



## Tévhit és valóság – a hospice-ról

Hegedűs Katalin

A hospice-ellátás több mint húsz éve létezik Magyarországon és még mindig számos misztikum és tévhit veszi körül. Misztikum, hiszen a rákbetegség, a halál és haldoklás kérdése mindmáig kevésbé feloldott tabu és ezáltal a halál és haldoklás helyszínét, a haldokló betegek gondozását övező kérdések is azok. És vannak tévhit, amelyek makacsul tartják magukat, mint például: „a terminális stádium az élet utolsó néhány napja”, „a hospice egy ház, ahová beteszik a haldoklókat”, „a hospice és az elfekvő között nincs különbség”, „nem kell mást tenni, csak fogni a haldokló kezét”, „Magyarországon még nem létezik igazán”, „a hospice-ellátásért fizetni kell”, „csak alapítványi formában működik”.

Fontos misszió tehát, hogy a tévhitekkel szembeállítsuk a valóságot, segítve ezzel azokat, akik igazán tenni szeretnének a súlyos állapotban levő betegekért, családtagjaikért és az ellátó személyzetért.

### Első tévhit: „a terminális stádium az élet utolsó néhány napja”

A KSH adatai szerint Magyarország vezet a rákhalálozásban: 246,4/100 000 fővel (az európai átlag 177,5/100 000 fő) (1). Magyarországon 2010-ben összesen 130 456-an haltak meg, közülük 33 076 fő daganatos megbetegedésben (2). Évente 60-70 000 az új daganatos megbetegedések száma Magyarországon, de az, hogy országunkban a daganatos betegek fele meggyógyul, sajnos nem kap elég visszhangot.

A rákbetegségek mindmáig erősen stigmatizáló hatásúak. Susan Sontag „A betegség mint metafora” című kitűnő könyvében vizsgálta a gyógyíthatatlan, stigmatizáló betegségek mítoszát, „metaforáit” – és felhívta a figyelmet arra, hogy a mítosz megszűnik, mire a betegség gyógyíthatóvá válik. A súlyos állapotú rákbetegek ma is sokszor izolálódnak: a család, a kezelőszemélyzet és a betegtársak kerülni kezdi őket és így egyedül maradnak a fájdalmaikkal és a kérdéseikkel. A gyógyíthatatlan betegségek szimbóluma az elfekvő, ahová végső soron ezeknek a betegeknek a többsége került az elmúlt évtizedekben. A hospice-mozgalom pedig éppen azért jött létre, hogy szakítson az „elfekvő-jelenséggel”.

Ma a hospice és palliatív szakellátásban részesülők több mint 95%-a rákbeteg Európában (3).

A hospice egységes definiálását megnehezíti, hogy manapság számos kifejezéssel találkozunk ezen a területen, amely csaknem ugyanazt jelenti: palliatív ellátás, hospice, szupportív terápia, életvégi ellátás, terminális ellátás stb. Ez az európai országokban eltérő fejlődésből is adódik. „Egyes országokban a hospice inkább gondoskodási filozófiát jelent és nem az ellátás típusát, amelyben megvalósul. Németországban például a »hospice-munka« kifejezés leginkább olyan gondoskodást jelent, amely közösségi kezdeményezésekre jött létre, erősen támaszkodik az önkéntesek munkájára, a »palliatív ellátást« vagy még inkább a »palliatív orvoslást« pedig orvosi szakterületnek tekintik (4).”

A WHO az 1990-es első ajánlásában a hospice szó helyett már a palliatív ellátás fogalmát használta, amelynek elsődleges jelentése: a tüneteket enyhítő intézkedés, gyógymód. A WHO definíciója a palliatív gondozásról szélesebb alapokra helyezte a hospice-filozófiát, szellemiséget (5). A hospice „mozgalomjellege” elsősorban önkéntességen alapuló, karitatív tevékenysége, illetve szervezeti megközelítése („hospice-ház”) helyett utal arra, hogy ez a gondozási forma immár az egészségügyi rendszer integráns része.

