

Mikor és hogyan integráljuk az onkológiai és a palliatív ellátást?

Horváth Orsolya dr.^{1*} ■ Földesi Enikő^{2*} ■ Hegedűs Katalin dr.²

¹Országos Onkológiai Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A palliatív ellátások korai bevonása az onkológiai betegek ellátásába előnnyel jár mind a beteg életminősége, mind a kezelés színvonala, mind a költséghatékonyság szempontjából. Szükség van egy olyan modellre, mely alapján a *megfelelő időben, a megfelelő beteg a megfelelő minőségű palliatív* ellátásban részesül. Ebben a közleményben a palliatív ellátás korai integrációjának előnyei, szintjei és a speciális palliatív ellátás fogalmának ismertetése után a leginkább elterjedt beutalási modellek előnyeit és hátrányait mutatjuk be a nemzetközi szakirodalom alapján. A speciális palliatív ellátást igénylő betegek kiszűrésére szolgáló, prognózisalapú modellek hátránya, hogy nincs elég kapacitás az ilyen módon beutalt nagyszámú beteg ellátására, ezért széles körben nem terjedtek el. A tüneteken alapuló modellek sokszor bonyolultak és a mindennapi klinikai gyakorlatban nem használatosak. Az új kutatások alapján egyszerű, gyakorlatias kérdéssorokat alkalmaznak, melyekkel könnyen kiemelhetők, akik profitálnak a speciális palliatív intervencióból. Ezek közül a Yale egyetemi és a PALLIA-10 modellt ismertetjük részletesen. Amennyiben az aktív onkológiai ellátást végzők a megfelelő palliatív beutalási kritériumokat ismerik és alkalmazzák, a betegek időben jutnak a megfelelő komplex kezeléshez anélkül, hogy a palliatív ellátórendszer túlterhelődne. Orv Hetil. 2021; 162(44): 1769–1775.

Kulcsszavak: hospice, palliatív ellátás, onkológia, integráció, beutalás, irányítás

When and how to integrate oncology and palliative care?

Early integration of palliative care into the trajectory of cancer care brings advantages into the patients' quality of life, the level of care and cost-efficiency, too. On the basis of a predefined model, *the right patient* may receive *the right level of palliative care at the right time*. Having defined the advantages, the levels of early integration of palliative care and the concept of special palliative care, we also aim to describe the advantages and disadvantages of the most common referral models on the basis of international literature in this article. The drawback of prognosis-based models to identify patients needing special palliative care is the lack of capacity to provide care for the large number of patients so recognised; therefore they have not become widespread. Needs-based models tend to be complicated and thus rarely applied in everyday clinical practice. On the basis of new researches, simple, pragmatic questionnaires are utilised through which the patients who could benefit from special palliative care interventions are easy to identify. Here we give a detailed report of the Yale University and PALLIA-10 models. On condition that appropriate palliative referral criteria are known and applied by active oncology care providers, patients may receive adequate complex care without the palliative care system being overloaded.

Keywords: hospice, palliative care, oncology, integration, referral

Horváth O, Földesi E, Hegedűs K. [When and how to integrate oncology and palliative care?]. Orv Hetil. 2021; 162(44): 1769–1775.

(Beérkezett: 2021. március 21.; elfogadva: 2021. április 24.)

Rövidítések

ASCO = (American Society of Clinical Oncology) Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság; HPE = hospice-palliatív ellátás; NCCN = (National Comprehensive Cancer Network) Nemzeti Átfogó Rák Hálózat (Egyesült Államok)

A daganatos megbetegedések száma évről évre növekszik a világban és hazánkban is. Az onkológiai kezelések fejlődésével egyre több beteg gyógyul meg, és egyre többen hosszú éveket részesülnek daganatellenes terápiában, megtartott jó életminőség mellett. A daganatellenes

*A két szerző egyenlő mértékben járult hozzá a cikk elkészítéséhez.

kezelés mellett növekvő igény van a betegek testi tünetein, pszichoszociális és spirituális problémáinak enyhítésére is, melyek ellátására speciális tudással rendelkező, erre kiképzett szakemberekre van szükség. Így alakult ki egy új szakma, a palliatív orvoslás, mely hazánkban 2014-től önálló licencvizsga.

A palliatív gondozás olyan megközelítésmód, amely azt célozza, hogy javuljon az életet veszélyeztető betegségben szenvedő betegnek és családtagjainak az életminősége. Megakadályozza, illetve csökkenti a szenvedést azzal, hogy a palliatív terápiát a betegség előrehaladása idejében integrálja. A fájdalmat és az egyéb tüneteket megfelelően értékeli és kezeli, fizikai, pszichológiai és spirituális szinten egyaránt. A palliatív gondozás csapatszellelmű megközelítésmód. Magában foglalja a gyakorlati ismeretek átadását vagy akár a gyász folyamatban való támogatást is. Abban segíti az érintetteket, hogy ameddig csak lehet, aktívan éljék az életüket. A WHO kimutatása szerint évente 40 millió embernek lenne szüksége palliatív ellátásra.

