

# A hazai hospice- és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei

Hegedűs Katalin dr.<sup>1</sup> ■ Lukács Miklós<sup>2</sup>  
Schaffer Judit<sup>4</sup> ■ Csikós Ágnes dr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,

<sup>2</sup>Klinikai Központ, Klinikai Palliatív Konzultációs Mobil Team,

<sup>3</sup>Családorvostani Intézet, Hospice-Palliatív Tanszék, Pécs

<sup>4</sup>Gondoskodás 2000 Kft., Budapest

A hospice-palliatív ellátás több mint 20 éve létezik Magyarországon, de az orvosok még keveset tudnak róla. A tanulmány célja gyakorlati információk nyújtása a hospice-ellátás lehetőségeiről, az ellátás indokoltságáról, az igénybevétel folyamatáról. A szerzők a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatbázisának használatával áttekintik és elemzik az aktuális országos statisztikai adatokat és bemutatják a hospice-palliatív ellátás jogi, finanszírozási és képzési hátterét. Kiemelik, hogy Magyarországon 90 hospice-ellátó működik, ahol évente több mint 8000 végstádiumú daganatos beteget látnak el. A WHO-ajánlások szerint sokkal több szolgáltatóra, illetve intézményi betegellátóra, ágyra lenne szükség. A fejlesztést szemléleti problémák is nehezítik: későn kerülnek a betegek hospice-ellátásba, és nagy a tájékozatlanság a hospice-ellátás elrendeléséről. Sokan még mindig összetévesztik a krónikus, illetve ápolási ellátással. A palliatív orvosi licenc lehetősége és a rezidensek számára kötelező 40 órás palliatív továbbképzés javíthat ezen a helyzeten. A szerzők véleménye szerint az adatok minél szélesebb körben történő közzététele segíthet a hospice-ellátással kapcsolatos tévhitek lebontásában és a halállal, haldoklással kapcsolatos szemlélet formálásában. *Orv. Hetil., 2014, 155(38), 1504–1509.*

**Kulcsszavak:** palliatív ellátás, hospice, életminőség, daganatos betegek, életvégi ellátás, terminális állapot, haldoklás

## Situation, possibilities and difficulties of the hospice and palliative care in Hungary

Hospice-palliative care has existed in Hungary for more than 20 years but physicians know very little about it. The objective of the study is to give detailed practical information about the possibilities and the reasonability of hospice care and the process of how to have access to it. The authors review and analyze the database of the national Hospice-Palliative Association database to provide most recent national data on hospice-palliative care. In addition, legal, financial and educational issues are also discussed. At present there are 90 active hospice providers in Hungary, which provide service for more than 8000 terminally ill cancer patients. According to WHO recommendations there would be a need for much more service providers, institutional supply and more beds. There are also problems concerning the attitude and, therefore, patients are admitted into hospice care too late. Hospice care is often confused with chronic or nursing care due to lack of information. The situation may be improved with proper forms of education such as palliative licence and compulsory, 40-hour palliative training for residents. The authors conclude that a broad dissemination of data may help to overcome misbeliefs concerning hospice and raise awareness concerning death and dying.

**Keywords:** palliative care, hospice, quality of life, cancer patients, end-of-life care, terminal care, dying

*Hegedűs, K., Lukács, M., Schaffer, J., Csikós, Á.* [Situation, possibilities and difficulties of the hospice and palliative care in Hungary]. *Orv. Hetil., 2014, 155(38), 1504–1509.*

(Beérkezett: 2014. június 29.; elfogadva: 2014. július 24.)

Magyarországon évente sajnos több mint 33 000 ember hal meg rákbetegség következtében. Közülük jelenleg körülbelül 8000 fő részesül hospice-palliatív ellátásban, de ez a szám előreláthatóan növekedni fog a következő években. Hospice-palliatív ellátásba azok az előrehaladott állapotú, elsősorban daganatos betegek kerülhetnek – alapbetegségük és kínzó tüneteik alapján –, akiknek a várható túlélési ideje előreláthatóan nem haladja meg a 6–12 hónapot. Az ellátást kezdeményezheti a beteg, a beteg törvényes képviselője/hozzátartozója, a beteg családorvosa, illetve kezelő- vagy szakorvosa. Az ellátás az OEP által finanszírozott, és minden formája ingyenes a beteg számára.

