

CSALÁDORVOSI MENTOR PROGRAM

2025

Belső anyag

Kedves Oktatónk!

A Curriculum reform 2.0 kapcsán életbe lépő változások a Családorvosi Tanszék által oktatott tárgyakat is érintik. A változás kapcsán átalakul a Bevezetés a betegellátásba tárgy (kötelezőből kötelezően választhatóvá) és bevezetésre kerül a Mentor program (szabadon választható), mely lehetővé teszi, hogy a Családorvoslás a hallgatókat akár a teljes graduális képzésük során elkísérje.

A hallgatók a változtatások kapcsán közvetlenül egyetemi felvételük után találkozhatnak a klinikummal rajtunk, házi orvos oktatókon keresztül. Ez azt követeli meg, hogy azokra a képességeikre alapozzunk, melyek a betegtalálkozásokban az emberi kapcsolatok terén kialakíthatók (ezt nevezik személyközpontú gyógyításnak, egészen pontosan whole-person medicine-nek).

A megközelítés (whole-person medicine) alapját a mi oktatásunk kapcsán az adja, hogy a hallgatók közvetlenül az egyetemre történt felvételük után még egyáltalán nem rendelkeznek klinikai szaktudással, ezért arra nem építhetünk. Ha azt a módszert követjük, hogy mi magunk adunk nekik betegség-specifikus összefoglalót (kérdéseket), akkor megakadályozzuk azt, hogy önállóan gondolkodjanak, és a feltett kérdések nem tudásból, hanem egyszerűen utánczásból fakadnak, és ez nem megszünteti a bizonytalanságukat, hanem még fokozza azt.

A személyközpontú váltással lehetővé tesszük számukra, hogy egyszerűen, a saját – emberi – szintjükön közelítsenek a betegekhez, akik maguk is a saját emberségükben élik meg a betegségüket/betegségeiket. Ez a gyakorlatban megnyilvánulhat abban, hogy ugyanaz a betegség más-más mértékben töri meg az egyén életét (van akire óriási terhet ró, van aki könnyedén boldogul vele és jól karban tudja tartani). Előfordul, hogy olyan betegünk, aki eddig jól együttműködött velünk, hirtelen megváltozik, nem keresi a kapcsolatot, vagy abbahagyja a gyógyszereszedést. Előfordulhat az is, hogy valaki a kezdetek kezdetétől nem jól kooperál, aminek a hátterében ugyan meghúzódhatnak olyan személyes okok is, melyek az általunk alkalmazott kezelési forma elutasításában gyökereznek (ennek is jó feltárni a személyes hátterét), de az is, hogy egyszerűen nem érti azt a nyelvezetet, amit használunk, vagy az ő szociális háttere megköveteli, hogy a szokásostól eltérően világítsunk rá a problémára.

A fentiek mind a betegeink egyéni kontextusáról (élethelyzeteiről és kapcsolati, illetve kulturális helyzetéről) szólnak, nem tartoznak speciálisan a szigorúan vett biomedicina tárgykörébe. Ha tudunk róluk, gondolunk rájuk, és képesek vagyunk ezeket felderíteni, akkor sok „nehéz beteg”-től kímélhetjük meg magunkat, mert meg tudjuk érteni az ő kontextusukat, és fel tudjuk kínálni azokat a megoldásokat, melyek megfelelőek lehetnek az ő számukra. Ez nemcsak azt eredményezi, hogy nő a betegek elégedettsége, hanem azt a szabadságot is, hogy minden beteghez úgy közelíthetünk, mint egy megfejtendő rejtvényhez, és ha valóban szükség van erre a képességünkre, akkor kezünkben a kulcs. Ennek a gondolkodásmódnak a megismertetésére különösen alkalmas az alapellátás,

mert mi vagyunk azok, akik a betegek legszélesebb körével találkozunk, a hosszú távú követés, illetve a családok gondozása lehetővé teszi a hatékony prevenciót és a személyre szabott tanácsadást, és mi találkozunk azokkal a tünetekkel is, melyek – bár testi panaszok formájában jelentkeznek – valamiféle személyes teher hordozásából fakadnak.

A megújulás azonban túlmutat a Semmelweis Egyetem belső megújulásán. A világban napjainkban újraértékelődik a medicina helyzete. Különösképpen nagy figyelem helyeződik az alapellátásra, mely az egészségügyi ellátórendszer gerincét képezi, és amelynek kiszámíthatóan meg kell teremtenie az ellátórendszer fenntarthatóságát.

