

A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba

Horváth Orsolya dr.^{1*} ■ Rác Katalin dr.^{2*} ■ Jakus Nikoletta¹
Kegyé Adrienne dr.³ ■ Hegedűs Katalin dr.³

¹Országos Onkológiai Intézet, Budapest

²Háziorvos, Budakalász

³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Bevezetés: Magyarországon a hospice 1991 óta van jelen, mára az otthonápolás és a fekvőbeteg-ellátás az egész országban elérhető. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése szerint az ellátott betegek száma évről évre nő, ugyanakkor továbbra is nagyon kevés ideig – 2020-ban csak átlagosan 26,7 napig – részesülnek otthoni hospice-szakellátásban a betegek az ideális 8,5 hónap helyett. Bizonyított tény, hogy a hospice-palliatív ellátások korai bevonása az onkológiai betegek kezelésébe előnnyel jár mind a beteg életminősége, mind a kezelés színvonala, mind a költség-hatékonyság szempontjából. Ezért létre kell hoznunk olyan betegellátási utakat, amelyek segítségével a megfelelő betegek a megfelelő időben jutnak a speciális palliatív ellátáshoz.

Célkitűzés és módszer: Ebben a közleményben két olyan ellátási formát mutatunk be, amely bizonyította, hogy a palliatív ellátás korai integrációja hatékonyan megvalósítható a mai magyarországi egészségügyi rendszerekben.

Eredmények: Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team 2019 szeptemberétől konzultációs formában segíti az Intézetben kezelt betegek optimális ellátását. A Szentendrei kistérség háziorvosi praxisközösségében pedig 2, palliatívlicenc-vizsgával rendelkező háziorvos a kollégáknak szervezett képzésekkel, a szemléletformáláson keresztül érte el, hogy a terület betegei hamarabb és szélesebb körű palliatív ellátásban részesüljenek.

Következtetés: Jelenlegi anyagi és személyi erőforrásainkat felhasználva, képzéssel és a szemléletformálással jelentősen lehet emelni a hospice-palliatív ellátás színvonalát ma Magyarországon.

Orv Hetil. 2022; 163(38): 1520–1527.

Kulcsszavak: hospice, palliatív ellátás, onkológia, alapellátás, praxisközösség

Effective integration of hospice palliative care into national oncology and general practice

Introduction: Hospice movement began in Hungary in 1991, today home care and inpatient care is accessible nationwide. However, despite the growing number of patients receiving palliative care, according to the survey of the Hungarian Hospice Palliative Association, the average time they have spent receiving home hospice care was only 26,7 days in 2020, when the ideal would be 8,5 months. It has been proven by studies, that involving hospice-palliative care early on in the treatment of oncology patients has benefits for both the quality of life and treatment and cost-effectiveness. To make this possible, we have to make certain ways of health care which lead the patients in need to specialised palliative care.

Objective and method: In this statement, we introduce two forms of treatment which have proven that the early integration of palliative care is efficiently attainable throughout health care systems in Hungary today.

Results: Starting September of 2019, the National Institute of Oncology Palliative Mobil Team has been helping the patients of the Institute receive optimal care through consultation. In the general medicine, general practice partnership of Szentendre, two family doctors with palliative licence examination have been organizing trainings for their colleagues in order to show a new approach and help more patients of the region receive palliative care in time.

Conclusion: These examples further prove that by accessing the current financial and human resources, through education and a change of attitude, the improvement of palliative care in Hungary is possible.

Keywords: hospice, palliative care, oncology, general practice, general practice partnership

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

Horváth O, Rác K, Jakus N, Kegye A, Hegedűs K. [Effective integration of hospice palliative care into national oncology and general practice]. *Orv Hetil.* 2022; 163(38): 1520–1527.

(Beérkezett: 2022. április 18.; elfogadva: 2022. június 20.)

Rövidítések

EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma; ESzCsM = Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

A palliatív ellátás aktív, holisztikus szemléletű ellátás, amely életkorra való tekintet nélkül megillet minden súlyos állapotban levő, szenvedő beteget és különösképpen az életük végéhez közeledőket. Célja a betegek, családjuk, valamint gondozóik életminőségének javítása [1]. A szakirodalom ma már nem különíti el élesen a hospice- és a palliatív ellátást, hiszen ezek célja és eszköztára megegyezik, csak a hospice az élet utolsó fél-egy évére korlátozódik. A legtöbbször hospice-palliatív ellátásként hivatkoznak rá. Az időbeli felosztás mellett az ellátás jellege szerint lehet megkülönböztetni az ellátási szinteket [2, 3]:

1) A *palliatív megközelítés* a nem palliatív ellátásra szakosodott környezetekben (például idősotthonokban, otthoni ellátásban) jellemző. A tüneti kezelésen túl a betegekkel és családjukkal, valamint a más egészségügyi dolgozókkal folytatott kommunikáció is idetartozik.

2) Az *általános palliatív ellátást* olyan, alapvető palliatív ellátási ismeretekkel rendelkező szakemberek (például onkológusok, gerontológusok) végzik, akik súlyos, életet veszélyeztető betegségekkel küzdő betegeket kezelnek. Idetartozik például a fájdalomcsillapítás.

3) A *speciális palliatív ellátást* (palliatív szakellátás) olyan speciálisan képzett szakértő csapat végzi, amelynek elsődleges célja az életet fenyegető krónikus betegségben szenvedő betegek és családjuk életminőségének javítása. Tagjai folyamatosan frissítik készségeiket és tudásukat annak érdekében, hogy hosszan fennálló és komplex tüneteket kezeljenek. 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 [2–5].