Felméréseink szerint az orvosok körében jellemző a halállal, haldoklással kapcsolatos elutasító attitűd, illetve a tájékozatlanság a hospice-palliatív ellátásról. Ez utóbbi a háritásra is utal: nem szívesen szembesülnek az életvégi ellátás problémakörével [1, 2]. Bár a hospice speciális palliatív szakellátásnak tekinthető, sokan összekeverik a krónikus vagy ápolási gondozással. A tanulmány célja, hogy informáljuk az orvosokat a hospice-ellátás lehetőségeiről, az egészségügyi rendszerben elfoglalt helyéről, valamint a halállal, haldoklással kapcsolatos tabuk lebontásában betöltött szerepéről.

## A hospice-palliatív ellátás jogi, finanszírozási és képzési háttere

A hospice-ellátás jogi hátterét, szakmai minimumfeltételeit több fontos jogszabály, illetve egyéb dokumentum határozza meg:

1. Az egészségügyi törvény betegjogi fejezete, valamint a hospice/palliatív gondozást tartalmazó „A haldokló beteg gondozása” című cikkely [1997. évi CLIV. törvény 99. § (1)–(4) bekezdése] megfelelő jogi alapokat teremtett.
2. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice- és palliatív ellátásáról. A szakmai irányelv, amely a hospice-ellátás legrészletesebb szabályozása, most van újabb átdolgozás alatt.
3. 1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet az új szakmai minimumfeltételekről.

A rendeletben – a személyi és tárgyi feltételek részletezésén túl – kiemelt hangsúlyt kap a speciális képzés szükségessége, különös tekintettel az Európában szinte egyedülálló hospice-szakápoló szakképzési formára.

Az OEP 2004 óta finanszírozza az otthoni és fekvőbeteg-intézményi ellátást a következő módon:

- A pályázati úton befogadott fekvőbeteg-intézményi részlegek esetében a 43/1999-es finanszírozási kormányrendelet 8. melléklete alapján krónikus ellátások címszó alatt, kiemelt rehabilitációs ellátásként történik 5600 Ft alaplíjjal és 1,7-es szakmai szorzóval.
- Az otthoni hospice-ellátás esetében a 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet 35. §-a alapján az otthoni szakápolás alaplíjának 120%-a, amelynek időtartama első elren-

deléskor 50 nap, és meghatározott feltételek esetén két alkalommal – szakorvosi javaslat alapján – meghosszabbítható. Így összesen 150 nap vehető igénybe egy-egy beteg esetében.

Az orvos- és ápolóképzésben speciális szak- és továbbképzések folynak a palliatív ellátással kapcsolatban (az egyéb továbbképzéseket lásd később!):

1. A rezidenseknek a kötelező törzsképzésük keretein belül 2013 óta 40 órás, a fájdalomcsillapítással és palliatív ellátással foglalkozó képzésen kell részt venniük. A 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről szabályozza a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzését. Ezt kiegészíti egy szintén 40 órás, pszichológiai, kommunikációs és etikai blokk, amelynek számos eleme használható a legsúlyosabb állapotú betegek ellátásában.
2. A palliatív licenc bevezetéséről szakorvosok számára [23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről]. A palliatív licencvizsga megszervezésére 2014 őszétől kerül sor a licencrendelet alapján.
3. A klinikai szakápoló (hospice-szakápoló) OKJ-s képzés [37/2013 (V. 28.) EMMI rendelet az emberi erőforrások miniszterének ágazatába tartozó szakképzések szakmai és vizsgakövetelményeiről – ezen belül: klinikai szakápoló, hospice-szakápoló].

## Aktuális statisztikai adatok

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) 2013-as statisztikai felmérése (<http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/>) alapján 87 betegellátó intézmény, illetve otthoni szolgálat végzett – OEP által finanszírozott – hospice-palliatív tevékenységet:

- 14 hospice fekvőbeteg-intézményi részleg (200 ágyon);
- 64 hospice otthoni ellátást végző csoport;
- 4 hospice mobil team (kórházi támogató csoport);
- 3 palliatív járóbeteg-rendelés (<http://www.hospice.hu/hospice-ok/>).