Az előregedő, multimorbid társadalom, a források szűkössége szükségessé teszi, hogy megtanuljunk, hogyan tudjuk a betegeink belső erőforrásait mobilizálni, hogy aktívan és hatékonyan tudják kezelni krónikus betegségeiket. Ezzel egyidőben az úgynevezett partneri kapcsolat lép előtérbe az orvos-beteg kapcsolatban is. Az alábbi jegyzet – az esetbemutatók – azt a célt szolgálják, hogy nemzetközi példákon keresztül betekintést nyerjünk abba, mit is jelent a mindennapok szintjén ez a szemléletváltás. A háziorvosok mindennap találkozunk hasonló, komplex esetekkel, és a mindennapi „megérzéseink” segítenek minket a felmerülő dilemmákat a beteg szempontjából legjobban megoldani.

Erre a megközelítésre, és a mi saját, személyes történeteinkre van szüksége a hallgatónak ahhoz, hogy ők is eredményesen vehessék majd azokat a megmértetéseket, melyek orvosként várnak rájuk a mai, kiszámíthatatlan világban.

2024. szeptember 25-én

Dr. Eőry Ajándék

tanulmányi felelős

egyetemi docens

tanszéki csoportvezető

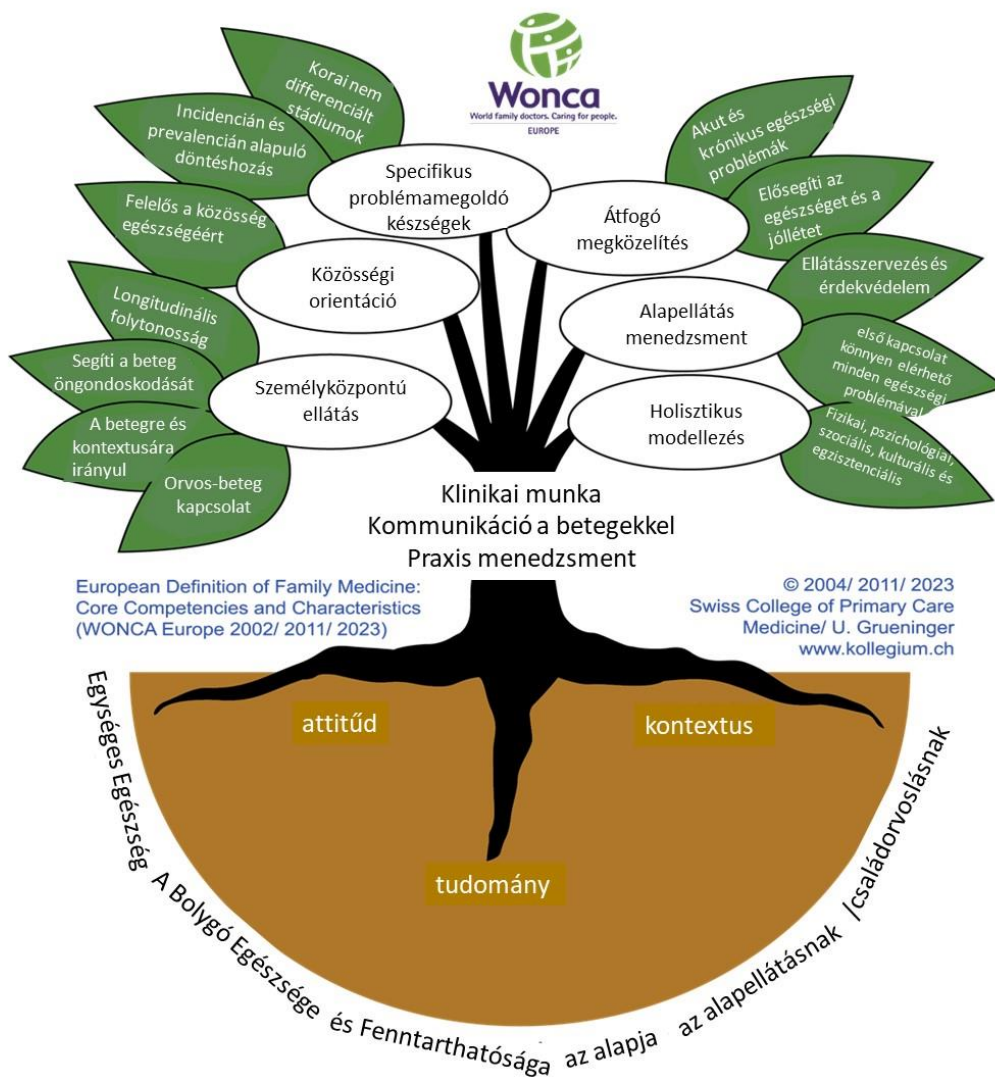
HASZNÁLATI ÚTMUTATÓ

Ez a jegyzet egyelőre egy közösen formálódó belső anyag. Gerincét az esetismertetések adják, melyek a személyközpontú megközelítés jellemzői szerint vannak felépítve. Az eseteket templátként használva átgondolhatjuk, hogy a saját betegeink közül kik azok, akiket érdemes e szerint a szempontrendszer szerint bevonni az oktatásba.

Az esetismertetések követő bekeretezett részek olyan gyakorlati útmutatókat tartalmaznak, melyeket a hallgatók már most elkezdhetnek használni, így közvetlenül átültetve a saját gyakorlatukba azokat a technikákat, melyek később majd segítenek megoldani a klinikumban jelentkező nehéz helyzeteket.

A házi orvos mint általános, átfogó tudással rendelkező szakértő

A Házi orvosok Akadémiai Társaságainak és Nemzeti Kollégiumainak Világszervezete (WONCA) a házi orvoslást akadémikus és tudományos diszciplínaként határozza meg, mely saját képzési tartalommal, kutatással és evidencia alapokkal rendelkezik, és sajátos a klinikai aktivitása. A házi orvoslás egyben egy olyan klinikai specialitás, mely az alapellátás biztosításáért felel [1].



