jelentőségét. Bemutatta az Egyesült Királyságban működő „MaRSIPAN” (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa) munkacsoport által kifejlesztett guideline-t, amely nélkülözhetetlen az ezzel a problémával foglalkozó specialistáknak, de az alapellátásban is hasznos segítség lehet. (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR168.pdf>)

A kamaszkor mentális problémái, a depresszió, az erőszak, a droghasználat, az öngyilkosság és általában a rizikókereső magatartás is egy külön szekció témája volt. Itt a vezető előadó a szintén nemzetközi hírű Pierre-André Michaud volt, a Lausanne-i Egyetemi Kórház professzora, aki kamaszkori preventív intervenciók technikákkal foglalkozik, többek között a WHO és az UNICEF vezető tanácsadójaként. Előadásában is szerepelt a sokszor idézett „H.E.A.D.S.S.” rövidítés, amely az alapellátásban a kamaszokkal történő vezetett beszélgetés vezérfonalaként ismert.

- Home (a családi környezet természete és minősége)
- Education (iskolai dolgok, problémák, szakmai érdeklődés)
- Activity (sport és szabadidős tevékenységek)
- Drugs (dohányzás, alkohol, kábítószer, egyéb illegális szerek használata)
- Sexuality (szexuális identitás, elvárások, viselkedés)
- Security (rizikókereső magatartásformák, balesetek megelőzése)
- Suicide and self-harm (hangulati eltérések, szorongás, depresszió, öngyilkos gondolatok)

Az utolsó, és egyik legérdekesebb blokkban az Egyesült Államokból érkezett előadókat hallgathattunk. Warren Siegel Brooklynból, a Coney Island Kórház adolescens egészségügyi osztályának igazgatója, és a Szexuális és Reprodukív Egészségügyi Oktatási Program Adoleszcenseknek vezetője két, lenyűgöző gyakorlati érzékről és tapasztalatról számot adó, igazi „amerikai” stílusú előadást tartott a kamaszkori szexuális identitás, orientáció, homoszexualitás, transz-szexualitás témakörében. Ezt követően Jonathan Klein, a Rochesteri Egyetem professzora, az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia gyermekkori dohányzással foglalkozó munkacsoportjának vezetője a kamaszkori dohányzás veszélyeiről, a megelőzési programok lehetőségeiről és korlátairól beszélt. Többek között megtudtuk, hogy a manapság divatos elektromos cigaretta mégsem olyan veszélytelen, mint ahogyan azt hirdetik. Jelenleg telje-



sen szabályozatlan a forgalmazhatóságuk és reklámozásuk, így akár jelentős mennyiségű nikotint és lényegében bármilyen egyéb anyagot is tartalmazhatnak. A legkülönbébb ízítésben kaphatók a csokoládétól az őszibarackig, szupermarketekben vásárolhatóak és nagy fokban addiktívek. Egy legutóbbi felmérés szerint elterjedtségük a 12-18 éves amerikai korosztály körében jelenleg 6.8%(!). (http://www2.aap.org/richmondcenter/pdfs/ECigarette_handout.pdf)

AZ ALAPELLÁTÁS PARADIGMÁJA

A részövi tanfolyamon elhangzott előadások többsége jól ismert, a hazai szakemberek számára is mindennapi feladatokat jelentő, gyakorlati tananyagoknak minősíthető problémákkal foglalkozott.

Ami különösen érdekessé, izgalmassá tette ezt a két napot, az a magas szintű szakmai tartalmakon túl, az azok mögött meghúzódó, de végig jól érezhető szemlélet, egységes látásmód, divatos szóval paradigma volt, amiről eddig a nemzetközi szakmai lapokon kívül legfeljebb a Hírvivő hasábjain olvashattunk.

A hagyományos, betegséggógyítás-centrikus alapellátás, és az azt felváltó, a testi-lelki egészségmegőrzés, a mentálhigiéné felé orientálódó elsődleges ellátás szemléletbeli különbségeit az alábbi táblázat szemlélteti. A táblázat már közel harmincéves, Hannu Vuori, a WHO Európai Regionális Kutatási és Fejlesztési Irodájának akkori igazgatója publikálta a WONCA (Családorvosok Világszervezete) XI. londoni kongresszusán 1986-ban, mint a 21. század elejére elérni remélt „víziót” és ezt azóta is mértékadó összefoglalóként idézik az alapellátás szervezésével foglalkozó tankönyvek.

