

Hospice betegellátás 2013 - a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése alapján

Összeállította:

Dr. Hegedűs Katalin és Munk Katalin
Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
www.hospice.hu

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) 2013-as statisztikai felmérése alapján 87 betegellátó intézmény illetve otthoni szolgálat végzett hospice tevékenységet:

- 14 hospice fekvőbeteg intézményi részleg (200 ágyon);
- 64 hospice otthoni ellátást végző csoport;
- 4 hospice mobil team (kórházi támogató csoport);
- 3 palliatív járóbeteg rendelés.

Két gyermekhospice is működik: a Tábita Ház Törökbálinton 5 ágygal és a Dóri Ház Pécsen 2 ágygal, de az OEP – bár elismeri – nem finanszírozza a tevékenységüket. Mindkét ház engedélye a beteg otthonában illetve ideiglenes lakhelyén történő hospice és mentesítő ellátásra szól. Alapítványi és egyéb támogatásokból, adományokból tartják fenn magukat. (a hospice ellátókat ld.: <http://www.hospice.hu/hospice-ok/>)

Az MHPE hospice intézményi ellátás esetében összesen 200 ágy állt rendelkezésre. A WHO becslései alapján 1 millió lakosra minimum 50 palliatív ágygal kell számolni, ami 10 millió lakos esetén 500 ágyat jelent¹. Magyarország ehhez képest nagyon lemaradt, akár a környező országoktól is. (Szlovákiában pl. 277 hospice ágy van a kevesebb mint ötmillió lakosra.²) Az okok továbbra is az előző jelentésekben már említettek: a kórházak nem igazán érdekeltek a hospice-ok kialakításában, nem látják át a fontosságát, plusz költségnek tekintik és a minimumfeltételekben előírt szakdolgozói képzési feltételeket sem szívesen vállalják fel. (Az intézményi hospice-ok listáját ld. az 1. táblázatban.)

1. táblázat: Az intézményi hospice-ok listája az alakulás évével és az ágyszámmal