2002-ben a WHO úgy határozta meg a palliatív ellátást, hogy az:

- segít a családnak abban, hogy megbirkózzon a közeli hozzátartozó betegségével, és támaszt nyújt a gyász időszakában;
- csillapítja a fájdalmat és az egyéb kínzó tüneteket;
- az életet és a halált normális folyamatnak tartja;
- nem tesz semmit a halál megrövidítése és meghosszabbítása érdekében;
- integrálja a betegellátásba a pszichológiai és spirituális tényezőket;
- támogató rendszert kínál, hogy a beteg a lehető legaktívabban élhessen a halálig;
- támogató rendszert kínál a család számára a betegség ideje alatt és a gyász időszakában;
- teammunkát alkalmaz, amely a beteg és családja szükségleteire irányul, beleértve a gyásztanácsadást, ha az javasolt;
- kiemeli az életminőséget, és ugyanakkor pozitívan viszonyul a betegség folyamatához;
- alkalmazható a betegség korai stádiumában, az életet meghosszabbító terápiákkal – mint a kemoterápia és radioterápia – együtt, és magában foglalja azokat a szükséges vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez (6).

Magyarországon még elsősorban a betegség terminális időszakára vonatkozik a hospice és a palliatív ellátás. A terminális állapot „bármely betegség azon időszaka, amikor az ismert és alkal-

*A gyógyíthatatlan betegségek szimbóluma az elfekvő, ahová végső soron ezeknek a betegeknek a többsége került az elmúlt évtizedekben.*

1. táblázat. A hospice és palliatív ellátási rendszer szintjei (8)

| Palliatív ellátás   |                                      |                                                    |                                 |                                                     |
|---------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                     | Palliatív megközelítés               | Általános palliatív ellátás szakszerű támogatással |                                 | Palliatív szakellátás                               |
| Akut ellátás        | Kórház                               | Önkéntes hospice-gondozás                          | Kórházi palliatív támogató team | Palliatív osztály                                   |
| Hosszú távú ellátás | Ápolási otthon, lakóotthon           |                                                    |                                 | Hospice fekvőbeteg-osztály                          |
| Otthon ápolás       | Háziorvosok, helyi ápoló szolgálatok |                                                    | Palliatív otthon ápoló teamek   | Hospice otthon ápoló teamek, nappali ellátó központ |

mazott gyógyító kezelések ellenére a beteg állapota hanyatlik, a betegség megállíthatatlanul halad előre és hosszabb vagy rövidebb idő alatt a beteg életét követeli. Más megközelítésben – a terminális állapotban alkalmazott *terápiás beavatkozások célja szerint* –, bármely betegség azon szakasza, melyben ugyan bármely aktív kezelés végezhető, de a kezeléstől nem a gyógyulás, hanem a fájdalom és a kínzó tünetek enyhítése várható. Az élettartam behatárolt, kevesebb, mint 12 hónap... A terminális állapotban alkalmazott kezeléseket mellett a betegség folyamatosan, megállíthatatlanul rosszabbodik (7)."

*Tehát szakítanunk kell azzal a tévhittel, hogy a terminális stádium a betegség utolsó néhány napja. A legtöbb esetben több hónapról van szó, amikor még nagyon sokat lehet tenni a betegért, elsősorban az életminősége javítása érdekében.*

Második tévhit: „a hospice egy ház, ahová beteszik a haldoklókat”

A világban számos formája alakult ki a hospice-oknak:

- bentfekvő részlegek: hospice-otthon, hospice palliatív részleg
- hospice-otthoni ellátás
- átmeneti szervezeti formák: ambuláns gondozás, kórházi konzultatív csoport (mobil team), nappali kórház, gyászcsoporthoz, telefonos segélyszolgálatok.

Az ellátás szintjeivel kapcsolatban lásd az 1. táblázatot.