Ebben a közleményben a nemzetközi szakirodalom áttekintésével arra a kérdésre keressük a választ, hogy hol vannak azok a pontok az onkológiai betegek terápiájában, amelyeken a speciális palliatív ellátórendszer a leginkább hatékonyan be tud kapcsolódni a beteg életminőségének javításába, esetenként élethosszának növelésébe [1, 2]. A cikkben a legismertebb megközelítéseket: a prognózis alapú, a tüneti alapú és az igény alapú modelleket ismertetjük részletesen. Előnyök és hátrányok elemzésével mutatjuk be azokat a döntési mechanizmusokat, amelyeket követve az aktív onkoterápiát vezető vagy az alapellátásban dolgozó orvosok megfelelően be tudják illeszteni terápiás kelléktárukba a speciális palliatív terápia nyújtotta előnyöket.

Ugyanakkor fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a palliatív terápiának, jellegéből adódóan, fontos eleme a személyre szabott ellátás, és a protokollok nem tudják átvenni az orvosi szakmák közötti konzultációk, együttműködés szerepét [3].

Az irodalomkutatás módszere

Az irodalomkutatáshoz a PubMed adatbázisát és a Carrot² grafikus irodalomkereső programot használtuk. A keresési szavak palliative care, oncology, integration, referral voltak. A keresési találatokat a legutóbbi 5 évre szűkítettük le, a korábban közölt cikkeket a felhasznált cikkek hivatkozásából emeltük ki. Elsősorban review cikkeket kerestünk, és kizártuk azokat a tanulmányokat, amelyek egy bizonyos daganat, például tüdődaganat esetében részletezték a beutalási kritériumokat. A fenti szűkítések eredményeként 14 releváns összefoglaló tanulmányt találtunk. Ezt a számot egészítették ki azok a cikkek, melyeket a téma szempontjából érdekes tanulmányok hivatkozásából emeltünk ki, úgynevezett hólabdamódszerrel. Összesen 6 ilyen összefoglalóra hivatkoztunk az alábbiakban. Összességében elmondható, hogy a

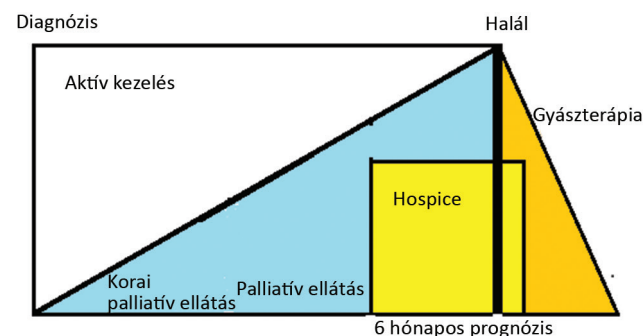
2010-es évek közepén elsősorban konkrét tünetekhez, illetve a várható túlélést meghatározó prognosztikai tényezőkhöz köthető kritériumokat dolgozták ki, az elmúlt évben azonban meghatározott indikátorok kombinálásával kialakított rendszerek hatékonyságát vizsgálták.

A palliatív gondozás szerepe az onkológiai ellátásban

A palliatív gondozással foglalkozó tanulmányok nagy része a palliatív ellátás hasznosságát vizsgálta, és azt tárta fel, hogy ez mely területeken alkalmazható a leginkább. Eredményeik igazolták, hogy emelkedett a túlélési idő, javulás mutatkozott az életminőségben, nőtt a betegek és az ellátó személyzet elégedettsége, és kevesebben igényeltek egészségügyi ellátást [4–7]. Nemcsak a betegek számára nyújtott ellátás minősége javul, sokat csökken az aktív ellátó egészségügyi személyzet terhelése is. Egy vizsgálatban azt mutatták ki, hogy a megfelelő időben kért palliatív konzultációkkal a beutaló onkológus az adott beteg közvetlen ellátására fordított idejéből akár 170 perc felszabadulhat [8].

A sok bizonyíték egyértelműen alátámasztja a palliatív gondozás korai integrálásának előnyeit a betegség gyógyítási szakaszában.

Sajnos még mindig tartja magát az a tévhit, hogy a palliatív ellátás az életvégi gondozással és a hospice-ellátással egyenértékű. A szakemberek nem tartják szem előtt, hogy már az aktív kezelése során fontos lenne bevonni a palliatív gondozást nyújtó szakképzett csapatot. Mivel ez a tévhit erősen meghatározza az onkológusok gondolkodását, a palliatív kezelés számukra az aktív kezelése végéig, a beteg gyógyításának elengedését jelenti. Fontos lenne, hogy a palliatív gondozás szerepe, célja, jelentősége a megfelelő helyre kerüljön az életet veszélyeztető betegségek terápiájának folyamatában. Ennek megvalósulását nehezíti még az a tény is, hogy az egészségügyi dolgozók ismereteinek hiányosságai, a mulandósággal kapcsolatos saját félelmek, hárításai negatív hatást gyakorolhatnak a haldoklókkal való kapcsolatukra is, így inkább igyekeznek elkerülni a haldoklókat nyugtalanító kérdésekkel való foglalkozást [9].