Két gyermekhospice-ház is működik: a Tábita Ház Törökbálinton 5 ágygal és a Dóri Ház Pécsen 2 ágygal, de a szakmapolitika – bár elismeri a felnőtt ellátástól való megkülönböztetését (a bekerülési diagnózisok köre, az ellátás eltérő jellege és időtartama miatt) –, sajnos eddig – 2014 nyaráig – nem finanszírozza a tevékenységüket. Mindkét ház engedélye a beteg otthonában, illetve ideiglenes lakhelyén történő hospice- és mentesítő ellátásra szól. Alapítványi és egyéb támogatásokból, adományokból tartják fenn magukat. Ezenkívül Budán és környékén a Magyar Hospice Alapítvány működtet speciálisan gyermekek ellátására felállított otthoni hospice-ellátó teamet.

Ahogy a statisztikai adatokból látható, 14 osztály 200 ágyon folytatott intézményi hospice-palliatív ellátást. A WHO becslései alapján 1 millió lakosra minimum 50 ágygal kellene számolni, ami 10 millió lakos esetén 500 ágyat jelent [3]. Magyarország ehhez képest nagyon lemaradt, akár a környező országoktól is. (Szlovákiában például 277 hospice-palliatív ágy van a kevesebb mint ötmillió lakosra) [4]. Az okok: a kórházak nem igazán érdekeltek a hospice-palliatív osztályok kialakításában; még nem látják át a fontosságát, pluszköltségnek tekintik és a minimumfeltételekben előírt szakdolgozói képzési feltételeket sem szívesen vállalják fel. Az intézményi hospice-ok listáját lásd az 1. táblázatban!

Fontos lenne, hogy megyénként legalább 1 fekvőbeteg-intézmény működjön. Ez nagymértékben segítené a már jó lefedettséget mutató otthoni hospice-palliatív ellátók munkáját, ugyanakkor nagy terhet tudna levenni az aktív osztályokról. A hospice-szolgálatok számának évről évre való növekedése jelenleg elsősorban az otthoni szolgáltatók – jellemzően a több megyében is szolgálatot indító szolgáltatók – számának növekedéséből adódik.

2013-ban 7862 volt az ellátott hospice-betegek száma az adatszolgáltató 76 szervezet szerint. Ez a daganatos betegségben Magyarországon elhunyt 32 670 fő alig több mint 22%-a. A daganatos betegek aránya 97,3%, az átlagos gondozási idő 34 nap, a fekvőbeteg-intézményi részlegekben az ágykihasználtság 79%, a halálozási arány 65%, az otthon meghalt betegek aránya 37,9% volt.

Az otthoni hospice-palliatív tevékenység százalékos megoszlása 2013-ban a következő: ápolás: 63%; tartós fájdalomcsillapítás: 21,3%; gyógytorna: 3,5%; fizioterápia: 0,3%; szociális tevékenység: 2,1%; diétás gondozás: 1,1%; mentálhigiénés gondozás, tanácsadás: 1,84%; gyógyszerelés, palliatív terápia: 7,13% (1. ábra).

A minimumfeltételekről szóló rendelet [1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet] előírja a multidiszciplináris

team meglétét, valamint a tanfolyami végzettséget minden hospice-munkatárs számára. Az adatszolgáltatás szerint az itt dolgozó szakemberek túlnyomó többsége (átlagosan 70–80%-a) végzett hospice-tanfolyamot vagy palliatív továbbképzést. Az ÁNTSZ ellenőrzi a tanfolyami végzettséget, illetve az OEP-szerződések mellékletét is képezi a dolgozók képzési igazolása.