A táblázatból látható, hogy az alapellátás bármelyik formájába is bevihető a hospice-szemlélet, palliatív megközelítés. Meggyőződésünk, hogy – amennyiben a társadalom és főképpen az egészségügyi személyzet szemlélete fokozatosan megváltozik a halállal, haldoklással kapcsolat-

ban – egy idő múlva nem lesz szükség külön hospice-osztályokra.

A 2009-ben kiadott európai standardok dokumentuma számokat is hozzárendel a szervezeti formákhoz:

- palliatív osztály: 1 000 000 lakosra 50–80 palliatív ágy; 1,2 ápoló és 0,15 orvos/ágy
- hospice fekvőbeteg-osztály – 1,2 ápoló/ágy + elérhető orvos
- kórházi támogató team – 250 ágyas kórházanként egy team
- otthon ápoló szolgálatok – 100 000 lakosonként egy szolgálat
- önkéntes hospice-team – 40 000 lakosonként egy team
- nappali hospice – 150 000 lakosonként egy nappali hospice
- járóbeteg-rendelés – palliatív vagy hospice-osztályhoz csatlakozva (9).

Az Európai Tanács a 2003-as ajánlásában felsorolja a palliatív szakellátás személyi követelményeit. Ezek szerint az orvosokon és ápolókon kívül a következő szakembereknek kell teljes vagy rész munkaidőben, illetve meghatározott időben rendelkezésre állnia: szociális munkások, pszichoszociális támogatásban jártas szakemberek, megfelelő számú irodai dolgozó, adminisztrátor és általános asszisztens, gyógytornászok, gyászolók támogatásában jártas szakemberek, spirituális támogatás koordinátora, önkéntes koordinátor, lelkes, kezelő szakember, lymphoedema kezelésében jártos szakember, foglalkozásterapeuta, logopédus, dietetikus, gyógyszerész, kiegészítő gyógymódok specialistái, oktatószervező. Ezenkívül kiképzett önkéntesekre is szükség van (10).

2010-ben – a már harmadik alkalommal – kiadott magyar palliatív ellátási szakmai irányelvek kötelező alapteamet és ajánlott kiegészítő tago-

kat határoznak meg. A kötelező alapteam tagjai a megfelelő hospice-képzésben részesült orvos, ápolók, koordinátor, szociális munkás, gyógytornász és mentálhigiénés szakember. Az ajánlott kiegészítő tagok között szakkonzultánsok, foglalkoztató- és egyéb terapeuták, dietetikus és kiképzett önkéntes segítők szerepelnek (11).

*Visszatérve a tévhithez: a hospice nem „egy ház, ahozá beteszik a haldoklókat”, nem „modern elfekvő”, hanem egy kiterjedt szervezeti rendszerrel rendelkező gondozási modell, amelynek szigorú szakmai és személyi követelményei vannak.*

### Harmadik tévhit: „nem kell mást tenni, csak fogni a haldokló kezét”

Az Európa Parlament 2008-ban felmérte a 27 európai uniós ország palliatív ellátásának fejlődését és helyzetét (12). Európában a palliatív ellátásból két országban (az Egyesült Királyságban és Írországban) önálló szakvizsgát, tíz országban (Lengyelországban, Csehországban, Szlovákiában, Németországban, Franciaországban, Dániában, Finnországban, Norvégiában, Svédországban, Izlandon) pedig ráépített szakvizsgát lehet szerezni.

A magyar hospice-minimumfeltételek szerint a hospice-okban csak az dolgozhat, aki – a megfelelő szakképzettség mellett – akkreditált továbbképzést végez el. Magyarországon eddig 5500 orvos és egészségügyi szakdolgozó végzett el speciális hospice-továbbképzést. Emellett Magyarországon 2002 óta létezik hospice-szakápoló OKJ képzés, azóta több százan szereztek ilyen szakvégzettséget az ápolók közül.

