



PALLIATÍV ELLÁTÁS

Egyetemi jegyzet

Szerkesztette:
Dr. Csikós Ágnes

Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
2015

PALLIATÍV ELLÁTÁS

Egyetemi jegyzet

Szerkesztette: Dr. Csikós Ágnes

PALLIATÍV ELLÁTÁS

Egyetemi jegyzet

**AZ ÉLETTUDOMÁNYI- KLINIKAI FELSŐOKTATÁS GYAKORLATORIENTÁLT ÉS
HALLGATÓBARÁT KORSZERŰSÍTÉSE A VIDÉKI KÉPZŐHELYEK NEMZETKÖZI
VERSENYKÉPESSÉGÉNEK ERŐSÍTÉSÉRE**

TÁMOP-4.1.1.C-13/1/KONV-2014-0001



Tartalom

ELŐSZÓ	4
A PALLIATÍV ELLÁTÁS ALAPJAI, JELENLEGI HELYZETE ÉS KIHÍVÁSAI (Dr. Csikós Ágnes)	5
A PALLIATÍV ELLÁTÁS SZOCIOLÓGIAI HÁTTERE (Busa Csilla, Kiss Zsuzsanna)	14
A HALÁL ÉS HALDOKLÁS SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTERE (Zana Ágnes).....	20
MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAM A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Lukács Miklós).....	28
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS (Dr. Simkó Csaba).....	36
NEHÉZLÉGZÉS (Dr. Radványi Ildikó)	82
NEUROLÓGIAI TÜNETEK (Dr. Ruzsa Ágnes).....	90
PSZICHÉS TÜNETEK AZ ÉLETVÉGI ELLÁTÁSBAN (Dr. Trompos Katalin)	94
CACHEXIA, ANOREXIA (Dr. Trompos Katalin)	103
GYAKORI BŐRTÜNETEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Trompos Katalin).....	111
ENDOKRIN ES METABOLIKUS KOMPLIKÁCIÓK (Dr. Radványi Ildikó).....	117
ONKOLÓGIAI KEZELÉSEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Ruzsa Ágnes)	127
AZ ELŐREHALADOTT DAGANATOS KÓRÁLLAPOTBAN SZENVEDŐ BETEGEK PALLIATÍV SUGÁRTERÁPIÁS KEZELÉSE (Dr. Csere Tibor, Dr. Mangel László).....	133
SÜRGŐSSÉGI PALLIATÍV ELLÁTÁS (Dr. Kulmann Tamás).....	140
NEM DAGANATOS BETEGSÉGEK (SZÍVELÉGTELENSÉG, COPD) PALLIATÍV ELLÁTÁSA (Dr. Radványi Ildikó).....	147
IDŐSKORI DEMENCIÁVAL ÉLŐK PALLIATÍV ELLÁTÁSA (Dr. Heim Szilvia).....	154
PALLIATÍV ELLÁTÁS A BETEG OTTHONÁBAN (Hódi Zsuzsanna)	163
AZ UTOLSÓ NAPOK ELLÁTÁSA (Dr. Tóth Gábor).....	170
GYERMEKBETEGEK PALLIATÍV ELLÁTÁSA (Dr. Benyó Gábor, Dr. Ottóffy Gábor).....	176
FIZIOTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Schäffer Judit)	183
KOMMUNIKÁCIÓ A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Csikós Ágnes).....	191
PSZICHOSZOCIÁLIS TÁMOGATÁS (Kegyé Adrienne).....	195
GYÁSZ (Kegyé Adrienne).....	204
EMBERI MÉLTÓSÁG AZ ÉLET VÉGÉN (Barcsi Tamás, PhD).....	214
TÁRSADALMI SZEMLELETFORMÁLÁS (Dr. Muszbek Katalin).....	221
ETIKAI KÉRDÉSEK A PALLIATÍV ELLÁTÁS SORÁN (Dr. Hegedűs Katalin PhD)	229
A KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSA (Dr. Zeller Judit)	237
ELLÁTÁS ELŐRE TERVEZÉSE (ADVANCE CARE PLANNING) (Busa Csilla, Dr. Hegedűs Katalin PhD).....	244

ELŐSZÓ

A hospice-palliatív ellátás a hazai orvostudomány egyik olyan területe, ahol a kezdeti lépéseket már megtettük ugyan, de az út nagy része még előttünk áll.

Kollégáink szakmai tevékenységének és személyes elköteleződésének köszönhetően Magyarországon a PTE ÁOK Családorvostani Intézet keretei között alakult meg az első, és mindmáig egyetlen hospice-palliatív tanszék. A minőségi orvostudomány az is feltétele, hogy korszerű tankönyvek álljanak rendelkezésre. Egyetemi jegyzetünk megírásával tehát újabb mérföldkőhöz érkeztünk.

A hospice-palliatív ellátás számos szakterületet ölel fel az orvostudományon belül és azon kívül is. Nemcsak a beteg testével foglalkozik, hanem magával az emberrel – fizikai, pszichológiai, spirituális és szociális aspektusokat egyaránt szem előtt tartva. Egyetemi jegyzetünk is ezt multidiszciplináris szemléletmódot tükrözi: a testi tünetek kezelésének részletes taglalása mellett kitér a pszichoszociális támogatás, a társadalmi és kultúrtörténeti háttér, valamint a jogi környezet, a betegjogok és az önrendelkezés kérdéskörének bemutatására is.

Egyetemi jegyzetünk a legújabb tudományos eredményekre és szakmai irányelvekre épül, emellett azonban figyelembe veszi a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságait és a hazai szakemberek tapasztalatait is.

Köszönet illeti valamennyi szerzőnket, amiért e kötetben keresztül megosztják szakmai ismereteiket leendő kollégáikkal.

Dr. Balogh Sándor intézetvezető

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvostani Intézet

Dr. Csikós Ágnes mb. tanszékvezető

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvostani Intézet Hospice-Palliatív Tanszék

A PALLIATÍV ELLÁTÁS ALAPJAI, JELENLEGI HELYZETE ÉS KIHÍVÁSAI (Dr. Csikós Ágnes)

A fejezet céljai:

- *A palliatív ellátás definiálása, céljainak, alapvető elemeinek ismertetése*
- *A hospice ellátással, palliatív orvoslással kapcsolatos jogi háttér bemutatása*
- *A palliatív ellátás nemzetközi és hazai fejlődésének és jelenlegi helyzetének bemutatása*
- *A hospice-palliatív ellátás nehézségeinek és kihívásainak felvázolása*

A palliatív ellátás definíciója

A WHO definíciója szerint a palliatív ellátás olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő beteg és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést, a fájdalom, a pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és magas szintű kezelésével.

A palliatív ellátás céljai és elemei a WHO meghatározása szerint a következők:

- csillapítja a fájdalmat és az egyéb kínzó tüneteket;
- az életet tiszteli, a halált természetes folyamatnak tartja;
- nem tesz semmit a halál megrövidítése és meghosszabbítása érdekében;
- integrálja a betegellátásba a pszichológiai és spirituális tényezőket;
- támogató rendszert kínál, hogy a beteg a lehető legaktívabban élhessen a halálig;
- támogató rendszert kínál a család számára a betegség ideje alatt és a gyász időszakában;
- team-munkát alkalmaz, amely a beteg és családja szükségleteire irányul, beleértve a gyász-tanácsadást, ha az javasolt;
- kiemeli az életminőséget, és ugyanakkor pozitívan viszonyul a betegség folyamatához;

- alkalmazható a betegség korai stádiumában, az életet meghosszabbító terápiákkal – mint a kemoterápia és radioterápia – együtt, és magában foglalja azokat a szükséges vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez.

Az aktuális WHO meghatározás – a korábbi 1996-oshoz képest – nagyobb hangsúlyt helyez a megelőzésre, a team munka fontosságára, illetve sokkal szélesebb alapokra helyezi azt és időben is kiterjeszti.

A palliatív ellátás három alapeleme a tüneti kezelés, a pszichoszociális ellátás, valamint a betegség menedzsment.

A hospice-palliatív szemléletmód és ellátás fejlődése – nemzetközi kitekintés

A hospice-palliatív ellátás fejlődésének korai időszakában uralkodó szemléletmód szerint az agresszív ellátás után következik a hospice ellátás, majd a beteg nagyon rövid időn belül meghal. Ez a megközelítésmód jelentős fejlődésen ment keresztül, és egyre elfogadottabbá válik az a gondolat, miszerint a palliatív ellátás a betegség kezdeti időszakától kell, hogy része legyen a beteg ellátásának: a kuratív lehetőségek kimerülésével párhuzamosan nő a palliatív ellátások aránya, és a betegség legvégző szakaszában kerül a beteg hospice ellátásba.

A hospice ellátásba kerülés a különböző országokban más-más bevonási kritériumok alapján történik, de általában hat hónapnál nem hosszabb prognózisú betegek kerülhetnek ebbe az ellátási formába. Palliatív ellátásba viszont ennél korábbi stádiumtól kerülhet a beteg, akár a betegség kezdetétől, a diagnózis pillanatától, amennyiben nagy palliatív ellátási tüneti igénye van, tehát még a daganatellenes terápia megkezdése előtt is. Ugyanígy, a hospice-palliatív ellátás nem ér véget a beteg halálával: hozzátartozik a családtagok támogatása a gyász időszakában.

A betegség lefolyása valós élethelyzetben nem egy egyenes vonal, hanem hullámszerű, változó állapot, amely a betegek kezelési stratégiáját is jelentősen befolyásolja: azt, hogy mikor és mennyi palliatív ellátásra van szükség, illetve mennyi kuratív kezelésre van lehetőség. Ez a szemléletmód képezi az alapját az aktuális nemzetközi ajánlásoknak, irányelveknek.

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2014-ben kiadott, palliatív ellátásra vonatkozó irányelve kimondja, hogy szűrni kell a betegeket a palliatív ellátási igényre, akkor

- ha nem kontrollált tüneteik vannak,
- ha a diagnózis már nagyfokú distresszt okoz,
- ha súlyos morbiditások vannak,
- és akkor is, ha a várható élettartam rövidebb, mint 8 hónap.

Ezekre a tényezőkre szisztematikusan szűrni kell a betegeket, a daganatos betegségnek akár már a korai stádiumában is.

Az American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2012-ben megjelent cikke egyértelműen leírja, hogy a palliatív ellátásokat integrálni kell a standard onkológiai ellátásba. A European Society for Medical Oncology (ESMO) 2014-es irányelve pedig egy új dimenziót nyit az ellátás előre tervezése beemelésével. Ez azt jelenti, hogy már a betegség sokkal korábbi fázisában körüljárható, hogy melyek azok a preferenciák, lehetőségek, amelyek szóba jöhetnek a páciens ellátásában, tehát mi az, amit a beteg elfogadhatónak tart, és mi az, ami szakmai szempontból reális.

A hospice-palliatív ellátás szemléletmódjában nemcsak a bevonás időpontja terén történtek jelentős változások, hanem az érintett betegcsoportok tekintetében is. Míg a korai időszakban elsősorban daganatos betegek kerültek az ellátásba, addig ma egyre nagyobb arányban kerülnek nem csak daganatos, de bármilyen súlyos, krónikus betegség előrehaladott stádiumába palliatív ellátásba is a betegek. Amerikában például a hospice ellátásba került betegek több mint 50%-a nem daganatos beteg.

A palliatív orvoslás szakmai megerősödésében nagy szerepet játszott a szakképesítés megszerzésének lehetősége. A hospice-palliatív ellátás kezdetei Angliából indultak, és itt valósult meg elsőként a szakterület önálló megjelenése is. A palliatív orvoslás Angliában 1987 óta önálló szakvizsgaként szerepel, és több európai országban ráépített szakvizsgaként megszerezhető szakképesítés. Lengyelországban 1999-től, Romániában 2000-től, Csehországban, Szlovákiában 2005-től, Németországban 2006-tól, Franciaországban 2007-től.

Hospice-palliatív ellátás Magyarországon

Közel 25 éve, 1991-ben alakult meg Magyar Hospice Alapítvány, az első magyarországi hospice szervezet, mely kiemelkedően hozzájárult a hazai ellátási és képzési rendszer fejlődéséhez. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 1995 óta működik, országosan képviseli hospice-palliatív ellátókat és aktívan vesz részt a szakterület továbbvitelében.

Az 1997. évi CLIV. törvény¹ 99-es pontja beszél először a haldokló beteg gondozásáról, említi a hospice ellátást, mint a legmegfelelőbb ellátási formát a terminális állapotú betegek számára, és ezen belül is az otthoni hospice ellátást preferálja.

1997. CLIV. törvény 99. § A haldokló beteg gondozásáról

„(1) A haldokló beteg gondozásának (a továbbiakban: hospice ellátás) célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.

(2) Az (1) bekezdés szerinti cél érdekében a beteg jogosult fájdalomának csillapításra, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak.

(3) A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családja körében kell nyújtani.

(4) A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, továbbá lelki gondozásukat a betegség fenn- állása alatt és a gyász időszakában.”

A hospice-palliatív ellátás három szinten valósulhat meg, melyek a következők:

1. Palliatív alapellátás, család orvosi, otthoni hospice ellátás
2. Szakorvosi palliatív ellátás, ambuláns szakrendelés, kórházi konzultatív csoport,
3. Specializált palliatív ellátás, intézeti hospice osztály, palliatív osztály.

Az otthoni hospice ellátók számukat és a területi lefedettséget tekintve 2001-től jelentős fejlődésen mentek keresztül, viszont az intézeti ellátók, a benn fekvő részlegek száma érdemben nem, vagy csak nagyon minimálisan változott az elmúlt években. A Magyar-Hospice Palliatív Egyesület adatai alapján 2014-ben Magyarországon 15 hospice fekvőbeteg-osztály vagy részleg működött 205 ágyon², 74 hospice otthoni szakellátó, három palliatív mobilteam (kórházi konzultációs csoport), valamint öt palliatív járóbeteg-szakrendelés.

¹ A hospice ellátással, palliatív orvoslással kapcsolatos jogszabályokat lásd a fejezet végén található mellékletben

² A WHO ajánlása alapján Magyarország lakosságszámát alapul véve minimum 500 ágyra lenne szükség.

1. sz. táblázat: Magyarországi hospice-palliatív ellátók

15 hospice fekvőbeteg-osztály/-részleg (205 ágyon); 72 hospice otthoni szakellátó; 3 palliatív mobil team (kórházi konzultációs csoport); 5 palliatív járóbeteg-szakrendelés

(Magyar Hospice- Palliatív Egyesület 2014-es adatai)

A palliatív ellátás hazánkban 2004-től – először csak egy modellprogram keretében – vált finanszírozott ellátási formává. Jelenleg Magyarországon négy ellátási forma szabályozott, ebből két ellátási forma finanszírozott: az otthoni hospice szakellátás és az intézeti hospice ellátás. A további ellátási formák ugyan szabályozottak, minimumfeltételek vannak, de nincsen hozzárendelt finanszírozás. Ez több problémát is felvet: nincs megfelelő szakmakód, nincsenek beavatkozási kódok, ami alapján akár a végzett tevékenységet is kódolni tudnánk. Nem szabályozott ellátási formák, de rendkívül nagy szükség lenne aktív palliatív osztályok kialakítására, valamint hospice nappali gondozó intézményrendszer létrehozására.

Szabályozott és finanszírozott ellátási formák:

Otthoni hospice szakellátás,

Intézeti hospice szakellátás.

Szabályozott, de nem finanszírozott ellátási formák:

Kórházi konzultatív csoport (mobil team),

Palliatív ambuláns szakellátás.

Nem szabályozott ellátási formák:

Aktív palliatív osztály,

Hospice nappali gondozó.

A hospice-palliatív ellátás hazai fejlődésében a következő nagy előrelépésekre 2012-ben került sor. Egyrészt ekkor alakult meg az első hospice-palliatív tanszék Pécsen, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvostani Intézetén belül. Ugyancsak a 2012-ben megjelent EMMI-rendelet teremtette meg a palliatív orvoslás licence vizsga lehetőségét egy 12 hónapos képzés keretében.

Milyen betegek kerülhetnek jelenleg Magyarországon hospice ellátásba? Az otthoni hospice ellátás elrendelése

Előrehaladott állapotú, elsősorban daganatos betegek, továbbá egyéb diagnózisok: végstádiumú szisztémás autoimmun-betegek, ALS- és AIDS-betegek is. Nagyon fontos, hogy palliatív kezeléseket részesülhetnek, tehát a betegek visszajárhatnak onkoterápiára, kaphatnak biszfoszfonát kezelést, illetve adott esetben hormonkezelésben is részesülhetnek.

Ma jelenleg Magyarországon a hospice-palliatív ellátások elsősorban daganatos betegek számára elérhetőek. Jövőbeli cél a palliatív ellátás kiszélesítése és integrációja további betegcsoportokba.

A terminális állapotú, már kuratív onkológiai kezelésben nem részesülő betegek kerülhetnek hospice ellátásba. A betegek palliatív célú onkológiai kezelést kaphatnak a hospice ellátás idején. A hospice ellátás elrendelése a kezelő orvos javaslatára a családorvos hatásköre. Egy alkalommal 50 vizit rendelhető, mely két alkalommal meghosszabbítható, így minden betegnek 150 finanszírozott vizit rendelhető.

Kihívások és nehézségek

A palliatív szakma, mint orvos szakma jogszabályi háttere még nincs megfelelően kialakítva, további szemléletváltozás és tájékoztatás szükséges a hospice-palliatív ellátás lehetőségeiről és az onkológiai ellátásokba való illeszkedéséről, integrációjáról. Az egyes ellátási formákban gondot jelent a finanszírozás hiánya, továbbá a szakemberhiány: kevés orvoskolléga dolgozik még ezen a területen, az ellátások egyenetlenek, intézeti háttérhiány jelentkezik, valamint a már említett szakmakód és beavatkozási kódok is hiányoznak.

Szemléletváltozás és megfelelő tájékoztatás lenne létfontosságú az egészségügyi intézményekben. Egyes ellátási formákban a finanszírozás hiánya is jellemző. Szakemberek és intézeti háttér hiánya, valamint az ellátások egyenetlensége is jellemzi ezt a területet. Időnként előforduló probléma egyes gyógyszerkészítmények és segédeszközök ellátási nehézsége is. A palliatív ellátás területén olyan nehézségekről és kihívásokról beszélhetünk, mint a rendszerszintű integráció hiánya, a megfelelő gyógyszerek, gyógyszerformák elérhetőségének hiánya, különösképpen az áttörő fájdalmak kezelésére szolgáló gyógyszerek hiánya. A palliatív szakemberek képzésével megoldódni látszik a szakember hiány az ellátási területen. A palliatív orvoslásban mérföldkő, hogy palliatív licence vizsga tehető, mint

ráépített szakképesítés az alapszakvizsgára. Ez a szakterület hazai fejlődést nagymértékben elősegíti. Az elmúlt évben több mint száz kollega tette le a palliatív licence vizsgát országszerte.

Minden klinikumban dolgozó orvos végez valamilyen szintű palliatív orvosi gyakorlatot. Az alapellátásban dolgozó kollegák általános, alap palliatív jártassággal kell, hogy rendelkezzenek.

Hazánkban, a palliatív ellátás területén egy másik nehézséggel is szembe kell néznünk, mégpedig a palliatív osztályok hiányával.

Tévhit a hospice ellátással kapcsolatban

Még mindig sokan azt gondolják, hogy a hospice-palliatív ellátás kizárólag az agonizáló betegek számára való, és csak a páciensek életminőségét javítja. 2010-ben publikálták az első olyan randomizált, kontrollált kutatást a New England Journal of Medicine-ben, ami egyértelműen azt mutatja, hogy a betegeknek nemcsak az életminősége javul a korai palliatív ellátással. Két csoportot vizsgáltak. Az egyik betegcsoport – tüdődaganatos betegek –, standard onkológiai ellátást kapott, a másik csoport pedig korai palliatív ellátásban részesült egy multidiszciplináris team által. A korai palliatív ellátásban részesülő betegek túlélése szignifikánsan hosszabb volt. Jobb lett a betegek megértése a prognózisra, az ellátási célokra vonatkozóan. Kevesebb kemoterápiát kaptak életük utolsó 60 napjában, az életminőségük javult, jobb fizikai és jobb pszichés állapotban voltak. Számokban nézve, elmondható, hogy majdnem három hónappal, tehát szignifikánsan nőtt azon betegeknek az élettartama, akik korai palliatív ellátásban részesültek. Tehát nemcsak életet adunk a napoknak a palliatív ellátással, hanem napokat is adunk az életnek.

Célokitűzések

Elsődleges cél, hogy a palliatív ellátási formák az onkológiai ellátások integráns részévé váljanak. Bővüljenek a palliatív ellátási formák (ambuláns szakrendelés, konzultatív csoport), és aktív palliatív osztályok jöjjenek létre az Onkológiai Centrumokban országszerte.

A nem daganatos betegek hospice-palliatív ellátásba való kerülési lehetőségének bővítése (COPD, szívelégtelen) azaz, hogy a palliatív ellátások integrálása minden ellátási szinten és formában megtörténjen.

A finanszírozott ellátások köre bővüljön, kialakuljanak a beavatkozási kódok és egy szakmakód is. Fontos a szakemberek képzése, illetve a hazai kutatások, adatgyűjtések és elemzések.

Összegzés

A palliatív ellátás a betegek állapotához és igényeihez igazodó ellátást képes nyújtani. Fontos, hogy az ellátások közötti folyamatosság meglegyen, szintén lényeges, hogy az onkológiai ellátásokkal együttesen és egymást informálva, tájékoztatva tudjon megvalósulni. A palliatív ellátási formák igénybevételével a beteg, és annak hozzátartozója és az ellátó jobb együttműködése figyelhető meg, továbbá javul a beteg életminősége, kevesebb agresszív beavatkozásra kerül sor és kevesebb költség érhető el az ellátórendszerben.

Fontos, hogy a már nem gyógyítható betegek is magas szintű tüneti kezelésben, emberi, méltóságteljes ellátásban részesüljenek, és hogy a megfelelő időben – ne túl későn – kerüljenek ebbe az ellátási formába. Kiemelendő még, hogy a palliatív ellátással növelhető a családtagok és a betegek elégedettsége is.

Melléklet:

Hospice ellátással, palliatív orvoslással kapcsolatos jogszabályok

1997. CLIV. törvény az egészségügyről

43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet az új szakmai minimumfeltételekről

2/2004. (IX. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről

20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

Kulcsszavak:

palliatív ellátás, licence képzés, integrált palliatív ellátás

A PALLIATÍV ELLÁTÁS SZOCIOLÓGIAI HÁTTERE (Busa Csilla, Kiss Zsuzsanna)

A fejezet céljai:

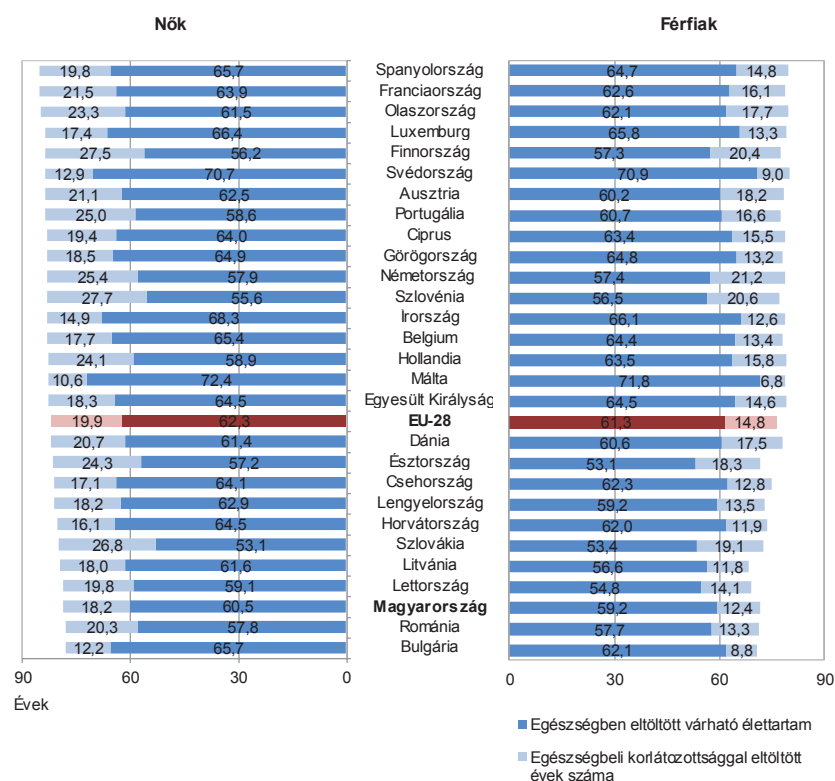
- *Felvázolni azokat a legfontosabb demográfiai trendeket, amelyek a palliatív ellátás szociológiai hátterét jelentik*
- *Ismertetni a vezető halálokokat*
- *Bemutatni a mai magyar társadalomban a haldoklás és meghalás körülményeivel kapcsolatos elképzeléseket, kívánalmakat*

Idősödő Európa

Az Európai Unió lakossága folyamatosan idősödik: míg az ezredfordulón az EU összlakosságának 16 százaléka volt 65 év feletti, az előrejelzések szerint 2080-ra ez az arány várhatóan megközelíti a 30 százalékot. A 80 év feletti aránya csaknem minden tagállamban több mint kétszeresére nőhet, ami azt jelenti, hogy 2080-ra az Európai Unió népességének csaknem harmada 65 év feletti, és minden nyolcadik uniós lakos 80 évesnél idősebb lesz. Az idősödés trendje a magyar társadalomban is megmutatkozik: 2000-ben a magyar lakosság 15 százaléka volt 65 év feletti, 2080-ban azonban már 30 százaléka, a 80 évesnél idősebbek aránya pedig az előrejelzések miatt megháromszorozódik. Valamennyi érintett ország számára az elkövetkező évtizedekre nézve nagy kihívást jelent, hogyan tud megbirkózni a népesség idősödéséből fakadó kihívásokkal, azaz miként lesz képes az egyre csökkenő számú aktív lakosság finanszírozni az egészségügyi és szociális ellátórendszer egyre növekvő költségeit.

A lakosság idősödésének hátterében alapvetően két tényező áll: az alacsony termékenység és a születéskor várható élettartam növekedése, ami az EU-ban az 1990-es évek óta átlagosan több mint öt plusz évet jelent.

1. sz. ábra: Születéskor várható élettartam és egészségben eltöltött várható élettartam nemek szerint, 2012



Bár jellemzően egyre hosszabb ideig élünk, egyáltalán nem mindegy, hogy ezeket az éveket milyen életminőségben éljük le, ezért a várható élettartam mellett az egészségben eltölthető éveket is szükséges figyelembe venni. Statisztikai adatok szerint az EU-ban egy férfi 65 éves korában még átlagosan 17, egy nő 20 életévre számíthat (Magyarországon 14, illetve 18 évre), azonban a tendenciákat tekintve ezen éveeknek csak kevesebb, mint a fele telik egészségben.

1. sz. táblázat: Várható élettartam 65 éves korban

	65 éves korban várható élettartam (év)		
	összesen	korlátozottság nélkül	korlátozott aktivitással
EU 28 - férfiak	16,8	8,5	8,4
EU 28 - nők	20,4	8,7	11,8
Magyarország - férfiak	14,3	6,4	7,9
Magyarország - nők	18,1	6,4	11,7

2012. évi adatok

Az élettartam növekedése mellett az életvitelt legsúlyosabban korlátozó állapotok jelentős mértékben visszaszorultak, de az enyhébb egészségi problémák gyakoribbá váltak. Az

egészséges állapot általában véve hosszabb ideig fenntartható, mint korábban bármikor, a *várható élettartam* azonban gyorsabban növekszik, mint az *egészségben eltöltött várható élettartam*. Azaz hosszabb ideig élünk, ezzel együtt azonban nő az élet utolsó szakaszában a valamilyen egészségbeli korlátozottsággal megélt időszak hossza is.

A hosszabb ideig tartó időskor gyakran súlyos, elhúzódó betegségekkel jár, és előrejelzések szerint a morbiditás potenciális visszaszorulása mellett is nőni fog a stroke, a csípőtörések, az onkológiai betegségek és a demencia előfordulása, valamint a multimorbiditás az idősök körében.

Halálokok

A haláloki struktúrát alapvetően a népesség korösszetétele, valamint az határozza meg, hogy az orvostudomány milyen eredményeket ér el a halálhoz vezető betegségek megelőzésében és gyógyításában. A népesség idősödése következtében nő az idős korra jellemző krónikus halálokok súlya az összhalálozásban.

Európában vezető halálökként a szív- és érrendszeri betegségek (beleértve az ischaemiás szívbetegségeket, a stroke-ot és a keringési rendszer egyéb betegségeit is) az összes haláleset közel 40 százalékát okozzák, míg második leggyakoribb halálökként a tumoros megbetegedések az összhalálozás több mint negyedéért felelősek. A férfiak körében a leggyakoribb daganattípusok a tüdőrák, a vastagbélrák és a prosztatatarák, a nők körében pedig a mellrák, a vastagbélrák és a tüdőrák okozza a legtöbb daganatos halálozást.

A magyarországi adatok is hasonlóak: az összes halálozás majdnem háromnegyedét krónikus nem fertőző betegségek okozzák. A keringési rendszer betegségei – csökkenő tendencia mellett – összességében majdnem minden második haláleset okozói, a daganatos megbetegedések pedig – növekvő tendencia mellett – a halálesetek több mint negyedéért felelősek.

2. sz. táblázat: Standardizált halálozási arányszámok megoszlása – a daganatos és keringési rendszer betegségei nemek szerint

Év	Daganatos megbetegedések	Keringési rendszer betegségei
Férfi		
2000	26,5%	45,9%
2012	28,9%	44,3%
Nő		
2000	24,6%	52,7%
2012	27,5%	49,0%
Összesen		
2000	25,4%	48,7%
2012	28,0%	46,4%

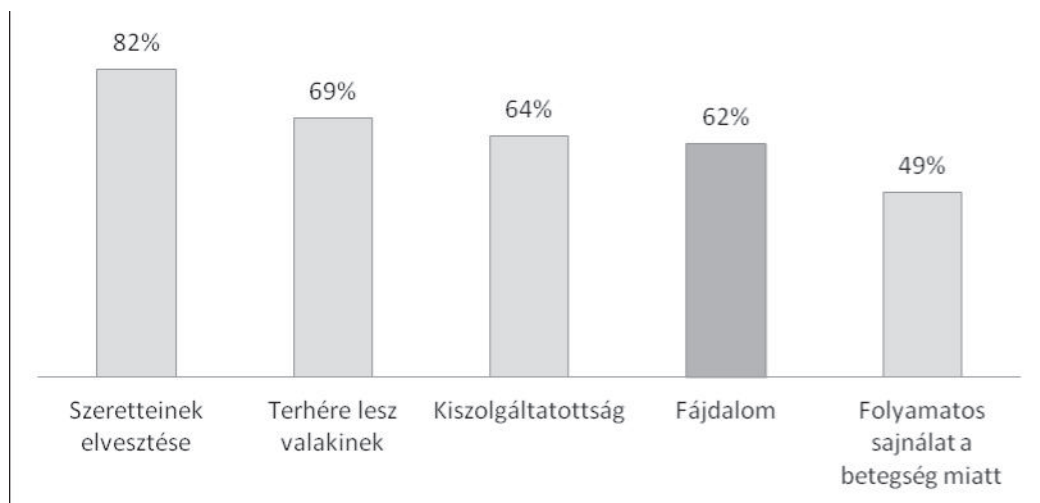
Halállal és haldoklással kapcsolatos kíváncsiságok a mai magyar társadalomban

Egy reprezentatív felmérés szerint a magyar családok számottevő részében, 46 százalékában fordult már elő valamilyen gyógyíthatatlan betegség. Ez az arány mutatja, hogy a magyar társadalmat mennyire „testközelből” érinti a gyógyíthatatlan betegségek problémája.

Saját bevallása szerint a magyarok harmada ritkán, további 13 százaléka gyakran gondolkodik azon, hogy gyógyíthatatlan betegség esetén milyen körülmények között szeretne meghalni. A lakosság több mint fele (55 százaléka) azonban nem foglalkozik ezzel a kérdéssel.

A gyógyíthatatlan betegségekkel kapcsolatban a legfőbb félelmet a szeretett személyek elveszése jelenti, de sokakat aggaszt az is, hogy betegségükben netán terhére lesznek valakinek. Ugyancsak magas arányú a kiszolgáltatottságtól és a fájdalomtól való félelem, továbbá sokan tartanak környezetük folyamatos sajnálkozásától is. Ez az eredmény a beteg és a család pszichés gondozásának, kísérésének a fontosságára is rávilágít, hiszen az öt „legnagyobb félelem” közül csak egy, a fájdalom tartozik fizikai dimenzióba.

2. sz. ábra: Mitől félnek leginkább a gyógyíthatatlan betegségekkel kapcsolatban?



Ha gyógyíthatatlan betegségben szenvedne, a magyarok kétharmada otthon, szerettei körében szeretné eltölteni élete utolsó időszakát. Fájdalomcsillapítást és lelki gondozást egyaránt nyújtó intézményben ötödük, kórházban 14 százalékuk töltené élete végső szakaszát. A statisztikai adatok ellenben azt mutatják, hogy a halálozások csaknem kétharmada gyógyintézetben következik be.

Szakszerű segítség mellett, ha anyagi helyzetük és életkörülményeik lehetővé tennék, tízből nyolcan ápolnák otthon gyógyíthatatlan beteg hozzátartozójukat.

Az otthoni betegápolás tényleges felvállalását azonban megnehezíti, hogy ez a feladat nagyrészt az ötvenes éveiben járó, gazdaságilag aktív ún. „szendvics generáció” tagjaira hárul(na), akik gyakran még gyermekeik taníttatásának és a pályakezdő munkanélküliség időszakán való átsegítésének költségeit is viselik. Mindez az otthoni gondozással járó hétköznapi helyzetek megoldásán túl jelentős anyagi és érzelmi megterhelést jelent az érintett családok számára.

A palliatív ellátás iránti igény

A bemutatott demográfiai trendek, a közeljövő társadalmi változásaira vonatkozó előrejelzések jól mutatják: egyre több ember él sokkal hosszabb ideig súlyos, életet megrövidítő betegségek előrehaladott stádiumában. Ennek következtében a palliatív ellátás

iránti igény világszerte rendkívül fontos népegészségügyi kérdéssé és sürgető feladattá vált. A halál helyével és a haldoklás körülményeivel kapcsolatos kíváncsalmak ugyancsak a multidiszciplináris szemléletmódot megvalósító palliatív ellátás iránti igény növekedését, és az ellátórendszer bővítésének szükségességét vetítik előre.

Felhasznált irodalom:

Központi Statisztikai Hivatal (2014): A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012

<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf> (letöltés ideje: 2013. január 20.)

OECD/European Union (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en (letöltés ideje: 2015. május 21.)

Magyar Hospice Alapítvány (2011): A magyarok kétharmada otthon szeretne meghalni http://www.hospicehaz.hu/assets/files/kutatas_tanulmany.pdf (letöltés ideje: 2013. január 20.)

Hasznos linkek:

<http://ec.europa.eu/eurostat>

www.ksh.hu

Kulcsszavak:

idősödő társadalom, várható élettartam, egészségben eltöltött várható élettartam, halálloki struktúra, halállal és haldoklással kapcsolatos kíváncsalmak

A HALÁL ÉS HALDOKLÁS SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTERE (Zana Ágnes)

A fejezet célja:

- *A nyugati típusú halálkép változásának bemutatása*
- *A 21. századi halálhoz való viszonyulás bemutatása*
- *A rítusok szerepének és változásának bemutatása*

Hogyan gondolkodunk a halálról?

Bevezetés

A 20. század második felét a rítusok elvesztéséből, hiányából adódó bizonytalanság jellemezte. Láttuk, hogy a régi szokásaink az új közegben már nem életképesek, ezáltal támaszt sem nyújtanak, és ez minden kultúra és közösség számára szorongást keltő dolog. A rítusaink megóvnak minket, elviselhetővé teszik a fájdalmat, a nehézségeket, biztosan lehet rájuk számítani, hiszen repetitívek (egyformán ismétlődő jellegűek) és a halál, haldoklás kérdését tekintve elsősorban közösségek. A néplélek, az ethosz ősidők óta ösztönösen tudta, hogyan kell viselkedni, ha súlyos beteg, haldokló van a családban, haláleset történik (kivéve járványok, háborúk és egyéb vis maior események idején). Tudták, hogy a haldoklónak elsősorban a szeretteire, emberi közelségre van szüksége. Tudták, hogy egy gyászolót nem lehet magára hagyni. Tudták, hogy a halál életük szerves része, életük természetes velejárója és tudtak beszélni róla. A fejezet célja annak áttekintése, milyen módon viszonyulunk a halálhoz, mit gondolunk felőle, továbbá annak megvizsgálása, hogy ezen tudásunk birtokában hogyan tudunk jól segíteni, közeledni egy gyógyíthatatlan beteghez.

Miért foglalkozunk a halál témájával?

Felesleges a kérdés, ha egyetértünk az epikureusokkal, akik szerint a halállal nem érdemes foglalkoznunk, hiszen sosem találkozunk vele: „Ahol halál van, ott én nem vagyok”. Saját halálunkkal valóban, nemigen. De segítő foglalkozásuként, orvosként gyakran végigkíséri az ember más emberek haldoklását, megtapasztalja halálukat. „ Szerencsésnek mondhatjuk magunkat, hogy olyan korban élünk, amikor a halálra ismét természetes folyamatként

tekintünk, így tudjuk kezelni azt. Az orvostudomány fejlődésével és az orvostechnikai eszközök széleskörű használatával az életet veszélyeztető betegségek is ellenőrizhető folyamattá váltak. Ennek köszönhetően az orvosok nagy eséllyel meg tudják becsülni a betegség várható kimenetelét és a betegek várható élettartamát” - mondja Jacob Edwards a Forbes magazin cikkében, amely a modern kori társadalom halálhoz való hozzáállásával, és a hospice jelentőségével foglalkozik. Ebben a megközelítésben azért kell a halállal foglalkoznunk, hogy a legmodernebb eszközökkel az utolsó pillanatig a segítségére lehessünk a gyógyíthatatlan betegeknek, a legmegfelelőbb fájdalomcsillapítást és a legprofesszionálisabb testi-lelki támogatást nyújthassuk a betegnek és a családnak. Láthatjuk, hogy itt nem a halál, hanem a hozzá vezető út válik számunkra fontossá. A halállal mit kezdeni élő ember számára nem lehet, a viszonyulásunk mégis meghatározza az élethez, az emberekhez és a betegekhez való viszonyunkat. Hogyan lehet jó válaszokat adni a betegek esetleges kérdéseire, ha mi magunk sem gondolkodunk el azon, hogy mit jelent számunkra a halál, mitől félünk, vagy ha maga az - egyébként normális – félelem akadályoz abban, hogy támaszt nyújthassunk? Gyerekkorban még természetesnek tűnik feltenni magunknak ezeket az egzisztenciális kérdéseket, de felnőtté válva egyre inkább igyekszünk nem gondolni rá.

Mitől félünk?

Valóban a haláltól félünk? Hiszen nem ismerjük, csak elképzeléseink vannak, hitünknek, neveltetésünknek, a minket körülvevő környezetnek és saját személyiségjegyeinknek köszönhetően. Leginkább nem a haláltól, hanem a hozzá vezető úttól félünk, az izolációtól, a magánytól, a kiszolgáltatottságtól, a fájdalomtól, a testi- és lelki szenvedéstől, a beteljesületlen céloktól, az ismeretlentől (Hegedűs 2000.).

Elisabeth Kübler-Ross (1988) A halál és a hozzá vezető út című könyvében részletesen foglalkozik a halálfélelem különböző aspektusaival, és azokkal a pszichés fázisokkal, amelyek jellemzően megjelennek a súlyos, gyógyíthatatlan betegséggel küzdő embernél és hozzátartozóinál. Az öt fázis: az elutasítás, a harag, az alkudozás, a depresszió és a belenyugvás. A tagadás/elutasítás fázisa általában a rossz diagnózis közlésekor jelentkezik, ekkor a beteg nem tudja elhinni, hogy valóban súlyos betegséggel küzd. Jellemzően sokan fordulnak ilyenkor másik orvoshoz, hogy az erősítse meg, de sokkal inkább cáfolja meg a szakvéleményt. Utána következik a harag fázisa, amely a beteg betegséggel szembeni tehetetlenségéből, kiszolgáltatottságából fakad. Ez a „Miért én?!” időszaka. Ilyenkor

haragszik a világra, vagy akár konkrét, a közelében lévő személyekre vetíti ki haragját, legyen az hozzátartozó, ismerős, vagy az egészségügyi személyzet. Valójában tehát ez az indulat nem személyes, érdemes tudnunk, hogy nem ellenünk, hanem a – még – feldolgozhatatlan helyzet ellen irányul. Az alkudozás fázisa jól ismert számunkra, bizonytalan, nehéz helyzetekben gyakran fohászkodik az ember segítségért, a sorshoz, Istenhez: „Csak most az egyszer segíts!”, „Tégy csodát!”, „Ha még egyszer megúszom, soha többé nem csinálom ezt, nem hazudok, nem lógok a villamoson, stb.” Ilyenkor a beteg sikeresen aktiválja rejtett tartalékait, erőforrásait és sokszor valóban javulást mutat, vagy stagnál az állapota. A betegség folyamatos előretörésével, a testi állapot fokozatos romlásával együtt a beteg kezdi reménytelennek érezni helyzetét, és megjelenik a depresszió fázisa. Ebben az érzelmileg rendkívül nehéz időszakban a beteg tökéletesen átlátja a gyógyíthatatlanság tényét, és apátiába zuhan, nem érdekli többé semmi, az addig kedvelt időtöltéseit nem folytatja, mint például olvasás, zenehallgatás, filmnézés, egyéb - egészségi állapottól függően. Ilyenkor a család rendszerint pánikba esik, nem akarják, hogy a beteg feladja, és ez sok feszültség forrása lehet. Gyakran a betegek ebben az időszakban az eutanáziáról fantáziálnak, szeretnék „befejezni” az értelmetlen szenvedést (különösen, ha nem csak lelkileg, hanem testileg is szenvednek, a nem megfelelő vagy elégséges tüneti kezelés okán). Az utolsó fázis a belenyugvás időszaka, ekkor a beteg elfogadja állapotát, egyre inkább befelé fordul és magára figyel. Az addig nagyon fontos külvilág, a szeretett hozzátartozók kevésbé lesznek fontosak, nem kívánnak többé enni és inni, ami a rokonokban szintén ijedtséget, értetlenséget kelthet, ám a betegnek ilyenkor már csak a csendes ottlétükre van szüksége. A fázisok a rossz diagnózis közlésétől egészen a bekövetkező halálig megjelenhetnek, akár vissza-visszatérve, vagy jellemzően egy-egy fázis hosszú ideig fennál a sajátos körülményektől függően.

Érdemes azon gondolkodnunk, hogy vajon eme pszichés jellemzők mennyire az emberiség egészére jellemző, ún. humán invarianciák, vagy éppen kultúrához kötöttek, mint ahogy érdekes azt megfigyelnünk, hogy e pszichológiai jellemzőket hogyan egészíti ki, befolyásolja, magyarázza a kulturális közeg, amelyben élünk.

Jó halál-rossz halál

A nyugati típusú társadalmakban, pontosabban a zsidó-keresztény kultúrkörben sajátosan alakult a közösség halálképe. Ha feltesszük azt a kérdést, hogy mi a halál, többféleképpen válaszolhatunk rá. Így a halál tudatos életünk végét, személyiségünk, individuumunk

megszűnését jelentheti. Orvosi/biológiai értelemben az életfunkciók végleges leállása, a test irreverzibilis pusztásának folyamata. Ám spirituális/transzcendens megközelítésben egyfajta átalakulás, kapu egy új életre, életünk következő, más síkon zajló szakasza. Mivel kultúránk történelmének jelentős hányadában a spirituális/transzcendens világkép volt uralkodó, így érthetően a jó halál az volt, amelyre fel lehetett készülni, meggyónni, a haragosokkal kibékülni, családtagoktól elbúcsúzni, a lelket felkészíteni az útra és a végső elszámolásra (amely teológiailag vitatott, röviden: egyes elképzelések szerint az ember halála pillanatában megítéltetik és ennek függvényében kerül a Paradicsomba/Mennyországba vagy a Pokolba/Gyehennára, illetve a megítéltetés a Messiás eljövetelkor következik be). A gyógyítás határozottan tisztában volt saját határaival, és még a 20. század eleji doktor is nyugodt szívvel mondta ki a gyógyíthatatlan betegnél, hogy „Mindnyájan Isten kezében vagyunk” és a tudomány itt véget ért. A szenvedésnek mindig jelentősége és szerepe volt az ember életében – lásd szenvedő szentek – a szenvedés felmagasztosított, a szenvedésnek célja volt – személyiségfejlődés, lelki nemesbedés, túlvilági jutalom. Maga a halál, mint a bűn büntetése jelent meg, a bibliai teremtéstörténetben Ádám és Éva ettek a jó és rossz tudás fájának gyümölcséből, és ennek büntetése lett a halhatatlanság elvesztése, a kiűzetés a Paradicsomból, a szenvedéssel teli gyermekszülés, a kemény munka. Következésképpen a halál rossz, bűneink eredménye, mi is rosszak vagyunk, amiért vezekelnünk és szenvednünk kell.

A felvilágosodás és a vallásos gondolkodás visszaszorulása az orvostudomány fejlődésével és számos, egyéb folyamattal együtt úgy hatott az újkori ember gondolkodására, hogy az a halált igyekezett szükségtelen rossznak látni és egyúttal kiküszöbölni. A jó halál immár a hirtelen, szenvedésmentes halál lett, a stroke, a szívroham, akár váratlan baleset, a lényeg, hogy ne fájjon, és ne legyünk tudatában annak, hogy meg fogunk halni. A lelki felkészülésnek korábbi útja vállalhatatlanná, a szenvedés céltalanná, a fájdalom elfogadhatatlanná vált a modern ember számára. Az orvostudomány elhitette magával is, hogy szinte mindent képes gyógyítani, sőt, elsőrendű céljává a gyógyítás – és nem csupán a tünetek csökkentése – vált, hogy úrrá lehet a halálon, hiszen a 20. század elejére nyilvánvalóvá vált a lenyűgöző győzelem a rettegett járványok jó része felett, és az orvostechikai eszközök addig reménytelennek ítélt esetekben is életben tartották a beteget – akár egy perzisztens vegetatív állapot esetén is. Ez maga volt a csoda, az orvostudomány csodája, a tudomány győzelme a természet felett. Évtizedek kellettek ahhoz, míg az orvoslás szembe tudott nézni azzal, hogy nem mindenható – és ez a szembenézés a társadalom egésze számára is kíváncsú lenne – és,

hogyan nem gyógyítható meg minden beteg. Egy évekig gyógyításra felkészítő és fókuszáló oktatási rendszer nem tudott mit kezdeni a haldoklóval, sem a társadalomnak, sem az orvosnak nem voltak már szavai, készségei, kompetenciája ezekben a helyzetekben. A tabu így működött és nagyon nehezzé, majdnem lehetetlenné tette az őszinte szembenézést, az együttérzést és a megfelelő támogatást, a professzionális palliációt. Honnan tudjuk, mit kell mondani, ha valaki meghal, ha nem gyászolunk nyilvánosan? Ha az érzelmeinket magunknak tartjuk meg, annyira intimnek tartjuk az érzelemnyilvánításokat? Ha a mindenáron való gyógyítás kényszerét érzi az ember – hogyan mondja, meg, ha valakit nem lehet meggyógyítani? Értékes-e az élet, ha tudom, hogy rövid ideig, talán hónapokig tart? Hogyan viszonyulhat az egészségügyi dolgozó egy vadidegenhez, a betegéhez, aki mégis neki kiszolgáltatott, megnyugtató és támogatást, érzelmi bevonódást – szimpátiát, nemcsak empátiát – igényel?

Rítusok egykor és ma

Ezzel együtt, nemcsak a halálról alkotott elképzelésünk, a halálhoz való viszonyunk, hanem rítusaink is változtak (Zana, Pilling 2012). A jelentős életeseményekhez – itt elsősorban a halálhoz és haldokláshoz, gyászhoz fűződő rítusok – valóban ősiek, már az előembernek (*Homo erectus*) is voltak temetési szertartásai. A parasztság rítuskincsét dokumentálták leginkább – a szokások jellemzően a magasabb társadalmi rétegekből lineárisan terjedtek lefelé – így ebből a közegből származik a legtöbb információnk. Az ehhez kapcsolódó legfontosabb jellemző volt, hogy az emberek hagyományosan otthon haltak meg (Kunt 1986). Körülvette őket a család apraja-nagyja, sőt sokszor a szomszédok is „hat házig”. A gyerekek a beteg ágya körül játszadoztak, így mire felnőttek, mindent tudtak a betegek ellátásáról, és a halál sem volt ismeretlen jelenség. Az asszonyok jellemzően a betegápolást végezték, míg a férfiak segédkeztek, pl. a koporsó, ravatal elkészítésénél. A súlyos beteget „megkenték” - orvos a legritkább esetben jutott el egy szerényebb otthonba, így javasasszonyok, füvesasszonyok segítettek. A pap feladta a betegek kenetét. Ha a betegnek nagy fájdalmai voltak, ágyát azzal párhuzamosan, a mestergerenda alá állították, a földre vagy a bejáraton keresztül fektették. Ha nagyon szenvedett, „nem tudott elmenni”, a kijárat felé, lábbal kifelé állították az ágyat. Ha meghalt a beteg, a szemét befedték pénzzel, állát felkötötték (ez nem egy esetben fulladásos halálhoz vezetett, amikor a betegnek már nem voltak látható életfunkciói és a halált így túl korán diagnosztizálták), megmosdatták, szép ruhába öltöztették, esetenként zsebébe a révésznek szánt pénzt tettek. Az ablakot kinyitották, hogy az eltávozó

lelke kiszállhasson – ezt sok esetben ma is megfigyelhetjük modern, kórházi környezetben is – a tükröt lefedték, hogy a halott ne nézzon többé vissza, hanem menjen békével, az órát leállították stb. Elkezdődött a háznál való siratás és virrasztás, amelynek a leglényegesebb aspektusa az a (pszichológiai jelentőségű) tény, hogy a gyászolót a közösség nem hagyta magára.