Hagyományos „betegség-központú” szemlélet felől	Új, „egészség-központú” szemlélet felé
<i>Fókusz</i>	
Betegség Gyógyítás	Egészség Megelőzés és gyógyítás
<i>Tartalom</i>	
Betegségek kezelése Epizódikus kezelések Specifikus problémák	Egészségnevelés Folyamatos ellátás Széles körű (komprehenzív) ellátás
<i>Szervezés</i>	
Specialisták Csak orvosok Egyszemélyes praxis	Elsődleges ellátók Szakdolgozók és orvosok Ellátóközpont (team)
<i>Felelősség</i>	
Kizárólag egészségügyi szektor Szakmai dominancia Passzív elfogadás	Interszektoriális kollaboráció Közösségi részvétel Egyéni felelősségvállalás

Táblázat: A hagyományostól a modern elsődleges ellátásig
(Forrás: Starfield, B.: *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. Oxford University Press, 1992.)

KÖZÖSSÉGI SZINTŰ ELSŐDLEGES GYERMEKELLÁTÁS

Az alapellátás szemléletének hagyományos, megszokott kereteit feszegető, azokat újraértelmező paradigmaváltás az elsődleges gyermekorvoslásra ugyanúgy vonatkozik, mi több, annak minden aspektusát mélyen érinti. Nemcsak a kamaszok, serdülők jellegzetes problémáira alkalmazható, de az újszülöttek ellátásától a vakcinológiáig, a pszichoszomatikus fejlődés zavarainak korai kiszűrésétől a speciális igényű gyermekek gondozásáig, teljesen új megközelítésbe helyezi nemcsak a gyermek-alapellátás mikéntjét, hanem a házi gyermekorvos szerepét is az ellátás rendjében. A „community pediatrics” (közösségi szintű gyermekorvoslás, amely nem azonos fogalom sem a szociálpédiátriával, sem az iskola-egészségüggyel, sem a közegészség-tannal), a „team-based care” vagy az „integrated care” az elmúlt évtizedben alapfogalmakká váltak a fejlett országok elsődleges gyermekellátásának kontextusában. (Érdeklődők számára a szerző szívesen szolgál irodalomjegyzékkel a szerkesztőségben.)

ITTHONI HELYZET

Ahhoz, hogy a hatéves egyetemi képzéssel a hátuk mögött, az alapellátás szintjén dolgozó házi gyermekorvosok munkájuk során ne csak az aktuális betegségek tüneteire összpontosítsanak, de érdemben hozzájárulhassanak a kamaszok életminőségének javításához, nemcsak a klinikai gyermekgyógyászati curriculum ide vonatkozó fejezeteivel kellene tisztában lenniük, de a lelki egészség-tanban, a mentálhigiénében, a klinikai pszichológia speciális kérdéseiben, sőt a pszichiátria határterületein is járatosnak kell lenniük. Magas szintű szociális érzékenységgel, empátiával, kommunikációs készséggel és nem utolsósorban elegendő idővel kell rendelkezniük egy (vagy több) tinédzserrel történő részletes, vezetett beszélgetés lebonyolításához.

Félve kérdezem magamtól is (mert sajnos tudom a választ): alkalmas vagyok-e, alkalmasak vagyunk-e mi házi gyermekorvosok, hogy a jelen körülmények között, jelenlegi elméleti tudásunkkal, gyakorlati képzettségünkkel, a túlszűfolt rendelőkben két igazolás írása és olykor napi 60–80 felső légúti hurut ellátása



közben magas szinten megfeleljünk ezeknek a kihívásoknak? Mindehhez máris kevesen vagyunk, és utánpótlás hiányában a jövőben egyre kevesebben leszünk. Ha energiával, érdeklődéssel bírunk is, nincsenek olyan kurzusok (ha csak nem Rzeszówban), ahol ezeket a készségeket elsajátíthatnánk. Vagy ha vannak (pl. Svájcban), akkor a pénzünk hiányzik a részvételi díjra, a szállásra, a helyettesítés költségeire.

ELSŐDLEGES GYERMEKELLÁTÓ KÖZPONT

Meggyőződésem, hogy a megoldás a jól szervezett gyermekalapellátó központban végzett csapatmunkában rejlik. Egy ilyen csapat felállása természetesen csak egy központilag szervezett és finanszírozott „elsőleges gyermekellátó központ” működési rendszerében képzelhető el, az ún. „medical home” rendszerhez hasonló, helyi viszonyokra adaptált alapellátási egységben. Itt az elsőleges alapellátó és prevenció szakorvos gyermekgyógyász mellett egy (vagy több) elsőleges gyermekellátásban magasan képzett nővér (nem védőnő!), gyermekpszichológus, mentálhigiénés szakember, fejlődésterapeuta, gyógytornász, részállású szubspecialista dolgoznának közösen. A fent említett betegségorientált ellátás így sokkal inkább egészségcentrikussá válhatna, mindenki, így a magasan képzett (speciális szakvizsgával rendelkező!) elsőleges gyermekellátó és prevenció szakorvos is képzettségének, tudásának megfelelő munkát végezhetne.

