

Az európai palliatív ellátás rangsorolása különböző szempontok alapján

Összefoglalás ♦ Csaknem 50 esztendeje létezik a modern kori palliatív ellátás Európában. Az elmúlt évtizedekben – más területekhez hasonlóan – jelentős fejlettségi különbségek mutatkoznak a nyugat- és kelet-európai országok palliatív ellátásában. Ennek elsődleges oka, hogy míg az egészségügyi döntéshozók Nyugat-Európában viszonylag hamar felismerték az emberi erőforrások, a minőségi gondozás és a közösségi elkötelezettség szükségességét az előrehaladott, életet veszélyeztető állapotú betegek ellátásában, addig Kelet-Európában ez csak részben és egyenetlenül valósult meg. A tanulmányban áttekintjük a 2007 és 2016 közötti európai összehasonlító adatokat, amelyek több területen is tanulságos képet mutatnak.

Fokozódó érdeklődés tapasztalható a palliatív ellátás nemzetközi szintű változásai, fejlődése iránt, amit jelez az, hogy a WHO 2014-ben a nem fertőző betegségek áttekintése kapcsán határozatban foglalt állást a palliatív ellátás fejlesztése mellett. (WHO, 2014)

Ahhoz, hogy a palliatív ellátás terén a különböző fejlettségű országokban történt változások összevethetők legyenek egymással, azonos mércét használó rangsor kidolgozására volt szükség. A 2016-ban megjelent összehasonlítás az Európai Unió 28 tagországának 2007, illetve 2013 évi adatain alapult. (Woitha et al, 2016)

Ezekből háromféle szempont alapján képeztek a kutatók nemzetközi rangsort:

1. a „források” mutatói, amelyeket a kórházi palliatív és a kórházi hospice egységek, a kórházi támogató csoportok és az otthoni ellátó csoportok száma alapján kalkuláltak, minden országban egymillió lakosra vetítve.
2. a további fejlődés lehetőségének, a „vitalitásnak” a mérése. Ezt a palliatív ellátás különböző területein dolgozó önkéntesek és szakemberek számán, aktivitásán keresztül mérik, mivel ez lényeges záloga a továbblépésnek. A részleteiben figyelembe vett tényezők: az országos palliatív szövetség működése és a szolgáltatások nemzeti adatbázisának megléte, a palliatív orvoslásban akkreditációt szerzett orvosok száma, az Európai Palliatív Szövetség kongresszusain a 100 ezer lakosra jutó résztvevők, valamint a témával foglalkozó publikációk száma.

3. *összesített sorrend*: a két említett szempont, vagyis a források és a vitalitás mutatói alapján az első helyre került országok a referencia-országok, ezekhez viszonyították a többieket, majd a forrásokat 75, a vitalitást 25 százalékos súly alapján kalkulálva számolták ki az összesített sorrendet.¹

Források

A források tekintetében Luxemburg, az Egyesült Királyság és Belgium állt a legjobban. Az Egyesült Királyság 2007-ben és 2013-ban is az élen állt, Dánia és Németország bekerült az első tíz ország közé, Spanyolország és Franciaország viszont kikerült onnan. Lengyelország az egyetlen kelet-európai országgént, illetve Spanyolország az egyetlen dél-európai országgént került az első tíz közé a források alapján. Az egy főre jutó palliatív szolgáltatások tekintetében a legtöbb országban fejlődés tapasztalható.

Ami Magyarországot illeti: 2007-ben és 2013 is a középmezőnyben, a 16. helyen álltunk a rangsorban. Sorrendünk változatlanosságának oka, hogy romlott a helyezés az 1 millió lakosra jutó kórházi palliatív egységek, változatlan maradt a kórházi támogató csoportok, illetve javult az otthoni ellátó egységek 1 millió lakosra jutó mutatója alapján.