Ma ezzel szemben a haldokló leginkább kórházban tölti az utolsó időszakot, amely több szempontból is nagy teher minden résztvevő számára. A modern kórházat gyógyításra alkalmas helynek alakították ki, nem gyógyíthatatlan betegek gyakran hosszú távú, „sikerrel” nem kecsegtető ellátására. A szigorú kórházi protokoll professzionális és személytelen, nem ad lehetőséget a méltó búcsúzásra, a beteg elkísérésére, a rítusok megtartására. A kórházban vadidegen emberek, szakszemélyzet kíséri a haldoklót, a családtagok leginkább látogatóként, korlátozott jogokkal tartózkodhatnak a beteg mellett. A haldoklás gyakran külön szobában vagy paraván mögött, magányosan történik. A halál beállta után két óráig a testet elvinni nem lehet, zsákba húzzák, teljes fertőtlenítés történik. Valóban indokoltak ezek a tennivalók mindenesetben? Vajon, ha tartani akarnánk a szokásokat, hogyan nézne ki egy siratás, virrasztás kórházi környezetben? Ott lehetne-e az egész család, a rokonok és a barátok? Lehetne pap, lelkész vagy rabbi a beteg mellett? Hogyan tudna valaki méltóságteljesen elbúcsúzni az életétől?

XXI. századi halálkép

Már nem a halál-tabu századában járunk. A 20. század második felétől kezdve egyre erősödik az a folyamat, amely a személyre szabott betegellátást preferálja, a betegek emberi méltóságának a tiszteletben tartását elsőrendűnek tartja, a beteget személyként és nem tárgyként kezeli (Zana et al 2008). A biopszichoszociokulturális modell szerint a beteg szomatikus állapota mellett lelki és pszichológiai állapotát, szociokulturális hátterét figyelembe véve alakítja ki a számára legmegfelelőbb ellátást. Olyan polgári mozgalmak, alulról jövő kezdeményezések indultak el, mint a hospice mozgalom, vagy az otthonszüléserőmozgalom, amelyek célja többek között a betegek – emberek személyként kezelése volt. Ezzel együtt nyilvánvalóvá vált, hogy a személytelen ellátás, például a nyílt kommunikáció hiánya, az „exit” a beteg búcsúztatása helyett az egészségügyi dolgozókat: orvosokat, ápolókat éppúgy megviseli, jelentős hatással van testi-lelki egészségükre (Hegedűs et al 2004). Tudniillik nemcsak a személyes kötődés esetén élünk át veszteségélményt, hanem betegeink halálakor is, amely nem a patológiás érzelmi bevonódás eredménye, hanem

egyszerű emberi jellemző. Nemcsak az 1997-es egészségügyi törvény miatt – amely a tájékoztatási kötelezettségről szól – érzi azt az orvos, hogy őszintén kell beszélnie betegével, hanem azért is, mert ma már ezt tartjuk természetesnek – ahogy elvárjuk másoktól is, hogy lehetőség szerint velünk őszintén és nyíltan beszéljenek minket érintő kérdésekben. Természetesen az őszinteség és nyíltság formája és foka fontos és speciális kérdés, és a könyv más fejezete részletesen foglalkozik vele.

Ha tudjuk, mitől félünk, máris egy lépést tettünk afelé, hogy szembenézzünk vele és legyőzzük azt - legyen az saját múlandóságunk felett érzett félelem. Így oda tudunk ülni és a szemébe tudunk nézni a rossz kórjóslatú, vagy gyógyíthatatlan betegnek, nem hagyjuk magára többé. Ma már egyre inkább vita, párbeszéd van a társadalmat érintő kényes kérdésekben, s így láthatóvá válik a tendencia, amelyben a rák, a meghalás, a gyász sem tabu többé. Átalakulóban az egészségügyi ellátás: megnőtt az igénye az otthoni ellátásnak, amelynek a minimumfeltételeit igyekeznek a szakellátók megteremteni, hogy valóban a beteg dönthesse el, hol szeretné tölteni az utolsó idejét. Akár az intézményi, akár az otthoni ellátásban nőtt az interdiszciplináris vagy multidiszciplináris ellátás iránti igény: több szakma képviselője - így az orvos, a pszichológus, a nővér, stb. - foglalkozik szimultán a beteggel és a családdal, különféle kiegészítő terápiák válnak elérhetővé, mint az állat asztisztált aktivitás (AAA) vagy a zeneterápia.

Felhasznált irodalom:

Hegedűs, Katalin (2000): Az emberhez méltó halál. Osiris Kiadó, Budapest

Hegedűs, Katalin – Riskó, Ágnes – Mészáros, Eszter (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. LAM, 14/11.

Jacob, Edwards (2015): Common Miths of Hospice debunked.
<http://www.forbes.com/sites/nextavenue/2015/02/25/common-myths-of-hospice-care-debunked/>. 2015. február 26.

Kunt, Ernő (1986): Az utolsó átváltozás. A magyar parasztság halálképe.
<http://mek.oszk.hu/04800/04830/html/> 2015. március 14.

Kübler-Ross, Elisabeth (1988): A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó, Budapest

Pilling, János (Szerk.)(2010): A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája (szöveggyűjtemény). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest

Zana, Ágnes – Hegedűs, Katalin – Szabó, Gábor (2008): Rítusok és szokások változásainak szerepe a társas kapcsolatok alakulásában. A mai magyar lakosság halálképe. In:

Esélyteremtés és esélyegyenlőség In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyteremtés és esélyegyenlőség. Semmelweis Kiadó, Budapest, 382-389.

Zana, Ágnes – Pilling, János (2012): Halálképeink. In. Orvosi antropológia (Szerk: Pikó Bettina, Lázár Imre). Medicina Könyvkiadó, Budapest

Kulcsszavak:

halál, haldoklás, kultúra, halálkép, vallás, rítusok, protokoll

MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAM A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Lukács Miklós)

A fejezet céljai:

- *Bemutatja a multidiszciplináris team jelentőségét, mint a palliatív terápia legfontosabb részét, a team helyét és jelentőségét a palliatív ellátás során*
- *Összefoglalja a palliatív ellátásban dolgozó team tagjait, feladatkörüket*
- *Jellemzi a palliatív team normáit, hatékonyságának jellemzőit*

Bevezetés

A team-munka a palliatív ellátás fontos központi eleme. A multiprofesszionális teambe különféle egészségügyi és nem egészségügyi szakemberek tartoznak, akik együttműködve nyújtanak ellátást, javítják a meglévő ellátást és közös célért dolgoznak, így a team összetétele változó. Függ az adott betegsoporttól, az igényelt ellátás körétől és a helyi lefedettségtől. A palliatív ellátás multiprofesszionális és interdiszciplináris keretben történik. Bár a palliatív ellátás szemléletét egy bizonyos orvosi vagy más szakterület képviselője is átültetheti a gyakorlatba, a teljes palliatív ellátás a maga összetettségében csak akkor valósítható meg, ha a különféle szakterületeken dolgozók folyamatos kommunikációt folytatva működnek együtt a testi, lelki, szociális és spirituális támogatás érdekében. Sokszorosan bizonyított, hogy a palliatív ellátásban a csapatmunka a beteg előnyére válik. Hearn és Higginson a rendelkezésre álló szakirodalom alapján tanulmányt készített a palliatív ellátó teamek hatékonyságáról a daganatos betegek gondozásában. Bizonyították, hogy a betegek és családjaik elégedettebbek a palliatív ellátást nyújtó teamekkel, amelyek jobban tudnak azonosulni velük, és kielégítik a szükségleteiket. Ezen felül az is kiderült, hogy multiprofesszionális megközelítéssel csökken az ellátás költsége, és a betegek kevesebb időt töltenek akut osztályokon. Egy újabb felmérés is megerősítette a palliatív ellátó teamek alkalmazásának pozitív hatásait, leginkább a betegek fájdalomcsillapításában és tüneteik enyhítésében. A team rugalmasan bővíthető a beteg szükségletei szerint. A minimális összetétel: egy orvos és egy szakápoló, de legtöbb esetben szociális munkások, pszichológusok és / vagy önkéntesek is részt vesznek a teamben. Az Európai Tanács ajánlása szerint a palliatív ellátó teamek vezetőit egy erre felhatalmazott, palliatív ellátásban jártas szakembernek kell kijelölnie.

A multidiszciplináris team

A csoportot az orvos és a hospice szakápoló, koordinátor irányítja. A teljes team orvosok, ápolók, lelkészek; olyan szakemberek, akik pszichoszociális támogatást nyújtanak, mint pl.: pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés asszisztens, szociális munkás, családi tanácsadó, gyásztanácsadó; olyan szakemberek, akik rehabilitációs és prevenciós támogatást nyújtanak, mint pl.: gyógytornász, masszőr, fizioterápiás asszisztens, foglalkoztató, terapeuta, olyan dietetikus szakember, aki táplálkozási praktikus tanácsokkal látja el a beteget, családot, illetve gyógyszerészek, adminisztratív dolgozók, önkéntesek, gyászolókat segítő kollégák.

A team kötelező tagjai

a) hospice orvos: bármilyen klinikai szakvizsgával rendelkező orvos, aki speciális hospice képzésben részesült

b) hospice ápoló: megegyezik a NM 20/1996 rendelet 2. paragrafus 1. bekezdésével, azaz szakápolási feladatokat az az ápoló láthat el, aki rendelkezik az alábbi szakképesítések valamelyikével:

b/1) diplomás ápoló, vagy más egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező személyek, amennyiben ápolói szakképesítése és ápolásban szerzett legalább 3 éves gyakorlata van.

b/2) ápoló (OKJ: 54 72301 1000 00 00)

b/3) szakápoló

b/4) hospice szakápoló (54 723 01 0001 54 06) Klinikai szakápoló, hospice szakápoló és koordinátor)

c) koordinátor

d) szociális munkás

e) gyógytornász: megegyezik a NM 20/1996. rendelet 2. §-ának 3. pontjával, 2 éves szakmai gyakorlat megléte szükséges

f) mentálhigiénés szakember, aki a lelki problémák megoldásában jártas, és aki a feladat ellátására előírt szakmai képesítéssel rendelkezik (pszichiáter, pszichológus, lelkész, mentálhigiénés képzésben részesült egyéb diplomás)

A team ajánlott kiegészítő tagjai

- a) szakkonzultánsok
- b) foglalkoztató- és egyéb terapeuták
- c) dietetikus
- d) kiképzett önkéntes segítők

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, mint a hospice ellátó szolgálatok ernyőszervezetének 2014-es országos felmérése alapján a személyi ellátottságot az 1. sz. táblázat szemlélteti.

1. sz. táblázat: Hospice személyzet, 2014

Hospice személyzet	Létszám (fő)
mentőtiszt	4
orvos	141
ápoló	725
gyógytornász	141
pszichológus/mentálhigiénikus	80
önkéntes	218
lelkész	30
szociális munkás	54
dietetikus	59
adminisztrátor, koordinátor	72
foglalkozásterapeuta	1
gyászolókat segítő	11
Összesen	1536

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 team tag számára. A hospice-palliatív ellátásban dolgozó szakemberek átlagos 70-80%-a végzett hospice vagy palliatív tanfolyamot, továbbképzést. Ennek meglétét az ÁNTSZ illetve az OEP is ellenőrzi a működési engedély kiadása és a finanszírozási szerződés megkötése miatt.

Az orvosok továbbképzési rendeletei alapján (22/2012. (IX.14. Törzsképzési rendelet, illetve a 23/2012. (IX.14.) licence rendelet) 2013 óta minden orvosegyetemen, minden rezidensnek a kötelező továbbképzésen belül részt kell venni 40 órás palliatív továbbképzésen. A palliatív licence vizsga megszervezése 2014 óta kerül sor a licence rendelet értelmében.

Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló (63/2011. (XI. 29.) NEFMI) rendelet értelmében szabadon választható 40 órás alap-, illetve emelt szintű hospice alaptanfolyam szerezhető.

Az ápolók továbbképzési rendeletei alapján (150/2012. (VII. 6.) Korm. rendelete az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárás rendjéről, illetve a 37/2013. (V.28.) EMMI rendelet az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről) minden emelt szintű ápolónak lehetősége van 500-720 óra keretében hospice szakápoló ráépülő szakképesítés megszerzésére.

Követelmények a team tagjaival szemben

Az ápolási, orvosi és egyéb szakemberek terápiájának végrehajtásához elengedhetetlen a megfelelő elméleti és gyakorlati készségek, jártasságok alkalmazása, a humánus hozzáállás és az empátia. A végstádiumú betegek ellátására olyan szakemberek, illetve önkéntes segítők alkalmasak, aki rendelkeznek az alábbi általános követelményekkel.

1. Alkalmasság kritériumai

A haldokló betegekkel kapcsolatos munkára csak olyan szakember illetve önkéntes segítők alkalmasak, akik az alábbi készségekkel illetve személyiségjegyekkel rendelkeznek:

- mentális érzékenység,
- jó kommunikációs készség,
- etikus magatartás,
- a hospice elveinek, szellemiségének elfogadása,
- elkötelezettség,
- közösségi szellemiség
- eredményes konfliktuskezelés.

Nem ajánlott a haldokló betegekkel kapcsolatos segítő munka azok számára, akik

- egy éven belül veszítették el közeli hozzátartozójukat,
- rákbetegek,
- pszichés problémákkal küzdenek.

A hospice munkára való kiválasztás pszichológus segítségével, személyes interjúval történik.

2. Képzésen és folyamatos továbbképzésen való részvétel

Szakember illetve önkéntes segítő a hospice-palliatív ellátásban csak akkor vehet részt, ha a megfelelő hospice tanfolyamokat elvégezte. Mivel a hospice-palliatív ellátással kapcsolatos tudnivalók nem szerepelnek az általános- illetve szakképzésben, ezért a hospice gyakorlat mellett is szükséges az állandó továbbképzés. Emellett a belső képzéseken, szemináriumokon, önismereti csoportfoglalkozásokon, országos rendezvényeken való részvételek is segítik a folyamatos fejlődést.

3. Esetmegbeszélésen, szupervízióban való részvétel

A haldokló betegek melletti munka lelkileg igen megterhelő a személyzet számára. Fennáll a kiégés (burn-out) kialakulásának veszélye. Ezért mindenki számára, aki a hospice/palliatív ellátásban betegekkel vagy hozzátartozókkal dolgozik, szükséges az esetmegbeszéléseken illetve a szupervízióban való rendszeres részvétel, amelyet – lehetőség szerint – külső szakember vezet.

4. A munka dokumentálása

A minőségi munka alapja a megfelelő dokumentálás. A hospice/palliatív ellátásban részt vevő minden személynek dokumentálnia kell az elvégzett tevékenységét. Lehetőség szerint minden szakember és az önkéntesek számára is külön dokumentációs lapot kell kidolgozni. A dokumentálás során fontos az adatvédelmi, betegjogi szabályok betartása. A hospice minden munkatársa a hospice tevékenységével kapcsolatban PR (felvilágosító, informáló, népszerűsítő) tevékenységet végez, részt vesz a hospice menedzsmentjében is.

5. Általános etikai alapelvek betartása

A hospice munkatársaknak szigorúan be kell tartaniuk az alábbi etikai szabályokat:

- tevékenységüket a hospice-mozgalom céljainak, szellemiségének megfelelően végzik;
- tiszteletben tartják a súlyosan beteg ember jogait, a titoktartás követelményeit és humánummal, empátiával végzik feladatukat;
- mivel a hospice ellátás a beteg számára ingyenes, ezért külön ellenszolgáltatást (hálapénzt, borravalót) nem fogadhatnak el a betegtől, illetve hozzátartozótól
- betartják a kompetenciájuk határait

Az ellátás eredményességét befolyásolja az ellátó team jó szakmai együttműködése, az egyéb paramedikális személyzet részvétele. A végrehajtásban fontos a kritikus gondolkodásmód és a személyre szabott megközelítés. Az ellátás nem jelent/jelenthet automatikus végrehajtást, fontos a beteg, család bevonása, az ellátási formák összehangolása és integrálása. A team tagjai között a folyamatos jó együttműködés, konzultáció biztosítja a betegek zökkenőmentes, magas színvonalú, megfelelő életminőségű ellátását.

A team feladatai

A **palliatív orvoslás** feladata a beteg szomatikus panaszainak felderítése, és a megfelelő tüneti terápia alkalmazásával ezek csökkentése, megszüntetése. A palliatív medicina területén dolgozó orvosnak kompetensnek kell lennie az általános orvosolásban, ismernie kell a palliatív medicina elveit, gyakorlatait. Hazánkban elindult ennek hivatalos képzési programja palliatív licence vizsga keretében.

A **palliatív ápolásban** részt vevő ápolók, koordinátorok, azok a szakemberek, akik a legtöbbet vannak a beteggel, családdal. Elsődleges feladatuk, hogy segítsék a beteg fizikai, pszichés, szociális ellátását, alap-, illetve szakápolási ellátását. Másodlagos feladatuk, hogy folyamatos edukációt végezzenek, harmadlagos feladatuk a szervezési és koordinációs feladatok végzése.

A **palliatív gyógytorna** célja a betegek diszkomfortérzetének javítása, a kínzó tünetek enyhítése, az önellátási funkciók javítása, megtartása és prevenciós feladatok ellátása.

A **pszichoszomatikus team tagjainak** (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés asszisztens, szociális munkás, családi tanácsadó, gyásztanácsadó) elsődleges feladatuk a betegek és hozzátartozók szociális forrásainak létrehozatalában, a pszichés vezetés, spirituális támogatás, és a pszichés támogató módszerek folyamatos alkalmazása az ellátó team számára is.

A teamben tevékenykedő **dietetikus** diétás és táplálkozási tanácsokkal, az étrend illetve a beteg megváltozott táplálkozási szokásainak edukációját végzi, mely jelentősen javítja a beteg és családtagjának komfortérzetét.

A hospice **lelkész, pap** a vallásos meggyőződésű betegek szükségleteit elégíti ki. Hozzájárul, hogy a betegek romló fizikai állapotuk ellenére fenntarthassák kapcsolatukat a felekezetekkel.

A **laikus és képzett önkéntes segítők** jelképezik, hogy a társadalom nem hagyja magára a haldokló betegeket. Sokféle feladatot láthatnak el, a konyhai munkától a betegápolásig, sétáltatásig és akár az olvasásig is. Munkájuk során interakcióba lépnek a betegekkel, családtagokkal, minden ellenszolgáltatás nélkül. Szolgálatuk előtt szükséges a hospice önkéntes tanfolyam elvégzése.

Felhasznált irodalom:

JÜNGER, S. – PESTINGER, M. – ELSNER, F. – KRUMM, N. – RADBRUCH, L. (2007): Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21: 347-354.

Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh, NHS Scotland, 2002.

HEARN, J. – HIGGINSON, IJ. (1998): Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 12: 317-332. 31.

LUKAS RADBRUCH – SHEILA PAYNE ÉS AZ EURÓPAI PALLIATÍV SZÖVETSÉG VEZETŐSÉGE* Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai – 1. -2. rész**

HIGGINSON, IJ. – FINLAY, IG. – GOODWIN, DM. – HOOD, K. – EDWARDS, AG. – COOK, A. – DOUGLAS, HR. – NORMAND, CE.: (2003): Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management* 2003. 25: 150-168.

Cseri Péter (2002): Segítségnyújtás a végeken, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest

B.R.Ferrel, N.Coyle: 2010. Oxford Textbook of Palliative Nursing, *Oxford University Press, Oxford New York*

Dr. Hegedűs Katalin (2006) A hospice ellátás elmélete, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Dr. Hegedűs Katalin (2013) Hospice betegellátás 2013, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest

Egészségügyi Minisztérium (2010) A terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátásáról, Egészségügyi Közlöny 2010. évi 7. szám, Budapest (1458-1547)

Dr. Oláh András (2012) Az ápolástudomány tankönyve, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

Hasznos linkek:

www.hospice.hu

Kulcsszavak:

palliatív ellátás, multidiszciplina, team

FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS (Dr. Simkó Csaba)

A fejezet céljai:

- *A különböző fájdalomtípusok felismerésének elősegítése*
- *Az egyes fájdalomcsillapítók hatásmechanizmusának, mellékhatás profiljának és a gyógyszeres interakciók kockázatának bemutatása, hogy a beteg fájdalmának csökkentése minél hatékonyabb és biztonságosabb lehessen.*

A fájdalom definíciója

„Olyan kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, amelyet a szövetek aktuális vagy potenciális károsodása okoz” (International Association for the Study of Pain, 1979)

Jelentősége

Bár a daganatos fájdalom az esetek kb. 80%-ában viszonylag egyszerű módszerekkel jól csökkenthető, mégis a különböző felmérések alapján a betegek jelentős hányada szenved átmeneti vagy tartós fájdalomtól. A csillapítatlan erős fájdalom kihatással van a beteg teljes életére, emberi kapcsolataira, befolyásolhatja táplálkozását, alvását, fokozza szorongását, depresszióhoz vezethet és nehezíti a betegséggel való megküzdést. A tumoros fájdalom legtöbbször összetett, az egyes fájdalomkomponensek arányának meghatározása nem mindig könnyű, a fájdalomcsillapítók mellékhatásai ugyanakkor sokszor jelentősek. A daganatos fájdalom okainak, pathomechanizmusának feltárása, a megfelelő gyógyszer megfelelő adagjának meghatározása kulcsfontosságú a sikeres kezelés eléréséhez.

Gyakoriság

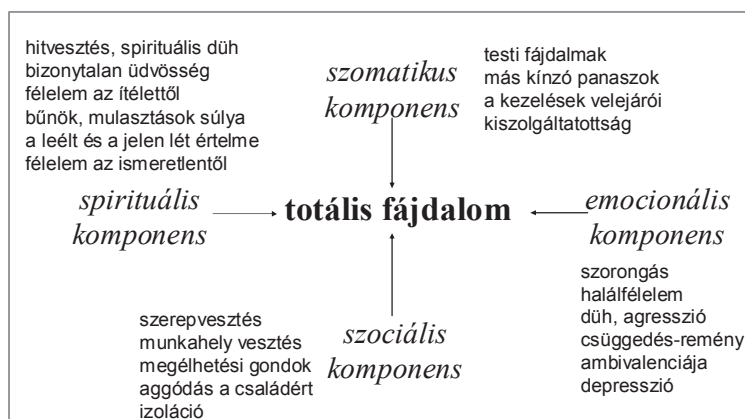
A rák diagnózisának megállapításakor a betegek kb. 1/4-e, a kezelések során 1/3-a, előrehaladott állapotban 3/4-e panaszol jelentősebb fájdalmakat.

Okai

A fájdalom somaticus okain túlmenően – a daganatos betegség életet fenyegető volta, jelentős familio-szociális hatásai miatt – a beteg panaszait jelentős emocionális, szociális, spirituális

tényezők módosíthatják, együttesen vezetve a beteg által megélt „totális fájdalomhoz”, vagy egyszerűen fogalmazva szenvedéshez.

1. sz. ábra: A totális fájdalom összetevői



A testi okok közül a legfontosabb a tumor vagy áttétei által kiváltott kompresszió, ill. roncsolás, mely lágyszöveti duzzanatot, a zsigeri szervek falának feszülését, a mesenterium vongálódását, másodlagosan szöveti hypoxiát, idegi struktúrák nyomását, infiltrációját, a csont állomány meggyengülését eredményezheti. A daganatos szövet környezetében gyakran van jelen gyulladás. Fájdalmat kiváltó tényező lehet maga a daganat elleni kezelés is, akár sebészi, akár kemoterápiás, akár sugárterápiás ellátási formáról van is szó. Nem elhanyagolható a társbetegségek fájdalmat okozó szerepe sem, legyen szó akár csontritkulásról, degeneratív gerincbántalmakról, a tartós fekvés következtében kialakult izommerevségről, felfekvésről, stb. Daganatos betegségben nem ritka a testszimmetria megváltozása (pl. csonkító műtétek, lymphoedema, jelentős fokú hepatomegalia, végtagi bénulás) vagy az antalgias tartás miatt létrejövő súlypont-áthelyezés, mely valójában non-malignus mozgásszervi fájdalmak megjelenéséhez, ill. felerősödéséhez vezethet. Részletes fájdalom analízissel a betegek 3/4 részében egyidejűleg több fájdalomkomponens jelenlétére lehet fényt deríteni, melyek mindegyike külön elemzést és speciális kezelési stratégiát igényel.

A testi okokon túl a fellépő szorongás, halálfélelem, kezeléssel kapcsolatos félelmek, a hátrahagyott család megélhetéséért, gondozásra szoruló családtagok, kiskorú gyermekek sorsáért való aggodás, a szociális szerepvesztés következtében előálló úr erőteljesen képes befolyásolni a betegséggel való megküzdést, az egyes panaszok elviselésének képességét, befolyásolva a megélt fájdalom intenzitását. Az élet vége felé természetesen felszínre törhetnek olyan kérdések, mint pl. az addig leélt élet értelme, lelkiismeret furdalást jelenthet a

halogatott és már meg nem valósítható kötelességek, vágyak, be nem fejezett feladatok súlya, valamint jelen lehet spirituális düh az Istennel vagy a sorssal szemben.

Pathophyisiológia

A **nociceptív fájdalom** kiváltója valamilyen szöveti károsodás vagy annak veszélyével fenyegető behatás. Mechanikai, kémiai, ill. hő ingerek magas ingerküszöbű nociceptorokon keresztül a vékony velőshüvelyű A δ és velőtlen C afferens rostok ingerületét eredményezik. A daganat környezetében lokálisan jelen lévő gyulladásos mediátorok (pl. histamin, bradykinin, prostaglandinok (PG), leukotriének, neurokinin, tumor necrosis faktor, idegnövekedési faktor) ill. hypoxia a receptorok ingerküszöbét jelentősen képesek csökkenteni. Csont destructio esetén az osteoclastok aktivitásának köszönhetően IL-1, IL-6, szöveti acidosis, receptor-aktivált nuclearfaktor κ -B(RANK) ligand és egyéb anyagok felszaporodása játszik szerepet a kialakult gyulladásban, elősegítve a csont resorptiót. Az ingerület a gerincvelő hátsó szarvába fut, ahol az I., ill. II. laminában az információ a tractus spinothalamicus pályát képező másodlagos neuronra tevődik át. Itt a nociceptív ingerület jelentős moduláción megy keresztül, mely elsődlegesen meghatározza a továbbított ingerület intenzitását. Ennek egyik fontos eleme az agytörzs periaqueductalis szürkeállományából (PAG) leszálló fájdalom moduláló pálya, melynek aktivitását több gyógyszer is képes befolyásolni, de egy közbeiktatott neuronon keresztül ezen synapticus kapcsolatra képes gátló hatást kifejteni a vastag myelin hüvelyű A β rostokon a perifériáról befutó tapintási, nyomási inger is (kapu-kontroll elmélet). A tractus spinothalamicuson felszálló ingerület az agytörzsben, a thalamusban, ill. más agyi struktúrákban előzetes feldolgozást és ismételt modulációt szenved, így a fájdalom corticalis tudatosulása erősen szelektált, többszörösen szűrt folyamat eredménye. A fenti folyamat normálisan működő nociceptort, afferentációt és központi feldolgozást feltételez, a megélt fájdalom alapját egy valós fájdalominger képezi. A nociceptív fájdalom lehet somaticus (bőr, nyálkahártya, csont, izom, ízület) kiindulású, mely általában jól lokalizált, tompa vagy éles, lüktető, sajgó, maró és lehet visceralis (hasi, mellkasi zsigeri) eredetű, mely rosszul lokalizált, mély, tompa, nyomó, feszítő, görcsös jellegű. A zsigeri szervek valójában fájdalomérző receptorokkal nem rendelkeznek, a zsigeri fájdalmat mechano-, ill. kemoreceptorok közvetítik a sympathicus afferenseken keresztül.

A **neuropathiás fájdalom** kiváltásához nem kell fájdalmas inger, pathogenetikai alapját az idegrendszer ért valamilyen ártalom, vagy dysfunctio teremti meg, melynek következtében

valós fájdalom ingerek nélkül jön létre fájdalom ingerület. A károsodás a receptortól az afferentáció keresztül a központi feldolgozásig bárhol lehet, és okozhatja metabolikus vagy toxikus hatás, gyulladás, keringészavar, kompresszió, tumoros infiltratio, traumás sérülés vagy infectio egyaránt. A károsodott afferens mentén megszorodik a Na-csatornák száma, csökken a receptorok ingerküszöbe, spontán ectopiás kisülések jöhetnek létre (periferiás sensitizatio). A hátsószarvi synapsisban megbomlik a serkentő glutamat és gátló gamma-aminovajsav (GABA) egyensúlya, N-methyl d-aspartat (NMDA) receptor aktiválódik, az opiát receptorok száma csökken, és csökken a fájdalom centralis gátlásának lehetősége. A hátsó szarvban tartós izgalmi állapot alakul ki (centralis sensitizatio). A fenti, didaktikai okokból leegyszerűsített folyamat valójában igen bonyolult, nem minden lépésében ismert, számos más receptort és mechanizmust is involvál.

Diagnózis, fájdalomanalízis

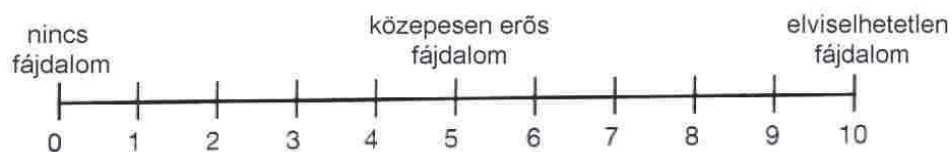
Az eredményes fájdalomcsillapításhoz elengedhetetlen a körültekintő anamnézis felvétel, alapos belgyógyászati, mozgásszervi és neurológiai vizsgálat elvégzése és a beteg pszichés állapotának felmérése. Az időigényes, a beteg számára néha nehezen értelmezhető kérdések sokaságából álló beszélgetés során a vizsgálónak törekednie kell a beteg által előtérbe helyezett problémák megfelelő súlyozására, az indirekt kommunikáció módszereivel teret engedve a beteg spontán közléseinek. A beteggel való részletes beszélgetésnek elsőbbséget kell élveznie a dokumentáció áttekintésével szemben, ugyanakkor a már felhalmozódott klinikai adatok alapos áttekintése jelentős segítséget adhat az adott fájdalom anatómiai alapjainak megértésében. A fájdalomra vonatkozó kérdéseknek ki kell terjednie a fájdalom lokalizációjára, a panasz intenzitására, a panaszolt fájdalom jellegére (pl. tompa, nyomó, szorító, markoló, szűrő, égő, nyilalló, hasító, bizsergő, lüktető, marcangoló, stb.), a fennállás időtartamára (permanens vagy epizodikus), az esetleges kisugárzás irányára, a fájdalmat provokáló, ill. enyhítő tényezőkre, az éjszakai nyugalom kérdésére. Fontos kiderítenünk, hogy a beteg eddig milyen analgeticumokat szedett, mennyire rendszeresen és milyen dózisban, és hogy azok mennyire voltak hatékonyak a fájdalom enyhítésében. Különösen az erős opiátok alkalmazásánál lényeges információ, hogy az adott szer bevezetése, dózisemelése során bekövetkezett-e valamilyen időtartamú fájdalomcsökkenés, és hogy nem léptek-e föl zavaró mellékhatások.

A fájdalom analízis során igyekeznünk kell megnevezni a fájdalom valószínűsíthető okát (mi, hol nyomódik, roncsolódik), a fájdalom típusát, létrejöttének mechanizmusát, (lágyszöveti

feszülésből, csont destructióból, simaizom görcsből, vázizom feszülésből fakadó, gyulladásos mechanizmusú, hypoxiás, neuropathiás komponenseket tartalmazó), valamint figyelemmel kell lennünk az esetleges módosító tényezőkre is (pl. erős szorongás, hárítás, psychogen fájdalom). Már az analízis során érdemes figyelni a terápiát befolyásoló társbetegségek, illetve tényezők jelenlétére (pl. a gyógyszerek felszívódását, megoszlását, metabolizmusát, kiválasztódását befolyásoló adottságokra), valamint az egyes szerek potenciális mellékhatásának rizikójára (pl. idős kor, szívritmuszavarok, szívelégtelenség, prostata hyperplasia, hyperaciditas vagy korábbi ulcusos anamnesis, stb.).

A fájdalom mérése

A fájdalom szubjektív érzet, objektívizálása szinte lehetetlen. Alapszabály, hogy a beteg által közölt adatokat az orvosnak el kell fogadnia, hisz a beteg által megélt fájdalmat nem érzi. Bár a súlyos fájdalomnak általában vannak látható jelei (mimika, mozgás, stb.), az ebből levonható következtetések korlátozott értékűek. Mérésére szubjektív, a beteg jelzésein alapuló skálákat használunk, melyek értékei csak ugyanazon beteg esetében hasonlíthatók össze. Legelterjedtebb a visual analóg skála (VAS): egy 10 cm hosszú egyenes, „nincs fájdalom” és „elviselhetetlen fájdalom” végpontokkal, ill. a numering rating scale (NRS), ahol a fenti egyenes cm-enként 0-tól 10-ig be van számozva. A számskálák előnye, hogy a saját bejelölt értékét a beteg a maga számára is tudja memorizálni, ill. hogy a fájdalom intenzitásának értékeléséhez nem szükséges rajzolni.



2. sz. ábra: Numerikus fájdalomskála (NRS)

Nem minden beteg képes (vagy hajlandó) a fenti skálák használatára. Ilyenkor egyszerű verbalis leíró skálát használunk, pl. a fájdalom elviselhetetlen, igen erős, közepesen erős, enyhe, stb. Egy fájdalomcsillapító beavatkozást követően nagyon fontos, hogy rögzítsük az elért eredményt, mely történhet valamelyik skála alkalmazásával számszerűen (A VAS skála értékei mm-ben lemérhetőek), vagy leíró módon: (a fájdalom kicsit, közepesen, jelentősen

csökkent, ill. megszűnt). Bármennyire is törekszünk a fájdalom számszerű megjelenítésére, nem szabad elfelejtenünk, hogy ezek az adatok nem tárgyilagossak és bizonyos tényezők (leggyakrabban a beteg pszichés állapota) ezt jelentősen befolyásolni képes. (Nem ritka, hogy a súlyos fájdalom panaszával érkező beteg a holisztikus, globális szenvedésre nyitott, empátikus beszélgetés, problémaorientált feltáró munka után fájdalmainak jelentős enyhüléséről számol be). Részben a jelenlévő szorongás felmérésének, részben a fájdalom valamilyen mértékű objektívizálásának eszköze az éjszakai alvásra vonatkozó kérdés. A szorongó, háritó beteg gyakran nem mer elaludni, esetleg zaklató álmai vannak. Az erős fájdalom ugyanakkor a beteget álmából felébreszti. Fenntartásokkal kell fogadni, ha a beteg VAS 10 erősségű fájdalmat jelez, ugyanakkor az éjszakáját végigalussza. Sajátos megnyilvánulás lehet, amikor az elviselhetetlen fájdalomra panaszkodó beteg a fájdalomcsillapító beavatkozást (pl. iv. titrált analgeticum adását) követően fájdalmainak kismértékű javulásáról számol be, de békésen el tud aludni, vagy arra a keresztkérdésre, hogy aktuálisan van-e fájdalma, nemleges választ ad. A globális szenvedés lényegesen nagyobb lehet a fájdalomcsillapítók által mérsékelhető somaticus fájdalomnál, így különösen az opiátok bevezetését, dózisemelését soha nem köthetjük csupán egy fájdalomskálán közölt számértékhez. A fentiek figyelembe vétele mellett általában mégis azt mondhatjuk, hogy a VAS3 érték alatt enyhe, VAS7 felett erős fájdalmak fennállásáról van szó. A fenti egyszerű fájdalomskálák mellett használatban vannak rövidebb hosszabb komplex fájdalom elemző kérdőívek, pl. Brief Pain Inventory, McGill Pain Questionnaire. Egy-egy ilyen – sokszor egyéb tünetek felmérésével is kombinált – kérdőívnek a mindennapi munkában is nagy jelentősége van. Bár soha nem helyettesíthetik a panaszok orvos általi részletes kikérdezését, felkészítik a beteget a várható kérdésekre, elegendő időt hagyva egy-egy válasz kialakításához, csökkentik az orvosi vizsgálat okozta szorongást, és elősegítik a panaszok időbeni változásának nyomon követését.

A fájdalom nem gyógyszeres kezelése

A fájdalom kezelése alapvetően tüneti, és legtöbbször gyógyszerekkel történik. Ha azonban a fájdalom kezelésére oki lehetőség is kínálkozik, úgy a panasz tüneti csökkentése mellett oki kezelés is alkalmazandó. (Pl. egy pathológiás csonttörés esetén, ha lehetséges, műtéti beavatkozás célszerű. Koponyaűri nyomásfokozódás esetén nem csak fájdalomcsillapító, hanem agynyomás csökkentő kezelés is folytatandó. Dysuriás panaszok esetén szükség lehet célzott AB kezelésre, stb.).

A daganatos fájdalomcsillapításban szerepe lehet sebészi, radiológiai, kemoterápiás, hormonterápiás, biológiai válaszmódosító kezelésnek, fizioterápiás, pszichoterápiás és akár komplementer eljárásoknak is. Válogatott esetekben anaesthesiológiai, neurostimulációs, ill. neuroablatív módszerek alkalmazására is sor kerülhet.

Műtét végzésére – még ha egy adott fájdalmat csökkent is – általában nem elsősorban fájdalomcsillapító indikációval kerül sor (pl. agydaganat vagy metastasis eltávolítása, összeroppant csigolya miatt végzett stabilizáció, laminectomia). Terminális állapotú beteg pathológiás töréseinek ellátása gondos mérlegelést igényel. Általában műtetre szoktunk törekedni, mert lényegesen jobb életminőséget és fájdalomcsillapítást lehet vele biztosítani, mint konzervatív kezeléssel. Kifejezetten fájdalomcsillapító, életminőség javító indikációjú műtét a – legtöbbször méhnyak rák szövődményeként kialakuló – recto-vaginalis fistula miatt végzett sigmoideostomia, melynek elvégzése szorgalmazandó. Speciálisan fájdalmat csökkentő idegsebészeti eljárások végzésére is van mód, ám ezek rendkívül ritkán kerülnek kivitelezésre (lásd ezen fejezet végén).

Sugárkezelés: Rendkívül hatékony csonttáttétek okozta fájdalom csökkentésére, koponyaűri tumor okozta nyomásfokozódás csökkentésére, idegi struktúrák védelmére. Részletesen lásd külön fejezetben.

Kemoterápia: Bár általában nem fájdalomcsillapítás a fő indikáció, chemosensitiv tumoroknál (pl. lymphomák, emlő, here, petefészekrák) alkalmazásukkal jelentős volumen és aktivitás csökkenés, ezáltal fájdalomcsökkenés érhető el.

Hormonterápia: Hormon sensitiv tumorok (pl. prostata, emlő) okozta fájdalom jelentősen enyhülhet a bevezetett hormonterápia kapcsán. A palliatív ellátásban előfordulnak olyan betegek, akik az „aktív onkológiai kezeléseket” visszautasítják, de részletes tájékoztatást követően a hormonterápia előtt nem zárkoznak el. Ezen betegek aktív kezelését néha a palliatív orvos kezdeményezi.

Biológiai kezelések: Bár a biológiai válaszmódosító kezelések a daganat elleni aktív ellátás részét képezik, a RANK ligand elleni antitest, a denosumab célja elsősorban palliatív. Alkalmazása gátolja csonttáttétekben az osteoclastok aktivációját, lényegesen csökkentve a fájdalmat és a skeletalis események előfordulását.

Fizioterápia: A személyre szabott gyógytorna, a massage, a lymphoedema kezelés, az inaktivitás csökkentése, a légzőgyakorlatok végzése, a gyenge fizikumú beteg csökkent

erőtartalékainak gazdaságosabb kihasználása, mozgást elősegítő segédeszközök megfelelő alkalmazása mind része lehet a beteg komplex fájdalomcsillapító kezelésének. Daganatos betegek fájdalomcsillapításában a TENS kezelés nem bizonyult hatékonynak, a klasszikus fizioterápiás eljárások alkalmazhatósága korlátozott. Gyakran a gyógytornász az, aki a különböző lokálisan ható analgeticus, izomlazító, helyi érzéstelenítő hatással bíró externákat alkalmazza, miközben az érintés, a massage, a beteg egész testének átkarolása, a mozgásban való segítségnyújtás pszichés szempontból kiemelkedő jelentőségű.

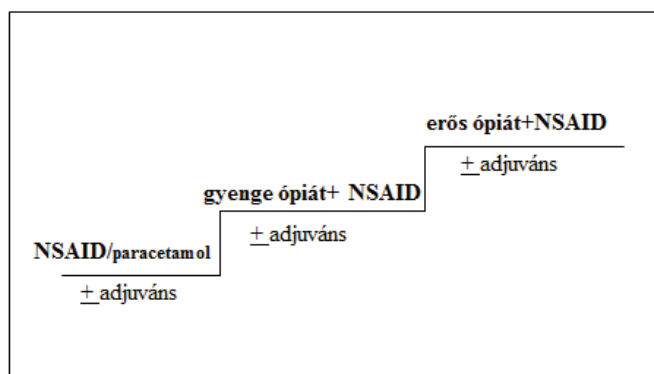
Pszichoterápia: A súlyos fájdalom szorongáshoz, depresszióhoz vezet, mely az izomfeszülés, az immobilitás, ill. a megváltozott fájdalom perceptio révén fokozza magát a fájdalmat. Így a beteg megfelelő pszichés támogatása, az adott állapot elfogadására tett erőfeszítések, relaxációs technikák alkalmazása még non-malignus krónikus fájdalmak kezelésében is igen fontosak. Mindez hatványozottan igaz tumoros fájdalmak fennállta esetén.

Komplementer terápiák: Szakavatott kézben az acupunctura, bizonyos mágnessterápiás eljárások, aromaterápia, zeneterápia, művészet terápia, foglalkozás terápia mind-mind szóba jöhet, mind a fájdalomcsillapítás multimodális kiegészítő része.

Gyógyszeres kezelés

Tekintettel a fájdalomtól szenvedő betegek nagy, ugyanakkor a speciálisan képzett fájdalomcsillapító szakemberek kis számára, 1986-ban a WHO munkacsoportja egy könnyen memorizálható, az esetek többségében jól alkalmazható, egyszerű, sematikus fájdalomcsillapító algoritmust bocsátott ki, mely WHO lépcsőként vonult be a köztudatba. Bár több módosítási javaslat is született azóta, didaktikai okokból célszerűnek tűnik ezen lépcsős fájdalomcsillapító stratégia megőrzése és alkalmazása a mindennapi gyakorlatban.

3. sz. ábra: A fájdalomcsillapítás lépcsős terápiája



Az egyszerű 3 lépcsős algoritmust fontos általános kezelési elvek egészítik ki:

- Az adott fájdalomnak megfelelő gyógyszert kell választani (pl. simaizom görcs esetén görcsoldókat, gyulladásos fájdalomkomponensek esetén non-steroid gyulladásgátlókat (NSAID), neuropathiás fájdalmak esetén anti-neuropathiás szereket).
- Az adott fájdalomcsillapítót megfelelő dózisban kell alkalmazni. Az I-II. lépcsős analgeticumoknak plafon dózisa van, ezt a megengedett maximális dózisonál nagyobb adagban adni értelmetlen, sőt veszélyes. A terápiás hatás elérése ugyanakkor nem várható pl. 200 mg metamizoltól vagy 10 mg tramadoltól. A III. lépcsőben alkalmazott erős ópíoidoknak nincs plafon dózisa, bizonyos szabályok megtartása mellett a dózis – ha szükséges – fokozatosan magas tartományba emelhető.
- A fájdalomcsillapítókat rendszeresen, a fájdalom megelőzésére, nem pedig esetileg, a már escalálódott súlyos fájdalmak megszüntetésére kell használni. (Bizonyos epizodikusan jelentkező vagy fokozódó fájdalmak lehetnek kivételek, de a folyamatos, ún. basalis fájdalom csillapítása itt is rendszeres alkalmazással kell, hogy történjen).
- Az adagolás módja lehetőség szerint szájon keresztül javasolt. Ez nyilvánvalóan egyszerűbb, kevésbé fájdalmas, mint a parenteralis adás. Egyénre szabottan természetesen megfontolható transdermalis, rectalis, ill. (lehetőleg infúziós pumpában alkalmazott) sc. adagolás is. Az im. adagolás – a gyakori beadási igény miatt – kerülendő. Iv. adásra leginkább sürgősségi helyzetekben, ill. gyors titrálási folyamat alkalmával lehet szükség.
- A fájdalomcsillapítókat lépcsőzetesen vezetjük be, enyhébb fájdalmakban egyszerű analgeticumokat, NSAID-okat választunk, melyeket – ha nem nyújtanak kielégítő fájdalomcsökkenést – gyenge, majd erős ópíátokkal egészítünk ki.
- Valamennyi lépcsőfokon ott szerepelnek az adott fájdalom típusától függően alkalmazott adjuvans fájdalomcsillapítók, melyek eredeti indikációjukban ugyan nem analgeticumok, de speciális helyzetekben fontos fájdalomcsillapító hatásuk van. Egy hazai felmérés szerint a leggyakoribb problémát a fájdalomcsillapításban a fájdalomanalízis elmaradása és - vélhetően emiatt - az adjuvans fájdalomcsillapítók alkalmazásának elmulasztása képezi.
- Ha az I-II. lépcsős analgeticumok teljes dóziséval nem sikerül az adott fájdalmat csökkenteni, nincs értelme az egyes szereket cserélgetni vagy kombinálni, tovább kell lépni a következő lépcsőfokra. Lényegesnek tartjuk kiemelni, hogy ehhez nem kell sokat várni. Bár egy-egy újonnan bevezetett gyógyszer steady-state

plazmakoncentrációjának és teljes terápiás hatásának eléréséhez több napra is szükség lehet, súlyos fájdalmak esetén ez a várakozás fölösleges és megengedhetetlen. Az alkalmazott gyógyszerformától függően a III. lépcsőig való eljutáshoz még orális készítmények esetén is elég lehet néhány óra, parenteralis titrálás esetén pedig akár 10-20 perc. Bár ennyi idő alatt nem látjuk az adott gyógyszer teljes hatását, a fájdalom bekövetkező mérséklődése jelzi, ha van értelme az egyensúlyi helyzet kivárással tölteni az időt. Igen súlyos fájdalom esetén gyakorlott kézben nincs akadálya erős ópiátok elsődlegesen történő iv. titrálásának sem, ekkor a fájdalomcsillapításhoz szükségessé váló alacsony gyógyszer dózis jelezheti, ha a tartós fájdalomcsillapításban alacsonyabb lépcső alkalmazása elegendő.

- Mivel olyan gyógyszerek rendszeres alkalmazásáról van szó, melyeknek zavaró mellékhatásaik lehetnek, nagyon fontos, hogy már a terápia megkezdésekor legyünk tekintettel ezek felléptének lehetőségére, hívjuk fel rá a beteg figyelmét, és próbáljuk meg lehetőleg kivédeni azokat.
- A fájdalomcsillapítás utolsó, fontos lépcsője a kontroll, mely egyrészt vonatkozik a kívánt hatás elérésének, másrészt az esetleges mellékhatások felléptének észlelésére. A betegség progresszív természetéből adódik, hogy az idő múlásával a fájdalom fokozódására, új fájdalom lokalizációk, ill. fájdalom típusok felléptére lehet számítani, mely újraértékelést és új beavatkozásokat tehet szükségessé.

Az egyes fájdalomcsillapító gyógyszerek

I. Nem ópioid analgeticumok

Plafon effektusuk van, de nem alakul ki velük szemben tolerancia, ill. dependentia. Az ópiátoktól teljesen eltérő hatásmechanizmusú szerek, velük jól kombinálhatók.

a, Az egyszerű analgeticumok (paracetamol, metamizol) a centralis PG szintézis gátlása révén fejtik ki láz- és fájdalomcsillapító hatásukat. Perifériás gyulladásgátló tulajdonságuk nincs, nem befolyásolják a thrombocyt (THC) funkciókat és a renalis PG szintézist, nem okoznak gastrointestinalis ulceratiót. Orális felszívódásuk, csaknem 100%, a plazma csúskoncentráció 30-60 percen belül kialakul, hatástartamuk 4-6 óra. A májban metabolizálódnak.

A **paracetamol** java része glükuronizáció révén metabolizálódik, csak kis része a cytochrom (CYP2E1, CYP3A4) rendszeren keresztül. Az itt képződő kis mennyiségű metabolit viszont agresszív, azt glutathion semlegesíti. Ha nem áll rendelkezésre elég glutathion, fulmináns májelégtelenség alakulhat ki. Napi 4-6 g dózis alatt ennek kockázata alacsony, de fenyegethet: genetikai hajlam esetén, alkoholos hepatopathiában, időseknél és súlyos táplálkozási zavarban.