Bár egyre több kutatás eredményei szerint a palliatív gondozás korai integrálása számos előnnyel jár a betegség gyógyítási szakaszában, még mindig tartja magát az a tévhit, hogy a palliatív ellátás egyenértékű az életvégi gondozással és a hospice-ellátással, és az aktív kezelések végét, a beteg gyógyításának elengedését jelenti. Ezzel szemben a megfelelő időpontban bevezetett hospice-palliatív ellátás hatására emelkedett a túlélési idő, javulás mutatkozott az életminőségben, nőtt a betegek, a hozzátartozók és az ellátószemélyzet elégedettsége [2, 5–7]. A magyar lakosság körében készült felmérések során a

megkérdezettek közel 80%-a válaszolta azt, hogy otthonában, szerettei körében szeretne lenni élete utolsó napjain [8, 9], amihez a megfelelő támogatást a hospice otthoni szakellátás tudja nyújtani.

Ezért lenne fontos azoknak a kritériumrendszernek a kidolgozása, amelyekkel meghatározható a speciális hospice-palliatív ellátásra szoruló betegek köre, illetve olyan ellátási formák bevezetése, amelyek az onkológusok és a háziorvosok számára ismertek, könnyen elérhetőek [10, 11]. Cikkünkben két ilyen ellátási forma hazai megvalósításának eredményeit mutatjuk be (*1. táblázat*) [1].

A magyarországi hospice-palliatív ellátás rendszere

Magyarországon a hospice-palliatív ellátás az egész országban elérhető és ingyenes egészségügyi szolgáltatás. Az 1997. évi CLIV. törvényben szerepel először a haldokló beteg gondozása és a hospice-ellátás, az 1999. évi (III. 3.) Kormányrendelet tartalmazza a finanszírozási

1. táblázat | A palliatív ellátás fogalma [1]

A palliatív ellátás:

- Magában foglalja a prevenciót, a korai felismerést, az átfogó értékelést, a fizikai problémák kezelését – ideértve a fájdalmat és az egyéb kínzó tüneteket –, a pszichológiai és a spirituális értelemben vett szorongást, valamint a szociális szükségleteket. A beavatkozásoknak – amennyire csak lehetséges – tudományos bizonyítékokon kell alapulniuk.
- A hatékony kommunikáció elősegítésével, segítségnyújtással, továbbá a családok ellátási preferenciáinak meghatározásával – amennyire csak lehetséges – mindvégig támogatást nyújt a betegek számára a teljes élet megéléséhez.
- A beteg szükségleteihez igazítva, a betegség teljes időtartama alatt alkalmazandó.
- Szükség esetén bármikor együtt alkalmazható a betegség befolyásolását célzó terápiákkal.
- Pozitív hatással lehet a betegség lefolyására.
- Nem sietteti, se nem késlelteti a halál időpontját, nem hosszabbítja meg az élet fenntartását. A haldoklást az élet természetes folyamatként ismeri el.
- Támogatást nyújt a családoknak és a gondozóknak mind a betegség időtartama alatt, mind a gyászfolyamat során.
- Felismeri és tiszteletben tartja a beteg és a család kulturális értékeit és hitét.
- Teljes mértékben alkalmazható minden egészségügyi szolgáltatásban (az otthoni és az intézményi ellátásokban egyaránt), valamint minden szinten (az alapellátástól a szakellátásig).
- A szakembereknek rendelkezniük kell alapszintű palliatív ismeretekkel.
- A komplex esetek ellátására speciális, multiprofessionális palliatív ellátóteam szükséges.

szabályokat, és a 2012. évi (V. 31.) EMMI rendeletben található a szakmai minimumfeltételek.

Alapvetően négyféle ellátást különböztet meg a jogszabály, jelenleg ezekből az otthoni hospice-palliatív ellátás és a hospice-fekvőbetegellátás finanszírozott. A palliatív mobil team és a palliatív ambulancia a szabályozott, de nem finanszírozott ellátási formák közé tartozik [5, 12, 13].

Az otthoni hospice-ellátás a terminális állapotú beteg saját otthonában végzett szakellátás. 2005 óta államilag finanszírozott, elrendelése a házi orvos hatásköre. Egy alkalommal 50 vizit rendelhető, mely két alkalommal meghosszabbítható, így minden betegnek 150 finanszírozott vizit rendelhető. A hospice-team tagjai (koordinátor, orvos, szakápoló, pszichológus, gyógytornász, szociális munkás és önkéntes) személyesen látogatják meg és segítik otthonában a beteget és hozzátartozóit. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai szerint 2021-ben Magyarországon összesen 65 otthoni ellátást végző csoport működött [13]. Ez az ellátási forma az egész országban ingyenesen elérhető. A NEAK-kal szerződést kötött ellátószolgálatok listáját területi lebontásban a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület honlapján, a hospice.hu oldalon lehet megtalálni. Mindezek ellenére a betegek többnyire későn vagy nem kerülnek ellátásba [13]. Ennek oka többek között az információ hiánya, a szakdolgozók alulfinanszírozottsága, valamint a szakmák közötti kommunikáció elégtelensége is lehet.