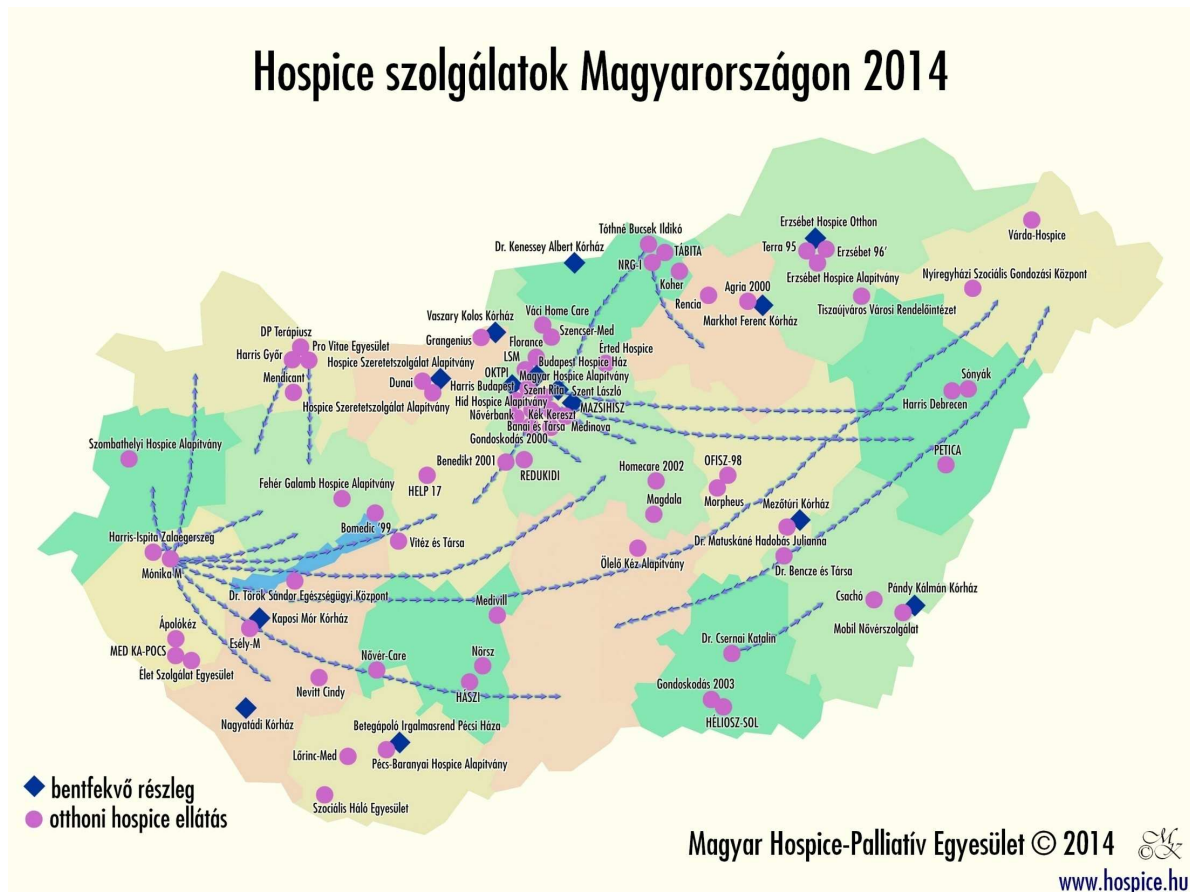
1. Gyula, Pándy Kálmán Kórház	(1994) 20 ágy
2. Budapest, Szent László Kórház	(1995) 10 ágy
3. Miskolc, Semmelweis Kórház	(1995) 20 ágy
4. Tatabánya, Nefelejcs Ápolóház	(1999) 5 ágy
5. Budapest, MAZSIHISZ Szeretkórház	(2001) 10 ágy
6. Pécs, Irgalmas Hospice	(2004) 23 ágy
7. Eger, Markhot F. Kórház	(2004)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

¹ Radbruch L, Payne S et al: Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 1. rész. Kharón, 2010. 14 (3): 1-28.

² EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, 2013.

A hospice szolgálatok számának növekedése továbbra is elsősorban az otthoni szolgáltatók – jellemzően a több megyében is szolgálatot indító szolgáltatók – számának növekedéséből adódik. (ld. az 1.ábrát)

1. ábra: Hospice szolgálatok Magyarországon, 2013



Az OEP finanszírozás a következő volt:

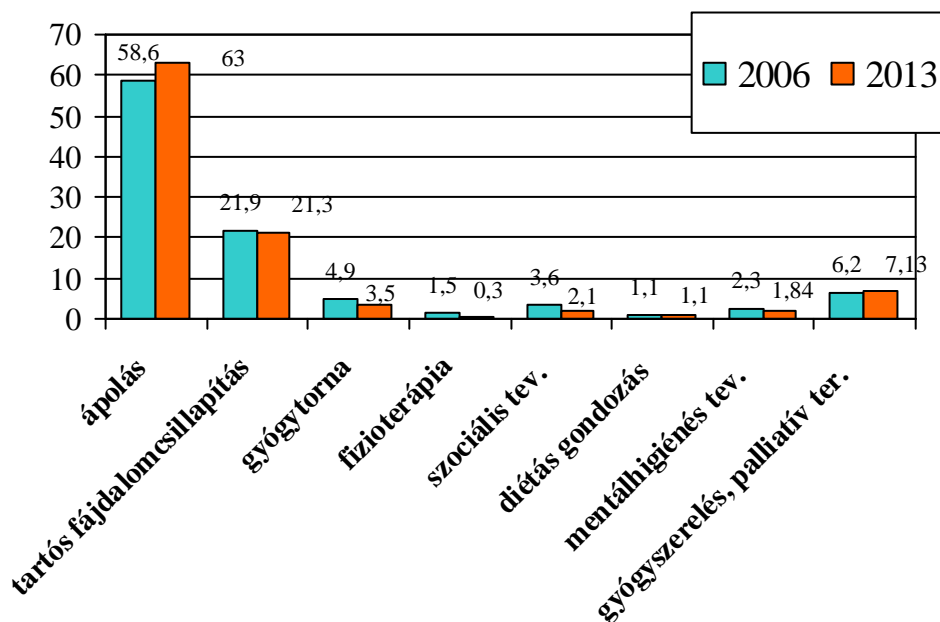
1. a pályázati úton befogadott fekvőbeteg intézményi részlegek esetében a 43/1999-es finanszírozási kormányrendelet 8. melléklete alapján krónikus ellátások címszó alatt, kiemelt rehabilitációs ellátásként történt 1,7-es szorzóval: $5600 \times 1,7 = 9520$ Ft volt.
2. Az otthoni hospice ellátás esetében 43/1999.(III.3.) Korm. rendelet 35.§-a alapján az otthoni szakápolás 1,2-es szorzójával történt a finanszírozás, amelynek időtartama maximum 50 nap, az otthoni szakápolás alapdíjának 120%-a és amely meghatározott feltételek esetén két alkalommal - szakorvosi javaslatra - meghosszabbítható. Így összességében 150 finanszírozási nap vehető igénybe egy-egy beteg esetében. Az otthoni hospice napidíja 2013 januárjától emelkedett 3820 Ft-ról 4060 Ft-ra.

Az OEP 780 millió Ft-ot különített el a hospice ellátásra, és ezt az összeget a megyék között lakosságszám arányában osztotta fel. (Ebből a teljesítés valamivel 600 millió Ft felett volt.)³

2013-ban 7862 volt az ellátott hospice betegek száma az adatszolgáltató 76 szervezet szerint. Ez a daganatos betegségben Magyarországon elhunyt 32.670 fő alig több mint 22 %-a. A daganatos betegek aránya 97,3%, az átlagos gondozási idő 34 nap, a fekvőintézményi részlegekben az ágykihasználtság 79 %, a halálozási arány 65 %, az otthon meghalt betegek aránya 37,9 % volt.

Az otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása a következő: ápolás: 63 %; tartós fájdalomcsillapítás: 21,3 %; gyógytorna: 3,5%; fizioterápia: 0,3 %; szociális tevékenység: 2,1%; diétás gondozás: 1,1%; mentálhigiénés gondozás, tanácsadás: 1,84 %; gyógyszerelés, palliatív terápia: 7,13 %. Az alábbi ábrából is látható, hogy az otthoni hospice ellátás finanszírozásának kezdetei óta a gyógyszerelés, palliatív terápia – tehát a palliatív orvosi tevékenység alacsony: 10% alatt van, és ugyanígy a valódi team munkát is tükröző mentálhigiénés, szociális, fizoterápiás kezelés vagy diétás gondozás is csak néhány százalékot tesz ki. (ld. a 2. ábrát)

2. ábra: Otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása, 2006-2013⁴



Az okok között említhetők finanszírozási hiányosságok és szemléleti problémák is – ld. alább a legfőbb nehézségek felsorolását ezzel kapcsolatban.

