

A hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezésének akadályai a magyar egészségügyben

Horváth-Karacs Ákos dr. ■ Kassai Szilvia dr. 

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

Bevezetés: A hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezése javíthatja az előrehaladott, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő betegek életminőségét, támogathatja a hozzátartozókat, és csökkentheti az aránytalan kórházi ellátás igénybevételét. Magyarországon ugyanakkor az ellátáshoz való hozzáférés és a betegutak szervezése több ponton nehézségekbe ütközhet.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja annak feltárása volt, hogy egészségügyi dolgozók tapasztalatai alapján milyen tényezők akadályozzák a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezését a magyar egészségügyi ellátásban.

Módszer: Kvalitatív kutatásunkban 11, a Dél-alföldi régióban dolgozó egészségügyi dolgozóval készítettünk félig strukturált interjút. A résztvevők között orvosok és ápolók szerepeltek. Az interjúk elemzése tematikus analízissel történt.

Eredmények: Négy fő téma rajzolódott ki: az egészségügyi dolgozók hospice-palliatív ellátással kapcsolatos ismeretei és bizonytalanságai; a hozzáférési és kapacitásbeli akadályok; a betegutak és az információáramlás szerepe; valamint a tévhitek, fogalmi bizonytalanságok és edukációs szükségletek. Az interjúk alapján a hospice-ellátás gyakran későn merül fel, illetve korlátozott hozzáférhetősége miatt sok esetben nem válik reális ellátási lehetőséggé.

Megbeszélés: Az eredmények szerint az időben történő kezdeményezést ellátásszervezési, hozzáférési, kommunikációs és tudásbeli akadályok együttese befolyásolja.

Következtetés: A hospice-palliatív ellátás korábbi bevonásához világosabb betegutakra, régiós hozzáférés-fejlesztésre és célzott egészségügyi dolgozói edukációra van szükség.

Orv Hetil. 2026; 167(36): 1429–1435.

Kulcsszavak: palliatív ellátás, hospice-ellátás, egészségügyi dolgozók, betegút, kvalitatív kutatás

Barriers to the timely initiation of hospice-palliative care in the Hungarian healthcare system

Introduction: Timely initiation of hospice-palliative care may improve the quality of life of patients with advanced, incurable disease, support family caregivers, and reduce the use of disproportionate hospital care. In Hungary, however, access to care and the organization of patient pathways may face several challenges.

Objective: The aim of our study was to explore, based on the experiences of healthcare professionals, which factors hinder the timely initiation of hospice-palliative care in the Hungarian healthcare system.

Method: In this qualitative study, semi-structured interviews were conducted with 11 healthcare professionals working in the Southern Great Plain region of Hungary. Participants included physicians and nurses. The interviews were analyzed using thematic analysis.

Results: Four main themes emerged: healthcare professionals' knowledge and uncertainties regarding hospice-palliative care; access- and capacity-related barriers; the role of patient pathways and information flow; and misconceptions, conceptual uncertainties, and educational needs. Based on the interviews, hospice care is often considered late, and because of its limited accessibility, it does not become a realistic care option in many cases.

Discussion: The findings suggest that timely initiation is influenced by a combination of organisational, access-related, communicational, and knowledge-related barriers.

Conclusion: Earlier integration of hospice-palliative care requires clearer patient pathways, improved regional access, and targeted education for healthcare professionals.

Keywords: palliative care, hospice care, health personnel, care management, qualitative research

Horváth-Karacs Á, Kassai Sz. [Barriers to the timely initiation of hospice-palliative care in the Hungarian healthcare system]. Orv Hetil. 2026; 167(36): 1429–1435.

(Beérkezett: 2026. június 8.; elfogadva: 2026. június 20.)

Rövidítés

EPKEB = Egyesített Pszichológiai Kutatási Etikai Bizottság

A palliatív ellátás az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint olyan megközelítés, amely az életet veszélyeztető betegséggel élő betegek és hozzátartozók életminőségének javítását célozza a testi, pszichés, szociális és spirituális szenvedés korai felismerése, megelőzése és enyhítése révén [1]. A hospice-ellátás ennek az életvégi szakaszban alkalmazott komplex, multidiszciplináris formája, amelynek célja nem a kuratív kezelés folytatása, hanem a beteg méltóságának, komfortjának és életminőségének támogatása, valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében [2].