Az intézményi hospice-fekvőbetegellátást olyan betegek vehetik igénybe, akik esetében az otthoni hospice-ellátás nem megoldott, vagy ezt a család, illetve a beteg igényli. Nem krónikus „elfekvő” osztály, hanem külön profillal, multidiszciplináris teammal működő ellátás. A felvétel előjegyzés szerint, házi orvosi beutalóval vagy kórházi zárójelentéssel megtett javaslat alapján működik. 2020-ban 24 fekvőbeteg-ellátó intézményben, 386 kórházi ágyon végeztek speciális hospice-ellátást Magyarországon. A WHO ajánlása alapján 1 millió lakos optimális ellátásához minimum 50 hospice-palliatív ágyra van szükség [3, 14]. Ezek alapján több mint 100 hospice-ágy hiányzik az ellátórendszerből, ami azt is jelenti, hogy ezek a betegek aktív ágyakon fekszenek, ahol sokszor nem jutnak hozzá a számukra megfelelő pszichés és tüneti terápiákhoz, viszont jóval költségesebb az ellátásuk, mint egy hospice-osztályon. Ez különösen Budapesten és környékén jelent nagy problémát.

Az intézményi hospice-palliatív mobil team tevékenysége egy fekvőbeteg-intézményen belül végzett speciális szakellátás, melynek célja a különböző osztályokon kezelt terminális állapotú betegek ellátásának segítése, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése. A palliatív mobil team működése nemcsak a betegek és családjuk életminőségét javítja, csökkenti az aktív osztályok leter-

heltségét, hanem bizonyítottan költséghatékony is [15]. Ilyen csoportok segítik a Pécsi Tudományegyetem klinikáin és az Országos Onkológiai Intézetben is a betegek ellátását.

A palliatív szakambulancia azokkal a betegekkel foglalkozik, akiknek olyan előrehaladott – elsősorban daganatos vagy krónikus – betegsége van, mely kínzó tüneteknek enyhítése kiemelten fontos az életminőség szempontjából: olyan járóbeteg-ellátás, mely egyben foglalkozik a fájdalomcsillapítással, az egyéb tünetek enyhítésével, a beteg és a család tájékoztatásával, pszichés vezetésével, az életvégi tervezéssel is. A szakrendelésre házi orvos vagy kezelőorvos javaslatára lehet időpontot kérni.

Nem tartozik az ellátási formák közé, mégis az onkológiai és a palliatív ellátás integrálásának fontos lépése a Magyarországon egy helyen, a Pécsi Tudományegyetemen működő palliatív onkoteam is. Az onkoteamban palliatív szakemberek is részt vesznek a további kezelésekről való döntésben, így a beteg számára megterhelő felesleges kivizsgálások és kezelések megelőzhetők, az életminőség javítható [16].

A gyermekek hospice-ellátására specializálódott otthoni ellátócsoportból kettő fekvőbeteg-ellátó intézményből egy működik jelenleg Magyarországon. Ezek a szakemberek nemcsak a daganattal, hanem minden, életet rövidítő betegséggel – például neuromuscularis, központi idegrendszeri vagy anyagcsere-kórképekkel – küzdő gyermek és családja támogatását vállalják [17].

A magyarországi onkológusok és házi orvosok hospice-palliatív ellátással kapcsolatos hozzáállásának felmérése

A daganatos megbetegedésben szenvedők betegútja során több szakma összehangolt munkájára van szükség a diagnózistól az aktív onkológiai kezelésen át a gyógyult betegek követéséig, illetve az életvégi terápiáig. Mind szakmai, mind érzelmi szempontból érzékeny pontja az ellátásnak, amikor a beteg kezelésének irányítását egy másik orvos veszi át. Különösen igaz ez az életvégi terápia esetében [11].

A tapasztalatok szerint mind az onkológusok, mind a házi orvosok fontosnak tartják előrehaladott daganatos betegek speciális palliatív ellátását, mégsem juttatják el ezeket a betegeket a hospice-ellátókhoz. Ennek egyik oka lehet a hospice-ellátók elérhetőségével, pontos kompetenciájával kapcsolatos ismeretek hiánya, illetve hogy nehéz konkrétan meghatározni azt a pontot, amikor egy beteg számára fel kell ajánlani a speciális hospice-palliatív ellátást.

A közlemény célja két olyan ellátási forma bemutatása, amely bizonyította, hogy a palliatív ellátás korai integrációja hatékonyan megvalósítható a mai magyarországi egészségügyi rendszerekben.

Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team működése, eredményei

Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team 2019 szeptemberében alakult meg. A Palliatív Mobil Team (csoport) felépítését és működését a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet határozza meg. A palliatív mobil team a cikk írásakor a szabályozott, de nem finanszírozott ellátási formák közé tartozik. A jogszabálynak megfelelően az Országos Onkológiai Intézet csoportjának tagjai: egy palliatívlicenc-vizsgával rendelkező orvos, egy hospice-szakápoló, egy hospice-képzésben (40 óras akkreditált hospice-alaptanfolyam) részesült klinikai szakpszichológus és egy szociális munkás.

Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team feladata az Intézeten belül végzett szakellátás, melynek célja az osztályokon vagy az ambuláns ellátás keretein belül kezelt, speciális palliatív ellátást igénylő betegek felkutatása, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése és annak elősegítése, hogy a páciensek időben jussanak hozzá az állapotuknak megfelelő palliatív szakellátáshoz, akár az Intézeten kívül. A Palliatív Mobil Team önálló ambulanciaként működik, a betegeket a kezelőorvosok a szokott módon utalják be ide. A team konzultációs lehetőséget biztosít, de a beteg kezelését továbbra is a kezelőorvos és a háziorvos koordinálja.