Az országos szintű személyi ellátottság alakulását az 2. táblázat szemlélteti:

³ Forrás: OEP

⁴ Forrás: OEP

2. táblázat: Hospice személyzet, 2012-2013

Hospice személyzet, 2012 ⁵	Hospice személyzet, 2013 ⁶
145 orvos	145 orvos
700 ápoló	743 ápoló
151 gyógytornász	169 gyógytornász
83 pszichológus/ mentálhigiénikus	88 pszichológus/ mentálhigiénikus
222 önkéntes	153 önkéntes
28 lelkész	36 lelkész
59 szociális munkás	65 szociális munkás
62 dietetikus	68 dietetikus
72 adminisztrátor/ koordinátor	84 adminisztrátor/ koordinátor
6 foglalkozásterapeuta	4 foglalkozásterapeuta
13 gyászolókat segítő	9 gyászolókat segítő
Összesen: 1541 fő	Összesen: 1562 fő

Az adatokból kitűnik, hogy – bár a hospice szolgálatok száma növekszik –, az orvosok, ápolók és a többi szakember száma nem növekszik ezzel arányosan – sőt, ha összehasonlítjuk a korábbi felmérésekkel, akkor kifejezetten csökken. Ez azt jelenti, hogy sajnos fokozódik a dolgozók megterhelése, amely esetleg hamarabb vezethet kiégettséghez körükben.

A hospice minimumfeltételekről szóló rendelet (60/2003 ESzCsM rendelet módosítása: 1/2012 V.31. EMMI rendelet) előírja a multidiszciplináris team meglétét, valamint a tanfolyami végzettséget minden hospice munkatárs számára. Az adatszolgáltatás szerint a hospice-okban dolgozó szakemberek túlnyomó többsége (átlagosan 70-80%-a) végzett hospice tanfolyamot vagy palliatív továbbképzést. Az ÁNTSZ ellenőrzi a tanfolyami végzettséget, illetve az OEP szerződések mellékletét is képezi a dolgozók képzési igazolása. 2013-ban – országos szinten – mintegy 1600 szakember és önkéntes vett részt különböző hospice és paliatív továbbképzéseken.

Az orvosok továbbképzésével kapcsolatban két fontos rendelet jelent meg a közelmúltban: a 22/2012 (IX.14.) rezidens törzsképzési rendelet és a 23/2012. (IX. 14.) licence rendelet – (EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről). 2013 óta minden orvosegyetemen, minden rezidensnek a kötelező továbbképzésen belül részt kell vennie 40 órás palliatív továbbképzésen! A palliatív licence vizsga megszervezésére pedig 2014 őszétől kerül sor a licence rendelet alapján. Mindez remélhetően javít az orvosi szemléleten, ami kihathat a valódi team-munka alakulására is.

A hospice-ok működési forrásait tekintve – a kiemelt szorzóval is – az OEP támogatás csak mintegy 70-80%-át tette ki a valódi, minőségi hospice ellátásnak: 75%-os a fekvőbeteg intézményi és 80%-os az otthoni hospice finanszírozása. Ezért is szükséges a kiegészítő források keresése. Az adatközlők közül 28 hospice betegellátó szolgálat jelezte, hogy az OEP vagy a szociális bevételeken túl egyéb forrást is felhasznált – a legtöbben többfélet is. Közülük 16 jelezte, hogy adományokat kap cégektől vagy magánszemélyektől, 12 szervezet

⁵ 70 adatszolgáltató szervezet

⁶ 76 adatszolgáltató szervezet

kap különböző alapítványi támogatást, 16 szervezet rendelkezik az SZJA 1 %-ának bevételeivel, és 6 ellátó nyert el TÁMOP, NEA vagy egyéb pályázati támogatást. 2011-ben például még 14 szervezet nyert el pályázatot – sajnos ez a pályázati lehetőségek szűkülését is jelzi.

