

Összehasonlító tanulmány a hospice- és palliatív ellátásról Magyarországon (Zala megye) és Ausztria (Burgenland és Bécs) esetében a TÁMASZ projekt keretében – Szociális Hálózatfejlesztés a Határ Mentén (Program: Európai Területi Együttműködés (ETE) Ausztria - Magyarország Határon Átnyúló Együttműködési Program 2007-2013; az Európai Regionális Fejlesztési Alap: ERFA finanszírozásával)

Bergmann, Nadja / Major, Andrea / Lechner, Ferdinand / Selak, Sanja / Sorger, Claudia / Willsberger, Barbara



creating the future

Programm zur grenzüberschreitenden Kooperation ÖSTERREICH - UNGARN 2007-2013  
AUSZTRIA - MAGYARORSZÁG Határon Átnyúló Együttműködési Program 2007-2013



EUROPEAN UNION  
European Regional  
Development Fund

## IMPRESSZUM

Szerzők: A jelentést a BFI Wien megbízásából az L&R Sozialforschung készítette

A tartalomért felelős:

L&R Sozialforschung, Liniengasse 2A, 1060 Wien

Minden jog fenntartva, másolat – részlet felhasználása is kizárólag  
forrásmegjelöléssel lehetséges

Bécs, 2012. november

# Tartalom

<b>1 Bevezetés</b>	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
<b>2 Definíciók és fogalmak meghatározása</b>		<b>4</b>
2.1 Fogalmak tisztázása	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
<b>3 Jogi keretfeltételek</b>		<b>8</b>
3.1 Jogi keretfeltételek Ausztriában		8
3.2 Jogi keretfeltételek Magyarországon	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
<b>4 Képzés- és továbbképzés</b>	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
4.1 A palliatív és hospice személyzet képzésének kritériumai Ausztriában	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
4.2 Képzési és továbbképzési lehetőségek Ausztriában	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
4.3 A magyarországi hospice személyzet képzési helyzetének jellegzetességei	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
4.4 Képzési és továbbképzési lehetőségek Magyarországon		22
4.5 Az ausztriai és magyarországi képzési és továbbképzési rendszerek összehasonlítása, végkövetkeztetések	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
<b>5 Finanszírozás</b>	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
5.1 Finanszírozás Ausztriában	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
5.2 Finanszírozás Magyarországon	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
<b>6 A hospice és a palliatív ellátás megvalósítása Ausztriában és Magyarországon</b>	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
6.2 Megvalósítás Ausztriában	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
6.3 Esettanulmány az oberwarti/burgenlandi diakónia idősek otthonáról és gondozóotthonról	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	9
6.4 Az ápoló személyzet foglalkoztatási helyzete	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
6.5 Megvalósítás Magyarországon	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>	
6.6 Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat esettanulmány		47
6.7 „TÁMASZ” Alapszolgáltatási Intézmény mobil otthonápolás esettanulmány		53
<b>7 Ajánlások</b>		<b>59</b>
<b>8 Felhasznált irodalom</b>	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
<b>9 Függelék</b>		<b>65</b>
9.1 Kézikönyv esettanulmány		65
9.2 Áttekintés: Hospice- és palliatív ellátás Burgenlandban - kapcsolatok		67
9.3 Áttekintés: Hospice- és palliatív ellátás Bécsben - kapcsolatok		69
9.4 Áttekintés: Hospice infrastruktúra Zala megyében		84

# 1 Bevezetés

Egy öregedő társadalomban a jövőben mind a városi mind vidéki régiókban az idősök és ápolásra szoruló gondozása komoly kihívást jelent. A mobil szolgálatok iránti igény, nappali kórházi és kórházi kezelés egyre több lesz és vele együtt a jól képzett szakemberek iránti igény is növekszik.

Az idősök és gondozásra szoruló ápolási lehetőségei tekintetében a következő lehetőségek vannak:

- Mobil szolgálatok
- Kórházi szolgálatok (pl. ápolási helyek, otthonok ápolással)
- Rövid idejű ápolás
- Alternatív lakóformák (pl. idősök lakóközössége, idősök lakhelye)

2010-ben Burgenlandban 4.310 főt és Bécsben 30.297 főt láttak el szociális szolgáltatások keretében, valamint 1.768 főt Burgenlandban és 13.767 főt Bécsben kórházi körülmények között gondoztak, ill. ápoltak. Burgenlandban nincs lehetőség a rövid idejű ápolásra, Bécsben ezt a szolgáltatást 970 fő vette igénybe. Zala megyében 2010-ben 2.516 fő ált hosszú vagy rövid ideig gondozás alatt és 1.105 nappali gondozás alatt, 3.608 fő részesült házi gondozásban.

Továbbá nőtt az igény a **hospice- és palliatív ellátás** iránt azért, hogy a halálos beteg embereknek méltóságteljes életet biztosítsanak, a beteg megőrizze autonómiáját, és támaszt kapjon fájdalomterápia, lelki, szociális és lelkeszi-spirituális segítséggel. Ez a terület áll a határon átnyúló tanulmány középpontjában. Azért, hogy a vizsgált területen (Bécs, Burgenland és Zala megye) áttekintést nyújthassunk a meglévő gondozási struktúrákról a következő fő szempontok kerültek kidolgozásra:

- A hospice és palliatív ellátás definíciója és megértése,
- A jogi helyzet Magyarországon és Ausztriában,
- A foglalkoztatottak képzése valamint képzési lehetőségek,
- Az ellátási lehetőségek finanszírozása valamint

- A hospice és palliatív ellátás megvalósításának leírása speciálisan középpontba állítva a vizsgált területen megvalósult esetpéldákat.

Az ajánlások Ausztria és Magyarország közötti összehasonlítás alapján valamint irodalmi munkákból az utolsó részben kerültek összefoglalásra.

## **2 Definíciók és fogalmak meghatározása**

### **2.1 Fogalmak tisztázása**

A különböző szerzők (pl. Radbruch/Payne 2011a) hangsúlyozzák, hogy pontos meghatározás és a különböző fogalmak behatárolása a hospice és palliatív ellátás esetében nem lehetséges – különösen, ha nemzetközi-összehasonlító kontextusban tesszük mindezt – a beszámoló elején tájékoztatásul egy definíciós áttekintést közlünk:

#### **„Hospice“**

Jelentése, súlyos- és halálos beteg embernek segítséget nyújtani, őt és családját fájdalomterápiával, lelki, szociális és lelkeszi-spirituális segítséggel támogatni.

#### **"Palliatív gyógyászat"**

Olyan betegek kezelését jelenti, akik nem gyógyíthatóak, betegségük előrehaladott (maradandó) vagy messze előrehaladott várható korlátozott élettartammal. Egy a páciens saját maga által meghatározott, panaszmentes és tudatos életre törekvése a halálig.

#### **„Palliatív ellátás“**

Egy gyógyíthatatlan betegség előrehaladott stádiumában a páciens szakmailag megalapozott, átfogó és egyénre szabott ápolása, amely lehetőség szerint a magas életminőséget és az önrendelkezést hivatott segíteni. A hozzátartozók bevonásával és segítségével egy olyan környezet kialakítása a cél, amelyben a betegségből következő válságok és nehéz szituációk legyőzése lehetséges.

#### **Célcsoportok**

A hospice és palliatív ellátás célcsoportja egyrészt a gyógyíthatatlan betegek és a halálos beteg emberek - akik előrehaladott stádiumban erős fájdalommal, lelki teherrel és/vagy más az életminőséget korlátozó tünetekkel küzdenek - illetve az ő hozzátartozóik. A hospice és

palliatív (orvoslás, ápolás, stb.) fogalomkör behatárolására illetve tartalmi átfedésére számos példa mutatkozik „egymásra vonatkozási viszony” van közöttük.

Az eszköz, amellyel a hospice ötletét meg lehet valósítani maga a „palliatív ellátás”, vagyis palliatív ápolás. A hospice szemlélet segítségével a palliatív orvoslás az egész embert látja, kevésbé gépesített formában, több személyzet igénybevételével, specializált orvoslással. Súlyos- és halálosan beteg embereknek orvosi segítséget, gondozást és lelki-szociális támaszt tud nyújtani.

Mindkét fogalom közös célja, hogy a súlyos- és halálosan beteg embereknek lehetővé tegyék, hogy „az utolsóig éljenek”. A „hospice”-szal a szemléletmód kapcsolható össze, amíg a „palliatív” kifejezéssel inkább a professzionális cselekvés. A „palliatív osztály” kifejezés olyan kórházi osztályokra vonatkozik, amelyek a kórházban integráltak. A „hospice” egy kibővített ápolási szolgálat, gondozási színvonal (palliatív gondozás) és belső professzionális lehetőség, beleértve a gondozást, melyet a dolgozók díjazás nélkül végeznek. Ezek általában önálló intézmények.

A „palliatív kórházi osztály” és a „hospice” elsősorban a finanszírozás és a szervezeti struktúra oldaláról egy adminisztratív modellt fejeznek ki, de nem jelzik a tartalmat és a gondozás minőségét.

Nemzetközi szervezetek, mint a WHO (Egészségügyi Világszervezet), és az EU (Európai Unió) is, a különböző szinteken definíciókat és a témakörben irányelveket fogalmaztak meg:

### **2.1.1 A WHO<sup>1</sup> definíciója<sup>2</sup> a palliatív gondozásról**

A WHO (Egészségügyi Világszervezet) a palliatív gondozást úgy írja le, amely abból indul ki, hogy az emberek és családjaik életminőségét javítani kell, olyan helyzetben, amikor átéljük, hogy foglalkozniuk kell egy gyógyíthatatlan, előrehaladott betegséggel. Megelőzéssel és a szenvedések enyhítésével, a betegség korai felismerésével, a fájdalmak felmérésével és enyhítésével és más megterhelő esemény testi, lelki, szociális, kulturális és spirituális nézőpontokat figyelembe véve cselekszik.

A palliatív ellátás:

- támogatást nyújt a fájdalmak és más megterhelő tünetek enyhítéséhez
- az élet mellett érvel, a halált természetes folyamatként kezeli
- síkra száll azért, hogy ne sietesse és ne is nyújtsa ki a halál időpontját

---

<sup>1</sup> World Health Organisation (Egészségügyi Világszervezet)

<sup>2</sup> <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, szabadon fordította Cornelia Knipping. (2012. 08. 30.)

- átfogó gondoskodást nyújt a gyógyíthatatlan betegek és családjuk részére a pszichológiai, szociális és spirituális szempontok korai bevonásával
- megfelelő időben egy támogató rendszert kínál, hogy segítsen az érintetteken, azért, hogy lehetőség szerint aktív életet tudjanak élni egészen a halálig
- megfelelő időben egy támogató rendszert kínál, hogy segítse a családokat, a betegség lefolyásának egyes szakaszaiban (diagnózis, terápia, utókezelés és halál), hogy megbirkózzanak a gyásszal (Coping)
- több tudományt és szakterületet felölelő csoportra van szükség, akik elsősorban a gyógyíthatatlan beteg igényeivel és a hozzátartozókkal foglalkoznak, figyelmet fordítanak és támogatást nyújtanak a gyász feldolgozásához, amennyiben ezt óhajtják vagy jelzik
- támogassa az életminőséget és az életet segítő pozitív hozzáállást a gyógyíthatatlan betegséghez
- már a gyógyíthatatlan betegség korai szakaszában alkalmazni kell más beavatkozással együtt, mint a kemoterápia és a sugárkezelés, amely az életet meghosszabbító lehetőséget helyez kilátásba. Magába foglal további diagnosztikai beavatkozásokat a betegség jobb megértésére és célzott bánásmódot foganatosít a beteget terhelő tünetek és komplikációkkal szemben.

## **2.1.2 A hospice és palliatív ellátás szabványai és irányelvei**

### **Európában**

Az Európai Palliatív Szövetség (EAPC) egy fehér könyvet adott ki a hospice és palliatív ellátás szabvány normáinak definíciója és irányelvei meghatározására (német fordításban: Radbruch/Payne 2011a und 2011b). Ezt a definíciót Európa-szerte használják, akkor is, ha a gyakorlatban eltér az alkalmazás és minden országban más súlypontok vannak.

A fehér könyv szerint az EU-ban a következő a specializált és a nem specializált palliatív ellátás kínálata:

- A palliatív ellátás nem specializált kínálata:
  - önkormányzati betegellátás / kórházon kívüli betegellátás
  - helyi házi orvosok
  - ambuláns ápolási szolgálat
  - általános kórházi osztályok
  - gondozóotthonok



- A palliatív ellátás specializált kínálata:
  - palliatív osztályok
  - kórházi hospice szolgálat
  - a betegre szabott klinikai ellátás
  - ambuláns palliatív szolgálat/ otthonápolás csoport
  - ambuláns hospice szolgálat
  - nappali hospice
  - ambulancia és ellátó központok

Ebből a kínálatból több elérhető Ausztriában és Magyarországon is, de a fontossági szempontok különböznek (lásd alább).

A hospice és a palliatív ellátás irányelveit az alábbi pontokban foglaljuk össze:

- Előrelátó tervezés az ellátásban
- Palliatív szolgálatokhoz való hozzáférés
- Folytonosság az ellátásban
- Az előnyben részesített ellátási helyszín
- Az ellátás helyszínei
- Palliatív hálózatok
- Személyzet a specializált palliatív ellátásban
- Önkéntes munka
- Palliatív otthonápolási szabadság

A palliatív ellátáshoz szükséges betegágyak számát 1 millió lakos esetében 100 palliatív betegágyra becsülik, illetve 10 palliatív kórházi osztályra 8-12 betegágy jutna osztályonként. A konkrét szükségletet azonban az összes elérhető palliatív ellátási kínálattal együtt kell vizsgálni. Ausztriában például mintegy 60 betegágyat tartanak szükségesnek 1 millió lakosonként (Radbruch/Payne 2011b).

A többi szolgáltatásból a következő igény merül fel:

- 100.000 lakosonként egy ambuláns palliatív csoport
- 40.000 lakosonként egy ambuláns hospice csoport

A többi ellátási kínálat esetében a régiós specializálódás és jellegzetességek miatt konkrét igényt nem lehet számszerűsíteni.

## 3 Jogi keretfeltételek

### 3.1 Jogi keretfeltételek Ausztriában

Az osztrák szociális ellátórendszer a jóléti állam alapelveire épül. Ezért az ápolásra szoruló idős emberek gondozása és támogatása elsősorban privát felelősség. Állami szociális szolgáltatásban csak specifikus lakossági csoportok részesültek a 80-as években. Először az elmúlt húsz évben vált az ápolás és a gondozás a szociálpolitika részévé.

Az idős emberek gondozásában az állam és a tartományok szerepe megoszlik. A kórházak és az orvos szakmák az állam felelősségkörébe tartoznak. A tartományok felelnek a lakó- és gondozóotthonokért, az idősek gondozásával kapcsolatos szakmákért, az otthon- és családsegítésért és az ahhoz kapcsolódó szolgáltatásokért.

Az idősek gondozóotthona, idősek otthona és idősek lakóotthona mindhárom formáját gyakran egymás szinonimájaként használják. Ezeknek le kell fedni a hosszan tartó kórházi kezelés és ellátás igényeit. Amiben alapvetően különböznek az a segítségnyújtás és az ellátási szolgáltatás formája és mértéke. A valóságban a három különböző forma gyakran egy intézményben összpontosul. Az állam és a tartomány között felosztott kompetenciák különösen Ausztriában okoznak nehézségeket a gondozási ellátásban (Zwarnig 2010).

**A palliatív orvoslás szisztematikus rendszerezése** Ausztriában 1999-ben történt meg először az úgynevezett osztrák kórházakra és nagy értékű berendezésekre vonatkozó tervben, amely a „hospice“ elnevezést kapta. 2001-ben az állam és a tartományok megállapodtak és konkrét tervbe foglalták, hogy minden területet lefedően fel-és kiépítik a palliatív egységeket a sürgősségi kórházakban. Az Egészségügyi Minisztérium részéről ezt tartották első lépésnek ahhoz, hogy minden ellátási területre átfogó hospice és palliatív ellátási koncepció készüljön el Ausztriában<sup>3</sup>.

A 2005-től érvényes megállapodásban a szövetségi alkotmányi törvény 15a cikke a szervezetről és az egészségügy finanszírozásáról a szövetség és minden szövetségi tartomány a palliatív és hospice területét érintően egyhangúlag előíranyozta, hogy „Ausztriában egyenértékű, teljes területet lefedő, részfeladatokra felosztott ellátás legyen, amit egységesen terveznek és prioritásként hajtanak végre“. A palliatív orvoslás ezzel 2005

---

3

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung/Konzept\\_zur\\_abgestuften\\_Hospiz\\_und\\_Palliativversorgung\\_in\\_Oesterreich](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Konzept_zur_abgestuften_Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich) (2012. október 12.)

óta az államszerződés 15a §-ban rögzítésre került. Ebben a megállapodásban szerepel továbbá, hogy: „a palliatív és hospice ellátás átfogó tervezésével az igényekhez igazodó kínálat feleljen meg az egészségügyi ellátás minden területén és minden szintjén, a kórházi sürgősségi és hosszan tartó ellátás területén, az ambuláns részen valamint a gondozási részen.”

Ebben az összefüggésben az egészségügyi szakma megbízásával egy szakértői csoport részfeladatokra osztott hospice és palliatív ellátási tervet készített. A szakértői csoportban képviselték magukat a tartományok, valamint a Hospice Ausztria és az Osztrák Palliatív Szövetség ernyőszervezete.

A munkacsoport munkájának eredményeként elkészült broszúra „Felosztott hospice és palliatív ellátás Ausztriában“(ÖGIB 2004)<sup>4</sup> egy koncepciót fogalmaz meg, amely egy ellátó rendszernek hat „tartópillérét“ tartalmazza. A 2006-os évben a koncepciót megerősítette egy munkacsoport, amelyben képviselve voltak a szövetség, a tartományok, az egészségbiztosító és az orvosi kamara. 2010 év végére a „tartópilléreket“ beépítették az Osztrák Egészségügy Struktúra Tervezetébe (ÖSG).

Egy átfogó hospice és palliatív ellátási koncepciónak minden ellátási területet le kell fednie, vagyis a kórházi sürgősségi és hosszan tartó ellátást, az ambuláns területet és az ápolási területet. Ehhez saját, specializált ellátási kínálatra van szükség, amely illeszkedik az ellátó rendszerhez és helyben nyújt támogatást.