A működési forrásokat tekintve – a kiemelt szakmai szorzóval is – az OEP-támogatás csak mintegy 70–80%-át tette ki a valódi, minőségi hospice-palliatív ellátásnak: 75%-os a fekvőbeteg-intézményi és 80%-os az otthoni hospice finanszírozása. Ezért is szükséges a kiegészítő források keresése. Az adatközlők közül 28 szolgáltató jelezte, hogy az OEP- vagy a szociális bevételeken túl egyéb forrást is felhasznált – a legtöbben többfélélt is. Közülük 16 jelezte, hogy adományokat kap cégektől vagy magán-személyektől, 12 szervezet kap különböző alapítványi támogatást, 16 szervezet rendelkezik az szja 1%-ának bevételével, és 6 ellátó nyert el TÁMOP, NEA vagy egyéb pályázati támogatást. (2011-ben például még 14 szervezet nyert el pályázatot – sajnos ez a pályázati lehetőségek szűkülését is jelzi.)

A hospice-palliatív betegellátó szervezetek által kiemelt legfőbb nehézségek az alábbi problémák köré csoportosulnak (zárójelben az említések száma):

**Szemléletbeli problémák (76):**

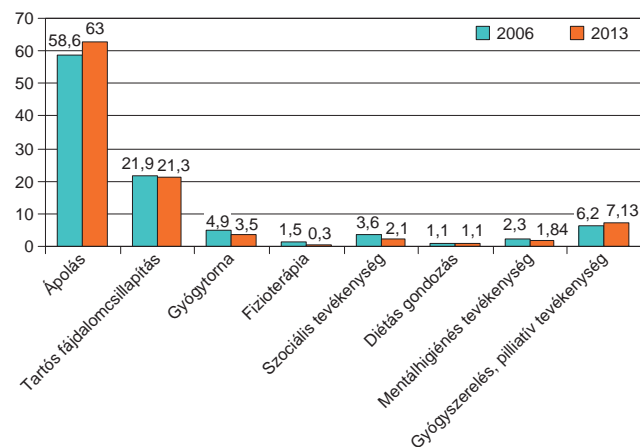
- későn kerülnek a betegek a hospice-ba (32),
- tájékoztatatlanság és együttműködés hiánya (főleg a háziorvosok részéről) (20),
- szemléleti problémák (17),
- bizonytalanság az elrendelésről (például terminális állapot) (7).

**Gazdasági problémák (41):**

- anyagi nehézségek, alulfinanszírozottság (34),
- egyéb források megtalálása (6),
- problémák OEP-pel, MEP-pel (dokumentáció, elvonások) (1).

1. táblázat | Az intézményi hospice-palliatív osztályok listája az alakulás évével és az ágyszámmal

1. Gyula, Pándy Kálmán Kórház	(1994)	20 ágy
2. Budapest, Szent László Kórház	(1995)	10 ágy
3. Miskolc, Semmelweis Kórház	(1995)	20 ágy
4. Tatabánya, Nefelejcs Ápolóház	(1999)	5 ágy
5. Budapest, MAZSIHISZ Szeretetkórház	(2001)	10 ágy
6. Pécs, Irgalmas Hospice	(2004)	23 ágy
7. Eger, Markhot F. Kórház	(2004)	25 ágy
8. Esztergom, Vaszary F. Kórház	(2004)	10 ágy
9. Budapest Hospice Ház	(2005)	10 ágy
10. Nagyatád, Városi Kórház	(2007)	15 ágy
11. Budapest, Korányi Kórház	(2007)	24 ágy
12. Balassagyarmat, Városi Kórház	(2012)	8 ágy
13. Mezőtúr, Városi Kórház	(2012)	10 ágy
14. Marcali, Kaposi Mór Oktató Kórház th.	(2012)	10 ágy



1. ábra | Az otthoni hospice-palliatív tevékenység százalékos megoszlása, 2006–2013 (az OEP adatai alapján)

*Egyéb, infrastrukturális problémák (17):*

- orvoshiány, szakemberhiány (gyógytornász, pszichológus) (9),
- infrastrukturális problémák (6),
- szociálisan hátrányos helyzetű családok (2).

A legfőbb problémakör változatlan 2010 óta. 2013-ban is a szemléleti problémák kerültek előtérbe: későn kerülnek a betegek a hospice-ba, és nagy a tájékozatlanság a hospice-ról (főleg a házi orvosok részéről). Ezek mellett az ellátás elrendelésével kapcsolatos problémák, az alulfinanszírozottság és a szakemberhiány jelentettek még nehézséget.