A háziioroslás egyben olyan – a teljes embert fókuszába helyező – ellátás, mely az alapellátást az általánosan igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokon keresztül, szakterületekhez köthető, illetve általános ellátással, a lakóhelyi környezetben valósítja meg [2].

A házi orvosok olyan szakorvosok, akik képesek mind általános, mind betegség-specifikus ellátás biztosítására, ez utóbbira akkor, ha a beteg problémája úgy kívánja.

Míg a szakterületek specialistái szervrendszerekre összpontosítanak gyógyító munkájuk során, addig a házi orvosok személyközpontú megközelítést alkalmaznak, melynek célja, hogy a hozzájuk forduló egyén zökkenőmentes mindennapi életvitelét előmozdítsák [2, 3].

Elsődleges kapcsolódási pont – a házi orvos

Az elsődleges ellátás azt jelenti, hogy az alapellátás mindenki számára hozzáférhető, bármilyen problémáról legyen is szó.

Ez maga után vonja, hogy a házi orvos elsődleges információforrása a hozzá forduló beteg (beteg-történetek), ez egészül ki az esethez kapcsolódó klinikai információkkal, a témában publikált irányelvekkel, a helyi kórházi/szakrendelőben dolgozó klinikusok szakvéleményével, valamint az egyéb szolgáltatásokból leszűrhető információkkal. A folyamatban minden résztvevő egyformán információforrás és egyben aktív összetevője annak, hogy a probléma teljes egészében feltárható legyen (induktív kérdezés) [2].

A személyközpontú ellátás speciális hozzáállást kíván a házi orvos részéről.

Ennek kiindulópontja a kíváncsiság, a tisztázás képessége és a kritikai gondolkodás. Másik összetevője, hogy a teljes személyt veszi alapul a feltárás. Megvalósításához elengedhetetlenül szükséges, hogy a gondolatmenet feltáró (induktív) és nem lezáró (deduktív). Ez azt jelenti, hogy az orvos nem szűkíti le egy komponensre (a testi panasz hátterében álló betegségre) a kikérdezést, hanem tudatosan kitágítja azt, és lehetőséget ad arra, illetve aktívan facilitálja, hogy az egyéni körülmények feltárásra kerüljenek. Ebből a teljes értékű, feltáró interjúból; és a rendelkezésre álló kiegészítő biomedicinális tudásanyagból belső hipotéziseket generál; így kritikusan hoz létre kontextusfüggő tudásanyagot.