A konkrét megvalósítás a tartományok feladata, amelyek 2013-ig a hospice és palliatív ellátásban egy területet lefedő, részfeladatokra felosztott ellátás megvalósítására törekednek (Husebö/Klaschik 2009).

---

<sup>4</sup> A broszúra számos definíciót is tartalmaz a hospice és palliatív ellátás témában, amely ebben a jelentésben egy központi információs forrás a definíciók áttekintéséhez.

**1. Ábra: A hospice és palliatív ellátás építőkövei az alábbi felosztásban**

	Hospice és palliatív ellátás			
	Alapellátás	Támogató kínálat		Ellátási kínálat
<b>Sürgősségi terület</b>	Kórházak	Hospice csoportok	Palliatív átfogó gyógyító szolgálat	Palliatív osztályok
<b>Hosszan tartó terület</b>	Idősek otthona és gondozóotthonok		Kórházi hospice ellátás	
<b>Családi terület otthon</b>	Helyben működő (szak)orvosok, mobil szolgálatok, terapeuták		Mobil palliatív csoportok	Nappali hospice ellátás

Forrás: ÖGIB 2004, 14.old.

A megfelelő gondozáshoz ideális esetben az érintettek egy felosztott ellátási rendszerben jutnak hozzá. Ezzel tudnak megfelelni annak az igénynek, hogy „a megfelelő páciens, a megfelelő időben, a megfelelő helyen” a megfelelő kezelést kapja. A palliatív alapellátást a meglévő egészségügyi és szociális intézményekben végzik. Ehhez szükséges, hogy a munkatársak jó képzésben részesüljenek.

A komplex helyzetekben és nehéz eseteknél a speciális ellátási kínálatból kiegészítő szakmai tapasztalat és a szükséges koordinációs kompetencia rendelkezésre áll. A palliatív ellátás ennél fogva felosztva működik speciális ellátási kínálattal, amelyeket a különböző igényekkel hangolnak össze (lásd az 1. ábrán)

1) Ábra:

- A palliatív osztályok vállalják a különösen komplex helyzetek ellátását, amelyeket más intézmények vagy szolgálatok nem tudnak megoldani, és amelyekhez rendkívüli orvosi gyakorlat szükséges.
- A kórházi hospice vállalja a kórházi ellátást, amikor az ápolás és a pszicho-szociális ellátási igény erőteljesebben merül fel.
- Nappali hospice ellátást annak kínálnak, aki az éjszakát a megszokott környezetben tudja eltölteni, ez tehermentesít napközben.
- Mobil palliatív csoportok és palliatív átfogó gyógyító szolgálatok speciális szakmai tanácsadással támogatják a többi szolgáltatót.

- A hospice csoportok támogatják a palliatív betegeket és hozzátartozóikat minden ellátási területen.

Ezzel párhuzamosan 2002 óta lehetőség van **családi ápolási szabadság** igénybe vételére: ápolást végző személyek törvényben előírt joga, hogy csökkentsék vagy megváltoztassák munka- és szociális jogi biztosítással a normál munkaidejüket. A családi ápolási szabadsággal Ausztria új szociálpolitikai területet hozott létre.<sup>5</sup>

A családi ápolási szabadság három hónapig tarthat és hat hónapra meghosszabbítható. A munkavállalók halálos beteg ápolási ideje alatt és 4 héttel utána védettek az elbocsátással szemben: a betegbiztosításuk és a nyugdíjbiztosításuk fennmarad.

### **3.2 Jogi keretfeltételek Magyarországon**

A hospice Magyarországon az egészségügyi területhez kapcsolódik, bekapcsolása a szociális területbe – ahol szociális szolgáltatásokat telepítettek – még nem történt meg megfelelő mértékben.

Jogi szempontból a hospice és a palliatív ellátás 1997 óta az új egészségügyi törvényben (*New Health Care Act §99*) került rögzítésre és 2002-ben integrálták a nemzeti irányelvek közé. 2004 óta egy minisztériumi rendelettel minimum szabványban rögzítették és a nemzeti betegbiztosító (OEP) megkezdte a hospice ápolás finanszírozását (Hegedüs 2010b). A törvényben rögzítésre került a hospice ellátásra és az otthonápolásra való jog (a kínálat hiányában nem mindig alkalmazható). A 2006 évi „Nemzeti program a rák ellen” a palliatív ápolás, ill. az ahhoz való jog szintén rögzítésre került és minőségi szabványokat is kialakítottak (Martin-Morena 2008). A hospice és a palliatív ellátás Magyarországon összességében erőteljesen a rákos nem gyógyítható betegekre fókuszál: a nemzeti egészségbiztosító (OEP), amely finanszíroz hospice ápolást, rögzítette, hogy azon személyeknek, akik otthonukban hospice ellátásban részesülnek 90%-ban gyógyíthatatlan rákos betegeknél kell lenniük (Hegedüs 2010b). Hospice otthoni ápolást 50 napig rendelhet el a háziorvos, ami bizonyos körülmények között kétszer meghosszabbítható.

A hospice és a palliatív ellátás tovább fejlesztéséhez a lendületet leginkább a civil szervezetek kezdeményezései adják, ebben elöl jár a Magyar Hospice- Palliatív Egyesület, amelynek 65 szervezeti tagja van. 2006-ban az Egyesület tagja lett a Nemzeti Egészségügyi

---

<sup>5</sup> <http://www.hospiz.at> (2012. 08.30.)

Tanácsnak. Az Egyesület komoly befolyással bír mindenekelőtt a specifikus képzések és továbbképzések fejlesztése kapcsán, valamint a tudatosságra való nevelés miatt (Martin-Morena 2008). A hospice és a palliatív ellátás fejlesztésének „fő tervezője” az Egészségügyi Minisztérium, a hospice szervezetek mellett komoly szerepe van, szorosan együttműködik a szervezetekkel, ill. az ernyőszervezettel.

Az Egészségügyi Minisztérium már 1995-ben akkreditált egy nemzeti palliatív ellátási tréning programot, amely 40 óra bázis tanfolyamot tartalmaz. Mindenkinek, aki a hospice és a palliatív ellátás területén szeretne dolgozni, el kell végeznie ezt a tanfolyamot (Hegedüs 2010a).

## **4 Képzés és továbbképzés**

Fontos minőségi tényező a palliatív és hospice területén a képzés és továbbképzés, mivel a súlyosan beteg és haldokló emberek ellátásához (ápolási, orvosi és pszicho-szociális szaktudás) szükséges. A palliatív ellátás felépítésében, fejlesztésében és a gyakorlatban történő megvalósításban a képzés és továbbképzés megszervezése és elindítása már a kezdetek óta az egyik legfontosabb elem.

A következő fejezetben a hospice és palliatív ellátás képzési és továbbképzési rendszereit ausztriai és magyarországi példákon keresztül bemutatjuk, és azt követően összehasonlítjuk. Amennyiben az adatok rendelkezésre állnak, az összehasonlítás kiterjed a képzési és továbbképzési rendszerre az előírt legalapvetőbb kritériumok alapján, a képzés és a továbbképzés módjára, a tanórák számára, az elmélet és a gyakorlat arányára és a végzettséget igazoló oklevélre.

### **4.1 A palliatív és hospice személyzet képzésének kritériumai Ausztriában**

Az Osztrák Szövetségi Egészségügyi Intézet (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖGIB) szerint (2005) a palliatív gondozás szakterületét 1997-ben az általános egészségügyi és betegápolási képzésben 60 órában (az ápolók működését szabályozó törvény – GuKG) kezdték el tanítani. A szakértők szerint, a palliatív és hospice terület nincs megfelelő mértékben jelen az orvosi és ápoló szakmák alapképzési tervében (Gaulhofer 2010). „Ezek a kompetenciák és készségek, amelyeket a személyzetnek a súlyos betegek és haldokló betegek között maguknak kellett elsajátítani, szükségesek ahhoz, hogy szakszerűen bánjanak a betegekkel és jelentősen befolyásolják az érintettek életminőségét és a személyzetét is (Gaulhofer 2010: 64)“.

Ezért a Hospice ernyőszervezet és az Osztrák Palliatív Szövetség állásfoglalásában mindig újra megkövetelik az ezen a területen dolgozók képzésének és a továbbképzésének kiszélesítését, amely tartalmazza a palliatív orvoslás területén szakorvosok képzését is.

2003-ban egy országos koncepciót dolgoztak ki „palliatív ellátás továbbképzés“ elnevezéssel. A palliatív osztályoknak szerkezeti minőségi kritériumokat (SQK) határoztak meg, amelyeket rögzítettek, és kötelezővé tettek az osztrák kórházakra és nagy értékű

berendezésekre vonatkozó tervben (ÖKAP/GGP).<sup>6</sup> Ezek jelentik másfelől az Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv (ÖSG) előírásának alapjait.

Azért, hogy a gondozó személyzet a legjobban felkészült legyen a napi kihívásokra, a megalapozott kiegészítő képzéseknek fontos szerepe van a palliatív ellátásban. A „személyi képesítés“ alatt a következő továbbképzéseket tervezik a hospice kórházi ellátáshoz kapcsolódóan (ÖBIG 2004: 23):

- **Orvosi személyzet:** Általános orvosok és/vagy szakorvosok, a palliatív orvoslás területének külön ismereteivel (idevonatkozó továbbképzés legalább 160 órában). A palliatív osztály orvosi vezetésének legalább 160 órás palliatív képzést kell elvégeznie. A palliatív ellátás egyetemi szak elvégzése javasolt (Gaulhofer 2010).
- **Ápoló személyzet:** diplomás egészségügyi és betegápoló személyzet a palliatív ellátás sajátos területének ismeretével (idevonatkozó továbbképzés legalább 160 órában).
- **Szociális munka:** diplomás szociális munkás és vagy szociálpedagógus a palliatív ellátás sajátos területének ismeretével (idevonatkozó továbbképzés legalább 160 órában).
- **Önkéntes munka:** a Hospice Ausztria által elismert hospice segítő továbbképző tanfolyam (70 óra elmélet, 40 óra gyakorlat)

A **hospice csoportoknak** a következő képesítési kritériumokkal kell rendelkezniük (ÖBIG 2004: 29):

- **Főfoglalkozású koordinációs személy:** végzettséggel és szakmai gyakorlattal rendelkezik egy szociális vagy egészségügyi szakmában, szakmai és szociális kompetenciája van (pl. diplomás egészségügyi és betegápoló személyzet, diplomás szociális munkás) és a palliatív ellátás területét ismeri (idevonatkozó továbbképzés legalább 160 órában)
- **Önkéntes hospice segítő:** a Hospice Ausztria által elismert tanfolyam a hospice segítő tevékenységhez kapcsolódóan (70 óra elmélet, 40 óra gyakorlat). Folyamatos részvétel a csoporttalálkozó eszmecsereken (minden 4-6 hétben) és folyamatos továbbképzés (legalább 8 óra évente).
- **Egyéb önkéntes tevékenység:** Bevezetés, ill. beiskolázás szükség szerint

---

<sup>6</sup> ÖKAP/GGP: Osztrák kórházakra és nagy értékű berendezésekre vonatkozó terv



## 4.2 Képzési és továbbképzési lehetőségek

### Ausztriában

Ausztriában időközben széles kínálat alakult ki a palliatív ellátással kapcsolatos képzések és továbbképzések terén, amely a multi-professzionális alap szemináriumtól egészen a mester fokozatig terjed. Ausztriában háromlépcsős képzési rendszer kapcsolódik a hospice és palliatív ellátási tevékenységhez, amelyet különböző szolgáltatók kínálnak.

#### 4.2.1 Palliatív ellátás egyetemi szak

A palliatív ellátás egyetemi szak, amely egy továbbképzési lehetőség egyetemi végzettséggel a hospice és palliatív ellátás területén. A képzés keretében egy „Master of Palliative Care“ és/vagy „egyetemi palliatív szakember“ végzettséget lehet szerezni. Az egyetemi szeminárium keretében az érettségivel nem rendelkező ápolóknak is lehetősége nyílik egyetemi végzettséget szerezni.

Jelenleg évente tíz ilyen alapszemináriumot indítanak (két félév) egész Ausztriában, amely oklevél megszerzésével zárul. Aki szeretné megszerezni az egyetemi oklevelet, annak a tudását további két féléves szemeszter keretében szükséges bővíteni a következő területeken: palliatív orvoslás, palliatív ápolás, pszicho-szociális-spirituális palliatív ellátás és palliatív gyermekgyógyászat. A tudás további elmélyítésével „a palliatív ellátás szakértője“ végzettséget lehet szerezni (három félév) és egy további félév elvégzésével a „palliatív ellátásban mesterképzési fokozatot“ lehet elérni.

A palliatív gondozás egyetemi szak munka mellett végezhető és hat félévet vesz igénybe (három szint, azaz háromszor 2 szemeszter) és 1 félév a mester fokozat végzettséghez, mindösszesen 525 tanóra képzés. [92,5 ECTS] (European Credit Transfer System)

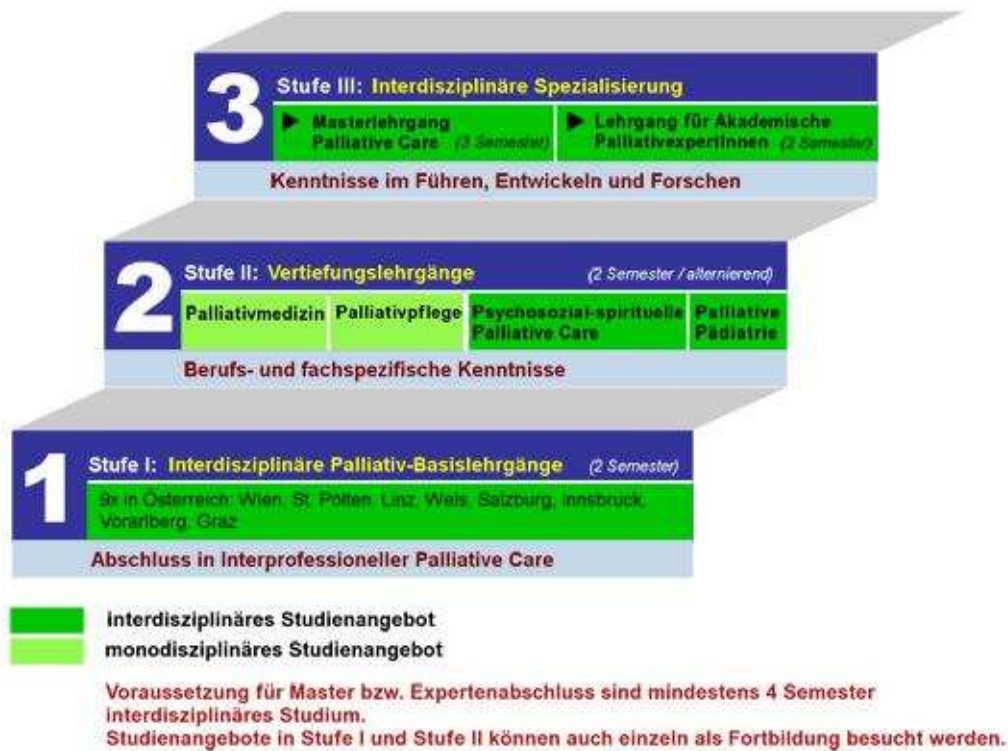
Két félév után összesen 150 tanóra elvégzését követően egy írásbeli projekt munkát kell készíteni és szóbeli vizsgát kell tenni egy bizottság előtt, amelyet követően valaki „**egyetemi végzettségű palliatív szakértő**“ lehet.

Összesen három félév után, 225 tanórát követően egy írásos diplomamunkát kell készíteni és bizottság előtt szóbeli vizsgán kell megfelelni. Ezt követően lehet a „**Master of Palliative Care**“ címet elnyerni. [92,5 ECTS]

- Az interdiszciplináris alapképzés I. fokozata hét tartományban különböző szolgáltatók közreműködésével indul és két szemeszterből áll, összesen 150 tanórát és 40 óra gyakorlatot tartalmaz. [23,5 ECTS]
- A II. fokozat egy szakma-specifikus tudást elmélyítő képzés, amely két szemesztert foglal magába és összesen 150 tanórát és 40 óra gyakorlatot tartalmaz, amely külső helyszínen zajlik. [23,5 ECTS]
- A III. szint egy interprofesszionális szeminárium egyetemi fokozattal, amely két részből áll:
  - Két szemeszter (összesen 150 tanóra), egy írásos projektmunka és egy bizottság előtt tett szóbeli vizsga után lehet elnyerni a „palliatív szakember“ egyetemi címet.
  - Összesen három szemeszter után (225 tanóra), diplomamunka elkészítésével és egy bizottság előtt tett szóbeli záróvizsgával lehet a „**Master of Palliative Care**“ címet megszerezni.

A részvétel feltétele egy mindenkor szakmai egyetemi végzettség (orvosi, diplomás egészségügyi-és betegápoló, teológia, pszichológia, szociális munka, egyetemi szakterápia-képzés, stb.), legalább két év tevékenység az egészségügyben és szociális területen és súlyos betegek segítésében szerzett tapasztalat. A felvételhez előírják, hogy kötelező részt venni egy információs döntést megelőző szemináriumon.

## 2. Ábra: A palliatív ellátás egyetemi szak felépítése



Forrás: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

### 4.2.2 Képzések és továbbképzések orvosoknak

Az orvosi képzésben a palliatív orvoslás nem szerepel csupán a választható tantárgyak között. A képzett orvosoknak a fent leírt egyetemi szak mellett egy sor továbbképzési lehetőségük van a palliatív orvoslással kapcsolatban, mint pl.

**palliatív egyetemi szakorvosoknak**, amely minden orvos számára lehetőség azzal a céllal, hogy a súlyos és halálos betegekkel hozzáértéssel bánjanak.