A palliatív szemlélet jelentősége nem korlátozódik az élet utolsó napjaira. Nemzetközi vizsgálatok alapján a korán megkezdett palliatív ellátás javíthatja az előrehaladott betegségben szenvedő betegek életminőségét, kedvezően hathat a tünetterhelésre és az ellátással kapcsolatos döntéshozatalra, valamint mérsékelheti az életvégi időszakban alkalmazott aránytalanul intenzív kórházi beavatkozásokat [3, 4]. A palliatív ellátás korai bevonása egészség-gazdaságtani szempontból is kedvező lehet: magyarországi adatok alapján előrehaladott daganatos betegek esetében az ilyen ellátás kisebb összes egészségügyi kiadással járt együtt, főként a kórházi ellátás igénybevételeének csökkenése miatt [5].

Magyarországon a hospice-palliatív ellátás az elmúlt évtizedekben fokozatosan fejlődött, ugyanakkor hozzáférhetősége továbbra is korlátozott. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai szerint az ellátás elsősorban daganatos betegek számára érhető el, miközben az ellátási igény ennél szélesebb betegkört érinthet [6]. Az európai összehasonlító adatok alapján Magyarországon a palliatív ellátás kiépültsége és oktatási integrációja elmarad több nyugat-európai országtól; különösen fontos probléma, hogy a palliatív medicina az általános orvospépzésben nem jelenik meg egységes, kötelező elemként [7]. Ez azért is lényeges, mert az életvégi ellátás szükségességével nem kizárólag palliatív szakemberek találkoznak, hanem a mindennapi klinikai gyakorlat számos területén dolgozó orvosok, ápolók és más egészségügyi szakemberek is.

Korábbi hazai és nemzetközi vizsgálatok arra utalnak, hogy az egészségügyi dolgozók általában pozitívan viszonyulnak a hospice-palliatív ellátáshoz, ugyanakkor tudásuk, gyakorlati magabiztosságuk és betegútismeretük gyakran hiányos [8, 9]. A hospice-szal kapcsolatos tévhitek és fogalmi bizonytalanságok a betegek és a hozzátartozók körében is befolyásolhatják az ellátás elfogadását, illetve annak időben történő igénybe vételét [10]. A magyar társadalomban a halállal és haldoklással kapcsolatos elkerülés, valamint az életvégi döntésekről folytatott kommunikáció nehézségei tovább bonyolíthatják a hospice-palliatív ellátás megfelelő időzítését [11].

A hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezése ezért nem kizárólag klinikai döntés, hanem betegútszervezési, kommunikációs, oktatási és ellátórendszeri kérdés is. A kezelőorvosok, ápolók, háziorvosok és szociális munkások eltérő pontokon kapcsolódhatnak be a betegútba, így tapasztalataik fontos információt nyújthatnak arról, hogy a hospice-palliatív ellátás a mindennapi gyakorlatban mikor merül fel, milyen tényezők késleltetik a kezdeményezését, és milyen alternatív ellátási utak alakulnak ki, ha a beteg nem jut időben megfelelő hospice-palliatív ellátáshoz.

Célkitűzés

Kvalitatív vizsgálatunk célja annak feltárása volt, hogy egészségügyi dolgozók tapasztalatai alapján milyen tényezők akadályozzák a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezését a magyar egészségügyi ellátásban. A kutatás külön figyelmet fordított az egészségügyi dolgozók hospice-szal kapcsolatos ismereteire, az ellátáshoz való hozzáférés gyakorlati nehézségeire, az információáramlás és a betegútszervezés szerepére, valamint a betegek és hozzátartozók részéről tapasztalt bizonytalanságokra és tévhitekre.

Módszer

Vizsgálatunk kvalitatív kutatásként, félig strukturált interjúk módszerével készült. A módszertani megközelítés célja az volt, hogy az egészségügyi dolgozók hospice-palliatív ellátással kapcsolatos tapasztalatait, ismereteit, valamint az ellátás időben történő kezdeményezését akadályozó tényezőket részletesen, a résztvevők saját megfogalmazásában tárjuk fel. A félig strukturált interjú lehetőséget adott arra, hogy az előre meghatározott témakörök mellett az interjúalanyok saját tapasztalatai és értelmezései is megjelenjenek [12, 13].