*A tévhittel szemben a valóság az, hogy a haldokló beteg ellátása kemény professzionális munka, amely speciális orvosi és ápolói szakképzettséget is igényel.*

### Negyedik tévhit: „a hospice-ellátásért fizetni kell”

Az európai és a magyar hospice-alapelvek szerint a hospice-gondozás minden formája ingyenes, csak így valósítható meg a valódi esélyegyenlőség a haldokló ellátásában. A Kelet-Európában elterjedt hálapénz is megengedhetetlen. Csak a legapróbb részletekig kidolgozott hospice-standard elfogadása tudja megakadályozni a hospice-gondolattal való visszaélést. Biztosítani kell, hogy akik a hospice-nevet használják, valóban garantálják is a magas színvonalú és ingyenes hospice-gondozást.

*Szemben a tévhittel, a hospice-ellátásért nem kell fizetni, mivel az – Európában mindenütt, így Magyarországon is – a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi ellátásnak minősül.*

### Ötödik tévhit: „Magyarországon még nem létezik igazán”

Magyarországon 1991 óta létezik hospice-ellátás, 2004 óta finanszírozza az OEP. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) minden évben statisztikai felmérést készít, amelynek alapján 2010-ben már 78 betegellátó intézmény, illetve otthoni szolgálat végzett hospice-tevékenységet (14) (1. ábra).

A hospice-szervezetek megoszlása 2010-ben a következő volt:

- 11 hospice bentfekvő részleg (171 ágy)
- 62 hospice otthoni ellátást végző szolgálat (ebből hat csoport több megyében is működik)
- két ápolási intézetben, illetve idősök otthonában hospice-jellegű ápolás (15 ágy)
- három hospice mobilteam (kórházi támogató csoport).

A hospice bentfekvő részlegek esetében összesen 186 ágy állt rendelkezésre, ami megegyezik az előző évivel. A hospice-szolgálatok számának növekedése tehát kizárólag az otthoni szolgáltatók számának növekedéséből adódott.

Az OEP-finanszírozás a pályázati úton befogadott bentfekvő részlegek esetében a 43/1999-es finanszírozási kormányrendelet 8. melléklete alapján krónikus ellátások címszó alatt, kiemelt rehabilitációs ellátásként történik. Az otthoni hospice-ellátás esetében 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 35. §-a alapján az otthoni szakápolás 1,2-es szorzójával történt a finanszírozás, amelynek időtartama maximum 50 nap, amely meghatározott feltételek esetén kétszer meghosszabbítható, és az otthoni szakápolás alapdíjának 120%-a.

2010-ben 6500 volt az ellátott hospice-betegek száma az adatszolgáltató 62 szervezet szerint. Ez a daganatos betegségben Magyarországon elhunytak 20%-a. A bentfekvő részlegek 2025, az otthoni hospice-szolgálatok 3861, a mobilteamek 23, az ambuláns rendelések 587 hospice-beteget láttak el. A daganatos betegek aránya 91,7%, az átlagos gondozási idő 41 nap, a bentfekvő részlegekben az ágykihasználtság 79%, a halálozási arány 74,2%, az otthon meghalt betegek aránya 38% volt. A betegek életkori megoszlására jellemző, hogy az előző évekhez viszonyítva fiatalabb betegek kerültek hospice-ellátásba (61–70 év közöttiek, szemben az előző évekkel, ahol a 71–80 éves korosztály volt túlsúlyban).

*Biztosítani kell, hogy akik a hospice-nevet használják, valóban garantálják is a magas színvonalú és ingyenes hospice-gondozást.*

Az otthoni hospice-tevékenység százalékos megoszlása a következő: ápolás: 58,9%; tartós fájdalomcsillapítás: 21,2%; gyógytorna: 3,9%; fizioterápia: 0,4%; szociális tevékenység: 2%; diétás gondozás: 1,7%; mentálhigiénés tevékenység: 2,7%; gyógyszerelés, palliatív terápia (ez az, ami elsősorban az orvos tevékenysége): 9%. Sajnos ezek az arányok még mindig nem tükrözik a hospice-ellátás összetettségét (2. ábra).