- Ez időben 73 tanórát vesz igénybe (73 DFP-pontnak felel meg), 3 kétnapos blokkra és 1 háromnapos blokkra van felosztva
- Tartalma: műtéti beavatkozás nélküli és műtéti beavatkozással elért fájdalomterápia, onkológia, klinikai gyógyszerterápia, sugárterápia, gastrointestinalis tünetek, palliatív sebészet, palliatív nőgyógyászat, palliatív geriátria, palliatív ideggyógyászat, palliatív urológia, palliatív bőrgyógyászat, légzőszavar tumor és neuromuszkuláris betegségek esetében, krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), kimerülés, kommunikáció, rossz hír közlése, a palliatív ápolás szempontjai, sztóma ellátása, palliatív gondozás a

gyerekgyógyászatban, a palliatív orvoslás etikája, gyász, jogi kérdések, a palliatív gondozó csoport, kórházi és ambuláns ellátás

### **4.2.3 Ápolók továbbképzése**

Az Osztrák Szövetségi Egészségügyi Intézet (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖGIB) szerint (2005) a palliatív ellátás szakterületét 1997-ben az általános egészségügyi és betegápolási képzésben 60 órában (az ápolók működését szabályozó törvény – GuKG) kezdték el oktatni. Ezen kívül az ápolás területén a palliatív ellátáshoz kapcsolódóan speciális továbbképzést tartanak, így azon a tanfolyamon is, amit a Bécsi Kórházak Szövetsége szervez:

#### **PALLIATÍV ELLÁTÁS TOVÁBBKÉPZÉS – szakma-specifikus továbbképzés a közalkalmazott egészségügyi dolgozóknak és ápolóknak <sup>7</sup>**

##### **A tanfolyam célja:**

- Megalapozott, innovatív és gyakorlatorientált tudás átadása
- A halállal kapcsolatos szak-specifikus, személyes és társadalmi nézőpontok magyarázata
- A hatékony kommunikáció és a közös munka támogatása
- Kiválasztott tünetkontroll, betegek és betegcsoportok kidolgozása fizikai, pszichés, szociális és spirituális szempontból
- Etikus-morális szempontok elemzése a palliatív ellátás tekintetében

##### **A tanfolyam felépítése (munka mellett):**

- 160 tanóra: 4 modul jelenléttel, 4x40 tanóra
- 70 tanóra: önszervezésű tanulás a jelenléti modulok között munka megbízások, a jelenléti modulok előkészületei és utómunkái és egy írásbeli záró munka
- 80 tanóra gyakorlat
- 16 tanóra prezentáció és záró munkák

##### **A tanfolyam tartalma:**

- A palliatív ellátás alapelvei
- A palliatív ellátásban kiválasztott tünetek
- A palliatív ellátás pszicho-szociális, spirituális és kulturális nézőpontból

---

<sup>7</sup>

[http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ\\_inhalte\\_anzeigen.asp?kurskuerzel=13415&kursgruppe=0106020306&veranstalter=AKH-PFLEGE](http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13415&kursgruppe=0106020306&veranstalter=AKH-PFLEGE)

- Szükséghelyzet a palliatív ellátásban
- Palliatív ellátás az élet utolsó napjaiban
- A csoportban végzett közös munka
- Etika és jog a palliatív ellátásban
- Kiválasztott célcsoportok a palliatív ellátásban: idősek, demens betegek, előrehaladott nem daganatos beteg gyerekek és személyek

#### **Célcsoport:**

- Diplomás egészségügyi dolgozók és ápolónők, diplomás egészségügyi dolgozók és betegápolók, diplomás gyermekápolónők és diplomás gyermekápolók, diplomás pszichiátriai egészségügyi dolgozók és ápolónők, diplomás pszichiátriai egészségügyi dolgozók és betegápolók, ambuláns és kórházi részről, olyan személyek, akik súlyos és halálos betegekkel ápolásával és hozzátartozóikkal foglalkoztak, vagy egészségügyi dolgozókat és ápolókat oktattak.

#### **Keretfeltételek:**

- A résztvevők száma: 0-18 fő
- Idő: 41 nap (426 tanóra)
- Költség: 2395 euró ÁFA nélkül

### **4.2.4 Tanfolyamok önkénteseknek**

Az önkéntesek munkájának a hospice területén Ausztriában nagyon jelentős szerepe van. Ahogy a fentiekben bemutatásra került, minden önkéntesnek tanfolyamot kell végeznie.

Két tanfolyamot mutatunk be az alábbiakban, amely az önkénteseknek lehetőséget nyújt, és a Hospice Ausztria ernyőszervezete mindkettőt elismeri:

#### **■ Bevezetés az élet, halál és gyász pillanataiban történő segítségnyújtáshoz (Bécs)**

Ezt a tanfolyamot az Osztrák Buddhista Vallási Közösség indítja, azoknak az embereknek, akik a múlandóság, halál és gyász témával foglalkozni akarnak, és különösen azoknak, akik a hospice területén önkéntes munkát szeretnének vállalni.

#### **A tanfolyam tartalma:**

- Önmegtapasztalás (elmélkedés saját magunkról, a saját halálról, saját gyászról)
- Beszédgyakorlatok és szerepjátékok
- Tudás közvetítés (bevezetés a jogi szempontokba, főleg egészségügyi szempontok)

- Gyakorlati feladat ápolói alapszabályok megszerzéséhez

#### **Terjedelem:**

- 120 tanóra
- Továbbá 40 gyakorlati óra

#### **■ Önkéntes hospice segítői képzés (Burgenland)**

A képzés célja az alapkompenciák elsajátítása az élet/halál és gyász kapcsán és önkéntes munka egy regionális hospice csoportban, ill. a déli mobil palliatív csoportban.

#### **Tartalom:**

- 85 óra elmélet (alapozó és kiegészítő tanfolyam)
- 40 óra gyakorlat (gyakorlati hely kórházban, gondozóotthonban és otthoni ápolásban)

### **4.2.5 További kínálat**

- „Spirituális segítségnyújtás a globális társadalomban“ mesterképzés [www.donau-uni.ac.at](http://www.donau-uni.ac.at)
- „Spirituális ellátás” egyetemi szeminárium
- Palliatív ellátás egyetemi szeminárium a MOKI (beteg gyermekek mobil ápolása) gyerekgyógyászati részlegén

## **4.3 A magyarországi hospice személyzet képzési helyzetének jellegzetességei**

Mind az intézmények közötti palliatív ellátásban úgy az otthoni hospice ellátásban létezik egy interdiszciplináris csoport, amely orvosokból, diplomás ápolókból, hospice koordinátorból, mentálhigiénés szakmai személyzetből, otthoni gyógytornászból és szociális munkásokból áll. Diabetikusok, önkéntesek, munka- és más terapeuták a kibővített csoport tagjai.

Az orvosoknak előírás a több mint 80 órás akkreditált palliatív (posztgraduális) képzés. A csoport többi tagja ellenőrzött 40 órás hospice továbbképzéssel rendelkezik. Egyes csoportokban dolgoznak hospice szakápolók vagy hospice koordinátorok, akik szintén kb. 1 év munka melletti OKJ-s (az egész országban elismert minősített képzés) hospice képzést végeztek el 1200 tanórával (az elmélet és a gyakorlat aránya 60-40%).

A magyar hospice-palliatív szövetség felmérése szerint 2011-ben a hospice szervezetek dolgozói közül 70-80% rendelkezett hospice továbbképzéssel. Az önkéntesek és a lelkesek körében – a hospice-ban csak kevesen vesznek részt a csoportban – ez a százalékos arány jóval alacsonyabb, kevesebb mint 50%.

A rákos betegek palliatív ellátása vagy más gyógyíthatatlan betegségekben szenvedő gyerekek esetében a csoporttal szembeni követelmények szigorúbbak. A csoport minden tagjának el kell végeznie egy bővített hospice tanfolyamot továbbá rendelkeznie kell egy gyermek palliatív tanfolyam elvégzésével. A csoport jogosult más részlegek személyzetének vagy más területek (szociális terület, iskolai hatóság stb.) rendkívüli támogatására. A posztgraduális vagy továbbképző tanfolyamokat különösen gyerekekre specializált képzési központokban (egyetemi klinikák) kínálják. (Forrás: Egészségügyi Közlöny, [www.eum.hu/.../apolas-terminalis-110217](http://www.eum.hu/.../apolas-terminalis-110217))

Több mint 250 ápolónő szerezte meg a „specializált hospice ápolónő és koordinátor” képesítést és nagyjából 250 orvostanhallgató jár évente egy 30 órás tanatológia-palliatív terápia tanfolyamra, amit az orvostanhallgatóknak lehetőségként kínálnak fel (Hegedüs 2010b).

### **4.3.1 Orvostanhallgatók képzése<sup>8</sup>**

Minden orvosi egyetemen a választható tantárgyak között szerepelnek a különböző hospice témák (gyakran tanatológia és palliatív ellátás címszó alatt), melyet az egyetemisták szívesen felvesznek.

A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának 2011/2012-es tanterve szerint a következő kötelező tantárgyak szerepeltek a hospicehoz kapcsolódóan:

- Kötelező tantárgy palliatív-hospice orvoslás: 14 óra (8 elmélet+6 gyakorlat végleges diagnózis kommunikációja), 1 ECDS
- Kötelező tantárgy tanatológia (gyász feldolgozása, End-of-Life tapasztalatok a betegekkel): 14 óra, szeminárium, 1 ECDS
- Kötelező tantárgy bioetikus kérdések: 28 óra, ebből 4 óra hospice, 2 ECDS
- Kötelező tantárgy család-orvosi ellátás: a hospicet is tárgyalja
- Kötelező tantárgy a gerontológia alapjai: 28 óra

---

<sup>8</sup> [http://aok.pte.hu/docs/th/file/2011/kurzus\\_hun\\_aosz\\_elfak\\_1112.pdf](http://aok.pte.hu/docs/th/file/2011/kurzus_hun_aosz_elfak_1112.pdf)

A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Pécs-Baranya hospice alapítványa kidolgozott egy akkreditált szakorvosi továbbképző programot a hospice ellátásra házi orvosoknak és klinikai orvosoknak.<sup>9</sup>

A házi orvosok (általános orvosok) továbbképzésében a hospice régebb óta kötelező tantárgyként szerepel, a jelenlegi szakorvosi képzésben a hospice tanfolyamok kötelező jellegűek.

A 2012/2013-as tanévben a Pécsi Tudományegyetemen külön szakként vezették be a hospice-palliatív ellátást.

Mind az alapképzésben mind a posztgraduális képzésben kötelező jelleggel szerepel a hospice. A mesterképzésben nem tették meg a megfelelő lépéseket, ezen a területen Magyarország a nyugat-európai gyakorlattól le van maradva.

## **4.4 Képzési és továbbképzési lehetőségek Magyarországon**

Magyarországon is nagy a kínálat a palliatív ellátás témájú képzésekből és továbbképzésekből. Így 2009-ben 34 különböző tréningprogramot kínáltak a hospice területén, melyen 1038 fő vett részt. Ahogy már fentebb említésre került, a hospice területén dolgozó szakképzett alkalmazottaknak legalább 40 órás továbbképzésen kell részt venniük. A hospice csoportok tagjainak mintegy 75%-a részt vett ilyen jellegű tréningen (forrás: SWOT analízis)<sup>10</sup>.

### **4.4.1 A magyar hospice alapítvány továbbképzései**

A magyar hospice alapítvány széles körű továbbképzési kínálattal rendelkezik a hospice csoportok minden szakterületét érintően (ápolók, orvosok, pszicho-terapeuták, pszichológusok, szociális munkások, teológusok, stb.)

Egyetemistáknak, önkénteseknek és egyéb érdeklődőknek lehetőséget kínálnak, hogy gyakorlatot szerezzenek a Budapesti Hospice házban (2005-ben hozta létre az alapítvány 10 ágygal). (lásd <http://www.hospicehaz.hu/oktatas/>)

---

<sup>9</sup> [http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2011/Csikos\\_Agnes\\_magyar\\_tezisfuzet.pdf](http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2011/Csikos_Agnes_magyar_tezisfuzet.pdf)

<sup>10</sup> [http://www.hospice.hu/docu/The\\_SWOT\\_analysis\\_of\\_Hungarian\\_hospice\\_palliative\\_care.pdf](http://www.hospice.hu/docu/The_SWOT_analysis_of_Hungarian_hospice_palliative_care.pdf)



#### **4.4.2 Erzsébet Hospice Otthon**

Az Erzsébet Hospice Otthon 20 hospice ágygal 1995 óta nyújt gyakorlati lehetőséget a hospice képzésben részt vevőknek. Több mint 2000 hospice szakképzett alkalmazott folytatott itt különböző tanulmányokat. Az otthon a hospice neves képzőközpontjának számít Magyarországon.

(lásd. <http://www.misek.hu/erzsebet-hospice-otthon-es-alapitvany.html>)

#### **4.4.3 Egyetemi klinikák**

Az egyetemi klinikákon tanfolyamokat kínálnak elsődlegesen orvosoknak és diplomás szakképzett alkalmazottaknak:

- Semmelweis Egyetem, Budapest, ([www.sote.hu](http://www.sote.hu))
- Pécsi Tudományegyetem, ([www.pte.hu](http://www.pte.hu))
- Miskolci Semmelweis Kórház, (<http://www.misek.hu>):
  - Akkreditált gyakorlat palliatív terápia több mint 80 óra
  - Ápolószemélyzetnek és más az egészségügy területén dolgozó személyzetnek: 40 órás alap hospice tanfolyam (a Budapest Hospice Egyesület és a regionális szervezetek támogatásával, regionális szintű tanfolyamok) és a Semmelweis Ignác Egészségügyi Központban, helyszín: MISEK Erzsébet Hospice Otthon, 50 kreditpont)

A fiatal orvosoknak kötelezően el kell végezniük a hospice tematikát és a gyakorlatot.

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, a Magyar Hospice Alapítvány Budapesten, a Szociális Háló Egyesület Pécsen, a "Gondoskodás 2000" Ápolási Szolgálat Budapesten, az „Ölelő kéz” Ápolási és Hospice Alapítvány, valamint az Erzsébet Hospice Alapítvány Miskolcon további fontos szolgáltatói a tanfolyamoknak.

#### **4.4.4 Hospice és geriátriai szakápolók oktatása**

8-10 hónapos, ill. 6-7 hónapos OKJ-s képzések (az egész ország területén elismert nyilvántartott képzés), amelyeknél az érettségi vizsga megléte kötelező. Legalább 1200 tanórát vesz igénybe, az elmélet és a gyakorlat aránya 60-40% ill. 50-50%. A költsége 180.000-220.000 Ft (kb.800 euró).

#### **4.4.5 Képzések érdeklődőknek és önkénteseknek**

Az érdeklődőknek és önkéntes segítőknél szervezett képzéseket egy 10-40 órás tanfolyam keretében tartják, amely egy széles szakmai témakört fed le. A hospice tevékenység az önkéntes segítőknél számára is kötelező alaptanfolyam elvégzése után lehetséges. Kalló szerint (2009) 15 különböző hospice szervezetben dolgozók különböző oktatásban részesültek.

- Intenzív tanfolyam (40 óra 4 napban)
- 24 órás tanfolyam (havi 1x2 óra)
- 10 órás tanfolyam
- beiskolázás nélkül

A tanfolyamokat szervező intézmények, a Vaszary Kolos Kórház, a Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat Zalaegerszeg, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, valamint a Magyar Hospice Alapítvány, Budapest.

Példaként itt található a Budapesti Hospice Alapítvány 2012. szeptemberi képzési kínálata (<http://www.hospicehaz.hu/oktatas/kepzes-laikus-erdeklodok-reszere/>):

A négynapos tanfolyam napi 10 órát vesz igénybe, a témái a rákbetegség, a hospice tevékenység célja és értelme, az ápolónő szerepe, az önkéntes szerepe, burnout, etikai és pszichológiai kérdések, a megfelelő kommunikáció szerepe. A tanfolyam vizsgával záródik és 15.000 Ft-ba kerül (60 euró.)

### **4.5 Az ausztriai és magyarországi képzési és továbbképzési rendszerek összehasonlítása, végkövetkeztetések**

A képzéssel és továbbképzéssel kapcsolatos kutatások azt mutatták, hogy a képzés és továbbképzés fontos szerepet játszik a hospice és palliatív tevékenység kiépítésében.

A magyar és az osztrák rendszerek összehasonlítása arra a végkövetkeztetésre utal, hogy ugyan mindkét országban a továbbképzések széles kínálata áll rendelkezésre, de szükséges a bővítés és főleg a meglévő képzések megtartása és a finanszírozási lehetőségek biztosítása. Mivel a tartalmak nem megfelelő mértékben szerepelnek az orvosok és ápolók képzésében, a képzések és továbbképzések ezen a területen mindig további időt vesznek igénybe és költségvonzatuk van (Gaulhofer 2010). „A palliatív ellátás területén a képzések

valamint a kutatás és a szakképzés és ezek finanszírozása még nem megfelelő mértékben szabályozott.“

A hospice területén dolgozó szakemberek részére Ausztriában magasabb óraszámú képzést írnak elő, mint Magyarországon. Ausztriában a szakmai személyzetnek legalább 160 óra továbbképzést kell felmutatnia, míg Magyarországon az orvosoknak 80 óra és az egyéb személyzetnek 40 óra képzést kell elvégeznie.

Másrésről Magyarországon az orvosi alapképzésbe a hospice és palliatív tartalmak jobban integráltak, mint Ausztriában. Ausztriában a palliatív orvoslás nem jelenik meg az orvosi egyetem kötelező tantárgyai között, mindössze szabadon választott tantárgyként, míg Magyarországon több kötelező tantárgy kapcsolódik hozzá.

A szakértőkkel végzett interjúk során világossá vált, hogy a magyarországi hospice munkát többségben szakmai személyzet végzi, akik a munkájuk során más intézményi keretek között, pl. kórházban vagy gondozó intézetben ugyanazt a tevékenységet végzik, így megalapozott szakmai tudással és szakmai tapasztalattal rendelkeznek (orvosok, ápolónők, mentál-higiénés szakmai személyzet, gyógymasszőrök stb.). Az Osztrák Palliatív Társaság (ÖPG) <sup>11</sup> a Hospice Ausztriai ernyőszervezettel közös petíciója a területileg lefedett mobil és kórházi hospice és palliatív ellátásra hívja fel a figyelmet és követeli a képzés és továbbképzés további bővítését, amely tartalmazza a palliatív orvoslás szakorvosi végzettség megalapítását.

