

A palliatív ellátás indítását segítő, döntéstámogató pontrendszer kidolgozása és fókuszcsoportos elemzése

Horváth Orsolya dr.¹  ■ Kegye Adrienne dr.²
Rácz Katalin dr.³ ■ Hegedűs Katalin dr.²

¹Országos Onkológiai Intézet, Budapest

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

³Kisráczmed Kft., Budakalász

Bevezetés: A palliatív szakellátás korai, az aktív onkológiai kezeléssel párhuzamos bevezetésének egyre több előnyét igazolják a kutatások. Számos tanulmány bizonyította a túlélés növekedését, a beteg és a hozzátartozók jobb életminőségét, az egészségügyi személyzet pszichés kimerültségének csökkenését. A betegek ritkábban kerülnek kórházba, és kevesebb időt töltenek aktív ágyakon. Az előrehaladott állapotú daganatos betegek kezelése nem teljes az integrált, személyre szabott, támogató szolgáltatások nélkül, ugyanakkor még továbbra sincs olyan, nemzetközileg is elfogadott kritériumrendszer, amely alapján könnyen meghatározható lenne, hogy pontosan mikor és melyik betegnek van szüksége speciális palliatív ellátásra.

Célkitűzés: Célunk a mindennapi betegellátásban is könnyen használható, a betegirányítást támogató szempontrendszer létrehozása volt, amely segít annak meghatározásában, hogy javasolt-e a beteget a speciális palliatív ellátórendszerbe referálni.

Módszer: A szakirodalom áttekintése után létrehoztunk egy 1 + 8 kérdésből álló döntéstámogató pontozási rendszert, majd három fókuszcsoport tartalomelemzésével vizsgáltuk meg háziorvosok, onkológusok és palliatív orvosok részvételével.

Eredmények: Az előrehaladott állapotú daganatos betegek ellátásában leginkább érintett három szakma képviselői mind hasznosnak találták a döntéstámogató pontrendszert, és a mindennapi betegellátásban való felhasználását javasolták. A családorvosok indikátorként, az onkológusok pedig az onkoteam döntéselőkészítő anyagaként alkalmazzák. Az adatlap kérdéseit a szakértők javaslatai szerint módosítottuk, és a végleges változatot a jelen cikkben mutatjuk be.

Következtetés: A kutatás megerősítette, hogy egy egységes pontrendszer segíthet a betegek igényeinek felmérésében, és rendezheti a szakmák közötti együttműködést, könnyíti a betegutakat, automatikus alkalmazása sokban javíthatja a betegek megfelelő ellátáshoz való hozzájutását. A bevezetése előtt ugyanakkor mindenképp szükség van a palliatív szakellátók számának növelésére, hogy a várhatóan jelentősen megnövekvő betegszám ne terhelje túl a meglévő rendszert.

Orv Hetil. 2025; 166(41): 1603–1610.

Kulcsszavak: korai palliatív ellátás, döntéstámogatás, onkológia, családorvos, palliatív orvos

The development and focus group analysis of a decision-support checklist to start special palliative care

Introduction: Research suggests more and more advantages of the early introduction of palliative care in parallel with active oncology treatment. Numerous studies have proven an increase in overall survival, a better quality of life for the patient and their relatives, and a reduction in the psychological exhaustion of the medical staff. It is proven that patients are hospitalized less often and spend less time on active beds. The treatment of patients with advanced cancer is incomplete without integrated, personalized, support services. At the same time, there is still no internationally accepted criteria system based on which it can be easily determined exactly when and which patients need special palliative care.

Objective: Our goal was to create a criteria system that can be easily used in everyday patient care and supports patient management, which helps in determining whether it is recommended to refer the patient to the special palliative care system.

Method: After reviewing the literature, we created a checklist consisting of 1 + 8 questions, and then examined it through content analysis of three focus groups in which family physicians, oncologists, and palliative care physicians participated.

Results: The representatives of the three professions most involved in the care of patients with advanced cancer all found the decision support point system useful and recommended its use in everyday patient care. Family doctors would use it as an indicator, and oncologists would use it as preparatory material for the oncological team decision. The questions of the data sheet were modified according to the suggestions of the experts, and the final version is presented in this article.

Conclusion: The research confirmed that a uniform score system can help assess patients' needs and organize cooperation between professions, facilitate patient journeys, and its automatic application can greatly improve patients' access to appropriate care. At the same time, before its introduction, it is definitely necessary to increase the number of specialist palliative care providers, so that the expected significantly increased number of patients does not overload the existing system.

Keywords: early palliative care, decision support, oncology, general practitioner, palliative specialist

Horváth O, Kegye A, Rác K, Hegedűs K. [The development and focus group analysis of a decision-support checklist to start special palliative care]. Orv Hetil. 2025; 166(41): 1603–1610.

(Beérkezett: 2025. augusztus 14.; elfogadva: 2025. augusztus 20.)