1. ábra | Az ellátási formák ideális kapcsolódása [4]

Az 1. ábrán látható [4], hogy ideális esetben hogyan kellene kapcsolódniuk az ellátási formáknak egy nem gyógyítható betegség ellátása közben (a California State University, Institute for Palliative Care alapján).

Sajátos az a folyamat, melyet *Bruera* mutat be a palliatív ellátás elfogadása [10] kapcsán. Ez négy lépcsőt foglal magában (tagadás, palliofóbia, pallilália és a palliatív szakaszt). A tagadás fázisa során még nincsenek tisztában a klinikusok azzal, hogy erre szükség lenne, még nem fogalmazódik meg annak szükségessége. A második szakasz a palliofóbia, amely annak felismerését jelenti, hogy a probléma létezik. Ez azonban általában együtt jár a klinikusok félelmével is, hogy mik lehetnek ennek a problémának a következményei. Ilyen félelem lehet a palliatív team bevonása kapcsán az, hogy majd kritika éri őket a tüneti ellátásuk módja, a kommunikációjuk vagy bármilyen kezelési stratégiájuk kapcsán. A harmadik szakasz a pallilália. A betegellátó szakemberek itt a palliatív teamek hasznosságát hangoztatják, de a valóságban a betegek csak kis százalékát irányítják palliatív ellátásba. A hasznosságot és az előnyöket kiemelő intézményvezetés sokszor sem megfelelő személyzettel, sem hellyel, sem idővel nem támogatja a palliatív gondozás megvalósítását. Ha sikeresen átjutnak ezen a nehéz szakaszon, ahol a legtöbb program megakad, eljutnak a negyedik, palliatív fázisba. Itt elismerik, megnevezik, megteremtik a professzionális interdiszciplináris palliatív gondozást, aktívan irányítanak betegeket ebbe az ellátásba, és más kollégákat is erre bátorítanak.

Tájékoztató a palliációról, kommunikációs kihívások

Az orvosi munka jelentős részét teszi ki a betegekkel való kommunikáció, többek között a betegek felvilágosítása az elvégzendő és elvégzett vizsgálatokról, a felállított diagnózisról, az alkalmazott terápiáról. Ennek a munkának sarkalatos része a rossz hírek közlése, melyben óriási a kezelőorvos felelőssége. Gyakori, hogy az orvos aggodalmi, félelmei is megjelennek, hiszen attól tarthat, hogy betege így elveszti a gyógyulásba vetett hitét, ami rossz lelkiállapothoz, akár depresszióhoz, apátiához vezethet [11]. Ennek ellenkezőjét mutatják azok a vizsgálatok, amelyek szerint a betegek előnyben részesítik, ha tisztában vannak jelen állapotukkal, a betegség prognózisával. A prognózis tudatossága javítja a megküzdést, növeli a gondozással kapcsolatos hitet és elégedettséget [12–17]. A palliatív gondozás bevetése kapcsán hasznos olyan kommunikációs eszközök, mint a metaforák használata, az empátia, az aktív figyelem vagy akár a SPIKES-modell alkalmazása [18].

A sajátos „országúti kirándulás” metaforáját, melyet *Bruera* mutatott be, több szakirodalom is követendő példaként idézi [12]. *Bruera* metaforájában a beteg kezelési folyamatát egy „országúti kiránduláshoz” hasonlítja. Az utazásmetaforában az úti cél a gyógyulás. A sofőrök egy része kizárólag a célra fókuszál, és nem törődik

olyan kényelmi és biztonsági faktorokkal, mint például biztonsági öv, pótkerék, ülőpárna. Azok a sofőrök, akik használják ezeket a lehetőségeket, sokkal jobban fel vannak szerelve az útra. Ehhez a képhez hasonlóan a palliatív gondozást végző team kezelni tudja az egyes fizikai és pszichológiai tüneteket, ami „kipárnázottságot” biztosít az egész kezelési folyamat során. A palliatív ellátás különböző formái rendelkezésre állnak az egész út során, csakúgy, mint az autós segélyhívó rendszerek, melyek mindenhol elérhetők, és biztonságot nyújtanak. Ha ügyesen alkalmazzuk, akkor ez a metafora segíteni tudja a beteget és a kezelőteamet abban, hogy megértsék ennek lényegét, és segítse a jövőre vonatkozó tervezést.

A speciális palliatív ellátás fogalma – a megfelelő palliatív ellátás

A nemzetközi standard szerint [19] a palliatív ellátásnak 3 szintje különböztethető meg:

1) Az *elsődleges palliatív szemléletű* ellátás integrálja az alapvető palliatív ellátási módszereket és eljárásokat a nem palliatív ellátásra szakosodott környezetekben (például idősothonokban, otthoni ellátásban). Ide nem csak a tüneti kezelés tartozik, hanem a betegekkel és családjukkal, valamint más egészségügyi dolgozókkal folytatott kommunikáció is.