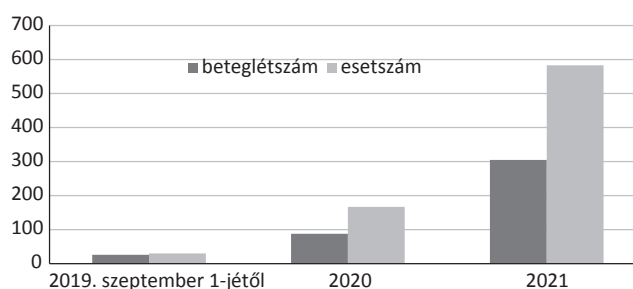
A Palliatív Mobil Team betegellátási rendje

1) Palliatív állapotfelmérés: a konzíliumkérés után a koordinátor a beteget ellátó orrossal, ápolóteammal, valamint a beteggel egyeztetve felméri a beteg palliatív ellátási igényeit. A palliatív team minden tagja (palliatív orvos, szociális munkás, pszichológus, koordinátor) a szakterületének megfelelően állapotfelmérést készít.

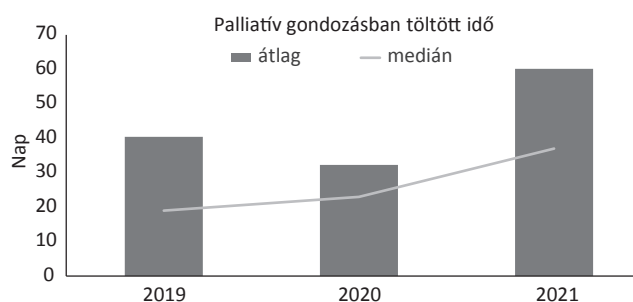
2) Palliatív gondozásba vétel: az állapotfelmérést követően a team személyre szabott palliatív ellátási tervet készít. A szociális munkás és a koordinátor az ellátási tervet ismerteti a konzíliumot kérő orrossal, valamint a beteggel és annak családjával. Aktívan részt vesznek a beteg további ellátásának megszervezésében, együttműködnek a beteg palliatív gondozásba vevő intézményekkel.

3) A palliatív gondozás utánkövetése: a szociális munkás és a koordinátor a palliatív gondozási folyamat során nyomon követi a beteg palliatív ellátásának alakulását. Ez történhet telefonos konzultáció útján vagy a beteg ismételt intézményi felvétele során. Tapasztalataink szerint az utánkövetés nagyban segíti, hogy a beteghez ténylegesen eljusson a megfelelő ellátó. Az otthoni hospice-szakellátás szervezésekor az esetek mintegy felében akad meg az ügyintézés valamilyen okból a fekvőbeteg-intézmény elhagyása után. A követés során a hozzátartozók elégedettsége is tapasztalható, nem érzik úgy, hogy az aktív onkológiai ellátást nyújtó intézmény „kirakta” őket, lemondott a betegről.

A beteglétszám alakulása 2019. szeptember 1-jétől 2021-ig



1. ábra | Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team által ellátott beteg- és esetszám alakulása, 2019–2021 (forrás: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér)



2. ábra | Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team betegeknek átlagos gondozási ideje (forrás: Rákregiszter)

Eredmények

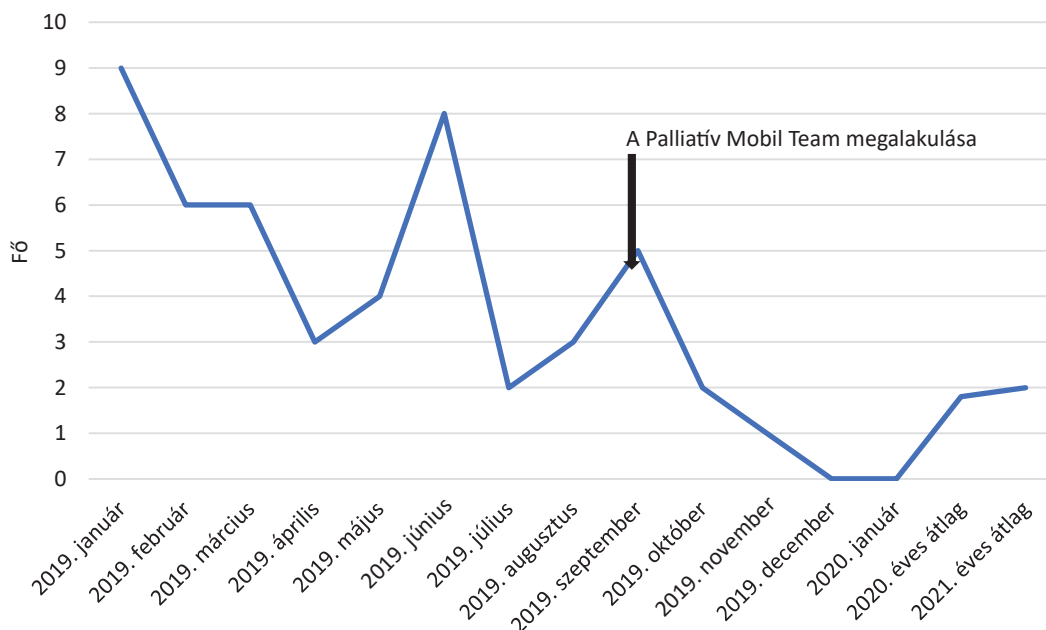
2019-ben 26, 2020-ban 88, 2021-ben 305 beteget látott el a csoport. Ez is azt mutatja, hogy erre az ellátásra nagy igény van mind a betegek és családjuk, mind a kezelőorvosok részéről (1. ábra).