A palliatív ellátás az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020. évi definíciója szerint olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő páciens és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a fizikai, pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és kezelésével [1]. Ez az ellátás nem valamilyen más terápia, – akár az aktív onkológiai kezelés helyett – hanem annak kiegészítéseként, más fókusszal, de ugyanúgy a betegek jobb életminőségéért és hosszabb élettartamáért végzett tevékenység. Ugyanez a definíció ezt így fogalmazza meg: a palliatív ellátás magában foglalja az életvégi ellátást, de nem korlátozódik arra. Nem végső megoldás, hanem korai integrálása javasolt az életet veszélyeztető, súlyos megbetegedéssel küzdő betegek ellátásába [1]. Ezzel szemben a világon minden krónikus betegséget, például a szív- és érrendszeri, pulmonológiai megbetegedéseket és a dementiát is figyelembe véve, a palliatív ellátásra szoruló betegek csak mintegy 14%-a kapja meg ezt a szükséges palliatív kezelést [1].

Magyarországon csak a daganatos betegségekben, egyes neurológiai (amyotrophiás lateralsclerosis és sclerosis multiplex) és autoimmun kórképekben, illetve szerzett immunhiányos tünetegyüttesben (AIDS) szenvedő betegek számára érhető el a palliatív ellátás, számukra is csak részben finanszírozott formában [2]. Annak ellenére, hogy a terminális állapotú daganatos betegek részére a hospice-ellátás finanszírozott, és elméletben az egész országban elérhető, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése szerint a daganatos megbetegedésben elhunytak csak 38,7%-a részesült ebben az ellátásban, és ők is csak életük utolsó 22,16 napjában [3]. Bár léteznek hazánkban is kezdeményezések a korai palliatív ellátás integrálására az aktív onkológiai kezelésbe és az alapellátásba, ezek egyelőre inkább elszigetelt, pilot jellegű munkacsoportok, amelyek nem érhetők el a lakosság jelentős része számára [4, 5]. Palliatív feladatokat végez-

nek onkológusok vagy családorvosok is, amikor például fájdalomcsillapítót vagy tápszert írnak fel a betegeknek.

A jelen cikkben a speciális palliatív ellátás indításának optimális módját és időpontját keressük. *A speciális palliatív ellátást olyan, erre kiképzett csapat végzi, amelynek elsődleges célja az életet fenyegető krónikus betegségben szenvedő betegek és családjuk életminőségének javítása. Tagjaik folyamatosan frissítik tudásukat és képességeiket annak érdekében, hogy sikeresen kezelni tudják a hosszan tartó és komplex tüneteket [6]. Formái: aktív palliatív ágyak, palliatív mobil team, palliatív ambulancia, hospice otthoni szakápolás, hospice-fekvőbetegellátás (1. táblázat).*

A cikk írásának idején Magyarországon a speciális palliatív ellátási formák közül a hospice otthoni szakápolás

1. táblázat | Speciális palliatív ellátási formák

Speciális palliatív ellátási forma	Milyen betegcsoport számára ajánlott?
Aktív palliatív ágyak	Palliatív ellátási igényű betegek kínzó tüneteinek enyhítése olyan esetben, amikor ehhez rövid időre fekvőbeteg-ellátó intézményi körülmények szükségesek, például intervenció fájdalomcsillapítás utáni megfigyelés, major opiátok beállítása, rotációja
Palliatív mobil team	Fekvőbeteg-intézményen belüli konzultációs lehetőség, amelynek feladata a palliatív ellátási szempontok érvényesítése, szakmai segítségnyújtás a kórház személyzete, a betegek és családtagjaik számára
Palliatív ambulancia	A krónikus betegség bármelyik szakaszában igénybe vehető, például hosszan fennálló vagy komplex tünetek esetén
Hospice otthoni szakápolás	Segítség a családnak az otthoni ápolásban, akár az aktív onkológiai kezeléssel párhuzamosan is igénybe vehető, max. 3 × 50 alkalommal
Hospice-fekvőbeteg-ellátás	Az aktív onkológiai kezelés lezárása után vehető igénybe

és a hospice-fekvőbetegellátás finanszírozott és érhető el az ország területének nagy részén. Jelenleg ezeket a szolgáltatásokat jellemzően akkor ajánlják fel a betegeknek, amikor az aktív onkológiai kezelés folytatására már nincs lehetőség annak ellenére, hogy a hospice otthoni szakápolás aktív onkológiai kezelés melletti elindítása szakmailag javasolt és finanszírozási szempontból is lehetséges.

A palliatív ellátás elterjedésének egyik legfőbb akadálya, hogy az egészségügyi személyzet nem megfelelően informált és képzett ebben a tekintetben [1]. Ez a mi munkacsoportunk tapasztalata is a mindennapi betegellátó munka és a fókuszcsoporthozos beszélgetések során.