Az egymás melletti, izolált sejtekként működő, mind nagyobb és nagyobb létszámú praxisokat, fokozatosan csökkenő energiával nem fogjuk tudni – még a hagyományos modellben sem – ellátni. A „community pediatrics” felvillantott paradigmának egyre fontosabb szerepet kell kapnia az elsőleges gyermekellátásban! Ennek hiányában a gyermek-alapellátás előbb-utóbb óhatatlanul a családorvosi praxisok rendszerébe integrálódik, aminek gyermekellátási színvonala számos adat szerint messze elmarad a gyermekorvosok által nyújtható primer gyermekellátás szintjétől. Nyilvánvalóan nem lehet ez a megoldás!

Közösségi szintű gyermekorvosi alapellátást kell kialakítani, ahol mi, házi gyermekorvosok egy hatékonyan szervezett csapat tagjaiként személyesen is felelősek vagyunk a hozzánk tartozó gyermekek, csecsemők, kisdedek, kamaszok bio-szociális egészségi állapotáért, annak ellenére, hogy nem lehetünk jelen személyesen minden egyes orvos–beteg találkozásnál.

Ehhez azonban még hosszú, rögös út vezet. Addig is érdemes figyelni azokra a trendekre, amelyek az elsőleges gyermekellátásban a modern, működő egészségügyi rendszerrel rendelkező fejlett országokban már megjelentek.

KOVÁCS ÁKOS

Határokon átívelő ellátás

Az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) tavaszi találkozásának helyszínét a szlovák és ukrán határhoz közeli Rzeszów városa adta. A Kárpátok gyűrűjének tövében fekvő, nagytörténelmi településen a legmagasabb az egy lakosra jutó egyetemi hallgatók száma egész Lengyelországban.

Decemberi megválasztását követően újra bemutatkozott az EAP új vezetése, az elnök Prof. Tom Stiris, norvég neonatológus, az alelnök Stefano del Torso, olasz házi gyermekorvos, valamint a főtítokár: Prof. Adamos Hadjipanayis, ciprusi gyermekgyógyász személyében. Az elsőleges-másodlagos ellátással foglalkozó munkacsoport ülésén részletesen kitértünk a csak „lengyel-” és „francia-ügynek” aposztrofált helyzetek értékelésére (ld. külön beszámolóinkat). Az Európa-szerte észlelt, a gyermek-alapellátást veszélyeztető riasztó események közös állásfoglalásra készítették az ECPCP-t és az EAP-t, szövege hamarosan hozzáférhető lesz a szervezetek weboldalain. Claude Billeaud beszámolója alapján 2015 márciusában Budapest ad otthont a soron következő iskolaegészségügyi kongresszusnak.

A vakcinációs munkacsoport beszámolójában kitért a törökországi WHO-találkozóra, ahol a morbilli és rubeola eradikációs lehetőségeit tekintették át. Téma volt az oltásellenesség Európa-szerte észlelt fellángolása és a meningococcus B elleni védőoltás, aminek a nemzeti immunizációs programokba való beépítése megkezdődött. Ez ügyben – általános gyakorlat híján – a decemberi EAP-találkozóig gyűjtik az oltással kapcsolatos tapasztalatokat információkat.

Az alapellátásban kutatásokkal foglalkozó EAPRASnet munkacsoport ülésén külön kiemelték hazánkat, értékelve a még mindig

futó elektronikus beteg-nyilvántartási kérdőívre válaszolók kiemelkedően magas számát. A korábbi kérdőívek összesítései, tanulmányai hamarosan olvashatók lesznek az EAP EAPRASnet Working Group oldalán. Felmerült a munkacsoport esetleges meghívása két, hamarosan induló EU-s projektbe, a MOCHA az Európa-szerte nagy eltéréseket mutató gyermek-alapellátói modelleket hivatott összehasonlítani, míg a CHAPPIE elnevezésű a szűrő- és megelőző programok hatékonyságát fogja vizsgálni. Az UNICEF kérésére készül egy európai összehasonlító táblázat a gyermekek egészséges rendelésen történő szűréseiről (well-baby check up) és a szűrést végzők kompetenciájáról.

A spanyol Angel Carrasco vezetésével működő ECPCP-EAP közös gyermek-érdekképviseleti munkacsoport a bevándorló családok gyermekeinek helyzetével, az egyes országok ellátási, jogi gyakorlatai közötti különbségekkel foglalkozott.

Kliensutak feltérképezését, egyes országok jó gyakorlatait tanulmányozza, és a ritka betegségek diagnosztikáját, kezelését, követését illetően ajánlásokat fogalmaz meg a holland Liesbeth Siderius vezette Ritka Betegségek Munkacsoport, példaként használva a Schwachmann-Diamond szindróma már kidolgozott betegútjait. Összefügg a kérdéssel a közgyűlés egyik legtöbb hozzászólást kiváltó témája: a crossboarding care, a határokon átívelő ellátási modellek kidolgozása. A tervek különböző ritkaságok kezelésére specializált regionális központok kialakításáról szólnak.

ALTORJAI PÉTER