Mivel általában vény nélküli (OTC) szerként kapható, előfordul, hogy egy beteg 2-3 féle paracetamol tartalmú fájdalomcsillapítót is szed egyszerre, növelve a toxicitás kockázatát. Emiatt a közelmúltban az USA-ban az egyes készítmények dózisát 325 mg/tb dózisban korlátozták. A metabolitok a vesén keresztül ürülnek, súlyos veseelégtelenségben nem alkalmazható. Allergiás reakció nagyon ritka, salicylát érzékenység esetén <5%-ban keresztallergia előfordulhat. Ha a tablettát bevétele nehezített, suspensio készíthető. Rectalis felszívódása 20-30%-kal rosszabb az oralisnál. Rendelkezésre áll parenteralis készítmény is. Ép májműködés esetén a dózis 4x0,5-1 g po.

A **metamizol** a paracetamolnál némileg erősebb analgeticum és antipyreticum. Lágyszöveti, görcsös hasi fájdalmakban, fejfájásban, koponyaűri nyomásfokozódás esetén, mérsékelt fokú májelégtelenségben, akár súlyos fokú veseelégtelenségben, vérzékeny tumor felszín jelenléte esetén elsőként választandó szer. Metabolizációja demethylatio és acetilatio révén történik, lényeges gyógyszer interakcióval nem kell számolnunk. A vesén keresztül inaktív bomlástermékek ürülnek, melyek a vizeletet vörösré színezhetik. Súlyos veseelégtelenségben is biztonsággal alkalmazható. Viszonylag gyakori vele szemben az allergia. Idioszinkráziás módon agranulocytosist ill. aplasticus anaemiát okozhat, ennek kockázata azonban igen alacsony (2-4 millió tb.-ra jut 1 eset). Annak ellenére, hogy csontvelő károsító kockázata miatt több országban nincs forgalomban, a metamizol az egyik legbiztonságosabb fájdalomcsillapító. Vízben rendkívül jól oldódik, mely cseppekben való adagolást is lehetővé tesz. Rectalis felszívódása teljes, iv. alkalmazásakor a hypotonia elkerülésére lassan, hígítva adandó. Az 50%-os koncentrációjú injectio szövet irritatív! Dózisa 3-4x0,5-1 g.

b, Az acetilsalicylsav (ASA) és NSAID-ok hatásukat a cyclooxygenáz (COX) bénítása révén fejtik ki, ezáltal csökken a PG szintézis (az ASA irreverzibilis, az NSAID-ok reverzibilis gátlók). Jól csökkentik a fájdalmat, különösen gyulladásos mechanizmus valamint csonttáttétek esetén. Hatékony lázcsillapítók. Számos NSAID vény nélkül is kapható.

A PG szintézis gátlása révén csökkentik a gyomor mucosa védelmét, fokozzák a

savszekréciót, gyakran okoznak a gyomor-bél rendszerben erósiót, ulceratiót, vérzést. A gyomorkárosító hatás erőlyes savcsökkentő kezeléssel vagy misoprostol adásával kivédhető, a belek károsodása azonban nem. Mivel a károsodást a PG szintézis csökkentése okozza, rectalis adagolással a kockázat nem csökkenthető. A szelektív COX-2 gátlók mucosa károsító kockázata egyértelműen kisebb fokú.

A renalis PG szintézis gátlásával csökkentik a glomerulusokon átfolyó vér mennyiségét, így – különösen eleve károsodott glomerularis functiók esetén – rontják a vese működését. Diureticumok, ill. angiotensin rendszerre ható vérnyomáscsökkentők jelenlétében ez a kockázat fokozódik. Ritkán – elsősorban súlyosan hypotoniás, dehydrált betegeken – acut tubularis necrosist okozhatnak.

A közelmúltban derült fény arra, hogy placebóhoz viszonyítva kb. kétszeresére fokozzák az infarctus előfordulási gyakoriságát, és többszörösére a szívelégtelenség kialakulásának kockázatát, különösen már fennálló ischaemiás szívbetegség mellett. Szerepet játszhatnak a vérnyomás mérsékelt emelkedésében. Az újabb vizsgálatok tükrében cardiovascularis szempontból nincs különbség a non-selectiv és a selectiv COX-2 gátlók között. Ebből a szempontból a naproxen tartható a legbiztonságosabb NSAID szernek.

A THC functiók gátlásával fokozzák a capillaris vérzések kockázatát. Gyulladásos bélbetegségek esetében alkalmazásuk lehetőleg kerülendő. Nyálkahártyát érintő exulcerálódott tumoros felszínről (pl. hólyag tumor esetén) vérzést provokálhatnak, alkalmazásuk ilyenkor nem célszerű.

Ronthatják a májfunctiókat. Igen erős fehérje kötődést mutatnak (95-99%). Steroidokkal együtt alkalmazva ulcerogen kockázatuk jelentősen (4-10x) fokozódik. Lehetőleg kerüljük az adásukat: ulcusos előzmény, steroid, diureticus terápia, cirrhosis, veseelégtelenség, congestív szívelégtelenség, súlyos fokú arteriosclerosis, 75 évnél idősebb életkor esetén.

Az ASA jó fájdalom és lázcsillapító, napi 3-4 g feletti dózisban erős gyulladáscsökkentő. Oldott formában igen gyorsan (kb. 20 perc alatt) felszívódik, hatástartama 4-6 óra. Már kis dózisban irreversibilisen gátolja a COX-1-et, ezáltal a thromboxan képződést, csökkentve a vérlemezkék aggregatioját. A vérzési rizikó napokig fennáll! Nem ritkán allergiás reakciót, asthmát, nagy dózisban szédülést, fülzúgást okoz. Egyéb NSAID-okkal gyakori a keresztallergia, tehát a salicylát érzékeny beteg NSAID-okra is mutathat allergiát! A hazai gyakorlatban elsősorban THC aggregatio gátlásra, ill. lázcsillapítóként használjuk, vénynélkül elérhető.

A **naproxen** 12 órás hatástartamú, cardiovascularis mellékhatás szempontjából biztonságosnak tekinthető. Jól csökkenti a tumor asszociált lázat. Dózisa 2x500-550 mg. Vény nélküli gyógyszerforma is kapható.

1. sz. táblázat: Néhány NSAID hatástartama és maximális dózisa

Hatóanyag	Hatástartam	Napi max. Dózisa
naproxen	12-14 óra	2x500-550 mg
ibuprofen	6-8 óra	3-4x800 mg
diclofenac	4-6 óra	3x50 mg
	12 óra (retard)	2x75 mg (retard)
aceclofenac	12 óra	2x100 mg
ASA	4-6 óra	6x1 g

II. Gyenge ópioidok

Ópioidoknak nevezzük azon fájdalomcsillapítókat, melyek hatásukat – legalábbis részben – az endogén ópioid receptorokon keresztül fejtik ki. A természetes ópioidokat nevezzük ópiátoknak, bár a gyakorlatban a két fogalmat gyakran szinonimaként használjuk. Ha a beteg fájdalmát I. lépcsős szerekkel (és sze. adjuvansokkal) nem tudtuk megfelelően enyhíteni, gyenge ópioidokat adunk, az addigi analgeticumok mellé kiegészítésként. Ezen szereknek plafon effektusuk van, addictiós potenciáljuk gyengébb az erős ópioidokénál, általában nem minősülnek kontrollált szereknek.

a, Codein, dihydrocodein, aethylmorphin

A codein (methylnorfin) a mák természetes alkaloidja. A máj CYP2D6 enzimén metabolizálódva belőle morfin képződik, ez biztosítja fő analgetikus hatását. Éppen ezért hatékonyságát ezen enzim genetikai polymorphysmusa erőteljesen meghatározza: A kaukázusi népesség 6-10%-ban az enzim aktivitása jóval alacsonyabb (lassú metabolizálók), míg 3-10%-ban vannak jelen ultragyors metabolizálók, akik előre nem várt, lényegesen erősebb analgetikus (és adott esetben toxicus) hatást mutathatnak codeinnel szemben (a két szélsőséges géntípus akár 45-szörös különbséget mutathat az aktív hatóanyag vérszintje vonatkozásában). A CYP2D6-ot bizonyos gyógyszerek (fluoxetin, paroxetin, bupropion)

erősen, mások (sertralin, duloxetin, citalopram, metoclopramid, clomipramin, bicatulamid, haloperidol, hydroxyzin) mérsékelten gátolják, míg egyesek (dexamethason, rifampicin) indukálják, ezzel befolyásolva a codein kialakuló hatását. 4x30-60 mg (retard dihydrocodeinnél 2x60-120 mg) dózisban érvényesül fájdalomcsillapító hatása. Erős székrekedést, kisebb arányban hányingert-hányást (ill. egyéb tipikus morfinszerű mellékhatásokat) okozhat. A fenti kinetikai problémák miatt helyette egyre többen mini dózisú morfin alkalmazását javasolják, megkérdőjelezve a WHO II. lépcső létjogosultságát. Erős ópiátokkal kombinálni értelmetlen.

b, Tramadol

A codeintől eltérő szerkezetű fájdalomcsillapító (a venlafaxinnal áll közeli szerkezeti rokonságban). Sokáig szintetikus ópioidként tartottuk számon, ma már tudjuk, hogy az *N. latifolia* nevű afrikai növény természetes alkaloidja. Hatásmechanizmusa kettős. Egyrészt - hasonlóan a triciklikus antidepresszánsokhoz (TCA) - gátolja a leszálló fájdalom moduláló pályán a serotonin (5HT) és a noradrenalin (NA) visszavételét, másrészt a CYP2D6-on keletkező metabolitja (o-desmethyiltramadol) μ ópiát agonista. Ez utóbbi arányait tekintve kisebb jelentőségű, de ultragyors metabolizálónál lényegesen nagyobb arányban juthat szerephez. Enyhe anticholinerg és NMDA blokkoló hatással is rendelkezik. Neuropathiás fájdalomban 3. lépcsős szerként alkalmazható. Addikciós potenciája relative alacsony, de nagy dózisú tramadol kezelés hirtelen leállításakor antidepresszáns megvonásnál észlelhető tünetekre lehet számítani (szorongás, hangulati labilitás, ingerlékenység, verejtékezés, tremor, fejfájás, álmatlanság, influenzaszerű tünetek). Ezek erős ópiát adásával nem védhetők ki, és bár általában nem túl intenzívek, akár hetekig fennmaradhatnak. Székrekedést a codeinnél kisebb arányban (kb. 20%) okoz. Hányinger a leggyakoribb mellékhatás (kb. 25%), mely pathomechanizmusában különbözik az erős ópiátok által keltett hányingertől, tehát a tramadol mellett bekövetkező hányinger nem prediktora az erős ópiátok ilyen jellegű mellékhatásainak. Fejfájás, szédülés, izgatottság, esetleg hasmenés, időseknél aluszékonyság, zavartság fordulhat még elő, mellékhatásai javarészt az 5HT rendszeren keresztül alakulnak ki. Más 5HT rendszerre ható szerrel (elsősorban különböző antidepresszánsokkal) veszélyes interakcióban lehet, különösen nagy dózisban (agitatio, tremor, myoclonus, hyperthermia, keringési labilitás tüneteivel jellemezhető ún. serotonin sy.). CYP3A4 induktorok (pl. carbamazepin) hatását jelentősen csökkentik, CYP3A4 gátlók (amiodaron, erythromycin,

clarithromycin, verapamil, ketokonazol, bicatulamid) metabolizmusát valamelyest az o-desmethyl tramadol képződése irányába tolják el, így ópiát hatásai erősödnek. Máj-, ill. veseelégtelenségben, valamint időseknél óvatosan alkalmazandó. A görcsküszöböt csökkenti, epilepsiában óvatosság szükséges. Orthostaticus hypotoniára hajlamosíthat. Mindezek ellenére általában jól tolerált szerről van szó, csak alkalmazása körütekintést igényel. 50 mg-os capsula, 100, 150 és 200 mg-os 12 órás tartamú retard tabletta, 100 mg/ml koncentrációjú csepp, 50 ill. 100 mg-os injectio és 100 mg-os végbélkúp formájában elérhető. Átlagos kezdődózisa 4x50, max. dózisa 4x100 mg. Erős ópiátokkal általában nem adjuk együtt, ha a leszálló pálya aktivitását kívánjuk fokozni, azt inkább pl. TCA szerekkel tesszük.

c, Tapentadol

NA reuptake gátló a fájdalom moduláló leszálló pályán, és a tramadolnál erősebb u agonista hatású. Az 5HT rendszerre nincs hatással, kevesebb interakciója van. Leggyakoribb mellékhatásai: székrekedés, hányinger, szédülés, aluszékonyság, fejfájás. Neuropathiás fájdalomban ígéretes szer, még kevés vele a tapasztalat. Átlagos dózisa 2x50-250 mg.

III. Erős ópioidok

Erős ópioidok azok a fájdalomcsillapítók, melyek fő hatásukat az endogén ópiát receptorokon keresztül fejtik ki. Ilyen receptorok az egész központi idegrendszerben, sőt perifériásan is találhatóak (pl. a bélben, tüdőben, a bőrben). 3 lényeges ópiát receptort különítünk el (μ , δ , κ), mindhárom szerepet játszik a fájdalomcsillapításban. A legfontosabb ópiát hatások a μ receptoron érvényesülnek. Friss genetikai kutatások alapján 11 féle μ receptort kódoló gént ismerünk. Valószínűleg ez a polymorphysmus magyarázza az egyes betegeknél látott eltérő ópioid válaszokat.

2. sz. táblázat: Főbb ópiát receptorok és az azokon érvényesülő gyógyszerhatások

Receptor	Főbb klinikai hatások
μ_1, μ_2, μ_3	analgesia, fizikai dependentia, légzésderesszió, euphoria, csökkent bélmotilitás
$\kappa_1, \kappa_2, \kappa_3$	analgesia, dysphoria, sedatio, dissociativ és delirans hatás
δ	analgesia, fizikai dependentia, antidepresszáns és convulsiv hatás

Valamennyi ópiát receptor a G fehérjéhez kötött transmembran receptorok családjába tartozik. A praesynapticus μ receptor egyrészt az N-típusú Ca-csatorna működésének és ezáltal neurotranszmitterek felszabadulásának gátlásához vezet, másrészt a receptorkötés csökkent cAMP produkciót eredményez a sejten belül, s ezzel megváltozik a sejt polarizációs képessége. A postsynapticus μ receptor a membrán hyperpolarizált állapotát hozza létre, akadályozva ezzel a transmissiót.

Az egyes erős ópioidok a 3 nagy ópiát receptoron eltérő hatást fejthetnek ki. Ezek alapján az ópiátokat az alábbi csoportokba oszthatjuk:

- **tiszta agonista:** receptor stimuláció révén analgetikus hatást fejt ki
- **partialis agonista:** a receptor stimuláció kisebb fokú, ami a dózis növelésével egy bizonyos szinten túl nem fokozható
- **kevert agonista-antagonista:** bizonyos receptoron agonista, másan antagonistá hatású, az agonista hatását képes felfüggeszteni
- **antagonista:** nincs intrinsic farmakológiai hatása, az agonisták hatását felfüggeszti

3. sz. táblázat: Az egyes erős ópioidok receptor aktiválása

Ópioidok receptor aktivitása (A=agonista, pA= partialis agonista, Ant=antagonista hatás)			
	Mű	Kappa	Delta
Morphin	A	-	(A)
Fentanyl	A	-	-
Methadon	A	-	A
Hydromorphon	A	-	A
Oxycodon	A	A	A
Buprenorphin	pA	Ant	A
Naloxon	Ant	Ant	Ant

A **tiszta agonista ópioidok** (morphin, methadon, fentanyl, oxycodon, hydromorphon) fájdalomcsillapító dózis-hatás görbéje lineáris, azaz ezen szerekeknek nincs plafon effektusa. Kétszer akkora dózis kétszer akkora fájdalom csillapítására képes. A klinikumban az ópiátok dózisémelésének a fellépő mellékhatások szabnak elsősorban határt. Az ópiát előbb csökkenti az ópiát érzékeny fájdalmat, ezt követően okoz aluszékonyságot és a légzésdepresszív hatás csak ezt követően lép fel, azaz az ópiát dózisa a somnolentia felléptéig emelhető. Annak

ellenére, hogy az ópiát dózisok a fájdalom nagyságától, a kezelés során fellépő bizonyos mértékű tolerantiától ill. genetikai tényezőktől függően tág határok között változhatnak, a hatás-mellékhatás egyensúlyát figyelembe véve az ópiátokra mint szűk terápiás szélességű szerekre kell tekintenünk, ahol a megfelelő szükséges, de elégséges dózis kititrálása az ópioid terápia kulcsfontosságú lépése. Az ópiátok bevezetését mindig a legkisebb, biztonságosnak gondolt dózissal kell kezdeni, és a fennmaradó fájdalom/aluszékonyosság függvényében, a gyógyszer farmakokinetikai sajátosságait figyelembe véve kell a dózist emelni. Az ópiátok fájdalomcsillapításra, nem pedig sedálásra valók. Bár a szervezet az ópiát okozta enyhe sedatióhoz viszonylag hamar alkalmazkodik (a sedatív mellékhatással szemben tolerancia alakul ki), ha az ópiát úgy okoz sedatiót, hogy a kezelni kívánt fájdalom nem mérséklődik, a további dózisémelés helyett ismételt fájdalomanalízis végzendő, mert a háttérben ópiát refrakter fájdalom lehetősége felmerül.

4. sz. táblázat: Ópiát refrakter fájdalmak

simaizom görcs (colica, tenesmus) vázizom feszülés (myofascialis fájdalom) gyulladás okozta fájdalom tenesmoid fájdalom tensiós fejfájás neuropathiás fájdalom ± sympathicus idegrendszer által fenntartott fájdalom krónikus ischaemiás fájdalom mozgás indukálta csont fájdalom

Ópiát tolerancia

A szervezet az ópiátok egyes hatásaival szemben hozzászokást, tolerantiát alakíthat ki, azaz ugyanazon klinikai hatás (vagy mellékhatás) kiváltásához egyre nagyobb dózisok alkalmazása válik szükségessé. A fájdalomcsillapító hatással szembeni tolerancia jól ismert jelenség, ám helyesen vezetett ópiát kezelés mellett a klinikum szempontjából lényeges, nagyfokú tolerancia sokkal ritkábban fordul elő, mint ahogy azt a laikusok, sőt orvosok is gondolnák (az ópiát kezelésben részesülő daganatos betegek <5%-ban). Az ópiát kezelés bevezetésekor (általában az első két hétben) gyakran mutatkozik ópiát dóziskorrektíós igény, melyet követően azonban – ha a betegség progressiója nem okoz fájdalom növekedést – a beállított

ópiát adag sokáig elegendő. Nagyfokú tolerancia kifejlődését elősegítheti, ha nem történik korrekt fájdalomanalízis, és ópiát terápiára nem jól reagáló fájdalmakat igyekszünk ópiát dózisemeléssel csökkenteni. A fájdalom multimodális kezelése, adjuvans szerek, fizioterápiás módszerek megfelelő alkalmazása, gyógytornász, pszichológus bevonása a kezelésbe, az ópiát dózisok sedatio felléptekor történő csökkentése mérsékli a nagyfokú tolerancia kialakulásának kockázatát. A tolerancia mechanizmusa egyébként nem minden részletében tisztázott, receptor desensitizatio, internalisatio, down regulatio, ill. intracelluláris cAMP upregulatio állhat a háttérben. Fiatalokat lényegesen gyakrabban érint. Az adott ópiáttal szemben kialakított tolerancia nem azt jelenti, hogy az a fájdalomcsillapító már nem hat, csak dózisemelésre van szükség ahhoz, hogy a korábban elért jó fájdalomcsillapító hatást fenntartsuk. A tiszta agonista szerek lineáris dózis-hatásgörbéjéből következik, hogy a szükségessé váló dózisemelésnek akadályja nincs, a nagyobb ópiát dózis toleráns betegnél csökkenteni fogja az egyszer már eredményesen kezelt fájdalmat. Az egyik ópiáttal szemben kialakult tolerancia nem, vagy nem teljes mértékben áll fenn egy másik szerrel szemben, így másik ópiára való váltáskor annak lényegesen kisebb dózisától várhatjuk a fájdalom csökkenését. Bár idővel tolerancia kialakul majd az új szerrel szemben is, ezen idő alatt az első ópiáttal szemben kialakított hozzászokás mértéke enyhül, és később az eredeti szert visszaadva, az kisebb dózisban is hatékonynak mutatkozik. Az ópiátok váltogatásával (rotációjával) a nagyfokú tolerancia problematikája a klinikumban kezelhetővé válik. Nagy dózisú ópiát kezelésnél ritkán előfordulhat, hogy az ópiát dózisemelése a fájdalmat nem, vagy csak igen rövid ideig csökkenti, az eredeti fájdalom lokalizációhoz képest a fájdalom egészen új területeken jelenik meg, generalizálódik, jelentősen felerősödik, jellegében is megváltozik, összességében a fájdalom az adott ópiáttal kezelhetetlenné válik. Hyperalgesia alakul ki, enyhe fájdalom ingerek is erős fájdalom érzetet váltanak ki. Bár ritka jelenségről van szó, felismerése fontos, mert kiváltásáért az ópiát terápia a felelős, és az adott ópiát további dózisemelése csak ront a helyzeten.

Dependentia

A toleranciától eltérő jelenség, függőséget jelent. **Fizikai dependentia** minden tartósan ópiátot alkalmazó betegnél kialakul, ez azt jelenti, hogy a szer hirtelen elhagyása megvonási tünetet eredményez (szorongás, félelem, nyugtalanság, ingerlékenység, remegés, könnyezés, orrfolyás, verejtékezés, pupilla tágulat; súlyos formában: vérnyomás emelkedés, hányinger, hányás, hasmenés, hasi és vázizom görcsök). Kb. 2-3 hétig tartó ópiát terápia után kell fizikai dependentia kialakulására számítani. Ha az ópiát terápia bármilyen okból leállításra kerül, a

dózis fokozatos csökkentésével (napi 15-20%) a megvonási tünetek elkerülhetők. Kialakult megvonási tünetek az ópiát visszaadására prompt megszűnnek.

A **pszichés dependentia** vagy **addictio** az ópiát euphorizáló hatásának átélésére való törekvésben nyilvánul meg, és a gyógyszer utáni vágy a fő jellemzője. Tumoros betegeknél fájdalomcsillapító indikációval alkalmazott ópiátok pszichés dependentiát gyakorlatilag soha nem okoznak. A betegek és családtagjaik megnyugtatója ezen a téren rendkívül fontos, a beteg az ópiát fájdalomcsillapítótól nem válik „kábitószer függővé”. Korábban élvezeti célból kábítószert fogyasztó beteg fájdalomcsillapító ópiát kezelése során van ugyan esély az addictio ismételt kialakulására, de természetesen ezen betegektől sem lehet visszatartani a megfelelő hatékonyságú analgeticumokat. Ilyen esetben relatíve kisebb addictios potentialú szer (pl. methadon) választása és szorosabb kontroll célszerű.

Az ópioidok mellékhatásai

Bár az ópioidok körültekintéssel alkalmazva biztonságos és hatékony analgeticumok, nem elhanyagolható mellékhatásaik vannak. Az egyes szerek mellékhatás gyakoriság, súlyosság vonatkozásában különböznek egymástól, de valamennyi erős ópiát alkalmazásánál hasonló mellékhatások felléptére számíthatunk.

Székrekedés

Az obstipatio a leggyakoribb mellékhatás, és – szemben más hatásokkal – vele szemben soha nem alakul ki tolerancia. A székrekedés a vastagbél transit idejének megnyúlásával, fokozott vízfelszívással, a peristaltica megváltozásával (körkörös contractiók fokozódása, propulsiv contractiók csökkenése) áll elsősorban kapcsolatban, melyet a beteg inaktivitása, csökkent folyadék-, táplálék- és rost bevitel, a defecatiohoz szükséges hasizmok gyengesége tovább fokoz. A mellékhatás dózisfüggő, és kezelése időnként kihívást jelent. Vastagbél resectiot követően a probléma lényegesen kisebb hangsúlyú, míg kismencedei térszűkítés, a vastagbelet érintő részleges bélelzáródás, egyéb obstipáló gyógyszerek (pl. vaskészítmények, setronok, anticholinerg szerek) együttes szedése, a hasfal izomerejének csökkenésével és az analis reflex kiesésével járó paraplegia fennállása esetén különös figyelmet érdemel. Erős ópiát kezelést nem célszerű elkezdni aktuálisan fennálló súlyos, több napos székrekedés esetén. A beteg figyelmét a székletlazítók rendszeres szedésének szükségességére fel kell hívni, különösen erős obstipatiót okozó ópiátok esetében. A mellékhatást megelőzni kell, nem pedig belesodródni egy esetleges súlyos problémát okozó széklet kimaradásba. Kivédésére általában stimuláns laxativumokat használunk (pl. bisacodyl, senna a szokásosnál nagyobb,

pl. 2x20 mg dózisban), melyet sze. osmoticus szerekkel (pl. lactulose, macrogol), esetleg kiürítést elősegítő kúpokkal (pl. Glycerin kúp, Supp. laxans FoNo) kombinálhatunk. Használhatunk gyógyteákat, melyek stimuláló hatásúak (pl. anyalevél, senna, mályva tea). Célszerű a beteg kezébe cselekvési algoritmust adni. Ha a beteg székrekedését rendszeresen, megfelelő dózisban, ill. kombinációban adott laxatívumokkal sem sikerül uralni, ópiát váltás lehet indokolt. A legerősebben az oralis morfin obstipal (intakt colon esetében a betegek közel 100%-ában), ezt követi az oxycodon, a fentanyl, a hydromorphon és a methadon. A parenteralis morfin obstipáló mellékhatása töredéke az oralis gyógyszerformának.

Hányinger, hányás

A második leggyakoribb, néha súlyos mellékhatás. Kialakulásában szerepe lehet az ópiátok által provokált vagy súlyosbított gyomor motilitas zavarnak (étkezést követő, ételmaradékos hányás), a kemoreceptor trigger zóna (CTZ) irritatiojának (étkezéstől függetlenül is jelenlévő, gyakran kínzó hányinger-hányás, frusztrán öklendezés), ill. nagyon ritkán a vestibularis rendszeren keresztül fellépő, szédüléssel társuló, fejmozdításkor jelentkező mechanizmusnak is. Oralis morfin alkalmazásakor előfordulási gyakorisága kb.15-20%, parenteralis adáskor ill. lipidoldékony ópiátok alkalmazásakor (fentanyl, hydromorphon, methadon) általában ritkább. Vele szemben tolerantia általában kialakul, kezelésére metoclopramid 3x10 mg, ill. haloperidol este 1,5-3 mg általában megfelelő. A CTZ irritációján keresztül megvalósuló hányinger kifejezetten kínzó lehet, megakadályozza a beteget oralis hányáscsillapító bevételeiben, ezért – különösen erősebb emetogen hatású morfin indításakor, vagy toxicus ingerekre korábban fellépő intenzív hányásos anamnesis esetén – haloperidol preventív jellegű átmeneti alkalmazása, vagy haloperidol tartalmú magistralis kúp „biztonsági” rendelése ajánlható. Ópiátok okozta hányinger kivédésére setronok rendszeres alkalmazása nem ajánlott, azok obstipáló mellékhatása miatt.

Sedatio

Gondosan titrált ópiát terápia esetén zavaró mértékű álmoság ritka. Az ópiát bevezetésekor – különösen az addig csillapítatlan erős fájdalmak okozta alvásdeficit esetén – enyhe, pihentető jellegű álmoság előfordulhat, melyhez a szervezet hamar alkalmazkodik. Pathológiás mértékűnek tekintjük az álmoságot, ha az a beteget zavarja mindennapi aktivitásában, koncentrálásában, szellemi tevékenységében (ha pl. a beteg olvasás közben, ülve, vagy beszélgetés közben elalszik, vagy álmából nehezen ébreszthető). Ilyen mértékű álmoság általában ópiát túladagolásra hívja fel a figyelmet, mely előfordulhat pl. inadekvát kezdődózis

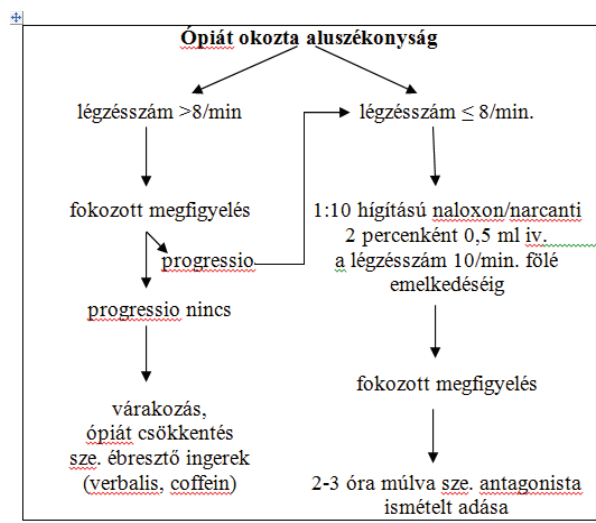
vagy a toleráltnál nagyobb adagú dózisemelés, vagy pl. nem megfelelő metabolizáció, elimináció következtében fellépő cumulatio esetén. Korábban stabil ópiát dózis esetén is felléphet, pl. aktív metabolitjait a vesén át kiürítő morfinnál exsiccosis okozta átmeneti vesefunkció romlás következtében; főleg a CYP3A4 által metabolizált fentanylén ezen enzim működését erősen gátló clarithromycin alkalmazásakor, stb. Ha a beteg ópiát terápiát indokló fájdalmát valamilyen egyéb hatékony módon csökkentjük, a kieső fájdalom ingerek álmoságot ellensúlyozó hatása csökken, és ez vezethet relatív ópiát túladagoláshoz (pl.: csontáttétek sugárkezelését, vagy a fájdalmat közvetítő idegpályák blokkolását követően). A beteg gondozását végző családtagokat, ápolókat az esetleges álmoság kialakulásának jelentőségéről és a szükséges ellenlépések megtételéről (pl. soron következő ópiát dózis csökkentése, stb.) tájékoztatni kell. Aluszékonyságot természetesen számos egyéb tényező is okozhat (alacsony $Se Na$, magas $Se Ca$ szint, máj-, veseműködés romlás, hypoglykaemia, stb.). A somnolentia nem természetes velejárója az ópiát terápiának! Jól beállított erős ópiát az éberséget és kognitív funkciókat nem szabad, hogy érdemben befolyásolja, stabil (>1 hetes változatlan dózisú) ópiát kezelés mellett a gépkocsivezetés – egyéni elbírálás mellett – engedélyezhető. (Kerülendő a csúcsforgalom és a szürkületi, éjszakai vezetés, a pupilla csökkent accomodatioja miatt). Az ópiát okozta sedatio methylphenidat kis dóziséval (reggel és délután 2,5-5mg) ellensúlyozható.

Légzésdepresszió

Krónikus fájdalom miatti ópiát kezelés során légzésdepresszió extrém ritkán fordul elő. Ennek kockázatára az ezt megelőzően fellépő aluszékonyság már felhívja a figyelmet, időben lehetővé téve a megfelelő beavatkozást. Ha az ópiát kínzó légszomj miatt kerül alkalmazásra, a légzőközpont enyhe depressziója kifejezetten terápiás cél. Súlyos agnyomás fokozódás esetén fordulhat még elő nehezen megjósolható álmoság és esetleges légzésszavar fellépte, mivel az ópiátok CO_2 retentio és vasodilatatio révén az agnyomás további fokozódásához vezethetnek. Koponyaűri nyomásfokozódás esetén emiatt sosem az ópiát az első választandó fájdalomcsillapító. Ópiát túladagolás okozta légzésdepresszió (8/min. alatti légzésszám) esetén ópiát antagonistá adása szükséges. A tiszta agonisták valamennyi centralis hatása ópiát antagonistá naloxonnal prompt felfüggeszthető. Ha az ópiát bevezetésekor lép fel (pl. inadekvát kezdődózis alkalmazása miatt) légzésdepresszió, az antagonistá adása semmilyen kockázatot nem jelent. Tartós ópiát terápián lévő beteg esetében az antagonistá adásának indikációja kizárólag a légzésdepresszió. 2 percenként 0,5 ml-es frakciókban beadott 1:10 hígítású naloxont addig adunk, amíg a légzésszám 10/min. fölé emelkedik. Ha az ezt követően

fennmaradó sedatiót is antagonistával próbáljuk csökkenteni, könnyen heveny megvonási tünetet okozhatunk! Ez esetben iv. midazolam adására lehet szükség.

4. sz. ábra: Teendők ópiát túladagolás esetén



A kialakult ópiát túladagolás okát keresni kell, retard készítmények esetében antagonistá adására – annak 2-3 órás hatástartama miatt – többször is szükség lehet.

Zavartság, mentális állapotromlás

Különösen idősebb embereknél fordulhat elő, elsősorban inadekvát ópiát dózis esetén. A zavartságnak természetesen számos egyéb oka is lehet (hypoglykaemia, só-vízháztartás felborulása, széklet impactatio, vizelet retentio, szorongás, anticholinerg sy., stb.), melyet gondosan mérlegelni kell. Ha a mentális állapotromlás hátterében felmerül ópiát toxicitás lehetősége, az ópiát adagját fokozatosan csökkenteni kell. Ha ezzel párhuzamosan a fájdalmak felerősödnek, ismételt fájdalomanalízis szükséges, esetleges ópiát refrakter fájdalmak felderítése céljából. Ópiát váltás célszerű, a kisebb toxicitás reményében.

Hallucinációk

Nem gyakori mellékhatás, elsősorban vizuális töredék képek, elsuhanó alakok, megmozduló tárgyak érzékelését jelenti. Acusticus hallucinációk ritkák. Haloperidol adásával (pl. 2x1,5-3 mg dózisban) általában kivédhető. Ha a probléma fennmarad, ópiát váltás javasolt.

Orthostaticus hypotonia

Előrehaladott stádiumú rákbetegek körében az álló helyzetben bekövetkező vérnyomáscsökkenés gyakori (kb. 25%-ban significans, azaz ≥ 20 , 5%-ban súlyos fokú, ≥ 50 Hgmm), melynek

számos oka lehet (antitensív szerek felesleges alkalmazása, az alsó végtagok izomtónusának csökkenése, károsodott autonóm szabályozás, ill. baroreceptor reflex, dehydratio, enyhe mellékvese kéreg elégtelenség, anaemia, anticholinerg szerek alkalmazása, a jobb pitvar telődésének akadályozottsága, vena cava inferior compressio, stb.). Az erős ópiátok fokozott histamin válasz révén vasodilatációt és következményes hypotóniát (elsősorban orthostasist) okozhatnak. Szükség esetén antihistamin adása, hydrálás, mineralocorticoid, sympathomimeticum adás, alsó végtagok fáslizása megpróbálható. Súlyosan hypotóniás betegnél (systoles vérnyomás ≤ 70 Hgmm) esetleges további vérnyomás esés veszélye miatt ópiát iv. adása nem ajánlatos.

Szájszárazság, vizelet retentio

Anticholinerg hatásuk révén az ópiátok gyakran súlyosbíthatják a betegek – legtöbbször egyébként is meglévő – szájszárazságát. Prostata hyperplasia esetén ritkán előfordul az ópiát bevezetését követően fellépő vizelési képtelenség kialakulása. Az anticholinerg mellékhatás aktuálisan pilocarpin, neostigmin adásával általában megszüntethető. Ritkán katéter felhelyezés válhat szükségessé.

Verejtékezés

Ópiát túladagolásnak is lehet velejárója, de terápiás vérszintek mellett is nem ritkán előfordul. Egyéb gyógyszerek (TAB kezelés, antipyreticumok, NSAID-ok, TCA-k) is okozhatják. Az ópiátok okozta verejtékezés csökkentésére antihistamin, a methadon okozta verejtékezés enyhítésére biperiden adása javasolt.

Multifocalis myoclonusok

Elsősorban morfin kezeléskor fordul elő, bizonyos fokú azotaemia fennállása esetén. Az izomrángásokat az egyik bomlástermék (M3G) okozza. Hydrálással a vesefunkciók javításával a myoclonus megszűnhet. Tünetileg clonazepam adható 2x0,25-0,5 mg adagban. A myoclonus nem ritkán indikátora a larvaltan kialakuló veseelégtelenségnek. Kp. súlyos azotaemia esetén ópiát váltás indokolt. Myoclonusokat okozhat más gyógyszer is (pl.: TCA-k, azotaemia esetén metoclopramid).

Viszketés, bronchusgörcs

Mindkettő histamin liberációhoz kötődő, nagyon ritka mellékhatás (epiduralis alkalmazásnál gyakoribb). Antihistamin adandó.

Endocrin és immunológiai változások

Hosszú távú ópiát kezelés hypogonadotrop hypogonadismushoz, alacsony oestrogen és testosteron szinteken keresztül osteoporosishoz, alacsonyabb cortisol szintekhez, csökkent immunválaszhoz vezethet.

Hypothyreosisban, Addison kórban, intracranialis nyomásfokozódás, máj- és veseelégtelenség esetén, súlyos fokú prostata hyperplasiában, légzési elégtelenségben, idős korban valamennyi erős ópiát csak fokozott körültekintéssel adható.

Az egyes ópioid analgeticumok bemutatása

Morfin

Az emberiség legrégebb írásos, ill. egyéb régészeti leletei bizonyítják, hogy a mákgubó nedvének a fájdalomcsillapító hatását már az ókorban (ie. 4000) ismerték. A XVI-XVII. században az ópium tincturát (laudanum) széles körben alkalmazták hasmenés, köhögés és fájdalom enyhítésére. Az ópiumból morfint 1804-ben Sertürner állított elő. A korábban izolált endorfinok után endogén morfin jelenlétét 2003-ban mutatták ki emberi sejtekben. A betegek ópiát főbiájának leküzdését segítheti elő, ha tudatosítjuk: a morfin egy természetes, az emberi szervezetben is előforduló vegyület, az emberiség egyik legrégebb gyógyszere. A nemzetközi ajánlásokban mind a mai napig az első választandó erős ópiátként szerepel. Vízoldékony vegyület, megoszlási tere oedemák, testüregi folyadékgyülemek esetén jelentősen nő, melyet a terápia tervezésekor figyelembe kell venni. (Ascites lebecsátásakor számottevő morfint távolítunk el a szervezetből, mely gyors reaccumulatio esetén morfin vérszint esést és elégtelen fájdalomcsillapítást von maga után. Oedemák vízhajtókkal történő eliminálásakor morfin vérszint emelkedés fordulhat elő.) Oralisan adva jól felszívódik, de jelentős first pass hatáson megy keresztül. Rectalis felszívódása jó, az oralisan elérhető vérszint biztosítható. Vízoldékony voltából fakadóan az idegrendszerbe való penetrációja kissé késleltetett, állatkísérletek alapján az agyszöveti csúcskoncentrációt iv. adás után 20-25

perc múlva éri el. A májban glükuronizálódik, M6G metabolitja erős analgeticum, M3G metabolitjának fájdalomcsillapító hatása nincs, ugyanakkor toxicus hatások (pl. myoclonusok) kialakulásáért felelős. Az elimináció 90%-a a vesén keresztül történik, 10% részt vesz az enterohepaticus körforgásban, és a széklettel távozik. Veseelégtelenségben dóziscsökkentésre van szükség, kb. 2-300 µmol/l kreatinin érték felett a toxicus metabolit cumulációja miatt alkalmazása nem javasolt. Obstructio icterus az epén keresztüli kiválasztódást, parenchymás májelégtelenség a first passt és a metabolizációt befolyásolja, csökkentett dózisban, óvatosan alkalmazható. Sc. adás után 30 perccel, oralis adás után 1 órával mutatkozik a csúcshatás, retard készítményeknél ez kb. 2 óra. A gyors felszívódású (IR) és parenteralisan adott morfin hatástartama fiataloknál 4, 60 év felett általában 5-6 óra, a hazai forgalomban lévő retard készítmények 12 órás hatástartamúak. Az oralis:subcutan morfin közötti átváltási arány 2-3:1, azaz 20-30 mg gyors hatású oralis morfin felel meg 10 mg subcutan dózisnak. A morfin átlagos kezdődózisai: 4-6x5 mg sc., 4-6x10 mg IR po., 2x30 mg retard po.

6. sz. táblázat: A morfin szükségessé váló dózisemeléseinek javasolt átlagos üteme

	IR	retard	sc.
1. dózislépcső	4-6x10 mg	2x30 mg	4-6x5 mg
2. dózislépcső	4-6x20 mg	2x60 mg	4-6x10 mg
3. dózislépcső	4-6x30 mg	2x90-100 mg	4-6x15 mg
4. dózislépcső	4-6x40 mg	2x120-130 mg	4-6x20 mg
5. dózislépcső	4-6x60 mg	2x180-200 mg	4-6x30 mg

Tartós parenteralis adás sc. infúziós pumpában javasolható. Infúziós pumpa elindításakor egy bevezető bólus alkalmazása szükséges, mert a folyamatos adagolású pumpával a megfelelő vérszint csak lassan érhető el. Pumpa hiányában a mellkasfalra rögzített sc. szárnyastűbe is történhet a morfin bólusok beadása. Ilyenkor a kanülben a morfin inj. marad benne, átöblíteni nem szükséges. A kanül holtterét az első dózis megválasztásánál kell figyelembe venni.

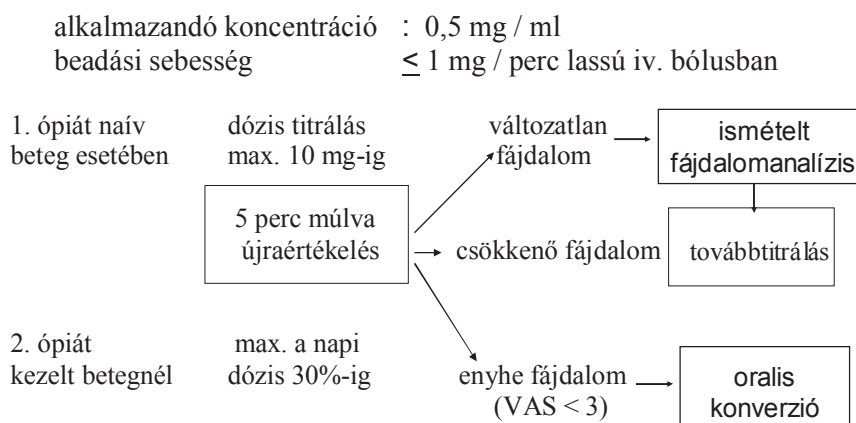
A morfin dózis kititrálásánál javasolt szabály: alacsony kezdődózis, fokozatos dózisemelés. A dózisemelés ütemét a fennmaradó fájdalom és a fellépő mellékhatások határozzák meg. Teljes dózisu WHO II. lépcső után, nem túl idős, nem túl cachexiás, normális máj- és vesefunkciójú betegnél a tervezett kezdődózis 4 óránként 10 mg legyen, mely – ha a fájdalom csökkenés nem megfelelő - a soron következő adagnál 20 mg-ra emelhető. Idősebbeknél a 6 órás adagolási ritmus általában elegendő. Ha a morfin előtt nem (vagy nem teljes dózisban került alkalmazásra WHO II. lépcső, a fenti dózisok felével való kezdés javasolt. Ugyanez igaz idős

(>75 év), icterusos, vagy kifejezetten cachexiás (<45 kg) betegnél. Mérsékelt fokú azotaemia esetén az adagolási idők nyújtandók. A kititrált adag retard készítményre váltandó. A retard tablettát a gyors hatású szer esedékes alkalmazási ideje előtt 1-1,5 órával célszerű bevenni, majd 12 óránként alkalmazni. Hazai forgalomban - hosszabb szünet után - újra várható 10 és 20 mg-os gyári kiszerelésű orális IR morfin készítmény megjelenése. Magistralisan is készíthető morfin oldat, mely alkalmas az adag pontos, gyors kititrálására.

Titrlás retard készítménnyel: Kezdődózis 2x30 mg, mely 12 óra múlva emelhető. Igen súlyos fájdalomnál iv. titrlás megfontolandó. Ha a titrlás folyamán a beteg aluszékonnyá válik, dóziscsökkentés javasolt. Esetleg nem tudott azotaemia számításba veendő. Aluszékonyság és fennmaradó fájdalmak esetén morfin refrakter fájdalmak veendő számításba, ópiát rotatio ill. adjuvans készítmények alkalmazása mérlegelendő. Dózislépcsők: 2x30-60-100-130-200 mg.

Morfin iv. adására elviselhetetlen fájdalmak mielőbbi csillapítása, ill. gyógyszerigény kititrálása céljából kerülhet sor. Ebben az esetben 0,5 mg/ml koncentrációjú oldat használata javasolható, lassú, frakcionált adással, ≤ 1 mg/perc sebességgel. Ezzel a beadási ütemmel fájdalom ellen titrlva, a módszer biztonságosan alkalmazható.

5. sz. ábra: Morfin iv. titrlása súlyos fájdalom esetén



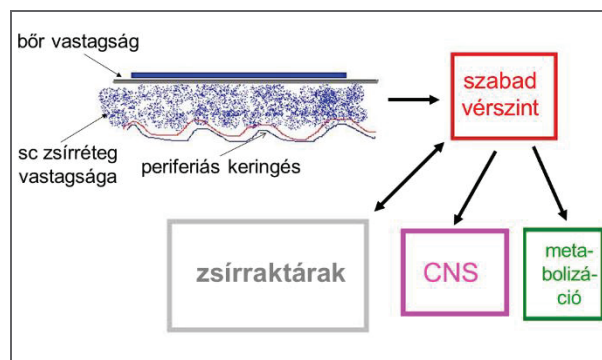
A morfin adható az **epiduralis, ill. intratechalis** térbe, a szükséges mennyiség a szisztémás igény kb. 1/10-e, ill. 1/100-a. Ópiát naív beteg esetében az alacsony morfin igény pontos kiméréséhez 2 mg/ml koncentrációjú törzsoldat készítése célszerű, melyből az 1-1 dózist jelentő 0,5-2 ml mennyiséget beadás előtt tovább hígítjuk 5-10-15-20 ml-re. A nagyobb volumen az epiduralis térben szétterjedve több ideggyök elérését teszi lehetővé. Toleráns beteg nagyobb morfin adagai esetén a törzsoldat készítésének már általában nincs értelme. A

morfin epiduralis alkalmazáskor 8-12 órán keresztül hatékony. Krónikus fájdalmak epiduralis morfin analgesiájához ugyanakkor leginkább akkor folyamodunk, amikor súlyos mozgásindukálta vagy neuropathiás fájdalomkomponensek jelenléte miatt localanaestheticum (LA) egyidejű alkalmazása is szüksége. Ennek hatástartama a morfinénál rövidebb (adrenalinnal kevert lidocain, ill. bupivacain esetében is csak legfeljebb 4-5 óra). Az újabb szakmai ajánlások az epiduralis helyett a tartós intrathecalis gyógyszeradagolást részesítik előnyben, kisebb volumenű, folyamatos gyógyszerbevitel mellett.

Fentanyl

Erősen lipidoldékony vegyület, rendkívül gyors központi idegrendszeri (CNS) penetrációval. Histamin liberatio és a következményes vasodilatatio enyhe. Iv. alkalmazva fájdalomcsillapító hatás már kb. 2 perc múlva jelentkezik és csúcshatását további 1-2 perc alatt eléri. A szer vérszintje a gyors szöveti redistributio (zsírszövetbe való kiáramlás) révén 20-25 perc múlva jelentősen csökken, egyetlen vénás injectio hatástartama kevesebb, mint ½ óra. Ez kiválóan alkalmassá teszi rövid beavatkozások fájdalomcsillapítására, nem csak intenzív terápiás osztályon, hanem adott esetben palliatív osztályokon is. Szintén ideális szer ambuláns ellátás során az adott fájdalom fentanyl érzékenységeinek véleményezésére, az ópiát igény (meglehetősen durva) becslésére is. Transdermalis alkalmazása széles körben elterjedt (piaci adatok alapján ez ma a legszélesebb körben alkalmazott erős ópioid), holott a szer kinetikája bonyolult, számos individuális tényező befolyásolja.