A személyközpontú klinikai interjú [2]

1. feltárja a betegség személyes jelentését
2. A beteg személyes betegség-tapasztalásának feltárásából és értelmezéséből a beteg személyes körülményeire szabott terápiás tervet készít (a gyógyszerelést is beleértve)
3. Az ellátáshoz szükséges ismeretanyagot a kontextus ismeretében kritikusan hozza létre, hogy azzal megalapozza, alakítsa és értékelje a következményes ellátást.

4. Így lehetővé téve, hogy a krónikusan beteg ember egészségügyi ellátása tudatosan legyen kialakítva, megvalósítva, átnézve és szükség esetén átalakítva, azzal a céllal, hogy az illető képes legyen menedzselni a mindennapi életét.

1. eset [4]

A beteg panasza	38 éves jól szituált, házasságban élő, boldogtalannak imponáló nő lapockák közötti fájdalomról panaszodik. A jópár év alatt, mióta a doktor betege, összesen egy-kétszer jelent meg a rendelőben, legutoljára rovarcsípés miatt.
A klinikai gondolatmenet	Az orvos fizikális vizsgálattal jelentéktelennek tűnő göböt talált a pajzsmirigyben.
A beteg kontextusa	Mivel a férj nem szerepelt a doktor betegei között, az orvos rákérdezett, hogy a férjével él-e. A válasz igenlő volt, és a nő hozzátette, 14 éve élnek együtt, de nem született gyermekük és most már nem is számítanak ilyesmire. Megkérdezte, egyébként boldog-e a kapcsolatuk, erre a válasz „nem” volt. Öt évi egymás mellett élés után a férje figyelme más felé fordult. Kérdésre válaszolva elmondta, hogy az övé nem fordult másfelé.
Belső hipotézisek	fizikális vizsgálattal csomó a pajzsmirigyben (testi ok) – nem valószínű, hogy van szerepe a panasz kialakulásában reumatikusnak tűnő hátfájdalom (testi ok) – nincsenek súlyos elváltozásra utaló jelek (fájdalomcsillapító felírható) depresszió (lelki ok) – másodlagos tünet, a boldogtalan házasság következménye boldogtalan házasság (lelki ok) - bizonytalan testi tünetek – háttérben valami súlyos?
Alkalmazott terápia	fájdalomcsillapító (aszpirin), további konzultációk lehetőségének felajánlása
Revízió	Néhány hónap múlva a nő üzemorvosa jelezte a háziornak, hogy a nő jelentkezett nála, panaszként magánéleti válságát jelölte meg.

Az eset kapcsán az orvos-beteg interakció azon rejtett elemei jelennek meg, melyekkel csak a nagy klinikai tapasztalattal rendelkező házi orvos bír. Vannak olyan speciális periódusok a betegek életében, amikor erre a tapasztalatra van szükség, és ilyen **a betegség első diagnózisa** is. Ilyenkor a beteg bejelentkezik a panaszával, mely ebben az esetben akár négyféle betegség is lehetett, az orvos pedig legjobb tudása szerint kikérdezi, megvizsgálja, és klinikai tapasztalata révén rangsorolja a találatokat, majd kiválaszt egyet, melyet a legfontosabbnak ítél meg, hogy elkezdje a kezelést. Egy fiatal, tapasztalatlanabb orvos a szomatikus elváltozásokat helyezi előtérbe, mert ez a terep biztonságos. Ez esetben számos kivizsgálás és – adott esetben felesleges –

gyógyszeres kezelés lesz a következmény. A testi tünetek lelki eredete inkább a tapasztalt orvosban vetődik fel, és többszörös visszacsatolás eredményeként jut el az orvos a végső diagnózishoz, hogy a beteggel partneri együttműködésben a megfelelő terápia kerüljön kiválasztásra [2, 4, 5].

Az egyénre szabott tudás megszerzésének építőelemei:

1. **Ellenőrzés:** milyen betegségei, ill. BNO kódjai vannak az adott betegnek. Milyen problémákkal jelentkezett eddig a rendelőben, milyen gyógyszereket szed.
2. **Személyes interjú (kikérdezés):** az egyéni élethelyzet felderítése: napi életvitel, egészségével kapcsolatos tudás, egészségének értékelése, miket szeret csinálni a mindennapjaiban és mi az, ami problémát okoz neki. *Tudatosan figyelni kell arra, hogy a beszélgetést ne zárjuk le az első – legkézenfekvőbbnek tűnő – megoldási lehetőség után (induktív kérdezés).*
3. **Nem-verbális kommunikáció:** a beszélgetés stílusa, jellemzői; a fizikai egészségre/betegségekre utaló jelek, támogató közösség jelenléte vagy hiánya.
4. **Heteroanamnesis**