2) Az *általános* palliatív ellátást olyan, az alapvető palliatív ellátási ismeretekkel rendelkező szakemberek (például onkológusok, gerontológusok) nyújtják az alapellátásban vagy a szakorvosi gyakorlatban, akik életet veszélyeztető betegségekkel küzdő betegeket kezelnek.

3) A *speciális palliatív ellátás* (palliatív szakellátás) speciális teamet jelent, amelyben olyan, megfelelően képzett szakemberek vesznek részt, akiknek a szakértelme elengedhetetlen az életet fenyegető krónikus betegségben szenvedő betegek életminőségének javításához.

A speciális gondozást szakképzett multiprofesszionális csapat végzi. Tagjaik folyamatosan frissítik készségeiket és tudásukat annak érdekében, hogy kezelni tudjanak hosszan fennálló és komplex tüneteket. Azok számára is tudnak elméleti és gyakorlati segítséget adni, akik a gondozói csapatnak nem speciálisan képzett tagjai. Abban az esetben, ha a betegnek olyan komoly tünetei vannak, amelyeket az ő egészségügyi ellátója nem tud orvosolni, a betegnek joga, hogy eljusson a helyi palliatív ellátást nyújtókhoz, az orvosnak pedig kötelessége, hogy ezt a beteg számára lehetővé tegye. A speciális palliatív gondozásban részesülő betegek a gyógyító és kezelési lehetőségek sokkal szélesebb spektrumát érik el, miközben családjuk a tanácsadást és a gyász munkában való segítséget is igénybe vehetik [12, 20].

Magyarországon a palliatív szakellátás az elmúlt években egyre inkább hozzáférhető több formában. A szemlélet formálásában és az integráció megvalósításában azonban még sok a tennivaló [21–23].

1. táblázat | A beutalási modellek összehasonlítása [20]

Modell	Mikor kérjünk speciális palliatív segítséget?	Módszer	Előnyök	Hátrányok
Prognózisalapú	Előrehaladott betegség rövid életkilátással	Minden előrehaladott daganatos beteg számára felajánlani a HPE-t	Minden rászoruló megkapja az optimális ellátást	A prognózis bizonytalan. Az automatikusan küldött nagyszámú beteg túlterheli a HPE-rendszert
Tüneti alapú	Kontrollálhatatlan fizikai fájdalom vagy pszichés panaszok	Folyamatos monitorozással, bizonyos panaszok esetén automatikus beutalás a HPE-csaphoz	A beteg panaszait gyorsan felfedezik és ellátják	Folyamatos monitorozás szükséges bonyolult kritériumok alapján. Az automatikusan küldött nagyszámú beteg túlterheli a HPE-rendszert
Integrált	Rossz prognózis és súlyos tünetek kombinációja	Rossz prognózisú betegek új, komplex panasza esetén HPE indítása	A palliatív ellátásra szoruló betegek időben megkapják a megfelelő ellátást	Folyamatos monitorozás szükséges. A HPE-rendszer terhelése nő

HPE = hospice-palliatív ellátás

Mikor van szükség a speciális palliatív ellátás bevonására?

A HPE (hospice-palliatív ellátás) integrálódása az onkológiai ellátásba elindult az elmúlt években [24]; országoként és centrumoként különböző stádiumban tart, de a jövőben megkerülhetetlen lesz. A kutatások most elsősorban arra irányulnak, hogyan válasszuk ki a megfelelő betegeket és a megfelelő pillanatot, hogy minden rászoruló beteg megkapja a szükséges ellátást, miközben a palliatív ellátók terhelése sem nő meg kontrollálatlanul. A cél, hogy olyan triászrendszert alakítsunk ki, mely a betegek állapotát és panaszait együtt felmérve és értékelve jelzi, mikor van az a pont, amikor tényleges hasznot hoz a speciális palliatív ellátók felé való irányítás.

A továbbiakban a prognózisalapú, a tüneti alapú és az integrált modelleket ismertetjük részletesen, amelyek alapján a speciális palliatív teamet ajánlott bevonni a kezelésbe (1. táblázat).

A prognózisalapú beutalás modellje

Arra a kérdésre, hogy a betegség lefolyása során melyik az az optimális pillanat, amikor speciális palliatív ellátócsapatot be kell vonni a beteg kezelésébe, sokan keresték a választ. Egyes ajánlások szerint minden előrehaladott daganatos beteg számára biztosítani kell a HPE-hez való hozzáférést a diagnózis felállításától számított 8 héten belül [7]. Ez a vizsgálat azonban nem mutatott szignifikáns javulást a korai (a diagnózistól számított 30–60 napon belüli) és a 3 hónappal később megkezdett támogató terápiában részesülők között az életminőség, a késői kemoterápiák, az intenzív és sürgősségi ellátások száma és az otthoni halálozások tekintetében. Mindemellett az automatikusan a diagnózis felállításakor megkezdett palliatív terápia vizitszámot terhel a hospice-palliatív ellátókra, melyhez a humán- és anyagi erőforrás a legfejlettebb egészségügyi ellátórendszerekben sem áll rendelkezésre.