A 2 év alatt elértük, hogy az Országos Onkológiai Intézet összes osztályáról utaltak beteget a Palliatív Mobil Teamhez. 2021-ben már átlagosan 60 napig tudtuk gondozni a betegeket, ezzel megdupláztuk a 2 évvel azelőtti eredményünket, illetve az országos otthoni szakellátásban részesülő betegek átlaga (27,6 nap) felett is teljesítettünk (2. ábra).

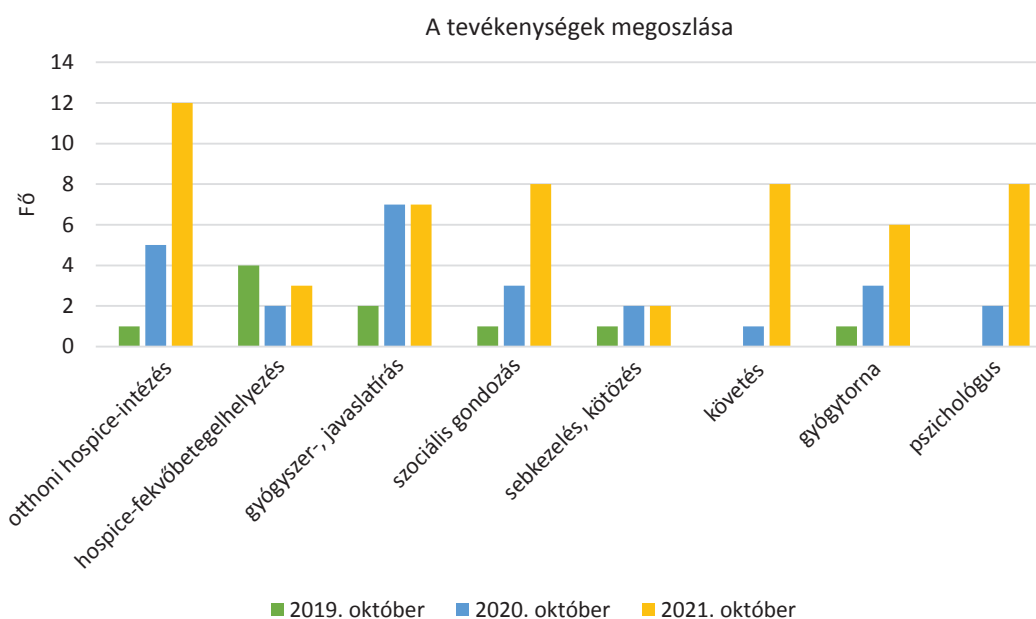
A team működésének egyik első eredménye az volt, hogy drasztikusan lecsökkent az aktív osztályokon elhunyt betegek száma. Ezek a betegek a számukra ideális életvégi ellátást nyújtó hospice-osztályokra vagy otthonukba kerültek (3. ábra).

Ahogy az orvosok megismerték a Palliatív Mobil Team munkáját, nemcsak az ellátott betegek száma növekedett, hanem a végzett tevékenységek összetétele is változott. Évről évre egyre gyakoribb az igény az otthoni hospice-ellátás szervezésére akár az aktív onkológiai kezeléssel párhuzamosan, illetve a pszichológiai és szociális segítségre, mely szintén a hosszabban túlélő betegeknél lehet fontos (4. ábra).

A Palliatív Mobil Teamnek – mint minden hospice-szolgáltatónak – a feladatai közé tartozik a szemléletformáló tevékenység, az egészségügyi személyzetnek, a be-



3. ábra | Az Országos Onkológiai Intézet C Belgyógyászatán elhunyt betegek száma (forrás: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér)

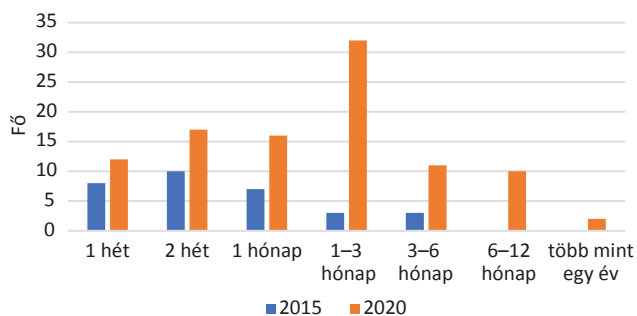


4. ábra | Az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team által ellátott tevékenységek megoszlása (forrás: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér)

tegeknek és a hozzátartozóknak a tájékoztatása, továbbá érzékenyítése az előrehaladott daganatos betegséggel küzdők speciális igényei iránt. Ezért a betegek és a hozzátartozók számára betegtájékoztató füzetek állnak rendelkezésre az elérhető hospice-ellátási formákról [18]. Kísérleti jelleggel hozzátartozói támogató csoport is indult. Az Országos Onkológiai Intézetben minden ősszel nárciszültetésre kerül sor, melyen a sajtó képviselői is részt vesznek, így tájékoztatva a lakosságot a kórházban folyó palliatív tevékenységekről.

