

Dagmar M. Haller, Anne Meynard, Françoise Narring

# Jugendgerechte Gesundheitsdienste: weshalb dieses Konzept und wie umsetzen?



Workshop Wonca-Europe Basel 2009: Youth-friendly health services

## Einleitung

Die physischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Veränderungen der Adoleszenz wirken sich in einer für diesen Lebensabschnitt einmaligen Art und Weise auf die Gesundheit aus. Ein Grossteil der Gesundheitsprobleme Jugendlicher und junger Erwachsener – Alkohol-, Tabak- oder Cannabismisbrauch, aber auch sexuell übertragbare Krankheiten wie Chlamydien-Infektionen usw. – haben durchaus vermeidbare psychosoziale Ursachen [1–3].

Die Mehrheit der Jugendlichen konsultiert mindestens einmal jährlich einen Hausarzt (Allgemeinpraktiker, Internist oder Pädiater), weshalb Hausärzte besonders gut in der Lage sind, auf die Gesundheitsbedürfnisse Jugendlicher und junger Erwachsener einzugehen [4–9]. Meist jedoch suchen junge Menschen wegen alltäglichen somatischen Problemen (Atem- oder Hautproblemen) einen Arzt auf, obwohl die Hauptursache von Morbidität und Mortalität in dieser Altersgruppe in psychischen Problemen oder Verhaltensstörungen zu suchen ist [3, 10].

Die WHO hat Standards für Gesundheitsdienste erarbeitet, deren Jugendliche in dieser einzigartigen Übergangsphase zum Erwachsenenalter bedürfen (Tab. 1) [3, 9, 11, 12]. Zusammengefasst sind diese Standards im Konzept «youth-friendly services»: zugängliche, niederschwellige, zumutbare, angemessene und faire Dienste für Jugendliche.

In letzter Zeit sind zwar viele Projekte initiiert worden, um Hausarzt-dienste zu entwickeln, die besser auf Jugendliche zugeschnitten sind, doch nur wenige dieser Projekte sind angemessen evaluiert worden [13]. Eine solche Evaluation erfordert einen oft komplexen Ansatz.

Wir stellen hier drei derzeit laufende Projekte vor, die vor Augen führen, wie komplex der Aufbau von jugendgerechten Hausarzt-diensten ist.

## Studie «PARTY» (Prevention, Access & Risk Taking in Young people) in Australien

In der Literatur sind kaum Daten über geeignete Modelle der Früherkennung und Prävention bei Jugendlichen in der Hausarzt-konsultation vorhanden [14]. Spärlich sind aber auch Informationen über die Rolle der Krankenschwester/Praxisassistentin in diesen Pflegemodellen und über die ökonomischen Aspekte eines derartigen Ansatzes.

Diese Ausgangslage hat unsere australischen Kollegen vom Department for General Practice der Universität Melbourne bewogen, das Projekt PARTY (<http://www.party.unimelb.edu.au/>) mit folgenden Zielsetzungen zu entwerfen: 1) Testen, inwieweit der Einsatz eines Screeninginstruments im Vergleich zum klinischen Gespräch allein das Erkennen von Risikoverhalten verbessert; 2) evaluieren, wie sich eine Weiterbildung zur Reduktion des Risikoverhaltens

In Zusammenarbeit mit Lena A. Sancu (Melbourne, Australien), Daliborka Pejic und Ana Sredic (Doboj, Bosnien-Herzegowina)

## Tabelle 1

Standards jugendgerechter Gesundheitsdienste (youth-friendly services), gemäss WHO (nach [13]).