## A hospice-palliatív ellátásba való betegfelvétel rendje

### *A felvétel indokoltsága*

A hospice-palliatív ellátásba való felvételhez szükséges, hogy a kezelőorvos kimondja: a beteg további ellátása palliatív célú. Az 50/2002. (III. 26.) kormányrendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól szerint az ellátandó betegcsoport rákbeteg („C” kezdetű BNO-kód), illetve egyéb terminális állapotú beteg (AIDS-betegség, autoimmun betegség és krónikus neurológiai betegség – kivéve az agyi történések utáni állapot: agyvérzés, agylágyulás, Alzheimer-kór).

Ha a beteg állapota megfelel ezen kritériumoknak, hospice-palliatív ellátás kérhető számára. Fontos, hogy a beteg onkológiai kezeléseket továbbra is részesülhet (például biszfoszfonát, sugárkezelés, hormonterápia). Az ellátásba vett beteg várható túlélési ideje – gyengülő általános állapota, súlyos, kezelést igénylő tünetei alapján – előre láthatóan nem haladja meg a 6–12 hónapot.

### *Otthoni hospice-palliatív ellátás igénybevételének folyamata*

Az otthoni hospice-ellátás igénybevétele esetén szükséges a beteg szakorvosának a javaslattevétele, amelyet a zárójelentés epikrízis pontjában tüntet fel. A szakorvosi javaslat alapján a családorvos elrendeli az otthoni hospice-szakellátást az első 50 napra, amely igény és szükséglet esetén kétszer hosszabbítható. A családorvos is kezdeményezheti betege hospice-ellátásba vételét, hiszen legtöbbször ő látja a beteg állapotának változását, hanyatlását. Előfordul, hogy a családtag vagy maga a beteg kéri az ellátásba vételt, ilyenkor mindig szükséges megvizsgálni a felvétel indokoltságát a családorvossal, kezelő-, hospice-orvossal.

Az elrendeléstől számított 48 órán belül a hospice-szakápoló és koordinátor felveszi a kapcsolatot a családdal, a beteggel. Kitölti a szükséges felvételi nyomtatványokat (megállapodás, hospice-elrendelő lap), felveszi az

ápolási anamnézist, tervet és célokat határoz meg és különböző skálák (fájdalomfelmérő lap, ECOG, Karnofsky, ápolási kategória, ESAS) alkalmazásával felméri a kínzó tüneteket. A szükséglet és igény figyelembevételével kirendeli a szükséges teamtagokat (palliatív orvos, dietetikus, gyógytornász, fizioterapeuta, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, képzett önkéntesek), akik szakértően gondozzák a beteget, valamint tanácsadással, edukációval segítik a családot.

Az otthoni hospice-ellátás integráltan működik a területi közösségi és szociális ellátással. Az otthoni hospice-ellátás egészségügyi szakfeladatok összessége, *nem tartozik bele a betegfelügyelet és a házi segítségnyújtás*. A betegnél való tartózkodás időtartamát a beteg igényei és az ellátandó szakfeladatok határozzák meg. Az otthoni hospice-ellátás része a szociális ellátás szervezése, amely kiterjed az önkormányzatok, egyházi és civil szervezetek stb. által nyújtott házi segítségnyújtás és egyéb gondozási szolgáltatások bevonására is.

### *Intézeti hospice-ellátás igénybevételének folyamata*

Intézeti hospice-ellátásba az a beteg kerül, akinek az otthoni ellátása nem megoldott, illetve a szükségletek, igények fokozódásával a család, a beteg ezt igényli. A legtöbb hospice-osztály előjegyzési rendszer alapján működik, amely a beteg, család, szakorvos és családorvos által kitöltött felvételi kérelmi lap beadása alapján történik. Az intézeti hospice-ellátás ápolási időtartamát az intézmények saját belső szabályzatuk alapján határozzák meg, de általában nem haladhatja meg a 3 hónapot.

A kórházi osztályról való felvétel esetében a zárójelentés, a beteg otthonából való felvétel esetében családorvosi beutaló szükséges.