Az Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság (ASCO) ajánlásában a „meglepetés kérdés” szerepel: Meg lenne-e lepődve, ha a beteg 12 hónapon belül vagy a felnőttkor

elérése előtt meghalna? Amennyiben erre a válasz nem, a speciális palliatív ellátás indokolt [25].

Egy 2018 végén megjelent összefoglalóban [24] Hui és Bruera több tanulmány összegzése alapján a palliatív ellátó felé való irányítás megfelelő időpontjáról kijelentik, hogy amennyiben a beteg várható túlélése 24 vagy több hónap, akkor túl korai, viszont a várható halál előtt 3 hónappal már túl késő. Az optimális időpont szerintük a 6–24 hónap várható túlélés között van. Konkrétan a 8,5 hónapos túlélést tartotta a legtöbb szakértő megfelelőnek, természetesen annak tudtával, hogy a várható túlélés ilyen precíz meghatározása igen nehéz. Az ebben az időszakban bevont HPE hatására bizonyítottan javul a betegek életminősége, csökken az élet végéhez közeli kemoterápiák, sürgősségi osztályos megjelenések és nem tervezett hospitalizációk gyakorisága [26].

A prognózisalapú megközelítés nagy hátránya, hogy a várható túlélés megítélése nagyon nehéz. Az orvosok sokszor hosszabb túlélést remélnék, ezért gyakran későn, terminális állapotban kerülnek a betegek a palliatív ellátási rendszerbe. Az onkológiai kezelési lehetőségek folyamatos fejlődése is nehezíti a prognózis megítélését, például az immunterápiák megjelenésével egyes betegek, akiknél pár éve még nem reménykedhettünk hosszú túlélésben (áttétes melanoma, nem kissejtes tüdőrák) ma már nemritkán évekig jó életminőségben élnek, akár meg is gyógyulhatnak [27].

A várhatóan nem gyógyítható megbetegedés diagnosztikájában automatikusan beutalt betegek nagy száma aránytalanul leterheli a HPE-csapatot. Ugyanakkor ennek a megközelítésnek vitathatatlan előnye, hogy mivel minden beteg találkozik ezzel a segítséggel, nem marad ki senki, akinek erre szüksége lenne. Ez a módszer a gyakorlatban nem terjedt el, és az ajánlásokban sem szerepel kiemelten, éppen az erőforrások hiánya miatt.

A tüneti alapú beutalás modellje

David Hui tollából 2016-ban a *Lancet*-ben jelent meg egy cikk, melyben 60 nemzetközi szakértő véleményét összegezve állítottak fel 11 fő kritériumot, amelyek a

2. táblázat | A Hui-kritériumok [28]

Tüneti alapú kritériumok
– Súlyos fizikai tünetek (például 10-es skálán 7–10-es erősségű fájdalom, légszomj vagy hányinger).
– Súlyos érzelmi tünetek (például depresszió vagy 10-es skálán 7–10-es erősségű lehangoltság).
– A beteg halálvágya.
– Spirituális vagy egzisztenciális krízis.
– Segítségkérés a döntéshozatalban és az ellátás megszervezésében.
– A beteg kérése a palliatív team bevonására.
– Delírium.
– Agyi vagy leptomeningealis áttétek.
– Gerincvelői kompresszió vagy cauda equina szindróma.
Prognózisalapú kritériumok
– A diagnózistól számított 3 hónapon belül olyan előrehaladott vagy inkurábilis daganatban szenvedők esetében, akiknél a várható túlélés kevesebb mint egy év.
– Előrehaladott daganat, mely a második vonalas szisztémás terápia dacára is progrediál, inkurábilis.

speciális palliatív ambuláns ellátás szükségességét jelzik (2. táblázat) [28]. Az indikátorok közül kilenc tüneti alapú, míg kettő a betegség időbeli lefolyásából következik. Az évek során ez a lista bizonyult az egyik leginkább időtállóknak: sok további protokoll ennek alapján, ennek kiegészítésével, módosításával készült.

Az NCCN-útmutató [29] részletesen felsorolja azokat a kritériumokat, amelyek fennállása esetén szükség van a palliatív szakemberrel való konzultációra.

- Ebben a felsorolásban az alábbiak szerepelnek:
- Nehezen csillapítható fájdalom.
 - Egyéb, nem csillapítható tünetek (hányinger, légszomj, anorexia, bélelzáródás, székrekedés, hasmenés, gyengeség, álmatlanság, lymphoedema, hormonális hatások).
 - Magas szorongásszint.
 - Ismételt sürgősségi vagy nem tervezett kórházi felvételek.
 - Kommunikációs problémák.
 - A kezelési célok tisztázása és az életvégi tervezés segítése.
 - Invazív beavatkozás és az intenzív terápia szükségessége.
 - A beteg halálvágya.
 - A daganatellenes kezelésekre való limitált hozzáférés (a beteg állapota vagy a betegség gyors progressziója miatt).