- |  |   |
|--|---|
| A. Ein <b>fairer</b> Therapieort ist ein Ort, wo:            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitlinien gelten, um den freien Zugang zu Therapien in jedem Fall zu gewährleisten</li> <li>– Probleme zu beheben, die den Zugang zu fairen Therapien behindern könnten</li> <li>– Gesundheitsfachpersonen und deren Assistierende ihre Patienten unabhängig von Alter oder Sozialstatus aufmerksam und respektvoll behandeln.</li> </ul>   |
| B. Ein <b>niederschwelliger</b> Therapieort ist ein Ort, wo: | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitlinien gelten, um zu gewährleisten, dass die Gesundheitsdienste für Jugendliche gratis der finanziell tragbar sind</li> <li>– die Jugendlichen ihren Bedürfnissen angepasste Öffnungszeiten vorfinden</li> <li>– die Räumlichkeiten zu Fuss oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichen können</li> <li>– über mögliche Therapien und den Zugang dazu umfassend informiert werden</li> <li>– das sozioprofessionelle Umfeld dieser Jugendlichen, einschliesslich deren Eltern die Vorteile solcher Dienste erkennt und die Jugendlichen ermuntert, sie zu nutzen</li> <li>– die Mitglieder des sozialen Netzes und die Jugendlichen selbst eingebunden werden, um den Kontakt herzustellen und diese Dienste Jugendlichen besser zugänglich zu machen.</li> </ul>  |
| C. Ein <b>zumutbarer</b> Therapieort ist ein Ort, wo:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitlinien gelten, um den jugendlichen Patienten Vertraulichkeit zu garantieren</li> <li>– die Gesundheitsfachpersonen angemessene Unterstützungs- und Infomationarbeit leisten, damit jeder Jugendliche frei entscheiden kann und über die eigene Gesundheit im Bilde ist</li> <li>– für die Arbeit mit Jugendlichen motiviert sind</li> <li>– im Umgang mit Jugendlichen vorurteilslos, zugänglich und freundlich sind</li> <li>– genügend Zeit für ihre Patienten einplanen</li> <li>– im Interesse ihrer Patienten handeln</li> <li>– das Praxisteam für die Arbeit mit Jugendlichen motiviert ist</li> <li>– im Umgang mit Jugendlichen vorurteilslos, zugänglich und freundlich ist</li> <li>– der Gesundheitsdienst Diskretion und Vertraulichkeit garantiert (einschliesslich eines nicht stigmatisierenden Eingangs)</li> <li>– Konsultationen mit oder ohne Termin mit akzeptablen Wartezeiten und der Möglichkeit einer raschen Überweisung an einen Spezialisten anbietet</li> <li>– nicht stigmatisierend ist</li> <li>– eine saubere und angenehme Atmosphäre aufweist</li> <li>– ein sicheres Umfeld anbietet</li> <li>– Jugendlichen verschiedene Modalitäten der Informationsvermittlung anbietet</li> <li>– die Jugendlichen aktiv in Entwicklung und Bewertung solcher Dienste eingebunden sind.</li> </ul> |
| D. Ein <b>angemessener</b> Therapieort ist ein Ort, wo:      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Gesundheitsdienste auf die Bedürfnisse Jugendlicher zugeschnitten sind und alle diese Bedürfnisse auch tatsächlich abdecken oder den Kontakt zu Diensten vermitteln, die zur Deckung dieser Bedürfnisse geeignet sind</li> </ul>   |

Tabelle 1

Fortsetzung

- die Gesundheitsfachpersonen auf die Konsultationsgründe eingehen, es aber nicht dabei bewenden lassen, sondern Therapievorschläge für Probleme machen, die Gesundheit und Entwicklung ihrer jugendlichen Patienten beeinträchtigen
- die Gesundheitsfachpersonen ausgebildet sind, um solche Kompetenzen zu erwerben
- die Therapien durch klare und angemessene Leitlinien und Leitplanken abgestützt sind
- die Gesundheitsdienste über die technische Einrichtung und das geeignete Personal verfügen, um diese Therapien durchzuführen.

konsultierender Jugendlicher im Vergleich zur üblichen Nachkontrolle auswirkt; 3) evaluieren, ob die (finanziellen und sozialen) Vorteile der Intervention höher sind als deren Kosten; 4) verifizieren, ob die Änderungen in der Praxisstruktur und -organisation, die sich aus der Studie ergeben, für die Patientinnen und Patienten, für deren Eltern und für die betroffenen Gesundheitsfachpersonen akzeptabel sind.

In die 2003 gestartete (höchst komplexe!) randomisiert-kontrollierte Studie werden 40 Praxen mit 1500 Patienten einbezogen. Getestet werden sowohl die Effizienz einer Arztweiterbildung zur Erkennung von Risikoverhalten bei Jugendlichen und neue Modelle des Einbezugs der Krankenschwester («practice nurse») in die Betreuung Jugendlicher als auch die Entwicklung der Beziehungen zwischen der Hausarztpraxis und dem nahen Betreuungsnetz für Jugendliche. Die Resultate dieser Studie werden im Laufe des Jahres 2011 vorliegen.