A vizsgálatban 11, a Dél-alföldi régióban dolgozó egészségügyi dolgozó vett részt: 5 orvos és 6 ápoló. A vizsgált régió ellátási sajátossága, hogy a hospice-fekvőbetegellátás csak korlátozottan érhető el, Csongrád-Csanád vármegyében pedig ilyen ellátási forma nem áll rendelkezésre. Ez a körülmény különösen relevánssá teszi annak vizsgálatát, hogy az egészségügyi dolgozók milyen tapasztalatokat szereznek a hospice-palliatív ellátás kezdeményezésével, megszervezésével és elérhetőségével kapcsolatban. Az orvosok között rezidens orvos, szakorvosok, háziorvosok és palliatív ellátásban dolgozó orvos szerepelt. Az ápolói résztvevők között szakápolók, osztályvezető ápolói beosztásban dolgozók és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók voltak. A résztvevők különböző klinikai területekről érkeztek, többek között neurológiai, rehabilitációs, szubintenzív, fekvőbeteg-, háziorvosi, palliatív és pszichiátriai ellátási környezetből. A minta kialakítása hólabda-mintavétellel történt, olyan egészségügyi dolgozók bevonásával, akik munkájuk

során találkozhattak súlyos állapotú, életvégi ellátást igénylő betegekkel.

Az interjúk előre összeállított kérdéssor alapján zajlottak. A kérdések érintették a hospice-palliatív ellátás fogalmának ismeretét, a magyarországi ellátórendszerről alkotott képet, a résztvevők saját betegellátási tapasztalatait, a hospice-ellátás kezdeményezésének és megszervezésének módját, az információáramlást, valamint a betegek, hozzátartozók és egészségügyi dolgozók részéről tapasztalt bizonytalanságokat és tévhiteket. Az interjúk 10 esetben személyesen, 1 esetben online formában történtek. Egy interjú átlagos időtartama körülbelül 25 perc volt.

A beszélgetésekről hangfelvétel készült, majd az interjúkról szó szerinti átiratokat készítettünk. Az elemzéshez felhasznált interjúszöveg összesen 40 oldal terjedelmű volt. A résztvevőktől az interjúk során személyazonosításra alkalmas adatot nem gyűjtöttünk; az idézeteket anonimizáltuk, és az alanyokat sorszámmal jelöltük. A hangfelvételeket az átiratok elkészítését követően töröltük.

Az adatok feldolgozása tematikus analízissel történt *Braun és Clarke* módszertani ajánlása alapján [14]. Az elemzés első lépéseként az átiratok többszöri átolvasása és megismerése történt. Ezt követően a szöveg releváns egységeihez kódokat rendeltünk, majd a hasonló jelentéstartalmú kódokat témákba rendeztük. A témák felülvizsgálata során az egymással átfedő vagy kevésbé releváns kódokat összevontuk, illetve elhagytuk. Az elemzés végén négy fő téma rajzolódott ki: az egészségügyi dolgozók hospice-palliatív ellátással kapcsolatos ismeretei; a hozzáférési és kapacitásbeli akadályok; a betegutak és az információáramlás szerepe; valamint a tévhitek, bizonytalanságok és edukációs szükségletek.

A kutatás etikai engedéllyel zajlott. Az engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta ki, az engedély száma: EPKEB 2024-92. A résztvevők az interjú megkezdése előtt tájékoztatást kaptak a kutatás

céljáról, az anonimitásról, az adatok kezeléséről, valamint a részvétel önkéntességéről, és írásos beleegyező nyilatkozatot tettek. Az 1. táblázat az anonimizált résztvevők beosztását és ellátási területét mutatja. Az alanyokat római számmal jelöltük.

Eredmények

Az interjúk elemzése során négy fő téma rajzolódott ki, amelyek a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezésének akadályait több szinten világítják meg. Ezek a következők voltak: az egészségügyi dolgozók hospice-palliatív ellátással kapcsolatos ismeretei és bizonytalanságai; a hozzáférési és kapacitásbeli akadályok; a betegutak és az információáramlás szerepe; valamint a tévhitek, fogalmi bizonytalanságok és edukációs szükségletek. A témák egymással szorosan összefüggtek: a hospice-ellátás késői kezdeményezése nem egyetlen tényezőre volt visszavezethető, hanem a tudás, a hozzáférés, a betegútszervezés és a kommunikáció együttes nehézségeiből alakult ki.

Az egészségügyi dolgozók hospice-palliatív ellátással kapcsolatos ismeretei

Az interjúalanyok többsége alapvetően ismerte a hospice-palliatív ellátás fő célját, és azt elsősorban életvégi, nem kuratív szemléletű, a beteg komfortját és méltóságát támogató ellátásként írta le. A válaszokban gyakran megjelent a fájdalomcsillapítás, az ápolás, a kísérés, valamint az emberi méltóság megőrzésének szerepe. Több résztvevő ugyanakkor nem tankönyvi definíciót adott, hanem saját klinikai tapasztalatai alapján fogalmazta meg, mit jelent számára a hospice.