Komplex tevékenységet Budapesten, Miskolcon és Pécsen találhatunk. A Magyar Hospice Alapítvány által működtetett Budapest Hospice Ház a bentfekvő részlegen és az otthoni ellátás koordinációs központján kívül helyt ad fájdalomambulanciának, pszichoonkológiai rendelésnek, telefonos lelkeség-szolgálatnak, gyász-csoportnak és nappali szanatóriumnak is. A miskolci Semmelweis Kórházban levő Erzsébet Hospice Otthon (Erzsébet Hospice Alapítvány) is hasonló szolgáltatásokat működtet. Pécsen bentfekvő, otthoni és szociális ellátás, valamint oktatási központ működik.

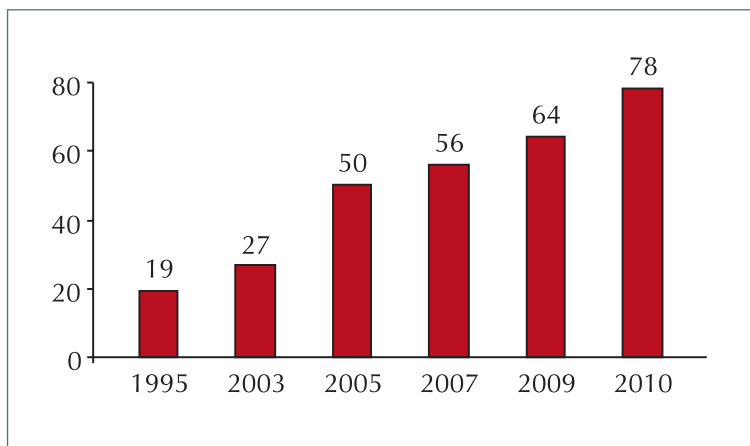
2010-ben 1011 fő végzett el valamilyen hospice-továbbképzést, összesen 11 helyszínen, ami azt jelzi, hogy komolyan veszik a dolgozók és a munkáltatók a folyamatos továbbképzés szükségességét ezen a nagyon nehéz területen.

A működés forrásait tekintve az OEP-támogatás mintegy 60-70%-át teszi ki a valódi hospice-ellátásnak. Az igazi, minőségi hospice-működéshez továbbra is szükséges az egyéb források keresése is. A 62 adatközlő közül 35 jelezte, hogy az OEP- vagy a szociális bevételeken túl egyéb forrást is felhasználtak – ezek elsősorban az SZJA 1%-ából, pályázatokból, adományokból adódtak. Említésre méltó, hogy 19 hospice-szervezet rendelkezik az SZJA 1%-ának bevételeivel, és 17 hospice-ellátó nyert el NCA, TÁMOP vagy egyéb pályázati támogatást. Jellemzően a legfrissebben alakult hospice-ellátó szervezetek közül is egyre többen élnek a menedzsment e fontos lehetőségével.

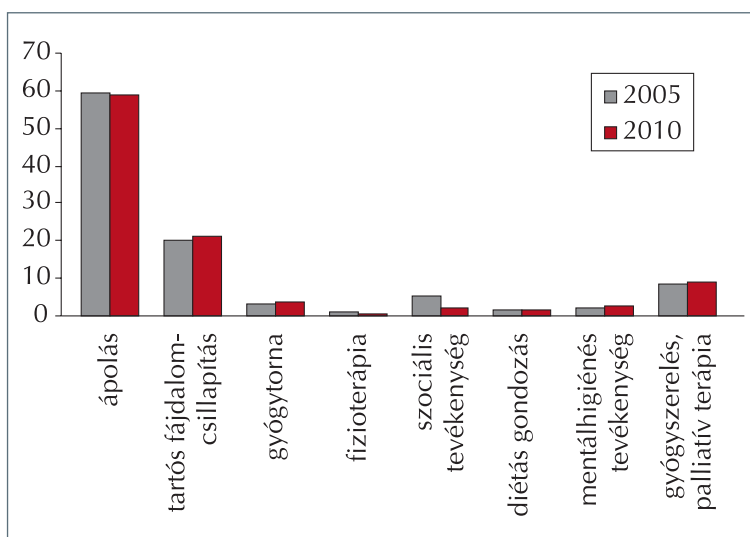
A hospice-szolgálatok túlnyomó többsége működtet valamilyen minőségirányítási rendszert.