Módszer

A jelen kutatásban az előrehaladott állapotú daganatos betegek ellátásában részt vevő három fő orvoscsoport – az onkológusok, a háziorvosok és a palliatív szakorvosok – képviselői számára fókuszcsoporthozokat szerveztünk a palliatív ellátásról. A fókuszcsoporthozoknak több céljuk volt: a palliatív ismeretek átadása az orvosoknak, a témával kapcsolatos érzékenyítés és egy palliatív igényeket felmérő, döntéshozást segítő szempontrendszer kialakítása. Ilyen listák más országokban, például Spanyolországban, Svájcban már rendszeresen használatban vannak, ugyanakkor nincs tudomásunk arról, hogy Magyarországon lenne egységesen elfogadott kritériumrendszer arra vonatkozóan, hogy mikor optimális a speciális palliatív ellátók bevonása az előrehaladott állapotú daganatos betegek kezelésébe [7].

Három fókuszcsoporthozos megbeszélést tartottunk 2022. június és augusztus között, összesen 30 résztvevővel: 11 háziorvos, 8 onkológus, 10 palliatív orvos és 1 palliatív nővér. Két alkalommal egy onkológiai és egy palliatív medicinakonferencia résztvevőit hívtuk meg a fókuszcsoporthozba. Egy alkalommal a Magyar Hospice Alapítvány ellátási területén dolgozó háziorvosoknak szerveztünk bemutatót az alapítvány működéséről, és az itt megjelenteket hívtuk meg az irányított beszélgetésre.

A fókuszcsoporthozos beszélgetések alatt először rövid ismertetőt tartottunk a palliatív ellátás céljáról és a Magyarországon elérhető ellátási formákról. Ezután egy 1 + 8 kérdésből álló, a betegek palliatív igényeit felmérő, döntéstámogató pontrendszernek a mindennapi betegellátásban való felhasználási lehetőségéről tartottunk kb. 90 perces irányított beszélgetést.

A fókuszcsoporthozokat egy csoportvezetésben jártas szakorvos vezette előre meghatározott, pontos menetrend szerint [7].

A fókuszcsoporthozos résztvevői beleegyező nyilatkozatot írtak alá arról, hogy az elhangzott véleményeket anonim formában, tudományos kutatás céljára felhasználhatjuk. A beszélgetésekről videó- és hangfelvétel készült, a hanganyagot később szó szerinti leírásban is rögzítettük.

A megbeszélés alapját az 1 + 8 pontos pontozási rendszer adta, melyet a nemzetközi és hazai ajánlások alapján

állítottunk össze annak eldöntésére, hogy a betegnek szüksége van-e speciális palliatív ellátásra [8–11]. A fókuszcsoporthozok vezérfonalát a konkrét pontokhoz kapcsolódó, félig strukturált kérdések alkották, ezekkel térképeztük fel az orvosok véleményét az egyes palliatív szakellátást igénylő panaszok esetében. Kérdéseket tettünk fel arról is, hogyan ítélik meg a saját és a többi szakma képviselőinek szerepét az adott – palliatív ellátást igénylő – tünetegyüttes diagnosztizálásában és ellátásában. A fókuszcsoporthozok zárásaként a döntéstámogató pontrendszer megvalósíthatóságáról és hasznosságáról kérdeztük a résztvevőket.

Elemeztük az adatlaphoz kapcsolódó javaslatokat, meglátásokat, ezenkívül a fókuszcsoporthozok szövegének kvalitatív szövegelemzését is elvégeztük a NarrCat program segítségével [12]. A NarrCat (Narrative Psychological Content Analytical Tool) egy szövegelemző eszköz, amely segít a kvalitatív szövegelemzés eredményeinek kvantitatív értelmezésében. A három szakorvoscsoporthoz attitűdjében észlelt hasonlóságokat és különbségeket egy további publikációban elemezzük.

Eredmények

A fókuszcsoporthozok résztvevőinek legfontosabb demográfiai jellemzőit a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A fókuszcsoporthozok résztvevői a helyszínen megkapták írásban a kidolgozott szempontrendszert, illetve fel is olvastuk egyenként a pontokat. Minden pontnál meghallgattuk a szakemberek javaslatát a konkrét kérdésre vonatkozóan. A javaslatokat a hanganyagban és írásos jegyzetben is rögzítettük, majd az eredeti kérdéseket ezeknek megfelelően módosítottuk. A tartomelemzés alapján több pontban is változtattunk az eredeti szövegen, ilyen például az első kérdés, a „meglepetés kérdés” [13]. Ugyanez a nemzetközileg használt változatban a legtöbbször így szerepel: „*Meg lenne-e lepődve, ha a beteg 12 hónapon belül meghalna?*” Ha a válasz nem, nem lenne meglepődve, akkor felmerül a speciális palliatív ellátásra való igény. Ugyanakkor a megkérdezett orvosok egyetértettek abban, hogy a 12 hónap 6 hónapra cserélése lenne célszerű, mert valójában ezt tudják megítélni a mindennapi betegellátás során. A szakértők több tünetet is javasoltak felvenni a listára, ilyen például az alvászavar, a fogyás és a székrekedés. Ahol a változtatásban egyetértés volt a résztvevők között, ott módosítottunk az eredeti listán.