### *Klinikai palliatív konzultációs mobil team igénybevételének folyamata*

Kórházon belül nyújtott szakellátás, amelynek célja a különböző osztályokon kezelt, előrehaladott állapotú betegek ellátásának segítése, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése. Szakmai segítséget nyújt a terminális állapotú, elsősorban daganatos betegek és családtagjaik számára erre kiképzett, interdiszciplináris csoport segítségével, valamint szakmai, konzultatív segítséget biztosít a kórház szakemberei számára.

A mobil team konzultációkérés alapján működik. A szakorvos és/vagy a beteg kezelőorvosa szóban, illetve írásban kéri a konzultációt a mobil team hospice-szakápoló és koordinátorától, aki 24 órán belül megjelenik a kórházi osztályon. A betegágy mellett megbeszéljük a beteg állapotát, illetve a konzultációkérés indokát. A koordinátor a szakorvossal, a beteggel és a családdal való együttes megbeszélés során szervezi meg a beteg további hospice/palliatív szomatikus, pszichés és szociális ellátását.

## A palliatív szakrendelés célja és igénybevételének folyamata

A palliatív szakrendelés szakellátást nyújt azoknak az előrehaladott állapotú, elsősorban onkológiai betegeknek, akik számára a tünetek enyhítése, az életminőség megőrzése kiemelt fontosságú. A palliatív szakrendelés célja olyan szakellátást nyújtani, amellyel a beteg jó életminősége megőrizhető, a tünetek gondos kezelésével a súlyos állapotok kialakulása megelőzhető, ezzel a kórházi felvételek száma, a benntartózkodások ideje csökkenthető.

A betegség progrediálásával a tünetek sokszor sokkal kínzóbbak, mint maga az alapbetegség. Ebben az időszakban a betegnek és családjának több támogatásra, segítségre van szüksége. A betegek onkológiai kezeléseiben továbbra is részesülhetnek, az ellátás a beteg kezelőorvosával szorosan együttműködve történik. Amennyiben onkológiai kezelés már nem jön szóba, a palliatív szakellátás még inkább javasolt.

A palliatív szakrendelés biztosítja a beteg megfelelő fájdalomcsillapításának beállítását, egyéb tünetek kezelését és megelőzését. Pszichés támogatást nyújt a betegnek és családjának. A beteget állapotának és kívánságának megfelelően tájékoztatja és családi megbeszélésekkel segíti elő az őszinte kommunikációt és a reális kezelési célok meghatározását. Tájékoztatást nyújt az otthoni ellátás lehetőségeiről, a hospice-ellátásba való kerülés feltételeiről.

A szakrendelésre a beteg kezelőorvosa kérhet időpontot, amelyet a beteg zárójelentésében is feltüntetett egy megkezdett tüneti kezelés nyomán követése, további beállítása céljából. Kérheti a beteg családorvosa a fájdalomcsillapítás, egyéb tünetek enyhítése céljából. Családtag és a beteg is kérhet a szakrendelésre időpontot.

A súlyos állapotú betegek döntő többsége – előrehaladott állapota ellenére – otthonában kíván maradni. A palliatív szakrendelés a tünetek megfelelő kezelésével, a beteg és családja támogatásával, a beteg családorvosával, kezelőorvosával együttműködve a beteg otthonában maradását, jobb ellátását segíti elő.

Mindegyik ellátási formában a beteg folyamatos tájékoztatása szükséges az állapotáról, a kezelési, ápolási folyamatba való bevonása az ő igényei alapján történik, és átjárhatósági lehetőséget kell biztosítani az ellátások között. További részletes információ található a [www.hospice.hu](http://www.hospice.hu) honlapon.