A Szentendrei kistérség területén működő otthoni hospice-szakellátás tapasztalatai

Egy 2018-ban, a Szentendrei kistérségben végzett felmérésen 26 háziorvosból 4 nem tudta, hogy elrendelhet otthoni hospice-ellátást, 11-en még sosem tették meg, és 6-an úgy gondolták, hogy nincs hospice-ellátás Magyarországon. A háziorvosok ugyanakkor nehézségnek érezték a fájdalomcsillapítás megoldását, a beteggel és a családdal történő kommunikációt, valamint hiányolták az



5. ábra | Az otthoni ellátásban töltött idő, 2015–2020

onkológiai zárójelentésből a hospice-ellátásba vételre irányuló javaslatot. A betegek hospice-osztályra való bekerülését elérhetetlennek tartották, ugyanakkor a 26 háziiorvosból 2 ismerte a területileg illetékes osztályt [9].

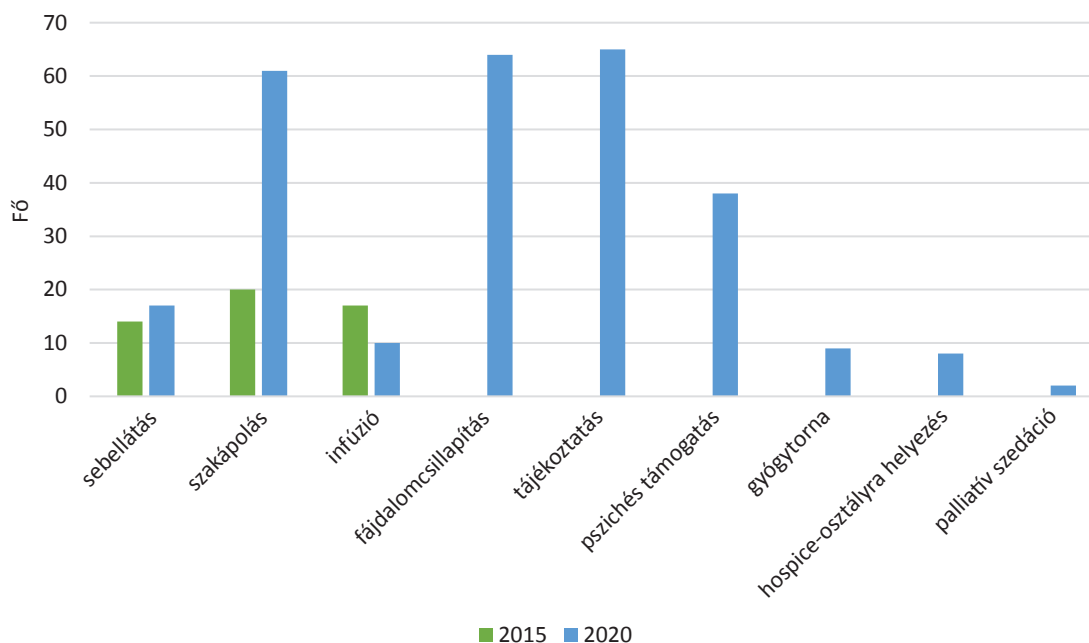
2019-ben 2, palliatívlicenc-vizsgát tett háziiorvos szerződött az egyik területen működő, 3 települést (Budakalász, Pomáz, Szentendre) ellátó Florance Szolgálattal. Az otthoni hospice-ellátás 2019 óta 2 orvossal, 4 nővérrel, 1 pszichológussal és 3 gyógytornással működik. A palliatívlicenc-vizsgáló háziiorvosok csatlakozását követően a betegellátás mellett fontos szempont volt a háziiorvosok tájékoztatása, a szemléletformálás, valamint a minőségi ellátás fejlesztése. Ennek érdekében 2019 szeptemberében a csoport tagjai több előadást is szerveztek a hospice-ellátás és a fájdalomcsillapítás témakörében a többi háziiorvos részére. Különös hangsúlyt fektettek arra, hogy a betegek időben kerüljenek hospice-ellátásba.

A program elején szerzett személyes tapasztalatok szerint a háziiorvosoknak nehéz volt meghozniuk a döntést

arról, hogy egy másik háziiorvost, egyben palliatív orvos-kollégát vonjanak be a beteg ellátásába. Az első betegellátásokat követően azonban megtapasztalták, hogy komoly szakmai segítséget kapnak a fájdalomcsillapítás beállításában és a beteggel való kommunikáció terén, miközben a háziiorvos-beteg kapcsolat továbbra is fennmarad.

A Szentendrei kistérség területén végzett otthoni hospice-ellátás 2020. évi adatai a 2015. évvel összehasonlítva azt mutatták, hogy az ellátásba bevont betegek száma 31-ről 100-ra emelkedett. 2015-ben az átlagos ellátási idő 23,2 nap, míg 2020-ban 87 nap volt (országos átlag: 26,7 nap). 23-an több mint fél évig, 1 beteg másfél évig részesült palliatív szakellátásban (5. ábra).

A 2015-ös év ellátási adatait vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az otthoni szakápolásban végzett tevékenységek nem sokban különböztek az otthoni hospice-szakellátástól (31 betegből 17-nél infúziós kezelés, 14 esetben sebellátás történt); 2020-ban a betegek és hozzátartozóik többféle szaksegítséghez kaptak. A szakápolás közel a háromszorosára nőtt. A palliatív orvosok irányították a fájdalomcsillapítás beállítását, ugyanakkor folyamatosan tájékoztatták a beteget és a hozzátartozókat és nem utolsósorban a háziiorvosokat a várható prognózisról, állapotváltozásról. A sokszor indokolatlan és hosszas infúziós kezeléseket szinte teljesen megszüntették, 100 betegből 10-en kaptak néhány alkalommal és megfelelő indikációval folyadékpótlást. A fájdalomcsillapítás aránya 67% volt, szemben az országos 20,7%-kal. Az ellátási formák a tájékoztatással, pszichés támogatással, gyógytornával bővültek ki. Két esetben palliatív szedáció is megvalósult a beteg otthonában. Palliatív szedációra akkor van szükség, ha a beteg fájdalmát nem lehet megfelelően



6. ábra | Tevékenységek az otthoni hospice-ellátásban, 2015 és 2020

csillapítani. Ilyenkor a beteget altatják, hogy ne élje át a csillapíthatatlan fájdalmat [19] (6. ábra).