2. táblázat | A vizsgálatba bevont orvosok legfontosabb demográfiai jellemzői

Foglalkozás	Átlagéletkor (év)	Nem (nő : férfi)
Onkológus, n = 8	50,32	6 : 2
Családorvos, n = 11	47,82	3 : 8
Palliatív szakember, n = 11	44,81	2 : 9

3. táblázat | A végleges döntéstámogató pontrendszer

Gyógyíthatatlan daganatos betegének speciális palliatív ellátásra van szüksége, ha az alábbi kérdésre a válasza 'nem':	Igen	Nem
1. „Meg lenne-e lepődve, ha a betege 6 hónapon belül meghalna?”	☐	☐
és fennáll a következők egyike:		
2. Súlyos, nehezen uralható fizikai tünetek (például 10-es skálán 7–10-es erősségű fájdalom, légszomj, anorexia, gyengeség, <i>székrekedés, fogyás</i> vagy hányinger).	☐	☐
3. Gerincvelői harántlaesio vagy cauda equina szindróma.	☐	☐
4. Ismételt sürgősségi vagy nem tervezett kórházi felvételek <i>az onkológiai megbetegedéssel kapcsolatban</i> (3 hónapon belül legalább 2 nem tervezett kórházi felvétel) vagy <i>beti rendszerességgel megjelenés a háziorvosi rendelésen</i> .	☐	☐
5. A beteg és/vagy hozzátartozója segítséget kér a hospice-palliatív ellátás megszervezésében, életvégi rendelkezés, tervezés elkészítésében.	☐	☐
6. Súlyos érzelmi tünetek (például depresszió, lehangoltság, szorongás, <i>alvászavar</i>).	☐	☐
7. A beteg és/vagy környezete nehezen dolgozza fel a betegség tényét és a prognózist. A beteg halálvágya, eutanázia iránti igénye fogalmazódik meg. <i>Nagy a komplikált gyász veszélye</i> .	☐	☐
8. Kommunikációs problémák, egyet nem értés, bizonytalanság van az ellátó egészségügyi személyzet, <i>a beteg és családtagjai között</i> a terápiás tervvel kapcsolatban (például <i>nem fogadják el az aktív onkológiai kezelés lezárását</i>).	☐	☐
9. Spirituális, egzisztenciális krízis, a beteg vagy a hozzátartozó szociális kiszolgáltatottsága.	☐	☐

A szakemberek javaslatai szerint módosított listát a 3. táblázatban ismertetjük; dőlt betűtípussal jelezzük azokat a részeket, ahol a fókuszcsoportokban elhangzottak szerint javítottunk az eredeti szövegezésen.

Volt több olyan téma, amely eredetileg nem szerepelt a fókuszcsoport félig nyitott kérdéseiben, de mindhárom beszélgetésben jelentős hangsúlyt kapott. Megszámoltuk, hogy az elhangzott szavak számának hány százalékát tették ki ezek a témák az egyes szakorvos csoportoknál, és hány szakember tett ezzel kapcsolatos észrevételeket.

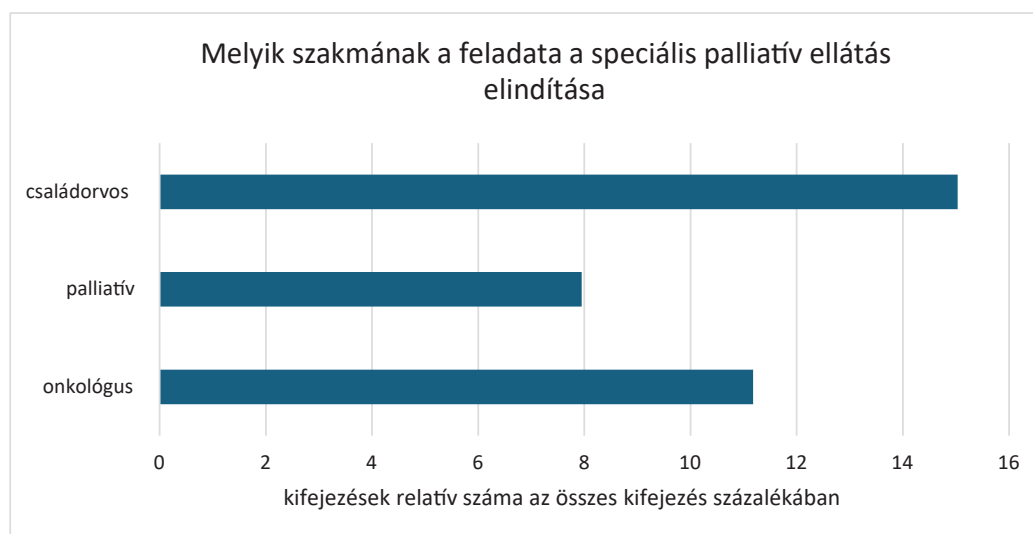
Mindhárom szakma képviselői részéről élénk vita alakult ki arról, hogy a speciális palliatív ellátás indításának szükségességét hogyan és kinek kell vagy kellene kommunikálni a beteg és családja felé. Ez a téma az onkoló-

gusoknál a beszélgetés 11,18%-át, a palliatív szakembereknél a 7,95%-át, a családorvosoknál a 15,03%-át tette ki. Feltűnően sokan, az onkológusoknál 6-an (75%), a palliatív orvosoknál 6-an (54,5%) és a családorvosok közül 8-an (72,72%) fejtették ki ebben a témában a véleményüket (1. ábra).