Vitalitás

A legígéretesebb fejlődés előtt állt (2013-ban), vagyis a vitalitás terén a legnagyobb előrelépést mutatta Magyarország, amely a 2007 évi 15. helyről a 3. helyre lépett előre. A 2007-ben a közölt adatok szerint még nem létezett orvosi palliatív akkreditáció és nem alakítottak ki nemzeti adatbázist. Ez utóbbiak megteremtésének, továbbá a tudományos publikációk növekvő számának tulajdonítható a magyar helyezés ugrásszerű javulása. Rajtunk kívül még Svédország ugrott előre jelentősen (9 hellyel) a vitalitásban.

A listavezető ebben a vonatkozásban Németország és az Egyesült Királyság volt. A legutolsók: Bulgária, Észtország és Litvánia. 2007 és 2013 között lényeges változások az élmezőnyben különben nem történtek.

¹ A fejlettségi szinteket és a fejlődés további lehetőségét jelző mérőszámokat és az azokból képzett sorrendeket értelemszerűen fenntartásokkal kell fogadni, ezek számos elvi és módszertani problémát vetnek fel, akárcsak a korábban közzétett elemzések. A 2008- és 2015 között megjelent - az Economist Intelligence Unit, a WHO és az Európa Parlament megrendelésére végzett elemzések módszerét ismerteti a tanulmány (Woitha et al).

A tanulmány érdekes észrevétele, hogy egyes országok, így Románia, Csehország és Portugália a kevesebb forrásuk ellenére is erőteljesebb vitalitást mutatnak, míg fordított a helyzet Luxembourgban, Bulgáriában és Litvániában.

Összesített sorrend

Ami az összesített sorrendet illeti (*ld. 1. táblázat*), Magyarország nagyot lépett előre: a 2007. évi 17. helyről 2013-ra a 12. helyre került az Európai Unió 28 tagországa között. Ez – mint említettük – a vitalitás javulásának volt köszönhető, hiszen a források terén Magyarország sorrendje nem változott.

Összesítve az Egyesült Királyság a listavezető (86 százalékos maximális pontszámmal), majd Belgium, Hollandia és Svédország a további sorrend. Az élmezőnyben további nyugat-európai országok állnak. A kelet-európai országok közül Lengyelország egyedülként került az élmezőnybe, de 2013-ra a nyolcadik helyről a tizedikre esett vissza. Dánia és Luxemburg csatlakozott az első tízhez, Spanyolország és Franciaország viszont kikerült onnan. Az összesített lista legalján (24-21 százalékos aránnyal) Görögország és Horvátország állt.

1. táblázat: A palliatív ellátás fejlődésének összesített rangsora az Európai Unió tagországaiban 2007-ben és 2013-ban (Woitha et al, 2016)

	Helyezés 2007-ben	Helyezés 2013-ban
Egyesült Királyság	1	1
Belgium	4	2
Hollandia	10	2
Svédország	3	4
Írország	2	5
Ausztria	9	5
Németország	5	7
Dánia	13	8
Luxemburg	11	9
Lengyelország	8	10
Spanyolország	5	11
Olaszország	13	12
Magyarország	17	12
Franciaország	7	14
Málta	21	15
Portugália	25	16
Lettország	21	17
Szlovénia	15	18
Bulgária	16	19

Litvánia	18	20
Finnország	12	21
Csehország	24	22
Románia	20	22
Észtország	27	24
Szlovákia	26	25
Ciprus	23	26
Görögország	19	27
Horvátország	x	28

A 2013-ban megjelent Európai Palliatív Atlasz (EAPC, 2013) is több szempontból fejlettnak ítélte a magyarországi helyzetet – az alábbiak alapján:

- Törvényi háttér ✓
- Nemzeti stratégia ✓
- Nemzeti szervezet ✓
- Nemzeti konferenciák ✓
- Tudományos folyóirat ✓
- Kutatási központ ✓
- Hospice Világnap kezdeményezések ✓
- Palliatív medicina mint specializáció - folyamatban: licence vizsga (2013)

A Quality of Death Index (2015) eredményei

Ami negatív változásnak tűnik: 2015-ben a Quality of Death Index (Minőségi Halál Index) alapján összevetették az országok adatait az alábbi mutatók alapján: a szolgáltatás elérhetősége, költséghatékonysága és a palliatív ellátás minőségét mutató kategóriákban: palliatív ellátás az egészségügyben (20%), emberi erőforrások (20%), megfizethető gondoskodás (20%), minőség gondozás (30%) és közösségi elkötelezettség (10%). Itt Magyarország csak a 17. helyen szerepel. (Woitha et al, 2016) (ld. a 2. táblázatot)