2. eset [6]

A beteg panasza	42 éves, 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő, bedtime inzulinnal karban tartott építő munkás férfi folyamatos glükózmonitorozás kapcsán emelkedő vércukor értékeket észlel. Mostanában köhögés és orrdugulás jelentkezett. Két hete járt kezelőorvosánál, aki mindent rendben talált. Többször hívta a rendelőt, de nem tudott az orvosával beszélni, végül virtuális vizitre kért időpontot.
A klinikai gondolatmenet	Virtuális vizit kapcsán kezelőorvosa átnézte a vércukor értékeit, melyek átlagosan 16 és 22 mmol/l között változtak.
A beteg kontextusa	A beteg édesapjának sok évvel ezelőtt inzulin adagolás kapcsán súlyos hipoglikémiás rosszulléte jelentkezett (nem derül ki a vizit kapcsán).
Belső hipotézisek	-
Alkalmazott terápia	A kezelőorvos a virtuális vizit során az alkalmazandó inzulin mennyiségét jelentősen megemelte.
Revízió	Kórházi felvétel láz, súlyosan dehidrált állapot, akut veseelégtelenség miatt.

Ez az eset a megfelelő, személyre szabott kommunikáció fontosságára mutat rá. Amennyiben az orvos magyarázata nem érthető a beteg számára, könnyen előfordulhat, hogy nem fogja követni az utasításokat, valamilyen személyes okból kifolyólag (ebben az

esetben édesapja inzulin adagolást követő életveszélyes állapota, mint élettapasztalat, miatt). Más, az együttműködést akadályozó ok lehet: a gyógyszerek költségei, szociális helyzet stb. **Ha a terápiás célt változtatni kell**, akkor nagyon fontos, hogy a kommunikáció kétirányú legyen, a kezelőorvos megnyugtatóan meggyőződjön arról, hogy a beteg megértette, hogy miért van szükség a változtatásra, és meg tudja, és akarja tenni azt. Ha ez megtörténik a fenti esetben, elképzelhető, hogy az akut kórházi felvétel megelőzhető lett volna.

Gyakorlati útmutató a hatékony kétirányú kommunikáció kivitelezésére és ellenőrzésére:

1. Alkalmazzunk egyszerű és specifikus instrukciókat/információkat az általánosak helyett. Pl.: „a laborlelete azt mutatja, hogy nincs a véráramban fertőzés” (megértés aránya 98%). Ehelyett: „azt hiszem, hogy okkult fertőzése van” (megértés aránya: 2%) [7].
2. „Visszatanítás” technika: megkérjük a beteget, hogy ismétlje meg saját szavaival azt, amit korábban mondtunk neki, hogy lássuk, pontosan értette-e az információkat. Ez arra is lehetőséget teremt, hogy megkérdezze, amit nem értett tisztán, vagy ami nyugtalanítja őt [6].
3. Motivációs interjú: tervezett kommunikációs forma, melynek célja, hogy egy cél elérése érdekében felkeltse a vágyat a változásra, és lehetővé tegye a változtatás megtervezését [6].
4. A beteg aktiválása a kívánt cél elérésére: akcióterv készítése. Az akcióterv kicsit olyan, mint egy újévi fogadalom, de sokkal rövidebb időintervallum áll rendelkezésre a végrehajtására, és sokkal specifikusabb. Pl.: „Ezen a héten hétfőn, kedden és csütörtökön ebéd előtt körbesétálok a háztömböt”. Az akciótervet a beteg megvalósíthatónak kell érezze azon a héten. Ennek mérésére az alábbi kérdést teszi fel a beteg saját magának: mennyire vagyok biztos abban, hogy a héten hétfőn, kedden és csütörtökön ebéd előtt körbesétálok a háztömböt? A választ 0-10-es skálán kell megadja, ahol 0=egyáltalán nem bízom benne, 10=egészen biztosan megteszem. Ha a válasz 7-es vagy annál erősebb, akkor jó az esély arra, hogy az akcióterv megvalósul. Ha a válasz 7-nél alacsonyabb érték, akkor probléma feltárást és megoldást kell bevetni, hogy a célkitűzés reális legyen és elkerülhető legyen a csalódás [8].