Néhány idézet a válaszokból:

„Még mi sem vagyunk biztosak abban, amit akarunk ... mert nem kapunk annyi információt. Tehát én azzal szenvedek mindig, hogy én merjem ezt a folyamatot elindítani” (családorvos, 3.).

„Nem tudjuk igazándiból magát a betegséget sem egyfajta természetes történetként úgy a saját lelkünkben vagy a saját orvosi ... működésünkbe belehelyezni, mondom,



1. ábra | A „Melyik szakmának a feladata a speciális palliatív ellátás elindítása” téma említésének relatív gyakorisága

belülről is van egy ilyen szétfeszítő erő, meg kívülről is jön az elvárás (hogy gyógyítsunk meg mindenkit)” (onkológus, 1.).

Abban sem volt egyetértés, hogy a beteg panaszainak felmérése és az ezekre való reagálás pontosan mikor és melyik orvosi szakmának a feladata. Az onkológusoknál a beszélgetés 4,79%-át, a palliatív szakembereknél a 3,4%-át, a családorvosoknál a 3,5%-át tette ki ez a téma. Az onkológusoknál 4-en (50%), a palliatív orvosoknál 4-en (36,36%) és a családorvosok közül 3-an (27,27%) fejtették ki ebben a témában a véleményüket (2. ábra).

„Nagyon sokszor megteszem (az onkológus véleményének felülbírálatát), de mindig rosszul érzem magam tőle” (családorvos, 4.).

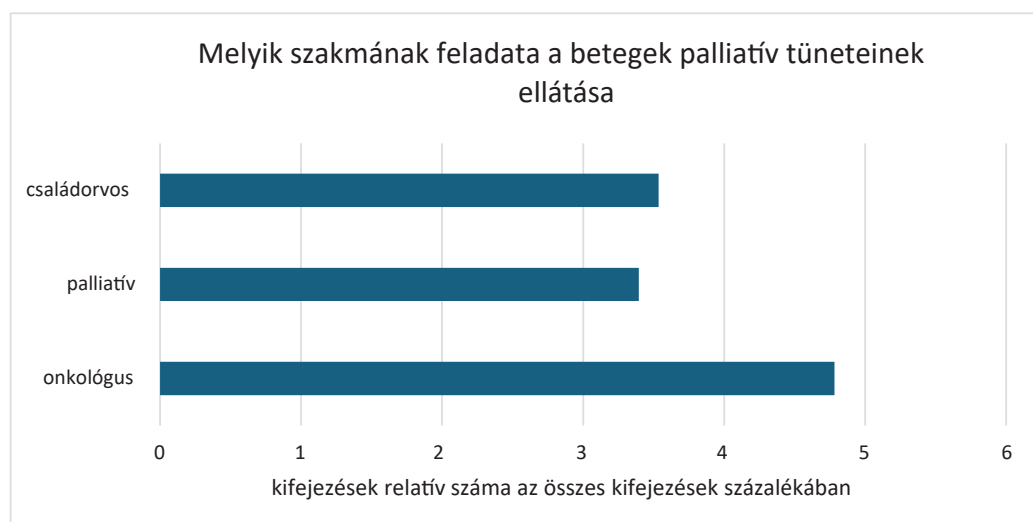
„Nekem szembe kell menni egy olyan tendenciával, ami a kórházból jön” (családorvos, 7.).

„Az onkológusok közül szinte mindenki úgy érezte, hogy ő a mindenható ezen a területen” (onkológus, 4.).

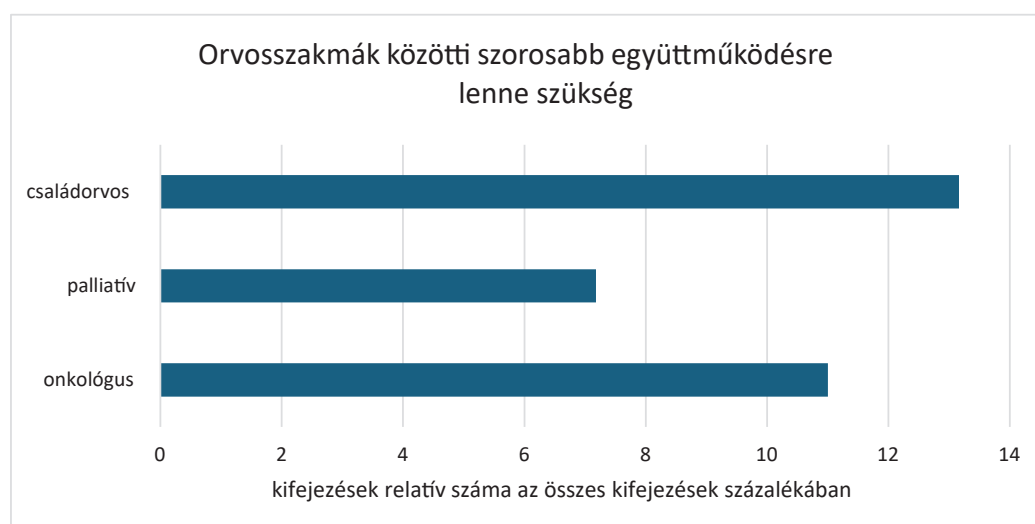
Egyetértés volt viszont abban, hogy az előrehaladott állapotú daganatos betegek ellátása során szorosabb együttműködésre és a kompetenciák pontosabb leírására lenne szükség a betegutak optimalizálásához. Az onkológusoknál a beszélgetés 11,0%-át, a palliatív szakembereknél a 7,18%-át és a családorvosoknál a 13,16%-át tette ki ez a téma. Az onkológusoknál 5-en (62,5%), a palliatív orvosoknál 6-an (54,5%) és a családorvosok közül 9-en (81,81%) fejtették ki ebben a témában a véleményüket (3. ábra).