2015-ben 18 közül 2-3 orvos vette igénybe a szolgáltatást, 2020 végére mind a 18 házi orvos igényelt palliatív szakellátást. 100 betegből 87-en haltak meg saját otthonukban, szeretteik körében, 5-en haltak meg aktív kórházi osztályon, és 8-an döntöttek úgy, hogy az utolsó napokat hospice-osztályon szeretnék tölteni (6. ábra). A hospice-osztályos elhelyezés minden esetben gördülékenyen zajlott.

A kistérségi otthoni hospice-szakellátásának fejlesztésével elért legnagyobb eredmény, hogy azok a betegek, akik ellátásba kerültek, és otthonukban szerettek volna meghalni, 2020-ban ehhez már jóval több segítséget tudtak igénybe venni, és a palliatív szakellátásban részesült betegek 87%-a az otthonában hunyt el. Ez a korábbi felmérések igényeivel összhangban lévő adat [7, 8].

A kistérségi otthoni hospice-szakellátásban felmért statisztikát összehasonlítva a 2020. évi országos statisztikával megállapítható, hogy mind az ellátásban töltött idő (országos átlag: 26,7 nap; Szentendre kistérség: 87 nap), mind egyes palliatív orvosi tevékenységek, mint a fájdalomcsillapítás (országos átlag: 20,67%; Szentendrei kistérség 67%) jóval az országos átlag felett voltak. Ezt többek között azzal magyarázzuk, hogy az edukáció és a kommunikáció a házi orvosokkal, valamint a gyógyszertárakkal az ismertség és a kollegialitás miatt gördülékenyebben és hatékonyabban működött. Így ami eleinte a nehézséget jelentette, hogy a 2 házi orvos egyben palliatív orvosként vegyen részt egy másik házi orvos betegének szakellátásában, végül előnnyé vált.

Magyarországon az alapellátási rendszer átalakulóban van. A praxisközösségek létrejöttével egyes szakorvosi tevékenységek különös hangsúlyt kaphatnak. Lehetőség nyílik már az alapellátásban is palliatív járóbeteg-rendelés bevezetésére, ami még gördülékenyebbé teheti majd a betegek korai palliatív ellátásba vételét és az aktív ellátó-intézet és a hospice-palliatív otthoni ellátás közötti átmenetet.

Megbeszélés

A daganatos betegek ellátása a kezdeti diagnózistól az aktív onkológiai kezeléseken át a gyógyult betegek gondozásáig multidiszciplináris feladat, több orvosszakma összehangolt működése szükséges hozzá. Mindig nagyon érzékeny időszak, amikor a beteg kezelését egy másik szakember veszi át. Sokszor ezen a ponton szakad meg a betegek kezelése, illetve ilyenkor gyakrabban alakul ki elégedetlenség az orvosi ellátással szemben a betegekben és családtagjaikban [20]. Különösen igaz ez az előrehaladott daganatos megbetegedésben szenvedőknél, akiknél az onkológus, a házi orvos és a palliatív szakorvos szoros együttműködése szükséges a kínzó testi és fizikai tünetek megfelelő ellátásához és az onkológiai ke-

zelés esetleges lezárásának megfelelő kommunikációjához [21]. Az onkológusok és a házi orvosok hospice-palliatív rendszerrel kapcsolatos ismeretei sokszor hiányosak [8]. Az életvégi vagy ahhoz közelítő problémákról való beszélgetés pszichésen még megterhelőbb, ha nincsenek megfelelően felkészítve rá az egészségügyi szakemberek [22]. Ez is nagyban közrejátszhat abban, hogy a betegek nagyon későn jutnak a számukra megfelelő ellátáshoz. A fenti problémát hidalja át a palliatív szakemberek szervezett jelenléte az aktív ellátásban és az alapellátásban, akik szemléletüket, tudásukat átadva segítik a betegek megfelelő betegújtát.

A cikkben bemutatott két ellátási rendszer – az Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team és a Szentendrei kistérségben működő otthoni hospice-szolgálat – mindezt oly módon éri el, hogy az orvosok nem érzik úgy, hogy elvesztenék a beteg kezelésének irányítását, és a betegek számára sem tűnik úgy, hogy orvosuk lemondott róluk. A fenti vizsgálatok adatai bemutatták, hogy nincs szükség hatalmas befektetésekre, átszervezésekre. Nagyobb pénzügyi teher nélkül, pusztán az egészségügyi személyzet képzésével, szemléletformálásával komoly változásokat lehet elérni akár már 2 év alatt mind az alapellátásban, mind a fekvőbeteg-ellátásban.