A beteget aktiváló kommunikáció lehetőségei különböző beteg típusok esetén [9]

A négy legfontosabb élethelyzet, melyben a krónikus betegség miattl gondozásban részesülő beteg a személyközpontú megközelítésből profitál [6]:

- 1. A betegség diagnózisa**
- 2. Az éves kontroll, illetve ha a terápiás célokat nem tudja tartani**
- 3. Amikor komplikáló tényezők merülnek fel**
- 4. Amikor az élethelyzetben vagy a gondozásban változás/átmenet következik be**

Irodalomjegyzék

1. Windak, A., A. Rochfort, and J. Jacquet, *The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals*. Eur J Gen Pract, 2024. **30**(1): p. 2306936.
2. Joanne, R., *Medical Generalism, Now!: Reclaiming the Knowledge Work of Modern Practice (1st ed.)*. . 2023: CRC Press.
3. Reeve, J., *Interpretive medicine: Supporting generalism in a changing primary care world*. Occas Pap R Coll Gen Pract, 2010(88): p. 1-20, v.
4. Balint, M., *THE DOCTOR, HIS PATIENT, AND THE ILLNESS*. The Lancet, 1955. **265**(6866): p. 683-688.
5. Fava, G.A., et al., *Clinical Interviewing: An Essential but Neglected Method of Medicine*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2024: p. 1-6.
6. Kalyani, R.R., et al., *Prioritizing Patient Experiences in the Management of Diabetes and Its Complications: An Endocrine Society Position Statement*. J Clin Endocrinol Metab, 2024. **109**(5): p. 1155-1178.
7. Gotlieb, R., et al., *Accuracy in Patient Understanding of Common Medical Phrases*. JAMA Network Open, 2022. **5**(11): p. e2242972-e2242972.
8. Lorig, K.R. and H. Holman, *Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms*. Ann Behav Med, 2003. **26**(1): p. 1-7.
9. Connor, U., et al., *Implementing person-centered communication in diabetes care: a new tool for diabetes care professionals*. Patient Prefer Adherence, 2019. **13**: p. 1443-1450.

A beteget aktiváló kommunikáció lehetőségei különböző beteg típusok esetén:

A beteg aktív, pozitívan áll a változásokhoz, belső kontrollja van		
Hangsúlyok		
Felelősség	kis lépések javaslása	„egy másik lehetőség/feladat...”
	keretrendszer javaslása	„ez segíteni fog...”
Rávezetés	a hangsúly a jó érzésen	„tartsa fenn ezt a magas színvonalú munkát...”
	a hangsúly az előrelépésen	„nagyszerű, hogy meg tudta csinálni...”
Hozzáállás	a beteg kezdeményező-készségének támogatása	„Ön uralja/irányítja az eseményeket...”
	a beteg saját gondolatainak erősítése	„Váltsunk pár szót arról, hogy hogyan tudná...”

A beteg passzív, negatívan áll a változásokhoz, külső kontrollja van		
Hangsúlyok		
Nem vállal felelősséget	kis lépések javaslása	„Fontos, hogy Ön...”
	keretrendszer javaslása	„ez az útmutató segíteni fogja, hogy tudja követni...”
Levezetés	elismerő megjegyzés	„tudom, hogy ez nagyon nehéz...”
	a hangsúly a társas támogatáson	„Ez nehéz ugyan, de meglátja, hogy jobban fogja érezni magát, ha...”
Másokra tekintés	az orvos szerepének hangsúlyozása	„Én azt tartom jónak/azt javaslom...”
	a tudomány hangsúlyozása	„Bizonyíték van arra, hogy...”

Forrás: [1]

1. Connor, U., et al., *Implementing person-centered communication in diabetes care: a new tool for diabetes care professionals*. Patient Prefer Adherence, 2019. **13**: p. 1443-1450.

ESETLAP – CSALÁDORVOSI MENTOR PROGRAM

A beteg panasza	
A klinikai gondolatmenet	
A beteg kontextusa	
Belső hipotézisek	
Alkalmazott terápia	
Revízió	

Az esetlap kitöltésének útmutatója a belső jegyzetanyag, melynek letöltése és alkalmazása úgszintén javasolt.

A célpopuláció: **1.** új diagnózissal krónikus gondozásba vett betegek, **2.** éves kontroll/nem tartott terápiás célérték, **3.** komplikáló tényezők a beteg életében, **4.** a beteg élethelyzetében ill. körülményeiben beállt jelentős változás, ill. orvos váltás.