*„Sok európai országban a szakorvosi vagy kiegészítő képzés megvalósult már a palliatív orvoslás területén és bevált a mindennapokban. Az Európai Palliatív Társaság ezért minden országot felszólított, hogy ahol eddig nem vezették be, vezessék be a képzést, és a képzési rendhez javaslatot is készített.*

*Az alapgondolat az, hogy ez a palliatív orvoslás kiegészítő képzés egy széles körű szakorvosi képzés mellett elérhető legyen. Ide sorolja a belgyógyászat területét és az aneszteziológiát, és mindenek előtt az általános orvosi képzést.“ (Forrás: az Ausztriai Palliatív Társaság internetes petíciója)*

---

<sup>11</sup> <http://www.palliativ.at/online-petition.html>

## **5 Finanszírozás**

### **5.1 Finanszírozás Ausztriában**

Az osztrák ellátórendszer komplexen kialakított és projektelvű. Az ápolási szolgáltatásokat az egészségügy és szociális terület különböző alapjaiból, az egészségbiztosítók által valamint adományokból finanszírozzák és az állam, a tartományok és a társadalombiztosítók között felosztják. Az egyes tartományokban vannak regionális különbségek, amelyek több törvényben és rendeletben az érintetteknek akár bonyolultnak is tűnhetnek.

#### **5.1.1 A korábbi egészségügyi reformok áttekintése:**

- 1990-es évek – az ellátás és költség visszatartás kiépítése
- 1993 – ápolási díj bevezetése
- 1998 – az Egészséges Ausztria Alap megalapítása
- 1999 – törvényi előírás a páciensek jogainak támogatására; tevékenységek a prevenció megerősítésére, az egészségügyi támogatásra és az önrendelkezési jogokra, az önerő mértékének emelése (receptár) és új illetékek bevezetése (beteglap díj)
- A kórházi terület teljesítményének egyeztetése az ambuláns területtel
- 2005 – egészségügyi reform – a szövetségi egészségügyi ügynökség és a kilenc tartományi szintű egészségügyi platform létrehozása (közös felelősség, szabályozás és finanszírozás); az egészségügy országos szintű minőségbiztosítása és az egészségügyi adatok elektronikus hálózatba kapcsolása;
- Az egészségügyi járulékok, a dohányadó, és a költség önrész megemelése és kiterjesztése
- 1993-ban a gondozási elővigyázatosság újraszabályozással bevezetett szövetségi ápolási törvény lehetővé tette a kilenc tartományban egy egységesített rendszer bevezetését – ápolási díj az ápolásra szorulóknak;

- Szociális szolgálat – mobil gondozás és ápolás, az otthonokban nappali helyek és gondozási helyek (stb.)
- 2011. július – gondozási alap létrehozása és célzott hozzájárulás a tartományoknak a gondozási és ápolási szolgáltatások kínálati igényeknek megfelelő kiépítéséhez a hosszú távú gondozás céljából a 2011 – 2014-es időszakra.

A hosszú távú gondozás osztrák rendszerének két pillére van:

- pénzügyi szolgáltatások (ápolási díj)
- tárgyi szolgáltatások

Szociális segélyre az érintettek akkor jogosultak, ha az ápolást saját eszközzel (továbbá ápolási díjjal) nem tudják finanszírozni. Ez a támogatás általában tárgyi szolgáltatás formájában valósul meg, amelyet a tartomány és az önkormányzatok finanszíroznak.

Az ápolási díj másrészt egy szükség szerinti pénzügyi támogatás ápolásra szorulóknak részére és teljes mértékben pénzbeli szolgáltatásként kell érteni, amelyet az állam finanszíroz.

A 2011-2014-es időszakra átmeneti megoldásként egy ápolási alapot hoztak létre, amelyet 2/3 részben az állam és 1/3 részt a tartományok és önkormányzatok finanszíroznak. Ennek keretében 685 millió euró állt rendelkezésre.

2012. január 1-ével az ápolási díj kizárólag állami hatáskörbe tartozik. A tárgyi szolgáltatásokat továbbra is túlnyomó részben a tartományok és önkormányzatok biztosítják.

Mindenekelőtt a demográfiai helyzet alakulása miatt az ápolási politika témaköre és az osztrák egészségügyi ellátó rendszer strukturális problémái előtérbe kerültek. A klasszikus családstruktúra az elmúlt években nagyon erősen megváltozott, mivel egyre több ember él egyedül és szorul külső segítségre. Ma az osztrák lakosság 5%-a 80 évnél idősebb, 2050-ben ez a szám 11,5%-ra emelkedik.<sup>12</sup> Ezek a trendek azt eredményezik, hogy az ápolásra szánt kiadások erősen megnőnek.

Elsősorban egységes szabványok és állami szintű finanszírozási rendszer szükséges. A hospice ellátás finanszírozása az egészségügyi és ápolási rendszer egységesített alkotórészévé kell válnia. Ezen kívül felmerül a kérdés, ki finanszírozza az ápolást, ha 2014-ben a határozott idejű ápolási alap kifut. A két rákövetkező évre 2015-re és 2016-ra előzetesen az állam és a tartományok további 650 millió eurót előirányoztak az alap meghosszabbítására.

---

<sup>12</sup> [www.caritas-wien.at/aktuell/presseaussendungen](http://www.caritas-wien.at/aktuell/presseaussendungen) (2012. 11.12.)

A finanszírozási rendszer egységesítésére a tartományok és az önkormányzatok kritikusan reagálnak, aggódnak amiatt, hogy elhanyagolásra kerülnek a regionális különbségek az érintettek igényeit figyelembe véve. Ugyanakkor a Hospice Ausztria ernyőszervezet (DVHÖ) és a Szociális Minisztérium is az ápolás finanszírozásának, minőségi szabványoknak és hatásköröknek a szerkezeti reformját sürgeti.

Addig is tisztázni kell a nyitott kérdéseket, mint pl. milyen forrásból elégítsék ki az erősödő finanszírozási igényt. Az ápolás finanszírozása, ahogy eddig, pénzügyi szolgáltatásokra vagy tárgyi szolgáltatásokra alapuljon, és ezzel összefüggésben, az ápolás terén a finanszírozás tartományi szinten vagy az irányítás állami szinten hatékonyabb-e?

### **5.1.2 Példa „Szociális Bécs Alap”**

A fizetendő költség mindig a szervezet tényleges költségének egy részét feddi le. A különbséget a „Szociális Bécs Alap” Bécs városának adóbevételeiből fedezik.

A fizetendő költség hozzájárulás a következőképp tevődik össze:

- a szolgáltatás jellege (pl. otthoni segély)
- a megvalósított szolgáltatási egységek, valamint
- a besorolás a költségfedezési rendszerbe.

A költségfedezési rendszerbe a besorolás függ a keresettől valamint az egy háztartásban élő házastárs keresetétől, az arányos bérleti díjtól és az ápolási díjtól. Az ápolási díj akkor jár, ha tartósan (legalább hat hónapig) állandó ápolás és ellátás szükséges. Az ápolás költségeit részben fedezik. Az ápolási díj az ápolás igénybevételeitől függ, e szerint hét ápolási díjfokozatról beszélhetünk:

## 1. összefoglaló: Ápolási díjfokokozatok Ausztriában

Ápolási szükséglet óra/hónap	Fokozat	Összeg €-ban havonta
Több mint 60 óra	1	154,20
Több mint 85 óra	2	284,30
Több mint 120 óra	3	442,90
Több mint 160 óra	4	664,30
Több mint 180 óra rendkívüli ápolási kiadás	5	902,30
Több mint 180 óra, időben nem koordinálható gondozási tevékenység, amely rendszeresen nappal és éjszaka esedékes, az ápoló személy folyamatos jelenlétét igényli nappal és éjszaka, mivel az ápolott veszélyezteteti saját magát ill. másokat	6	1.260,00
Több mint 180 óra, amikor az ápolott a célnak megfelelően karját és lábát nem képes mozgatni vagy ezzel megegyező eset áll fenn	7	1.655,80

Egyedi ápolás és gondozási kínálat otthonra átmenetileg vagy folyamatosan igénybe vehető. Ilyenek:

- Támogatás a mindennapokban, mint az otthoni segítség, étel házhoz szállítás stb.
- Ápolási szolgáltatás és orvosi ellátás, mint a házi betegápolás, mobil palliatív gondozás stb.

A mobil palliatív gondozás pl. magába foglalja az orvosi ellátást, fájdalom terápiát, pszichés gondozást valamint a hozzátartozók gondozását és tehermentesítését, miközben minden költséget az egészségbiztosító áll.

Amennyiben a házi gondozás nem elegendő, különböző lakás-és ápolási kínálat áll rendelkezésre. Azok a bécsiek, akik a Szociális Bécs Alapból támogatásban részesülnek („alanyi támogatás“) a szolgáltatásokat egy elismert intézménytől határozott ideig vagy határozatlan ideig vehetik igénybe.

Az önrészre eső költséghányad összeadódik maximum 80%-ban a nettó jövedelemből, valamint a részarányos ápolási díjből és az értékesíthető vagyonból. Határozott idejű tartózkodásnál a bérleti költséget a hozzájárulás kiszámításánál csökkentve veszik figyelembe.

### 5.1.3 Burgenlandi diakónus példája

A burgenlandi diakónus segítségnyújtása vonatkozik az étel házhoz szállításra, a gondozás különböző fokozataira és a szomszédi segítségre.

A burgenlandi diakónus kínálata:

- Időotthon és gondozóotthon
- Hospice
- Lakás ellátás
- Idősek kertje
- Házi betegápolás
- Rövid idejű ápolás

Így pl. a gondozó otthonban a havi tartózkodás költsége 3033,00 eurót tesz ki. Azok a személyek, akik ezeket a költségeket nem tudják előteremteni, kérhetnek szociális segélyt. A halál és gyász időszakában nyújtott segítséget a burgenlandi tartomány teljes egészségben támogatja. Az otthoni ápolásban kiegészítő személy költségeit a burgenlandi tartományi kormány díjszabási rendelkezésében rögzíti. Az oberwarti diakónia ápolási segédeszközöket, mint pl. ápoló ágyakat bocsát rendelkezésre.

Az ambuláns ápolás és gondozási szolgálatra a burgenlandi tartomány a „házi ápolás és szociális szolgálat munkaközösségben“ összetömörülő szervezetekkel megállapodást kötött, hogy az egész tartományban biztosítsa a minőségi kritériumok szerinti meghatározott szolgáltatásokat. A teljes költségek egy részét a burgenlandi tartomány állja. A segítségre szoruló személyeknek az egész tartományban meghatározott ápolási óradíjat számolnak fel (utazási idő nélkül), a diplomás ápolói díj 29,40 euró, a segédápoló 23,90 euró és a házi segítő 19,10 euróba kerül.<sup>13</sup>

## **5.2 Finanszírozás Magyarországon**

### **5.2.1 A magyar egészségügyi otthoni szakmai gondozás fejlesztése (házi ápolás) és házi hospice**

Magyarországon 1991 óta léteznek hospice szolgálatok, 2004 óta a szolgáltatásnak országosan egységesen az OEP által (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) biztosítja a finanszírozását. 2010-ben az OEP 847.380,5 millió Ft-ot fordított a hospice szolgálatok otthonokban történő fejlesztésére (350 millióval többet, mint 2009-ben, és valamivel többet,

---

<sup>13</sup> www.burgenland.at (2012.11.13.)



mint 2011-ben, amikor 800 millió Ft-ot költöttek e célra). Ezt az összeget szétosztják a megyék között a lakosok számának arányában.

A megyei betegbiztosítók (MEP), befogadják a házi ápolást és házi hospicet igénylő betegek kérelmeit. A MEP 30 napon belül visszajelzést küld, amennyiben a kritériumoknak a kérelmek megfelelnek. Legkésőbb 10 nappal a pozitív döntés után az erőforrásokat a házi ápolást végző szervezetek részére elérhetővé teszik. A rendelkezésre álló források megyénkénti és havi felhasználását negyedévente átvizsgálják, szükség szerint kiegészítik vagy a megmaradó összegeket egy átstrukturálással a megyék között elosztják.

A házi ápolás és az otthoni hospice szolgálatok fejlesztése párhuzamosan történt, ezért nagyon hasonlít a jogi, gazdasági és társadalmi háttér.

A fejlesztés részletei: a hospice mozgalom 1991 óta létezik (Magyar Hospice Alapítvány). 1993-ban állami és nemzetközi kiírású erőforrásokkal építették ki és biztosították az otthoni ápolás szervezetét. 1996 óta vezették be a minimál kritériumokat és az állami finanszírozást a házi ápolásban. 2000-ig az egész országot lefedték a házi ápoló szolgálatok.

1999-es év a hospice szempontjából döntő jelentőségű volt, először definiálták önálló ágazatként a házi-ápolási rendszert. 2000-ben a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület megjelentette a javaslat első változatát „minimális kritériumok otthoni hospice szolgálatoknak“ illetve 2003-ban az otthoni hospice szolgáltatások minőségi kritériumait. 2004-2008 között a hospice szolgálatok teljesen bekerült az egészségügyi ellátásba – elsősorban a házi ápolás, amely a hospice számára minden településen magával hozta az egységes állami finanszírozást.

## **5.2.2 Közös vonások és különbségek az otthonápolás és az otthoni hospice között**

### **Csoport:**

A hospice csoport a szakmai alkalmazottakkal és házi betegápolókkal együtt változatos összetételű. Ez egy multidiszciplináris csoport, amelynek a tagjai különböző szakterületekről jönnek és kb. 8-10 szaktevékenységet lefednek. A csoport minden tagjának el kell végeznie egy alapozó hospice képzést vagy egy bővített hospice tanfolyamot, addig az orvosoknak egy palliatív orvoslás szakképzéssel/ bővített képzéssel kell rendelkezniük.

### **Finanszírozás:**

Naponta betegként csak az otthon nyújtott szolgáltatás számolható el. Egy beteg nem veheti igénybe egyszerre mindkét szolgáltatást. A két rendszer közötti váltás (mindig orvosi

„rendelésre“) lehetséges és alkalmazzák is, ezzel a maximális 150 nap hospice nem léphető túl.

### **Otthoni betegápolás:**

A finanszírozás a látogatásokon alapszik (alapegység) látogatásonként 3200 Ft (kb.12 euró). A házi orvos vagy kezelőorvos rendelheti el az otthoni ápolást a klinikai gondozás kiegészítéseként. A látogatások maximális száma 4x14 látogatás, terápiás kezeléseknél 2x14 látogatás (terápiászerűen kell előírni és 2 hónapon belül igénybe kell venni). Látogatásonként 10% ill. 20% az útiköltséghez a hozzájárulás olyan önkormányzatoknál, ahol a lakosság kevesebb, mint 2000 fő. Az előírás az, hogy más otthoni szolgáltató nincs a régióban.

### **Hospice:**

A gondozási napok alapján kerül elszámolásra. A kiindulópont 1,2 X kiinduló alapdíj a házi betegápolás látogatásonként. Naponta 2-3 látogatás is elszámolható. Ezen túl a hospice 24 órás elérhetősége is alapkövetelmény.

### **A hospice finanszírozása intézményi hatáskörben**

A kórházak és gondozó otthonok (egészségügyi területen, pl. rehabilitációs kórházi osztály, hospice ház, mint a kórház részegysége) kiírások keretében hospice szolgáltatások kiépítésére terveket nyújthatnak be és pozitív döntés esetén megkapják a tevékenységhez szükséges forrást az OEP költségvetéséből (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) amit a szokásos látogatások alapján finanszíroznak alapdíj X 1,7 , 5600 Ft X 1,7=9520 Ft (kb.38 euró).

## **6 A hospice és a palliatív ellátás megvalósítása Ausztriában és Magyarországon**

Ausztriában és Magyarországon, ahogy nemzetközileg is, pl. EU-kontextusban, a civil szervezetek a hospice és a palliatív gondolkodás tovább fejlesztésének hajtómotorjai. Magyarországon és Ausztriában ernyőszervezetek/egyesületek alakultak, amelyekben a szervezetek nagy része, akik hospice és palliatív gondozást kínálnak, szervezetten részt vesznek, és központi szerephez jutnak a hospice és palliatív gondozásban.

A konkrét hospice és palliatív gondozásban nagy különbségek vannak a két ország között, a meglévő struktúrát illetően, a súlypontok terén, a finanszírozásban, az önkéntes munka kérdésében stb. A következőkben az ausztriai és magyarországi hospice és palliatív gondozás néhány központi jellemzőjét mutatjuk be és hasonlítjuk össze.

### **6.1.1 Dachorganisationen für Hospiz- und Palliativarbeit**

#### **A hospice és palliatív munka ernyőszervezetei**

Ausztriában az alábbiakban felsorolt két ernyőszervezet működik:

- Osztrák Palliatív Társaság (OPG) (közelebbi információk a <http://www.palliativ.at/> honlapon) valamint
- Hospice Ausztria ernyőszervezet, az Osztrák Palliatív és Hospice Intézmények ernyőszervezete (további információk <http://www.hospiz.at> honlapon találhatóak).

Magyarországon a következő egyesület tölt be fontos szerepet:

- Magyar Hospice-Palliatív Egyesület / Hungarian Hospice-Palliative Society (közelebbi információk: <http://www.hospice.hu>)
- Továbbá létezik egy Magyar Hospice Alapítvány (további információk: <http://www.hospicehaz.hu>)

Európai, ill. nemzetközi szinten meg kell említeni:

- European Association for Palliative Care (Európai Palliatív Ellátási Szövetség) (további információk: <http://www.eapcnet.eu>)
- International Association for Hospice & Palliative Care (Hospice és Palliatív Ellátás Nemzetközi Szövetsége) (további információk: <http://www.hospicecare.com>)

## **6.2 Megvalósítás Ausztriában**

### **6.2.1 A megvalósítás mennyiségi mérőszámai**

2005 óta minden évben a Hospice Ausztria, 260 hospice és palliatív intézmény ernyőszerkezete méri, hány intézmény működik Ausztria szerte ezen a területen (Pelttari 2012).

A következőkben a mennyiségi nézőpont kapcsán található néhány adat a hospice és palliatív ellátás elterjedéséről Ausztriában és amennyiben lehetőség van rá Bécs és Burgenland tartományban, amely ennek az összehasonlításnak a középpontjában áll.

2011 végén 264 hospice és palliatív intézmény volt Ausztriában

- 3266 önkéntes munkavállaló 146 hospice csoportban dolgozott (89%-ban nők), Burgenlandban és Bécsben 8-8 hospice csoport tevékenykedett
- 38 palliatív orvos szakértő szolgálat volt, ebből 4 Bécsben (Burgenlandban egy sem)
- 40 mobil palliatív csoport, ebből 3 Bécsben és 4 Burgenlandban
- 29 palliatív kórházi osztály, 5 Bécsben és 1 Burgenlandban
- Kórházi hospice és hospice osztály gondozóotthonokban összesen 8, egy sem volt köztük Bécsben és Burgenlandban
- Összesen 3 nappali hospice, ebből egy Bécsben

A célcsoport Ausztriában nincs korlátozva mint Magyarországon a rákos betegekre, ugyanakkor nagyon magas ezen betegek aránya a palliatív betegek között: a palliatív betegek több mint 80% onkológiai beteg. Mindenesetre le kell szögezni, hogy a nem onkológiai betegek aránya emelkedik, ami a nemzetközi trendnek megfelelő, azzal, hogy a hospicet és a palliatív ellátást mindenki számára elérhetővé kell tenni, akinek szüksége van rá.