6. sz. ábra: A transdermalis fentanyl farmakokinetikája



A tapaszt szőrmentes, sima, előzetesen szappanos vízzel letisztított bőrfelületre felhelyezve a bőr vastagságának függvényében indul meg a transdermalis transport. Gondot okozhat már a

tapasz megfelelő adhaesioja is, aktív életvitelt folytató, agitált, nyugtalan betegről, illetve erősebb verejtékezés esetén a tapasz leválhat. Ezt érdemes nagyfelületű kötszer ragasztóval kivédeni, de az egyes tapaszok adhaesió tulajdonságai sem egyformák. A bőr alatti subcutan zsírszövetben a szer depót képez, ahonnan a microcirculatio megszabta mértékben folyamatosan áramlik a vérbe. Exsiccosisban, súlyos fokú hypotoniában, shockban, súlyos kezeletlen veseelégtelenségben, az agonalis időszakban az innen történő felszívódás lelassulására lehet számítani, míg láz, helyi meleg hatás (lokális melegítés, meleg vizes fürdő) jelentős, veszélyes mértékű liberatiót eredményezhet. Agonalis időszakban a végtagok keringése gyakran romlik, a betegek egy része nehezen tűr meg magán ruházatát, ami a bőr hőmérsékletének további csökkenéséhez vezethet. Ilyenkor célszerűbbnek tartjuk a hanyatt fekvő beteg hátára felhelyezni a tapaszt, amelyik általában melegebb, bízva a jobb felszívódásban. Magas láz esetén az egész test, de a tapasz környezete lokálisan külön is hűtendő az excessiv fentanyl felszabadulás elkerülése érdekében. A felhelyezést követően subcutan kialakult depó a gradiens csökkenése révén a tapasz felőli gyógyszer átáramlást fokozatosan lelassítja, ezért az az egyébként 72 órás alkalmazási periódus vége felé már érdemben csökkenhet. (Tapaszcsere alkalmával az új tapaszt ezért kell más helyre ragasztani.) A vérbe került fentanyl gyorsan eljut az idegrendszerbe, de ezzel párhuzamosan megindul a szervezet zsírraktárainak telítése is. Ez képezi azt az igazi nagy depót, ami a fentanyl tapasz egyenletes, 72 órás hatását biztosítja. Nagy zsírtömegű betegnél a zsírraktárak teljes telítése több napot is igénybe vesz, ilyen esetben a fájdalomcsillapító hatás az elvárthoz képest jelentős késést, a kiürülése pedig lassulást mutathat. Cachexiás betegnek nincs elegendő zsírraktára, 45 kg-os testsúly alatt a tapasz alkalmazása alkalmazási előirat szerint kontraindikált. Ha a beteg ilyen fokú lesoványodása fentanyl tapasz használata alatt következik be, ópiát rotatio válik szükségessé, vagy kisebb dózisú tapaszok gyakoribb átfedő alkalmazásával próbálhatjuk meg elérni az egyenletes hatást. (Pl.: ha egy addig 50 ug/h erősségű tapaszt használó beteg cachectizálódása folytán a tapasz felhelyezésének 1. napján kissé aluszékonyabbá válik, a 3. napon a fájdalmak felerősödéséről számol be, akkor 2 db 25 ug/h-s tapasz kb. 36 óránként történő felhelyezésével visszanyerheti a korábbi jó, egyenletes analgeticus hatást. Mindkét kis dózisú tapasz 72 óráig van fenn, de a cserék nem egyszerre történnek.) A fentanyl tényleges féléletideje egyébként a morfinéhoz hasonló, gyógyszerrel telített szervezetben a redistributio már közel sem olyan gyors. Metabolizmusát döntően a máj CYP3A4 végzi, ezen enzim blokkolói (erythromycin, clarithromycin, amiodaron, ketokonazol, buspiron, verapamil) erősebb fentanyl hatást eredményezhetnek. Metabolitja, a norfentanyl nem toxicus, így veseelégtelenségben biztonsággal alkalmazható. Súlyos

veseelégtelenségben dóziscsökkentés szükséges. (≤ 10 ml clearance esetén ennek mértéke kb. 50%-os legyen). Kevésbé obstipál és kevésbé okoz hányingert, mint az orális morfin. Nyelési nehezítettség, hányás, súlyos morfin okozta székrekedés, compliance problémák esetén kifejezett előnyei vannak. Fentanyl tapasz más ópiát terápia alkalmazása után, 45 kg-os testsúly felett, stabil fájdalom csillapítására alkalmas. Intenzív fájdalom, ill. nagy zsírtömeg esetén – a lassú titrálhatóság miatt – alkalmazása nem célszerű. Kezdődózis teljes dózisu WHO II. lépcsős th.-t követően 25 ug/h, a dózisemelések leghamarabb 3 naponta 25 ug/h-s lépésekben javasoltak. Fentanyl dózisemelés lépcsői: 25-50-75-100-150-200-300 ug/h. Átlagos zsírtömeg esetén az analgesia kezdete a felragasztástól számított 6-8 óra, a csúcskoncentráció elérése 24-48 óra közé esik, míg a vérszint kb. 50%-os csökkenése az eltávolítást követően 12-18 óra múlva várható. Más ópiáról fentanylra való váltáskor a tapasz késleltetett hatáskezdetét figyelembe kell venni. A 3. napon eltávolított tapasz még jelentős mennyiségű gyógyszert tartalmaz, veszélyes hulladékként való kezelése szükséges. Az irodalomban több halálos kimenetelű balesetről olvashatunk, ahol kisdetek a levett fentanyl tapaszt a szájukba vették!

Oxycodon

A morfinhoz hasonló tulajdonságú μ agonista erős ópiát, bár az általa biztosított analgesia nem kis mértékben a κ receptoron keresztül érvényesül. A morfinhoz viszonyított relatív hatáserőssége kb. 1,5. Felszívódása gyors, csúcshatás már 1 órán belül kialakul. A májban metabolizálódik a CYP3A4 és CYP2D6 enzimeken keresztül. Egyetlen aktív metabolitja az oxymorphon igen kis mennyiségben képződik, de nagyon potens. Enyhe veseelégtelenségben óvatosan alkalmazható, súlyos veseelégtelenségben alkalmazása nem ajánlott. Májelégtelenségben jelentős dóziscsökkentés szükséges. Alkalmazásának morfin okozta neurotoxicitás (zavartság, aluszékonyság, hallucinációk, myoclonusok) esetén jelentős előnye lehet. Obstipatio és emetogen potenciálja az orális morfinénál kisebb. Egy kétfázisú felszívódású és két retard készítmény van hazai forgalomban. Kezdődózis 2x10-20 mg. Dózislépcsők 2x10-20-30-40-60-80 mg.

Hydromorphon

Szintetikus, μ agonista ópiát, morfinhoz viszonyított, relatív hatáserőssége kb. 8 (5-10)! Orális bioavailabilitása nagy egyéni különbségeket mutat, excessiv first pass van jelen. Igen jó vízdékonyságú, rectalis felszívódása jó. Alacsony plazmafehérje kötődésű, metabolizációja glükuronizáció révén történik, így gyógyszeres interakciók zavaró hatásával nem kell

számolni. Fő metabolitja (H3G) ugyanakkor neurotoxicus hatású, agitációt, zavarságot, hallucinációt okozhat. Veseelégtelenségben, májelégtelenségben óvatosság, jelentős dóziscsökkentés javasolt. Obstipatio és emetogen potenciálja relatíve alacsony. Hazai forgalomban jelenleg egy készítmény érhető el, kb. 6 órás plazmacsúccsal, 24 órás hatástartammal. Gyorsult bélpassage, hasmenés esetén a gyógyszer a teljes hatóanyag leadás előtt eltávozhat a szervezetből, elégtelen fájdalomcsillapítást, sőt akár megvonási tünetet is eredményezve. Részleges bélobstrukcióban a váztabletta alkalmazása kontraindikált. A tablettát nem törhető, az agonalis időszakban – ha a beteg nyelvéképtelenné válik – alkalmazása jelentős problémát okoz. Mivel az agonalis szakban ópiát rotációt végezni kissé aggályos, vagy korábbi időszakban végzett rotatio, vagy – szórványos klinikai megfigyelések alapján – rectalis felhelyezés jöhet szóba. Dózislépcsők 1x8-16-24-32-48 mg.

Methadon

Erős μ agonista, számottevő δ agonista és NMDA antagonist, valamint 5-HT és NA reuptake gátló hatással. Jó lipid és vízzoldékonysággal rendelkezik, felszívódása sublingualisan, oralisan és rectalisan is igen jó, bioavailabilitása 80%. Sublingualisan alkalmazva 15-20, oralisan alkalmazva 30 perc múlva már értékelhető vérszintje van, orális bevételt követően 1 óra múlva plazmacsúcs mérhető. Rendkívül erős szöveti kötődést mutat, mind a zsírszövet, mind a plazmafehérjék vonatkozásában, a szabad vérszint a szöveti reservoir mindössze 1%-a. Plazmafelezési ideje tartós alkalmazás során 10-75, időseknél akár 100 óra is lehet. Metabolizmusa a májban történik, elsődlegesen a CYP3A4-en keresztül, melyet enziminduktorok (pl. carbamazepin, phenitocin, rifampicin), ill. enzimgátlók (erythromycin, clarithromycin, verapamil, amiodaron, ketokonazol, bicatulamid) befolyásolhatnak. Aktív metabolitja nincs, veseelégtelenségben – bizonyos fokú dóziscsökkentéssel – biztonságosan alkalmazható. Súlyos májelégtelenségben alkalmazása nem javasolt. Elsősorban nagy (>100 mg/nap) methadon dózisok alkalmazásánál QT megnyúlást észleltek, ezért egyéb QT-prolongáló szerekkel alkalmazása elővigyázatosságot igényel. Alacsony neurotoxicitása, obstipatio, emetogen és addictios potenciálú, igen hatékony, nagyon olcsó analgeticumról van szó, melynek alkalmazása ugyanakkor nagy gyakorlatot igényel. Az alkalmazás első 3 napjában lényegesen gyakoribb (átlagosan 4 óránkénti) adagolás szükséges, melyet ezt követően az egyéni válasz függvényében ritkítani kell. Teljes WHO II. dózisú terápiát követő átlagos telítő dózisa napi 6x5 mg, erős ópiát terápiában már részesülőknél 6x10 mg. Equianalgeticus dózisok számítására számos próbálkozás történt, a rendkívül heterogén farmakokinetika miatt véleményünk szerint ennek csekély a hozadéka. A betegek

többségében a telítő dózisok fele elegendő fenntartó kezelésre, 8-12 óránkénti adagolási intervallumot lehetővé téve. A nagy egyéni variabilitás miatt kb. 10 napos hospitalisatio javasolt. Az agonalis időszakban a tb.-ból néhány csepp vízzel készített suspensio sublingualisan, ill. maga a tb. vagy a belőle készített kúp rectalisan alkalmazható. Az ópiát rotatio egyik közkedvelt gyógyszere. Neuropathiás fájdalomban, veseelégtelenségben, morfin indukálta hyperalgesiában, kábítószerfüggők analgeticus és substitutios terápiájában, ill. krónikus mozgásszervi fájdalmakban jól használható.

Buprenorphin

A μ receptoron partialis agonista, fájdalomcsillapító hatásának plafon effektusa van. Receptor kötése olyan erős, hogy sem más ópiát agonista, sem naloxon nem képes leszorítani. Ugyanakkor légzésdepressziót még nagy dózisban sem okoz. Oralis felszívódása nagyon rossz, sublingualis és transdermalis készítmény van forgalomban. 0,2 mg-os dózist sublingualisan alkalmazva hatáskezdeté kb. 30 perc, 6-9 órás hatástartammal. 35; 52,5 és 70 ug/h-s tapaszok érhetők el, késleltetett hatáskezddéssel, 72 órás hatástartammal. Az 52,5 ug/h-s erősségű tapasz felel meg az erős ópiátok szokvány kezdődózisának. Maximálisan alkalmazható dózisa 140 ug/h. E feletti ópiát igény esetén tiszta agonistára kell váltani, mely a szer erős receptorkötése miatt problémás (kiürülési idő!). Hányingert, dysphoriát, a tapasz helyi bőr irritatiót okozhat. Teljesen a májon keresztül választódik ki, veseelégtelenségben biztonsággal alkalmazható. Tumoros fájdalomcsillapításban a szerepe korlátozott, rutinszerű használata nem javasolt. Dózislépcsői: 35-52,5-70-105-140 ug/h.

Pethidin

μ agonista, erős anticholinerg hatású szer. Rövid hatású, toxicus metabolitjai tartós nagy dózisú alkalmazás során felhalmozódhatnak, emiatt a szernek plafon effektusa van. Tumoros fájdalomcsillapításra nem alkalmas.

Nalbuphin

Kevert agonista-antagonista ópiát. Önmagában adva agonistaként viselkedik, de más agonista hatását antagonizálja. Acut, erős fájdalmak csillapítására alkalmas, tumoros fájdalomban adása ugyanakkor értelmetlen. Helyette - ha gyors hatású ópiára van szükség - parenteralis morfin adandó. A mindennapi gyakorlatban a fő veszély, hogy mivel alkalmazásában sok klinikusnak nagyobb tapasztalata van, és nem jár adminisztratív terhekkel, ezt alkalmazzák egyébként tartós agonista ópiát terápián lévő beteg acut fájdalmainak csillapítására. Ezzel a

beteget heveny ópiát megvonás kockázatának teszik ki! Morfinhoz viszonyított relatív hatásereje 1, hatástartama 3-4 óra.

Ópiát rotatio

Bár az opioidok hatásmechanizmusa lényegében azonos, farmakokinetikai sajátosságai és részben ezzel összefüggésben mellékhatásai eltérőek lehetnek. Az utóbbi 15 év tapasztalatai azt mutatják, hogy analgeticus hatásukban is időnként jelentős különbség észlelhető. Ez nem azt jelenti, hogy egyik ópiát „erősebb” lenne a másiknál, de nem ritkán előfordul, hogy egyes betegekben elvileg ópiát érzékeny fájdalmat az egyik szerv relatív nagyobb dózisa, álmoság árán és nem olyan hatékonyan csillapít, mint egy másik μ agonista. Feltételezések szerint a háttérben a μ receptor genetikai polymorphysmusa állhat. Ezen a pusztán empirikus úton bizonyítható tényezőn túlmenően vannak kiszámítható különbségek is, melyek az egyes szerek farmakokinetikai sajátosságaival, ill. gyógyszer interakciókkal függenek össze. A gyakorlatban a betegek kb. 20%-ánál több erős ópiát kipróbálására is sor kerül, mire a legmegfelelőbb analgeticumot megtaláljuk.

Az ópiát váltás indokát képezhetik:

- a maximálisan tolerált dózis ellenére fennmaradó nociceptív fájdalmak
- neuropathiás fájdalmak
- nagymérvű tolerancia kialakulása
- csillapíthatatlan hányinger-hányás
- uralhatatlan székrekedés, bélobstructio
- neurotoxicitás (aluszékonyság, hallucinációk, zavartság, myoclonusok)
- veseelégtelenség

Az ópiát váltás stratégiája más lehet akkor, ha a betegnek aktuális fájdalmai vannak, mint akkor, ha a fájdalom az adott szerrel jól kontrollált. Ha a betegnek fájdalmai vannak, az új ópiátot a fájdalom ellen titrálva hozzátelhetjük az előző szerhez, majd a fájdalom megszűntét elérve kezdjük csökkenteni a régi ópiátot 30-50%-os dózissal. Ha kell, az új ópiát dózisán korrigálunk, bár általában kisebb korrekció szükséges, mint amit az előző ópiát dózisa alapján matematikailag számítanánk. Ezen módszer biztonságosságát a fájdalom elleni titrálás adja. Ha az anamnesisben az szerepel, hogy egy ópiátérzékenynek gondolt fájdalom adekvát kezdődózis, és rövid időn belül véghezvitt dózisémelések ellenére az ópiát 3-4. dózislépcsője mellett sem enyhül elfogadhatóan vagy neurotoxicitás lép fel, érdemes további dózisémelés

helyett ópiátot váltani, a fenti stratégia szerint. Az új ópiát titrálását alacsony dózissal érdemes kezdeni.

Ha az első szerrel jó fájdalomkontroll volt biztosítva, és az ópiát váltásra nem fájdalom miatt kerül sor, ópiát ekvivalenciát kell számolnunk. Ezt megtehetjük a morfinhoz viszonyított relatív hatásereőség alapján, táblázatokból, ill. a legegyszerűbben a szokásos kezdődózisokból történő egyszerű következtetéssel.

Nézzünk egy példát! Hány mg orális retard morfinnal egyenértékű 96 mg orális retard hydromorphon?

A retard hydromorphon kezdődózisa 1x8 mg. A 96 mg ennek 12-szerese.

Az orális retard morfin kezdődózisa 2x30 mg, ennek a 12-szerese, azaz 2x360 mg lenne a morfin számított mennyisége. Ugyanerre az eredményre jutunk, ha a hydromorphon relatív hatékonyságával beszorozzuk a dózist: $96 \times 7,5 = 710$ mg/nap, amit retard morfinnál kétfelére kell osztani = 2x355 mg.

Az equianalgeticus dózisok alapján számított mennyiséget legfeljebb az 1-2. dózislépcsőben lehet elfogadható pontossággal használni, ekkor is feltétlen szoros kontroll szükséges. Magasabb dózisoknál a leváltandó szerrel kapcsolatban fellépő tolerancia miatt az új szer adagja nagy valószínűséggel jóval alacsonyabb lesz. Ezért a gyakorlatban a számított dózis 25-30%-át adjuk be, miközben a régi szer dózisát 50%-kal csökkentjük, a további lépéseket pedig a kontroll során látott fájdalom/aluszékonyság egyensúlya alapján határozzuk meg. Az ópiát váltáskor érdemes lehetőség szerint gyors hatású, könnyen titrálható szereket alkalmazni. Methadon vonatkozásában az equianalgeticus számítások rendkívül nehezen végezhetők el, nagydózisú egyéb ópiátról arányaiban sokszor lényegesen kisebb adagú methadonra lehet váltani. Fokozatos bevezetés és szoros kontroll szükséges.

Speciális fájdalomformák

Áttöréses fájdalom

„Áttöréses fájdalomon a beteg által megélt fájdalom átmeneti fokozódását értjük, amikor a basalis fájdalom relatíve stabil, és megfelelően kontrollált. Az áttöréses fájdalom olyan rövid periódusokat jelent, amit a szokásos, rendszeresen használt ópiát dózis nem csillapít megfelelően.” (Oxford Textbook of Palliative Medicine)

A fájdalom epizódok általában rövidek (<30 perc), nagy intenzitásúak (a nyugalmi fájdalom kétszeresét is elérhetik) és viszonylag hirtelen lépnek fel. A fájdalom áttörés felléphet spontán (pl. hasi colica, lancinaló neuralgia) és előre kiszámítható módon. Ez utóbbit incidentális fájdalomnak is hívjuk. Ennek leggyakoribb oka a csontáttétek vagy akár degeneratív eltérések jelenlétéhez társuló mozgás indukálta fájdalom, de ide sorolható a nyelési vagy a sebkötésekhez társuló fájdalom is. Ha a fájdalom az analgeticum szintjének lecsengése következtében áll elő, akkor „end of dose” típusú fájdalomról beszélünk. Az áttöréses fájdalmak kezelése nehéz. Körültekintő fájdalom anamnesis felvétel szükséges, hogy minél pontosabban meghatározhassuk a kiváltó okot. Csontfájdalomnál mérlegelni kell okspecifikus terápiák (bisfosfonátok, irradiatio, esetleg ortopédiai vagy idegsebészeti műtét) alkalmazását. Az NSAID-ok teljes dóziséval alkalmazása mellett erős ópiátot csak a nyugalmi fájdalom megszűnéséig (esetleg minimális sedatio felléptéig) titrálhatunk. Magasabb ópiát dózis mellett a nyugalomban fájdalommentes beteg álmos lesz. A rövid fájdalom epizódok ópiáttal történő csökkentéséhez rövid hatású ópiátra van szükség. Erre a célra transz mucosálisan, sublingualisan, intranasálisan, intratracheálisan alkalmazott fentanyl készítmények vannak piacon, de sajnos jelenleg hazánkban nem elérhetőek. Hatáskezdetük 10-20 perc közé esik, a hatás kb. 30 percig tart.

A Fentanyl injectio 100 ug/2 ml kisserelésben intézményekben alkalmazható proceduralis fájdalmak (pl. a beteg mosdatása, pelenkacsere) okozta fájdalmak megelőzésére. Iv. adáshoz orvos jelenléte szükséges. Sc. 15-20 perccel a beteg mozgatása előtt 50-100 ug-ot beadva jelentős ópiát toleranciával nem bíró betegek fájdalmai jól enyhíthetők. A problémát a viszonylag nagy volumen okozza, ami a nagyobb dózisok sc. alkalmazásának akadályát képezi. Alfentanyl ill. sufentanyl ebből a szempontból kedvezőbbek, de hazai tapasztalatok még nem állnak rendelkezésre.

Kis dózisú fentanyl igény esetén alternatív megoldás lehet fentanyl inj. kockacukorra való csepegtetése és elszopogatása. 1 kockacukor ½ ml (50 ug) Fentanyl injekciót képes felszívni. A transz mucosális felszívódás gyors, a lenyelt dózis gyakorlatilag nem járul hozzá a vérszint emelkedéséhez. Súlyos mozgás indukálta fájdalomban, jelenlévő bázis ópiát terápia esetén a betegek jelentős részének jóval nagyobb dózisú fentanylra lenne igénye, amit ilyen módon nem lehet kielégíteni. Gyors hatású morfin asszimmetrikus adagolása jelenthet még valamelyest megoldást a problémára (pl. a reggeli mosdatás előtt 1 órával emelt adagú orális dózis, vagy ~ 40 perccel korábban alkalmazott emelt adagú sc. dózis). Az emelés mértéke általában dózis duplázást jelent. Az emelt adagú ópiát néha midazolammal ill. ketaminnal

egészíthető ki, egyéni titrálás alapján. Nyelési fájdalom mérséklése elérhető susp. anaesthetica (FoNo) alkalmazásával, sebkötés kiváltotta fájdalmakban az utolsó gézrétegek átáztatása javasolt hydrogelum anaestheticummal (FoNo). Ugyanerre a célra, valamint fájdalmas (általában GII) decubitusok kötésére 0,5%-os morfin hydrogel alkalmazásával is vannak jó tapasztalatok. Ha az áttöréssel járó fájdalom oka köhögés, köhögéscsillapító adása segíthet. Hatékony megoldás lehet a fájdalmas borda intercostalis idegének neurolythicus blokádja. A medence, ill. alsóvégtagok területéről kinduló mozgás indukálta fájdalmakban epiduralis vagy intrathecalis ópiát+LA adagolás jelenthet megoldást. A komoly kihívást jelentő fájdalomformák kezelésekor soha ne feledkezzünk meg az egyszerű fizikai módszerekről sem, mint pl. járókerettel, támbottal való tehermentesítés. Bizonyos esetekben lokálisan adott NSAID gélek alkalmazása is szóba jön.

Neuropathiás fájdalom (NP)

A részletes fájdalom analízis egyik fontos megválaszolandó kérdése, hogy a legtöbbször komplex fájdalomban vannak-e jelen neuropathiás komponensek. Előrehaladott állapotú tumoros betegek körében az NP előfordulási aránya 25-30%, bizonyos helyzetekben (pl. retromandibularis metastasist adó fej-nyak tumor, supraclavicularis, axillaris vagy mellkasfali propagatiót mutató emlőtumor, pancreas farok tumor, a parailiacalis, paracavalis nyirokcsomókat szóró cervix carcinoma, a sacrum vájulatát kitöltő rectum tumor) akár ennek többszöröse is lehet. Kiváltásában általában csont-, vagy nyirokcsomó metastasis okozta myelon-, gyök-, plexus-, ill. periferiás idegcompressio játszik szerepet. Bizonyos kemoterápiák alkalmazását kísérheti nehezen kezelhető polyneuropathia, de előfordul postherpeses, ill. ritkán paraneoplasias eredet is. Az NP legtöbbször égő, tűszúrásszerű, nyilalló, hasogató, marcangoló, villámlásszerű, bizsergő fájdalomként jelentkezik, lehet permanens, de sokszor csak néhány percig tartó epizódikus forma. Legtöbbször kínzó, éjszaka gyakran intenzívebb. Sok esetben spontán lép fel, néha a bőr érintése képes kiváltani (allodynia), ugyanakkor gyakran látjuk mozgás indukálta csont-ízületi fájdalmakkal együtt. A fájdalom az ideg lefutása mentén legtöbbször dermatomális megjelenéssel kisugárzik, ilyenkor a fájdalom a károsodás helyétől távol jelentkezik (gyakran pl. a térdben keresik a fájdalom okát, amikor az L3 gyök károsodása van jelen). Az adott dermatomában legtöbbször érzészavar észlelhető, mely az NP egyik legfontosabb diagnosticus kritériuma. Általánosságban tanácsolható, hogy minden fájdalmas testrészt, bőrterületet algeticus és hideg ingerekkel meg kell vizsgálni (tactilis érzészavar sokkal ritkábban van jelen), hogy

felfedhessük esetleges NP jelenlétét. Pozitív sensoros eltérések (algeticus és hideg hyperaesthesia) pathognomicusnak tekinthetők NP-ra.

A NP kezelése

Az NP megfelelő csillapítása komoly kihívás a szakember számára is. Az egyes szerek hatékonysága általában alacsony (átlagosan 20-30%), mellékhatásaik jelentősek, áruk néha igen magas. Hatáskezdetük késleltetett (min. 2-4 nap), néha több lépcsős dózistitrálást igényelnek, így ex juvantibus terápiára legtöbbször alkalmatlanok. Az egyes antineuropathiás szerek hatékonyságát NNT (number need to treat) értékükkel szoktuk kifejezni, ami azt mutatja meg, hogy hány beteget kell ahhoz kezelni, hogy 1-nél legalább 50%-os fájdalomcsökkenést érjünk el. (Tehát minél alacsonyabb az NNT, annál hatékonyabb a szer.) Ha a betegnek nociceptív fájdalmai is vannak, először ennek csökkentése ajánlott, a megfelelő dózisú opiát bevezetését is beleértve. Ez sokkal gyorsabban megvalósítható, a szükséges gyógyszeradagok akár egyetlen ambuláns vizsgálat alkalmával is jól megbecsülhetők, kipróbálhatók. Mind a tramadol, mind az erős opiátok hatékonyak lehetnek - különösen nem rég kialakult - NP esetén. Az opiátok bevezetését követően (ill. ha a betegnek nincs opiátot igénylő nociceptív fájdalma, első lépésben) speciális antineuropathiás adjuváns szerek (bizonyos antidepresszánsok, ill. antiepilepticumok) vezetendők be. Szinkron bevezetésük azért nem célszerű, mert sedatív mellékhatásprofilú szerekről lévén szó, jelentősen megnehezíthetik az opiátok dózisának kitrálását.

Ha kontraindikáció nem áll fenn, az első választandó szer TCA legyen. Hatásuk elsősorban a leszálló fájdalom moduláló pályán, NA és 5HT reuptake gátlás révén keresztül érvényesül, nagyobb dózisban Na-csatorna blokkoló hatásuk is van. Hazai forgalomban amitriptylin, imipramin és clomipramin érhető el. Hatékonyságban nem teszünk közöttük különbséget, mellékhatásaik, ill. kockázataik kissé eltérőek. (Az amitriptylin erős anticholinerg és antihistamin hatású, erősebben sedatív, székrekedést, szájszárazságot, vizelet retentíót, idősokban zavartságot nagyobb eséllyel okozhat, a clomipramin erősen hat az 5 HT rendszeren, interakciók vonatkozásában nagyobb a kockázata.) NNT értékük ~3,1. A kezdődózis mindhárom szernél este 1x10-12,5 mg (70-75 évnél idősebbeknél akár 1x5 mg). Dózisemelés 4-5 nap múlva akkor szükséges, ha a fájdalom NP komponense nem enyhül és a gyógyszer nem okoz zavaró mértékű álmoságot. A fájdalomcsillapító dózisok általában alatta maradnak az antidepresszáns dózisoknak. Pitvarfibrillációban, ingerületvezetési zavarokban,

cardialis decompensációban, friss infarctusban, szűk zugú glaucomában alkalmazásuk ellenjavallt. Áruk kedvező.

Ha a TCA-k kontraindikáltak, vagy mellékhatásaik zavaróak, a 2. szer kiválasztása nem könnyű. Legerősebb evidence based tapasztalat a **gabapentinoidokkal** kapcsolatban van, számos placebo kontrollált tanulmány igazolja hatékonyságukat. NNT értékük azonban az újabb kutatások szerint közel sem olyan jó, mint korábban gondoltuk, áruk igen magas, mellékhatásaik nem elhanyagolhatóak. (NNT értékük a vizsgált NP fajtájától és az alkalmazott dózistól függően 3,9-8,0 közé esik, a betegek 10%-a a kezelést mellékhatások miatt abbahagyta). A gerincvelői praesynapticus membrán Ca-csatornáinak α -2 δ alegységét blokkolják. Kevés ellenjavallattal és interakcióval bírnak. A gabapentin kezdődózisa 3x300 mg, mely kb. 3 hét alatt akár 3x1200 mg-ig feltitrálható. Felszívódása – különösen magasabb dózisoknál – nagy egyéni variabilitást mutat. Vesebetegeknek csak erősen csökkentett dózisban adható. Fejfájást, szédülést, aluszékonyságot, időseknél mentális hanyatlást, generalizált oedémákat okozhat. A pregabalin kezdődózisa 2x75 mg, mely 7-10 nap alatt 2x300 mg-ig titrálható. Kinetikája jobban kiszámítható, mellékhatásai hasonlóak.

A **carbamazepin** Na-csatorna blokkoló, trigeminus neuralgiában az első választandó szer (NNT 2,5). Mellékhatásai nem elhanyagolhatóak (hányinger, hányás, fejfájás, aluszékonyság, vérnyomásesés, súlyos allergiás reakciók), szív-, máj-, veseelégtelenségben nem adható. Enziminduktor szerként számos - a palliatív ellátásban fontos - szerrel jelentős interakcióban van (tramadol, fentanyl, methadon, oxycodon, TCA-k). Alkalmazása visszaszorulóban. Kezdődózisa este 1x100 (nagyon időseknél akár 1x50) mg, néhány nap alatt elérve a hatékony adagot, ami a 2x200 mg-ot általában nem haladja meg.

Az **SNRI** antidepresszánsok szintén a NA/5HT reuptake gátláson keresztül hatnak. A duloxetint 1x60 mg-os dózisban diabeteses polyneuropathiában találták hatékonynak (NNT 5,2). A venlafaxin kisebb vizsgálatban 3,1 NNT értéket mutatott, de off label kezelésnek számít. Fő mellékhatásaik hányinger, szédülés, aluszékonyság, fáradékonyság és hasmenés. A venlafaxin generikumai révén lényegesen olcsóbb. Kezdődózisa este 1x75 mg, mely 150 mg-ig emelhető.

A tetraciklikus **mirtazapin** is NA/5HT gátláson keresztül hat, de az 5HT₂, 5HT₃ receptorok blokkolása révén kiváló antiemeticum, jól csillapít különböző eredetű viszketéseket, szorongásoldó és gyors hatású antidepresszáns. Jól megválasztott betegeknél egyszerre több probléma enyhítésére képes. Időseknél aluszékonyságot okozhat. Kezdődózis este 1x15 mg.

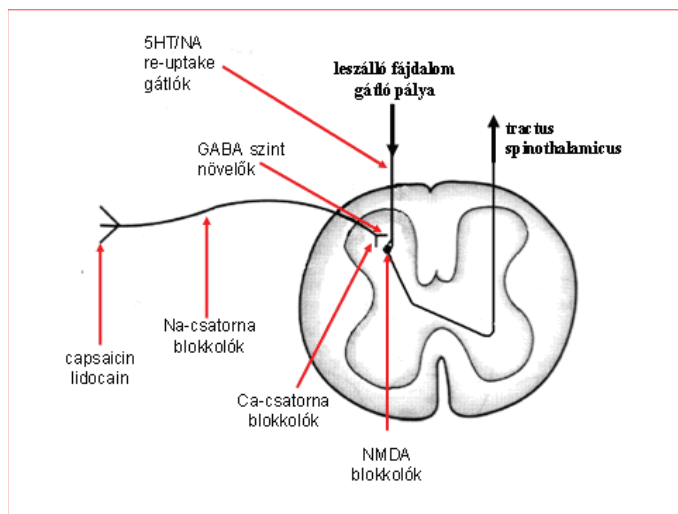
Máj- és vesebetegeknél dóziscsökkentés ajánlott. Off label kezelésnek minősül, NNT-je nem meghatározott.

A **valproat** antineuropathiás hatása évtizedek óta ismert, egy kisebb betegszámú tanulmányban NNT-jét 2,8-nak mérték. A hátsószarvi synapsisban fokozza a gátló hatású GABA szintjét. Időnként aluszékonyságot okoz, egyébként általában nagyon jól tolerált szer. NSAID-okat, salicylátot leszoríthat a fehérjekötésből, megemelve a vérszintjüket. Fokozza az SSRI-k vérzékenységet okozó hatását. Májelégtelenségben nem adható! Off label kezelésnek minősül. Kezdődózisa általában 2x150 mg, mely 3-4 naponként emelhető 150 mg-mal, akár 3x300 mg-ig. Ára kedvező.

Lokális **capsaicin** tapasz, nálunk forgalomban nem lévő 5% **lidocain** tapasz perifériás neuropathiában lehet hatékony.

Kínzó neuropathiás fájdalom prompt csökkentése iv. **ketamintól**, **lidocaintól**, ill. **MgSO₄** adásától várható. A ketamint - mely erős NMDA receptor blokkoló - általában kis dózisú erős ópiát jelenlétében, 0,5 mg/ml koncentrációjú oldatból 1,5-2 percenként adott 1 mg-os frakciókban titráljuk, a fájdalom megszűntéig, vagy egy rövid ideig tartó szédülés megjelenéséig, átl. ≤ 10 mg-os mennyiségig. 3-4 napos ún. burst ketamin kúra után a betegek 2/3-a hosszabb ideig fájdalommentes lehet. Kellemetlen mellékhatásai kisdózisú benzodiazepinnel kivédhetők. A Na-csatorna blokkoló lidocaint $\leq 0,125\%$ -os oldatban titráljuk, általában ≤ 2 mg/kg összdózisig. MgSO₄ infúziót 0,5-1g iv. mennyiségben hatékonynak találták rákbetegek neuropathiás fájdalmaiban, de nagyon kevés a tapasztalat.

7. sz. ábra: Az egyes antineuropathiás szerek támadáspontja



Kombinált kezelés

Mivel az egyes antineuropathiás szerek hatékonysága statisztikailag elég alacsony, az első választott szerrel gyakran nem érünk el megfelelő eredményt. Jelenleg nincs egyértelmű állásfoglalás abban a tekintetben, hogy inkább az első szer adagját emeljük magas dózistartományba, vagy dózisemelés helyett kombinációt alkalmazzunk. Néhány tanulmány, illetve kisszámú klinikai tapasztalat alapján ma inkább ez utóbbi utat, a több antineuropathiás szer kisebb dózisének kombinációját folytatjuk, de ez a stratégia még egyáltalán nem kiforrott. A kombinált kezelés fájdalomcsillapításba járatos szakember kezébe való. Azonos hatásmechanizmusú (pl. 5TH/NA reuptake gátló) szer kombinációja nem javasolt, sőt veszélyes is lehet (serotonin sy.).

Tenesmoid hólyag és végbél fájdalom

Kínzó, fájdalmas (tolófájás szerű) székelési, ill. frusztrán imperatív vizelési ingerek jellemzik. Viszonylag ritka fájdalomforma ($\leq 1\%$). A sacrum vájulatot kitöltő rectum tumor, a trigonumot érintő hólyagtumor okozhatja. Simaizomgörcs és gyakran társuló neuropathiás fájdalom komponensek vannak jelen. Ópiátokra, NSAID-okra, spasmolyticumokra általában nem jól reagál. Besült széklet, húgyúti infectio, ill. vizelet elakadás természetesen kizárandó. A legjobb gyógyszeres eredmény anticholinerg szerektől várható (pl. oxybutinin 3x2,5-5 mg, amitriptylin este 10-25 mg, atropin 3x0,5 mg, buscopan 3x20 mg. Cave: anticholinerg szerek egymással nem kombinálhatók, anticholinerg sy. veszélye miatt!). Mivel a siker erősen kérdéses, kínzó panasz esetén metamizol+atropin+morfín+ketamin iv. adásával teszt végezhető. Ha nem sikerül elfogadható fájdalomcsökkenést elérni, sympathicus blokádnak (ggl. impar, plexus hypogastricus, lumbar sympathectomia) vagy epidural/intrathecal LA adása jön szóba.

Myofascialis fájdalom

A harántcsíkos izmok feszüléséből fakadó fájdalom - bár természetét illetően nociceptív - ópiátokra refrakter. Gyakran kíséri a degeneratív, gerinc, ill. nagyízületi betegségeket, de gyakran velejárója csigolya metastasisoknak, mellkasfali retractionnak, tartós test asszimetriának, lymphoedemának, a tumor áttét okozta izominfiltrationnak, sőt a tartós fekvésnek is. Általában tompa, permanens, nyomó-feszítő, néha izomláz szerű, bizonyos mozdulatok (mozgáshatárok átlépése) során éles, késszúrásszerűvé váló fájdalomról van szó. Az izomzat tapintata feszes, benne nyomásérzékeny csomókat vagy területeket lehet találni (myofascialis trigger pont). NSAID-ok, orális izomlazítók elég kis hatékonyságúak. LA ($\pm$

steroid) infiltratio a leghatékonyabb kezelési mód, de a fájdalom jól enyhül általában a helyi meleg hatásra. Massage, lokális bedörzsölők (lidocain, capsaicin, kámfor tartalmú kenőcsök) hatékonyak lehetnek. A m. psoas tumoros infiltratioja az izom feszülését, rövidülését és a csípő következményes flexiós contracturáját okozza, melyhez általában a plexus lumbalis valamely ágának neuropathiás fájdalma társul (malignus psoas sy.). Az izomfeszülés kínzó derékfájást eredményez, melyet leginkább epiduralisan/intrathecalisan alkalmazott LA szüntet meg hatékonyan.

Az analgeticum választás gyakorlati szempontjai

A kezelőorvos számos szempontot kell, hogy mérlegeljen, amikor a beteg számára analgeticumot, különösen erős ópiátot rendel, beleértve annak típusát, dózisát, beviteli módját. Szem előtt kell tartania a beteg biztonságát, a fájdalom mielőbbi hatékony csökkentését és a mellékhatások lehetőség szerinti kivédését. A legfontosabb figyelembe veendő szempontokat táblázatba sűrítettük, az eddigiek rövid összefoglalásaként.

7. sz. táblázat: Az analgeticum választás gyakorlati szempontjai

Szempont	Magyarázat
A fájdalom típusa	Gyulladásos környezetben, csontfájdalmak esetén NSAID-ok. Az ópiátok nem minden fájdalmat képesek jól csillapítani. Neuropathiás, hypoxiás, simaizomgörcs, vázizomfeszülés és fejfájás esetén óvatosság, multimodális kezelés.
Eddig szedett analgeticumok	Rendszeres-e az analgeticum szedés, megfelelőek-e a dózisok, I. és II. lépcsős szerek kombinációja megvalósult? Ha nem, óvatosság az erős ópiát kezdődózisánál.
A fájdalom intenzitása	Kínzó fájdalom esetén gyors titrálási igény: lehetőleg parenteralis analgeticumok, iv. titrált morfin. Kevésbé intenzív fájdalomknál gyors hatású orális ópiátok.
A fájdalom tartama	Hosszú hatású ópiáttal rövid fájdalom epizódok nem csökkenthetők megfelelően.
Farmakokinetika 1. Nem fenyeget-e nyelési nehezítettség? 2. Nem fenyeget-e gyakori hányás? 3. Nincs-e jelentős portális nyomás (nagy ascites)?	Nagy tb.-k, kapszulák, össze nem törhető retard készítmények alkalmazása problémás. A cseppek hányingert okozhatnak. Az orális szerek felszívódása bizonytalan. Az orális gyógyszerek felszívódása romolhat.

4. Nincs-e hasmenés?	A retard tb.-k felszívódása bizonytalan.
5. Nincs-e erős verejtékezés?	A transdermalis adhaesio bizonytalan.
6. Nincs-e jelen súlyos hypalbuminaemia?	Az erős fehérjekötésű szerek (NSAID-ok, fentanyl, methadon, valproat) magasabb vérszintjével kell számolni.
7. Nincsenek-e oedemák vagy testüregi folyadékok?	A vízdékonny analgeticumok (morfin, oxycodon, hydromorphon) vérszintje jelentősen változhat a folyadékterek mozgásával.
8. Mekkora a testzsír tömeg?	Alacsony testzsír mellett a fentanyl hatás nem lesz egyenletes, magas testzsír mellett igen hosszú a telítési fázis.
9. Nem fenyeget-e veseelégtelenség?	Figyelem a cumulatio és a neurotoxicitás jeleire. A fentanyl, a methadon és a buprenorphin biztonságos.
10. Nem fenyeget-e májelégtelenség?	Figyelem a cumulatio jeleire. Dóziscsökkentés. A fentanyl relative biztonságos.
Társbetegségek	
1. Prostata hyperplasia	Anticholinerg szereknél (TCA-k, ópiátok) retentio veszélye.
2. Bélobstructio	Retard hatású váz tabletták (tramadol, hydromorphon) kerülendők. Distalis bélobstructioban, kismencedei térszűkítés esetén az erős obstipáló szerek kerülendők.
3. Kezeletlen hypothyreosis	Fokozott érzékenység az ópiátokra.
4. Fokozott agynyomás	Az ópiátok növelhetik az agynyomást. Előbb steroid+metamizol.
5. Súlyos hypoxia	Óvatos dozírozás
6. Súlyos hypotonia (<70Hgmm)	Óvatosság. Iv. morfin kerülendő. A fentanyl biztonságos.
7. Depresszió	MAO gátlók mellett minden ópiát kontraindikált. SSRI-k (fluoxetin, paroxetin, fluvoxamin, sertralin) és a bupropion számos gyenge és erős ópiát metabolizmusát befolyásolják (codein, tramadol, fentanyl, oxycodon, methadon). Tramadollal, TCA-kal veszélyes interakció (serotonin sy.). Az antidepresszánsok fokozzák az ópiátok sedatív mellékahtásainak lehetőségét.
8. Szorongás és megküzdési problémák	Változik a megélt fájdalom, multimodális megközelítés fontossága! Anxiolyticumok és altatók mellett az ópiátok sedatív hatása fokozódhat.
9. Korábbi ulcusan, hyperacid előzmények, steroid, ill. ASA szedés, alacsony Se albumin	NSAID-ok ulceratív kockázata nő.
10. Hypertonia	ACE gátlók, ARB-k, diureticumok, ill. fennálló nephropathia az NSAID-ok vese kockázatát növelik.
11. ISZB, pangásos szívelégtelenség	Az NSAID-ok cardiovascularis kockázatát növelik.
12. OAC (Syncumar, Marfarin) szedés	NSAID-okkal jelentős, valproattal, tramadollal, metamizollal mérsékelt, paracetamollal relative enyhe kölcsönhatás.
13. Epilepsia	A tramadol és az antidepresszánsok csökkenthetik a görcsküszöböt.
14. Veseelégtelenség	Javasolt analgeticumok: metamizol, fentanyl, buprenorphin, methadon. Javasolt antiemeticumok: haloperidol, levomepromazin.
15. Idős kor	Fokozott érzékenység a sedatív és hypotonizáló hatásra. Óvatos dozírozás!

Ópiátok felírásánál mind emellett lényeges szempont lehet a felíró orvos jártassága, a beteg együttműködő készsége, algoritmikus dózis korrekciók kivitelezhetősége, a kontroll

lehetősége. Erős ópiát bevezetését követően – a kinetikai sajátosságokat figyelembe véve – rövid időn belül (1-2 nap) valamiféle visszajelzés szükséges az elért hatás, ill. a mellékhatások kivédése vonatkozásában!

Ópiátok rendelkezése

Erős ópiát fájdalomcsillapítót - a methadon kivételével - bármelyik orvos rendelhet. Kórházból történő hazabocsátáskor az aznapi ópiát mennyiség kiadandó, a folyamatos gyógyszerellátás érdekében az elbocsátó orvos a beteget vénnyel látja el. Ezen 15 napi gyógyszer mennyiség rendelhető. A vényt elegendő 1 példányban kiállítani, rajta az adott szer erősségét és mennyiségét betűvel és számmal is fel kell tüntetni. *Statim* felirat alkalmazása nem szükséges. A felírt mennyiséget úgy kell meghatározni, hogy ne kelljen egységcsomagot megbontani. Daganatos betegség okozta fájdalom csökkentésére valamennyi erős és gyenge ópiát - szakorvosi javaslat nélkül - kiemelt támogatással rendelhető. A beteg rendszeres erős ópiáttal való ellátására - a methadon kivételével - kizárólag a házi orvos jogosult. (Methadon rendelése - pontosabban meg nem határozott - szakorvosi végzettséghez kötött). A házi orvos egy vényen harminc napra elegendő gyógyszert rendelhet, amit mindig ugyanabban a patikában kell kiváltani. A gyógyszertárat a készítmény rendszeres rendeléséről a házi orvos 3 havonta megújított *gyógyszertári értesítő* kiállításával tájékoztatja. A fel nem használt erős ópiát készítményeket a patikába vissza kell vinni.

Invasív fájdalomcsillapítási módszerek

A betegek kb.10-15%-ának fájdalmát nem lehet hatékonyan szüntetni az adjuvansokkal kombinált WHO lépcső alkalmazásával. Ezek hátterében legtöbbször neuropathiás, mozgás indukálta csont-, súlyos myofascialis, gyulladásos és tenesmoid fájdalom áll. A klinikum oldaláról nézve a gátra törő, a hólyaglapot infiltráló, hüvelybe, hólyagba sipolyozó kismencedei tumorok, a pancreas farok tumora, a teherviselő csontok áttétei, a nyaki nyirokcsomó áttétet adó fej-nyak tumorok okozzák különösen gyakran a gyógyszeres fájdalomcsillapítás kudarcát. A szokásos terápiára refrakter esetekben LA-k és ópiátok tartós epiduralis/intrathecalis alkalmazása, különböző idegblokádok, ill. egészen ritkán idegsebészeti beavatkozások vezethetnek a kínzó fájdalmak megszűnéséhez. Krónikus non-malignus fájdalmak válogatott eseteiben neuroablatív eljárások helyett manapság inkább

neurostimulációs módszerek vannak elterjedőben (a paravertebralis lágyrészekben, az epiduralis térben, a thalamusban vagy egyéb mély agyi struktúrákban, ill. a motoros kéreg felszínén elhelyezett elektródokkal). A téma részletes tárgyalása meghaladja e jegyzet kereteit, gyakorlati szempontokat szem előtt tartva néhány eljárás indikációját mutatjuk be.

8. sz. táblázat: Fontosabb invazív fájdalomcsillapító módszerek

Probléma/indikáció	Beavatkozás	Megjegyzés
tartós epidural /intrathecal analgesia	mozgás indukálta csont- és terápia refrakter NP elsősorban a medence és az alsó végtagok területén, malignus psoas sy.	viszonylag egyszerű, mindennapi anaesthesiológiai rutin általában LA adása is szükséges
mellkasfali tumor borda metastasis periferiás intercostalis NP	n. intercostalis neurolyticus bloká	nagyon egyszerű
pancreas és egyéb felhási tumor	ggl. coeliacum bloká (endoscopus ultrahanggal, hátsó behatolásból vagy intraoperative)	magasan képzett szakembert igényel
gátra törő kismedencei tumor	sacralis neurolysis	viszonylag egyszerű, 10%-ban széklet inkontinentiát, vizelet retentiot okozhat
tenesmoid hólyag/végbél fájdalom	gg. impar bloká plexus hypogastricus bloká	viszonylag egyszerű magasan képzett szakembert igényel
a test egyik felét érintő, minden más beavatkozásra refrakter fájdalom	percutan chordotomia	magasan képzett szakembert igényel

Összegzés

Az adott beteg fájdalmának elemzése, az egyes fájdalomkomponensek meghatározása, súlyának becslése, a kezelés kockázati tényezőinek felmérése, a mellékhatások kivédése, mindemellett minél rövidebb időn belül hatékony fájdalomcsillapítás nyújtása nem könnyű feladat. Bizonyos fokú gyakorlatot, időt, tudást, fejtörést és nem utolsósorban megfelelő attitűdöt igényel. A beteggel meg kell értetni és el kell fogadtatni a fájdalomcsillapítás időnként kényszerű kompromisszumait, közösen kell kitűzni a reálisnak tartható célokat, soha nem megfelelően arról, hogy a beteg legnagyobb problémája nem biztos, hogy ugyanaz, mint az orvosé. Kínzó fájdalmak csillapításakor legyünk célra törőek, ne féljünk vénás gyógyszerelést is alkalmazni egy-egy szer hatékonyságának lemeréséhez. Megfelelő időben végzett kontroll nélkül nem lehet jó eredményt elérni. Ha nincs személyes megjelenésre mód,

a kontrollt végezheti ebben járatos szakápoló, ill. adott esetben akár telefonos visszajelzés is elégséges lehet. Ha a beteg állapotában váratlan romlás, aluszékonyság, zavartság lép fel, mindig gondoljunk esetleges gyógyszer túlhatás, cumulatio ill. interakció lehetőségére. Kezelési stratégiánk mindig maximálisan személyre szabott kell, hogy legyen, beleépítve a beteg preferenciáit és lehetőségeit. Ha egy problémával nem boldogulunk, kérjünk segítséget tapasztaltabb szakembertől!

Melléklet

Néhány fontosabb magistralisan készíthető analgeticum recepturája

50%-os metamizol csepp Rp/ Pulv. metamizoli natrici <u>gta quinque et viginti (25,0)</u> Aqua purificatae <u>ad gta quinquaginta (ad 50,0)</u> M.f. sol. DS: 3x20-40 cseppet bevenni 20 csepp 500mg hatóanyagot tartalmaz.	5%-os paracetamol susp. Rp/Paracetamoli <u>gta quinque (5,0)</u> Mucil. hydroxyethylcellulosi <u>gta viginti (20)</u> Sir. simplicis <u>gta quadraginta (40)</u> Sol. conservans <u>gma unam (1,0)</u> Aqua purificatae <u>ad gta centum (ad 100,0)</u> Mf. Susp. DS: 3x10 ml-t bevenni. 10 ml 500mg hatóanyagot tartalmaz.
10%-os metamizol suspensio Rp/ Metamizol <u>gta triginta (30,0)</u> Mucil. hydroxyethylcellulosi <u>gta centum(100,0)</u> Sirupus simplicis <u>ad gta trecenti (ad 300,0)</u> M.f. susp. DS: 3x10 ml-t bevenni 10 ml 1 g hatóanyagot tartalmaz.	Spasmolyticus kúp methylhomatropinnal Rp/Methylhomatropini bromati <u>mgta decem (0,01)</u> Papaverini hydrochlorici <u>mgta centum (0,1)</u> Noraminophenazoni natrii mesylici <u>gma semis (0,5)</u> ut fiat lege artis supp. Dentur tales <u>doses No viginti (XX)</u> DS: Görcsoldó kúp. 3x1 Sze. Az egyes összetevők adagja emelhető, a noraminophenazoné 0,9-1 g-ra, a papaveriné 0,2g-ra, a methylhomatropiné 20 mg-ra
1 g-os metamizol kúp Rp/ Metamizol <u>gma unam (1,0)</u> Vehiculi <u>q.s.</u> ut fiat lege artis supp. Dentur tales doses <u>No viginti(xx)</u> DS: 3x1 kúpot felhelyezni.	