## A szemléletformálás lehetőségei

A hospice-palliatív szolgálatok visszajelzései alapján a legnehezebb a szemléletbeli problémákkal megküzdenni. A hospice-betegellátást nehezíti a fekvőbeteg-intézményi aktív osztályokon napjainkban is uralkodó, a halál, haldoklás tényét mindenáron elutasító attitűd. Ez az attitűd, sajnos, nem sokat változott a 2002-es felmérésünk óta [1]. Gyakori, hogy a családorvosok kevés információval rendelkeznek a hospice-ellátásról, az ellátásba való beke-

rülés lehetőségeiről és elrendeléséről. Sok esetben hiányosak az egészségügyi dolgozók körében a kínzó tünetek és a fájdalom enyhítését célzó, életminőséget javító palliatív ismeretek. Az eredményes fájdalomcsillapítást nehezíti a családorvosok és a betegek körében is gyakori opiophobia.

Az ellátásra szorulóknak oldaláról a hospice-ellátás igénybevételét szintén gyakran akadályozza – társadalmi tabuként – a halál tagadása. Az aktív családtagoknak sokszor egzisztenciális gondot okoz a beteg családtagok ellátása, bár – a krónikus osztályokon uralkodó rossz körülmények miatt – az intézményi ellátás helyett egyre többen vállalják, hogy szeretteiket hazaviszik és a súlyos beteg hozzátartozóik otthoni gondozásában igénylik a szakmai segítséget.

Ezek a tények vezetik a hospice-ellátó szolgálatokat arra, hogy – különböző eszközökkel és csatornákon elérve – az egészségügyi szakma és a társadalom figyelmét a hospice-ellátás irányába fordítsák.

A szakmai szemlélet változását elsősorban a palliatív ismeretek átadásával lehet elérni. A fájdalomcsillapítással és a palliatív ellátással foglalkozó kötelező rezidens törzsképzési tanfolyam, valamint – szakorvosok számára – a palliatív licencvizsga szemléletformáló lehetősége vitathatatlan.

2013-ban – országos szinten – mintegy 1600 szakember és önkéntes vett részt különböző *hospice- és palliatív továbbképzéseken*.

- 20 órás akkreditált továbbképzések folynak az ápolók számára a kötelező továbbképzési körben, az alábbi témakörökben: „Hospice-ellátás a beteg otthonában”, „Haldoklás, halál, gyász”.
- A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület folyamatosan szervez 40 órás akkreditált hospice-alapképzéseket egészségügyi és szociális területen tevékenykedő szakdolgozók és önkéntesek számára.
- Az akkreditált orvosképzések (CME) keretein belül folyamatosan vannak továbbképzések a fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés és a betegek tájékoztatása témakörökben (<http://www.hospice.hu/kepzesek/>).
- Orvostanhallgatók számára több egyetemen kötelezően és szabadon választható, akkreditált kurzusok keretében oktatják ezeket az ismereteket [5].

Mind szakmai, mind civil oldalról általános és konkrét tájékoztatást nyújt a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület gondozásában működő honlap, ahol a hospice-t érintő rendeletek, szakmai képzések és szakirodalmi ajánlások mellett naprakészen frissítve működik hazánk egyetlen országos adatbázisú ellátáskeresője is.

A társadalom szemléletének formálására is széles és színes az eszköztár: nagy szerepe van a *Kharón* című folyóiratnak, amely 1997 óta jelenik meg, 2008 óta a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület kiadásában. A folyóirat a halál, haldoklás és gyász elméleti és gyakorlati kérdéseit járja körül ([www.kharon.hu](http://www.kharon.hu)).

2005 óta minden októberben, a nemzetközi Hospice Világnap (<http://www.worldday.org/>) mozgalomhoz

csatlakozva a hospice-szervezetek országsszerte művészeti és kulturális rendezvényekkel segítik elő az ellátás megismertetését és a súlyos betegek segítésének elfogadását a társadalom részéről. Ki kell még emelni a Magyar Hospice Alapítvány által meghirdetett Nárcisz Programot is, amely ősszel nárciszültetvények kialakításával, tavasszal a virágzóhoz kapcsolódóan, közösségi rendezvényekkel próbálja bevonni a civileket (<http://www.hospicehaz.hu/narcisz-program/>).

Mind a Hospice Világnap, mind a Nárcisz Program törekszik az általános és középiskolás diákok empátia-készségének fejlesztésére, az önkéntességet és a társadalmi felelősségvállalást is előmozdító bevonására.