Az ASCO ajánlásában [25] hasonló tünetek szerepelnek. Itt a szerzők két csoportra osztották az indikátorokat Weissman 2011-ben publikált elmélete szerint, melyben nemcsak az onkológiai betegek, hanem minden – az életet potenciálisan megrövidítő vagy életet veszélyeztető – megbetegedés esetén vizsgálták a HPE-beutalás szükségességét [30]. Az első csoportba tartoznak a minden kórházi felvétel időpontjában felmérendő kondíciók, melyek egyértelmű HPE-ellátást igényelnek:

- „Meglepődnék-e, ha a beteg 12 hónapon belül vagy a felnőttkor elérése előtt meghalna?”

- Ismételt kórházi megjelenés ugyanazon panasz miatt pár hónapon belül.
 - Nehezen uralható fizikai (például fájdalom) vagy pszichés panasz miatti kórházi beutalás.
 - Probléma az otthoni ellátásban (például táplálásban, antibiotikumterápia beállításának szükségége, lélegeztetési igény).
 - Állapotromlás, táplálási nehézség vagy nem szándékos fogyás (gyermekeknél a gyarapodás elmaradása).
- A második csoportba specifikusabb indikátorok kerültek. Ezek nem az azonnali palliatív beavatkozás szükségességét hangsúlyozzák, hanem azt, hogy a beteg hosszú távú ellátásának tervezésébe nagy valószínűséggel be kell vonni a HPE-ellátókat.

Ebbe a felsorolásba tartoznak a következők:

- Ápolási osztályra vagy idősek otthonába való áthelyezés.
- Idős, demens beteg akut csípőtöréssel.
- Metasztatikus vagy helyileg előrehaladott inkurábilis daganat.
- Krónikus otthoni oxigénpótlás-igény.
- Kórházon kívüli szívmeállítás.
- Hospice-programban való részvétel jelenleg vagy a múltban.
- A szociális segítség hiánya (családi problémák, krónikus mentális betegség miatt).
- Az életvégi tervezés megbeszélésének vagy dokumentálásának hiánya.

Ezek a felsorolások igen részletesek, és minden eshetőségre kiterjednek. Ugyanakkor nehéz elvárni a klinikustól, hogy ezeket minden beteg minden vizitjén felmérje, dokumentálja és az összes, ilyen panaszokkal küzdő beteget speciális palliatív ellátókhoz utalja. Ha ez megtörténne is, a speciális palliatív ellátók kapacitása gyorsan kimerülne az automatikusan küldött nagyszámú beteg miatt.

Egy retrospektív vizsgálatban olyan daganatos betegek kórtörténetét dolgozták fel, akik nem tervezett hospitalizáció alatt a kórházban vesztették életüket [31]. Feltételezték, hogy ezeknek a betegeknek mind szükségük lett volna palliatív ellátásra. Megvizsgálták, hogy az utolsó kórházi felvétel pillanatában, illetve 6 hónappal azt megelőzően az ismert palliatív ellátásba való beutalási kritériumoknak mennyiben feleltek meg ezek a betegek a kórházi dokumentációban leírtak alapján. Ebből arra következtettek, hogy az adott indikátorok milyen hatékonysággal jelzik a palliatív ellátás valós szükségét. A vizsgálat szerint Hui [28] és Weissman [30] (ASCO) kritériumai, illetve a cikk szerzői által kifejlesztett és az RMH (Royal Marsden Hospital) kritériumai a legmegbízhatóbbak. A cikkben érdekes megállapítás, hogy az orvosi dokumentációban a beteg pszichés statusa, a szorongás mértéke, az esetleges distressz nem szerepel elég részletesen, holott bizonyított, hogy ezek a tünetek nagyban meghatározzák a beteg életminőségét, és a palliatív ellátás igénylésének gyakori indikációi.

A tüneti alapú beutalás hátránya, hogy a módszer csak a beteg panaszainak folyamatos, bonyolult monitorozása és ezek dokumentálása mellett működhet. Problémát jelenthet továbbá, hogy a HPE-rendszer terheltsége nagyban növekedhet a sok, automatikusan beutalt beteg miatt. Előnye, hogy a betegek panaszainak folyamatos monitorozásával az ellátás minősége és a tüneti ellátás sokat javulhat, a palliatív ellátási igényre időben fény derül.

Az integrált beutalás modellje

A klinikusok részéről nagy az igény egy olyan szűrőre, amely az eddigieknél könnyebben használható, egyszerű, és alkalmas arra, hogy azonosítsa a palliatív ellátásra szoruló betegeket. Ennek az elvárásnak megfelelően alakították ki a Yale Egyetemen azt a kritériumrendszert, mely összesen 4 pontot tartalmaz. Azokat a betegeket vonták be a vizsgálatba, akik szolid tumorral küzdenek, nem tervezetten kórházba kerültek, és legalább egy állítás igaz rájuk az alábbiak közül:

- 1) Előrehaladott daganatos megbetegedés (IV. stádiumú tumor vagy III. stádiumú tüdő- vagy hasnyálmirigy-daganat).
- 2) 30 napon belüli nem tervezett hospitalizáció.
- 3) 7 napot meghaladó hospitalizáció.
- 4) Aktív tünetek, mint fájdalom, hányinger vagy hányás, légszomj, delírium vagy pszichés distressz.