### **6.2.2 Felvételi kritériumok a hospice és a palliatív ellátásba**

A hospice és a palliatív ellátásban központi kérdésnek számítanak a hozzáférési kritériumok az intézményekhez. Példaként bemutatjuk a Bécsben alkalmazott kritériumokat:

## **Kritériumok személyek felvételéhez a gondozó otthonokba, hospice intézetekbe, a palliatív ellátásba**

A gondozó otthonokba a felvételhez az önkéntesség elve érvényesül, ez azt jelenti, hogy a beteget kifejezett beleegyezésével lehet állományba venni. A szociális szolgáltatáshoz való hozzáférés (kórházi, fél-kórházi, ambuláns) tartományonként különbözően szervezett. Az egyes tartományokban a jogszabályok alapján a részletekben különbségek vannak. „Az élethez szükséges feltételek biztosítása“, „Segítségnyújtás különös élethelyzetekben“ valamint „szociális szolgáltatások“.

Bécsben a jogosultsági feltételek pénzügyi támogatásra ápoláshoz és gondozási szolgáltatáshoz a Bécsi Szociális Segély Törvény (WSHG) valamint a Szociális Bécs Alap (FSW) támogatási irányelvében rögzítettek.

A Szociális Bécs Alap támogatásának feltétele

- A legfontosabb feltétel az ápolásra szoruló személy beleegyezése
- Az ápolásra szoruló személyt otthonában már nem ápolhatják
- Az ambuláns ápolás és gondozás már nem elégséges
- A lakóotthonba gondozásra és ápolásra történő felvételhez az ápolási és gondozási igénynek el kell érnie az ápolási díj 2-7 fokozatát
- Egy ápolást biztosító intézetbe, kórházba vagy egy különleges kórházba történő felvételhez az ápolási és gondozási igénynek az ápolási díj 3-7 fokozatát kell elérnie
- Osztrák állampolgárság vagy azzal megegyező helyzet
- Fő lakhely vagy tényleges tartózkodás Bécsben

## **Felvétel a palliatív kórházi osztályra**

A palliatív osztály egy önálló kórházi osztály egy sürgősségi osztály kórházon belül vagy azzal összeköttetésben, amely palliatív páciensek ellátására specializálódott. Egy multi-professionális csoport teljes körűen gondoskodik a betegekről és hozzátartozóikról. A palliatív osztály önálló a betegfelvétel tekintetében, a kezelésben és a betegek elbocsátásában.

Bekerülési tényezők:

- A beteg kórházi ellátásra szorul; a páciensek a komplex tünetek miatt otthon vagy más intézményben nem kezelhetők.
- A páciens és az egészségügyi kérdésekben a képviselője egyetértenek a felvétellel.
- A páciens teljes mértékben tájékozott a gyógyíthatatlan betegségről.
- A páciens és hozzátartozója a palliatív osztály lehetőségeiről és céljairól tájékoztatást kapott.

## **Felvétel a kórházi hospicera**

A kórházi hospice saját szervezeti struktúrával rendelkező intézmény, amelyet egy kórházi ápolási egységhez hozzárendelhetnek. A palliatív betegeket az életük utolsó szakaszában gondozzák, amikor a kórházi ápolás már nem szükséges és az otthoni gondozás, ill. a gondozóotthonban történő elhelyezés már nem lehetséges. A multi-professzionális csoport teljes körűen gondoskodik a betegről és a hozzátartozókról.

A kórházi hospice önállóan dönt a felvétel, a kezelés és a betegek elbocsátása tekintetében.

Hozzáférsési tényezők

- A beteg, ill. a képviselője egészségügyi kérdésben egyetértenek a felvétellel.
- A beteg teljes mértékben tájékozott a gyógyíthatatlan betegségéről.
- A beteget és hozzátartozóját tájékoztatták a kórházi hospice lehetőségeiről és céljairól
- Bármely a következőkben felsoroltak közül elegendő a felvételhez:
- Orvosilag: komplex tünetek
- Ápolás tekintetében: mobil vagy hosszú távú ellátás nem elégséges
- Pszicho-szociális értelemben: az ellátórendszer nem kiegyenlített

## **A nappali hospiceba történő felvétel**

A nappali hospice a palliatív betegeknél lehetőséget nyújt, hogy napközben a lakhelyükön kívül különböző tevékenységekben részt vegyenek. Kezelést, tanácsadást és segítségnyújtást ad egy multi-professzionális csoport segítségével, akiket önkéntesek támogatnak. Ezen kívül a pszicho-szociális és terápiás szolgáltatások azt a célt szolgálják, hogy a napot beosszák és a társadalom teljes tagjaként éljenek.

Hozzáférsési tényezők

- A beteg hozzájárul a gondozáshoz.
- A beteget teljes mértékben tájékoztatták a gyógyíthatatlan betegségéről.
- A beteg mozgatható, ill. mobilis állapotban van.
- Esetenként szükséges tevékenységek, amelyek otthon nem kivitelezhetőek, de nem szükséges hozzá kórházi tartózkodás.

## **Az ápolás/ellátás maximális időtartama**

A gondozóotthonban a tartózkodás alapvetően az ápolás szükségességének idejéig tart (pl. egy kórházi tartózkodás után a rehabilitáció idejére). Amennyiben a gondoskodó hozzátartozók az ápolást pl. egészségügyi vagy szakmai okból egy ideig nem tudják ellátni,

lehetőség van az ápolásra szoruló átmeneti kórházi ápolására az idősek otthonában vagy gondozóotthonban.

A palliatív osztályon a tartózkodás addig tart, ameddig a kezelés és gondozás el nem éri a célját, ill. a tünetek megszűnnek. Jobbulás vagy stabilizált állapot esetén a beteg elbocsátására törekednek (haza vagy egy másik megfelelő intézménybe).

A tartózkodás időtartama a kórházi hospice esetében nem korlátozott, mivel a kezelés célja, hogy enyhítsék a tüneteket és a legjobb életminőség elérése a beteg haláláig tartson.

### **6.2.3 A burgenlandi helyzet**

Burgenlandban a hospice és palliatív ellátás tekintetében tartományi koordináció működik, amit a Psychosoziale Dienst Burgenland GmbH (Pszichoszociális Szolgálat Burgenland Kft) lát el. Ez egy leányvállalata a Burgenländischen Krankenanstalten Gesellschaft m.b.H (Burgenlandi Kórházak Kft)-nek.

A tartományi koordinációnak céljai és feladatai a következők:

- A hospice és palliatív ellátás koordinált felépítése és kiépítése Burgenlandban
- Minőségi fejlesztés és a minőség javítása a hospice és a palliatív ellátás területén
- Az együttműködés támogatása a speciális hospice és palliatív intézmények és meglévő egészségügyi és szociális létesítmények között
- Az információ és a tapasztalatcsere javítása az intézmények között
- Közreműködés a képzés és továbbképzés fejlesztésében minden egészségügyi és szociális szakmát érintően, ami a hospice munkához és a palliatív orvosláshoz kapcsolódik
- Az önkéntesek koordinált bevonásának támogatása a hospice és palliatív gondozás területére
- Közönségkapcsolat és lobbizás a hospice és palliatív terület érdekében

A felkínált szolgáltatások az alábbiakban:

- Otthoni környezetben egy ellátó hálózat felépítésének a támogatása szoros együttműködésben minden ellátóval (házi orvos, házi betegápolás, hospice egyesület, ételszállítás, segélyhívó,...)
- Tanácsadás szociális-jogi és finanszírozási kérdésekben (családi hospice javadalmazás, ápolási díj,...)
- Tanácsadás orvosoknak, ápolóknak és családtagoknak orvosi, ápolási, pszicho-szociális és spirituális kérdésekben

- Koordináció a páciens kórházi és ambuláns kezelése közötti váltáskor
- Egyedi fájdalomterápia
- A betegség okozta kísérő tünetek enyhítése
- Professzionális segítségnyújtás és információ az ápolás területén

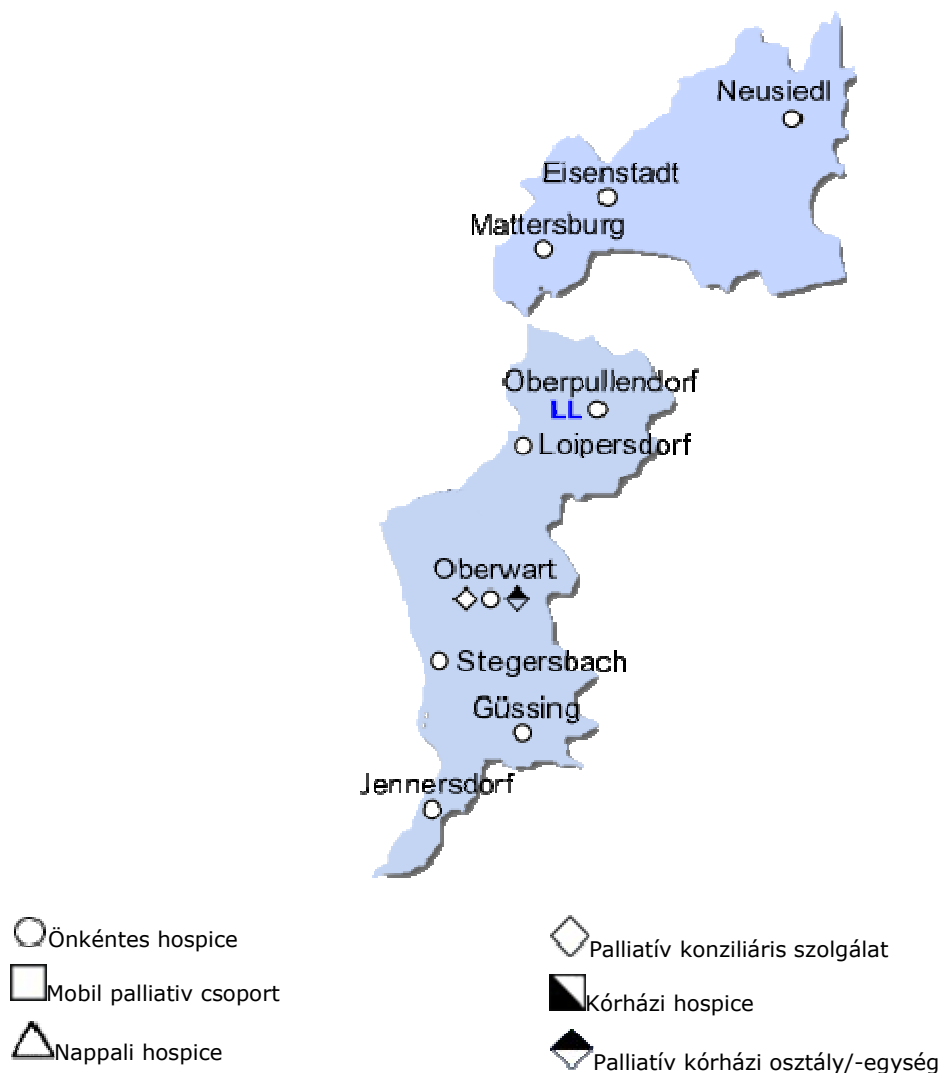
Burgenlandban a következő szolgáltatásokat kínálják a koordináló szervet keresztül:

- mobil palliatív csoport
- palliatív kórházi osztály
- hospice csoport

A kínálat megvalósítása az ÖGIB (2004) ajánlásaira orientálódik, amelyről már sok szó esett.

A burgenlandi hospice és palliatív ellátás térképe így alakul:

### 3. ábra: Hospice és palliatív ellátás Burgenlandban





A hospice mozgalom 150 aktív önkéntes dolgozója Burgenlandban az otthonukban és a kórházakban is gondozzák a betegeket. A hospice mozgalom a fenntartó szervezetekkel együttműködik, mint a Vöröskereszt, a Karitás, a Hilfswerk és a Diakónia. A segítségnyújtásra való igény folyamatosan nő a halál és gyász élethelyzetben.

Viszonylag nemrég 2012 óta működik egy önálló kórházi osztály a St.Peter gondozóotthonban Oberpullendorfban. A St. Peter gondozóotthonban a kórházi osztályon öt fővel foglalkoznak, akiket az utolsó életszakaszban segítenek átfogó ápolással és gondozással. Elsősorban a fájdalmaikat próbálják enyhíteni testi és lelki értelemben.

### **6.3 Esettanulmány az oberwarti/burgenlandi diakónia idősek otthonáról és gondozóotthonról**

Az oberwarti/burgenlandi idősek otthona és gondozóotthon jelenleg 62 betegágygal rendelkezik. Az otthon lakói részére lehetőség szerint biztosítják a méltóságteljes halálhoz szükséges körülményeket. E cél elérésére régóta törekednek. Az otthon jelenleg részt vesz a „Hospice és palliatív ellátás idősek otthonában és gondozóotthonokban” projektben, amely többek közt a munkatársak átfogó képzését tűzte ki célul.

#### **6.3.1 Regionális helyzet**

A regionális helyzet a hospice és palliatív ellátás tekintetében összességében véve pozitív: az oberwarti diakónia kínálata mellett - amely a következőkben részletesen bemutatásra kerül - az oberwarti kórháznak 8 ágygal működő saját palliatív osztálya van. Ezen kívül egy háziorvos az oberwarti körzetben palliatív képzésben vett részt, és egy másik orvos jelenleg ugyanabban a képzésben részesül. Az intézmények között jó az együttműködés és a különböző szakorvosoknak helyben jó a hozzáállása a hospice és palliatív gondozáshoz, megadnak minden támogatást. Azért is fontos ez az együttműködés, mert ezzel együtt megvan a hajlandóság arra, hogy a betegeket felkeressék és ellátják az idősothonokban és gondozóotthonokban, nem utalják be „túl korán” a kórházba.

## **6.3.2 Az idősek otthona és gondozóotthon szolgáltatása**

### **Oberwartban**

Az oberwarti idősek otthonát és gondozóotthont az oberwarti diakónia működteti. Az idős emberek ápolásán és gondozásán túl az otthon fő feladata, hogy az időseket az utolsó életszakaszban végig kísérik, és a gyászoló hozzátartozóikkal törődjenek. A cél, hogy az öregkort és a halált méltóságteljessé tegyék, és közben támogassák a hozzátartozókat.

Ezen kívül az oberwarti diakónia működtet egy idősek kertjét, ételkihordó szolgálatot, otthonában gondozást, házi betegápolást és rövid idejű gondozást.

Az idősek otthonában és a gondozóotthonban 62 ágy van. A költségeket a bent lakók vagy a hozzátartozók állják, illetve folyamodhatnak szociális segélyért, a háziorvoson vagy a szociális hivatalon keresztül, amelyre az ápolási szint 4. fokozatától van lehetőség. Mivel a 24 órás gondozási helyekre alacsonyabb igény van ezért a kiépítés nehezített. Oberwartban a megnevezett otthon kapacitása elegendőnek mondható.

Az oberwarti diakónia regionális csoportja nem régóta vethető be segítségnyújtásra beteggondozás, halál és gyász esetén. A csoport önkéntes dolgozókból áll, akiket segítségnyújtásra képeztek ki. Ezt a kínálatot teljes egészében a burgenlandi tartomány finanszírozza. Az oberwarti diakónia regionális csoportjának önkéntes koordinátorai elbeszélgetési lehetőséget biztosítanak az érintettekkel. A hospice csoport közös munkája az otthonnal még nem eléggé közismert.

## **6.4 Az ápoló személyzet foglalkoztatási helyzete**

Összesen 56 főt foglalkoztatnak az idősek otthonában és a gondozóotthonban, ebből 29 fő ápolószemélyzet, vannak részmunkaidőben és teljes munkaidőben dolgozók is. Az ápoló személyzet fele diplomás egészségügyi dolgozó vagy ápolónő, a másik fele segédápoló. Személyzet találni könnyű, mert a személyzet nagy része Oberwartból és környékéről származik, akik egy ideig Bécsben dolgoztak, és örülnek annak, hogy helyben kapnak munkát.

A fluktuáció a megterhelő munkakörülmények ellenére is nagyon alacsony. A munkaidő általában a 40 órás munkaidő alatt marad, 30 óra az optimális, hogy a pszichésen megterhelő munkát hosszú távon tudják végezni.

A megterheléshez tartozik, hogy gyakran kevés idő áll rendelkezésre a gondozáshoz, mivel először a többi igényt kell kielégíteni (rend, higiénia, étkezés stb.) és utána a gondozási

feladatokra gyakran már nem marad elég idő. Az alapelv „meleg, jóllakott, tiszta“ áll az előtérben, a kapcsolati szempont gyakran hiányt szenved.

A helyzet könnyebb a civil segítőkkel és gyakornokokkal (ápolónő tanulók), akik gondozási feladatokat látnak el.

Mindenekelőtt a demens betegek nagy aránya miatt a pszichés megterhelés nagyon magas, a fizikai megterhelés ezzel ellentétben kezelhető, mivel sok segédeszközt használnak és a megfelelő képzés is biztosított.

### **6.4.1 Képzések és továbbképzések**

Az ápoló személyzetnek vezetést és műhelyfoglalkozásokat biztosítanak és továbbképzést, amit szívesen igénybe vesznek, mert ez lehetőség arra, hogy a dolgozós hétköznapokat megszakítsa. A munkatársak pozitívan állnak hozzá, de visszajelzések vannak arról, hogy szeretnék, ha a csoporton belül a halál körüli témáról több szó esne.

„A hospice és palliatív ellátás az időotthonokban és gondozóotthonokban“ egy projekt, amelyben az oberwarti gondozóotthon részt vesz, az otthon különböző területén dolgozó munkatársakkal – pl. az ápoló és konyhai személyzettel is – megismertetik a hospice és palliatív gondozást.

Oberwartban az ápoló személyzet különböző hierarchiája részt vesz a képzésben, melynek célja, hogy az otthon munkatársainak 80%-át bevonják palliatív geriátria területű képzésbe. Ezek a képzések egy szervezetfejlesztési folyamat keretében rögzítésre kerültek.