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

Szemléletbeli problémák (76)

1. Későn kerülnek a betegek a hospice-ba (32)
2. Tájékozatlanság és együttműködés hiánya (főleg a házi orvosok részéről) (20)
3. Szemléletbeli problémák (17)
4. Bizonytalanság az elrendelésről (pl. terminális állapot) (7)

Gazdasági problémák (41)

5. Anyagi nehézségek, alulfinanszírozottság (34)
6. Egyéb források megtalálása (6)
7. Problémák OEP-pel, MEP-pel (dokumentáció, elvonások) (1)

Egyéb, infrastrukturális problémák (17)

8. Orvoshiány, szakember hiány (gyógytornász, pszichológus) (9)
9. Infrastrukturális problémák (6)
10. Szociálisan hátrányos helyzetű családok (2)

A legfőbb problémakörök változatlanok 2010 óta: az anyagi nehézségek; az, hogy későn kerülnek a betegek a hospice-ba és hogy nagy a tájékozatlanság a hospice-ról (főleg a házi orvosok részéről). 2013-ban ezek mellett a szemléletbeli problémák, a szakemberhiány és az ellátás elrendelésével kapcsolatos problémák jelentettek még nehézséget.

A hospice ellátókról és ellátásról részletes információ található a www.hospice.hu honlapon.

Az előző jelentéseket ld. www.hospice.hu/egyesulet/hospice-jelentesek

1. melléklet: Előrehaladott állapotú, elsősorban végstádiumú daganatos betegek hospice/palliatív ellátási formákba való bekerülésének rendje

A hospice-palliatív ellátásba azok az előrehaladott állapotú, elsősorban daganatos betegek alapbetegségük és kínzó tüneteik alapján kerülnek ellátásba, akiknek a várható túlélési ideje előreláthatóan 6-12 hónap. Az ellátást kezdeményezheti a beteg, a beteg törvényes képviselője/hozzátartozója, családorvos illetve szakorvos. A hospice-palliatív ellátás minden formája a beteg számára ingyenes.

Otthoni hospice ellátás igénybevételének folyamata

Az otthoni hospice ellátás igénybevétele esetén szükséges a beteg szakorvosának a javaslattétele, amelyet a zárójelentés epikrízis pontjában tüntet fel. A szakorvosi javaslat alapján a családorvos elrendeli az otthoni hospice szakellátást az első 50 napra, amely igény és szükséglet esetén kétszer hosszabbítható.

Az elrendeléstől számított 48 órán belül az otthoni hospice szolgáltató hospice szakápoló és/vagy koordinátor munkatársa felveszi a kapcsolatot a családdal, a beteggel. Kitölti a szükséges felvételi nyomtatványokat (megállapodás, hospice elrendelő lap), felveszi az ápolási anamnézist, tervet és célokat határoz meg. Különböző skálák (fájdalomfelmérő lap, ECOG, Karnofsky, ápolási kategória, ESAS) alkalmazásával felméri a kínzó tüneteket. A szükséglet és igény figyelembevételével kirendeli a szükséges team tagokat (palliatív orvos, dietetikus, gyógytornász, fizioterapeuta, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, képzett önkéntesek), akik szakértően gondozzák a beteget, valamint tanácsadással, szakértelemmel, edukációval segítik a családot.

Az otthoni hospice ellátás integráltan működik a területi közösségi és szociális ellátással. Az otthoni hospice ellátás egészségügyi szakfeladatok összessége, nem tartozik bele a betegfelügyelet és a házi segítségnyújtás. A betegnél való tartózkodás időtartamát a beteg igényei és az ellátandó szakfeladatok határozzák meg.

Az otthoni hospice ellátás része a szociális ellátás szervezése, mely kiterjed az önkormányzatok, egyházi és civil szervezetek stb. által nyújtott házi segítségnyújtás és egyéb gondozási szolgáltatások bevonására is.

Intézeti hospice ellátás igénybevételének folyamata

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

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

Az intézményi hospice ellátás nem „elfekvő”, nem krónikus vagy onkológiai rehabilitációs ellátás, hanem egy külön önálló profillal, multidiszciplinaritással működő egység.

Klinikai Palliatív Konzultációs Mobil Team igénybevételének folyamata

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

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

Mindhárom ellátási formában a beteg folyamatos tájékoztatása szükséges az állapotáról, a kezelési- ápolási folyamatba való bevonása az ő igényei alapján történik.