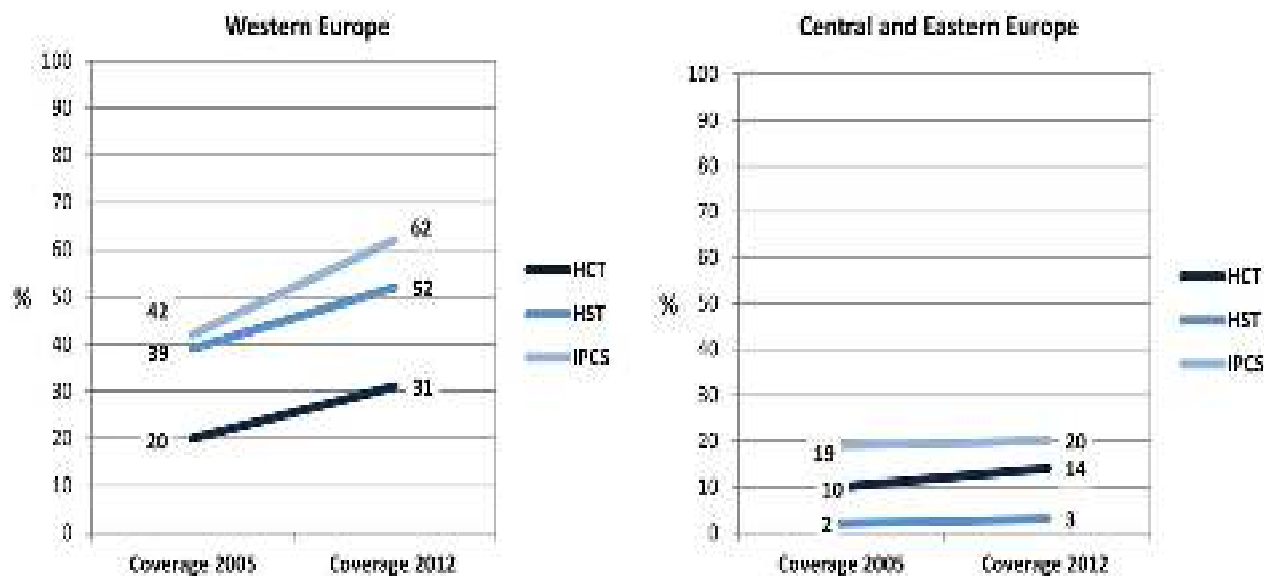
2. táblázat: A palliatív ellátás 2013. évi összesített fejlettségi színvonalának és a Minőségi Halál Index 2015 évi szintjének összehasonlító táblázata (Woitha et al, 2016)

Országok	Az országok rangsora a palliatív ellátás fejlettségében 2013-ban	Helyezés a minőségi halál indexben 2015-ben (80 ország között)	Relatív helyezés a palliatív ellátás fejlettségében 2013-ban	Relatív helyezés a minőségi halál indexben 2015-ben	Különbség a relatív helyezésekben
Egyesült Királyság	1	1	1	1	0
Belgium	2	5	2	3	-1
Hollandia	2	8	3	5	-2
Svédország	4	16	4	7	-3
Írország	5	4	5	2	3
Ausztria	5	17	6	8	-2
Németország	7	7	7	4	3
Dánia	8	19	8	9	-1
Lengyelország	10	26	9	14	-5
Spanyolország	11	23	10	12	-2
Olaszország	12	21	11	11	0
Magyarország	12	41	12	17	-5
Franciaország	14	10	13	6	7
Portugália	16	24	14	13	1
Litvánia	20	30	15	15	0
Finnország	21	20	16	10	6
Csehország	22	33	17	16	1
Románia	22	64	18	19	-1
Görögország	27	56	19	18	1

Ezek az adatok elgondolkodtatóak: megmutatják azokat a lényegi elemeket, amelyek terén a magyar palliatív ellátás mindenképpen fejlesztésre szorul. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi és a szociális döntéshozók, valamint maga a társadalom sem ismeri fel, hogy mennyire nagy szükség van ennek a területnek a fejlesztésére!