Egy tapasztaltabb résztvevő így írta le az ellátás lényegét: „Életvégi ellátás, amikor már nem gyógyításról szól a történet, hanem valaki halálközeli állapotának a kísérése gyakorlatilag és a panaszainak, a fájdalmainak a csökkentése” (XI.). Egy másik interjúalany a hospice emberi oldalát emelte ki: „A hospice, ami elviselhetővé, emberibbé, az emberi méltóságot nem elvesztve támogatja végig az elmenetelt” (VII.).

A résztvevők ugyanakkor saját és kollégáik tudását gyakran hiányosnak vagy fejleszteni valóra ítélték. A hospice-ról való tájékozottságot befolyásolta, hogy az adott dolgozó milyen osztályon dolgozott, mennyi személyes tapasztalata volt életvégi ellátást igénylő betegekkel, illetve találkozott-e korábban hospice-szervezéssel. Azok a résztvevők, akik rendszeresebben kerültek kapcsolatba súlyos állapotú vagy terminális betegekkel, magabiztosabban beszéltek az ellátás céljáról és lehetőségeiről. Ezzel szemben a kevesebb tapasztalattal rendelkező interjúalanyok bizonytalanabban fogalmaztak: „Szerintem mindannyiunk ismerete nagyon kevés ezzel kapcsolatban, hogy mit akar, mit tud nyújtani a hospice, illetve hogy mikor is szükséges pontosan” (IV.).

1. táblázat | A vizsgálatban részt vevő egészségügyi dolgozók jellemzői

Az alany sorszáma	Beosztás	Ellátási terület
I.	Osztályvezető ápoló	Fekvőbetegosztály
II.	Rezidens orvos	Általános neurológia
III.	Osztályvezető ápoló	Neurorehabilitáció
IV.	Szakápoló	Általános neurológia
V.	Ápoló	Szubintenzív osztály
VI.	Ápoló	Fekvőbetegosztály
VII.	Szakápoló	Rehabilitációs osztály
VIII.	Szakorvos	Háziorvosi ellátás
IX.	Szakorvos	Palliatív ellátás
X.	Szakorvos	Pszichiátria
XI.	Szakorvos	Háziorvosi ellátás

Hozzáférési és kapacitásbeli akadályok

A hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezésének egyik legerősebben megjelenő akadálya a hozzáférés korlátozottsága volt. A résztvevők többsége úgy látta, hogy Magyarországon, illetve saját ellátási környezetükben kevés a hospice-kapacitás, a fekvőbeteg-ellátás nehezen érhető el, az otthoni hospice-szolgáltatások pedig gyakran túlterheltek. A válaszokban visszatérő elem volt, hogy a hospice-ellátás szükségessége felmerül ugyan, de a beteg tényleges ellátásba kerülése sokszor nem valósul meg.

Az egyik interjúalany ezt így fogalmazta meg: *„Úgy tudom, hogy sokkal több beteg van, aki rászorulna, mint amennyi hely van [...] nem megfelelő még a képzettsége a rendszernek tudomásom szerint”* (II.). Egy másik résztvevő saját osztályos tapasztalata alapján hasonlóan nyilatkozott: *„Csak annyit látok, amennyit az osztályunkon, hogy nagyon kevés a hely, és nagyon kevés eséllyel tudunk átadni bárkit is”* (V.).

A kapacitáshiány mellett az időbeliség problémája is hangsúlyosan megjelent. Több interjúban elhangzott, hogy a hospice-ellátás sokszor csak akkor kerül szóba, amikor a beteg állapota már előrehaladott, instabil, vagy az áthelyezés, illetve az otthoni ellátás megszervezése már nem kivitelezhető. A várólisták és a szervezési idő miatt előfordulhat, hogy mire az ellátás elérhetővé válna, a beteg már nem tudja igénybe venni azt. Egy háziorvosi tapasztalattal rendelkező résztvevő szerint: *„Mire elrendeltük, és tényleg ez nagyon nagy igazság, hogy mire odakerülünk, a rendszer olyan, hogy a végén szinte igénybe sem tudják venni”* (VIII.).

Ezek alapján a hospice-palliatív ellátás késői kezdeményezése részben ellátórendszeri következményként jelent meg: a dolgozók tapasztalatai szerint a korlátozott hozzáférés miatt akkor sem mindig reális lehetőség a hospice, ha szakmailag indokolt lenne.