Következtetés

A szakmák közötti feladatok és kompetenciák tisztázásához könnyen használható, hatékony referálási modellek, protokollok szükségesek [11]. Ezek megalkotása, a mindennapi gyógyító ellátással és a szakmák igényeivel való összehangolása jelenleg is a nemzetközi kutatások egyik kihívása [23–25]. Ugyanakkor a palliatív ellátás integrálását fontos megkezdni. A hospice-palliatív szemléletmódot, az elérhető ellátási formákat és az integrált ellátással elért eredményeket az orvostársadalom minél szélesebb körében ismertté kell tennünk. Ezen az úton érhetjük majd el, hogy az előrehaladott állapotú daganatos betegségben szenvedők is a megfelelő időben a megfelelő hospice-palliatív ellátásban részesüljenek, akár az aktív onkológiai ellátással párhuzamosan.

Anyagi támogatás: A cikk megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: H. O., R. K.: A téma felvetése, irodalomkutatás, a kézirat megírása, összeállítás. J. N., K. A., H. K.: A kézirat megírása, a kézirat javítása, véleményezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdeklőségek: A szerzőknek a jelen cikkkel kapcsolatban nincsenek érdeklőségeik.

Irodalom

- [1] Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining palliative care. A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 754–764.
- [2] Kaasa S, Lodge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018; 19: e588–e653.
- [3] Radbruch L, Paine S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *Eur J Palliative Care* 2010; 17: 22–33.
- [4] 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.
- [5] Benyó G, Lukács M, Busa Cs, et al. Current situation of palliative care in Hungary. Integrated palliative care model as a breakout possibility. [A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitérési pontjai.] *Magy Onkol*. 2017; 61: 292–299. [Hungarian]
- [6] 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.
- [7] Csikos Á. (ed.) Palliative care [Csikos Á. (szerk.) Palliatív ellátás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2022. [Hungarian]
- [8] Csikos A, Busa C, Muszbek K. Hospice palliative care development in Hungary. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55(2S): S30–S35.
- [9] Rácz K, Szenté Sz, Babonits-Farkas K, et al. General practitioners and the general public's knowledge of hospice palliative care in the Szentendre sub-region. [A háziorvosok és a lakosság ismeretei a hospice palliatív ellátásról a szentendrei kistérségben.] *Onkol Haematol*. 2019; 5: 36–38. [Hungarian]
- [10] Horváth O, Földesi E, Hegedűs K. When and how to integrate oncology and palliative care? [Mikor és hogyan integráljuk az onkológiai és a palliatív ellátást?] *Orv Hetil*. 2021; 162: 1769–1775. [Hungarian]
- [11] Kayastha N, LeBlanc TW. When to integrate palliative care in the trajectory of cancer care. *Curr Treat Options Oncol*. 2020; 21: 41.
- [12] Hegedűs K, Lukács M, Schaffér 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]
- [13] Hegedűs K, Farkas A, Lukács M. 2020 hospice patient care summary. [Összefoglalás a 2020. évi hospice betegellátásról.] Available from: <https://hospice.hu/hospice-jelentesek> [accessed: 2022 April 18]. [Hungarian]
- [14] Centeno C, Lynch T, Garralda E, et al. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 countries. *Pall Med*. 2016; 30: 351–362.
- [15] Zemplényi AT, Csikos Á, Csanádi M, et al. Implementation of palliative care consult service in Hungary – integration barriers and facilitators. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 41.
- [16] Mangel L, Lukács M, Hajnal A, et al. The first experiences with the palliative tumor board discussions in the University of Pécs. [Az első tapasztalatok a palliatív onkoteamrendszer működésével kapcsolatban a Pécsi Tudományegyetemen.] *Orv Hetil*. 2020; 161: 1423–1430. [Hungarian]
- [17] Benyó G, Révész RL, Králik I. Introduction and a case study of the Thábita Hospice House for Children and Young Adults. [A Thábita Gyermekhospice Ház működésének bemutatása és esetismertetés.] *Kharón Thanatológiai Szle* 2017; 21: 1–16. [Hungarian]
- [18] National Institute of Oncology Palliative Mobil Team. Patient information. [Országos Onkológiai Intézet Palliatív Mobil Team. Betegtájékoztató. Available from: <https://onkol.hu/wp-content/uploads/2021/05/Orszagos-Onkologiai-Intezet-Palliativ-Mobil-Team-Betegtajekoztato.pdf> [accessed: 2022 April 18]. [Hungarian]
- [19] Ministry of Human Capacities professional guideline about comprehensive hospice and palliative care of adult cancer patients. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról.] *Eü Közl*. 2017; 66(15): 3202–3258. [Hungarian]
- [20] Sauro K, Maini A, Machan M, et al. Are there opportunities to improve care as patients transition through the cancer care continuum? A scoping review protocol. *BMJ Open* 2021; 11: e043374.
- [21] 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]
- [22] Kegye A, Takács Sz, Ries B, et al. Validation of the Hungarian version of the Professional Quality of Life Scale. [A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása.] *Orv Hetil*. 2018; 159: 1441–1449. [Hungarian]
- [23] Han PK, Rayson D. The coordination of primary and oncology specialty care at the end of life. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010; 2010: 31–37.
- [24] Lisy K, Kent J, Piper A, et al. Facilitators and barriers to shared primary and specialist cancer care: a systematic review. *Support Care Cancer* 2021; 29: 85–96.
- [25] Periyakoil VS, Gunten CF, Fischer S, et al. Generalist *versus* specialist palliative medicine. *J Palliat Med*. 2022; 25: 193–199.

(Horváth Orsolya dr.,
Budapest, Ráth György u. 7–9., 1122
e-mail: horvath.orsolya@oncol.hu)