1%-os morfin csepp Rp/Morphini chlorati <u>ctga sexaginta (0,6)</u> Sirup aurantii* <u>gta duodeviginti(18,0)</u> Aqua purificatae ad <u>gta sexaginta (ad 60,0)</u> Mf.sol. D: in vitro gutt. S: 4 óránként 20 cseppet bevenni. 20 csepp=10 mg, 10 napi adag. (*ízesítés nélkül is készíthető)	Gyakran használatos még a FoNo-ból: Suspensio anaesthetica (202.) Hydrogelum anaestheticum (200.) Gutta aethylmorphini 2% „Dionin”(277.) Suppositorium Analgeticum forte (218.) Mucilago ad catheterem (201.)
---	---

Felhasznált irodalom:

Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai irányelve a neuropátiás fájdalom diagnosztikájáról és gyógyszeres kezeléséről (2008) Egészségügyi Közlöny 3:1181–1190.

Einsenber E., Susan E .(2014): Drug Combination in the Treatment of Neuropathic Pain. Curr.Pain Headache Rep 18:463 doi: 10.1007/s 11916-014-0463-Y

Esin E,Yalcin S. (2014): Neuropathic cancer pain: What we are dealing with? How to manage it? Onco Targets Ther. 7:599–618. doi: 10.2147/OTT.S60995

Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care (2001): Morphin and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. British J. of Canc. 84(5), 587-593 doi: 10.1054/ bjoc.2001.1680

Gelot S., Nakhla E. (2014): Opioid Dosing in Renal and Hepatic Impairment. US Pharm. 39(8):34-38. www.uspharmacist.com/content/c/50068/#sthash.7fVzRyXT.dpuf

Horváth JA. (szerk.)(2008): Analgetikai útmutató 2008. Diagnosztikus és terápiás ajánlások a fájdalomcsillapítás területéről. Medition; Budakeszi

Moore RA, Wiffen PJ. et al. (2014): Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4. Art. No.: CD007938. doi: 10.1002/14651858.CD007938.pub3.

Pawlosky N. (2013): Cardiovascular risk: Are all NSAIDs alike?, Can Pharm J Mar; 146(2): 80–83. doi: 10.1177/1715163513481569

Telekes A. (1991): A daganatos betegek fájdalomcsillapítása OMIKK, Budapest

Watson M., Lucas C. et al. (2005): Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford University Press, New York

Kulcsszavak:

fájdalom, neuropathiás fájdalom, analgeticum, ópiát

NEHÉZLÉGZÉS (Dr. Radványi Ildikó)

A fejezet célkitűzései:

- *A nehézlégzés patofiziológiájának, diagnosztikájának ismertetése*
- *Az egyes betegségekhez társuló légzéstípusok ismertetése*
- *A nehézlégzés oki és tüneti terápiájának ismertetése*

A nehézlégzés definíciója

A nehézlégzés (dyspnoe) a légzési nehezítettség szubjektív megérzése. Ebben az állapotban az aktuális szükségletnek megfelelő légzési izommunka fárasztóvá válik és tudatosul.

A nehézlégzés jelentősége / gyakorisága

A nehézlégzés az egyik legkínzóbb, súlyos esetben nagyfokú szorongással és halálfélelemmel járó szubjektív tünet. Az előrehaladott állapotú betegek 29-74 %-ában előfordul és incidenciája az élet utolsó hat hetében növekszik.

A nehézlégzés patofiziológiája

A fulladás több tényező együttes hatásának következtében alakul ki. A légzőközpont megnőtt motoros aktivitása, a légzési reflex stimulációja, a légzési izomzat fokozott aktivitása, az artériás vér CO₂ nyomásának emelkedése, vagy O₂ nyomásának csökkenése, a légzési izomzatban a motoros inger és az izomválasz közötti aránytalanság mind szerepet játszhat a nehézlégzés kialakulásában.

A nehézlégzés okai

Azokban az esetekben, amikor a szervezet O₂ igénye növekszik és/vagy csökken az O₂ kínálati kapacitás és/vagy károsodott a centrális légzésszabályozás fulladás jelentkezhetsz, amennyiben ez a légzési munka fokozódása miatt tudatosul. Nehézlégzés kialakulásában szerepet játszó etiopatogenetikus tényezőket és az egyes betegségekhez társuló fizikális eltéréseket az 1. táblázat tartalmazza.

Diagnózis/differenciáldiagnózis

Anamnézis felvétel

Fulladó beteg vizsgálata során is érvényes az a megállapítás, hogy a jól felvett, részletes anamnézis egyenlő a fél diagnózissal. Az anamnézis felvétele során az alábbiakra feltétlenül rá kell kérdezni:

1. A fulladás kezdete (akut: órák, szubakut: órák, napok, krónikus: hónapok, évek), időbeli lefolyása (ismétlődő, vagy állandó, fokozódó), gyakorisága (óránként, naponta, néhányszor hetente, csak terheléskor stb.)
2. Fulladás súlyossága (VAS, módosított BORG skála, ESAS)
3. Belégzési, vagy kilégzési nehezítettség jelenléte
4. Társuló tünetek (köhögés, köpetürítés, mellkasi fájdalom, perifériás ödéma, láz, fogyás, vérköpés stb.)
5. Kiváltó tényezők (terhelés, pollen, testhelyzet, stressz)
6. Enyhítő tényezők (testhelyzet, gyógyszer, nyugalom)
7. Éjszakai fulladásos rohamok jelenléte / hiánya
8. A fulladás hatása az életminőségre, a napi aktivitásra, hangulatra, alvásra, étkezésre

1. sz. táblázat

Okok	Betegségek	Légzés típusa
Légzőrendszeri	Felsőlégtúti stenózis: gégetumor, gégeoedema, trachea, főbronchus szűkülete, vagy külső összenyomása Alsólégtúti stenózis: Asthma bronchiale, COPD, emphysema, alsó légtutak tumoros szűkülete, vagy összenyomása Légzőfelület csökkenése: kiterjedt daganatos, vagy gyulladásos infiltrátum, tüdő összenyomása hydrothorax, pneumothorax által, TBC, emphysema, magas rekeszállás Kisvérkőri keringési akadály: tüdőembólia, tüdőerek betegségei Compliance-zavarok: tüdőfibrózis, intersticiális folyadék	Bradypnoe (légzésszám ritka), inspiratorikus dyspnoe (erőltetett, megnyúlt belégzés) stridor, légzési segédizmok: nyakizmok, a belégzés alatt gége leszáll, epigastrium behúzódik. Légzésszám normális, vagy kissé ritkább, expiratorikus dyspnoe (nehezített, megnyúlt kilégzés), sípolás, bűgás, fűtthyangok, légzési segédizmok: hasprés A légzés szapora, felületes, kísérő jelenségek: orrszányi légzés, cyanózis hirtelen fellépő légszomj szapora, felületes légzés
Kardiovaszkuláris	pangásos szívelégtelenség, billentyűbetegségek pericardium betegségei, AMI, hypertonia, ritmuszavarok, cardiomyopathiák kemoterápia okozta toxicitás v.cava superior szindróma, pulmonális érbetegségek	kardiális dyspnoe: kezdetben terhelési dyspnoe, előrehaladott állapotban nyugalmi nehézlégzés, légzés szapora, felületes, be- és kilégzés egyaránt nehezített. Kísérő jelek lehetnek: orthopnoe, cyanózis, dekompenzációs tünetek
Hematológiai/metabolikus	O₂ kínálat csökkenése: anaemia akut vérvesztés O₂ igény növekedése, alapanyagcsere fokozódása, acidózis: láz, hyperthyreosis, uraemia, diabeteszes ketoacidózis, tumoros cachexia, mérgezések	hetek, hónapok alatt progresszíven kialakuló légszomj hirtelen kezdetű légszomj, tachypnoe Normális, vagy szaporább ritmus, igen mély légzések- Kussmaul-féle „nagy” légzés

Központi idegrendszeri	Légzésszabályozási zavarok: koponyaűri nyomásfokozódás (tumor, embólia, vérzés) gyógyszerek gyulladás (meningitis, encephalitis) hypoxia	Légzés periodikus: Cheyne-Stokes-légzés, Biot-féle légzés, vagy gasp
Neuromuszkuláris	ALS, SM, Myasthenia gravis, izomdisztrófiák, cachexia	mellkas légzési kitérései csökkennek, aszimmetrikus légzési kitérések
Pszichés	hisztéria, szorongás, depresszió	tachypnoe, sóhajtási kényszer

9. A korábban és jelenleg alkalmazott terápiák, dohányzási szokások

10. Speciális kezelési lehetőségekkel, beavatkozásokkal kapcsolatos félelmek, aggodalmak (ópiátok, O₂ kezelés, lélegeztetés)

11. Szociális anamnézis, lakókörnyezet felmérése

A nehézlégzés olyan szubjektív élmény, melynek megélését, mértékét a háttérben álló objektív kóroki elváltozásokon kívül, egyéb alkati (obesitás, általános állapot, edzettség) és lelki (szorongás, depresszió) tényezők erősen befolyásolhatnak. A rendkívül változatos egyéni tűrőképesség miatt a nehézlégzés nehezen mérhető. A nehézlégzés mértékét igyekeznünk kell a beteg által jelzett módon objektivizálni. Erre a célra alkalmasak a Vizuális Analóg Skála (VAS), a módosított BORG skála, ESAS, verbális kategória skálák. Ezek a skálák azon kívül, hogy tájékoztatást nyújtanak a beteg nehézlégzésének mértékéről, alkalmasak a légszomj időbeli alakulásának vizsgálatára, valamint ugyanazon betegnél a kezelés hatásának le mérésére is.

Fizikális vizsgálat

A fizikális vizsgálatot a beteg megtekintésével kezdjük, mely során megítéljük a légzésszámot, a légzés mélységét, ritmusát, típusát, a légzési segédizmok használatát, a beteg pozícióját, a mellkas alakját, légzési kitéréseit, esetleges deformításait, aszimmetriáját. Figyeljük meg a fulladás mértékét nyugalomban, beszéd, esetleg mozgás közben, ha nyugalmi

nehézlégzés nem áll fenn. A mellkas tapintásával kontrollálhatjuk a légzési kitérések nagyságát, érzékelhetjük a mellkasfal rezgését (pectoralfremitus), a pleurális dörzsölést, és felkutathatjuk az esetleges fájdalmas pontokat. Kopogtatással és a tüdők meghallgatásával számos, a fulladás alapjául szolgáló organikus elváltozásra utaló diagnosztikus információt nyerhetünk. Fontos a kardiológiai státusz felmérése, valamint a légzőrendszer vizsgálata során az infekció, pleurális folyadékgyülem, ptx, légúti obstrukció, anaemia, hypoxia, valamint a már ismert alapbetegség (daganat, COPD, szívelégtelenség stb.) fizikális jeleinek keresése (1. táblázat).

Eszközös vizsgálatok

Az eszközös vizsgálatok tervezésénél vegyük figyelembe, hogy van-e a későbbiekben terápiás következménye a vizsgálat elvégzésének, a beteg általános állapota lehetővé teszi-e az adott beavatkozás elvégzését, a beteg és családja kívánja-e a további diagnosztikus célú beavatkozásokat. Törekedni kell a szükségtelen vizsgálatok elvégzésének mellőzésére. Az anamnézis és fizikális vizsgálat alapján a továbbiakban pulzoximetria, mellkas rgt, vérvizsgálatok, EKG, szívultrahang, spirometria, CT jöhetnek szóba.

Kezelés

Általános kezelési elvek, nem gyógyszeres kezelési lehetőségek

- Törekedjünk a fulladás hátterében álló okok felderítésére, és lehetőség szerint oki kezelés alkalmazására. Fontos elkülöníteni a potenciálisan reverzibilis okokat az irreverzibilis okoktól.
- A fulladás általában szorongással, halálfélelemmel jár együtt. Törekedjünk arra, hogy feltárjuk a szorongás alapjául szolgáló félelmeket, aggodalmakat. Legyünk a beteg mellett, nyugtassuk meg, nyújtsunk támaszt a családnak, magyarázzuk meg fulladásának okát.
- Ülő testhelyzet, hát megtámasztása, ablak kinyitása, szobában áramló levegő biztosítása, ventillátorral áramló levegő arcra juttatása enyhítheti a fulladást.
- Tanulmányok igazolták, hogy a neuroelektromos izom stimuláció és mellkasfali vibráció hatékonyan csökkenti a nehézlégzést.

- Járási segédeszközök használata, relaxációs légzési technikák, önmenedzselési stratégiák elsajátítása ugyancsak hatékony módja a fulladás nem gyógyszeres csökkentésének.

Fulladás oki kezelése

- Obstrukció: kemothérapie, stent, sugárkezelés, szteroid
- V. cava superior szindróma: nagydózisú szteroid, sugár kezelés, stent, antikoaguláció
- Anaemia: transzfúzió
- Folyadékgyülem: punkció, pleurodézis
- Bronchospasmus: bronchodilatátorok, teofillin származékok
- Kardiális okok: diuretikum
- Pulmonális embólia: antikoagulálás
- Infekció: antibiotikum

Fulladás tüneti gyógyszeres kezelése

Opioidok

Az opioidok a légszomj megélését csökkentik szedato-anxiolyticus és fájdalomcsillapító hatásuk következményeként. Perifériás vasodilatátor hatásuk folytán a szív előterhelését csökkentik, direkt légúti hatásaik révén pedig mérsékelik a nyákszekréciót és csillapítják a köhögést. Nincs arra vonatkozó bizonyíték, hogy a nehézlégzés enyhítésére használt opioidok az életkilátásokat csökkentenék. A 2. táblázat összefoglalja a fulladás tüneti kezelésére használható opioidok adagolását, dózisát.

2. sz. táblázat

	Nem kapott még opiátot	Opiátot kap
enyhe dyspnoe	állandó fulladás esetén: dihydrocodein 2x60 mg (max. 240 mg)	Dózis emelése 25-50%-kal
	periodikus fulladás: 2%-os aethylmorphin 25-50 csepp (max. 180 csepp/nap)	
súlyos dyspnoe	morphine-sulfat 5 mg p.os 4 óránként (cseppek)	Dózis emelése 25-50%-kal
	parenterális morphine 2,5-5 mg sc. vagy iv. 4 óránként	
titrálás	24 óránként a dózis emelése 50-100 %-kal amíg szükséges	24 óránként a dózis emelése 50-100 %-kal amíg szükséges

Szedatívumok

Daganatos és COPD-s betegeket vizsgáló tanulmányok nem támasztották alá a benzodiazepinek közvetlen fulladáscsökkentő hatását. Azonban a fulladáshoz társuló szorongás csökkentésére, adhatunk kiegészítésként benzodiazepineket ha opiátokkal, vagy egyéb nem gyógyszeres beavatkozásokkal nem sikerült mérsékelni a fulladást (3. táblázat)

3. sz. táblázat

lorazepam	0,5-1 mg óránként a fulladás megszűnéséig, majd 4-6 óránként
midazolam	0,5 mg i.v. 15 percenként, majd folyamatos sc.infusio
diazepam	2-10 mg p.os óránként a fulladás megszűnéséig, majd 6-8 óránként
clonazepam	0,25-2 mg p.os 12 óránként

O₂ kezelés

Oxigénkezelést akkor indikálunk, ha a fulladó beteg szobalevegőn hypoxiás. Az O₂ kezdő dózisa nazális katéteren keresztül alkalmazva 1-3L/perc, mely szükség esetén 6L/perc dózissig emelhető. Célunk, hogy az O₂ parciális nyomása 55-60 Hgmm, az O₂ szaturáció pedig 88-90% közötti legyen. Nyugalmi dyspnoe esetén lehetőleg ne folyamatosan, hanem a gyógyszeres kezelés kiegészítéseként csak meghatározott időtartamban adjuk. Terhelési

dyspnoe esetén a fizikai aktivitás előtt és után, esetleg hordozható O₂ palack használata esetén terhelés alatt kaphatja a beteg.

Felhasznált irodalom:

Lanken, N., P., Terry, B., P., DeLisser M., H.: An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses., American Thoracic Society Documents, 2007.

Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P.: Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 2008, 141-147.

Parshall, M., B., Schwartzstein, Lewis Adams, L.: An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea., American Thoracic Society Documents, 2011.

Myers, J., Dudgeon, D.: Dyspnea. In: *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. Ed.: Yennurajalingam, S., Bruera, E., Oxford University Press, New York, 2011, 169-180.

Kulcsszavak:

nehézlégzés, opioidok, benzodiazepinek, oxigén kezelés

NEUROLÓGIAI TÜNETEK (Dr. Ruzsa Ágnes)

A fejezet célja:

- *a palliatív ellátásban lévő betegeket érintő legfontosabb neurológiai tünetek összefoglalása,*
- *a neurológiai tüneteket enyhítő kezelések bemutatása.*

A gerincvelő kompressziója

Leggyakrabban a háti szakaszon alakul ki, mintegy 70%-ban a háti 5-ös csigolya összeroppanása és elmozdulása következtében, a gerincvelő oedemája, vagy azonnali harántléziója miatt. Azoknál a daganatoknál is gondolni kell rá, amelyek jellemzően nem okoznak csontmetasztázisokat, mint a gyomor és fej-nyak daganatok, ezek jellemzően csak ezt az egy csigolyát érintő áttétet is adhatnak. Mégis a leggyakoribb esetben emlő-, tüdő-, vese-, prosztaták áttéteiről van szó. Alattomosan, patológiás törés nélkül is kialakulhat gerincvelői harántlézió, ha a tumor a csigolyatestből a lágyrészekbe infiltrál és az epiduralis térben terjed, majd beszövi a gerincvelőt is. Jellemző tünet a paraparezis, autonóm idegrendszeri zavarok, érzészavar, ataxia. Korai tünete a hátfájdalom. Ma már leginkább MR vizsgáltot javasunk, ez pontos képet ad nemcsak a csigolyák, hanem a lágyrészek állapotáról is. Kezelését mihamarabb el kell kezdeni, mert a kétoldali alsó végtag bénulás következmény paralytikus ileus, vizelési zavarok, hosszú távon az életminőségromlásra túl nehézzé teszi az ápolást, és a trofikus zavarok miatt decubitus kialakulásának veszélyével, fertőzésekkel járhat. A fájdalomcsillapítás, gerinc stabilizálás, oedemacökkentés, szteroidok, amennyiben lehetséges és szükséges, a sebészi decompresszió, gerincstabilizáció, sugárterápia mindig javít a beteg állapotán. Kemoterápia nem ajánlott még az arra érzékeny tumoroknál sem, mert mire hatna, a gerincvelő elhal, és a tünet állandósul! Gyorsan elkezdett, rövid idő alatt elvégzett lokális nagy dózisú sugárterápia javasolt 30-40 Gy összdózisban.

Agyi metasztázisok

A daganatos betegek csak egy kis százalékában (5-10%) alakul ki agyi metasztázis, de az élet vége felé az előzetes kezelések kudarca után progrediáló súlyos agyoedemával járó agyi áttét

kegyetlen fejfájást, szédülést, életminőségromlást okozhat a szenvedő betegnek. Az esetek egy részében bénulások, beszédzavar is társul hozzá. A kezelés célpontja az agyoedema lehetőség szerinti mérséklése. Ozmoterápiát kell adni, ha a szteroidok nem elegendőek. Mannitol vagy glycerin intravénás adása mellett furont adni is javasolt. Epilepsiás és epileptiform rohamok a metasztázisok mellett ugyan nem ritkák, de általában egyéb irritatív tényezők provokálhatják, úgymint valódi stroke, uraemia, hypoglycaemia, láz, gyógyszer- és alkoholfüggőség. Kezelésére ajánlott carbamazepin adása napi 400-800 mg dózisban kétszer naponta. Amennyiben a beteg állapota stabilizálódik, később irradiáció (WBRT, stereotaxis besugárzás, gamma kés), esetleg arra érzékeny tumornál kemoterápia megkísérelhető a nyomásos tünetek könnyítésére.

Polyneuropatia

A perifériás idegek krónikus károsodását, polyneuropatiáját toxikus ágensek okozzák, daganatos betegek esetében ez bizonyos platina tartalmú kemoterápiás szerek adagolásának késői és hosszan elhúzódó mellékhatása. A palliatív terápiában is nagy a jelentősége, hiszen a beteg a mindennapi életben megszenvedi a tüneteket.

Amennyiben kialakul és kezeletlen marad, a végtagok paraesthesiája, zsibbadása miatt a járás bizonytalanná válhat, a beteg többször eleshet, annak minden következményével. A felső végtagok ujjainak paraesthesiája az öltözködésben (gombolás, ruha megfogása) étkezésben (leveses kanál, kés-villa használata) okoz nehézségeket.

A kialakult polyneuropatiát enyhíteni lehet, teljesen megszüntetni a terminális állapotban nem. Neuropátiás fájdalom kialakulásához vezethet a perifériás és a centrális idegrendszer különböző részeinek bántalma. A periférián elsősorban az idegtörzsek vékony rostjai, a központi idegrendszerben pedig a spinothalamo-corticalis pályák érintettek. A neuropátiás fájdalom kialakulása komplex, jelenleg minden részletében még nem ismert folyamat. A bonyolult perifériás és centrális mechanizmusok közül a legfontosabbak a membrán hyperexcitabilitás ektópiás kisülésekkel, a perifériás és centrális szenzitizáció, a gátló mechanizmusok kiesése és a centrális reorganizáció. A folyamatok eredményeként fokozódik a sejtek ingerlékenysége, megnövekedik receptív területük és fokozottabban továbbítanak fájdalom impulzusokat, illetve nem fájdalmas ingerek is fájdalmat váltanak ki.

A neuropátiás fájdalom jellegzetességei a folyamatos égő, perzselő, szúró, égető érzés, a végtagok éjszakai égő fájdalma és a rohamokban jelentkező nyilalló, hasogató, áramütésszerű, villanyozó fájdalmak. Mindezek mellett fonákérzések jelentkezhetnek: paresztézia (spontán fellépő abnormális, de nem kellemetlen érzés), dizesztézia (abnormális és kellemetlen), hiperalgécia (minimálisan fájdalmas inger heves fájdalmat okoz), allodínia (fájdalmatlan inger által kiváltott fájdalom). Kezelésében akárcsak a neuropátiás fájdalomban, itt is a triciklikus antidepresszánsok, antiepileptikumok a hatékonyak elsősorban. Használható még a gabapentin és a pregabalin az újabb kutatások szerint, esetleg kiegészítésként B₁ vitamin és Milgamma, Befogamma is adható.

Paraneoplazias szindrómák

A paraneoplazias idegrendszeri szindrómák az összes tumor megközelítőleg 0,5-1%-ában alakul ki. A paraneoplazias szindróma az élet végéig elkísérheti a beteget. A kialakuláskor általában ismeretlen primer tumor áll a háttérben, mint a kissejtes tüdőrák, emlő-, petefészekrák, Hodgkin kór, béldaganatok, seminoma, paraproteinaemiák (plasmocytoma IgG kappa, lambda –neuropátiák). Feltételezett kialakulási mechanizmusa szerint a tumor nem terjed az idegrendszerbe, hanem olyan antigént expresszál, ami az idegrendszerben pl. Purkinje sejtekben (fiziológiásan) expresszálódik (pl. anti-Yo). A keresztreakció, a molekuláris mimikri révén okoz tüneteket, bár ez tulajdonképpen a tumor elleni immunvédekezés egyik jele. Természetesen ennek nem mond ellent az, hogy immunszuppresszióval kezeljük, hiszen ez egy káros, a szervezetet megbetegítő immunreakció.

A paraneoplazias szindrómák típusai

A legismertebb paraneoplazias jelenségek közül felsorolunk néhányat, úgymint tumorhoz társult encephalopathia, amely myoclonust, ataxiát okoz. Ismeretlen eredetű vasculitisek, orbitalis myositis, fokozódó ismeretlen eredetű látásromlás (retina elleni immunreakció, kissejtes tüdőrákban) Antifoszfolipid antitest szindróma (ovarium tumorokban), paraneoplazias encephalomyelitis. Az encephalomyelitis tünetei változatosak, zavartság, szédülés, ataxia, változó neurológiai kórjelekkel. CT, MR vizsgálatok bizonyítan a gyulladásos eltéréseket találnak, antivirális szteroid kezelésre nem javulnak a tünetek, vagy esetleg romlanak is. Az encephalomyelitis sokszor megelőzi a tumort, illetve kissejtes tüdőrákra utal. Közismert paraneoplazias szindróma a Lambert-Eaton-Myasthenias szindróma, mely szinte

kizárólag tüdőrákban fordul elő. A myastheniának megfelelő tüneti kezelést igényli a beteg élete végéig.

Felhasznált irodalom:

Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Irányelve a terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi közlöny 60:1458-1547, 2010.

Hegedűs K. (szerk): A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek 2012

NCCN Guidelines Palliative Care nccn.org 2014

Oliver IN: The MASCC textbook on cancer supportive care and survivorship, 2011

Szirmai J (szerk): Neurologia Medicina 2011 3. bővített kiadás

Walsh D: Palliative Medicine Saunders, Elsevier, 2009

PSZICHÉS TÜNETEK AZ ÉLETVÉGI ELLÁTÁSBAN (Dr. Trompos Katalin)

A fejezet céljai:

- *az életvégi ellátásban lévő betegeknél gyakran jelentkező pszichés tünetek bemutatása,*
- *kiváltó okaik, felismerésük és kezelési lehetőségeik ismertetése.*

Erik Erikson, német pszichiáter személyiségfejlődési elmélete szerint a fejlődés kríziseken keresztül zajlik. Krízis akkor alakul ki, ha az ember olyan élethelyzetbe kerül, amit a korábbi megküzdési stratégiákkal már nem tud megoldani. Ha megbirkózik a helyzettel, a személyiség magasabb szintre lép, ha nem, ennek következményei visszatérő problémák formájában jelentkeznek. Ez a folyamat életünk végéig tart. A súlyos gyógyíthatatlan betegség, az élet végességével való közvetlen szembenézés eriksoni értelemben is krízisnek tekinthető. Ez a krízis végződhet az én integritás elérésével, a személyiség fejlődésével, de a személyiség dezintegrációjával is. Ismernünk kell ennek az életszakasznak a legfontosabb feladatait.

A betegek ebben az időszakban értékelik az életútjukat, számba veszik mi az, amit megvalósítottak céljaikból, mi az, amit még el tudnak érni és mi az, amit már nem, így el kell engedniük. Fontos életvégi döntéseket kell meghozni. Ezeket a témákat a családtagok gyakran nem merik szóba hozni, így szükség lehet beszélgetések facilitálására.

Az elbúcsúzás, a bocsánat kérés, a megbocsátás időszaka ez. A betegek és hozzátartozók gyakran nem tudják felmérni, mennyi idejük van még ezekre, emiatt a segítők feladata, hogy felhívják a figyelmet arra, ha ezt már nem lehet halogatni.

Másik cél, hogy ismerjük a normál haldoklási folyamat pszichés történéseit és vegyük észre, ha ettől eltérő, kezelést igénylő tünet jelentkezik.

Ha az életvégi pszichés történésekről beszélünk, megkerülhetetlen Elisabeth Kübler-Ross „A halál és a hozzá vezető út” című műve. Személyes tapasztalatai alapján öt pszichés stádiumra osztotta fel a haldoklás folyamatát.

1. Elutasítás 2. Düh 3. Alkudozás 4. Depresszió 5. Elfogadás

A betegek megrekedhetnek egy-egy stádiumnál, visszafelé is történhet elmozdulás. Az onkológiai kórképek jelentős része, az onkológia fejlődésének következtében krónikus

betegséggé vált. Emiatt a betegek többször is keresztül mehetnek ezeken a stádiumokon. A helyzetet bonyolítja, hogy a családtagok is hasonló lelkiállapotokat élnek meg. A családtagok és a hozzátartozók sokszor más stádiumnál tartanak. Ez kommunikációs zavarhoz vezethet.

Nem kell mindenáron elérnünk azt, hogy a beteg feltétlenül eljusson a belenyugvásig. A legfontosabb talán az, hogy ott és abban támogassuk a beteget, ahol éppen tart. Ahogy Cicely Saunders mondta, „Keressük a beteget ott, ahol van és ne ott, ahol szerintünk lennie kellene.”

Gyakori tünetek

Az életvégi ellátásban a leggyakoribb pszichés tünetek a szorongás, a depresszió, a zavartság és a delírium.

Szorongás

Definíció

Szorongás olyan súlyos félelem és aggodás, mely nem áll arányban az aktuális élethelyzettel. Azt megítélni, hogy a halállal való szembesülés milyen félelmet indokol igen nehéz, ezért sokkal inkább a beteg által megélt distressz az, ami alapján beavatkozás indokolt, semmint a diagnosztikus kritériumok megléte.

Jelentősége, gyakorisága

Daganatos betegek körében a becsült prevalenciája 25%. Palliatív ellátásban nők között gyakoribb (29%) szemben a férfiakkal (20%). 65 év alattiaknál 29%, a 65 év felettiekben 19% volt az előfordulása, egy 1000 betegre kiterjedő vizsgálatban. A legmagasabb arányban előrehaladott tüdőbetegek körében találták (70%).

A szorongás az életminőséget jelentősen rontja. Pszichés tüneteken kívül a testi tünetek felerősödését okozhatja. Ezek a tünetek a hagyományos tünetkezelési módszerekre nem reagálnak. A szorongás áterjedhet a beteg környezetére, családtagjaira, sőt az ellátókra is, amire a dolgozókat fel kell készíteni.

Okok

A súlyos betegség, kínzó tünetek, a kezelések, ezek mellékhatásai, a megváltozott szociális helyzet, a betegség kilátásainak bizonytalansága, vagy a közelgő halál mindenkiben szorongást kelt. Emiatt a szorongás jelenlétével a palliatív ellátásban mindig számolnunk kell.

Korábbi pszichiátriai betegségek, a kórelőzményben szereplő szerhasználat, alkoholfogyasztás esetén gyakrabban, súlyosabb formában jelenhet meg. Gyógyszermegvonás, vagy gyógyszer mellékhatás, szervi ok is állhat a háttérben.

Pathofiziológia

Az akut stressz válasz az ember adaptációs képességének igen fontos eleme. Más azonban a helyzet, ha valaki megoldhatatlan helyzetbe kerül, fájdalma, vagy más kínzó tünete van. Ez krónikus stressz kialakulásához vezet, amely már egyáltalán nem szolgálja az alkalmazkodást. A szorongás kialakulásában jelentős szerepe, van a neuroendokrin rendszernek. Humorális tényezők, a központi és perifériás idegrendszer egyaránt részt vesz a létrejöttében.

Diagnózis, differenciáldiagnózis

A szervi megbetegedésben szenvedő betegeknél a szorongás eredete szerint négy csoportot különböztetünk meg:

Pszichiátriai: DSM IV. kritériumok alapján sorolhatók be.

Organikus: Minden új keletű szorongásnál keresni kell. Gyakran okoz szorongást a delírium, infectiók, hypoxia, gyógyszer mellékhatás, megvonás, szerhasználat, fájdalom.

Szituációs: Kiváltó helyzethez kötött.

Egzisztenciális: A kontrollvesztéshez, a méltóság elvesztéséhez, spirituális kérdésekhez kapcsolható.

Az akut szorongásnak számos testi, pszichológiai és kognitív tünete van, mint a nyugtalanság, feszültség, figyelemzavar, palpitáció, verejtékezés, hasmenés, hányás, fájdalom, görcsök, fulladás, riadtság, hypermotilitás. Krónikus esetben jellegzetes az alvászavar, bizonytalanság, aggodás, étvágycsökkenés. A palliatív ellátásban részesülő betegek számára nincs általánosan használható szűrő skála a szorongás mérésére. A beteggel eltöltött idő, a beszélgetés és a klinikai kép alapján döntjük el, hogy a szorongás megfelel az adott élethelyzetnek, vagy olyan mértékű, ami beavatkozást igényel.

Kezelés

Nincsenek nagy összehasonlító vizsgálatok és evidenciákon alapuló terápiás javaslatok daganatos, illetve végstádiumú betegek szorongásának kezelésére. Ha a szorongás mögött organikus kiváltó okot találunk, ennek kezelése az elsődleges.

A feszültségek, érzelmek szabad ventilálása jótékony hatású. Relaxációs technikákat alkalmazhatunk. Sok intézmény nyújt kiegészítő terápiákat, zeneterápiát, aromaterápiát, masszázst, tart kreatív foglalkozásokat, a szorongás kezelésére.

Közepes és enyhe szorongás kezelésére rövid pszichoterápiás intervenciók javasoltak, gyógyszeres kiegészítéssel.

A gyógyszerek közül a benzodiazepinek alkalmazása a legelterjedtebb.

Lorazepam: 1mg, maximum 10mg/die (rövid hatású, létezik elnyújtott hatású szer is)

Alprazolam: 0,25 mg- 0,5 mg oralis adag maximum 4 mg/ die (közepes hatáshosszú, létezik elnyújtott hatású is)

Klonazepam: 0,25 mg 1-4mg/die (hosszú hatású)

Diazepam: 2-10 mg (hosszú hatású)

Midazolam: palliatív szedációra iv. adva egyénre szabottan, per os alvászavarban.

Ezek kiegészítése serotonin reuptake gátlókkal hasznos lehet.

Kihasználhatjuk a major traktvillánsok szorongásoldó hatásait is, ha ezeket más tünet pl. hányinger kezelésére egyébként is adnánk.

Depresszió

Definíció

A depresszió diagnózisa meghatározott klinikai tünetek meglétéén alapul (lehangoltság, érdeklődés és az örömkészség elvesztése, testsúlyváltozás, alvászavar, pszichomotoros aktivitás változása, anergia, önértékelési zavar, figyelemzavar, szuicid gondolatok). A tüneteknek közül ötnek, 2 hétnél tovább kell fennállnia a diagnózis kimondásához. A depressziót szűrő, szokásos tesztek is ezen alapulnak. Ha a tüneteken végignézünk, a daganatos betegek tüneteivel több is átfedést mutat, depresszió jelenléte nélkül is. Emiatt a hagyományos tesztek ebben a betegcsoportban nem használhatók.

Jelentősége, gyakorisága

A depresszió gyakori probléma a palliatív ellátásban. Daganatos betegek között 1,5-58%, Parkinson kórban 50% feletti, Sclerosis multiplexben 50% feletti, Alzheimer dementiában 20-32%.

Pathofiziológia

Kialakulásában genetikai, neurobiológiai és pszichoszociális faktorok játszanak szerepet. Családi halmozódást mutat. Az anamnesisben szereplő krónikus stressz, a közelmúltban elszenvedett súlyos veszteség kiváltó tényező lehet. Ha valaki már átesett egy depressziós epizódon, az ismétlődés gyakori. Az alapbetegség stádiuma, tüneteinek súlyossága, rizikót jelent.

A súlyos betegség tünetei, a kezelés mellékhatásai, a szociális szerepek elvesztése, az egzisztenciális problémák a betegséggel járó kilátástalanság mind provokáló tényezők.

Depressziós betegeknél kimutatták az agy serotonin-noradrenalin-dopamin rendszer működési zavarát. Ennek befolyásolásán több gyógyszeres kezelés is alapul. A szakirodalom szerint daganatos betegeknél a pro-inflamatoros cytokineknek a neuroendokrin rendszer modulálásán keresztül, szerepük van a depresszió kialakulásában. A daganatkezelés, tünetkezelés során olyan gyógyszereket alkalmazunk, melyeknek depresszió lehet a mellékhatása (szteroidok, kemoterápiás szerek, antibiotikumok), de ionzavar, vitaminhiány endokrin betegségek miatt is kialakulhat.

Diagnózis, differenciáldiagnózis

Fontos a beavatkozást igénylő depresszió és a betegséggel járó lehangoltság elkülönítése.

Mindig keressük a depresszióhoz vezető, vagy azt súlyosbító reverzibilis okokat. Tekintsük át a gyógyszereket, hagyjuk el, vagy csökkentjük az ilyen mellékhatású gyógyszerek dózisát. Ionzavart, endokrin betegségek lehetőségét zárjuk ki.

A diagnózis felállításához a jellegzetes klinikai tüneteket keressük. Mivel az alapbetegség tünetei és a depresszió testi tünetei között átfedés van, elsősorban a pszichés tünetekre koncentrálunk. Irodalmi adatok szerint az eredetileg post partum depresszió szűrésére kifejlesztett Edinburgh Depression Scale használható a palliatív ellátásban. Ez inkább a jellegzetes lelki tüneteket veszi figyelembe.

Kezelés

Pszichoterápia

Egyéni és csoportos pszichoterápiás módszerek, gyógyszeres kezeléssel kiegészítve a leghatékonyabb kezelési módok. Az egyéni terápiás módszer kiválasztásában a terapeuta jártassága, képzettsége a meghatározó.

Jó tapasztalatok vannak a csoport terápiák vonatkozásában. A támogató társas közeg, a tapasztalatok, a megküzdési stratégiák megosztásának lehetősége segíti a csoporttagok javulását.

Gyógyszeres kezelés

Bár egyértelmű evidenciákon alapuló eredmények nem támogatják, de a tapasztalatok a modern antidepresszánsok hatékonyságát igazolják.

SSRI, SNRI, RIMA, és kettőshatású szerek tartoznak ide. Daganatos betegeknél sokszor a szokásosnál alacsonyabb dózisban is hatékonyak. A gyógyszerek fokozatos titrálása javallt. Ha a beteg nyugtalan, alvászavara van, inkább szedatív hatású szert adjunk (SSRI szerek: citalopram, paroxetin, sertralin, fluoxetin). Ha hyperszomniával, visszahúzódással járó kórállapot van, élénkítő hatású szert válasszunk (serotoninerg-adrenerg rendszeren ható: duloxetin, mirtazapin, venlaflaxin).

Kis dózis adásával kezdjük, SSRI szerek 3-4 hét múlva, kettőshatásúak kissé hamarabb fognak hatni.

Gyógyszerválasztásnál vegyük figyelembe a gyógyszer interakciókat és mellékhatásokat.

Delírium

Definíció

A delírium hirtelen kezdődő, reverzibilis tudatzavar, mely az orientáció, az érzékelés, a hangulat, a gondolkodás, a memória, az alvás-ébrenlét ciklus és a pszicho-motoros aktivitás hullámzó zavarával jár. Ha a háttérben álló kiváltó okot megtaláljuk és az megszüntethető, akkor reverzibilis, ha ezt az okot nem sikerül azonosítani, vagy ha meg is találjuk, de nem megszüntethető, a delírium csak tünetileg kezelhető.

Jelentőség, gyakoriság

A tudatzavar és a delírium a leggyakoribb súlyos neuro-pszichiátriai komplikáció előrehaladott, daganatos betegek között. A tünet megjelenése rossz prognosztikai mutató és

jelentős distressz a beteg, a család, és az egészségügyi személyzet számára. A tünet aluldiagnosztizált, ha pedig felismerik, a kezelés gyakran elmarad, vagy nem elég hatásos. A családok nehezen tűrik a beteg agitáltságát, esetleges agresszióját, megváltozott viselkedését. A végstádiumú betegek között 25% a prevalenciája, mely a haldoklás utolsó hetében 85%-ra nő. Az élet utolsó heteiben igen gyakori a zavartság. A beteg halott hozzátartozóit látja, nem tudja, hol van, aluszékony. Ha ez nem okoz sem a betegnek, sem a családnak gondot, csak megfigyelést igényel.

A delírium hátterében mindig valamilyen súlyos szervi probléma áll. Gyakori okok a palliatív ellátásban: agydaganat, agyi metastázisok, szervi elégtelenség okozta metabolikus zavarok, elektrolit zavar, hypoxia (pulm. embólia), fertőzések, széklet impactatio, táplálkozási zavar, haematológiai eltérés, occult vérzés, vizelet retentio, exsiccosis. Nem ritka, hogy gyógyszer mellékhatás okozza: kemoterápiás szerek, szteroidok, antiemetikumok, nyugtatók, altatók, morfin származékok, antikolinerg szerek, antivirális szerek, antiepileptikumok és a polypragmasia szerepe merülhet fel.

Hajlamosító tényezők: 65 év feletti életkor, a férfi nem, az anamnesisben szereplő szerhasználat, kórházi környezet, alultápláltság, dehidrátság, rossz látás vagy hallás, fájdalom.

Pathofiziológia

Nagyon keveset tudunk a delírium neuropatogenesiséről. Több elmélet is ismert, melyek az agy körülírt régióinak elváltozásait, illetve a neurotranszmitter rendszerek megváltozását jelöli meg, mint valószínűsíthető közös kórfolyamatokat. A kutatók egyetértenek abban, hogy az agy súlyos, globális működési zavara okozza, mely szekunder jellegű, mindig találunk a hátterében valamilyen súlyos organikus kiváltó okot.

Diagnózis, differenciáldiagnózis

A diagnózis a DSM-IV kritériumok meglétén alapszik.

1. tudatzavar, felismerőképeség zavara, figyelemzavar
2. kognitív deficit, perceptív zavar
3. a tünetek gyors kifejlődése, fluktuáló jellege
4. felderíthető súlyos alapbetegség

A diagnózis felállításához kikérdezzük a beteg környezetét, a panaszok kialakulásáról, tünetekről, ezek változásairól, az alapbetegséggel kapcsolatos eseményekről, a szedett gyógyszerekről. Fontosak a széklet és vizeletürítést érintő kérdések. Ahhoz, hogy a háttérben álló, a tüneteket kiváltó betegséget megtaláljuk, igen részletes anamnesisre van szükség.

A beteg éberségét, orientációját, memóriáját, koncentrációképességét, a gondolati tartalmakat néhány egyszerű kérdéssel, feladattal teszteljük.

A fizikális vizsgálatnak nagyon részletesnek kell lennie. Keressük a kiváltó tényezők okozta eltéréseket. A vizsgálatokat laboratóriumi tesztekkel egészítjük ki a súlyos ion (Ca!!), vagy anyagcserezavar kimutatására. Jellegzetes tünetek: Nyugtalanság, irritabilitás, alvás, ébrenlét zavar, figyelem és memória zavar, a pszichomotoros aktivitás ingadozása, térbeli, időbeli tájékozatlanság, érzéksalódások, víziók, hallucinációk, düh, eufória, félelem, agresszió, inkoherens beszéd, remegés, mioklónusok. A betegségnek hypoaktív, hyperaktív és kevert formái lehetnek. Ezek a kórformák gyakran átmehetnek egymásba. A diagnosztikus folyamat során a demencia agitált formái, a mánia, depresszió, pszichotikus állapottól való elkülönítése jön szóba.

Kezelés

A legfontosabb a kiváltó ok identifikálása és hatékony kezelése, mert ettől várható a delírium megszűnése. Elhagyjuk a kiváltásban feltételezhetően szerepet játszó gyógyszereket. Helyreállítjuk a folyadék és elektrolit egyensúlyt, rendezzük a széklet, vizelet passzázst, csökkentjük a hypoxiát, a folyadék és elektrolit egyensúlyt helyreállítjuk, gyógyítjuk az infectiókat. A beteg állandó felügyeletéről gondoskodni kell. Fontos a hozzátartozók folyamatos informálása, támogatása. Biztonságos, ismert környezet, jó megvilágítás segíthet az állapot rendezésében.

Gyógyszeres kezelés

Amíg az oki kezelés nem hozza meg a hatását, vagy nem lehetséges, tüneti gyógyszerek adására kényszerülünk.

Haloperidol 0,5-5 mg 2-12 óránként

napi dózis: 20 mg , kórházi körülmények esetén akár 250mg/24 óra dózis adható válogatott esetekben

Lorazepam (Ativán) 0,5-2.0 mg 1-4 óránként

Levomepromazine 25 mg kezdő adaggal súlyos agitáltságban (hányást, hörgi váladékozást is csillapít)

Midazolám (Dormicum) 30-100 mg/24 óra

Nagyobb adagok intézeti körülmények között adhatók, lassú folyamatos infúzióban.

A kezelést haloperidol adagolásával, a dózis fokozatos titrálásával kezdjük. Hypoaktív formáknál alacsonyabb dózisokat adunk. Ezt egészítjük ki szükség esetén szedatív szerekkel. Sajnos, a súlyos hyperaktív formák nehezen befolyásolhatók és olyan mértékű distresszt okoznak a családnak, hogy osztályos beutalásra lehet szükség.

Pszichiátriai konzílium során vagy kórházi kezelés alatt mód van alternatív antipszichotikumok adására is.

Felhasznált irodalom:

Oxford Handbook of Palliative Care Oxford. University Press 2006 ISBN 0-19-850897-2

Robert Twycross, Andrew Wilcock: Symptom management in advanced cancer. Third edition Radcliffe Medical Press 2004

Declan Walsh: Palliative Medicine. Expert Consult Premium Ed. 2009 ISBN:978-0-323-056748

Rohánszky Magdolna, Kegye Adrienne, Molnár Mária, Boda Éva, Kapitány Zsuzsanna: Pszichoszociális onkológia. Zafir Press Orvosi Szakkönyvkiadó 2014

CACHEXIA, ANOREXIA (Dr. Trompos Katalin)

A fejezet céljai:

- *a daganatos betegeket érintő cachexia és anorexia bemutatása,*
- *a háttérben álló lehetséges okok, klinikai tünetek, a lehetséges kezelési módok és az ezektől várható eredmények ismertetése.*

A daganatos betegek cachexiája, anorexiája igen rossz prognosztikai mutató. Előrehaladott stádiumban nagyon nehezen befolyásolható. Emiatt fontos cél a korai felismerés és intervenció.

Definíció

A cachexia szó a görög *cacos hexis*, azaz a rossz erőnlét szóból származik. Gyakran társul étvágytalansággal, fogyással azaz, anorexiával valamint astheniával, tehát fizikai és mentális fáradtsággal is. Ezeket a fogalmakat az orvosi köznyelv gyakran szinonimaként használja.

Ha valaki nem szándékosan, testsúlyának több mint 10 %-át elveszíti, kevesebb, mint fél év alatt, tradicionálisan anorexia-cachexia szindrómáról (ACS) beszélhetünk.

Előrehaladott esetben, eredetileg is sovány betegen ezt nem nehéz észrevenni, de manapság, amikor az elhízás népbetegség, a fogyókúra pedig igen elterjedt, már nem könnyű a felismerése. A betegek értelmezhetik ezt fogyási szándékuk sikereként, így nem fordulnak orvoshoz.

A súlyvesztés nem csak a zsírszövetet érinti, a fehérje és a szénhidrát anyagcsere egyaránt a lebontás irányába tolódik el. Az ACS számos krónikus betegség kísérő tünete lehet. Előrehaladott daganatos betegségeknek azonban olyan gyakori kísérője, hogy a végstádiumú betegségnek szinte metaforájává vált a csontig lesóványodott, gyenge beteg képe.

Daganatos betegségben a kór előrehaladtával súlyosbodik, de nem feltétlenül függ a daganat méretétől. Néha egészen kis daganat korai tünete is lehet.

A WHO definíciója az anorexiát 15,9 alatti BMI-hez köti. Ezt az értéket azonban ascites, oedema jelenléte maszkírozhatja.

Jelentőség, gyakoriság

Az anorexia-cachexia szindróma több súlyos kórállapot tünete lehet. Gyakran a daganatos betegség jelenlétét feltételezzük automatikusan, pedig a gyomor bél rendszer, a hasnyálmirigy betegségei, a súlyos COPD, AIDS, szív, máj, veseelégtelenség, pszichés okok stb. is állhatnak a hátterében.

Kétségtelen, hogy a fogyás, kimerültség és gyengeség a daganatos betegségek leggyakoribb tünetei. A daganatos betegségek között is a felső gastrointestinalis traktus és a tüdő daganatai járnak leggyakrabban súlyos cachexiával.

A daganatos betegek fele veszít testsúlyából betegségének ideje alatt.

Előrehaladott tumoros betegek között különböző statisztikák szerint 60-80% a gyakorisága.

Rossz prognosztikai jel, a csökkent energia bevitel és súlyvesztés alapján rövidebb túlélés prognosztizálható. A betegek 20%-a közvetlenül ennek következményeibe hal bele.

A súlyosan lesoványodott beteg testkép-változása miatt, depresszióssá válhat, szociálisan izolálódik.

Az életminőség és az ACS jelenléte között szoros negatív összefüggés van. A táplálkozás a mindennapokban igen fontos, kulturálisan, szociálisan beágyazott tényező, nem egyszerűen energia bevitelt jelent. A társas összejövetelek kísérője, kifejezhetjük vele gondoskodásunkat, szeretetünket. A beteg és családja gyakran aggódik, hogy a nem megfelelő táplálékbevitel következtében a beteg éhen hal. Jelentős lelkiismeret furdalást okoz a családtagoknak, hogy nem képesek táplálni a beteget, a beteg pedig azért frusztrált, mert nem képes többet elfogyasztani, így megfelelni az elvárásoknak. Gyakori, hogy mesterséges vagy parenterális táplálás bevezetését kérik, ezekkel kapcsolatban irreális elvárásokat fogalmaznak meg.

Az egészségügyi ellátó rendszer a tünettől kapcsolatban hol a terápiás nihilizmus, máskor pedig a túlzott aktivitás között hányódik.

Mivel a megfelelő erőnlét fenntartása prognosztikai szempontból igen fontos, minden beteg esetében fel kell mérnünk aktuális állapotát, életkilátásait. Keresnünk kell a tünet háttérében álló reverzibilis okokat. Ezek alapján kell megtervezni az ésszerű és a beteg számára is legelőnyösebb kezelési módokat.

Okok

A súlyos krónikus betegek, daganatos betegek étvágya csökken. Fizikai aktivitásuk kisebb, ami fokozza az izomvesztést, gyengeséget. Az alapbetegség és a kezelésükre használt gyógyszerek, kezelési eljárások is gyakran okoznak étvágytalanságot, hányingert, íz érzést zavart. A gazdaszervezet és a daganat kölcsönhatásai olyan neurohumorális változást okoznak a szervezetben, melyek étvágytalansághoz, gyengeséghez, fogyáshoz vezetnek.