„Jó lenne egy olyan lehetőség, ha azt mondanám a betegnek ... itt most egy nehéz probléma van, valahol egy fordulóponthoz értünk, és közösen kéne eldönteni, hogy hogyan tovább, és hívnék valakit, aki tud abban segíteni, mert ő jobban ért hozzá, mint én, mert nagyobb a tapasztalata és együtt beszéljük meg” (családorvos, 5.).

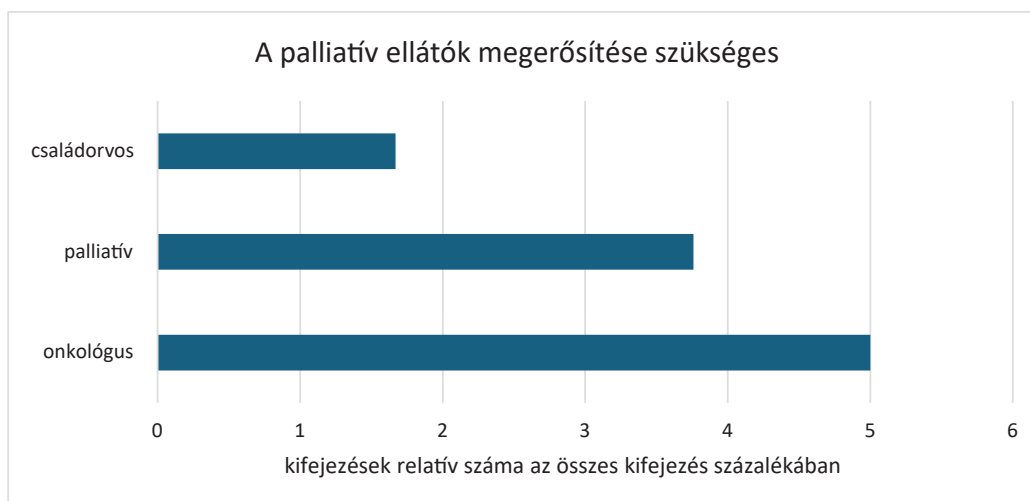
Ugyanakkor mindhárom beszélgetésben megfogalmazódott az az aggodalom, hogy amennyiben a pontrend-



2. ábra | A „Melyik szakmának a feladata a betegek palliatív tüneteinek ellátása” téma említésének relatív gyakorisága



3. ábra | Az „Orvosszakmák közötti szorosabb együttműködésre lenne szükség” téma említésének relatív gyakorisága



4. ábra | Az „A palliatív ellátók megerősítése szükséges” téma említésének relatív gyakorisága

szer szerint utalják be a betegeket a palliatív ellátásba, akkor az gyorsan túlterheli azt a hospice-palliatív ellátó-rendszert, amely már most is komoly munkaerőhiánnyal küszködik. Egyetértés volt abban, hogy a csekklista bevezetésével párhuzamosan mindenképp szükség van a palliatív ellátórendszer megerősítésére is. Ez a szempont mindhárom alkalommal az összefoglaláskor merült fel, ezért viszonylag kevesebb szó esett róla. Az onkológusoknál a beszélgetés 5%-át, a palliatív szakembereknél a 3,16%-át és a családorvosoknál az 1,67%-át tette ki ez a téma. Az onkológusoknál 3-an (37,5%), a palliatív orvosoknál 2-en (18,18%) és a családorvosok közül is 2-en (18,18%) fejtették ki ebben a témában a véleményüket (4. ábra).

„Hátrány, hogy megnő a palliatív ellátóteamek terhelése ezektől. Tehát hol az a határ, amikor főlegesen árasztjuk el betegekkkel” (családorvos, 2.).