#### **Aufbau von jugendgerechten Hausarztpraxen in Bosnien-Herzegowina: Cluster-randomisiert-kontrollierte Studie**

Die fami-Stiftung ist eine von der Schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit unterstützte, in Bosnien-Herzegowina domizillierte Stiftung. Seit mehreren Jahren kooperiert sie bei der Reorganisation der Hausarztpraxen in Bosnien-Herzegowina mit dem Genfer Universitätsspital (HUG). In diesem Kontext hat die fami-Stiftung beschlossen, eine Studie über die auf WHO-Standards (vgl. Tab. 1) basierenden Gesundheitsdienste für Jugendliche durchzuführen, und zwar in Zusammenarbeit mit einem HUG-Team und der für die oben beschriebene australische Studie Verantwortlichen.

In einem ersten Schritt haben wir, ausgehend von einem qualitativen WHO-Instrument, einen Fragebogen entwickelt und validiert, mit dessen Hilfe sich messen lässt, inwieweit eine Hausarztpraxis aus Sicht der Jugendlichen jugendgerecht ist [15].

Für die randomisiert-kontrollierte Studie wurden 60 Hausarztteams (ein Arzt und eine Krankenschwester) in zehn Gemeinden des Kantons Zenica-Doboj (400 000 Einwohner) nach dem Zufallsprinzip für die Interventionsgruppe oder die Kontrollgruppe ausgewählt. Die Intervention beruht einerseits auf einer den Hausarztteams angebo-

tenen modular-interaktiven Weiterbildung und andererseits auf Strukturanpassungen in den Praxen. Die Teams der Kontrollgruppe werden die entsprechende Weiterbildung nach Abschluss der Studie absolvieren. Um die Wirksamkeit dieses Ausbildungstyps zu evaluieren, sollen vor und nach der Weiterbildung 300 Jugendliche mit dem validierten Fragebogen befragt werden. Aufgrund der Antworten wird sich feststellen lassen, ob die der Interventionsgruppe zugeordneten Praxen im Vergleich zu den der Kontrollgruppe zugeordneten Teams jugendgerechter geworden sind. Die Resultate dieser Studie werden im Laufe des Jahres 2011 vorliegen.

#### **Studie PRISM-Ado (PRimary care Intervention addressing Substance Misuse in Adolescents) in der Romandie**

Bei Hausarztkonsultationen bietet sich dem Arzt die Gelegenheit, mit Jugendlichen den Substanzkonsum zu diskutieren. Bislang wurde das Thema in Konsultationen jedoch kaum angesprochen. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, die Wirksamkeit einer Kurzintervention im Rahmen einer Hausarztkonsultation bei Jugendlichen mit Cannabis- und/oder Alkoholmissbrauch zu evaluieren.

Es handelt sich um eine Praxisstudie in einem randomisierten Design. Sie schliesst an eine Pilotstudie an, in der wir die Kurzintervention entwickelt sowie Machbarkeit und Erfolgspotenzial einer solchen Intervention in sieben Praxen der Region Genf belegt haben [16]. Unsere Hypothese ist folgende: Mit einer Kurzintervention lässt sich in dieser Population eine Reduktion der Prävalenz von Alkohol- und/oder Cannabismissbrauch bis sechs Monate nach der Konsultation erreichen und bis zu zwölf Monaten halten.

32 Hausärzte (Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater) und 700 15- bis 24-jährig Patienten in den Kantonen Genf, Waadt und Valais nehmen an dieser Studie teil. In der Interventionsgruppe besuchen die Ärzte eine auf Motivationskonzepten beruhende Weiterbildung zur Kurzintervention. Die Ausbildung dauert einen halben Tag (+ zwei Stunden Simulationsspiel in der Praxis). Das Besondere daran ist der Beizug von jugendlichen Patienten-Schauspielern, mit denen die Ärzte die Intervention üben können und von denen sie ein personalisiertes Feedback erhalten.

Gesundheitszustand und Substanzkonsum der Jugendlichen werden anhand eines vertraulichen Fragebogens evaluiert, der ein erstes Mal in der Praxis vorgängig zur Konsultation, später dann telefonisch drei, sechs und zwölf Monate nach der Konsultation vorgelegt wird. Die Resultate dieser Studie werden im Laufe des Jahres 2011 vorliegen.

#### **Schlussfolgerungen**

Wir sind überzeugt, dass diese Projekte dazu beitragen werden, die Gesundheit der heutigen Jugendlichen und damit der künftigen Erwachsenen zu verbessern, und hoffen, auf diese Weise andere dazu zu bewegen, im gleichen Sinne zu wirken.

#### **Literatur**

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch)

Korrespondenz:  
Dr. Dagmar M. Haller  
Service de médecine de premier recours  
Département de médecine communautaire  
24 rue Micheli-du-Crest  
CH-1211 Genève 14