Még egy érdekes áttekintés jelent meg az elmúlt időben (Centeno et al, 2016), amely a nyugat- és kelet-európai palliatív ellátás fejlődését tekinti át szervezeti formák szerint, amelyből látható, hogy – míg Nyugat-Európára a palliatív ellátás dinamikus fejlődése jellemző, addig Kelet-Európában minimális az előrehaladás. Még nem ismerték fel, hogy jelentős forrásokat kell elkülöníteni erre a célra – ld. a 3. táblázatot.

3. táblázat: A nyugat- és kelet-európai palliatív ellátás fejlődése szervezeti formák szerint: otthoni ellátás (HCT), kórházi mobil team (HST) és intézményi ellátás (IPCS) (2005-2012) (Centeno et al, 2016)



(Magyarázat: HCT - home care teams = otthoni ellátás; HST - hospital support teams = kórházi mobil team-ek; IPCS - inpatient palliative care services = intézményi ellátás)

2012-ben több mint 5000 palliatív ellátó szolgálat volt Európában, ebből 2063 volt az otthoni, 1879 intézményi és 1088 mobil team (kórházi támogató szolgálat). A növekedés Nyugat-Európában az intézményi, otthoni és mobil szolgálatok tekintetében 62%, 52% és 31%, Kelet-Európában 20%, 14% és 3%.

Magyarországon a növekedés 2005 és 2012 között a következőképpen alakult:

- az otthoni szolgáltatók száma 28-ról 69-re nőtt: ez 69 %-os lefedettséget jelent, az európai standard szerinti előíráshoz 99 szolgálat kellene;
- az intézményi ellátás 11-ről 13-ra nőtt; ez 26%-os lefedettséget jelent, az európai standard szerinti előíráshoz 50 intézményi ellátó kellene;
- a mobil team-ek száma 4-ről 3-ra csökkent, ez 6%-os lefedettség, az európai standard szerinti előíráshoz 50 mobil team kellene.

Külföldön egyre nyitottabb a rendszer más betegcsoportok irányában: ilyen pl. a sclerosis multiplex, a Parkinson kór, a COPD, a végstádiumú szívelégtelenség, illetve a demencia. Az Amerikai Egyesült Államokban a demenciával kapcsolatos halálesetek 67%-a ápolási

otthonokban történik. Bár a szakértők elismerték, hogy a demencia gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegség (és a statisztikák is azt mutatták, hogy az előrehaladott demenciában szenvedők 71%-a a felvételt követő 6 hónapon belül meghal), tíz évvel ezelőtt még csak 11%-ukat utalták hospice ellátásba. A 2012-es adatok szerint már a demenciában szenvedő betegek 44,3%-a vett részt hospice gondozásban az USA-ban. (Volicer, 2005) Ez utóbbi példa is jelzi a fejlődés egyik lehetséges irányát Európában is.

IRODALOM

CENTENO C, LYNCH T, GARRALDA E ET AL. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): *Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries*. *Palliative Medicine*, 2016, 30(4): 351–362.

EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, 2013.

<http://dspace.unav.es/dspace/handle/10171/29291?locale=en> (letöltve:2016. október 2.)

VOLICER L: *End-of-life care for people with dementia in residential care settings*. Alzheimer's Association, USA, 2005.

WOITHA K, GARRALDA E, MARTIN-MORENO J, CLARK D, CENTENO C. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2016; 52 (3): 370-377.

The World Health Organization (WHO). Sixty-seventh World Health Assembly (WHA). 2014-2015. <http://www.who.int/mediacentre/events/2014/wha67/en/>
(letöltve: 2016. október 2.)

Dr. habil. Hegedűs Katalin PhD

egyetemi docens, igazgatóhelyettes

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

Magatartástudományi Intézet

hegedus.katalin@med.semmelweis-univ.hu