A szervezetek által kiemelt legfőbb nehézségek az alábbi problémák köré csoportosulnak (zárójelben az említések száma): anyagi nehézségek, alulfinanszírozottság (25); későn kerülnek a betegek a hospice-ba (22); tájékozatlanság és az együttműködés hiánya (főleg a háziorvosok részéről) (22); orvoshiány, szakemberhiány (gyógytornász, pszichológus) (11); szemléleti problémák (7); bizonytalanság az elrendelésről (például terminális állapot) (6); problémák az OEP-pel, MEP-pel (dokumentáció, elvonások) (3); egyéb források megtalálása (3); infrastrukturális problémák (2).

*Szemben azzal a tévhitel, hogy Magyarországon a hospice-ellátás még nem működik igazán, el-*



1. ábra. A hospice-ok száma, intézményi és otthoni ellátók, 1995–2010



2. ábra. Az otthoni hospice-tevékenység százalékos megoszlása, 2005 és 2010 (Az OEP és az MHPE adatai)

*mondhatjuk, hogy – bár még korántsem elegendő a szolgálatok száma, de – a csaknem 80 hospice-ellátó szervezet évente 6-7000 végstádiumú daganatos beteget lát el.*

## Hatodik tévhit: „nincs mit tenni a haláltabu ellen”

A halál, haldoklás kérdésében még nem igazán működik nyílt kommunikáció a családokban, a társadalomban. A nyilvános viták többnyire az eutanázia és az orvosi műhibák témakörei körül keringenek, sokszor szenzációhajászmódon. Egyre több azonban a nyílt társadalmi kommunikációt segítő megmozdulás a hospice-szervezetek részéről, például figyelemfelhívó kampányok, konferenciák rendezésével, információs és szak-

mai anyagok készítésével. Ilyen figyelemfelhívó rendezvény a minden év októberében megrendezésre kerülő Hospice és Palliatív Ellátás Világnapja. A World Hospice and Palliative Care Day az angliai Help the Hospices kezdeményezésére azért jött létre, hogy az egész világon felhívja a figyelmet a haldokló betegek szeretetteljes ellátásának fontosságára, szellemi és anyagi támogatást szerezzen ennek az ellátási formának. Magyarországon évente, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület koordinálásával már több mint 30 településen, különböző rendezvények (például koncertekkel, kiállítások, misék) megrendezésével járulnak hozzá a méltó halál kérdéskörének középontba állításához ([www.hospice.hu](http://www.hospice.hu)).

Sikeres intervenciós törekvés volt a *Kharón* című folyóirat indítása is 1997-ben. A 2008-tól elektronikus formában olvasható ([www.kharon.hu](http://www.kharon.hu)) folyóirat lapjain olyan interdiszciplináris jellegű írások jelennek meg, amelyek a haldoklással, halállal és gyásszal kapcsolatos pszichológiai, bioetikai, szociokulturális és hospice-szal kapcsolatos problémákat járják körül.

A halál, haldoklás témaköréhez szorosan kapcsolódó és kiemelten fontos terület a gyász. Az intervencióban a szemléletformálás és a gyakorlati segítő tevékenység egyaránt teret kap, a társadalmi tudat formálásán kívül a szeretettüket elvesztő hozzátartozók és a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók támogatása is ide tartozik. Az első, kimondottan gyásszal foglalkozó hazai szervezet a Napfogyatkozás Egyesület, amely célul tűzte ki a társadalom figyelmének felhívását a gyászolók és az egyéb veszteségeket átélők nehézségeire, támogatásuk fontosságára; az egyéni és csoportos támasznyújtás kereteinek megteremtésére, a gyásszal kapcsolatos képzések és konferenciák szervezésére, kiadványok megjelentetésére ([www.gyaszportal.hu](http://www.gyaszportal.hu)).