Patofiziológia

A cachexia a szervezet védekező mechanizmusa, amely segít a gyógyulásban sérülés vagy éhezés esetén, endogén szubsztátok termelésén keresztül. Ha azonban ezek a metabolikus eltérések tartósan fennmaradnak, az ezekről várható előnyök alulmaradnak a hátrányaikhoz képest. Cachexia anorexia nélkül is előfordulhat a tumor és a gazdaszervezet által termelt katabolikus mediátor anyagok következményeként. Az elsődleges ACS-t krónikus vagy daganatos betegség okozza a neurohumorális és metabolikus rendszer modifikációján és a szervezetben zajló gyulladásos rendszerek aktiválásán keresztül.

Az anorexia kialakulásában jelentős szerepe van a neurohumorális rendszer zavarának. Ezek a rendszerek szabályozzák az éhségérzetet, ezen keresztül pedig a táplálékbevitelt. Az eddigi kutatások, a következő neurohumorális tényezők szerepére mutattak rá:

Neuropeptid Y, melanocortin, leptin, ghrelin, malonil coenzim A, serotonin, cytokinek, glucocortikoidok.

A neuroendokrin rendszer aktivációja az adrenerg aktivitás növekedésével, alacsonyabb inzulin, magasabb kortizol szintekkel, a renin-angiotenzin rendszer emelkedett aktivitásával jár együtt.

A cachexiával foglalkozó experimentális modellek a cytokinek szerepét igazolták.

Ezek közül a legismertebbek: TNF-alfa, IL6, IL1, IFN-gamma.

A tumor sejt kibocsátotta cytokinek aktiválják a gazdaszervezet cytokin kaszkádját és hepatikus akut fázis fehérje választát. Ennek kiváltásában az IL6 játszik főszerepet. A fogyás, és legyengülésben ennek szerepe igazolható leginkább klinikailag is. A TNF-alfa és INF-gamma rágcsáló modellekben cachexiát okozott. Ezeknek a pro-inflamatorikus cytokineknek a magas szintje szorosan összefügg a daganatos betegség stádiumával, így az életkilátásokkal is.

Más anti-inflamatorikus cytokinek az IL4, IL10, IL13 védelmet jelentenek a cachexiával szemben. Összességében az anti-inflamatorikus és pro-inflamatorikus cytokinek aránya határozza meg a cachexia mértékét.

Fontos lehet a daganatsejtek termelte faktorok szerepe is. A proteolysist indukáló faktor (PIF) daganatos betegek vizeletéből is kimutatható. Ennek nagy szerepe van az izomszövet leépülésében. Másik ismert és kimutatható faktor a lipid mobilizáló faktor (LMF), mely a zsírszövet eltűnésében játszik szerepet.

Az izomzat leépülésében specifikus proteolitikus folyamatok aktiválódnak.

A cachexia- anorexia szindrómában az anyacsere-folyamatok a lebontás irányába tolódnak el.

Ez érinti a zsír, a fehérje és a szénhidrát anyagcserét egyaránt, energetikailag gazdaságtalan lebontási útvonalak aktivációjával. A szervezet általában gyorsult anyagcsere esetén az étvágy fokozódásával válaszol. A daganatos betegségben azonban a fokozott energiafelhasználás csökkent étvággal társul. Emiatt alakul ki viszonylag gyorsan, a súlyos ACS.

A másodlagos ACS olyan társuló tünetek következtében jön létre, mint a fájdalom, depresszió, tartós fekvés, infectiók, pszicho- szociális tényezők, fehérjevesztés, stb.

Diagnózis, differenciáldiagnózis

Az előrehaladott esetek diagnózisa nem nehéz. Nagyon fontos azonban a korai felismerés, mert terápiás beavatkozásaink ekkor még nagyobb sikerrel kecsegtetnek.

Anamnézis felvételekor kérdezzük ki a beteget testsúlyának változásáról, a csökkenés tempójáról, étvágyáról, az elfogyasztott ételek mennyiségéről, minőségéről. A cachexiás betegek beszámolnak a következő tünetek közül legalább egy tünetről: korai teltségérzés, íz érzés zavar, ételundor, szagok megváltozása, hányinger, hányás, constipatio.

Feltárjuk a társuló, állapotukat rontó tüneteket (fájdalom, depresszió, hányás, hasmenés, fulladás, stb.).

Kitérünk azokra a terápiás beavatkozásokra, gyógyszerek szedésére, amelyek hozzájárulhattak az állapotromláshoz (műtétek, resectiók, sugárkezelés, kemoterápia, gyógyszerek).

A beteget kikérdezzük teljesítőképességének romlásáról. Ezt kvantitatív módon skálák segítségével követhetjük. (ECOG, Karnofsky skálák)

Felmérjük a beteg és a család pszicho-szociális helyzetét.

Fizikális vizsgálatkor az általános vizsgálat mellett a szájüreg, a has és a rektális vizsgálat jelentőségére hívnám fel a figyelmet. Az ascites, oedema jelenléte elfedheti a testsúlyvesztést, ezért figyeljük a subcutan zsírszövet és az izomtömeg csökkenésének jeleire.

Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok közül a magas süllyedés, anaemia, szérum albumin csökkenés és az emelkedett CRP jellegzetes tünetek.

Amennyiben az alapbetegség ismert, a társuló testsúlycsökkenést okozó betegségeket érdemes keresni.

Gyakori tünet a megmagyarázhatatlan testsúlycsökkenés.

A következő betegségek jöhetnek számításba:

Malignus betegség

Előrehaladott COPD

Szívelégtelenség

Veseelégtelenség

Súlyos májbetegség

Hasnyálmirigy elégtelenség

Súlyos felszívódási zavar

AIDS

TBC

Anorexia nervosa

Súlyos pszichiátriai betegségek

Demencia

Idős kori lesóványodás

Kezelés

A kezelés megtervezéséhez a beteg állapotának felmérése az első lépés. Az általános állapot, az ACS háttérében álló okok és az életkilátások alapján individuálisan határozzuk meg az optimális kezelési módot. A betegség előrehaladtával az állapotfelmérést időről időre meg kell ismételni és ennek alapján módosíthatjuk a terápiás tervet. A célkitűzéseket a családdal is fontos megbeszélni, hogy elkerülhessük az irreális elvárások miatti frusztrációt.

A kondíciót rontó másodlagos okokat mindig keressük és amennyiben lehetséges elimináljuk.

Nem gyógyszeres kezelési lehetőségek:

Mozgásterápia

A cachexiás, daganatos betegek mozgásképessége a betegség előrehaladtával jelentősen csökken. Különbséget kell tennünk az aktív mozgásképes, a fekvő aktív és inaktív stádium és a közvetlen agónia időszakai között. Az aktív időszakban a séta, a légzést, keringést javító gyakorlatok ajánlottak. Mivel a mozgáson kívül az étkezés, illetve a szociális kapcsolatok javíthatnak a beteg állapotán, ezek és az önellátó képesség megtartását segítő mozgásformák köré kell szervezni a fizikai aktivitást. Az állapot romlásával a gravitáció kikapcsolásával végzett gyakorlatok, végül a passzív átmozgatás, masszírozás lehet jótékony hatású. A beteg visszajelzései az irányadók a mozgathatóság mértékét illetően.

Diétás tanácsadás

A betegek igen eltérő állapota, igényei miatt, mindig egyénre szabott diétát kell kialakítanunk. Ebben jelentős szerepe van a korai, folyamatos dietetikus nyújtotta tanácsoknak. Van azonban néhány általánosan követendő alapelv.

Elsősorban gyakori, kis mennyiségű, magas energiatartalmú táplálékot javasoljunk. Kerülni kell az erős fűszereket, erős illatokat. Ajánljunk magas kalória és fehérjetartalmú kiegészítő tápszereket. Előnyösek a magasabb omega 3 zsírsav, EPA (eikozapentoténsav) tartalmú élelmiszerek. A tápszerek közül érdemes többet megpróbálni, megkeresni a beteg szempontjából a leginkább elfogadhatót.

Mesterséges táplálás olyan betegeknek indokolt, ahol akadályozott a nyelés, vagy a táplálék továbbjutása a tápcsatornában és a beteg alapbetegségéből adódó életkilátásai jobbak, mint a táplálhatatlansága miatt várható életkilátásai. Fontos, hogy a beteg és családja is elfogadja azt.

Parenterális vagy enterális mesterséges táplálás mellett mindig csak gondos mérlegelés után döntsünk, figyelembe véve a várható előnyöket, a beteg várható életminőség javulását és életkilátásait. A parenterális táplálás kórházi körülmények között ajánlott, leginkább a gyomor-bélrendszer műtétei után a gastrointestinális traktus átmeneti tehermentesítésére. A parenterális folyadékpótlás olyan helyzetben ajánlott, ahol folyadék veszteség vagy elektrolit zavar alakul ki, melynek megszüntetése után a beteg állapotában még javulás várható (hányás, hasmenés, hypercalcaemia).

Az élet utolsó heteiben a betegek már alig vesznek magukhoz táplálékot, folyadék bevitelük is jelentősen csökken. Gyakori hogy a családok kérik a mesterséges táplálás és infúziók adását. Ebben a stádiumban ezektől már nem várható előny, sőt a közhiedelemmel ellentétben nem javítják, hanem rontják az életkilátásokat. Ennek a családokkal való elfogadtatása nehéz, de igen fontos kommunikációs feladat.

Gyógyszeres kezelés

Étvágy javító szerek: Korai stádiumban lehetnek hatékonyak.

Megestrol:

(160-800 mg) 70%-ban javítja az étvágyat, de csak 20%-ban vezet testsúly emelkedéshez. Ez is inkább oedema vagy zsírszövet szaporulat. A várható mellékhatásokkal is számolnunk kell (thrombembolia, vérnyomás és vércukor emelkedés).

Kortikosteroidok:

Átmeneti hatásuk van az étvágyra a számos ismert mellékhatás mellett.

Nonsteroid gyulladáscsökkentők:

A tumor asszociált immunválasz gátlásával csökkentik az izomszövet leépülését.

Ha a peptikus ulcus kivédésére proton pumpa gátlót is adunk mellé, a túlélés növekszik.

A cannabis készítmények étvágyjavító hatását észlelték AIDS-es betegekben.

Pozitív változást értek el anabolikus szteroidok adagolásával szintén ebben a betegcsoportban.

Igen sok reményt keltő kísérleti szer van, mellyel biztató eredményekről számolnak be. (Ghrelin, Thalidomide, statinok, ATP, melatonin)

Társuló gyakori tünetek kezelése

Hányinger, hányás, késleltetett gyomorürülés estén antiemetikus kezelés, prokinetikumok adása javasolt. Malabsorptio esetén pancreas enzim kivonatokkal egészíthetjük ki a gyógykezelést.

A fájdalom, más kínzó tünet és a szorongás, depressio kezelése alapvető a beteg állapotának javításában.

Pszichoszociális támogatás

A támogató szociális környezet és családi kapcsolatok javítják a beteg állapotát.

A család számára egy súlyos, gyógyíthatatlan beteg ápolása, ellátása nagyon nehéz feladat. Gyakran nem képesek a helyzetet elfogadni, csodaszereket vásárolnak, irreális célokat tűznek ki. Emiatt is fontos a beteg állapotával és lehetséges kezelésével kapcsolatos folyamatos információ nyújtás, reális célok kitűzése. Törekednünk kell arra, hogy a beteg minél tovább részt vegyen a család életében, lehetőleg velük étkezzon és fenntartsa támogató külső kapcsolatait is.

Felhasznált irodalom:

Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back: Oxford handbook of palliative care. Oxford University Press 2005

Robert Twycross and Andrew Wilcock: Symptom management in advanced cancer. Radcliffe Medical Press Ltd 2004

Diploma in Palliative Care - Maintaining quality of life in presence of distressing symptoms. University of Dundee 1996

Declan Walsh: Palliative Medicine. Elsevier Inc. 2009

Horti József, Riskó Ágnes: Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó 2006

Rohánszky Magdolna, Kegye Adrienne, Molnár Mária, Boda Éva, Kapitány Zsuzsanna: Pszichoszociális onkológia. Zafir Press Orvosi Szakkönyvkiadó (Mona-Lib Bt.) 2014

GYAKORI BŐRTÜNETEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Trompos Katalin)

A fejezet céljai:

- *a palliatív ellátásban részesülő betegek esetében fellépő gyakori bőrtünetek (bőrviszketés, felszínre törő daganatok, decubitus) bemutatása*
- *terápiás lehetőségek ismertetése.*

Bőrviszketés

Cél

Megtalálni a bőrviszketés hátterében álló okot.

Kiválasztani az ennek megfelelő specifikus és aspecifikus kezelési módszereket.

Definíció, gyakoriság

A viszketés a bőrben keletkező olyan kellemetlen, érzés, mely vakarózást vált ki. Az életminőséget jelentősen rontó, gyakori, kínzó tünet a palliatív ellátásban.

Pathofiziológia

Régebben a fájdalom enyhe formájának tartották, de az újabb a fájdalomkutatással kapcsolatos vizsgálatok során kiderült, hogy két önálló kórfolyamatról van szó. A hisztamin tűnik a viszketés fő mediátorának. Ezen kívül a serotonin, opioid peptidek, acetylcholin, bradykinin, dopamin, és prostaglandin E is szerepet játszik a viszketés perifériás mediációjában. Az opioid peptidek, az opioid receptorokon keresztül a centális viszetés fő mediátorai. A mű receptor agonisták viszketést okoznak, a kappa receptor agonisták, gátolják azt.

Okok

A palliatív ellátásban a bőrviszketés gyakran multifaktoriális. Lehet bőrbetegség tünete. Gyakran okoz bőrviszketést a xerosis, élőködők, az ekzema, kontakt dermatitis, allergia.

Néhány szisztémás betegség is gyakran társul viszketéssel. Jellegzetes tünet obstructív májbetegségben, veseelégtelenségben, Hodgkin kórban, polycytemia verában, hyperthyreosisban. Pszichogén eredet is felmerül, ha más ok nem igazolódik. A szorongás súlyosbítja a viszketést.

A gyógyszerek különböző hatásmechanizmussal okozhatnak viszketést. Allergizálhatnak (ACE gátlók, Milurit, fájdalomcsillapítók, antibiotikumok), cholestasist okozhatnak (chlorpromazin, trimetoprim, sulfametoxazol, anabolikus steroidok), hisztamin felszabadulást okozhatnak (morfin, kodein, meperidine, aspirin).

Diagnózis, differenciáldiagnózis

Részletes anamnesis, a szedett gyógyszerek feltérképezése segíthet. Bőrgyógyászati betegségeknek jellegzetes bőrtünetei vannak. Szisztémás háttér esetén a bőr gyakran normális. Ilyenkor a laboratóriumi vizsgálatok nyújthatnak segítséget.

A korrekt diagnózis felállításához bőrgyógyász konzíliumra is szükség lehet.

Kezelés

Nem specifikus:

Fürdők, irritáló, szárító kezelések kerülése, hidratáló kezelés, nedves bőr cinkoxidos kezelése.

Szedatív antihisztaminok adása, főleg az esti órákban.

Hydroxyzine 25- 100 mg (Atarax): éjszakai histamin mediálta pruritusban.

Doxepine 25 mg (nem törzskönyveztet)

Promethazine 25 mg (Pipolphen)

Diphenhydramine 50 mg 6 óránként (Daedalon)

Dimetindene 4mg (Fenistil)

Ondansetron 8mg uraemiában, cholestasisban, resistens pruritusban.

Cholestyramine 4-16g (Qestran) cholestasisban, uraemiában.

Gabapentin 900-1800 mg (Gordius) Rezisztens viszketés, neurogén eredet esetén.

Naltrexon 25-75mg uraemiás és hepatopathiás esetekben.

Mirtazapine 15-30mg éjszakai, uraemiás és hepatogén pruritusban.

Paroxetin 25-50mg pszichogén eredetű viszketésben.

Cholestasis okozta viszketés esetén segíthet az epeutakba ültetett stent, vagy az epe elfolyást javító sugárkezelés.

Bőr lymphoma esetén, electron sugárterápia mérlegelendő.

Felszínre törő daganatok

Cél

A daganatok felszínre törésének megakadályozása az időben elkezdett onkológiai kezelésekkel.

A daganat okozta kellemetlen tünetek enyhítése.

A beteg életminőségének javítása.

Jelentőség, gyakoriság

Nem gyakori, de igen kellemetlen tünet. A betegek 7-8 százalékát érinti. Leggyakrabban emlő daganatban (25%) fej, nyaki tumorokban, alakul ki, de tüdőrákban sem ritka (7%). Gyakran érinti a hasfalat, a mellkasfalat, a perianalis és gáttájékot, a nyakat. A látható tumor, a testkép változás és a kellemetlen szagok miatt súlyos szociális izolációhoz vezethet. Nem ritka, hogy ereket érintve súlyos vérzést okoz.

Diagnózis

Az alapbetegség ismeretében általában nem okoz gondot.

Kezelés

Amennyiben lehetséges, palliatív sebészi, sugár vagy kemoterápiával próbáljuk a daganatot kezelni.

Tüneti ellátás

Törekedni kell a seb tisztán tartására, a nekrotikus szövetek, váladék, a genny eltávolítására.

Gyakori zuhanyoztatással, fiziológiás sóoldatos atmoszával tisztíthatjuk a sebet. A bakteriális fertőzés igen gyakori. Jótékony hatású lehet a betadinos, vagy hidrogén peroxidos atmosás.

Az üregek nedvszívó anyaggal történő tamponálása, enzimatikus, sebtisztító szerek adása is szóba jön. A sebet jódos, szenes, vagy ezüst tartalmú kötésekkel, nedvszívó kötéssel fedhetjük be. A jód és az ezüst reakcióba lép, ezért ezt a két szert egyidejűleg nem alkalmazzuk.

Baktérium tenyésztés alapján, célzott vagy széles spektrumú antibiotikus kezelést kezdetünk (metronidazol, clindamycine).

Szagtalanításra, Rivanol Fono ajánlott.

Vérzés esetén epinephrine 1: 1000 hígításban, vagy ferrum chloratum solutum 50% kísérelhető meg. Lápiszos ecsetelés is hatásos lehet, a vérzéscsillapító gyógyszerek mellett. Nagyobb, közeli ér esetén fel kell készülni nagy csillapíthatatlan vérzésre is.

A sebeket 3 rétegben fedjük. A sebre közvetlenül steril lapot helyezünk, középre nedvszívó, a tetejére pedig szagzáró réteg kerüljön.

Decubitus

Cél

A betegnél az ápolás során felmérni a decubitus kialakulásának rizikóját

Preventív intézkedések a kialakulás megelőzésére

A kialakult fekélyek kezelése, gyógyítása

Az életminőség javítása

Definíció, gyakoriság

A decubitus vagy nyomási fekély, a bőr és a bőr alatti szövetek károsodása, melyet a nyomás, a súrlódás, a nyíró erők és ezek kombinációja okoz. Mozgásukban korlátozott betegeknél, így az előrehaladott stádiumú, palliatív ellátásban részesülő betegeknél igen gyakori.

Pathofiziológia

A nyomásnak kitett helyek vérellátása csökken, a kis erekben a vérellátás megszűnik. A szövetek károsodnak, elhalnak. A károsodás mértéke a nyomás nagyságával és az expozíciós idővel egyenes arányban van. Nyíró erők és a súrlódás is hozzájárulnak a kialakulásához. A mélyben zajló károsodások megelőzik a látható tüneteket, így a decubitus megjelenése

gyakran nagyon hirtelennek tűnhet. Rossz táplálkozás, fehérje, vitaminhiány, cink hiány, eleve rossz keringés hajlamosító tényező. Már néhány óra mozdulatlanság is előidézheti, vizelet széklet incontinentia súlyosbítja. Predilectios helyek: sacrum, sarok, trochanterek, fül, könyök.

Diagnózis

A decubitus kialakulásának valószínűsége skálák segítségével becsülhető (Norton, Gossel, Waterlow, Braden, EK, stb.). Az értékelést időről időre újra meg kell tenni. Mindig ugyanazt a skálát alkalmazzuk, hogy a változások összehasonlíthatóak legyenek. A rizikó becsléskor a beteg általános állapotát, mentális állapotát, mozgásképességét, tápláltságát, bőrének állapotát, kontinenciáját vesszük figyelembe.

A kialakult decubitusokat stádiumokba sorolhatjuk.

Stádiumok:

I. stádium jellemzője a bőrpír, oedema, keményedés, bőr elvékonyodása, fájdalom.

II. stádiumban az irha felületes rétegéig terjedő szövethiány észlelhető.

III. stádiumban a bőr teljes rétegét érintő szövethiány van, mely a fasciát nem éri el. Lehet száraz, vagy nedvedző, odorosus is.

VI. stádium a fasciát áttörő mély, komoly fájdalommal járó folyamat, a sepsis veszélyével.

Terápia

Megelőzés

A decubitus megelőzése érdekében a beteg aktív mozgását igyekszünk fenntartani. Ha ez nem lehetséges, a beteg testhelyzetét legalább 2 óránként megváltoztatjuk. Passzív átmozgatás, masszázs, a bőr keringését élénkítő bedörzsölés jótékony hatású. A bőrt védeni kell a nedvességtől. Bőrvédő krémeket, pasztákat használhatunk. A megfelelő fekhely, ülőhely, speciális anyagú antidecubitus eszközök használatával csökken a kialakulás veszélye és javul a gyógyulás esélye. Dinamikus és statikus eszközök jönnek szóba a beteg állapotának megfelelően. Igyekszünk a táplálék és folyadékbevitelt optimalizálni.

A kezelés megkezdése előtt mindig szükséges a gondos állapotfelmérés. Ez vonatkozik a beteg általános állapotára és a decubitusok állapotára is. A beteg szociális, mentális állapota, esetleges fájdalma is lényeges tényező.

Kezelés

A megelőzésben használt eszközök a kialakult decubitusok kezelésében is szükségesek.

Ha a bőrpír a vezető tünet, a nyomás csökkentése a fő cél. A területre hydrocolloidos kötést tehetünk. Hólyagok, hegek esetén a hólyagot nem távolítjuk el, a varasodást sem, ha nem fluctuál. Steril fedőkötéssel védjük. A fekélyt szobahőmérsékletű vagy testhőmérsékletű, fiziológias sóval öblítjük ki. Steril kötéssel, vagy hydrocolloiddal fedjük. Ha a fekély fertőzött, a genny és a sebváladék kiürülését kell segíteni. Enzimatisztítást, lokális fertőtlenítőket, jód vagy ezüst alapú kötéseket alkalmazhatunk. Az alginátok hasznosak a sebváladék elvezetésében, megkötésében. A nedves sebkezelés alkalmazásakor a sebváladék mennyisége alapján döntünk az alkalmazott kezelési módszerekről és a kötések típusáról, gyakoriságáról.

Igen súlyos, mélyre terjedő fekélyek, szövetszétesés esetén sebészi kimetszés is szükséges.

Felhasznált irodalom:

Declan Walsh: Palliative Medicine. Expert Consult Premium Ed. 2009 ISBN:978-0-32305674-8

Egészségügyi Közlöny 7. szám 1458-1547

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a terminális állapotú felnőtt és gyerek betegek hospice és palliatív ellátásáról

ENDOKRIN ES METABOLIKUS KOMPLIKÁCIÓK (Dr. Radványi Ildikó)

A fejezet célkitűzései:

- *A leggyakrabban előforduló, endokrin és metabolikus komplikációkat okozó paraneopláziák ismertetése.*
- *Nem paraneopláziás eredetű, daganatokkal gyakran együtt járó endokrin és metabolikus komplikációk ismertetése.*
- *Daganatok okozta szervi elégtelenségek palliatív ellátásának ismertetése.*

Bevezetés

A daganatos megbetegedések kétféle módon okozhatnak endokrin és metabolikus komplikációkat. Az első esetben a malignus daganatok távoli hatásáról van szó, melyek nem hozhatók összefüggésbe a direkt, vagy áttétes tumor terjedéssel. Ezek a paraneopláziáknak nevezett, belsőszervi daganatokkal együtt jelentkező jól körülhatárolt tünetegyüttesek a tumor által termelt hormonok, citokinek, növekedési faktorok, enzimatis anyagok hatásának következtében alakulnak ki, vagy pedig a tumor elleni immunhatás játszik szerepet létrejöttükben. A második esetben az endokrin és metabolikus komplikációk hátterében a tumor direkt, vagy áttétes terjedése szerepel endokrin mirigyekre, májra, vesékre. A primer daganat, vagy metasztázisa károsítja ezeknek a szerveknek a funkcióját, így okozva endokrin, vagy metabolikus rendellenességeket.

Paraneopláziák

Tumor-asszociált hypercalcaemia

Definíció

Hypercalcaemiáról akkor beszélünk, ha a plasma összkalcium koncentrációja meghaladja a 2,6 mmol/l értéket, az ionizált kalcium pedig 1,3 mmol/l feletti. A tumor-asszociált hypercalcaemia a daganatos betegek életét fenyegető, életminőségüket jelentősen rontó anyagcsere rendellenesség, mely általában előrehaladott daganatos betegségekhez társul. A

daganatos betegek körében 20-30%-os arányban fordul elő. Emlőrák, tüdőrák és myeloma multiplex esetén legmagasabb az incidenciája.

Okok

A daganatos betegségekhez társuló hypercalcaemia alapvető oka elsődlegesen a szérumban kalcium szintjének emelkedéséhez vezető fokozott csontreszorpció, másodlagosan pedig a kalcium vesén keresztüli csökkent kiválasztása. A tumorokhoz társuló hypercalcaemia két fő típusa a humorális és a lokális osteolyticus hypercalcaemia. A humorális hypercalcaemia felelős a malignitáshoz társuló hypercalcaemiák 80 %-áért. Jellemzi a csontmetasztázis hiánya és a daganatos sejtek által termelt parathormon- receptorokhoz kötődő peptidek (PTH-rp) jelenléte, a tumor mediálta kalcitriol termelés, vagy az ektópiás parathormon szekréció. Lokális osteolyticus hypercalcaemia a tumoros betegek 20-30%-ánál fordul elő. Kiterjedt csontmetasztázisok jelenlétében alakul ki. Kialakulásában számos, a tumorsejtekből lokálisan felszabaduló mediátor játszik szerepet, melyek az osteoclast előalakok érett osteoclastokká való differenciálódását serkentve fokozzák az osteoclast mediálta csontreszorpciót.

Tünetek

A hypercalcaemia felismerése gyakran jelent nehézséget, a nem specifikus tünetek jelenléte, valamint a tumoros alapbetegség és palliatív gyógyszeres kezelés okozta hasonló tünetek miatt. Leggyakrabban előforduló tünetek az izomgyengeség, hányinger, hányás, étvágytalanság, akár ileusig is fokozódó székrekedés, polyuria, dehidráció, polydipszia. A neuropszichiátriai tünetek aluszékonyság, zavartság, nyugtalanság, depresszió, személyiségváltozás, súlyos esetben coma formájában jelentkezhetnek. Az emelkedett kalcium szint következtében a szívizomzat kontraktilitása és ingerlékenysége fokozódik, az ingerületvezetési sebesség csökken. Mindezek EKG eltérésekben nyilvánulhatnak meg, mint a megnyúlt PR intervallum, megrövidült QT intervallum, kiszélesedett T hullám, bradycardia, arrhythmia, szárblokkok, súlyos esetben komplett AV-blokk, szívmegállás lehetséges.

Terápia

A hypercalcaemia kezelésével a célunk a dehidráció megszüntetése, a szérumban kalcium szintjének csökkentése, és ha lehetséges a hypercalcaemiát okozó malignus alapbetegség kezelése. Tünetekkel járó középsúlyos és súlyos hypercalcaemia esetén azonnali agresszív terápia bevezetése szükséges, melynek első lépése a károsodott vesefunkció és a dehidráció rendezése erélyes hidrálással, majd ezt követő kalciumkiválasztást serkentő sódiurézis alkalmazásával. Napjainkban a csontreszorpciót gátló biszfoszfonátok alkalmazása jelenti a

gyógyszeres kezelés fő irányvonalát. Egyéb gyógyszerek, mint a calcitonin, gallium-nitrát, kortikoszteroidok második vonalbeli szerekként, illetve a biszfoszfonátok kiegészítéseként jönnek szóba terápia rezisztens esetekben.

SIADH (Syndrome of inappropriate ADH secretion, Schwartz-Bartter-szindróma)

Definíció

A betegség lényege az ozmotikus és nem ozmotikus ingerektől rendszerint független, fokozott AVP-elválasztás, illetve AVP-hatás, amely a test összvíztartalmának növelése és a következményes renális sóvesztés révén dilúciós hyponatraemiához vezet.

Okok

Daganatos megbetegedések esetén az ektópiás AVP, vagy vazopresszin-szerű peptidek képzése áll a SIADH hátterében. Leggyakrabban kissejtes tüdőrák és carcinoid tumorok termelnek AVP-t, de előfordulhat hasnyálmirigy rák, prosztatarák, nyelőcsőrák, és haematológiai daganatok esetében is. A palliatív ellátás során a malignomán kívül még más okokat is figyelembe kell vennünk a SIADH hátterében. Okozhatják központi idegrendszeri betegségek is (tumor, vérzés, fejsérülés, Guillain-Barré-szindróma, hydrocephalus, epilepszia) melyek az agytörzs irányából érkező gátló impulzusokat csökkentik, és az eutópiás AVP-szekréció fokozódását válthatják ki. Előfordulhat súlyos tüdőbetegségek, mint TBC, pneumonia, abscessus, empyema esetén, valamint számos, a daganatos betegségek gyógyítása, valamint a palliatív ellátás során alkalmazott gyógyszer is okozhatja, melyek az AVP elválasztást, vagy hatást fokozzák (haloperidol, carbamazepin, SSRI-k, NSAID, vincristin, ciklofoszfamid, fenotiazinok, szulfanilureák).

Tünetek

A tünetek súlyossága függ a hyponatraemia mértékétől, kifejlődésének sebességétől és tartamától. Enyhe hyponatraemia (Na: 130-135 mmol/l) sokszor tünetmentes, mérsékelt hyponatraemia (Na: 125-130 mmol/l) étvágytalanságot, hányingert, hányást, hasi görcsöket okozhat. Súlyos hyponatraemiánál (Na: 115-125 mmol/l) központi idegrendszeri tünetek, fejfájás, gyengeség, letargia, zavartság, hallucinációk, hypotermia, mentális funkciók romlása,

incontinencia jelentkezhethetnek, 115 mmol/l alatti szérumszintnél a súlyosbodó agyödéma miatt görcsök, kóma, légzésleállás, halál következhet be.

Diagnózis

A klinikai gyakorlatban a diagnózis akkor állítható fel, ha a hyponatraemia egyéb okai (pl. súlyos hányás, szív, vese, mellékvese és májelégtelenség, hypothyreosis, diuretikus kezelés) kizárhatók, a plazma ozmolalitása csökkent (< 275 mosmol/kg), a vizelet ozmolalitása a csökkent plazmaozmolalitáshoz képest aránytalanul nagy (> 100 mosmol/kg), az extracelluláris térfogat normális, a vizelet Na^+ ürítés emelkedett (> 20 mmol/l) normális só- és vízbevitel mellett. Diagnosztikus jelentőségű lehet, hogy az ureanitrogén, szérumszint, kreatinin, húgysavszint rendszerint alacsony.

Terápia

A kezelési stratégiát a SIADH kiváltó oka, a tünetek jelenléte, vagy hiánya, valamint a hyponatraemia súlyossága, kialakulásának sebessége határozza meg. Cél a vízretenció megszüntetése és az ozmotikus viszonyok helyreállítása. Törekedni kell a kórképet kiváltó alapelbetegség kezelésére. Tünetmentes hyponatraemia terminális állapotú betegek esetén nem feltétlenül igényel kezelést! Krónikus, aszimptómás hyponatraemia esetén a folyadékbevitel korlátozása (napi 500-800 ml) néhány napon belül emeli a szérumszintjét. Ha a kívánt hatást nem tudjuk így elérni, akkor a kezelés kiegészíthető furosemid + NaCl (kapszula, tabletta), karbamid (urea pura 30g/100 ml narancslében), vagy demeclocyclin (600-1200 mg/nap) orális adásával. Krónikus, szimptómás hyponatraemiát izotóniás NaCl-oldat iv. infúziójával kezelünk. Fontos, hogy a központi idegrendszeri szövődeményeket (demyelinisációs szindróma) megelőzzük, ezért a szérumszintjének emelkedése ne haladja meg óránként a 0,5 mmol/l értéket. Akut (< 48 h), súlyos hyponatraemia (< 120 mmol/l) esetén azonnali intenzív osztályon való ellátás szükséges, ahol hipertóniás (3%-os) NaCl-ot adnak furosemiddel együtt, mely mind a víz, mind a Na^+ exkrecióját növeli.

Carcinoid szindróma

Definíció

Carcinoid szindróma alatt értjük azon klinikai tünetek összességét, amelyek a carcinoid neuroendokrin tumorok által termelt bioaktív anyagok (elsősorban szerotonin) távoli hatásával

állnak összefüggésben. A gastrointestinális carcinoid tumorok 3-7%-a, bronchopulmonalis neuroendokrin daganatok 2%-a okoz carcinoid szindrómát.

Tünetek

Jellegzetes tünet a flush (80%), mely az arc és mellkas kipirulását, melegségérzését jelenti, mely általában izzadás nélkül jelentkezik. Gyakori a görcsös hasi fájdalom és vizes hasmenés (76%) jelenléte. Az esetek 10-20%-ában bronchoconstrictio és fulladás (10-20%) is a vezető tünetek közé tartozik. A betegek 40-50%-ánál jobb szívfél eltérések is kialakulnak, melyre a tricuspidalis billentyűn insufficiencia, a pulmonalis szájadékban stenosis kialakulása jellemző. Előrehaladott tumoros betegeknél pellagra jelentkezhethet. A carcinoid szindróma klasszikus klinikai képe az esetek túlnyomó többségében a májáttétek kialakulásakor bontakozik ki. Mechanikus (műtét), kémiai (gyógyszer, alkohol, altatás), vagy pszichés hatásra carcinoid krízis is kialakulhat, mely a keringés összeomlás veszélyével jár. Carcinoid krízisben jellemző az órákon-napokon át fennálló flush, asthmatform nehézlégzés, hypotonia, tachycardia, máskor hipertónia, szívritmuszavar és központi idegrendszeri tünetek jelenléte, melyek a zavartságtól a kómáig terjedhetnek.

Diagnózis

A vizelettel ürített szerotonin bomlástermék, az 5-hidroxi-indolecetsav (5-HIAA) meghatározása használatos a mindennapi klinikai diagnosztikában. A kromogranin A meghatározás jelentős segítséget nyújt a neuroendokrin daganatok diagnosztikájában, plazmakoncentrációja általában arányos a tumortömeggel, valamint jól használható a betegség lefolyásának monitorozására. A neuroendokrin tumorok kiindulási helyének és kiterjedtségének megállapításához valamennyi hagyományos és modern képalkotó és endoszkópos vizsgálatot felhasználjuk.

Terápia

A carcinoid tumorok kezelése során a neuroendokrin tumor teljes sebészi eltávolítására kell törekedni, ha áttétek még nem alakultak ki. Szelektív arteria hepatica embolisatio mérsékli a carcinoid szindróma tüneteit, de a túlélésre gyakorolt hatása még nem ismert. Célzott izotópkezeléssel (123 jóddal, vagy 131 jóddal jelzett MIBG, izotóppal jelzett octreotid, ittrium 90-es és lutécium 177-es izotóppal jelzett radioligandok) jók a tapasztalatok, de a hosszú távú eredményesség megítéléséhez ma még kevés adat áll rendelkezésre. Kombinált

kemoterápia (doxorubicin, 5-fluorouracil, dacarbazin, streptozocin) csak 2., 3. vonalbeli kezelésként jön szóba . A szomatosztatinanalóg octreotid és lanreotid csökkenti a tumor progressziójának kockázatát, valamint a karcinoid szindróma tüneteit is mérsékeli, a betegek 80 %-ánál lényegesen javítja, 59 %-ánál megelőzi a flusht, 32%-ánál megszünteti a hasmenést. Interferon kezelés mérlegelendő, ha szomatosztatin analógra a beteg nem reagál megfelelően, vagy a kezelésre refrakterré válik. A betegek tüneteinek csillapítására adhatóak a hagyományos szerotonin antagonisták (ciproheptadin 4x4-8 mg/nap, ketanserine 2x20-40 mg/nap, methysergid 2x3-9 mg/nap), hisztamin antagonisták (difenhidramin 4x50 mg/nap, ranitidin, cimetidin), valamint az α -adrenerg antagonisták (fenoxibenzamin 10-30 mg/nap). A hasmenés csillapítására székletfogókat (difenoxilát+atropin, loperamid, pancreasenzim-kivonat), pellagra megelőzésére, illetve kezelésére nikotinsavat (niacin) adhatunk.

Ektópiás ACTH/CRH szindróma

Definíció

Daganatok által ektópiásan termelt ACTH és CRH okozta tünetegyüttes. Az összes Cushing-szindrómás eset 10-20 %-át képezi az ektópiás Cushing- szindróma. A leggyakoribb daganatfélések, melyek ACTH-t és CRH-t termelnek a kis sejtűs tüdőrák, thymoma, pancreas neuroendokrin daganata, medulláris pajzsmirigyrák, pheochromocytoma, gyomorbél traktus egyéb neuroendokrin tumorai.

Tünetek

Ektópiás Cushing- szindróma esetén a hormontúlermelés tünetei, mint a súlyos hypertónia, hypokalaemia, diabetes mellitus, opportunista infekciók jelentkeznek először, melyek rendszerint gyorsan progrediálnak, és általában csak jóval később alakulnak ki a daganatos alapbetegség tünetei.

Diagnózis

A diagnosztika során a nagydózisú dexamethasonteszt és CRH-teszt segítségével el kell különíteni az ektópiás Cushing-szindrómát a hypofízisben elhelyezkedő ACTH-termelő adenomától. Második lépésben mellkas röntgen, hasi ultrahang, mellkasi- és kontrasztanyagot hasi CT, ez utóbbiak negativitása esetén mellkasi-és hasi MR vizsgálattal, valamint

szomatosztatinreceptor-sztintigráfiával lokalizálni kell a primer tumort. A tumormarkervizsgálatok segíthetnek az ACTH termelő daganat kiindulási helyének megtalálásában.

Terápia

A primer tumor mielőbbi teljes sebészi eltávolítása jelenti az egyetlen esélyt a gyógyulásra. Inoperabilis, reziduális, vagy recidív daganatokat az azonos szöveti szerkezetű és stádiumú, hormont nem termelő malignus daganatok daganatellenes onkológiai kezelésének megfelelő elvek szerint kezelünk. A hypercortisolismus csökkentésére használhatunk a szteroid bioszintézisét gátló gyógyszereket (ketokonazol, mitotan, metyrapon, aminoglutetimid, trilostan, etomidát), vagy kétoldali teljes adrenalectómia végezhető, melyet élethosszig tartó mellékvesekéreg-hormon szubsztitúció követ.

Tumorok okozta hypoglycaemia

A tumorokkal társult hypoglycaemia leggyakoribb oka a pancreas inzulint szekretáló β -szigetsejtekből kiinduló tumora. Azonban előfordul, hogy nem pancreas eredetű tumorok is szekretálnak inzulint, vagy inzulinszerű növekedési faktorokat. Ennél azonban gyakoribb, hogy nagyméretű daganatok esetén a hypoglycaemia oka inkább a daganat fokozott glükóz felhasználása, illetve a normál kompenzatórikus mechanizmusok, mint a növekedési hormon és glukagon szekréció károsodása. Időnként a máj glükóz képzése károsodik. A leggyakoribb, hypoglycaemiát előidéző tumorok a nagyméretű, előrehaladott stádiumú, gyakran a májat is beszűrő retroperitoneálisan, vagy intrathoracalisan elhelyezkedő, főként mesenchymális eredetű tumorok, kisebb részben hepatoma, mellékvese karcinóma, és gasztrointesztinális tumorok állnak a háttérben.

Tünetek

A hypoglycaemia a betegség előrehaladott stádiumaiban jelentkezik és leginkább a neuroglycopenia tünetei észlelhetők zavartság, agitáció, kóma, görcsök formájában, főként fizikai terhelést, vagy éhezést követően.

Diagnózis

A daganatokhoz társult hypoglycaemiát elsősorban a mellékvesekéreg elégtelenség, májelégtelenség, hipofízis elégtelenség, valamint az orális antidiabetikumok okozta hypoglycaemiától kell elkülöníteni.

Terápia

A súlyos neuroglycopéniás tünetekkel járó hypoglycaemia esetén intravénás glükóz infúzió adása szükséges. A palliatív célú daganatot megkisebbitő sebészeti beavatkozás, a tumor artériás embolizációja, vagy hatékony palliatív célú kemoterápia alkalmazása a paraneopláziás hypoglycaemiát megszüntetheti. Rendszeres táplálkozás, nagy dózisú szteroid kezelés, parenterális glucagon, vagy humán növekedési hormon adása is hatékonyan alkalmazható a betegek egy részénél.

Nem paraneopláziás endokrin és metabolikus komplikációk

Hyperglycaemia

A hyperglycaemia prevalenciája nagyobb a daganatos betegek között, mint az átlag populációban, és fordítva is igaz, diabeteszes betegeknél gyakrabban fordul elő malignóma, mint az átlag populációban. Előrehaladott daganatos betegségek esetén a hyperglycaemia kialakulásának hátterében állhat pancreas daganat, hepatikus dysfunctio, a glükóz metabolizmus tumorsejtek által történő módosítása, valamint a tumorsejtek által secretált inzulin antagonistá hormonok vércukoremelő hatása. A palliatív ellátás során gyakran alkalmazott nagy dózisú szteroid kezelés a betegek 20%-ánál szteroid indukálta diabetes mellitus kialakulásához vezet.

Terápia

Általánosságban elmondható, hogy cukorbetegségben a macro-és microvasculáris szövődmények megelőzése, illetve késleltetése céljából szoros vércukor kontroll szükséges. Azonban ha a cukorbetegséghez előrehaladott stádiumú daganat társul, akkor az euglycaemiára törekvő szoros vércukor kontroll a betegek életminőségét már nem javítja. A terápia fő szempontja ilyenkor a súlyos anyagcsere kisiklások elkerülése. Biztonságos és elfogadható, ha az éhomi vércukorszint 8-12 mmol/l közé esik, a postprandiális vércukorérték pedig nem haladja meg a 15 mmol/l értéket. Ha már ismert cukorbetegségben alakul ki malignóma, akkor a fogyás, étvágytalanság, hányás, csökkent kalóriabevitel miatt a szénhidrát anyagcsere javulása várható, mely a vércukorcsökkentő kezelés módosítását teszi szükségessé. Előrehaladott stádiumú daganatos betegeknél a diétás szigorznak nincs értelme. Inzulinnal kezelt cukorbetegségben az inzulin dózisének csökkentése szükséges, sok esetben a gyors hatású inzulin elhagyható, elegendő lehet csak bázisinzulint adagolni. Próbálkozhatunk

intenzív inzulinkezelésről áttérni konvencionális inzulinterápiára, mely naponta 2x, előkevert inzulin adását jelenti. Orális antidiabetikumokkal kezelt betegeknél is a gyógyszerek dózisának csökkentése, vagy elhagyása válhat szükségessé. Előrehaladott daganatos betegeknél gyakori a máj- és veseműködés romlása, szívelégtelenség kialakulása, mely a biguanidok adásának kontraindikációját jelenti. Nem javasolt az elnyújtott hatású szulfanilurea (nem mikronizált glibenclamid) kezelés sem a hypoglycaemia veszélye miatt. Ritkábban okoznak hypoglycaemiát és ezért biztonságosabban adhatók a rövidebb hatástartamú, főként postprandiális inzulinszekréción fokozó szulfanilureák (gliclazid, glipizid). Mérsékelt fokú vesekárosodás esetén a májon keresztül kiválasztódó gliquidon adható. Az α -glikozidázgátló acarbose, a prandiális glukózregulátor glinidek, a tiazolidindionok és a DPP4-gátlók alkalmazásával kapcsolatban előrehaladott stádiumú tumoros betegeknél jelentős klinikai tapasztalattal nem rendelkezünk.

Veseelégtelenség

Előrehaladott daganatos megbetegedések gyakran járnak veseelégtelenséggel. Törekedjünk a veseelégtelenség reverzibilis okainak feltárására. A prerenális és obstruktív veseelégtelenség, urát nephropathia, hypercalcaemia, tumor lysis szindróma jelentik a malignus tumorokkal együtt járó veseelégtelenség leggyakoribb reverzibilis okait. Abban az esetben, ha hosszabb prognózis várható, és a beteg állapota is megengedi, akkor lehetőség szerint oki terápiát alkalmazására törekedjünk. Fontos a veseelégtelenség tüneteinek - hányinger, hányás, zavartság, étvágytalanság, szájszárazság, obstruktív nephropathiában jelentkező görcsös hasi fájdalmak - kezelése, enyhítése. Terminális stádiumú daganatos betegek veseelégtelenségének kezelésében az agresszív vesepótló kezelések nem jönnek szóba. Veseelégtelenség esetén több gyógyszer dózisát, köztük az opioidokat is csökkenteni szükséges annak érdekében, hogy elkerüljük az akkumulációt, toxikus tünetek kialakulását, valamint a vesefunkció további romlását.

Májelégtelenség

Daganatos betegek májelégtelenségének leggyakoribb okai a tumor okozta epeúti obstrukció, májparenchymát infiltráló kiterjedt áttétek, májkárosító gyógyszerek. Miután a gyógyszerek okozta májelégtelenséget kizártuk, fontos az obstruktív és parenchymás májelégtelenség

elkülönítése egymástól, eltérő palliatív ellátásuk miatt. Epeúti obstrukció tünetei leginkább percután transhepaticus, vagy endoszkópos retrográd epeúti drainage útján csökkenthetők. A kiterjedt májástétek sárgaságot, étvágytalanságot, viszketést, a májtok feszülése miatt fájdalmat, alvadási zavarokat, elektrolit eltéréseket, ascitest okozhatnak. A májtok feszülése okozta fájdalom jól reagál NSAID és szteroid kezelésre, melyeket szükség esetén opiátokkal kombinálhatunk. A hányinger hátterében állhat gyomorkimeneti obstrukció, mely az étkezések előtt adott metoclopramiddal csökkenthető. A hányingernek májelégtelenség esetén toxikus okai is lehetnek. Ezekben az esetekben a centrálisan ható haloperidol, vagy levomepromazin hatékonyabban csökkenti a hányingert, hányást. A viszketést paroxetin, mirtazapin, ondansetron, naltrexon, cholestyramin, valamint a bőrre alkalmazott mentolos, hűsítő kenőcsök enyhíthetik. Hepatikus encephalopathia kialakulása esetén a beteg zavarttá, agitálttá, somnolensé válhat. A fehérje bevitel megszorítása, magnézium szulfáttal, vagy laktulózzal történő béltisztítás, valamint a bélrendszerben ható neomycin, rifaximin antibiotikumok a bélflóra ammónia képzését csökkentik, mérsékelve ezzel az encephalopathia tüneteit. Terminális stádiumú daganatos betegeknél kialakuló hepaticus encephalopathia esetén biztosítsunk a beteg számára nyugodt, csendes körülményeket. A diétás megszorításoktól és a béltisztítástól eltekinthetünk. Súlyos fokú agitáltság kialakulása esetén szükségessé válhat a beteg haloperidollal, levomepromazinnal történő szedálása.

Felhasznált irodalom:

Paul, W. Walker: Cancer-related syndromes. In: Palliative Medicine. Ed.: Walsh, D., Saunders kiadó, Philadelphia, 2009, 1282-1285.

Bower, M., Cox, S.: Endokrin and metabolic complications of advanced cancer. In: Oxford textbook of palliative medicine Ed.: Hanks, G., Oxford University Press, New York, 2010, 1015-1033.

Watson, M., Lucas, C.: Endokrin and metabolic complications of advanced cancer. In: Oxford handbook of palliative care Ed.: Oxford University Press, New York, 2009, 445-460.

Kulcsszavak

paraneoplázia, hyponatraemia, hyperglycaemia, hypercalcaemia

ONKOLÓGIAI KEZELÉSEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Ruzsa Ágnes)

A fejezet céljai:

- *a palliatív ellátás keretében biztosított onkológiai kezelések (gyógyszeres kezelés, sugárkezelés, invazív beavatkozások) bemutatása,*
- *az onkológiai kezelések szükségességét kiváltó okok, tünetek ismertetése.*

Gyógyszeres kezelések, sugárkezelés, invazív beavatkozások

Bevezetés

Elsősorban kemoterápiás kezelésekre gondolunk, amikor onkológiai gyógyszeres kezelésekről beszélünk. Fontos azonban számításba venni az egyéb, de a daganat megkisebbitését szolgáló kezeléseket is, mint az endokrin terápiák és a célzott kezelések. A terminalis állapotban sem nélkülözhetjük ezeket, ha annak valamilyen kízó tünetet csökkentő hatása lehet. A daganat a végstádiumban, az élet végén is nagyon súlyos szenvedést okozhat a kompressziós tünetek révén, melyet nem elsősorban a nagy daganat- tömeg hoz létre, hanem a direkt tumoros infiltráció, vagy a metasztázisok okozta artériás-vénás kompressziók, lumenszűkületek, elzáródások. Azoknál a daganatoknál, amelyek gyorsan növekednek és kemoterápia érzékenyek, elsősorban gyógyszeres kezelést alkalmazunk, vagy sugárterápiát veszünk igénybe, ha a hatás kialakulásához kellő idővel (2-3 hét) rendelkezünk. Sürgős esetben, amikor a nagy szenvedés és akár életveszélyes állapotot okozó tumoros elzáródást észlelünk azonnali palliatív műtét, vagy endoscopos beavatkozás (stent behelyezés) is indokoltá válhat, a beteg teherbírásától függően a lehetséges szövődményeket is mérlegelve. A terminalis állapot nem jelenti azt, hogy minimalis vagy nagyobb invazív, a betegnek nagy megterhelést is okozható beavatkozásokat ne végeznénk. Műtétek, endoscopos manipulációk mellett, lézeres, radiofrekvenciás, termodinámiás eljárások is szóba jönnek.