Az ápoló személyzet szemszögéből egy szakmai-tartalmi alapozásra számítanak – például jobb érthetőségre a tekintetben, hogy ki milyen döntésekért felelős, a kapcsolódási pontok és együttműködések miként zajlanak, a halál témakör jobb megértésére több foglalkozást igényel (mint csoport is).

### **6.4.2 A dolgozók tapasztalatai a gondozás és halál közötti szakaszban**

Az ápoló személyzet nagy részének nincs (még) kifejezett hospice és palliatív végzettsége, az idősokkal a mindennapokban, részben többszörösen beteg lakókkal mindig újra és újra kérdések és feladatok merülnek fel.

Itt egyrészt számítanak a háziorvosokkal való együttműködésre, de a kórházak palliatív részlegeire is – például a fájdalomterápiával kapcsolatban, annak eldöntésére, hogy

kórházba kell-e menni vagy sem, PEG-szondát kell-e alkalmazni vagy sem, amikor a személy ezt maga már nem tudja eldönteni.

A mindennapokban újra és újra merülnek fel olyan helyzetek, amikor nem teljesen világos, hogy az ápoló személyzet hogyan viselkedjen, pl. hogy a beteg megfelelően informált-e már a betegsége lezajlásáról, és ilyen jellegű kérdésben hogy döntsön stb.

Általában a halál közeledtével a beteget már nem utalják be a kórházba, hanem a házi orvosokkal együttműködve, a beteg halálát a megszokott környezetben teszik lehetővé. Az ápoló személyzet részéről kívánatos lenne, hogy a beteg halála és az ehhez való hozzáállást a csoport műhelymunkák keretében jobban megvitassák. Ehhez reményt az új képzés jelent.

### **6.4.3 Kapcsolódási pontok és problémás területek**

Oberwartban más példákkal összehasonlítva a pozitív helyzet ellenére is gond a hospice és palliatív ellátás területén a hiányzó közfinanszírozás. Valójában törvény írja elő, hogy a területet lefedő hospice gondozásnak minden tartományban működni kell, de ez meghiúsul a gyakran hiányzó, ill. nem elégséges finanszírozás és a továbbra is kedvezőtlen személyzeti viszonyok miatt.

Burgenlandban csak Oberwartban és Oberpullendorfban van palliatív kórházi osztály a kórházakban, további probléma, hogy kevés házi orvos kapott palliatív képzést és ennél fogva túl gyorsan beutalják a beteget a kórházba, hogy mentesítsék magukat a saját gondozás feladatától. Ha a páciensek otthon vagy az idősek otthonában maradnak, gyakrabban hívják őket.

Oberwartban a helyzet összehasonlítva kedvezőbb, mert egy házi orvos palliatív képzést végzett és egy másik most végzi el, ráadásul a szakorvosokkal jó az együttműködés és a betegekkel kapcsolatban vannak, ezért sokan mennek ápoló-és idősek otthonába.

A kórházzal az együttműködés jónak mondható: az ápolóotthonba inkább a többféle betegségben szenvedő betegek mennek, míg a kórházba szakmailag specializált osztályokon fogadnak beteget. A beutalást a hozzátartozókkal történő egyeztetés előzi meg.

Az egyik probléma az, hogy az önkéntes dolgozók inkább a kórházakba, és kevésbé az otthonokba mennek, pl. felolvasásra. Viszont az otthonokban is volna erre igény és a gondozottak nagyon örülnek, ha lekötik a figyelmüket.

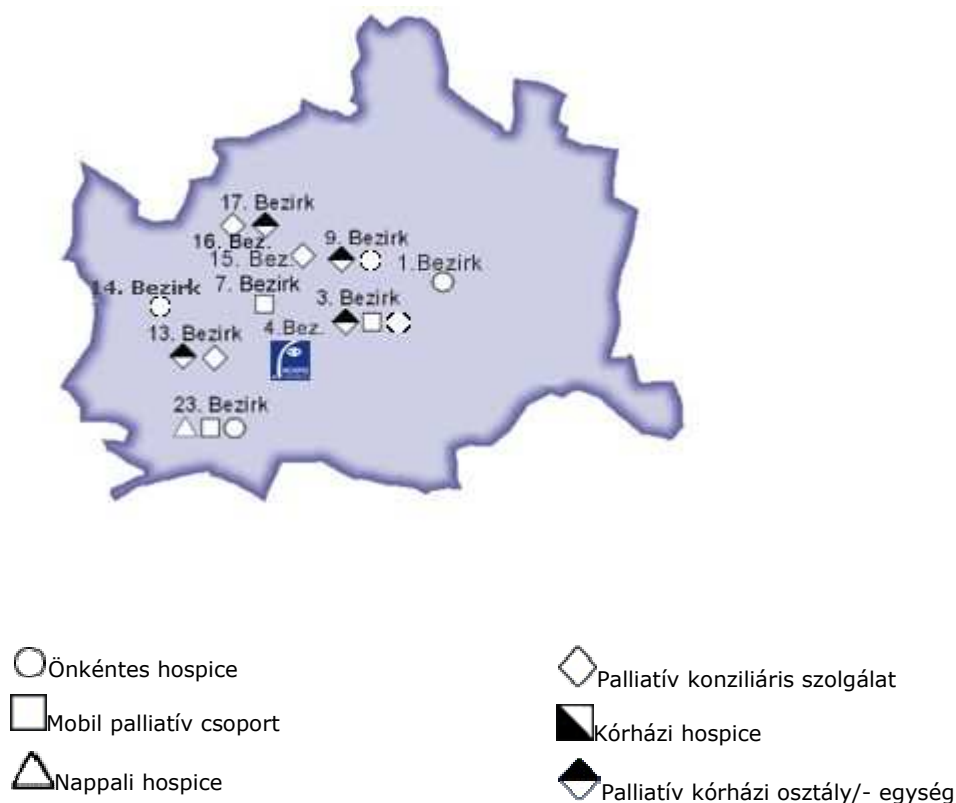
Mivel az ápoláson túlmutató szempont nem teljesül eléggé, a mobil hospice csoportokkal, látogató szolgálatokkal stb. erőteljesebben kellene megjelenni az otthonokban, ugyanis jelenleg itt a mindennapokban erre nem jut elegendő idő.

#### 6.4.4 Bécs – „Hospice és palliatív ellátás az időotthonokban és gondozóotthonokban (HP CPH)“ projekt Bécsben<sup>14</sup>

Bécsben még nincs tartományi hospice és palliatív intézet, mint a 6.2.3 fejezet alatt Burgenland példáján bemutattuk.

Összesen 8 hospice csoport működik, 4 palliatív konziliáris szolgálat, 3 mobil palliatív csoport, 5 palliatív kórházi osztály és 1 nappali hospice Bécsben (2011 évi helyzet szerint).

4. ábra: Hospice és palliatív ellátás Bécsben



Forrás: <http://www.hospiz.at/>

Mivel Bécsben (még) nem létezik a hospice és palliatív intézetek tartományi szövetsége a Hospice Ausztria ernyőszervezete veszi át a feladatokat részben, amelyeket ennek a tartományi szövetségnek kellene végezni. Érdekes különösen megemlíteni a „Hospice és palliatív ellátás az időotthonokban és gondozóotthonokban (HP CPH)“ projektet, amelyet Bécsben indítottak, miután Voralbergben, Alsó-Ausztriában és Stájerországban sikeresen

<sup>14</sup> További információk: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

megvalósították. Bécszet a Hospice Ausztria ernyőszervezet képviselte. Bécsi otthonok és más szervezetek, mint a Caritas is részt vesz a projektben<sup>15</sup>.

Az elindított projekt alapja a Hospice Ausztria által egész Ausztriára kiterjedő kidolgozott irányelv a hospiceről és az eljárásról, amelyet már 2006 óta néhány székhelyen alkalmaznak (KAV Geriátriacentrum Klosterneuburg és a Caritas Socialis gondozó intézet) és további otthonokban a megváltozott követelményeket számításba véve gondoskodjanak arról, hogy az idősothonok és gondozóotthonok lakói ott élhessenek, és végül ott meghalhassanak.

A projekttel azokat a törekvéseket akarják rendszerezni, amelyek a struktúrákba beilleszthetőek és az otthon kultúráját a szervezetfejlesztési folyamattal kívánják kialakítani. A tudatosságra nevelés és a hozzáértés megerősítése a palliatív geriátria területű képzésekkel valósul meg – ez egy új nézőpont – amelyben az összes dolgozó 80%-a részt vesz, vagyis nem csak az ápolás területét érinti.

Éppen az idősothonok és a gondozóotthonok területén mutatkozik növekvő igény a hospice és a palliatív ellátás iránt.

Közben Magyarországra is kiterjesztették a projektet a „TÁMASZ- Szociális Hálózatfejlesztés a Határ Mentén” címen, amelyben a Zalaegerszeg és Térsége Többcélú Kistérségi Társulás a TÁMASZ Alapszolgáltatási Intézmény, a BFI Burgenland, a BFI Bécs, a Hospice Ausztria ernyőszervezet és a Burgenlandi Hospice mozgalom egymás között kicserélik a megszerzett tapasztalataikat.<sup>16</sup>

## **6.5 Megvalósítás Magyarországon**

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület minden évben statisztikát jelentet meg a hospice gondozásról Magyarországon és azt nyilvánosságra hozza az egyesület saját honlapján.

A következőkben mennyiségi nézőpontból néhány adatot találunk a hospice és palliatív ellátás magyarországi elterjedésével kapcsolatban 2011 évben:

Összesen 84 betegellátó intézmény foglalkozott hospice feladatokkal, ez 9,8%-kal több mint 2010-ben és 24%-kal több mint 2009-ben.

---

<sup>15</sup> A következő otthonokban indítják el a projektet:

- o KAV Pfl egewohnhaus Meidling mit sozialmedizinischer Betreuung, 1120 Wien
- o KAV Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Pflegezentrum, 1145 Wien
- o Caritas Pflegeheim St. Klemens, 1140 Wien
- o Caritas Pflegeheim St. Elisabeth, 1190 Wien
- o CaSa - Häuser zum Leben: Haus Waldkloster, 1100 Wien

<sup>16</sup> Az osztrák példákkal kapcsolatban további részletes információk a „TÁMASZ- szociális hálózatfejlesztés a határ mentén” „Jó gyakorlat” projektkiadványban található meg (Zalaegerszeg és Térsége Többcélú Kistérségi Társulás 2012).

A hospice szervezetek megoszlása:

- 10 kórházi hospice intézmény (162 ágy),
- 69 hospice szolgáltatás az otthoni ápolás területén,
- 2 gondozó intézet ill. hospicehoz hasonló gondozás idősök otthonában (15 ágy)
- 3 ambuláns csoport (támogató csoport a kórházakban)

Magyarországon leginkább kiépített a mobil otthonápolás, vagyis a mobil hospice csoportok. Az ágyak száma 2010-es évvel szemben 9,4%-kal csökkent, mivel két intézmény, köztük a Nagykanizsai Kórház Zala megyében ezeket a szolgáltatásokat megszüntette. Az ok az volt, hogy az intézmények a minimum szabványok biztosításának kiadásait és a személyzet képzésének költségeit nem akarták felvállalni.

A 84 szervezetből 65 részletes kérdőívet töltött ki: összesen 7000 beteget értek és láttak el. A rákos betegek aránya 94% (2,3%-kal több mint 2010-ben).

Az otthoni hospice területén a fő tevékenység az ápolás (63,8%) és a fájdalom enyhítése (23,5%). Minden további (gyógytorna, étkeztetés, mentálhigiénés tanácsadás stb.) sokkal kisebb szerepet kapnak. 2010-el ellentétben pozitívan értékelhető, hogy a fájdalom enyhítése és a támogatás szociális munkások bevonásával jelentőségteljes volt.

### 1. összefoglaló: Számok és szakmák a hospice területén dolgozó személyzetről a 65 megkérdezett szervezetenél az elmúlt három évben

Hospice személyzet 2009 (49 szervezetenél)	Hospice személyzet 2010 (62 szervezetenél)	Hospice személyzet 2011 (68 szervezetenél)
108 orvos	153 orvos	148 orvos
591 szakápoló	805 szakápoló	728 szakápoló
100 gyógytornász	169 gyógytornász	152 gyógytornász
56 pszichológus	87 pszichológus	82 pszichológus
41 szociális munkás	67 szociális munkás	57 szociális munkás
143 önkéntes	206 önkéntes	183 önkéntes
Összesen 1.180 fő	Összesen 1.679 fő	Összesen 1.507 fő

Forrás: <http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/563>

Az országos betegbiztosító (OEP) 2011-ben 800millió Ft-ot bocsátott rendelkezésre, ebből több mint 600 milliót használtak fel.

Magyarország esetében az együttműködés a hospice szervezetek és az Egészségügyi Minisztérium között különösen jónak mondható.



Összességében a hospice és palliatív gondozás Magyarországon főleg a gyógyíthatatlan rákos betegekre fókuszál: az országos betegbiztosító az OEP, amely hospice ápolást finanszíroz határozatot hozott, hogy azon személyek, akik hospice ápolásban részesülnek 90%-ban gyógyíthatatlan rákos betegeknek kell lenniük (Hegedüs 2010b). Önmagában azonban ennek a csoportnak a hospice és palliatív gondozási kínálata túl kevésnek mondható. Gyakran kapnak kezelést kórházban vagy gondozóotthonban, ahol gyakran hiányzik a specializált orvosi kezelés. Összességében különösen a megfelelően szakosodott körzeti orvosok hiányoznak (Martin-Moreno u.a. 2008).

A betegek beutalása a hospice otthonokba Magyarországon következőképpen történik: a szakorvosok, onkológusok vagy kezelő orvosok javasolhatják a hospice gondozást, a házi orvosok indítják el a folyamatot, beutalót adnak.

Magyarország esetében a következő területek lehetnek specifikusan megvalósítási kihívások:

A magyar hospice szervezet megkérdezésénél 2010-ben és 2011-ben (többek között Hegedüs / Katalin 2011<sup>17</sup>) a problémák kapcsán, amellyel a szervezetnek meg kellett küzdenie a következő szempontokat sorolták fel:

Első helyen mindkét évben a finanszírozási bizonytalanságot említették, továbbá a betegek késői beutalását és a házi orvosok informátlanságát a hospiceról. További problémák voltak: a kiegészítő finanszírozási források bevonása nehézségekbe ütközött, hiányoztak a megfelelően kiképzett szakorvosok és szakképzett alkalmazottak, elszámolási gondok adódtak az állami hivatalokkal, bizonytalanságok voltak a végső stádium megállapításánál, infrastrukturális problémák adódtak és a betegek nehéz elérhetősége akadály volt.

Problémaként jelentkezik, hogy a körzeti orvosok nem ismerik mindig a fájdalomcsillapító gyógyszerek és módszerek legújabb változatait, és a betegek gyakran túl későn kerülnek a hospicehoz.

További kihívás abban mutatkozik, hogy az egészségügybe a hospice gondolat már viszonylag jól beilleszkedett, amíg a szociálpolitikánál nem ez a helyzet. Egy átfogó gondozáshoz azonban mindkét oldal fontos volna, mivel a szociális szolgáltatásokon belül nem biztosíthatnak hospice otthonokat, annak ellenére, hogy ez fontos lenne. Javítani kellene a házi orvosok és a szociális munkások együttműködésén is ebben az összefüggésben.

Magyarországon az önkéntes munkát még elterjedtebbé kellene tenni. Egyrészt nem látják az önkénteseket szívesen a kórházakban és a gondozottak is az általuk megismert személyhez ragaszkodnak, ami az önkéntesek esetében nem mindig megoldható.

---

<sup>17</sup>[http://www.hospice.hu/docu/Osszefoglalas\\_a\\_2010\\_evi\\_hospice\\_betegellatasrol.pdf](http://www.hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2010_evi_hospice_betegellatasrol.pdf)  
<http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/563>

und



Összességében az orvosok részéről egyfajta fenntartás van a hospice házakban történő munkát illetően, amely azon alapszik, hogy gyakran nem eléggé informáltak. Ennek az az eredménye, hogy a hospice házba túl későn utalják be a beteget.

Egy tanulmány szerint például Baranya megyében a házi orvosoknak csak 9%-a ismeri jól a hospicet, 74% szívesen venne részt hospice képzésben, 64% a végső stádiumban lévő betegek ellátását hiányosnak ítéli, 85% egyetért abban, hogy a csoportos munka a betegek igényeit jobban kielégítené. A házi orvosok 55%-a azon a véleményen van, hogy a nyílt kommunikáció megterhelné a betegeket, 48% meggyőződése, hogy ez a terület az ő kompetenciájába kell maradjon (azaz, hogy a beteggel nyíltan beszél vagy sem) és 40% csak akkor mondja adja meg az információt, ha konkrétan rákérdeznek.

Ezen felül az orvosok „klasszikus gyógyító motivációja“ általában akadály, - amely az „utolsó percig“ az agresszív orvosi beavatkozást helyezi előtérbe – ellenben a hospice „csak“ fájdalomcsillapító terápiát alkalmaz, és „csak“ a kényelmi szintet és a beteg méltóságát helyezi középpontba.

## **6.6 Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat esettanulmány**

A Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat egy az öt szolgáltatóból, amely mobil hospice szolgáltatást nyújt Zala megyében (<http://www.hospice.hu>, az otthoni hospice interaktív nyilvántartás lekérdezése 2012. november). Ez az intézmény átlagosan kb. 800-900 ápolást és 300-400 hospice szolgálatot teljesít havonta. A Mónika-M szolgálatnál jelenleg 45 ápolónő, ill. ápoló dolgozik, akik a hospice tevékenységet másodállásban a rendes kórházi ápolási tevékenységük mellett végzik. Mivel ez a bevett gyakorlat, a dupla megterhelés miatt egyre nehezebb új tagokat találni a hospice csoportba. Nincsenek olyan önkéntesek, mint a hospice mozgalom más intézményeiben.

### **6.6.1 A hospice kínálat strukturális ismertetőjelei – ellátási struktúrák**

A rákos betegek ellátási kínálata a mobil szolgálatoknál a házi betegápolás és hospice szolgálat tekintetében a megyében jelenleg kielégítő. Az otthoni hospice finanszírozásának kibővítése az egészségbiztosító által (OEP) megszüntetné a nem rákos betegekre és végső stádiumban lévő betegekre az ellátási hiányosságokat a házi ellátórendszerben.