Ezeket a betegeket automatikusan beutalták az onkológusok a HPE-csaphoz. Ennek hatására szignifikánsan csökkent a 30 napon belüli újbóli hospitalizációk száma, növekedett az otthoni hospice-ellátásba kerülők aránya, és kevesebben kaptak késői kemoterápiát. A kórházi tartózkodás hossza és az intenzív osztályos kezelés aránya nem változott [2, 32].

Franciaországban a PALLIA-10 kérdőívet fejlesztették ki [33].

A kérdőív tíz pontot tartalmaz, melyet a beutaló egészségügyi személyzet tölt ki:

- 1) A beteg a tudomány mai állása szerint gyógyíthatatlan betegségben szenved.
- 2) Negatív prognosztikai faktorok állnak fenn.
- 3) Gyorsan progrediáló a betegség.
- 4) A beteg és/vagy hozzátartozója kéri a palliatív ellátást.
- 5) Az elsődleges ellátás ellenére fennálló vagy nem csökkenő panaszok.
- 6) A beteg vagy a hozzátartozó pszichés sebezhetősége.
- 7) A beteg vagy a hozzátartozó szociális kiszolgáltatottsága.
- 8) A beteg és/vagy környezete nehezen dolgozza fel a betegség tényét és prognózisát.
- 9) Bizonytalanságot vagy egyet nem értést érez az ellátó egészségügyi személyzetnél a terápiást tervvel kapcsolatban.

- 10) Felmerülnek a következő kérdések: a kezelés visszatartása, a további kezelés limitáltsága vagy lehetetlensége, eutanázia iránti igény, értékrendbeli konfliktusok.

A multicentrikus, prospektív vizsgálat azt igazolta, hogy azok a betegek profitálnak a palliatív ellátásból, akik esetén 3 vagy több állítás igaz.

A jövőben ilyen egyszerű, a klinikai gyakorlatban is használható triázrendszerre van szükség, melyek validitását prospektív kutatások bizonyítják. Ezeknek a kritériumrendszereknek az az előnyük, hogy hatékonyan kiszűrjük azokat a betegeket, akiknek speciális palliatív ellátásra van szükségük, ugyanakkor alkalmazásukkal megnő a HPE-rendszerhez beutalt esetek száma. A terhelés ebben az esetben a valós igényeket mutatja, és remélhetőleg a palliatív ellátók kapacitásának növekedését vonja majd maga után.

Következtetések

Ma Magyarországon az ország egész területén elérhető a hospice intézményi és otthonápolás, melyet a társadalombiztosító kiemelten finanszíroz. A biztosítóval szerződött ellátók elérhetősége megtalálható a <https://hospice.hu/ellatas-kereso> címen. 2019-ben 22 fekvőbeteg-ellátó intézményben 358 ágyon folyt hospice-ellátás, 64 otthoni ellátást végző csoport, 4 hospice mobil team (kórházi támogató csoport) és 4 palliatív járóbeteg-ellátás biztosította a korai palliáció lehetőségét. Fontos tudni azt is, hogy az ambuláns HPE az aktív onkológiai kezeléssel párhuzamosan is igénybe vehető, palliatív kemo-, hormon- vagy sugárterápia mellett hospice-otthonápolás folytatható. A betegek mégis nagyon későn részesülnek a HPE nyújtotta segítségben, átlagosan 28,5 napig, az ajánlásokban szereplő 12–8,4 hónap helyett [34]. Ennek oka többek között az orvosok tájékozatlansága, a HPE-vel kapcsolatos ismereteik hiánya [22]. Ugyanakkor ezzel a problémával nemcsak Magyarországon, hanem az egész világon küzd a palliatív szakma [1].

Az orvostársadalom minél szélesebb rétegének meggyőzése arról, hogy mind a beteg, mind az egészségügyi ellátó számára előnnyel jár a megfelelő időben, a megfelelő betegek számára a speciális palliatív ellátás biztosítása, sok időt és energiát igényel. Könnyen használható, hatékony beutalási modellek, protokollok megalkotása szükséges, és ezeket az ajánlásokba építve minél szélesebb réteg számára ismertté kell tenni a szakképzések során. Ennek az útnak az egyik lépéseként született meg ez a közlemény.

Anyagi támogatás: A cikk megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: H. O., F. E.: A téma felvetése, irodalomkutatás, a kézirat megírása, összeállítása. H. K.:

A kézirat megírása, javítása, véleményezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdeklőségek: A szerzőknek a jelen cikkkel kapcsolatban nincsenek érdeklőségeik.