Mielőtt ezeket tárgyalnánk, két fontos tünetről kell említést tennünk, melyek miatt gyakran kerülnek ismételten az onkológusok látókörébe a betegek. A csaláadorvos, a beteg környezete

megrémül tőlük, elbizonytalanodik a teendőket illetően, ezek pedig a tumoros anaemia és a tumoros láz.

Anaemia

A tumoros anaemia jellemzően nem hirtelen vézéstől alakul ki. Oka lehet a kis, de állandó vérvesztéssel járó szivárgó vérzés a kifelélyesedett tumorból, de a nagy tumor tömeg önmagában is okoz vashiányos anaemiát. Mindkét esetben krónikus vérszegénységről van szó, amelyhez a szervezet adaptálódik és a kisebb teherbíró képességen kívül csak minimális tüneteket okoz. A pontos diagnózishoz ismerni kell a vesék állapotát, a renális anaemia kizárása céljából, a csontvelő primer és sekunder betegségeit. A legjobban követhető eltérés a szerum haemoglobin és haematokrit szintjének vizsgálata, követése. Jellemzően ez stabilizálódik Hb: 8-6,5 g/dl és 0,28-0,24 % között, ami a betegnek lényeges panaszt nem okoz. Semmiféle beavatkozást a vaspótláson kívül nem igényel. Amennyiben ilyenkor a betegnek transfúziót adunk, a laborok javulása csak átmeneti, gyorsan visszaáll és stabilizálódik is az előző szintre. Transzfúziót csak súlyos, a beteg önellátását rontó anaemia tünetek mellett adjunk. Ezek a nyugalmi dyspnoe, palpációérzés, gyengeség, ágyhoz kötöttséget okozó fáradékonyság (ECOG 3). Erythropoietinek adása kontraindikált.

Tumoros láz

Az alattomosan kialakuló és a beteget legyengítő, jellemzően a délutáni órákban jelentkező 38 C-foknál nem magasabbra emelkedő, de már láznak nevezhető temperatura emelkedésről van szó. Amennyiben fertőző betegség kizárható, a NSAID csoportba tartozó kis dózisú (napi 550 mg) naproxen azonnal megszünteti a problémát. A beteg közérzetét, életminőségét javítja, még akkor is, ha gyomorpanaszok miatt ki kell egészíteni a gyógyszerszedést antacidumokkal.

Tumoros sebek

A tumoros sebeket rendszeresen naponta akár többször is, rendszeresen kell öblíteni fiziológiás sóoldattal tisztítani. Hydrogén-peroxiddal a necrotikus részeket felületesen jól lehet oldani, mercurochrommal körbeecsetelni, majd szagtalanító, nedvesen tartó kötszerekkel fedni.

A bőr alatti, a nyálkahártyákon elhelyezkedő tumorok direkt ráterjedéssel, tumoros bőrinfiltrációval okozhatnak kifelélyesedő tumoros sebeket. Ezek az emlőrák, fej-nyak daganatok nyaki nyirokcsomó metasztázisai, az ajakrák, az analis carcinomák, pénisz és

vulvatumorok. Azok a daganatok, amelyek a bőrbe is metasztatizálnak, mint a tüdőrák és a melanoma malignum, szintén elhanyagolt, vagy előrehaladott esetekben kifehélyeződéssel járó tumoros metasztázisok révén keserítik a beteg és a hozzátartozók életét.

A bőrt infiltráló tumoros elváltozások a környező bőrre infiltratív a széli részeken terjednek, vagy kis szigeteket képezve, satellit metasztázisokat adnak, továbbá a melybe infiltrálnak akár a csontos képleteket is uzurálva.

Amíg csak lehetséges, műtétilag el kell ezeket távolítani műtéti plasztikai sebészeti módszerekkel. Ha ez bármely okból nem lehetséges, vagy a többszörös műtétek vagy a tovaterjedés miatt már kontraindikált, lokális felületes sugárkezeléssel próbálkozhatunk 10-20 Gy osszdózisban. A palliatív sugárkezelés csökkenti a szivárgó vérzést, lassítja a folyamat tovaterjedését. A necrotikus, rosszul oxigenizált tumoros sebek azonban határt szabnak mind a sugárkezelés mind a gyógyszeres kezelés hatékonyságának.

A régen használt a tumoros metasztázis kemoterápiás, interferonos injekciós infiltrációja ma már túlhaladott, terápiás előnnyel nem jár, kerülendő.

Obstrukció

Szervezetünkben számos „lumenben” növekednek tumorok, melyek a szűkebb-tágabb keresztmetszetnek megfelelően, hosszabb-rövidebb idő alatt elzáródást okoznak vagy annak fenyegető tüneteit produkálják.

A nyelőcsőben, gyomorszájban (cardiában) elhelyezkedők dysphagiát, a bronchusokban elhelyezkedők stridoros légzést, ingerköhögést, barnás-vércsíkos köpetet, a pylorusban korai teltségérzést, emésztetlen ételt tartalmazó hányást, a Vater papillában, pancreasfejen elhelyezkedők a ductus choledochus nyomása-infiltrációja révén icterust, a vastagbélben elhelyezkedők pedig ileust okozhatnak. Amennyiben a tumor a teljes lumenfalat átrágja, perforációt sipolyokat okozhat. A kismedencében elhelyezkedő tumorok, valamint a peritoneumon megtelepedő, növekvő metasztázisok külső tényezőként okoznak elzáródást az uretereken, vagy a vékony- és vastagbélben.

A jellegzetes tünetek mellett egyszerű diagnosztikus vizsgálatokkal, mint röntgenfelvételek a mellkasról, hasról, nyelési röntgen, vagy endoszkópos vizsgálatok a kórisme könnyen megállapítható.

Onkológiai szempontból nagy segítséget jelentenek a betegnek pedig kis terheléssel járnak az endoscoposan behelyezhető műanyag, vagy öntáguló fém stentek, amelyek drágák ugyan, de

a tünetek azonnali eliminálásához vezetnek. Amennyiben még a betegnek az életkilátásai megfelelőek, azaz több mint 3 hónap, a tumornak megfelelő kemoterápia, sugárkezelés vagy kemo-irradiáció végezhető. A stentek hátránya, hogy elmozdulhatnak a tumor zsugorodásával, a tumor beszövi és ismételten elzárja őket, megfelelő időközönként ellenőrzésre, cserére szorulnak. A nagy testűreg megnyitással járó műtéteknél azonban jobban tolerálhatóak, még erősen legyengült betegnél is sikerrel alkalmazhatóak, és a mortalitásuk elhanyagolható.

Ha bármely okból stent behelyezésre nincs lehetőség, műtétként a bélelzáródásnál megkerülő anasztomózis készítése, vagy vendégnyílások készítése válik szükségessé. Gastrostoma sebészileg, anus praeternaturalis, nephrostoma, suprapubikus vesicalis katéter-behelyezés a beteg szenvedéseit végstádiumban is enyhíti, önellátóvá válhat.

Az onkológiai kezelések a tumor megkisebbitésére szorítkoznak. Sugárkezelést végezhetünk külső és after-loading (intraluminaris) technikával nyelőcső, bronchus és rectum carcinomák esetén. Külső sugárkezelést bármely tumornál végezhetünk palliatív céllal, ha azt az előzőekben kiszolgáltató sugárterápiás dózis nem kontraindikálja, és megfelelő tervezési rendszerrel pontosan tudjuk a sugárkezelést irányítani. (IMRT, légzéskapuzott rendszer)

Modern sugárterápiás eszközparkkal kiváló palliatív eredmények érhetőek el.

Kemoterápiát csak arra nagyon érzékeny daganatnál kísérelünk meg ilyen esetben, mint a kis-sejtes tüdőrák és az ovarium carcinoma.

Speciális obstrukciók – Vena cava superior szindróma

A felső mediastinum (hiláris, peritrachealis) nyirokcsomóinak többszörös áttéte, nyirokcsomó konglomerátum képződés okozza. Bár vannak korai tünetei, amelyek fölhívhatják rá a figyelmet, mint fejfájás, szédülés, nyaki duzzanat és fulladásérzés, mégis leggyakrabban a beteg akkor kerül orvoshoz, amikor a fulladás fokozódása és a plethorreas, oedemás arc, vagy akár a mamilla vonalától felfelé észlelhető szimmetrikus, felső testféli odema feltűnő változását észleli. A pontos diagnózishoz és a terápia megtervezéséhez, ami jellemzően sürgős sugárterápia elengedhetetlenül szükséges azonnal CT vizsgálatot végezni.

Kemoterápiát szinte sosem adunk azonnal, a tünetek enyhülése és a sugárterápia befejezése után amennyiben a daganat kemoterápia érzékeny adhatunk (kis-sejtes tüdőrák, emlőrák)

Kezelése 30-50 Gy, napi 3-4 Gy frakciókban, melyre általában gyorsan reagál, drámai javulást eredményezve. Amennyiben ismételten kialakul, rövid időn belül a kezelés nem ismételtető!

Amennyiben vena cava superior thrombosis a szindróma oka érsebészeti, szívsebészeti beavatkozásként a thrombus-tumoros thrombus eltávolítása szóba jön, egyébként teherbíró betegnél.

Speciális obstrukciók –Szívtamponád

Viszonylag ritka tumoros életvégi tünetről van szó, de tüdőrákban, emlőrákban, amelyek nem ritka betegségek a hosszan tartó kezelések végén, kialakulhat. A daganatelleni terápiák a pericardiumba nem vagy csak nehezen jutnak be, és bár a daganatnövekedés feltételei nem ideálisak, a hosszan túlélőkben, az agresszív szövettani típusok esetén találkozhatunk vele.

Fulladás, anginás tünetek, ájulások vezethetik be a szívtamponádot, egyszerű mellkasröntgennel, szív UH-val diagnosztizálható.

Azonnali megoldásként perikardiocentézis egyéb szívsebészeti beavatkozások jönnek szóba. A lokális kemoterápia, sugárkezelés kerülendő. Még terminális állapotban is szisztémás kemotárapiás kezelések segítenek a betegen leginkább.

Vérzések

A terminális állapotban jelentkező vérzések jellemzően szivárgó, de hosszantartó krónikus vérzések lehetnek. Ritkán tapasztalunk erősebb vérzést. Mindkét esetben azonban a daganat vagy annak nyirokcsomó áttétei okozzák, a tumoros elváltozás közelében elhelyezkedő nagy arteriák erodálásával.

Amennyiben technikailag lehetséges és az egyéb lehetőségeket, mint sugárkezelés, kemoterápia kimerítettük, az arteriák ligatúrája embolizációja szükséges. Elvégezhető nyelvtumorok esetén az a. radialis, kismencedei tumorok esetén az a. hypogastrica ligatúrájával vagy embolizációjával. A hajlatokban axillában, inguinalis régióban elhelyezkedő nagyarteriák valamint a mellkasi arteriák uzurációja, gyakran a beteg halálát okozó erős vérzést okozhat. Igazán terápiás tevékenység nincs a terminalis szedáción kívül.

Pathológiás fraktúrák, fájdalmas csontmetasztázisok

Az élt végén a kiterjedt csontmetasztázisok óriási problémát jelentenek a beteg számára, hiszen mozgásában a mindennapi élet legapróbb dolgaiban is úgymint tisztálkodás, székelés, vizelés is korlátozhatják.

Az onkológiai palliációnak nagy jelentősége van ezekben az esetekben.

Amennyiben csak lehetséges csontstabilizáló műtétet kell végezni, majd az érintett területet besugarazzuk. Ha ez a kiterjedt metasztázis, felpuhult csontszerkezet miatt nem lehetséges, azonnal helyi sugárkezelést végzünk, részben fájdalomcsillapítás, részben a stabilizálás céljából. A sugárkezelésnek több módoszata van, attól függően, hogy inkább a fájdalomcsillapítás, vagy inkább a stabilizálás az elsődleges. Fájdalomcsillapítás céljából rövid kezelést végzünk egyszeri nagy dózissal, stabilizálás céljából kisebb frakciókban 3-4 hétig tartó sugárkezelés javasolt.

Ha a csontszerkezet erősen több mint 60%-ban károsodott és a fájdalom diffúz, kiterjedt, akkor intravenás izotópkezelést kell végezni, melyet 3-4 havonta lehet ismételni.

Újabban megjelentek a csontmetasztázisokra ható, nemcsak fájdalomcsillapító izotóp kezelések is.

Felhasznált irodalom:

Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Irányelve a terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátásáról. Egészségügyi közlöny 60:1458-1547, 2010.

Hegedűs K(szerk): A terminalis állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek 2012.

NCCN Guidelines Palliative Care nccn.org 2014

Oliver IN: The MASCC textbook on cancer supportive care and survivorship, 2011

Szirmai J (szerk): Neurologia Medicina 2011 3. bővített kiadás

Walsh D: Palliative Medicine Saunders, Elsevier, 2009

AZ ELŐREHALADOTT DAGANATOS KÓRÁLLAPOTBAN SZENVEDŐ BETEGEK PALLIATÍV SUGÁRTERÁPIÁS KEZELÉSE (Dr. Csere Tibor, Dr. Mangel László)

A daganatok kezelésében sebészi, sugaras és gyógyszeres módszereket alkalmazunk. Az utóbbi években az onkoterápia minden területén jelentős fejlődés tapasztalható, egyre korszerűbb sugárterápiás eszközök, valamint egyre hatékonyabb gyógyszerek állnak rendelkezésünkre. Sajnos azonban a betegek egy része már a kezelés kezdetén láthatóan nem gyógyítható. Ennek okai lehetnek a daganat előrehaladott volta vagy terápia rezisztenciája, illetve a rossz általános állapot, a kezelést lehetetlenné tévő társbetegségek és egyéb tényezők. Amikor a gyógyításra reális lehetőség látszik, azt a kezelést kuratív kezelésnek nevezzük. Amikor azonban nem gyógyítható a betegség, palliatív kezelést végzünk. Ez utóbbi célja a tumor növekedésének lassítása, a különböző, például nyomási tünetek enyhítése, fájdalomcsillapítás, természetesen az életminőség javítása, és sokszor lehetőség szerint a túlélés meghosszabbítása. Palliatív kezelés lehet akár műtét, sugárterápia, intervenciós radiológiai beavatkozás, konvencionális kemoterápia, biológiai válaszmódosító kezelés, vagy éppen indokolt esetben modern célzott biológiai terápia is.

Az onkológiai betegség előrehaladott volta vagy egyéb, általános tényezők miatt már a palliatív-hospice ellátás körébe került betegeinknél az előzőekben taglalt terápiák alkalmazása még inkább körütekintést igényel, és bármiféle palliatív onkoterápiás beavatkozás csak akkor végezhető el, ha azzal semmiféle kellemetlenséget nem okozunk a betegnek és ugyanakkor valamilyen életminőséget javító effektus várható. Ennek megfelelően általában komoly mellékhatásokkal járó citotoxikus kemoterápiát, a szintén komoly krónikus toxicitást okozó és költséges célzott biológiai terápiát, vagy éppen igen hosszú, több hetes sugárterápiás kurzust nem kezdeményezünk ezen esetekben, illetve ezek alkalmazása nem egyezhet az orvosi segíteni akarás elveivel. (Természetesen előfordulhatnak különleges helyzetek, amikor még megfelelő általános állapot mellett ezek a kezelések jelentik az optimális ellátást.) Mindezekkel szemben rövid, és egyszerűen kivitelezhető besugárzást, biszfoszfonát kezelést, antihormon terápiát komolyabb rizikó és megterhelés nélkül alkalmazhatunk gyengébb állapotú, állandó gondozást igénylő betegeinknél is. A palliatív ellátásban a sugárterápiának

van talán a legjelentősebb szerepe. Sok, a későbbiekben taglalandó esetben a leggyorsabb tüneti effektust a besugárzással lehet elérni. Sugárterápiás facilitás a legtöbb megyeszékhelyen elérhető, egyszerűbb technikát alkalmazva a kezelés nem jár komoly kellemetlenséggel, az akut mellékhatások általában uralhatók. Amennyiben rövid, egy-két alkalmas, vagy maximálisan egy-két hetes sugárkezelési kurzust választunk, akkor a napi beszállítás sem okoz elviselhetetlen terhet a betegnek. Másik előnye a rövid (és 1-1 alkalommal magasabb napi dózisé) sugárterápiának, hogy az ún. korai vagy akut mellékhatások nem gyakoribbak, sőt jobban viselhetők, jobban uralhatók. A konvencionális, 4-6 hetes kezelési kurzusok alkalmazása azonban egy várhatóan egy-néhány hetes-hónapos betegség lezajlás esetén semmiképpen nem lehet kezelési alternatíva. Szimultán radiokemoterápiás ellátás, annak fokozott toxicitása miatt szintén nem ajánlható a palliatív ellátási körben. Azonban a besugárzással együtt alkalmazható a biszfoszfonát kezelés vagy a hormonterápia is. Az emlő-, a méhtest-, vese- és a prosztaták ellátásában szerepet játszó különböző hormonterápiás eljárások a maximálisan palliatív ellátási kurzus során is viszonylag egyszerűen és kevés mellékhatással alkalmazhatók.

A bevezetésben említettük, hogy a sugárterápiás technológia hatalmas mértékben fejlődött az elmúlt években. Nagyon sok helyen már rutinszerű a legcélzottabb ellátást biztosító ún. intenzitásmodulált besugárzás tervezés- és kezelés kivitelezés (IMRT – intensity modulated radiotherapy), vagy annak legkorszerűbb formája a dinamikus ívbesugárzás (IMAT – intensity modulated arc therapy), illetve a rendkívül pontos egyes kezeléseket biztosító képvezérelt sugárterápia (IGRT – image guided radiotherapy). Szintén egyre több helyen alkalmazzák akár metasztázisok kezelésére a különböző stereotaxiás, sugársebészeti módszereket is. S bár ezek a modern technológiák is egyre inkább tért szorítanak maguknak a palliatív ellátás során (egy páruleses sugársebészeti beavatkozás egy minimális mellékhatás kockázattal járó, elviselhető megterhelés egy áttétes daganatos beteg számára is), mégis hagyományosan a palliatív sugárkezelés elvégezhető egyszerű technikával, a legegyszerűbb működésű besugárzó készülékeken is. Tehát egy palliatív kurzust nem feltétlenül kell, hogy megelőzze egy bonyolult, akár többnapos tervezési folyamat és például csont- vagy nyirokcsomó áttétek kezelésére hatékonyan használható egy röntgen terápiás készülék, egy kobaltágyú, vagy egy elsőgenerációs gyorsító. A következő néhány alfejezetben a palliatív sugárkezelésnek legfontosabb indikációit foglaljuk össze.

Csont metasztázisok palliatív sugárkezelése

Leggyakrabban a csontáttétek okozta tünetek miatt van szükség palliatív sugárkezelésre. Tüdő daganatok, áttétes emlőkarcinómák esetében jóval több, mint 50% az esélye annak, hogy csontra terjedés alakuljon ki. Normális esetben a csont lebomlás az osteoclastok tevékenysége által, valamint a csont újraképződés az osteoblast tevékenység révén egyensúlyban van, hormonok, citokinek, és növekedési faktorok segítségével szabályozva. Daganat metasztázis kialakulása esetén ez az egyensúly felbomlik. Lítikus folyamatokban az osteoclast tevékenység fokozott, ez jellemző pl. emlőrákra. Osteoplasticus (sclerotikus) metasztázisokban viszont az osteoblast tevékenység fokozódik, ez jellemző a prosztatata tumorra. A metasztázisok vegyesek is lehetnek.

Az áttétek patogenezise egy folyamatos és agresszív körforgás következménye, nevezetesen osteolítikus metasztázisban a tumorsejtek által termelt humoralis faktorok osteoclast felhalmozódást okoznak, amely csont-reszorpciót eredményez. A csont-reszorpció viszont növekedési faktorok kibocsátásával jár, amelyek további tumor növekedési faktorokat stimulálnak, és ezzel circulus vitiosus alakul ki. Sclerotikus metasztázis esetén a tumorsejtek által termelt növekedési faktorok az osteoblast aktivitást stimulálják, amely fokozott, de gyengébb csontképződést okoz. Az osteoblastok és osteoclastok továbbá olyan növekedési faktorokat termelnek, amelyek a tumor növekedését is stimulálják.

A csont metasztázisok leggyakoribb lokalizációja a thoracalis, lumbalis gerincen és a medence csontjain vannak, de jelentős a femur proximális részén, a koponyacsontokon és a nyaki gerincen való megjelenés is. Leggyakrabban myelómában, emlődaganatban, prosztatata tumorban, vese tumorban és tüdőrákban fordulnak elő. A csont áttételek fájdalommal járnak, patológiás törésekhez is vezethetnek. A kiterjedt csontáttét képződésnek súlyos szövődménye a hypercalcemia, valamint a vörös csontvelő haemopoiesis szuppressziója. A csontáttétek okozta fájdalom jelentősen gátolja a mobilitást. A csont áttételek diagnosztikájában a csontscintigraphia fontos szerepet játszik, és több hónappal megelőzi a detektálhatóságát a röntgen, a CT, és az MRI vizsgálatokkal való kimutathatóságot. Ismert primer daganat esetén biopsziára ritkán van szükség, bár egyéb betegség pl. tuberculosis hasonló tüneteket okozhat.

A csont metasztázisok kezelésében szerepet játszik a kemo-, és hormonterápia, de különböző sebészi megoldások is léteznek, elsősorban a patológiás törések preventiójában és kezelésében. A csont fájdalmak miatt természetesen analgetikum adására is szükség lehet, és az elmúlt évtizedben a szkeletaris események és csont fájdalom preventiójára és kezelésére antireszorptív kezelés, a biszfoszfonatok használatosak. A biszfoszfonát kezelés a tumor okozta csontlebomlás sebességét lassítja, a naponta szájon keresztül vagy 3-12 hetente

intravénásan alkalmazott biszfoszfonátok megakadályozzák, hogy a csontok ásványi anyag tartalma kioldódjon, azok szerkezete destabilizálódjon, továbbá a csontot bontó oszteoclasztok aktivitását, élettartamát rövidítik. Természetesen a csontáttétek ellátásában, fájdalomcsillapításban, patológiás fractura megelőzésben a legfontosabb a sugárterápia alkalmazása. Egyszerű technikával, rövid kurzusokban a betegek panaszait legalább 70-80%-ban lehet csökkenteni, kisebb a törés veszélye, és sokszor reaktív meszesedés következik be a kezelés után. Patológiás fractura esetén a postoperatív, vagy inoperabilis esetben az egyedüli sugárkezelés új csontképződés révén esetleg a fractura gyógyulásához vezethet. Csontbesugárzás során általában foton besugárzást alkalmazunk, amely történhet telecobalt készülékkel, vagy linearis gyorsítóval. Rossz általános állapotú betegek esetén nagy frakciókat alkalmazunk, amely lehet 1-2x6 Gy, 1x8 Gy, 5x4 Gy, vagy 10x3 Gy. Szoliter csontáttét és hosszú távú gyógyulási esély esetén alkalmazhatunk konvencionálisan 15-20x2 Gy-t. Kiterjedt csont áttételnél, ha a külső besugárzás eredménytelen, vagy a fájdalomcsillapítás nem elegendő, radionuklid terápia is számításba jöhet, strontium, phosphor, samarium, yttrium és radium 223 izotóp segítségével. Ez utóbbi kezeléstől 50-80%-os válaszarány várható, amely pár hónapig tart, de patológiás fractura, gerincvelő kompresszió, nagy extraossealis tumor és rossz vérkép esetén kontraindikált.

Gerincvelői kompresszió kezelése

Gerincvelői kompressziót leggyakrabban emlőből, tüdőből, prosztatából, veséből és lymphomákból származó áttételek okoznak. A thoracalis (70%), a lumbalis (20%), a cervicalis (10%) szakasz is érintett lehet. Tünetei lehetnek nyak vagy hát fájdalom, valamint végtag gyengeség, zsibbadás, sphincter funkciók elvesztése, végső soron para- vagy tetraplegia. A tünetek sokszor 1-2 nap alatt alakulnak ki, mindenképpen sürgősségi állapotnak tekinthetők. A diagnosztikában a konvencionális röntgen vizsgálat lehet az első lépés (ld. patológiás csigolya fractura), de a gerincvelői kompresszió pontosabb megítéléséhez MRI vizsgálat szükséges. Gerincvelő kompresszió esetén az első lépés a dehidráció, szteroid kezelés beállítása. Ha a folyamat lokalizált, idegsebészeti ellátás javasolt, műtét utáni sugárkezeléssel kiegészítve. Kiterjedt folyamat, gyenge általános állapot vagy egyéb társbetegségek esetén sugárkezelés végzendő. Sugárkezelés után a betegek 60-70%-ánál javulás várható, de általában csak akkor, ha az ellátást a tünetek kialakulása után 24-48 órával már megkezdjük. Ezért fontos ezen tünettán szem előtt tartása előrehaladott stádiumú tumoros betegeknél is.

Agyi áttétek kezelése

Az agyi áttétképződés 2 évtizede még alig haladta meg a 10%-os arányszámot a tumoros betegek között, manapság azonban a diagnosztika fejlődésével, és a hatásos kezeléseknek betudható jelentős élettartam növekedés, illetve a gyógyszereket az agyszövetből kizáró véragy-gát jelenség miatt már minden második-harmadik betegnél igazolódik előbb-utóbb agyi metasztázis. Ezt leggyakrabban tüdő tumoroknál látjuk, de gyakorlatilag bármely daganattípus esetében előfordulhat. A betegek várható élettartama, ha több áttét is van agyban, csak hónapokban mérhető. Soliter agyi áttét kezelése lehet műtéti és sugaras, de leghatékonyabb a kombinált ellátás. Egy-kétgócú áttéteknél ún. stereotaxiás sugársebészeti beavatkozás is lehetséges, ekkor precíziós módszerrel együlésben 15-20 Gy-t szolgáltatunk ki, s ezt adott esetben kombinálhatjuk teljes agyi besugárzással. Multiplex áttétek esetén a teljes agyi besugárzás (whole brain radiotherapy - WBRT) dózisa 10-12x3 Gy, 14-16x2,5 Gy, igen jó prognózis esetén esetleg 20x2 Gy. Azt tudni kell mindenképpen, hogy rendkívül elesett általános állapotú, ágyban fekvő, többszörös agyi áttétes betegnél, akinek az alapbetegsége sem stabil, ott a teljes koponya besugárzásnak nincsen terápiás effektusa és a beteget nem szabad terhelni a fölösleges kezeléssel és az akár veszélyes (ld. agyoedema) mellékhatásokkal.

Vena cava superior (VCS) szindróma

Közismert sürgősségi fogalom a sugárterápiában. Elsősorban tüdőrákban, malignus lymphomákban mutatkozik, de egyéb mellkasi áttétképződést mutató daganatokban is előfordul. A VCS összenyomódása vagy esetleg elzáródása jellemző klinikai tüneteket okoz. Az arc, a nyak, néha a karok és a törzs is oedémásak lesznek, a mellkasfalán kollaterális vénák is megjelennek. A beteg gyakran fullad, a kórállapot kipirulással, fejfájással járhat, rekedtség, stridor, nyelési nehezítettség, köhögés léphet fel. A mellkas röntgen általában jobb oldali paratrachealis vagy mediastinalis daganatot mutat, de természetesen a kontrasztanyagossal mellkas CT a folyamat kiterjedését és az esetleges vénatrombózist pontosabban ábrázolja. Szövettani diagnózis a kezelés megkezdéséhez nem feltétlenül szükséges, de amennyiben a beteg állapota és a kórfolyamat előrehaladta megengedi, akkor a szövettani verifikálás

ilyenkor is szükséges. Kezelésében a sugárterápiának elsődleges szerepe van, bár pl. a kissejtes tüdőrák, malignus lymphomák okozta VCS szindróma kemoterápiával is kezelhető. A folyamat életveszélyes, sürgősségi állapotot jelent. Palliatív sugárkezelés egyébiránt más mellkasi térfoglalás, hörgő vagy bronchus kompresszió esetén is szóba jöhet. Endobronchialis hörgőszűkületet okozó tumorok esetén a teleterápia kiegészítéseként brachyterápia is kivitelezhető palliatív ellátásként. (Ilyenkor bronhoscoppal a megfelelő helyre poliuretan katétert vezetünk, majd számítógéppel vezérelve sugárforrást (Ir-192) juttatunk a besugárandó területen elhelyezkedő katéterbe.) Az eljárástól jelentős lokális tumor regressio várható.

Vérzések palliatív sugárkezelése

Tüneti kezelésként, vérzéscsillapítás céljából szintén palliatív sugárkezelést alkalmazhatunk. Rectális vagy húgyúti vérzésnél elsősorban külső besugárzást használunk, nőgyógyászati vérzés esetében teleterápia vagy brachyterápia egyaránt alkalmazható. A külső sugárkezelés kiszolgáltatása ilyenkor szintén hypofrakcionált, például 1x6-8 Gy-t, vagy 5x4 Gy-t szolgáltatunk ki.

Nyelőcső daganat (vagy kompresszió) palliatív kezelése

Kiterjedt nyelőcső daganatok esetében gastrostoma és stent behelyezése mellett mind külső sugárkezelés, mind pedig brachyterápia szóba jöhet. Külső tumoros kompresszió esetén csak az előbbi eljárás kivitelezhető. A nyelési funkciók akár több hetes, hónapos visszatérte, rendeződése várható a beavatkozástól. A külső besugárzás egyszerű technika, nyelési röntgen alapján elvégezhető, a brachyterápiához megfelelő kooperáció szükséges, és nem kivitelezhető komoly szűkület esetén.

Supraclavicularis, axilláris, ill. inguinális nyirokcsomó konglomeratum sugárkezelése

Elsősorban emlődaganatos, melanomás és tüdőtumoros betegeknél lehet probléma, a panaszok, fájdalmak (plexus leasio), kompressziós tünetek legalább átmeneti csökkentése miatt szükséges a sugárkezelés, néhány hetes idő-intervallumban általában megfelelő hatékonysággal. Lágycsői nyirokcsomó megnagyobbodás szintén fájdalmat, oedemát, mozgási nehezítettséget okozhat, a háttérben a fentiek mellett még anorectalis carcinoma,

nőgyógyászati tumor állhat leggyakrabban. A kezelés hossza, frakcionálás a beteg állapotán, és az esetleges előző kezeléseken múlik.

Felhasznált irodalom:

Németh György (szerk.), 2001: Sugárterápia, Springer, Budapest

Kásler Miklós (szerk.), 2011: Az onkológia alapjai, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

Címszavak:

sugárterápia, életminőség, rövid palliatív kurzus, csontáttétek

Képek:



Ábra: Régi típusú kobaltágyú illetve korszerű lineáris gyorsító

SÜRGŐSSÉGI PALLIATÍV ELLÁTÁS (Dr. Kulmann Tamás)

A fejezet célkitűzései:

- *A sürgősségi palliatív ellátás célkitűzésének tisztázása*
- *A palliatív ellátás során leggyakrabban alkalmazott terápiás stratégiák ismertetése*
- *A palliatív ellátás során leggyakrabban előforduló szövődmények ismertetése*

Általános megfontolások

A daganatos betegek sürgősségi ellátása attól függ, hogy milyen szándékú onkológiai kezelésben részesülnek. Curatív terápia során kialakult sürgősségi helyzetek ugyanolyan ellátást igényelnek, mintha az állapot nem daganatos betegnél következett volna be. Palliatív kemo- vagy radioterápia során kialakult sürgősségi helyzetek ellátásánál általában a becsült élettartam az irányadó egy beavatkozás elvégzését illetően. Általánosan elfogadható elv, hogy jelentős eszközös beavatkozás (műtét, sugárkezelés, dialysis stb.) akkor jöhet szóba, ha a becsült várható élettartam eléri a 3 hónapot. A palliatív terápia során kialakult sürgősségi helyzetek ellátásánál a kezelés elsődleges célja nem a beteg életének megmentése vagy meghosszabbítása, hanem a lehető legjobb életminőség biztosítása.

Általános szempont, hogy ugyanaz a szövődmény eltérő elbírálást és terápiás beavatkozásokat igényelhet palliatív kezelésben részesülő betegeknél a curatív kezelésben részesülő betegekhez képest. Palliatív terápia esetén el kell fogadni, hogy az optimális életminőség olykor csak az élettartam bizonyos fokú rovására biztosítható. A kezelési tervet a beteg preferenciáit elsőrendűen figyelembe véve, a várható előnyök és kockázatok mérlegelésével szükséges felállítani. Két végletet kell elkerülni, a potenciálisan visszafordítható helyzetek elnézését és a túlzott terápiás aktivitást. Palliatív kezelésben részesülő beteg intenzív osztályra helyezése kétséges haszonnal és bizonyosan jelentős komfortvesztéssel járna, ezért ellenjavallt. Amennyiben a palliatív ellátás otthoni ápolás keretei között zajlik, a hozzátartozókat előre fel kell készíteni a várható szövődményekre, és súlyosbodás esetén lehetőség szerint el kell kerülni a sürgősségi osztályon keresztül a kórházi visszavételt a beteg utolsó óráiban vagy napjaiban.

A palliatív kezelés során a betegek és a hozzátartozók tájékoztatása kiemelt jelentőségű. Nem elég a helyes beavatkozást elvégezni, hanem tisztázni is kell az érintettekkel a terápiás döntés hátterét. Korlátozott kontaktusteremtő képességű beteg esetén fontos a hozzátartozók bevonása a döntéshozatalba. A betegek és hozzátartozóik két olyan szemponttal szembesülnek, amit nehéz feldolgozni. Az első maga a betegség visszafordíthatatlanságának a ténye. A második, hogy a túlzott terápiás aktivitás nem válik a javukra.

A palliatív ellátás során leggyakrabban alkalmazott terápiás stratégiák

Fájdalomcsillapítás

Ágyhoz kötött betegek erős fájdalmának csillapítására maior analgeticum (morfin, oxycodon) folyamatos intravénás (vagy subcutan) adását kell mérlegelni perfusorban vagy lehetőség szerint PCA készülékkel. A megfelelő dózis fokozatos emeléssel állítható be. A betegek túlnyomó többségénél elérhető a kettős cél: a nyugalmi fájdalom megfelelő csillapítása úgy, hogy túladagolási tünetek ne jelentkezzenek. A morfin széles körben elterjedt fractionált adása nem optimális megoldás.

Szedálás

Uralhatatlan kataklizmikus szövődmény kialakulása esetén a kiváltó kórképtől függetlenül a beteg szedálása szükséges. A két leggyakoribb szövődmény, ami a gyors szedálást szükségessé teheti, az asphyxia és az akut nagymennyiségű vérzés.

Szedáláshoz rövid hatástartamú benzodiazepint, lehetőség szerint midazolamot adunk intravénás vagy intramuscularis bolusban, majd fenntartó intravénás infúzióban. A bolus javasolt adagja 2-4 mg, a fenntartó kezelést fokozatosan kell felépíteni 0.5-6 mg/h végső dóziséig a szedáció szintjétől és a légzési frekvenciától függően. A szedáció akkor megfelelő, ha a beteg fájdalomingerre reagál, de nem ébred fel és légzési frekvenciája 10-16/min. Elsősorban a házi ápolást végző személyzet számára jó tudni, hogy midazolam adható subcutan, sublingualisan, intrarectalian, stomán keresztül is.

Szteroid adása

A palliatív ellátásban részesülő betegeknél a daganatok által okozott nyomási tünetek szteroid adásával csökkenthetők. A szteroid adásának kiemelt indicatioja a vena cava superior szindróma, a koponyaűri nyomásfokozódás, valamint a myelon compressio. Szteroid adása indokolt lehet bronchus compressiohoz társuló atelectasia talaján kialakult tüdőgyulladás, peritonealis carcinomatosis okozta bélelzáródás és egyéb compressios tünetegyüttesek esetén is. A szteroid adásának leghelyesebb módja naponta egyszer, a reggeli órákban, 1 mg/ttkg adagban lassú iv. infusióban. A betegek rövid életkilátása miatt a szteroid adását a hosszú távú mellékhatások kialakulásának veszélye nem korlátozza.

Cardiopulmonalis resuscitatio mellőzése

Az onkológiai kezelési lehetőségek bővülése miatt egyre gyakrabban felmerül a kérdés, hogy klinikai halál esetén szükséges-e újraélesztést végezni daganatos betegeknél. Tekintettel arra, hogy a betegek ellátásában a gondozó onkológuson kívül más szakemberek is részt vesznek és az újraélesztés kérdésének felmerülésekor a gondozó orvos azonnali elérése technikailag megoldhatatlan, célszerű a reanimálódásáról a dokumentációban nyilatkozni.

Curatív kezelés alatt álló daganatos betegnél lege artis cardiopulmonalis resuscitatio végzendő. Palliatív ellátásban lévő betegnél a resuscitatio mellőzendő, azonban szükséges a jelenlévő hozzátartozók megnyugtatója, és a döntés megalapozottságának megértetése. Palliatív kemo- vagy sugárterápia alatt álló betegnél a lege artis resuscitatio akkor jöhet szóba, ha a várható túlélés a 3 hónapot meghaladja. Ellenkező esetben a resuscitatio mellőzése helyes döntés lehet.

Sürgősségi ellátást igénylő kórképek

Szepszis

Daganatos betegeknél gyakori szövődmény a légúti, húgyúti, epeúti, illetve egyéb gócból kiinduló szepszis. Láz, illetve társuló szervi tünetek esetén aránylag könnyű a diagnózis. Azonban gyakran az általános állapot hanyatlása az egyetlen tünet, és ilyenkor a diagnózis és az antibiotikus kezelés késlekedése a beteg túlélési esélyeit jelentősen rontja. Pedig hatásos kezelés esetén a fertőzés uralása révén még palliatív ellátásban részesülő betegeknél is akár több hónapos (vagyis egy metastaticus kemoterápiás vonal által nyújtott eredményhez mérhető) túlélési nyereség érhető el. Ugyan vasopressor kezelésre az intenzív osztályos háttér

szükségessége miatt nem szokott sor kerülni, a volumenpótlás és a széles spektrumú antibiotikus kezelés a palliatív ellátásban lévő betegeket is megilleti.

Thromboembolia

Daganatos betegeknél a thromboembolia kockázatát a tartós fekvés és az alapbetegség is fokozza. A thromboembolia kezelése élethosszig tartó LMWH adása. Míg a curatív kezelés mellett fellépő embólia súlyos nemkívánatos szövődmény, a palliatív ellátás mellett bekövetkező fatális embólia megváltás is lehet a beteg számára.

Vena cava superior szindróma

A vena cava superior szindróma kizárólag mellkasi daganatos, illetve centralis vénás kanült viselő betegeknél előforduló tünetegyüttes. A fej, a karok és a mellkas cranialis részének duzzanatával, livid elszíneződésével jár, amihez fejfájás, aluszékonyság is társulhat. Amennyiben a tünetegyüttes a daganatos betegség felismerésekor jelentkezik, néhány napon belül szükséges pontos radiológiai és szövettani diagnózishoz jutni, ezután az eredmények birtokában általában kemoterápia az elsőként választandó kezelési mód. Amennyiben a tünetegyüttes korábban már kezelt betegnél jelentkezik, az recidiva jele, és sugárterápiás, illetve kemoterápiás rezerv esetén ezeket a kezelési lehetőségeket lehet kihasználni. Amennyiben a daganatgátló kezelés tartalékait már kimerítettük, szteroid, illetve anticoagulans kezeléssel a compressio tünetek átmenetileg csökkenthetők.

Vérzés

Leggyakoribb a felső gastrointestinalis vérzés vérhányás vagy melaena formájában, előfordul tracheo-bronchialis vérzés haemoptoe formájában, illetve külső lágyrész vérzés. A vérzés forrása általában maga a daganat. Masszív gastrointestinalis vérzés fekélyből is kialakulhat.

A nagyobb vérzésveszély a betegség előrehaladásának ismeretében általában megjósolható. Kisebb vérzések etamsylate, aminocaprone, K vitamin, illetve szükség esetén gyomorsavcsökkentő kezeléssel uralhatók. Katakлизмikus vérzés esetén a beteg szedálása szükséges. A kezelő teamnek világos döntést kell hoznia a maximálisan tervezett transfusio,

illetve az esetlegesen szükségessé váló thrombocyta és plazma mennyiségi korlátjáról. A vérzés kockázatáról és a szedálás eshetőségéről célszerű előre tájékoztatni a hozzátartozókat.

Nehézlégzés

A daganatos betegeknél jelentkező nehézlégzés leggyakoribb okait és elsődleges kezelésüket az 1. táblázat foglalja össze. A pontos diagnózis felállításának menetét illetően utalunk a szakkönyvekre és hangsúlyozzuk a fizikális vizsgálat jelentőségét. Hydrothoraxos beteg mellkas csapolása a palliatív ellátás részét képezheti. Gyakran szükségessé váló csapolás esetén mellkas sebészeti konzílium, pleurodesis, pleura drain behelyezés is mérlegelhető, a fenti szempontok figyelembe vételével.

Palliatív kezelés alatt álló betegeknél az oki kezeléstől el lehet tekinteni. A cél a nehézlégzés érzetének csökkentése és nem a vér oxygenisatiojának javítása. A dyspnoe a beteg és a hozzátartozók által egyformán az egyik legnehezebben megélt életvégi tünet (olyannyira, hogy a nehézlégzés kialakulásának magas rizikója akár az otthoni hospice ellátás ellenjavallatát is képezheti). Aethylmorphin cseppek, illetve maior analgeticumok és benzodiazepinek folyamatos i.v. adása általában képes megfelelő kontrollt biztosítani, szükség esetén egészen szedációs mértékig emelve a dózist.

A nehézlégzés minősített esete a hirtelen fellépő fulladásérzés, az asphyxia. Előfordulhat aspiratio, tracheo-oesophagealis fistula, gyorsan progredialó mellkasi tumor által okozott trachea compressio következtében. Míg daganatgátló kezelés alatt álló betegeknél sürgős gégészeti vagy bronchologiai ellátás szükséges, palliatív ellátás alatt álló betegeknél szedációt kell biztosítani. A légutak átjárhatóságának biztosításához olyan invazív beavatkozásokra lenne szükség, amelyek kevés előnyt nyújtanának, viszont jelentős komfort veszteséget okoznak.

1. sz. táblázat. A nehézlégzés okai és elsődleges kezelésük palliatív ellátás során

Nehézlégzést okozó kórképek	Elsődleges oki kezelés
kisvérköri cardialis decompensatio	volumen bevitel csökkentése, vízhajtó
hydrothorax	mellkas csapolás
atelectasia	szteroid
pneumonia	antibiotikum
pulmonalis embolia	anticoagulans kezelés (LMWH)

lymphangitis carcinomatosa	-
multiplex pulmonalis metastasisok	szteroid, szedálás
stridor	szteroid, szedálás

Hypercalcemia

A hypercalcemia az egyik leggyakoribb metabolikus eltérés daganatos betegeknél, különösen lyticus csont áttétek fennállása esetén. Gyengeséggel, étvágytalansággal jár, hányást, aluszékonyságot, zavartságot okozhat. Nem specifikus tüneteit gyakran nehéz elkülöníteni a daganatos alapbetegség progressiójának tüneteitől, valamint a daganatellenes és palliatív gyógyszeres kezelés okozta mellékhatásoktól. Az általános állapot váratlan hanyatlása, terápia rezisztens hányás, somnolentia, konfúzió esetén indokolt a szérum kalcium szintjének meghatározása. Terápiája palliatív ellátás alatt álló betegeknél is bőséges volumen pótlásból, illetve bisphosphonat adásából áll.

Gerincvelő compressio

A gerincvelő compressióját okozhatja gerinc közeli daganat vagy csigolya metastasis direkt terjedése a canalis spinalisba, elmozdulással járó lyticus vagy poroticus csigolya fractura, meningitis carcinomatosa. Tünetei az összenyomás helyétől és kifejlődésének sebességétől függenek. Diagnózisában a megfelelő gerinc szakasz sürgős MRI vizsgálata alapvető fontosságú.

A gerincvelő compressios tűrőképessége limitált. Teljes paraplegia esetén, ha a decompressios műtét 24 órán belül nem történik meg, akkor a később akár sikeresen elvégzett beavatkozástól sem remélhető a kiesett funkciók visszatérése. A decompressios műtét indikációja palliatív kezelés alatt álló betegeknél is felvethető, tekintettel arra, hogy a paraplegia jelentősen rontaná a beteg komfortját. Amennyiben a betegnél nem történik műtét, palliatív irradiatio a compressios tünetek kifejlődését hátráltathatja. Teljesen kifejlődött paraplegia esetén a kiesett motoros funkciók helyreállítása a sugárkezeléstől sem várható. A műtétől és a sugárkezeléstől függetlenül gyógyszeres decompressio végzendő 1 mg/ttkg metilprednisolonnal. Hólyag katéter bevezetése, illetve a bél passage monitorozása szükséges.

Koponyaűri nyomásfokozódás

Az agynyomás fokozódását agyi metastasisok, primer agytumor, meningitis carcinomatosa, vagy koponyaűri vérzés válthatja ki. Klinikai tünetei fejfájás, hányinger, hányás, letargia, confusio. Palliatív egész koponya besugárzás mérlegelendő. Palliatív ellátásban lévő betegnél a koponya irradiationnak csak akkor van létjogosultsága, ha a becsült élettartam egy hónapon túli.

A gyógyszeres kezelés alapja az intravénásan adott szteroid. A hazánkban széles körben elterjedt glicerín és mannitol adásának nincs additív hatása a szteroidhoz képest. Fejfájás esetén fájdalomcsillapító adása szükségessé válhat. Általánosságban WHO 2. erősségű minor opiátok elegendők, de ritkán WHO 3. erősségű maior analgeticumok adására is szükség lehet. A hányinger metoclopramiddal általában uralható. Fekvő betegnél célszerű állandó infúzióban alkalmazni 60 mg/nap dózisban, maximális napi dózisa 300 mg.

Az agynyomás csökkentő kezelés jó példája a palliatív döntéshozatal sajátosságainak. Ameddig a kezeléssel a beteg életminősége, kommunikációs készsége javítható, addig akár magas dózisban is folytatása javasolt. Amikor a betegség előrehaladása következtében a maximális dózisú kezelés ellenére a beteg kontaktusképtelen marad, akkor fokozatosan leépíthető. A szteroid adása vagy megvonása tehát nem a diagnózistól, hanem a beteg általános állapotától függ.

Felhasznált irodalom:

<http://www.esmo.org/Guidelines>

Jacquemin D, Broucker D (szerk): Manuel de soins palliatifs. Dunot 2014, Paris

Hjermstad MJ, Kolfaath J, Lokken AO, Hanssen SB, Normann AP, Aass N: Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. BMJ Open 2013; 3(5), Epub

Kulcsszavak:

palliatív ellátás, túlzott terápiás aktivitás, szepszis

NEM DAGANATOS BETEGSÉGEK (SZÍVELÉGTELENSÉG, COPD)

PALLIATÍV ELLÁTÁSA (Dr. Radványi Ildikó)

A fejezet célkitűzései:

- *Nem daganatos krónikus progresszív betegségek esetében a palliatív ellátás alapelemeinek ismertetése*
- *A különböző betegség lefolyási modellek bemutatása*
- *A palliatív ellátási igényt jelző indikátorok ismertetése*

A palliatív ellátás definíciója

A WHO definíciója szerint a palliatív ellátás a beteg hatékony, teljes körű ellátása akkor, amikor a betegség nem reagál a gyógyító célú kezelésekre, és amikor a fájdalom és egyéb tünetek enyhítése, megelőzése, valamint a pszichológiai, szociális és spirituális problémák megoldása kiemelkedő jelentőségű feladat. A palliatív ellátás átfogó célja a lehető legmagasabb életminőség biztosítása a beteg és családja számára. A palliatív ellátást nem csak közvetlenül a halál előtti időszakra kell korlátozni, hanem már a betegség egy korábbi fázisában meg kell ezt kezdeni.

A nem daganatos betegségek palliatív ellátásának jelentősége

Európában a népesség előregedése, valamint az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan a terápiás lehetőségek kibővülése miatt a krónikus progresszív betegségek terminális stádiumába kerülő betegek számának jövőbeni emelkedése várható. A krónikus progresszív betegségben szenvedők jelentős hányadának halálát egy elnyújtott életvégi stádium előzi meg. Ebben a szakaszban a betegeknek súlyos tünetei, fájdalmai vannak, melyek szükségessé teszik a tüneti kezelésüket, komplex látásmódot igénylő palliatív ellátásukat. Az élet végén a lehető legjobb életminőség biztosítását előtérbe helyező palliatív ellátáshoz való jogot alapvető emberi jogként kell tekintenünk.

A palliatív ellátás alapelemei

A palliatív gondozás lényeges elemei közé tartozik az adekvát tüneti kezelés és gondos ápolás mellett az őszinte, nyílt kommunikáció.

Tüneti kezelés

Számos vizsgálatot terveztek az előrehaladott stádiumú krónikus betegek tüneti terheinek felmérésére. A vizsgálatok adatai alapján számos tünet - köztük a fájdalom, nehézlégzés, gyengeség, alvászavar - a szívelégtelenségben szenvedő és a COPD-s betegeknél ugyanúgy nagy gyakorisággal fordul elő, mint daganatos betegeknél (1. táblázat).