Betegutak és információáramlás

Az interjúk alapján a hospice-palliatív ellátáshoz vezető betegút nem egységesen ismert vagy egyértelműen szabályozott folyamatként jelent meg. A résztvevők többféle szervezési útvonalról számoltak be, amelyek sokszor az adott intézmény helyi gyakorlatától, a kollégák tapasztalatától vagy egy-egy kulcsszereplő elérhetőségétől függtek. Kórházi környezetben a hospice-szervezésben gyakran a szociális munkás szerepe került előtérbe. Több interjúalany is őt nevezte meg az információszerzés és az ügyintézés legfontosabb segítőjeként: *„Nyilván a szociális munkás az, aki ebben tud még intézkedni és segíteni nekünk”* (VI.).

Amennyiben a hospice-ellátás nem osztályos betegút részeként, hanem ambuláns vagy otthoni környezetben merült fel, a háziorvos szerepe vált hangsúlyossá. A résztvevők beszámolóit alapján a háziorvos gyakran az a szereplő, akihez a beteg vagy a hozzátartozó az aktív

onkológiai kezelés lezárása után fordul. Egy interjúalany ezt így írta le: *„Akár kijön egy ilyen ambuláns onkológiai papír, ráírja, hogy nincs aktív kezelés, hospice-ellátása indokolt, és kéri, hogy keresse fel háziorvosát”* (VIII.).

A betegutak bizonytalanságának következményeként több alternatív megoldás is megjelent. Ha a hospice-ellátás megszervezése nem sikerült, a betegek gyakran az adott osztályon maradtak, krónikus osztályra kerültek, vagy ott hunytak el, ahol eredetileg kezelték őket. Egy résztvevő így fogalmazott: *„Általában sajnos osztályon haltak meg ezek a betegek”* (X.). Mások a krónikus osztályokat említették a hospice helyettesítőjeként: *„Előbb jön szóba a krónikus ellátás vagy az, hogy tartósan nálunk van a beteg, mint hogy hospice egyáltalán előkerüljön”* (V.).

Tévhitek, bizonytalanságok és edukációs szükségletek

A hospice-ellátással kapcsolatos tévhitek az egészségügyi dolgozók körében kevésbé markánsan jelentek meg, mint ahogyan azt a résztvevők a betegek és a hozzátartozók esetében tapasztalták. Az interjúalanyoknál inkább fogalmi pontatlanságok és gyakorlati bizonytalanságok voltak megfigyelhetők. Ilyen volt például a hospice kizárólag daganatos betegekhez való kapcsolása vagy az ellátási formák bizonytalan elkülönítése. A hozzátartozók esetében ezzel szemben több résztvevő számolt be olyan elképzelésekről, hogy a hospice fizetős, vagy hogy a hospice egy intézmény, „ahová beteszik a haldoklókat”.

A hozzátartozói elvárásokkal kapcsolatban az is megjelent, hogy egyes családok többet várnak a hospice-palliatív ellátástól, mint amit az nyújtani tud. Egy palliatív ellátásban dolgozó résztvevő szerint előfordul, hogy a hozzátartozók még aktív gyógyító beavatkozást remélnék: *„Ez a tévhit, hogy ha már azt mondja az onkológus, hogy nem segíthetünk, és akkor megyek én ki, és akkor látom, hogy még azt várják, hogy na majd akkor én fogok segíteni”* (IX.).

Az edukáció szükségességében ugyanakkor valamenyi interjúalany egyetértett. A résztvevők szerint az egészségügyi dolgozók, a betegek és a hozzátartozók tájékoztatása egyaránt fontos lenne. Az oktatás tartalmában nemcsak a hospice definíciójának, hanem a betegút, az igénybevétel módja, az ellátási formák, a fájdalomcsillapítás és a hozzátartozói szerepek tisztázásának is meg kellene jelennie. Többben kiemelték, hogy a képzést már az orvosi és egészségügyi alapképzésben érdemes megjeleníteni, illetve a gyakran érintett szakterületeken célzott továbbképzésekre is szükség lenne.

Összességében az interjúk alapján a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezését nem elsősorban az ellátással szembeni elutasítás akadályozza. A résztvevők inkább olyan, egymással összefüggő tényezőket azonosítottak, mint a korlátozott hozzáférés, a bizonytalan betegút, a gyakorlati tudáshiány, a késői felismerés és a hozzátartozói tájékoztatatlanság.

Megbeszélés

A vizsgálat legfontosabb eredménye, hogy a hospice-palliatív ellátás késői kezdeményezése a vizsgált régióban komplex okokra vezethető vissza. Az interjúk alapján a résztvevők a hospice-palliatív szemléletet fontosnak és szükségesnek tartották, ugyanakkor a gyakorlatban az ellátás gyakran csak korlátozottan érhető el, nehezen szervezhető vagy túl későn aktiválható lehetőségként jelent meg. Ez arra utal, hogy az időben történő kezdeményezés akadályai nem pusztán egyéni tudás- vagy szemléletbeli hiányosságként értelmezhetők, hanem a betegütszervezés, a regionális hozzáférés és az interprofesszionális együttműködés problémájaként is.