Megbeszélés

Az onkológiai terápiák fejlődésével egyre több beteget tudunk egyre hosszabban kezelni, hiszen ezek a kezelések nemcsak hatékonyabbak, hanem gyakran jobban tolerálhatóak is. Ezzel párhuzamosan viszont a még aktív onkológiai kezelésben részesülő betegeknél jelennek meg azok a fizikai, pszichés és szociális problémák, amelyek megoldása speciális palliatív ellátók bevonását igényli [3–6]. A speciális palliatív ellátók egy része Magyarországon is elérhető, míg a többi ellátási forma fejlesztése most zajlik.

A palliatív ellátási formák mind több speciálisan képzett egészségügyi szakember közös csapatomunkájaként működnek. Ha ezek elérhetősége növekszik, akkor fontos, hogy legyenek széles körű szakmai egyeztetésen alapuló indikátoraink, amelyek alapján el tudjuk majd dönteni, hogy kinek és mikor szükségesek ezek az ellátások,

mely betegcsoportoknak tudunk a leginkább hatékonyan segíteni ezekkel az új terápiás lehetőségekkel [6].

A nemzetközi szakirodalomban számos példát találunk arra, hogy valamilyen szempontrendszer állítottak össze annak érdekében, hogy numerikusan is felmérhető legyen a betegek állapota és ellátási igénye a palliatív ellátásban. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a pontozási rendszerek konzekvens használatával elérhető, hogy a megfelelő beteg a megfelelő időben a megfelelő ellátásban részesüljön [14, 15]. Fontos, hogy ezek a listák a mindennapi betegellátásban használhatók legyenek [6, 16, 17]. Van olyan publikáció is, ahol részben vagy egészben a nővér feladata kitölteni a palliatív igényfelmérő listát [15]. A palliatív igényeket sokszor a klinikai tünetek alapján próbálják felmérni, máskor a betegség prognózisa a meghatározó [17–19]. Manapság a legelterjedtebb modellek ezt a két szempontot integrálják [20, 21].

Több kórházban alkalmaznak a fenti csekklistához hasonló kérdőíveket [14, 22]. A Svájcban használt, hasonló felépítésű döntéstámogató pontrendszert széles körben validálták, és nemcsak a daganatos betegek, hanem minden súlyos, életet veszélyeztető megbetegedésben szenvedő, mint például a neurológiai, kardiológiai vagy nefrológiai kórképpel küzdő, előrehaladott állapotú páciensek esetére is kidolgozták [14]. A barcelonai Institut Catala d’Oncologia – mely az Országos Onkológiai Intézettel összevethető betegforgalommal működik – pontrendszerét szintén kiegészítették egyéb, nem daganatos betegek számára is, és ez alapján működtetik a 16 ágyas aktív palliatív osztályt és három palliatív ambuláns rendelésüket is [22]. Ugyanakkor még nincs egységes, nemzetközileg széles körben használt szempontrendszer, és ez komoly akadály az onkológia és a palliatív ellátás korai integrációjában [6, 23–25].

A felmérés során fény derült arra, hogy egy ilyen referálási rendszer bevezetésével párhuzamosan mindenképp szükség van a speciális palliatív ellátók, ezen belül is a

korai integrált palliatív ellátást végző intézmények fejlesztésére. Ugyanakkor ez nem jelent megnövekedett feladatot az egészségügyi rendszer egészére, hiszen több tanulmány bizonyítja, hogy a palliatív ellátás korai bevezetése csökkenti az aktív ágyakon töltött időt, a sürgősségi osztályokon való megjelenést, így végeredményben csökken a kórházak leterheltsége [6, 26]. Azt is kimutatták, hogy a speciális palliatív ellátók bevonása a megfelelő időben – amellett, hogy javítja a beteg és a család életminőségét – csökkentheti is a költségeket [6, 27, 28]. Az aktív kórházi ágyak terhelésének mérséklésére hatékony módszer például az alternatív gyógyszerbeviteli útvonalak alkalmazása és a telemedicina eszközeinek bevonása a betegek követésébe, mely módszereket a speciális palliatív ellátók elterjedten használják [29–31].