Irodalom

- [1] Kaasa S, Loge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2018; 19: e588–e653.
- [2] Adelson K, Paris J, Horton JR, et al. Standardized criteria for palliative care consultation on a solid tumor oncology service reduces downstream health care use. *J Oncol Pract.* 2017; 13: e431–e440.
- [3] den Herder-van der Eerden M, van Wijngaarden J, Payne S, et al. Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: a qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Palliat Med.* 2018; 32: 1091–1102.
- [4] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010; 363: 733–742.
- [5] Fulton JJ, LeBlanc TW, Cutson TM, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019; 33: 123–134.
- [6] Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al. Benefits of early *versus* delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2015; 33: 1446–1452.
- [7] Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early *versus* delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2015; 33: 1438–1445.
- [8] Muir JC, Daly F, Davis MS, et al. Integrating palliative care into the outpatient, private practice oncology setting. *J Pain Symptom Manage.* 2010; 40: 126–135.
- [9] Hegedűs K. Could be a good death? [Létezik-e jó halál?] Oriold és Társai, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [10] Bruera E. The development of a palliative care culture. *J Palliat Care* 2004; 20: 316–319.
- [11] Földesi E, Hauser P, Hegedűs K. Special aspects of medical communication in the field of pediatric oncology focusing on palliative care. [Az orvosi kommunikáció sajátosságai a gyermek-onkológia területén, különös tekintettel a palliatív ellátásra.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 323–329. [Hungarian]
- [12] Cinnamon J, Schuurman N, Crooks VA. A method to determine spatial access to specialized palliative care services using GIS. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 140.
- [13] Evers MM, Meier DE, Morrison RS. Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 23: 424–432.
- [14] Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr.* 2004; 3: 3.
- [15] Lovett A, Haynes R, Sünnerberg G, et al. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Soc Sci Med.* 2002; 55: 97–111.
- [16] Cloutier-Fisher D, Penning MJ, Zheng C, et al. The devil is in the details: trends in avoidable hospitalization rates by geography in British Columbia, 1990–2000. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 104.
- [17] Muszbek K, Gaal I. Pitfalls within the cancer-related doctor-patient communication. [Az orvos–beteg kommunikáció csapdái daganatos betegség esetén.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 649–653. [Hungarian]
- [18] Pilling J. Medical communication in practice. [Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2018.* [Hungarian]
- [19] Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *Eur J Palliative Care* 2009; 16: 278–289; Part 2. *Eur J Palliative Care.* 2010; 17: 22–33.
- [20] Kayastha N, LeBlanc TW. When to integrate palliative care in the trajectory of cancer care. *Curr Treat Options Oncol.* 2020; 21: 41.
- [21] Hegedűs K, Lukács M, Schaffer J, et al. The current state, the possibilities and difficulties of palliative and hospice care in Hungary. [A hazai hospice- és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 1504–1509. [Hungarian]
- [22] Benyó G, Lukács M, Busa C, et al. Current situation of palliative care in Hungary. Integrated palliative care model as a breakout possibility. [A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitérés pontjai.] *Magy Onkol.* 2017; 61: 292–299. [Hungarian]
- [23] Zemplényi AT, Csikós Á, Csanádi M, et al. Implementation of palliative care consult Service in Hungary – integration barriers and facilitators. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 41.
- [24] Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, et al. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68: 356–376.
- [25] Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 35: 96–112.
- [26] Ziegler LE, Craigs CL, West RM, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. *BMJ Open* 2018; 8: e018284.
- [27] Temel JS, Shaw AT, Greer JA. Challenge of prognostic uncertainty in the modern era of cancer therapeutics. *J Clin Oncol.* 2016; 34: 3605–3608.
- [28] Hui D, Mori M, Watanabe SM, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2016; 17: e552–e559.
- [29] Dans M, Smith T, Back A, et al. NCCN guidelines insights: palliative care, version 2.2017. *J Natl Compr Canc Netw.* 2017; 15: 989–997.
- [30] Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med.* 2011; 14: 17–23.
- [31] Gemmell R, Yousaf N, Dronney J. “Triggers” for early palliative care referral in patients with cancer: a review of urgent unplanned admissions and outcomes. *Support Care Cancer* 2020; 28: 3441–3449.
- [32] Kamal AH, Kaufmann T. Making the right thing easier to do: standardized integration of oncology and palliative care. *J Oncol Pract.* 2017; 13: 291–292.
- [33] Molin Y, Gallay C, Gautier J, et al. PALLIA-10, a screening tool to identify patients needing palliative care referral in comprehensive cancer centers: a prospective multicentric study (PREPA-10). *Cancer Med.* 2019; 8: 2950–2961.
- [34] Hegedűs K, Farkas AB. Summary of the hospice care in 2019. [Összefoglalás a 2019. évi hospice betegellátásról.] Available from: <https://hospice.hu/hospice-jelentesek> [accessed: April 20, 2021]. [Hungarian]

(Horváth Orsolya dr.,

Budapest, Ráth György u. 7–9., 1122

e-mail: orsihorvath@yahoo.com)