Ez a megfigyelés összhangban áll azokkal a nemzetközi eredményekkel, amelyek szerint a palliatív ellátás korai integrációját nemcsak a betegek és a hozzátartozók attitűdjei, hanem az ellátórendszer szerkezeti feltételei, az intézményi gyakorlatok, az erőforrások elérhetősége és a szakemberek közötti együttműködés is meghatározza [15, 16]. Saját eredményeink ugyanakkor regionális szinten teszik láthatóvá ezt a problémát: a Dél-alföldi régióban dolgozó interjúalanyok tapasztalatai szerint a hospice-fekvőbetegellátás korlátozott hozzáférhetősége és a betegutak bizonytalansága közvetlenül hozzájárulhat ahhoz, hogy a hospice-palliatív ellátás sok esetben későn vagy egyáltalán nem valósul meg.

Az eredmények egyik legfontosabb tanulsága, hogy az „időben történő” kezdeményezés nem értelmezhető pusztán naptári vagy prognosztikai kategóriaként. A nemzetközi szakirodalomban is egyre inkább megjelenik az a szemlélet, hogy a palliatív ellátás optimális időzítése nem kizárólag a diagnózistól vagy a várható túléléstől függ, hanem a beteg és családja aktuális szükségleteitől, tünetterhétől, pszichoszociális helyzetétől és ellátási céljaitól [17]. Saját eredményeink ezt a megközelítést erősítik: a hospice-palliatív ellátás sokszor akkor merül fel, amikor a beteg állapota már előrehaladott, instabil, és az ellátás megszervezése nehézkes vagy lehetetlen. Ez arra utal, hogy a korábbi felismerést nemcsak a terminális állapot azonosításához, hanem a palliatív szükségletek folyamatos és strukturált felméréséhez kellene kötni.

A hozzáférési és kapacitásbeli akadályok különösen hangsúlyosan jelentek meg. A Dél-alföldi régióban dolgozó interjúalanyok olyan ellátási környezetből számoltak be, ahol a hospice-fekvőbetegellátás korlátozottan érhető el, Csongrád-Csanád vármegyében pedig nem áll rendelkezésre ilyen ellátási forma. Ez a regionális sajátosság magyarázhatja, hogy a résztvevők tapasztalataiban a hospice-ellátás gyakran inkább elvi lehetőségként, mintsem valósan és időben hozzáférhető betegként jelent meg. A hazai adatok alapján a hospice-palliatív ellátás kapacitása országosan is korlátozott, és az ellátás döntően daganatos betegekhez kapcsolódik [6]. A nemzetközi szakirodalom hasonlóan több szinten azonosít hozzáférési akadályokat: a szakemberhiány, a szervezeti erőforrá-

sok szűkössége, a finanszírozási problémák és a szolgáltatások egyenlőtlen földrajzi elérhetősége egyaránt gátolhatja a palliatív ellátás korai integrációját [16–18].

Eredményeink alapján a betegütszervezésben kulcs szerepet kapnak azok a szakemberek, akik képesek hidat képezni az osztályos ellátás, az alapellátás, a beteg, a család és a hospice-szolgáltatók között. Az interjúkban a szociális munkás gyakran jelent meg az információáramlás és az ügyintézés központi szereplőjeként, míg ambuláns vagy otthoni helyzetben a háziorvos szerepe vált meghatározóvá. Ez a megfigyelés arra utal, hogy a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezése nem kizárólag szakorvosi döntés, hanem interprofesszionális feladat. Nemzetközi kvalitatív eredmények szintén hangsúlyozzák, hogy a palliatív ellátás sikeres integrációját jelentősen segíti a különböző szakemberek közötti bizalom, együttműködés és rendszeres kapcsolat [16]. Ennek hiányában a betegút személyfüggővé válhat: azon múlik, hogy az adott osztályon van-e hospice-ban jártas kolléga, elérhető-e szociális munkás, illetve ismert-e a helyi ellátási lehetőségek rendszere.