Zala megyében ellátási hiányosságok vannak a kórházi gondozásban. Nem kielégítő a mobil háziorvosi szolgálatok, szakorvosok és ápolónők létszáma, akik a súlyos betegek és súlyosan fogyatékosok és nem rákos betegeket ellátják.

A hospice szolgáltatón belül jelentős ellátási hiányosság, hogy a hospice gondozást elsősorban rákos betegeknek irányozzák elő. Ha abból indulunk ki, hogy Magyarországon minden negyedik haláleset ebből a betegségecsoportból adódik, és azoknak az aránya, akik otthon halnak meg 60%, akkor világossá válik, hogy a halált megelőző szakmai segítségnyújtásra mekkora az igény, amit a jelenlegi kínálattal nem tudnak megoldani.

### **6.6.2 A kapcsolódási pontoknál jelentkező problémák**

Az általános ellátási hiányosságok mellett a kapcsolódási pontoknál a kórházi intézmények, a háziorvosok és mobil szolgáltatások között jelentkezik problémák, és hiányosságok mutatkoznak a súlyosan beteg emberek és haldoklók ellátásában. Folyamatos egyeztetés van a hospice csoportok és hospice orvosok között, akik állandó jelleggel rendelkezésre állnak képzett orvos kapcsolattartóval.

Az információáramlás is kitűnően működik a hospice csoporton belül, a hospice csoport és a csoport vezetése között a megkérdezett hospice munkatársak szerint. Professzionális gondozás esetében ez abszolút követelmény.

Komoly probléma a háziorvosok és intézmények közötti együttműködés, mint pl. a Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat esetében. Ez egyrészt azért van, mert a háziorvosok, akik a hospice szolgálatban konkurenciát látnak csak ritkán készek arra, hogy ezeket a szolgáltatásokat, amelyeknek a költségét nem a betegbiztosító állja, a súlyos betegek részére ajánlják, az a véleményük, hogy a segítség a családdal/hozzátartozókkal jól működik. A hospice szolgáltatás szemszögéből a legtöbb háziorvosnak nincs elegendő kompetenciája a súlyos betegek és haldoklók gondozásával összefüggésben. Gyakran túlterheltek amiatt, hogy a megfelelő időben egy megfelelő palliatív ellátást elindítsák. Ebben az összefüggésben ajánlott a háziorvosok és kórházi orvosok képzésének kibővítése a gerontológia és a palliatív orvoslás területén. Az eredményesebb egyeztetés a mobil hospice szolgálatok és a kórházi ellátás, ill. a háziorvosok által ambuláns ellátás kapcsolódásánál is felvetésre került.

### **6.6.3 A hospice alkalmazottak foglalkoztatási helyzete**

A hospice csoport alkalmazottai ezt a tevékenységet a kórházi főállásuk mellett végzik. A hospice csoportban a tevékenység a legtöbb nővér/ápoló esetében körülbelül 20 órát tesz ki

hetente. Ebben az időben kb. 2-3 rákos beteget tudnak egyidejűleg ellátni. A szociális munkásoknál, akik szintén a hospice csoport tagjai, ez a szám, az ellátott személyek esetében 8-10 fő.

A hospice csoportban a tevékenység vállalkozói szerződéssel vagy megbízással történik. Ezt a vállalkozói tevékenységből származó jövedelmet önállóan kell adózni. Látogatásonként kb. bruttó 2000 Ft-ot (kb. 8 eurót) fizet a Mónika-M. Ennél a fizetési modellnél a látogatásokat optimálisan kell koordinálni, azért, hogy az utazás viszonylag kevés időt vegyen igénybe. A tapasztalat azt mutatja, hogy a gondozottaktól 15-20km-es körzetben telepedtek meg az ápolónők/ápolók, ill. 30-40km-es körzetben az orvosok, szociális munkások, gyógymasszőrök, mentálhigiénés szakemberek, ezért tartható a megfelelő utazási idő.

#### **6.6.4 Ápolónőkkel/ápolókkal kapcsolatos elvárások a hospice területén**

A hospice-ápolónők ill. ápolók munkaügyi helyzetéből következik, hogy az ápoló személyzettől a szakértelem megkövetelhető.

#### **Munka a súlyos betegekkel és a haldoklókkal**

A Mónika-M. Otthonápolási és Hospice Szolgálat ápolónői, ill. ápolói munkájának középpontjában a betegekkel, ill. haldoklókkal való foglalkozás áll. A közvetlen ápolói és fájdalomcsillapító beavatkozások mellett nagymértékben pszichológiai támogatásról van szó. A betegeknél és haldoklóknál a beszélgetés gyakran arról szól, hogy „Mennyi időm van még hátra?” vagy „Mi fog történni velem?”. Ebben a helyzetben meg kell találni a megfelelő szavakat, és a kilátástalan helyzet ellenére megnyugtatóan kell hatni a betegre.

„Minden halál más”, ez a mondás egy Mónika-M hospice ápolónőtől származik, és arra utal, hogy tőlük nagyfokú empátiát, spontán és rugalmas hozzáállást követel az adott helyzet megoldása. Ehhez tartozik, hogy a betegek a halál folyamatában erősen megváltoznak és az ápoló személyzetnek mindig alkalmazkodni kell az új helyzethez.

Az ápolási és a fájdalmat csillapító gondozással a szociális munkások tevékenységének is fontos szerepe van. Minden hospice csoportban dolgozik egy szociális munkás, akinek a tevékenysége közé tartozik a betegek támogatása a mindennapi folyamatokban: a különleges szükségletek elintézése, az utolsó kívánság teljesítése, távol élő családtag felkeresése vagy az adminisztratív feladatok ellátása.

Fontos szempont a hospice csoport bevetésénél, hogy a betegnél mindig csak a csoport egy tagja legyen jelen, azért, hogy ne legyen túlterheltek.

## **Foglalkozás a hozzátartozókkal**

A súlyos betegek és haldoklók hozzátartozói speciális stresszhelyzetnek vannak kitéve. Gyakran olyan elvárásaik vannak, hogy a beteg hozzátartozójuk állapota javul, amely reálisan nézve hamis elképzelés. Őszintén kell közelíteni hozzájuk, közben a megfelelő szavakat kell megtalálni, nem rájuk zúdítani mindent. Ezen túl a hozzátartozók viselkedését a gyógyíthatatlan betegekhez és haldoklókhoz a haláltól való félelem jellemzi. Ezekben a helyzetekben is támogatni kell a hozzátartozókat és fel kell készíteni őket a hozzátartozójuk halálára. Ebben az összefüggésben arról is szó van, hogy a haláltól való félelmükben megkérdőjelezzék az ápolást, és az állapot romlásánál azonnal kórházba küldenek a beteget. Világossá kell tenni a hozzátartozók részére, hogy az ápolási és fájdalomenyhítési beavatkozások többet segítenek a betegnek, mint a kórházba történő beutalás.

A megkérdőjelezett ápolónők szerint a hospice képzésnek fontos része kell, hogy legyen a szakértelem megkövetelése ezekre a fontos feladatokra.

A hozzátartozókkal történő munka során a hospice ápolónők, ill. ápolók szembesülnek az ápolói és az orvosi szakma hierarchiájával. Amikor az orvos felkeresi a súlyos beteget, ill. a haldoklót, a hozzátartozók teljes tekintéllyel néznek rá, és részben misztifikálják őt. Ebben a helyzetben az ápoló személyzet diagnosztikai és terápiás szakértelmét nem kell érvényre juttatnia. Itt arról van szó, hogy az ápolói és orvosi személyzet között betartsák a rangbeli sorrendet és a jelenlévő orvos tekintélyét ne ássák alá. Az ápolóknak sokkal inkább feladata, hogy az orvosi látogatás után kapcsolódjanak az orvosi diagnózishoz és azt a hozzátartozónak újra elmagyarázzák, vagy segítsék a megértését.

Akkor lehet problematikus a helyzet, ha az orvos által elrendelt beavatkozásnak a hospice ápolás szempontjából kevés értelme van. Mint ahogy már említettük, sok házi orvos csak kevéssé vagy nem jártas a hospice szemléletmódban, gyakran azt a beavatkozást alkalmazzák, hogy beutalják a beteget egy kórházba. Ez sok esetben a kórházi túlterheltség és az abból adódó személytelen és rövid kezelés miatt a súlyos beteg, ill. haldokló egészségi állapotának hirtelen romlásához vezet, és a halál gyorsabban beáll, mint ápolással a megszokott otthoni környezetben.

### **6.6.5 A hospice ápolónők képzési háttere**

A Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálat alkalmazottai rendelkeznek hospice alapképzéssel, ami 40 képzési órát foglal magába. Gyakran intenzív tanfolyam formájában indítják, amely 4 napban 10-10 képzési tanórát foglal magába. Az alapképzés után néhány munkatárs továbbképző tanfolyamot végez, ilyen a hospice speciális tanfolyam, amely

többek között Budapesten és a nagyobb városokban érhető el és 80 képzési tanórát foglal magába. Néhányan elvégezték továbbá a 40-napos hospice továbbképzést, amely összesen 10 hónapig tart és egy OKJ-s bizonyítványt ad (az OKJ egy országszerte elismert regisztrált képzés).

A Mónika-M Otthonápolási és Hospice Szolgálatnál a hospice alkalmazottakra jellemző, hogy mindannyian rendelkeznek ápolónői/ápolói alapképzéssel, amelyet a tevékenységük folytatásához a kórházban végeztek. Mivel a Mónika-M-nél minden alkalmazott a rendes kórházi munkája mellett másodállásban végzi a hospice tevékenységet, ezért a szolgálat profitál a képzett és továbbképzett munkatársak szaktudásából. A kórházban kötelezően egy bizonyos időn belül bizonyos mennyiségű továbbképzési pontokat kell gyűjteni. A kórházban a továbbképzési lehetőségek egyik területe a hospice-szal kapcsolatos továbbképzések, amelyet a Mónika-M. dolgozói igénybe vesznek.

#### **6.6.6 A hospice dolgozók munkahelyi megterhelése**

A két munkahelyen történő munkavégzés megterhelése miatt, egyrészt a kórházi munka és másrészt az önálló tevékenység a hospice csoportban, viszonylag magas terhelést jelent. Mindenekelőtt a követelmények a kórházi munkában egyre megerőltetőbbek.

A hospice csoportban a tevékenység megköveteli az időigényes odautazást a gondozott beteghez. A testi és pszichés megterhelés a gondozásánál esetenként nagyon eltérő. A látogatási gyakorisága jelentősen változó. Abban az esetben is, ha a beteglátogatások száma keretek között tartható, gyakran sok időt vesznek igénybe és érzelmileg is erősen megterhelőek.

Mindenekelőtt a halált megelőző szakaszban a nővéreknek/ápolóknak folyamatosan elérhetőnek kell lenniük és a betegek valamint a hozzátartozók számára állandóan rendelkezésre kell állniuk. A kórházban a teljes munkaidő megterhelést jelent. A hospice dolgozók beosztásának egyeztetése a saját családi életükkel is komoly kihívást jelent. A hospice munkatársak között vannak néhányan, akiknek nincs családjuk és így ők könnyebben tudnak a betegek rendelkezésére állni.

Az ápolással kapcsolatos megterhelés mellett a hospice csoport megkérdezett munkatársainak a betegekkel kapcsolatos ügyintézés és az ápolási dokumentumok adminisztrációja komoly követelményeket támaszt.

A hospice csoport ápolónői pozitívan ítélik meg, hogy ez a szolgálat biztosítja a lehetőséget arra, hogy a specifikus külön eseteket kezelni tudják, ami a kórházi tevékenységük keretében már nem lenne lehetséges.

A hospice csoport tagjai a Mónika-M-nél a megterhelés ellentételezéseként elismerést és köszönetet kapnak a gondozott betegektől. Ezek a kapcsolatok minden érzelmi megterhelés mellett építőek és értékesek. Ez azt is megmagyarázza, hogy a hospice dolgozók a szolgálatot nem anyagi meggondolásból vállalják, hanem személyes motivációból, segíteni akarásból illetve, hogy a haldoklónak egy lehetőség szerint elfogadható utolsó életszakaszt biztosítsanak. Ebben az összefüggésben a hospice munkatársak a kihívást látják inkább, a segítő szándékot annak tudatában, hogy a haldokló a klasszikus értelemben véve nem gyógyul meg, hanem esetében más szempontok számítanak.

### **6.6.7 Az intézmény támogatási lehetősége**

Azért, hogy a terhelést tudják kezelni és meg tudják oldani, a hospice csoport munkatársainak rendelkezésére állnak támogatási lehetőségek. Lehetőség van arra, hogy szükség esetén egy vagy két másik csoporttaggal konkrét gondozási esetet és helyzetet megvitassanak. Általában havi csoportmegbeszéléseket tartanak. Akut esetben a csoport vezetőjével lehetőség van azonnali telefonos megbeszélésre.

Mindenekelőtt akkor, amikor különösen nehéz esetben kell eljárni vagy egyes esetekben a gondozás megterhelő, mint pl. ha haldokló fiatal beteggel kell foglalkozni, az új gondozott személy átvételéig szünet beiktatása javasolt.

A hospice munkatársak megterhelésének megelőzésére burnout prevenciót kínálnak.

A megkérdezett hospice nővérek szemszögéből nézve az a tudás, ami náluk a csoportban felhalmozódott, támogatásként mindig elérhető és segítséget nyújt, ill. nagyon fontos momentuma a hospice munkának. Ebben az összefüggésben fontos elem a csapatépítés, az egyes csoporttagoknak elérhető ez a biztonság. A hospice csoport megkérdezett tagjai pozitívan nyilatkoztak a munkahelyi légkörről, ami számukra fontos motiváció ehhez a tevékenységhez.

### **6.6.8 Továbbképzési lehetőségek**

A fent ismertetett hospice csoport munkafeltételeiből valamint az intézményi keretfeltételekből következtetni lehet a mobil hospice csoport munkatársai által igényelt továbbképzésekre és támogatási igényekre a következő tartalommal:

- Csapatépítés
- Súlyos és halálos betegek ápolása a különböző szakaszokban egészen a halálig
- Bánásmód érzelmileg különösen megterhelő esetekben

- A hozzátartozókkal való munka: félelem, elvárások, óhajok kezelése
- A háziorvossal és a kórházi orvossal történő együttműködés
- Időbeosztás
- Kapcsolódási pontok menedzselése
- Burnout megelőzés

## **6.7 „TÁMASZ” Alapszolgáltatási Intézmény mobil otthonápolás esettanulmány<sup>18</sup>**

A TÁMASZ 62 önkormányzatot lát el az egyik Zala megyei kistérségben, valamint a szomszédos Vas megyei Őriszentpéter kistérségben. Ezekben a kistérségekben 65-ből 39 településen a lakosok száma alacsonyabb, mint 500 fő. Ezért a szociális szolgáltatásoknak fontos szerepe van az ápolási ellátásban.

### **6.7.1 Az ellátási kínálat strukturális tulajdonságai**

A mobil szolgálatoknál az otthonápolás tekintetben elegendő ellátási kínálat csak olyan betegeknél működik, akiknek viszonylag alacsony az ápolási igénye (napi 1-4 óra). Ellátási hiányosságok vannak a fogyatékkal élőknel vagy nagyon időseknél, akik gyakrabban szorulnak ápolásra vagy sokoldalú ápolást és különböző szolgáltatásokat igényelnek.

A rászoruló személyek gondozása a szociális területen úgy szabályozott, hogy azok, akik több mint 4 óra gondozást igényelnek otthoni ápolásban állandó ápolásra szorulnak. Először átmeneti otthonokba kerülnek egy fél évre (max. 1 évig) vagy ha az állapotuk súlyosbodik gondozóotthonba (idősek otthonában) gondozzák őket. Az egészségi állapot javulásánál az átmeneti otthonokból átirányítják őket otthoni gondozásba. A legtöbb esetben azonban a betegek a gondozó otthonban maradnak, mert az állapotuk rosszabbodik. A beteg állapotát a szakmai személyzet állapítja meg a TÁMASZ-nál (pl. csoportvezetők).

Az állandó gondozásban az ellátási kínálat hiányos, létezik egy átmeneti otthon 400 ágygal a megyeszékhelyen, Zalaegerszegen összesen 80 önkormányzat részére. Emellett van két

---

<sup>18</sup> A „TÁMASZ”-szal kapcsolatos további részletes információk a „TÁMASZ- szociális hálózatfejlesztés a határ mentén” „Jó gyakorlat” projektkiadványban található meg (Zalaegerszeg és Térsége Többcélú Kistérségi Társulás 2012).



gondozóotthon, amelyeknek nem kielégítő a kapacitása. Minden ápolási intézménynél hosszú várólisták vannak.

A mobil szolgálatok ellátási helyzete az intézményeken keresztül, mint pl. a TÁMASZ valamint más privát és egyházi szervezetek és az önkormányzatok szociális referensei munkájával elegendő.

Hiányosságok vannak az állandó gondozási ellátásban a súlyos betegek és súlyosan fogyatékos betegek ápolásában jártas speciális szakemberekben (ápolónők/ápolók, speciálisan képzett házi orvosok, szakorvosok).

8 önkormányzatnál a TÁMASZ nappali gondozást biztosít idős embereknek, egy klubhelyiséget működtet, meleg ételt biztosít, és közös programokat szervez.

Megfelelő kínálatot biztosítanak a mobil szolgáltatással és otthoni segítségnyújtással olyan személyeknek, akiknek kevés gondozásra van szükségük. A fogyatékkal élőknek és a nagyon idős személyeknek összetettebb gondozásra van szükségük, amelyhez a kínálat nem kielégítő. A demens betegek mobil ellátása szintén nem kielégítő, őket többnyire kórházi ápolásra beutalják.

Nincs kapcsolódási pont a mobil szociális szolgálat és a hospice szolgálat között.

### **6.7.2 Az ellátó rendszer gyenge pontjai**

A házi orvosok és a szociális munkások közötti együttműködésnek hiányosságai vannak. Induláskor a szociális mobil szolgálat gondozójának elmagyarázzák, hogy az érintett beteget hogyan kell ápolni. A későbbiek folyamán a szociális munkások nem kapnak elegendő támogatást, a betegről készített jelentéseiket részben figyelembe se veszik.