Következtetés

Az onkológiai és a palliatív ellátás megfelelő integrációjához elengedhetetlen a betegek igényeinek folyamatos monitorozása és az orvosszakmák közötti pontos feladatfelosztás. Ennek egyik jó eszköze lehet az itt bemutatott döntéstámogató pontrendszer, amelyet onkológusok, családorvosok és palliatív orvosok bevonásával, fókuszcsoporthoz és azok tartalomelemzése alapján alakítottunk ki. A speciális palliatív ellátás megfelelő időben való bevezetésével lehetne elérni, hogy a betegek és családjuk az aktív onkológiai kezelés lezárásakor ne azt érezzék, hogy lemondtak róluk, hanem azt, hogy továbbra is megkapják azt az ellátást, amellyel a lehető legjobb életminőségben a lehető leghosszabb életet lehet biztosítani. Ráadásul mindez az egészségügy szűkös erőforrásainak jobb felhasználását is eredményezi.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: H. O.: A téma felvetése, irodalomkutatás, a kézirat megírása, összeállítása. K. A.: Fókuszcsoporthoz levezetése, a téma kutatása, a kézirat javítása. R. K.: A fókuszcsoporthoz szervezése, a kézirat javítása. H. K.: A kézirat javítása, véleményezése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdeklőségek: A szerzőknek a jelen munkával kapcsolatban nincsenek érdeklőségeik.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Fact sheets, detail, palliative care. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [accessed: 5 august 2020].
- [2] Hegedűs K, Lukács M. Hospice care 2023. [Hospice betegellátás 2023.] Kharón Thanatol Szle. 2024; 28(3): 1–13. [Hungarian]
- [3] Csikós Á. Approach of palliative care. In: Csikós Á. (ed.) Palliative care. [A palliatív ellátás szemlélete. In: Csikós Á. (szerk.) Palliatív ellátás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2022; pp. 35–76. [Hungarian]
- [4] Horváth O, Rácz K, Jakus N, et al. Effective integration of hospice palliative care into national oncology and general practice. [A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba.] Orv Hetil. 2022; 163: 1520–1527. [Hungarian]
- [5] Szigeti N, Wittmann I, Lukács M, et al. Palliative mobile care service as an integrated care model. [Palliatív mobil team ellátás mint integrált betegellátási modell.] Orv Hetil. 2024; 165: 1186–1190. [Hungarian]
- [6] Kaasa S, Loge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018; 19: e588–e653.
- [7] Smith JA. Qualitative psychology: A practical guide to research methods. SAGE Publications, 2024.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] Molin Y, Galloway 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.
- [11] 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]
- [12] Laszlo J, Csértlő I, Fülöp E, et al. Narrative language as an expression of individual and group identity. The narrative categorical content analysis. SAGE Open 2013; 3: 2158244013492084.
- [13] 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.
- [14] Teike Lüthi F, Bernard M, Behaghel G, et al. Implementation of the ID-PALL assessment tool for palliative care needs: a feasibility and prevalence study in a tertiary hospital. Palliat Med Rep. 2024; 5: 350–358.
- [15] Pigni A, Alfieri S, Caraceni AT, et al. Development of the palliative care referral system: proposal of a tool for the referral of cancer patients to specialized palliative care. BMC Palliat Care 2022; 21: 209.
- [16] Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, et al. Referral practices of oncologists to specialized palliative care. J Clin Oncol. 2012; 30: 4380–4386.
- [17] Brunelli C, Zecca E, Pigni A, et al. Outpatient palliative care referral system (PCRS) for patients with advanced cancer: an impact evaluation protocol. BMJ Open 2022; 12: e059410.
- [18] 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.
- [19] Ziegler LE, Craig 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.
- [20] 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.
- [21] Kayastha N, LeBlanc TW. When to integrate palliative care in the trajectory of cancer care. Curr Treat Options Oncol. 2020; 21: 41.

- [22] Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Tool to identify adveced-terminal patients in need of palliative care. with-in health and social sevice. NECPAL CCOMS-ICO® tool, version 1.0. Available from: https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/necpal_tool_eng_vf.pdf [accessed: 10 August 2025].
- [23] Wentlandt K, Krzyzanowska MK, Swami N, et al. Referral practices of oncologists to specialized palliative care. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 4380–4386.
- [24] Ullgren H, Kirkpatrick L, Kilpeläinen S, et al. Working in silos? Head and neck cancer patients during and after treatment with or without early palliative care referral. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 26: 56–62.
- [25] Mayland CR, Ho QM, Doughty HC, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review. *Palliat Med*. 2021; 35: 27–44.
- [26] Haltia O, Vesinurm M, Leskelä RL, et al. The effect of palliative outpatient units on resource use for cancer patients in Finland. *Acta Oncol*. 2023; 62: 1118–1123.
- [27] Zemplényi AT, Csikós Á, Fadgyas-Freyler P, et al. Early palliative care associated with lower costs for adults with advanced cancer: evidence from Hungary. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021; 30: e13473.
- [28] Kaasa S, Knudsen AK, Lundeby T, et al. Integration between oncology and palliative care: a plan for the next decade? *Tumori* 2017; 103: 1–8.
- [29] Szigeti N, Kun S, Wittmann I. Palliative care in a department of internal medicine. [Palliatív betegellátás belgyógyászati osztályon.] *Orv Hetil*. 2024; 165: 1010–1016. [Hungarian]
- [30] Frank N, Szigeti N, Fülöp B. Alternative routes of drug administration in palliative care. [Alternatív gyógyszerbeviteli módok a palliatív ellátás során.] *Orv Hetil*. 2025; 166: 839–846. [Hungarian]
- [31] Fortuna J, Lukács M, Busa Cs. Opportunities for the use of telemedicine in home hospice care: lessons learned from the COVID–19 pandemic. [A telemedicina alkalmazási lehetőségei az otthoni hospice-ellátásban, avagy mit tanultunk a COVID–19-pandémiából?] *Orv Hetil*. 2024; 165: 1579–1586. [Hungarian]

(Horváth Orsolya dr.,
Budapest, Ráth Gy. u. 7–9., 1112
e-mail: horvath.orsolya@oncol.hu)

„Mors bona, nihil aliud.” (Vas István)
(Jó halál, semmi más.)