A tévhitek és fogalmi bizonytalanságok szintén hozzájárulhatnak a késői kezdeményezéshez. Az egészségügyi dolgozók körében az interjúkban kevésbé markáns tévhitek, inkább gyakorlati bizonytalanságok jelentek meg: mikor indokolt a hospice, ki kezdeményezze, milyen ellátási formák érhetőek el, és mit lehet valósan várni az ellátástól. A hozzátartozók esetében ugyanakkor erősebben jelentek meg olyan elképzelések, hogy a hospice fizetős, intézményi „elfekvő” vagy éppen olyan ellátás, amely minden gondozási és kezelési terhet átvész a családtól. A nemzetközi szakirodalom szerint a palliatív ellátásra történő késői beutalást a szakemberek attitűdjei mellett a család bevonása, a kollégák és vezetők támogatása, az interprofesszionális együttműködés, a hospice-erőforrások elérhetősége és a betegség lefolyásának bizonytalansága is befolyásolja [15]. Ez jól illeszkedik saját eredményeinkhez, amelyekben az edukáció iránti igény nem önmagában ismeretterjesztési kérdésként, hanem a betegütszervezés és a hozzáférés javításának feltételeként jelent meg.

A gyakorlati következtetések szempontjából eredményeink alapján két irány különösen fontos. Egyrészt szükség van a hospice-palliatív szemlélet erősebb integrációjára az orvosi és egészségügyi képzésbe, valamint a gyakran érintett klinikai területeken célzott továbbképzésekre. Ezeknek nemcsak definíciós tudást kellene átadniuk, hanem konkrét betegütismeretet, kommunikációs készségeket, az ellátási formák közötti különbségek tisztázását és a hozzátartozókkal való együttműködés gyakorlati szempontjait is. Másrészt az edukáció önmagában nem elegendő, ha az ellátáshoz való hozzáférés továbbra is korlátozott. A korai palliatív bevonás akkor válhat érdemi gyakorlattá, ha a felismeréshez elérhető szolgáltatások, világos protokollok és működő interprofesszionális kapcsolatok társulnak.

Limitációk

A kutatás eredményeit több korlát figyelembevételével kell értelmezni. A vizsgálat kis elemszámú, kvalitatív pilotkutatás volt, 11 résztvevő bevonásával, ezért eredményei nem tekinthetők reprezentatívnak a magyar egészségügyi dolgozók egészére. A hólabda-mintavétel miatt szelekciós torzítás is előfordulhatott: nagyobb eséllyel kerülhettek be olyan résztvevők, akik nyitottabbak voltak a hospice-palliatív ellátás témájára. A minta heterogén volt, ami gazdagabb tapasztalati anyagot eredményezett, ugyanakkor az egyes szakterületek – különösen az onkológia és a palliatív szakellátás – korlátozott számban jelentek meg. A kutatás regionális fókuszú volt, elsősorban a Dél-alföldi régió ellátási sajátosságait tükrözi; más magyarországi régiókban eltérő betegutak és hozzáférési lehetőségek lehetnek. További korlát, hogy a betegek és hozzátartozók nézőpontja közvetetten, az egészségügyi dolgozók beszámolóin keresztül jelent meg. A tematikus analízis interpretatív jellege miatt az eredmények a kutatói értelmezést is tükrözik, bár ezt az elemzési folyamat következetes dokumentálása és a témák többszöri felülvizsgálata igyekezett mérsékelni. A jövőben nagyobb elemszámú, több régióra kiterjedő kvalitatív vizsgálatok, valamint kvantitatív kérdőíves kutatások segíthetnék az itt azonosított akadályok gyakoriságának és súlyának pontosabb meghatározását.

Következtetés

Vizsgálatunk alapján a hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezését a vizsgált régióban több, egymással összefüggő ellátásszervezési, hozzáférési és tudásbeli tényező alakítja. A résztvevők a hospice-palliatív szemléletet fontosnak tartották, ugyanakkor tapasztalataik szerint az ellátás gyakran korlátozottan hozzáférhető, nehezen szervezhető, illetve csak későn kerül szóba a betegellátás folyamatában. A késői kezdeményezés hátterében így egyszerre jelennek meg ellátórendszeri, betegútszervezési, kommunikációs és edukációs tényezők.

Az eredmények alapján a hospice-palliatív ellátás korábbi és hatékonyabb bevonásához világosabb betegutakra, a régiós hozzáférési lehetőségek fejlesztésére, valamint az egészségügyi dolgozók célzott képzésére van szükség. Az oktatásnak nemcsak a hospice-palliatív ellátás fogalmára, hanem annak gyakorlati kezdeményezésére, az ellátási formák elérhetőségére, a hozzátartozókkal való kommunikációra és az interprofesszionális együttműködésre is ki kell terjednie. Különösen fontosnak tűnik a háziorvosok, a szociális munkások, az osztályos orvosok és az ápolók szerepének tudatosabb összehangolása, mivel ők a betegút különböző pontjain meghatározó szerepet tölthetnek be az ellátás felismerésében és megszervezésében.