Minden megkérdezett ápolónő a házi orvosokról kritikát fogalmazott meg. Annak ellenére, hogy a lakosság előregedése folyamatosan halad előre, a házi orvosok részéről kevés a készség a gerontológiai képzés és továbbképzés elvégzésére. Széles körben elterjedt a házi orvosoknál és a kórházban is az a hozzáállás: „Minek avatkozzunk be, ennek az idős embernek már úgyis mindegy, már nem fog sokáig élni.“ A megkérdezettek szerint az orvosok ezen a véleményen vannak, még akkor is, ha ez néha csak a háttérben hangzik el.

A TÁMASZ gondozási kínálata betegenként 4 órára korlátozódik. Ha további ápolást igényelnek, azt a hozzátartozóknak kell megoldaniuk. Ők azonban gyakran túlterheltek, így fertőzés vagy egyéb megbetegedés esetén a beteget beutalják a kórházba. Ott általában a legtöbbször meghal. 2010-2011-ben a TÁMASZ által gondozott személyekből 226 elhalálozott, közülük 164 a kórházban halt meg, míg 62 otthon. 2012-ben eddig 180 betegnél



fejlesztették be az ápolást, 75-nél az elhalálozás miatt, közülük 53 a kórházban halt meg míg 22 az otthonában.

### 6.7.3 Foglalkoztatási helyzet a TÁMASZ-nál

A TÁMASZ-nál két férfit kivéve kizárólag nők dolgoznak. Összesen 108-an dolgoznak az idős-és betegápolásban, további 4 ápoló megbízással van, ők a segélyhívó rendszerért felelősek. Az állandó alkalmazott ápolók közül 8 a rendes munkaidőn túl készenléti szolgálatot teljesít a segélyhívóval rendelkező háztartások miatt. Önkéntes dolgozókat csak irodai munkára foglalkoztatnak. Ez egyfajta próbaidőnek számít. 2015-től az érettségi előtt álló diákoknak 1 hónapig önkéntes munkát kell vállalniuk. Várható, hogy több önkéntes jelentkezik majd szolgálatra.

A csoportvezetők a zalaegerszegi központban vannak és mindannyian 2-3 önkormányzatért felelősek. Átlagosan 16-17 szociális munkást koordinálnak. A személyzeti fluktuáció átlagos keretek között mozog. A régióból nem nehéz találni személyzetet, mivel a munkanélküliség viszonylag magas. Néhány további foglalkoztatási lehetőség nőknek, mint pl. a könnyűiparban egyre kevesebb, mert a cégeknek be kellett zárniuk. A személyzet toborozása az önkormányzat bevonásával történik. A polgármester javaslatot tesz, hogy kit vegyenek fel a gondozó csoportba.

A gondozott személyek száma havi átlagban 900 fő körül mozog (2012. október). 52 fő közülük rákos beteg. Nagyobb részben olyan személyekről van szó, akik napi egy óra ellátást igényelnek:

ápolás/nap 1 óra	ápolás/nap 2 óra	ápolás/nap 3 óra	ápolás/nap 4 óra	több mint 4 óra
761 fő	127 fő	9 fő	14 fő	16 fő
		927 fő		

Forrás: Támasz, 2011. 10.24-i állás

### 6.7.4 Követelmény az otthonápolásban a nővéreknek és az ápolóknak

A Támasz csoportvezetői megtervezik az ápolási szükségletet, készítik egy gondozási tervet és ennek alapján indítják el az ápolást. Felkeresik a gondozott betegeket, amikor azok

egészségi állapotában változás áll be, amellyel az ápolási igény is változik. Ebben az esetben a gondozásban a szükséges változásokról gyorsan kell intézkedni, ill. ha a személy már otthon nem ápolható, a kórházi vagy a gondozóotthoni beutalásról kell gondoskodni.

A csoportvezető szükséges, hogy helyben elérhető legyen akkor is, ha a személyzet munkája közben probléma merül fel (pl. nézeteltérés támad két szociális munkás között), ha a dokumentáció hiányos vagy nem kielégítő, vagy ha a betegek a gondozást a tervezett mérték fölött kívánják igénybe venni és az otthonápolás munkatársaitól külön szolgálatot kérnek.

Azokban a háztartásokban, amelyek rendelkeznek segélyhívó rendszerrel, szükséghelyzetben a csoport tagjai a mentőorvos megérkezéséig életmentő azonnali intézkedést kell, hogy foganatosítsanak. Tekintettel a szakmai ismereteikre a mentőorvos megérkezésekor a beteg állapotáról az orvost szaknyelven tájékoztatják.

### **6.7.5 Az ápoló személyzet képzési háttere**

Az ápoló személyzet 80%-a a képzést az ápolás és a szociális gondozás területén Zalaegerszegen végezte el. Az ápoló személyzetnek a kiegészítő képzéseket előírják. A közepes képzéseknél 60 kreditpontot, magasabb képzéseknél 80 kreditpontot kell elérni 5 éven belül.

A szociális szolgálatnál a továbbképzést az egészségügyi területtel ellentétben alig támogatják. A munkatársaknak a tanfolyamokat a szabadidejükben kell elvégezniük és a tanfolyam költségeit is maguk állják.

A helyi továbbképzési kínálat hibája, hogy kevés kreditpontot lehet gyűjteni, ami a továbbképzési hajlandóságot nem támogatja. A csoportvezető szerint a szociális szolgálatok területén a képzés inkább terhet jelent, kevés a szakmai kíváncsiság vagy az érdeklődés a háttérben.

Így érthető, hogy a további képzések és továbbképzések iránti érdeklődés, amely a kötelező továbbképzésen túlmutatnak, a Tamasz megkérdezett szociális munkatársai körében szűk keretek közt mozognak. A hospice ápolás területén kiegészítő képzést a Tamasz részéről 5 fő végzett: 4-en a 40 órás alapképzést végezték el, míg 1 fő végezte el a speciális képzést 80 órában.

### **6.7.6 A mobil ápolást végzők megterhelő munkája**

A mobil ápolásban az ápolók időnként fizikai terhelésnek vannak kitéve. Mindenekelőtt akkor, ha súlyosan fogyatékos túlsúlyos páciensekről beszélünk. De a takarítás és a bevásárlás is fizikai megerőltetést jelent.

Minden ápoló maximum 9 beteget tud ellátni, ami tekintettel a széles feladatkörre (ápolás, takarítás, bevásárlás, orvosi látogatás) nagy megterheléssel jár. A gondozott betegek száma napi szinten a meghatározott ápolási igény szerint alakul. Egy szociális munkás maximum két beteget tud ellátni 4 órában.

Az adminisztratív feladatok plusz terhelést jelentenek, mivel viszonylag sok időt igényelnek, ami hiányzik a betegek számára szánt munkaidőből.

Ezzel ellentétben a megkérdezett Támasz szociális munkások szerint vannak sikertörténetek, amikor a segélyhívó rendszer használatával időben segítséget tudtak nyújtani és ezzel kritikus helyzetet tudtak elhárítani. Az elmúlt 4 évben, amióta a Támasznál a segélyhívót bevezették csak egy haláleset történt, ami azon múlt, hogy a beteg elhallgatta a cukorbetegségét és a szükséges beavatkozást nem tudták időben megtenni. A dolgozók elégedettségéhez a pozitív események jelentősen hozzájárulnak.

### **6.7.7 Az intézmény támogatási lehetőségei**

A havi csoportmegbeszéléseken az aktuális tapasztalatokat és a speciális gondozási eseteket megbeszélik. Ez lehetőséget jelent a kollégáknak, hogy a saját tevékenységükkel kapcsolatban a tapasztalatokat levonják. Alkalmanként külsős szakértőket is meghívunk, akik a gondozással kapcsolatos témákban előadást tartanak a különböző módon megjelenő betegségekről vagy egy bizonyos betegség viselkedést megváltoztató következményeiről.

Ezek a támogatási lehetőségek a dolgozóknak több biztonságot adnak az ápolói munkájuk gyakorlásához, és segítik őket, hogy kritikus helyzetekre fel tudjanak készülni.

A Támasz-nál mobil ápolásban dolgozó alkalmazottaknak továbbképzési lehetőség nem biztosított.

### **6.7.8 Hivatkozás a hospicera**

A tanulmány célja, hogy a hospice szolgálat integrációját a szociális területen bemutassa. Az otthongondozást a szociális és otthonápolási személyzet végzi. Nem mindenkinek van mindenhez jogosultsága, például sebet kötözni vagy infúziót beállítani. A kórházak teljesen leterheltek, sok orvos és egészségügyi személyzet hiányzik és nyáron további személyeket

utalnak be a házi gondozásból és az idősök otthonából a kórházakba, mivel az ápolás ellenére nem tudtak megfelelő mennyiségű folyadékhoz jutni és infúzióra van szükségük. A kórházba történő felvételt gyakran el lehetne kerülni, ha például mobil házi betegápoló csoportok jobban bekapcsolódnának az otthonápolásba, ill. az idősök otthonába, hogy a betegek a saját megszokott környezetükben maradhassanak. Az interjúpartnerek arról adnak tájékoztatást, hogy a betanított személyzet magasabb érzékenységet mutat a hospice és a gondozás iránt, mint az egészségügyi dolgozók. Ismerve a magyar egészségügy körülményeit, előfordul, hogy a szociális munkások túllépik a hatáskörüket és a házi orvost kérdezik meg, hogyan kell a sebet ellátni, hogy megspórolják a beteg kórházba szállítását.

Ezen felül a szociális munkások gyakran összekötő kapocsként működnek a házi orvos és a beteg között illetve a csoportvezető és a beteg valamint a család és a csoportvezető és a család és a beteg között. A képzési eszközök átrendezése és a szociális munkások hospice képzéséhez való hozzáféréseinek a biztosítása megkönnyítené ezeknek az embereknek a munkáját, a hospice gondolat elterjedését és a hospicehoz hasonló gondozást különösen a hátrányos helyzetű régiókban és a hátrányos helyzetűek részére.

A témában készített tanulmány szerint a szociális munkások szerepét illetően a multidiszciplináris csoportokban CSERI PÉTER szerint a csoportoknak multidiszciplináris képzésre van szükségük. A szociális és egészségügyi szakmai személyzet közös képzése megkönnyítené a későbbi közös munkát.

## 7 Ajánlások

Ahogy a tanulmányban bemutatásra került, a hospice-és palliatív ellátásban komoly eredményeket értek el – mindenekelőtt jogilag biztosítottak a feltételek – a területileg lefedett hospice- és palliatív ellátás gyakorlati megvalósítása még kívánnivalót hagy maga után.

A következő területek érintettek:

- A hospice és a palliatív ellátás szemléletének fontossága kapcsán tudatosságra nevelés
- A finanszírozás területe
- A képzés és továbbképzés területe
- A hospice és palliatív ellátás rögzítése a rendszer különböző szintjein:
- Az egészségügyi rendszerben úgy, mint az ápolási és a szociális rendszerben
- Az orvosi szakmákban úgy, mint az ápolói és szociális szakmákban
- A hospice és palliatív ellátás kínálata kiszélesítésével és ezen a területen az önkéntes munka rendszerének kiépítésével

A részletekből az alábbi javaslatok következnek:

### ■ **Tudatosságra nevelés a hospice és palliatív gondozási tevékenységből kiindulva**

Jóllehet mindkét országban a témával kapcsolatosan befolyásos ernyőszervezetek erős lobbis és tudatosságra nevelésben vesznek részt. Ezeket további nyilvános kampányokkal lehetne támogatni: a lakosság felvilágosításával a palliatív és a hospice ellátásról általában, specifikusan az orvosokat, hogy más szakmabeliekkel szorosabban együttműködjenek. A különböző szakorvosok a specifikus továbbképzéseket szélesebb körben vegyék igénybe (házi orvosok, valamint a kórházban dolgozók) és a körzeti orvosok részéről kívánatos volna, hogy részt vegyenek a különböző kampányokban, akár határon átnyúlóan.

### ■ **Hosszú távú pénzügyi biztonság**

Az átfogó pénzügyi biztonság mindkét országban behatárolt; ha különböző mértékben is mindkét országra igaz, hogy további pénzügyi források szükségesek ahhoz, hogy területet lefedően, az ellátást szakmai szinten biztosítsák. Ez vonatkozik a struktúrák fel-és kiépítésére valamint a személyzetre. Mindenekelőtt kívánatos a hosszú távú biztonság elérése és a pénzügyi hatáskörök tisztázása a gyakran komplex egészségügyi és szociális ellátó országos rendszerekben (az állam, a tartomány/megye, önkormányzatok szerepe stb.).

Az öregedő társadalom miatt a szociális rendszerrel kapcsolatban is mindig erősebb a kihívás, hogy hospice és palliatív ellátást vegyenek igénybe – például az idős emberek otthoni gondozása tekintetében – és ezt pénzügyileg fedezni tudják. Azért, hogy további pénzügyi forrásokat tudjanak bevonni – pl. szponzorokat, alapítványokat, alapokat, stb. a szervezeteknek speciális kompetenciákra és tudásra van szüksége, amelyek ezzel a területtel foglalkoznak. A coaching, professzionalizáció és a továbbképzési lehetőségek az ilyen szervezetek vezetőinek támogatást nyújthatnak. Különösen kihívást jelent a családoknak, hogy csak akkor kapnak támogatást otthoni hospice ellátásra, ha szerződésben egyetértenek azzal, hogy a fennmaradó ápolást elvégzik, ill. a beteg az otthonában meghallhat. Azért, hogy a hozzátartozók az intenzív ápolási tevékenységeket el tudják látni és kapjanak egy bizonyos pénzügyi támogatást, az osztrák hospice „családi gondozási szabadságot“ ad az ápoló hozzátartozóknak, amely támogatási lehetőség volna Magyarországon is (lásd. 12. old.)

További ajánlható példa Ausztriából az egységes szabályozás az otthonápoláshoz egy meghatározott egységes óradíj a különböző szakmáknak (diplomás ápoló, ápolósegéd, otthoni betegápoló) az elvégzett ápolási tevékenységekhez (lásd.30. old.)

#### ■ **A képzés és továbbképzés javítása a hospice és a palliatív ellátás területén**

A képzésekben és továbbképzésekben a hospice és palliatív ellátás területén a különböző szakmacsoportoknak központi szerepük van.

Különösen magas igény van egyrészt a kiegészítő képzésekre körzeti orvosok részére (mind Ausztriában mind Magyarországon), de arra is, hogy az egyetemi képzésbe a témát jobban beintegrálják. Egy palliatív orvoslásra szakosodott orvos részére is vannak előírások az Európai Palliatív Szövetség részéről. Az alapgondolat arról szól, hogy a palliatív kiegészítő képzés több szakorvosi képzés számára is elérhető legyen, a belgyógyászat és aneszteziológia mellett mindenekeelőtt az általános orvosok részére.

Az orvosi személyzet mellett az ápolás és szociális területen nagyon sok szakmacsoportnak sokrétű képzésre és továbbképzésre van szüksége – ahogy az a projektekben és a „Hospice és palliatív ellátás az idősotthonokban és gondozóotthonokban“ projektben is jól látható. Sok szakmacsoport részt vállalhat ebben, a méltóságteljes halált támogatva a jól ismert környezetben, ha a megfelelő képzéssel a lehetséges túlterhelés a minimumra csökken, a kapcsolódási pontok (ki mit tehet) jobban tisztázásra kerülnek és a multidiszciplináris együttműködést támogatjuk. Ebben az összefüggésben ezek a képzési és továbbképzési elemek a különböző szakmacsoportok szempontjából relevánsak (az ápoló személyzettől a szociális munkásig stb.).

Mivel a hospice ellátás nagy részben társadalmi munkán alapul, az ebben részt vállalók számára is központi kérdés, hogy képzésekben és továbbképzésekben részesüljenek,

valamint visszajelzést és irányítást kapjanak a különböző, részben megerőltető témakörökben. Különösen az önkéntes tevékenység esetében valamint a mobil hospice csoportoknál javasoltak a szervezeti, szakmacsoportok szerinti, intézményt átfogó képzések és továbbképzések, hogy szabványokat készítsenek, támogassák a tapasztalatcserét és megértsék „mindig a másik“ munkáját. Különböző gyakorlati napok a kórházban, hospice csoportban, gondozóotthonokban stb. további érdekes elemek lehetnének. Az ilyesfajta képzések hozzájárulnának a képzések jobb image-hez és ösztönzően hatnának a részvételre. További javaslat a képzés és továbbképzés beintegrálása a szervezeti fejlesztési folyamatokba (lásd. 41. old.) ahogy az osztrák példa is mutatja.

### ■ **A hospice és palliatív gondozás beilleszkedése a rendszer különböző szintjein**

Ahogy a beszámoló is mutatta, a hospice és palliatív ellátás nagyon különböző módon illeszkedik a rendszer különböző szintjein. Magyarországon a szociális rendszerbe való beilleszkedés hiányát említik – például az otthoni segítségnyújtásban és a kórházi szociális intézményekben (elsősorban az időotthonokban). Ausztriában a széles önkéntes munkára alapuló rendszeren keresztül ez az állapot, amely különböző területekre vonatkozik valamennyire megoldott.

Intézményi szinten a palliatív ellátás megszervezése a kórházakban és más ellátó intézményekben is kívánatos volna. Ez már elkezdődött az idősok otthonában és ápolóotthonokban, de az otthonápolásban és a különböző otthonápolási formákban is. Fontos volna az általános segítségnyújtás a halálos betegeknek nem csak az onkológiai végső stádiumban lévők részére.

A burgenlandi példa, a hospice és palliatív ellátás tartományi koordinációja (lásd. 37-38.old.) magyarországi átvétel szempontjából megvizsgálható lenne, például egy intenzív tapasztalatcsere keretében.

### ■ **Kínálat bővítése és az önkéntes munka rendszerének kiépítése ezen a területen**

Önkéntes munka nélkül a területet lefedő ellátás még kevésbé volna biztosított, mint amennyire az most. A tevékenységet fel kellene értékelní és a rendszert kiépíteni főként Magyarországon. Ehhez kapcsolódik az önkéntes munka megítélésének, és az önkéntes munkát végzők tevékenységének elismertsége. Más intézményekben – elsősorban kórházakban – valamint az önkéntesek széles körű támogatásával, képzésekkel, továbbképzésekkel, irányítási lehetőséggel, hálózati együttműködési lehetőséggel stb. kellene biztosítani. Magyarországi alkalmazáshoz az osztrák önkéntes koordinátorok példáját (lásd.39-40.old.) érdemes volna megvizsgálni.