A hospice-szervezetek élnek az internet és a média nyújtotta lehetőségekkel: 1%-os kampányfilmek, tájékoztató-ismeretterjesztő és egyéb információs megjelenések sokaságát láthatjuk a videómegosztókon és internetes portálokon.

Mindezek sokat segíthetnek a hospice-szal kapcsolatos tévhitiek lebontásában, és – tágabb értelemben – a halállal, haldoklással kapcsolatos szemlélet formálásában.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* H. K.: Problémafelvetés, a statisztikai adatok elemzése, a tanulmány szerkezetének kialakítása, a végső változat összeállítása, a munkacsoport koordinálása; L. M.: Aktív részvétel a tanulmány írásában, az eredmények értékelésében, a 3. fejezet kidolgozásában; S. J.: Aktív részvétel a problémafelvetésben, az eredmények értelmezésében, a 3. és 4. fejezet kidolgozásában; Cs. Á.: Aktív részvétel a problémafelvetés-

ben, a 3. fejezet kidolgozásában, valamint szakértői részvétel az eredmények értelmezésében és a tanulmány végleges formájának kialakításában. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekeltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak *Munk Katalinnak*, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület titkárnak a statisztikai adatok összesítéséért, és a hospice-ellátóknak a statisztikai adatok szolgáltatásáért.

## Irodalom

- [1] *Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., et al.*: Attitude of physicians toward death and dying. [Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei]. *Orv. Hetil.*, 2002, 143(42), 2385–2391. [Hungarian]
- [2] *Csikos, A., 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(1), 76–87.
- [3] *Radbruch, L., Payne, S., et al.*: White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe – part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur. J. Palliat. Care*, 2009, 16(6), 278–289.
- [4] *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*, 2013. [http://issuu.com/universidaddenavarra/docs/atlas\\_europa\\_full\\_edition/149](http://issuu.com/universidaddenavarra/docs/atlas_europa_full_edition/149)
- [5] *Hegedűs, K.*: “Live and die” – Medical students' attitudes toward death, dying and bereavement. [„Élünk és meghalunk” – A diákok halállal, haldoklással és gyászal kapcsolatos attitűdjei.] *Embertárs*, 2010, 8(1), 71–78. [Hungarian]

(Hegedűs Katalin dr.,  
Budapest, Nagyváradi tér 4., 1089  
e-mail: [hegedus.katalin@med.semmelweis-univ.hu](mailto:hegedus.katalin@med.semmelweis-univ.hu))

## Phlebologia Másképp

Novotel Centrum, Budapest – 2014. október 10–11.

angol nyelvű nemzetközi szimpózium – magyar szinkrontolmácsolással

Szervező: Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság és a Hazai Vénás Fórum

Téma: **Vénás betegségek kezelésének legújabb eredményei**

Előadások a programból: *René Milleret* (Franciaország): A visszeresség kezelése gőz alkalmazásával  
*Thomas Proebstle* (Németország): Az alsó végtagi varicositas kezelése cyanoacrilat ragasztóval  
*Alessandro Frullini* (Olaszország): Visszerek kezelése lézer és hab kombinált alkalmazásával  
*Menyhei Gábor* (Magyarország): A visszerek kezelése fagyasztással  
*Fausto Passariello* (Olaszország): A varicositas hemodinamikája és saphena törzs megőrző kezelése  
*Tom Eaton* (USA): Hogyan növeljük a varicositas kezelés tartósságát?  
*Alexander Flor* (Ausztria): A nem kívánatos kézvénák esztétikai kezelése lézerrel  
*Zoltán Várady* (Németország): Seprűvénák műtéti kezelése  
*Martin Oswald* (Németország): Az evolúció és a vénás betegségek  
*Fedor Lurie* (USA): Az Amerikai Vénás Fórum és az Amerikai Érsebész Társaság lábszárfelekely kezelési módszertani levele  
*Raul Mattassi* (Olaszország): A perifériás vénák fejlődési rendellenességei

Részletes információ és program: [www.phlebology.hu](http://www.phlebology.hu)  
e-mail: [imre.bihari@phlebology.hu](mailto:imre.bihari@phlebology.hu)