A hospice-palliatív ellátás időben történő kezdeményezése akkor válhat reális ellátási lehetőséggé, ha a korai felismeréshez ténylegesen elérhető szolgáltatások, egyér-

telmű intézményi és területi betegutak, valamint megfelelő szakmai tudás társul. A jelen pilotvizsgálat eredményei további, nagyobb elemszámú és több régióra kiterjedő kutatások alapjául szolgálhatnak, amelyek segíthetik a hospice-palliatív ellátás hazai fejlesztési irányainak pontosabb meghatározását.

Anyagi támogatás: A tanulmány megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: H.-K. Á. végezte az adatgyűjtést. Az adatelemzést H.-K. Á. és K. Sz. közösen végezte. A kézirat szövegezésében és véglegesítésében mindkét szerző részt vett. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki az interjúalanyoknak a kutatásban való részvételükért.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Palliative care. WHO, Geneva, 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [accessed: May 29, 2026].
- [2] Hungarian Hospice-Palliative Association. What is hospice? [Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. Mi a hospice?] Available from: <https://hospice.hu/hu/informaciok/mi-a-hospice> [accessed: May 29, 2026]. [Hungarian]
- [3] Greer JA, Tramontano AC, McMahon PM, et al. Cost analysis of a randomized trial of early palliative care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Palliat Med.* 2016; 19: 842–848.
- [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] 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* 2021; 30: e13473.
- [6] Hegedűs K, Farkas A, Lukács M. Hospice patient care in 2023: Based on data from the National Health Insurance Fund of Hungary and the Hungarian Hospice-Palliative Association. [Hospice betegellátás 2023: A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján.] Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest, 2024. Available from: https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2023_evi_hospice_betegellatasrol.pdf [accessed: May 29, 2026]. [Hungarian]
- [7] Garralda-Domezain E, Tripodoro VA, Ling J, et al. EAPC atlas of palliative care in the European region 2025. EUNSA (Ediciones Universidad de Navarra), Pamplona, 2025. Available from: <https://dadun.unav.edu/bitstreams/3f7dca2d-5757-4739-9ed3-6ae7109c60f3/download> [accessed: May 29, 2026].
- [8] Csikós Á, Mastrojohn J 3rd, Albanese T, et al. Physicians' beliefs and attitudes about end-of-life care: a comparison of selected regions in Hungary and the United States. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 76–87.
- [9] Snyder S, Hazelett S, Allen K, et al. Physician knowledge, attitude, and experience with advance care planning, palliative care,

- and hospice: results of a primary care survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013; 30: 419–424.
- [10] Hegedűs K. Myths and reality about hospice. [Tévhitek és valóság – a hospice-ről.] *Lege Artis Med*. 2011; 21: 744–748. [Hungarian]
- [11] Zana Á. Death attitude and changes of death image in the Hungarian society. Examination of generational value-judgment and possibilities of measurement. Is death still a taboo? [A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos érték-ítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?] *Orv Hetil*. 2009; 150: 1183–1187. [Hungarian]
- [12] Gill P, Stewart K, Treasure E, et al. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 2008; 204: 291–295.
- [13] Bearman M. Eliciting rich data: a practical approach to writing semi-structured interview schedules. *Focus Health Prof Educ*. 2019; 20: 1–11.
- [14] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3: 77–101.
- [15] Zhang S, Li Z, Yue P. Healthcare providers' attitudes and associated factors on palliative care referral: a qualitative systematic review and meta-aggregation. *J Clin Nurs*. 2024; 33: 3355–3380.
- [16] Sullivan DR, Vranas KC, Delorit M, et al. Relationships among clinicians are crucial to successful palliative care integration: a qualitative study in lung cancer. *Future Oncol*. 2023; 19: 245–257.
- [17] Heipon CS, Raijmakers NJ, Dingemans I, et al. Timely integration of palliative care into standard oncology care: an interview study with clinicians and patients with incurable cancer. *Palliat Support Care*. 2025; 23: e129.
- [18] Dussault N, Ho D, Dukkipati H, et al. Provider perspectives on implementation of adult community-based palliative care: a scoping review. *Med Care Res Rev*. 2025; 82: 301–318.

(Kassai Szilvia dr.,
Szeged, Szentháromság u. 5., 6722
e-mail: kassai.szilvia@med.u-szeged.hu)

„Mala mors necessitatis contumelia est.”
(A rossz halál megszégyenítés a sorstól.)