A Magyar Hospice Alapítvány 2007-től „Méltság mezeje” elnevezéssel új közvélemény-formáló programot indított, melynek lényege, hogy a sárgán virágzó tavaszi nárciszhoz kapcsolódó rendezvényekkel hívják fel a figyelmet a szenvedő emberekre, az életvégre, és arra, hogy az emberi méltóság az utolsó pillanatig megőrizhető. A programba a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően iskolákat és óvodákat is bevontak, hogy már gyermekkorban elkezdődhessen az a tudatos nevelés, amely a szenvedő emberrel való együttérzést, a betegséghez, veszteségekhez való viszonyt természetessé teszi. Az őszi ültetéstől a tanév végéig a programhoz csatlakozott oktatási intézmények pedagógusai, valamint az alapítvány szakmai csoportja között folyamatos együttműködés zajlik. A program pedagógusok bevonásával célozza meg az általános iskolás korú gyerme-

ketek annak érdekében, hogy az élet értékeiről, az elesettek iránti szolidaritásról, a segítség lehetőségeiről folytathassanak egymással és tanáraikkal beszélgetéseket, és részt vehessenek az emberi méltóságról, a segítőkészségről szóló nyilvános programokban ([www.hospicehaz.hu](http://www.hospicehaz.hu)).

*A haláltabu feloldása hosszú és nehéz feladat, de sok minden történt már annak érdekében, hogy a halál és a haldoklás ne feltétlenül elhallgatások és félelmek közepette menjen végbe. Ezért a hospice intézményrendszerét minél több orvosnak ismernie és rászoruló betegének ajánlani kellene a jövőben.*

## Irodalom

1. Standardizált halálozási arányszám főbb halálokok szerint, 2008. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_int018.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int018.html). Letöltés: 2011. július 1.
2. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hoszu/h\\_wdsd001a.html?528](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_hoszu/h_wdsd001a.html?528). Letöltés: 2011. október 22.
3. Sontag S. A betegség mint metafora. Budapest: Európa Kiadó; 1983.
4. Radbruch L, Payne S, et al. Fehér Könyv az európai hospice-és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 1. rész. *Kharón* 2010;14(3):9.
5. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, 1990.
6. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2nd. ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
7. Hegedűs K, Szy I (szerk.). A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek. 2. bőv. kiadás. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület; 2002.
8. Radbruch L, Payne S, et al. Fehér Könyv az európai hospice-és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 2. rész. *Kharón* 2010;14(3):35.
9. Radbruch L, Payne S, et al. Fehér Könyv az európai hospice-és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 2. rész. *Kharón* 2010;14(3):39-50.
10. Az Európa Tanács Rec (2003) 24. sz. ajánlása a tagországok számára a palliatív ellátás szervezéséről. Magyarul megjelent a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület kiadásában, 2004.
11. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice-és palliatív ellátásáról. Egészségügyi Közlöny 2010;LX(7):1458-547.
12. Palliative Care in the European Union. Report, European Parliament, Policy Department, Economic and Scientific Policy, 2008. [www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421](http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421). Letöltés: 2011. július 2.
13. 15/2004. (III.8.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelet módosításáról.
14. Lásd részletesen: <http://www.hospice.hu/egyesulet/hospice-jelentesek>. Letöltés: 2011. augusztus 25.

A szerző: egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet igazgatóhelyettese.  
E-mail: [hegkati@net.sote.hu](mailto:hegkati@net.sote.hu)

(A tanulmány a szerző által az *Időskoriúak egészségpszichológiája* című könyvébe írt könyvfejezetének rövidített változata. Szerk: Kállai J, Kaszás B, Tiringier I; Medicina Kiadó, 2012).