1. sz. táblázat

Tünetek	Daganat	COPD	Szívelégtelenség
Fájdalom	35-96%	34-77%	41-78%
Fáradékonyság	32-90%	68-80%	69-82%
Fulladás	10-70%	90-95%	60-88%
Depresszió	3-77%	37-71%	9-56%
Alvászavar	9-69%	55-65%	36-48%

Krónikus progresszív betegségek esetén alapvető fontosságú, hogy a beteg a betegsége stádiumának megfelelő evidenciákon alapuló, irányelvek szerinti terápiát megkapja, mert ezek a gyógyszerek megfelelő dózisban és kombinációban alkalmazva alapvető szerepet játszanak az adott alapbetegségre jellemző tünetek kontrollálásában. Azonban a betegség progressziójával párhuzamosan ezek a betegségmódosító, vagy gyógyító célú terápiás lehetőségek kimerülnek és egyre nagyobb szerepet kap a betegek komplex palliatív gondozása. Krónikus, progresszív betegségek nagyon gyakran járnak együtt depresszióval, szorongással. A depresszió és szorongás nagymértékben rontja a betegek életminőségét, felerősíti a testi tüneteket, növeli a hospitalizáció esélyét. A palliatív orvoslás során fontos a betegek pszichés tüneteinek felismerése és mentálhigiénés szakemberek bevonásával, antidepresszív és anxiolitikus kezelési lehetőségek alkalmazásával a betegek életminőségének

javítása. Szívelégtelenségben szenvedő és COPD-s betegeknél is nagyon gyakori tünet a fulladás. Mindkét betegség esetén a fulladás az alapbetegségre adott, evidenciákon alapuló kezelési lehetőségekkel, gyógyszeres kombinációkkal csökkenthető. Azonban ezen krónikus betegségek progressziója során előállhat az az állapot, amikor minden lehetséges oki kezelés ellenére a fulladás továbbra is fennáll, vagy specifikus oki kezelésre nincs mód. Ilyenkor a beteg légszomj érzését ópiátok adásával csökkenthetjük, illetve a fulladáshoz társult nagyfokú szorongást benzodiazepinekkal mérsékelhetjük (lásd nehézlégzés fejezetet). A fájdalom is gyakori, életminőséget rontó tünete a krónikus, progresszív betegségekben szenvedő embereknek. A fájdalomnak számos oka lehet, amelyet a fájdalomra vonatkozó anamnézis és alapos fizikális vizsgálat, szükség esetén eszközös vizsgálatok tisztázhatnak. A fájdalomcsillapítás során a WHO ajánlásában szereplő analgetikus lépcső szerint járhatunk el a fájdalom típusának és erősségének megfelelően. Azonban különös figyelmet kell szentelnünk annak, hogy bizonyos gyógyszerek egyes alapbetegségek esetén nem javalltak. Például a NSAID fájdalomcsillapítók vízretenciót okozó hatásaik miatt nem javasoltak szívelégtelenségben szenvedő betegek fájdalomcsillapítására.

Kommunikáció

A palliatív ellátás másik fontos alapeleme a betegekkel és családjukkal való adekvát kommunikáció. A kommunikáció során fel kell mérnünk a beteg és családja ismeretét a betegség természetéről, prognózisáról, majd ezt követően a beteg nyitottságának megfelelően őszintén, nyíltan beszélnünk kell a betegség várható kimeneteléről. A továbbiakban szükséges a betegeket tájékoztatni az ellátás, kezelés lehetőségeiről és felmérni a betegek életvégi ellátásokra, beavatkozásokra vonatkozó kívánságait. A daganatos betegek ellátásához hasonlóan, az előrehaladott stádiumú krónikus betegek gondozása során is számos etikai kérdés merülhet fel, mint például az újraélesztés megkísérlésének kérdése, az intenzív osztályos kezelés abbahagyása, a lélegeztető gépre tétel, a mesterséges táplálás kérdése, vesepótló kezelés alkalmazása, defibrillátor kikapcsolása. Szívelégtelenségben szenvedő betegeknél előfordul, hogy túlélést javító implantálható eszközöket (ICD, LVAD) ültetnek be. Az implantálható defibrillátor a terminális stádiumba kerülő haldokló betegekben defibrilláció alkalmával fájdalmat, szorongást okoz és lehetetlenné teszi a békés haldoklást, sőt a haldoklási folyamatot elnyújthatja. Fontos már az eszköz beültetése előtt az életvégi helyzetekről történő kommunikáció és információ szerzése azzal kapcsolatban, hogy milyen helyzetekben kívánja a beteg az eszköz működésének leállítását. Tájékozódunk kell a

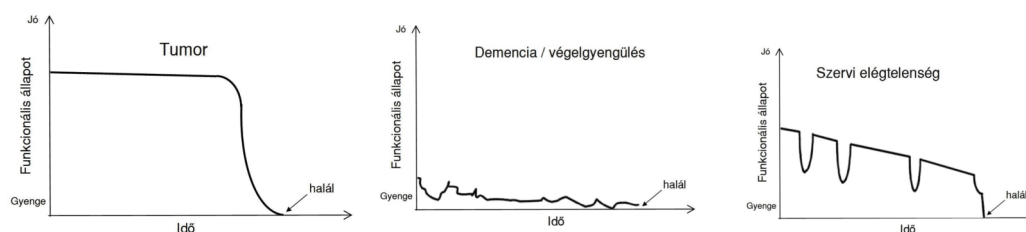
betegeknek az ellátás és esetleges halál bekövetkeztének helyére vonatkozó preferenciáiról is. Az ellátásra vonatkozó tervet a betegek és családjuk bevonásával közösen kell elkészíteni, a beteg kívánságainak szem előtt tartásával. Ezt a folyamatot nevezzük az ellátás előre tervezésének. (Részletesebben lásd a vonatkozó fejezetet.)

Amikor az életet fenyegető betegséggel küzdő páciensünk felteszi nekünk a rettegett kérdést, hogy mennyi ideje van még hátra, akkor általában arra is kíváncsi, hogy mi fog történni vele, hogyan fog alakulni a betegsége, hogyan fog meghalni. Mindezek megválaszolásához segítséget nyújthat számunkra a típusos betegség lefolyási modellek ismerete. Betegség lefolyási modellekben gondolkozva, feltérképezzük a diagnózistól az elmúlásig vezető utat, szélesebb időkeretet nyerhetünk arra, hogy a betegek várható szükségleteit felmérjük. Ezen modellek segítenek nekünk a tervezésben és az ellátás megfelelő kivitelezésében. Ha a betegek és hozzátartozóik megértik a betegség lefolyását, ez segítséget jelenthet számukra is az adott szituáció kontrollálásában és felkészíti őket arra, hogy könnyebben megbirkózzanak a várható kihívásokkal.

Betegség lefolyási modellek

A három uralkodó, halálhoz vezető betegség csoportra - daganat, szervi elégtelenség és időskori végelgyengülés - különböző betegség lefolyás jellemző. Rákra jellemző egy viszonylag hosszú, hetekben, hónapokban esetleg években mérhető jó funkcionális állapot, melyet a funkcionális és fizikális állapotban bekövetkező hirtelen, gyors hanyatlás követ, mely halálhoz vezet. A szervi elégtelenségre - mint a szív-és légzőszervi elégtelenség, máj-és veseelégtelenség - egy az előzőtől eltérő betegséglefolyás jellemző. A szervi elégtelenségek esetében a funkcionális és fizikális állapot lassú hanyatlása figyelhető meg. A betegség progressziója során hirtelen, sokszor kiszámíthatatlan állapotrosszabbodások léphetnek fel, melyek gyakori sürgősségi ellátáshoz, kórházi felvételekhez vezethetnek. Ezen időszakok bármelyikében a halál hirtelen, váratlanul bekövetkezhet. Ha a kezeléseknél köszönhetően a beteg túlél egy epizódot, akkor szinte olyan állapotba kerülhet, mint az epizód előtt volt. De egy bizonyos ponton a betegség előrehaladásával párhuzamosan a terápiás lehetőségek kimerülnek és a bekövetkező halál hirtelennek, váratlannak tűnhet. A végelgyengülésre és demenciára a hosszan tartó hanyatlás jellemző. A halál gyakran egy korábbi életszakaszban jól kezelhető fertőzés, influenza, tüdőgyulladás, combnyaktörés, cachexia, vagy dehidráció miatt következik be.

1. sz. ábra



A különböző betegség lefolyási modelleket és ennek megfelelően különböző palliatív ellátási igényeket tekintetbe véve, más-más palliatív ellátási stratégia szükséges az egyes betegség csoportokban. Tehát ha a daganatos betegségek lefolyási modellje alapján próbáljuk azonosítani az előrehaladott stádiumú krónikus szervi elégtelenségben szenvedő azon betegeket, akik életük utolsó szakaszába léptek, akkor a betegeink jelentős hányadát elveszíthetjük, mielőtt még megfelelő ellátást kaphattak volna. Léteznek azonban olyan általános és az adott alapbetegségre jellemző betegség specifikus indikátorok, melyek a fokozott palliatív ellátási igényt jelzik és segítenek nekünk abban, hogy már a betegség egy korábbi szakaszában is felismerjük azon betegeinket és családjaikat, akik szerteágazó problémáik miatt egy komplexebb, holisztikus szemléletű ellátást igényelnek.

Általános palliatív ellátási igényt jelző faktorok, indikátorok

Az egyik általános faktor az úgynevezett “meglepődés kérdés”. A kezelő orvos megkérdezi saját magától, hogy meg lenne-e lepődve azon, hogyha az adott beteg egy éven belül meghalna. Ha erre a kérdésre a válasza, hogy nem lenne meglepődve, akkor erről a betegről el kell kezdenie másképp gondolkodni. Ebben a szakaszban már nagyon fontos beszélgetni a beteggel és családjával a betegség várható lefolyásáról, a lehetséges komplikáló tényezőkről, felmérni a beteg igényeit, az életvégi ellátásra vonatkozó tervet elkészíteni, hogy képesek legyünk a beteg igényeinek legmegfelelőbb ellátást biztosítani. A betegség rosszabbodását előrejelző általános prognosztikus indikátornak tekinthetjük a beteg romló performance státuszát, mint pl. a Karnofsky index 50% alá csökkenését, mely azt mutatja, hogy a beteg a napközbeni időszak több mint felét ágyban tölti. Az önellátó képesség csökkenése, valamint a másoktól való függőség fokozódása, az egyre gyakrabban ismétlődő sürgősségi ellátások és hospitalizációk (> 3/év), a tápláltsági állapot romlását jelző, fél év alatt a testsúly 10%-át

meghaladó súlycsökkenés és szérum albumin 25 g/l alá csökkenése ugyancsak a betegség előrehaladását jelző általános prognosztikai faktoroknak tekinthetők.

Betegség specifikus palliatív ellátási igényt jelző faktorok, indikátorok

A daganatok esetében egy rossz prognózisú, metasztatikus daganat jelenléte önmagában is fokozott palliatív ellátási igényt jelző betegségspecifikus indikátornak tekinthető. COPD-s betegeknél a súlyos dyspnoe, ortopnoe, visszatérő légúti infekciók miatti gyakoribb hospitalizáció, jobbszívfél-elégtelenség, nyugalmi tachycardia jelzik a betegség előrehaladottabb stádiumát és a fokozottabb palliatív ellátási igényt. Szívelégtelenség esetén az optimálisan tolerálható evidence base medicine alapján alkalmazott terápia mellett nyugalomban, vagy minimális terhelésre fellépő nehézlégzés, vagy mellkasi fájdalom (NYHA IV. std.), a szívelégtelenség exacerbációi miatti gyakoribbá váló hospitalizáció és sürgősségi ellátás, diureticum kezelés melletti testsúlynövekedés és a kórelőzményben szereplő szívmegeállás mind a betegség egy igen előrehaladott stádiumát jelzik, amely stádiumban a betegek és családjaik már egy komplex, holisztikus látásmódot igénylő ellátásra szorulnak.

A palliatív ellátás, szemlélet eredményei

A palliatív gondozás eredményeként a betegek fájdalmának és tüneti terheinek csökkenése miatt a betegek és családjaik életminősége javul, a betegek nagyobb gyakorisággal halnak meg az általuk preferált helyen, a hozzátartozók gyászfeldolgozása sikeresebb, sőt az egészségügyi kiadások is alacsonyabbak. Néhány vizsgálat igazolta a korai palliatív gondozás jótékony hatását nemcsak a betegek életminőségére, hanem élettartamára vonatkozólag is.

Felhasznált irodalom:

Gadoud, A., Jenkins, S.M., Hogg, K.J.: Palliative care for people with heart failure: Summary of current evidence and future direction. J. Palliat. Med., 2013, 27(9):822-828.

Boland, J., Martin, J., Wells A.U. et al.: Palliative care for people with non-malignant lung disease: Summary of current evidence and future direction. J. Palliat. Med., 2013, 27(9):811-816.

Beernaert, K., Cohen, J., Deliens, L. et al.: Referral to palliative care in COPD and other chronic diseases: A population-based study. J. Respir. Med., 2013, 107(11):1731-1739.

Murray, A.S., Kendall, M., Boyd, K., et al.: Illness trajectories and palliative care. Br. Med. J., 2005, 330:1007-1011.

Kulcsszavak:

palliatív ellátás, betegség lefolyási modellek, palliatív ellátási igény, krónikus betegség

IDŐSKORI DEMENCIÁVAL ÉLŐK PALLIATÍV ELLÁTÁSA (Dr. Heim Szilvia)

A fejezet céljai:

- *Az időskori demenciák jelentősége*
- *A demenciával élők gondozásának speciális szempontjai*
- *A palliatív stádium tüneteinek kezelése demenciával élők esetén*

Bevezetés

A demencia egy krónikus, progresszív, jelen tudásunk szerint gyógyíthatatlan, a halál bekövetkezését felgyorsító betegség. A 2002-es WHO definíció szerint az ilyen betegségek bizonyítottan palliatív ellátást tesznek szükségessé. A demens betegek palliatív ellátása („Palliative Care”) nem keverendő össze az “End of Life Care” fogalmával, amely az utolsó 48 –72 órában nyújtott ellátást jelenti. A palliatív ellátás a diagnózis felállításával kezdődik és az idős, demens és általában multimorbid beteg élete végéig tart, mely időszakot nagyfokú ráutaltság jellemzi. Ezalatt a kuratív és palliatív kezelések alkalmazása állapottól függően, egymást követően vagy egyidejűleg szükségesek.

A demencia kórképek jelentősége világszerte növekszik. Előfordulása az öregedő társadalmakban a kor előrehaladtával exponenciálisan nő. Prevalenciája 60 éves korban 1%-ra, míg 85 éves korban több mint 20%-ra tehető. Leggyakoribb oka az Alzheimer-kór (70%), a vasculáris alapú demencia gyakorisága 17-20% közötti, a fennmaradó részben a Lewy-testes demencia, a frontotemporális demencia, a Parkinson demencia, az alkoholos demencia és egyéb, gyakran reverzibilis demencia formák szerepelnek. Magyarországon kevesebb a tiszta Alzheimer-kór a népesség rossz egészségi állapota, a kardiovaszkuláris és anyagcsere betegségek magas előfordulása miatt. Gyakran kevert típusú demenciával találkozunk.

A WHO előrejelzése szerint 2030-ra megduplázódik, 2050-re megtriplázódik a demenciában szenvedő betegek száma a világon. Magyarországon az OEP 2009-es adatai szerint kb. 250 ezer demens beteget tartanak nyilván, de számuk valószínűleg alulbecsült. A betegek ellátása óriási teher a családnak, a gondozó családtagoknak, és óriási költség a társadalomnak. A demenciában szenvedő betegek ellátásának közvetlen és közvetett költsége Európában évi 55-

60 milliárd Euróra tehető. A költségek különösen magasak az élet utolsó hat hónapjában. A gondozóotthoni és a hospitalizációs költségek lényegesen magasabbak, mint az otthonukban ápolt, demenciával élő betegeknel tapasztalt kiadások.

A betegség lefolyása, a prognózis meghatározása

A demencia nem az öregedés természetes része, hanem olyan betegség, amely több kognitív funkciót érint. Ezek a memória, a gondolkodás, az ítéletalkotás, a tanulási képességek és a figyelem zavara. Továbbá a személyiség kóros megváltozásával jár, ezt szorongás, nyugtalanság, hangulatzavar és hallucináció kísérheti. A betegség előrehaladásával a szellemi leépülés egyre kifejezettebb.

A kórlefolyás hosszú, az átlagos túlélési idő 3 és 9 év között van, de gyakran eléri a 8-10 évet is. Az Alzheimer-kór esetén várható élettartam legfőbb meghatározója a kor. Így azoknál a betegeknel, akik a diagnózis idején a 60-as éveikben illetve 70-es éveik elején vannak, megközelítőleg 7-10 évet számíthatunk, míg ugyanez a 90-es éveikben járó betegeknel 3 vagy kevesebb évre tehető. Számos faktor összefüggést mutat a gyorsabb prognózissal, ezek a következők: a kognitív képességek nagyfokú hanyatlása (MMSE esetén 3 pont csökkenés/év), gondozóotthoni elhelyezés, korai nyelvhasználati deficit, testtartási és egyensúly problémák, pszichiátriai és viselkedési tünetek jelenléte. Ezenkívül számos további tényező határozza meg a várható élettartamot, mint például a beteg neme (férfiak prognózisa rosszabb), családi állapota, iskolai végzettsége, tápláltsági állapota, fizikai aktivitása, Apo E genotípusa és a komorbid állapotok (1. táblázat). Ezeket figyelembe véve a prognózis meghatározása demenciák esetén igen nehéz és minden egyes betegnél egyéni elbírálást igényel.

1. táblázat: A túlélési idő prediktív faktorai demenciával élő betegeknél

Protektív	Nem protektív
Női nem	Férfi nem
Magasabb iskolázottság (> 8 év)	Korai nyelvhasználati problémák vagy viselkedési-pszichotikus tünetek
Nincsenek testtartási tünetek	Testtartási tünetek
Nincs 3 MMSE pont veszteség/év	Több mint 3 MMSE pont veszteség/év
Családi állapot: házas, kapcsolatban	Családi állapot: egyedülálló, özvegy
Lakhely: otthon	Lakhely: gondozó otthon
Apo E 2/2 genotípus	Apo E 4/4, 3/4, 2/4 genotípus
Mediterrán diéta	Malnutrició vagy obezitás
Rendszeres fizikai aktivitás	Kevés fizikai aktivitás
Jó egészségi állapot	Komorbid állapotok

Az utolsó években a beteg teljes ápolásra, gondozásra szorul. A demenciával élő betegek halálozása magasabb a velük egykorú, nem demens populációhoz képest. A vezető halálok esetükben a cahexia/dehidráció, a pneumonia/influenza és a kardiovaszkuláris okok. A légúti eredetű halálozás hátterében szerepet játszik a bronchusok nyákszekréciójának ineffektivitása, a nyelési koordináció károsodása, valamint az általános állapot és az immunrendszer nagyfokú leromlása. Ennek következtében gyakori halálok az aspirációs pneumónia és az aspirációs asphyxia. A kardiovaszkuláris halálozások esetén gyakori az ischémiás szívinfarktus és a pulmonáris embólia, mely az előforduló traumás törések és mozgás zavarok miatti immobilizáció következménye.

Ellátás előre tervezése

Az ellátás előre tervezése (advance care planning) a demenciával élő betegek palliatív ellátásában is rendkívül fontos, viszont figyelembe kell vennünk néhány speciális szempontot. Az ellátás előre tervezése lehetővé teszi, hogy a betegek családtagjaikkal együtt megbeszéljék

és leírják a gondozással kapcsolatos igényeiket, így amikor már nem képesek döntéseket hozni, ismertek a kívánságaik. Demencia esetén igen fontos ennek időzítése, melynek meghatározása nehéz és nagy kihívást igénylő része a gondozásnak. A tervezésnek a mentális képességek elvesztése előtt kell megtörténnie, és ismételt áttekintése fontos komoly állapotváltozások esetén vagy amennyiben a beteg gondozóotthonba kerül. Az ellátás előre tervezése nagymértékben segítené az egészségügyi szakemberek döntéshozatalát, amikor krízishelyzetben egy súlyos demenciával élő beteg hospitalizációjáról, terápiás beavatkozásokról vagy reanimációjáról kell dönteni.

Hospitalizáció

Egy retrospektív tanulmány szerint élete utolsó három hónapjában a demenciával élő betegek 40,7%-a tapasztal meg legalább egyszer igen megterhelő és nagy költséggel járó beavatkozást (akut sürgősségi vizit, hospitalizáció, tápláló tubus, parenterális terápia). Azok a betegek, akiknél a meghatalmazott hozzátartozó, illetve gondozó tisztában volt a várható állapottal és végkimenetellel, kevésbé estek át megterhelő beavatkozásokon.

Egy súlyos demenciával élő beteg számára az akut hospitalizáció komoly megterhelést jelent. A kórházi tartózkodás során zavartságuk jelentősen fokozódhat, a megszokott környezettől és gondozótól való elszakadás, a zajos és forgalmas kórházi környezet, a személyzet kapacitáshiánya nem teszi lehetővé a megfelelő minőségű életvégi ellátást számukra. Krízishelyzetben végig kell gondolni az esetleges hospitalizáció várható előnyeit és hátrányait, figyelembe véve a beteg és a család kívánságát, valamint a demencia stádiumát. Egy súlyosan demens beteg esélye a kórház elhagyására egy kardiopulmonalis eseményt követően rendkívül csekély. Ha mégis így történik, nagy az esélye, hogy a beteg és családja megterhelő traumatikus eseményeken megy keresztül, főleg fájdalmat és szenvedést mérve, sokszor még komolyabb funkciócsökkenést hátrahagyva, mint korábban. A gondozók és a beteg közvetlen ellátását végző szakemberek (ápolási otthonok dolgozói, házi orvosok) megfelelő képzésével, támogatásával, krízishelyzetekre történő felkészítésével csökkenthető lenne az akut kórházi beutalások száma a súlyos demenciával élő betegeknél.

Gyógyszeres terápia

A demencia súlyos stádiumában a krónikus és komorbid állapotok gyógyszeres terápiáját a kezelőorvosnak rendszeresen át kell tekintenie, figyelembe véve a terápiás célokat, a várható élettartamot, valamint a kezelés hatásait és mellékhatásait.

A demenciák terápiájában specifikusan használt készítmények adása is mérlegelést igényel a betegség súlyos stádiumában. Általánosan javasolható az MMSE teszt 10 pont alatti értékénél a kolinészteráz-gátlók leállítása, továbbá az MMSE 3 pont alatt a memantin elhagyása is. Viszont, ha ezt követően jelentős funkció romlás következik be, a készítmény visszaadható. Tehát minden esetben egyéni elbírálás szükséges.

Antipszichotikumok adása a demencia viselkedési tüneteinek (agresszió, hallucináció, elkóborlás, téves eszmék stb.) kezelésére általánosan alkalmazottak. Egyes vizsgálatok szerint hosszabb távon növelik a mortalitást, elsősorban a keringésre gyakorolt hatásuk révén, viszont ezen tünetek kezelése a beteg és a hozzátartozók védelmében elkerülhetetlenek.

Az antibiotikumok adásával kapcsolatban nincs tiszta bizonyíték vagy konszenzus a súlyosan demens betegek esetén. Megfelelő lehet az alkalmazásuk infekció esetén, ha a terápiás cél az infekció tüneteinek az enyhítése, és ezáltal a palliatív stádium életminőségének a javítása. Az életet meghosszabbító hatás mérlegelendő, különösen a pneumóniával kapcsolatos terápiás döntéshozatalnál.

Táplálás, hidráció

A súlyos stádium gyakori velejárói a nyelési/táplálási problémák és a folyadékbevitel elégtelensége. Ezen szövődmények gyakran egy akut betegség okozta krízishelyzet következményeként jelennek meg. A súlyos stádiumú demenciával élő betegeknél átgondoltan kell mérlegelni a parenterális táplálás és hidráció előnyeit és hátrányait. Például pneumonia esetén a kezelőorvos kétféle megközelítés mellett dönthet. A kuratív terápiás szemlélet esetén a beteg antibiotikumot és parenterális folyadékpótlást, illetve tápláló tubust kap. Ezzel szemben palliatív megközelítés esetén nem kap antibiotikumot és parenterális folyadék-, illetve táplálékpótlást a beteg. Ha a beteg meghal, az első esetben a halálozás oka pneumónia, míg a második esetben dehidráció. A szakirodalom ajánlásai szerint a súlyos demenciával élő betegeknél a palliatív szemléletű terápiás döntéseknek kellene általánossá válnia. Ez a döntés azonban országonként, kultúránként más szokásokat követhet, fontos a

megfelelő kommunikáció, a kezelőorvosok és a személyzet megfelelő képzettsége ezen típusú orvos-etikai és palliatív döntések meghozatalához.

Fájdalomcsillapítás

A kor előrehaladtával meredeken nő a fájdalommal járó kórképek előfordulása. A fájdalom prevalenciája idős korban 20-50%-ra, intézetben élők esetében pedig akár 45-80%-ra is tehető. A demenciával élő betegek esetén a fájdalom felismerését és kezelését számos tényező nehezíti. A kognitív képességek, a beszédkésztség és az ítélőképesség károsodása miatt sokszor nagy nehézségbe ütközik a fájdalom diagnosztikája. A beteg nem tudja megnevezni a fájdalom helyét és intenzitását. A leggyakrabban használt fájdalomskálák súlyos demenciával élőknel nem alkalmazhatók az említett funkciózavarok miatt. Ennek hiányában a részletes anamnézis és a viselkedési mutatók elemzése segíthet a fájdalom beazonosításában. Az American Geriatrics Society által ajánlott megfigyelési szempontok segítségünkre lehetnek a gyakorlatban. (2. táblázat)

2. táblázat: PAINAD (Pain Assessment in Advanced Demencia) skála

Viselkedési jel	0 pont	1 pont	2 pont
Szabad légzés	Normális	Időnként nehézlégzés, rövid ideig tartó hyperventilláció	Hangos nehézlégzés, hosszú ideig tartó hyperventilláció, Cheyne-Stokes-légzés
Negatív vokalizáció	Nincs	Időnként jajgatás, sóhajtozás, nyögés, negatív vagy helytelen beszéd	Ismételt segítségkérés, hangos nyögés, sóhajtozás, jajgatás, sírás
Arckifejezés	Mosolygó / kifejezéstelen	Szomorú, rémült, haragos	Grimaszok
Testbeszéd	Relaxált	Feszült, stresszes állapotot kifejező, idegesen járkáló	Rigid, ökölbe szorított kéz, felhúzott térdek, vonszolás vagy eltolás, elhúzódás
Vigasztalhatóság	Nincs szükség vigaszra	Hanggal vagy érintéssel megzavarható vagy megnyugtatható	Nem lehet megvigasztalni, elvonni a figyelmét vagy megnyugtadni
Összpontszám:	0-10, a magasabb érték nagyobb fájdalmat jelez		

Mivel a kognitív képességek beszűkülésével sokszor együttműködési nehézségek is járnak, a fájdalomcsillapító terápia megfelelő alkalmazása az orvosok, ápolók és gondozók odaadó betegellátó munkáját és megfelelő együttműködést igényel. Szakirodalmi adatok szerint a demenciával élő betegek kevesebb fájdalomcsillapítót szednek, mint mentálisan ép betegtársaik. A vizsgálatokból a kognitív károsodással élők alulkezelésére következtethetünk a fájdalomterápia szempontjából. A nem kielégítő fájdalomcsillapítás következményei nem csak szubjektívek, hanem az életminőséget is nagymértékben rontják. A fájdalom következtében számolni kell a mobilitás beszűkülésével, az ebből fakadó szövődmények, köztük a delírium és a tromboembóliás események nagyobb kockázatával, ezek pedig hosszabb ápolási időhöz vezetnek. Továbbá figyelembe kell venni, hogy a fájdalom megélése a betegek agresszivitását és nyugtalanságát is növelheti. Így ezen tünetek fokozódása esetén mindig mérlegelni kell egy esetleges kezeletlen fájdalom meghúzódását. Az ilyen esetben gyakran alkalmazott szedatívumok és pszichotróp szerek csak elfedik a fájdalom tüneteit. A jól megválasztott gyógyszerelési séma és a fájdalomcsillapító gyógyszerelés megfelelő

ellenőrzése fontos gondozási feladat, ehhez a háziorvosok és a szakorvosok megfelelő együttműködésére van szükség. Fontos, hogy a fájdalomcsillapító terápia multidiszciplináris, holisztikus szemléletű legyen, figyelembe véve a társbetegségeket, az egyéb kezelések mellékhatásait és a gyógyszerinterakciókat. Általános irányelvként ajánlható, hogy kis dózisokkal indulva, óvatos titrálással, a beteg folyamatos ellenőrzése mellett végezzük a beállítást.

A gondozók támogatása, informálása

A családtagok gyakran fontos szerepet játszanak a demenciával élők ápolásában, szerepük különösen fontos az életvégi döntések meghozatalában. Ez számos etikai és érzelmi dilemmát hordoz. Ehhez megfelelő és egyénre szabott információra van szükségük a betegség várható lefolyásával és a palliatív ellátási lehetőségekkel kapcsolatban.

A demenciával élő betegek ápolása rendkívül megterhelő és kimerítő feladatot jelent. Sokszor ez napi 24 órában, évi 365 napon keresztül, éveken át történik. A gondozó családtag nagy stressznek és frusztrációnak van kitéve, magas a kiégés kockázata. Megfelelő tudás, megértés és támogatás hiányában nagyon megterhelő és kimerítő számukra az ápolás és a rájuk háruló életvégi döntések meghozatala. Ideális esetben már a betegség korábbi szakaszában érdemes a szükséges döntéseket meghozni, a támogató lehetőségeket megkeresni és a megfelelő szervezetekkel felvenni a kapcsolatot.

Felhasznált irodalom

J.T. van der Steen et al.: White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 4 July 2013, <http://pmj.sagepub.com>

End of life care for people with dementia. *National Council of Palliative Care*, 2009.

D. Gove et al.: Recommendations on end-of-life care for people with dementia. *The journal of nutrition, health and aging*, Vol. 14., Nr. 2., 2010., 136-139.

F. Boersma et al.: Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 14, 1999., 748-753.

O. Zanetti et al.: Life expectancy in Alzheimer's disease. *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* 1., 2009., 237-243.

S. L. Mitchell et al.: The clinical course of advanced dementia. *N. Engl. J. Med.*, Vol. 361., Nr. 16., 2009., 1529-38.

K. Czarnecki et al.: Kognitív károsodással élők fájdalomcsillapító kezelése. *Orvostovábbképző Szemle*, XXII. évf., 1. szám., 2015 jan., 38-45.

Kulcsszavak:

demencia, Alzheimer-kór, palliatív ellátás

PALLIATÍV ELLÁTÁS A BETEG OTTHONÁBAN (Hódi Zsuzsanna)

A fejezet céljai:

- *Bemutatni az otthoni hospice ellátásban is érvényesülő alapelveket*
- *Megismertetni az otthoni ellátást nyújtó hospice team tagjait*
- *Leírni az otthoni hospice ellátás folyamatát*

Bevezetés

A hospice-palliatív ellátás a terminális időszakra vonatkozik. Terminális állapotúnak az a beteg tekinthető, akinek gyógyíthatatlan a betegsége, állapota fokozatosan romlik és ez várhatóan fél-egy éven belül a beteg halálához vezet.

Hospice ápolás csak igazoltan terminális állapotú betegnek nyújtható, akik közül legalább 80% daganatos beteg (BNO kód: C), további 20% AIDS betegségből és krónikus neurológiai megbetegedésből adódó végstádiumú beteg (kivéve agyvérzés és agylágyulás).

A már aktív kezelésben nem részesülő beteg az elérhető legjobb általános állapotban otthonába kerül, ahol szerettei, családja körében biztosítjuk a kínzó testi tüneteinek kezelését, fájdalmának csillapítását, lelki szenvedéseinek enyhítését, életminőségének javítását.

A hospice otthonápolásban is érvényesülnek a hospice alapelvei:

- a halál az élet természetes, értékteremtő része,
- a kínzó testi-lelki tünetek enyhítése,
- fájdalomcsillapítás egyénre szabottan,
- a beteg életét sem megrövidíteni, sem meghosszabbítani nem akarjuk,
- multidiszciplináris hospice team,
- a beteg számára ingyenes.

A hospice team

A hospice otthoni ellátást végző team tagjai: koordinátor, hospice orvos, hospice nővér, pszichológus (pszichiáter), szociális munkás, gyógytornász, lelkész, önkéntes segítők és egyes esetekben specialisták (dietetikus, stoma terapeuta, fájdalomcsillapító szakorvos).

A hospice team tagjai feladataikat a mindenkori „Hospice-palliatív szakmai irányelvek” szerint látják el.

Koordinátor: magasan képzett hospice szakápoló és akkreditált koordinátori képzés

- feladata összefogni a hospice otthoni ápolást végző csapatot, irányítani a munkát, kapcsolatot tartani a team tagokkal, a beteggel és családjával, valamint az ellenőrzéseket végző szakirányú szervezetekkel (OEP, MEP, ÁNTSZ)
- tájékoztatást nyújt a betegeknek az otthoni hospice ellátás mibenlétéről, menetéről, egyeztetni az ellátási tervet
- felel a csoport adminisztrációs tevékenységéért

Hospice orvos: palliatív jártasságú szakorvos (a későbbiekben kötelező a palliatív licence vizsga)

- felméri és dokumentálja a beteg állapotát
- elkészíti az ellátási tervet, melyet egyeztet a hospice szakápolóval, a koordinátorral és szükség szerint a háziorvossal
- lehetőség szerint a betegfelvételt követően néhány napon belül otthonában felkeresi a beteget (legkésőbb egy héten belül)
- gondoskodik a tüneti kezeléssel (infúziók elrendelése, felírása, hányáscsillapítás, roborálás, gyógytorna elrendelése, javaslatok adása a háziorvosoknak)
- beállítja vagy módosítja a fájdalomcsillapítást (egyik fő feladata a beteg fájdalommentességének elérése)
- a betegnek és családtagjainak pszichés vezetése (informálás, kommunikáció)
- konzultál egyéb speciális szakterületek tagjaival (pszichológus, fájdalomcsillapító szakorvos)
- kapcsolatot tart a háziorvossal
- orvosi dokumentációt vezet a betegről, melyben rögzíti a beteg adatait, statusát, a követendő terápiát és dokumentálja a halál időpontját, helyét

Hospice szakápoló: minősített hospice képzettségű nővér

- rendszeresen látogatja és ellátja a hospice beteget
- dokumentálja az ápolási és szakellátási feladatokat (infúzió adása, decubitus kezelése, sebkötözés, stoma terápia végzése és tanítása a hozzátartozóknak, katéter csere stb.)
- kapcsolatot tart a koordinátorral, a hospice orvossal, a háziorvossal
- kezdeményezheti a beteg állapotának változásakor a hospice orvosi vizitet, az ellátási terv módosítását
- folyamatosan pszichés támogatást nyújt a betegnek és hozzátartozóinak
- biztosítja a halál és a haldoklás körülményeinek méltóságát

Pszichológus (pszichiáter): minősített hospice képzettségű

- tevékenységét a beteg és a család pszichés igényeihez igazítva végzi
- gondoskodik az esetleges gyógyszeres és verbális pszichés támogatásról
- segít a beteg halálát követő gyász feldolgozásában
- gondoskodik a hospice team tagjainak lelki egészségmegőrzéséről

Szociális munkás: minősített hospice képzettségű

- a beteg otthonában szociális környezetfelmérést végez
- eljár a szükségleteknek megfelelő ellátás megszervezésében (szociális étkeztetés, ápolási segély, ápolási díj stb. intézése)

Gyógytornász: minősített hospice képzésben részesült

- a hospice orvos elrendelése alapján a beteg otthonában végzi a mobilizálást, a gyógytorna kivitelezését

Lelkész: mentálhigiénés végzettség előnyt jelent

- a hospice tiszteletben tartja minden beteg vallási meggyőződését és lehetővé teszi a vallásgyakorlást
- lehetővé kell tenni a beteg otthonában a lelkész nyújtotta támogatást

Önkéntesek: előzetesen speciális képzésben részesültek

- a betegnek és családjának otthonukban biztosítanak segítséget (néhány óras felügyelet a családtag távollétében, felolvasás, beszélgetés)
- kompetenciájukat külön rögzítik a szakmai irányelvek

Szakmai háttérrel biztosítanak:

- fájdalomcsillapító szakorvos: tanácsaival segíti a hospice orvos és háziorvos munkáját a lehető leghatékonyabb fájdalomcsillapítás elérésében
- dietetikus: speciális igényű hospice betegnél tanácsokat ad az étkezések beállítására, roborálásra (diabetes, hypoproteinaemia, cachexia)
- stoma terapeuta: stoma viselő betegnél konzultációs lehetőséget biztosít a leghatékonyabb eszköz kiválasztására, használatának megtanítására

Az ellátást nyújtó team tagjaira kiemelkedően magas lelki-pszichés megterhelés hárul. E káros következmények enyhítésére legalább havonta egyszer esetmegbeszélő csoportot szükséges tartani, illetve időnként külső supervisor által vezetett foglalkozást kell szervezni.

Az otthoni hospice ellátás folyamata

A hospice házi ápolást a háziorvos rendeli el. Az első elrendelés 50 vizitre szól, melyet még két alkalommal lehet megismételni, így összesen 150 vizit áll rendelkezésre egy beteg számára.

Az elrendeléshez írásos szakorvosi javaslat szükséges, melyet a beteget korábban ellátó kórház vagy járóbeteg rendelés (onkológiai gondozó, egyéb szakrendelés) szakorvosa ad.

A szakorvosi javaslat alapján a betegfelvételt kezdeményezheti a háziorvos, a beteg vagy hozzátartozója és maga a szakorvosi javaslatot kiadó szakorvos is. A háziorvos a dokumentált elrendelést követően is figyelemmel kíséri a beteg állapotát, sorsát, a hospice házi ápolás menetét. Szükség szerint konzultál a hospice orvossal és a hospice team tagjaival.

Az elrendeléstől számított 24 órán belül az otthoni hospice szolgálat koordinátora felveszi a kapcsolatot a beteggel vagy a családdal. Az otthoni hospice szolgálat koordinátora tájékoztatja a beteget és családját a hospice ellátás lényegéről, alapelveiről.

A beteg első látogatását a hospice szolgálat orvosa és /vagy koordinátora végzi a beteg otthonában. Az első látogatás a betegfelvételtől számított egy héten belül megtörténik. Ennek keretében a hospice orvos megvizsgálja a beteget és meghatározza a szükséges palliatív terápiát, az ellátási tervet, beállítja a fájdalomcsillapítást.

A daganatos betegnek meg kell adni azt a lehetőséget, hogy beleszólása legyen a folyamatok alakulásába és aktív, egyenrangú részese legyen otthoni ápolásának. Az ellátási tervet a beteg igényei határozzák meg. Ezt a beteg vagy törvényes képviselője aláírásával elfogadja.

Az első látogatást követően a hospice szakápoló megismerkedik leendő gondozottjával és megkezdzi az elfogadott terv alapján az ellátást, a beteg ápolását. Az otthoni szakápolás finanszírozási egysége a vizit, mely tartalmazza a komplex ellátást, szükség esetén 24 órás rendelkezésre állást.

A komplex ellátás körébe tartozó tevékenységek:

- alap- és szakellátás
- tartós fájdalomcsillapítás
- gyógytorna, fizikoterápia
- diétás gondozás, tanácsadás
- mentálhigiénés gondozás, tanácsadás
- szociális tevékenységek szervezése

A hospice szolgálat tagjai a továbbiakban az ellátási tervnek megfelelően végzik munkájukat, melyet mindig hozzáigazítanak a beteg ápolási igényeihez.

Az esetleges változásokat a team tagjai rendszeresen megbeszélik, konzultálnak egymással és ezt a dokumentációban is rögzítik.

Az otthon végzett hospice szakápolást megszakíthatja rövidebb-hosszabb kórházi, intézeti felvétel. Ha a beteg állapotában olyan változás áll be, mely feltétlenül igényli az intézeti ellátást, akkor ezt a hospice orvos javaslatára a háziorvos vagy maga is kezdeményezheti.

Például a lehető legjobb általános állapotban a hospice otthoni szolgálatba kerülő betegnél néhány hét múlva nyelési nehézség lép fel, a beteg infúziós terápiára és gyógytápszerek használatára szorul. Majd a teljes nyelési képtelenség kialakulását követően PEG vagy gastrostoma képzésre kerül sor intézetben. A néhány napos kórházi tartózkodást követően ismételt az otthoni hospice szolgálat gondozza tovább, immár új feladatokkal: stoma kötözése, szondatáplálás megtanítása, figyelemmel kísérése. Így a beteg igényeinek változását követi az otthoni hospice tevékenység is.

Az otthoni hospice szolgálat csak ebben a szolgáltatási formában engedélyezett, Magyarországon törzskönyvezett gyógyszereket és gyógyhatású készítményeket használhat. A beteg állapotának rosszabbodásával a hospice team tagjainak látogatásai is sűrűsödnek, a jelenlét és tevékenység intenzívebbé válik.

A haldoklás szakaszában a család különösen igényli a szakképzett személy jelenlétét. Amennyiben a halál beálltakor az otthoni hospice szolgálat valamely tagja is jelen van, segít a halott ellátásában, pszichésen támogatja a hozzátartozókat.

A gyász feldolgozásában a szolgálat pszichológusa is segít, különösen akkor, ha késői elhúzódó gyászreakcióról van szó.

A betegdokumentációt le kell zárni, ha a hospice szolgálat tudomására jut a beteg halála. A betegdokumentáció pontos vezetése, archiválása és tárolása a koordinátor feladata.

A beteg és a család:

- a beteg gondozás mellett nagy odafigyelést igényel a család is
- a mindennapos gondozás során a hozzátartozók kimerülhetnek, segítségre, támogatásra szorulnak
- a velük való őszinte beszélgetések segítik a várható veszteség, a családtag elvesztésének feldolgozását

- szükség esetén a gyászban is személyes támogatást nyújthat a hospice pszichológusa vagy tájékoztatást adhat a gyásztámogató és segítő szolgáltatokról

„A hospice az otthon melege és a kórház szakértelme.” Cicely Saunders

Felhasznált irodalom:

Hegedűs K. szerk.(2009): A palliatív ellátás alapjai. *Semmelweis Kiadó, Budapest*

Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV. tv.)

Ruzsa Á. (1996): Bevezetés a palliatív terápiába. *Magyar Hospice Egyesület, Budapest*

Doyle, Hank and Macdonald szerk.(1995): Oxford Textbook of Palliative Medicine. *Oxford University Press, Oxford*

Doyle D (2002): Palliatív ellátás a beteg otthonában In: Cseri Péter (szerk.) Segítségnyújtás a végeken – haldokló betegek és hozzátartozóik pszichés, szociális és spirituális támogatása. *MHPE, Budapest, 247-282 p.*

Kulcsszavak:

otthoni hospice szolgálat, hospice team, az otthoni hospice ellátás folyamata

AZ UTOLSÓ NAPOK ELLÁTÁSA (Dr. Tóth Gábor)

A fejezet céljai:

- *Önismeret*
- *Gyógyszeres kezelés*
- *Táplálás kérdése*
- *Pszichés vezetés*

Önismeret

A haldokló beteg ágyánál való segítő, támogató jelenlétünk mindenképp megköveteli, hogy magunk is próbáljunk tisztában lenni a halál természetes, annak bekövetkezésének elkerülhetetlen voltaival, mint az élethez tartozó történéssel. Korunk emberének, és így orvosainak is nehezebb dolga van, mint jó pár évtizeddel korábban. Gradualis képzésünk során sem kaphattunk eddig megfelelő felkészítést az utolsó napok ellátására vonatkozóan.

Palliatív munkánk során betegeinkkel kapcsolatban, a tudattalanunkban valahol saját halálunk is megjelenik, a különböző lehetséges forgatókönyveket szemléljük. Valóban csak orvosként vagyunk jelen? Kell, hogy ezekkel időről időre tudatosan is foglalkozzunk, hogy hosszútávon el tudjuk kerülni a sérülésünket, kiégésünket. A számunkra problémásabb eseteket pedig utólag szupervíziós technikákkal dolgozzuk fel, próbálva feltárni, hogy mi zavarhatott az adott eset kapcsán. Fontos lenne, hogy mindenki, aki haldokló betegekkel foglalkozik, saját maga is rendszeresen és tudatosan foglalkozzon ezekkel a kérdésekkel. A haldoklót és családját ugyanakkor nem a saját világmépünk, esetleges vallásos meggyőződésünk szerint, hanem az ő igényeiknek megfelelően kell tudnunk támogatni, vezetni.

Az utolsó időintervallum

Az utolsó napok időintervallumának megjelölése alatt azokat a napokat, akár 1-2 hetet értjük, amikor már olyan változások jeleit észleljük, amik arra engednek következtetni, hogy egészségi állapotában az életjelenségek visszafordíthatatlan romlása, azok megszűnése, és így a beteg halála várható. Nagyon fontos ezen a téren is a családtagokkal, ápolókkal való helyes

kommunikációra való törekvés, mert egész biztosan megfogalmazásra és kimondásra kerül róluk a „Mennyi idő lehet még hátra?” kérdés. Fontos tehát, hogy ne konkrét időpontot, hanem egy adott időintervallumot próbáljunk megjelölni. Így ilyenkor inkább a *hetek, mint hónapok*, vagy inkább a *napok, mint hetek*, vagy a *pár nap* kifejezések használata a tanácsos, fokozatosan szűkítve az időkereteket. Utólag így nem kerülünk abba a kellemetlen helyzetbe, hogy korábban napokat jelöltünk meg és már újabb két hét telt el. A beteget kísérő, ápoló család számára fontos tudni, hogyan osszák be idejüket, energiájukat és esetleges szabadságukat a megfelelő időben tudják kivenni.

Az ellátó és gondozó közeg számára is fontos információ tehát, hogy a beteg elérkezett ebbe a szakaszba, ezért törekedjünk ennek egyértelmű kommunikálására. Komoly összpontosítást igényel ezek összehangolása, hogy ápoló és ápoló is relatíve biztonságban érezze magát ebben az élethelyzetben. Fontos annak a felmérése, hogy az életből távozó emberi méltóságának biztosítását szem előtt tartva, alkalmasak-e egyáltalán a körülmények a család és a gondozók viszonylatában az otthoni támogatás, elkísérés felvállalására. Lehetnek olyanok a körülmények, hogy jobb, ha már időben javaslatot teszünk akár intézeti hospice ellátás irányába.

A világ az élettér tekintetében fokozatosan beszűkül, az idő múlásával a lakásból az ágy környékére korlátozódik betegünk léte. Ennek megfelelően szoba-WC-re, pelenkára időben gondoljunk, ne ilyenkor kelljen még csak javaslatot beszerezni.

Gyógyszeres kezelés

Végig kell gondolnunk a beteg eddig szedett gyógyszereit és azok beviteli módját is. A konkrét beteg aktuális állapota, az alap- és kísérőbetegségek figyelembe vételével célszerű egy várható tervet készítenünk a legvalószínűbb végkimenetelre vonatkozóan. Voltak-e és várhatóak-e krízisállapotok: vérzés, görcs, hányás, szívelégtelenség?

A terminális állapotban, az agónia szakában egyértelműen csak tüneteket kezelünk. Ezek kapcsán pedig fontos feltennünk a kérdést, hogy ez kit zavar. A beteget, a környezetét vagy minket? Ennek tükrében kell a beteg kezelésére, vagy a családdal való kommunikációra törekednünk. Az alább részletezett néhány állapot kivételével a gyógyszereket le kell építenünk.

Megkérdőjelezhetetlen az esetlegesen fennálló fájdalmak esetén a megfelelő *fájdalomcsillapítás* biztosítása, fenntartása. Ehhez a betegágnál hozzáférhető módon kell tudnunk biztosítani a szükséges erősségű és kisserelés formájú készítményeket. Itt is előre kell tudnunk gondolkodni, ne hagyjuk, hogy krízisállapot, akár sürgősségi kórházba utalás következzen be egy rosszul kezelt fájdalom miatt. A per os bevitel egyre nehezebbé lesz, ezért parenteralis, de leginkább is a transdermalis fájdalomcsillapítás az ajánlható forma. Ezen tapasztalatok felragasztása a törzsre javasolt, a megbízhatóbb felszívódás céljából. A keringés centralizálódása miatt a végtagok keringése fokozatosan csökken, majd megszűnik, így az azokra felragasztott tapasztok hatástalanok lesznek. Végbélkúpok használata is adott esetben megfontolandó lehet, ha a beadással járó mozgás nem jár felesleges megterheléssel, plusz fájdalommal a beteg számára. Az ápoló személyzet részére jól követhető, írásos útmutatást célszerű adni a fájdalomcsillapítás kivitelezéséhez: mit, milyen gyakran, milyen kombinációban adhatnak, és felhívni a figyelmüket arra, hogy a beadott gyógyszerek idejét és adagját egy erre a célra rendszeresített füzetben pontosan vezessék. Ez növeli a gondozók biztonságérzetét, és optimalizálja a kezelés hatékonyságát. Megfelelő telefonos elérhetőségeket biztosítva tovább tudjuk növelni biztonságérzetüket. Kit (házi-, hospice-, ügyelet orvos), mikor, és meddig, valamint hogy milyen telefonszámon hívhatnak kérdéses esetben. Legyen 24 órás a lefedettség.

Mindenképpen kezelendő egy esetlegesen kialakuló *szívelégtelenség*. Felültetés láblógatással, intravénás kalcium-diuretikum, subcutan adagolt morfin a hyperventillatio kezelésére, nitrát tapaszt mind jó választási lehetőség a klinikum függvényétől. Szonda oxigén adása mérlegelendő, de nem minden esetben ajánlott, hiszen a hypoxia következtében kialakuló átmeneti tudatzavar akár előnyös is lehet. Időben kommunikáljuk ezt is a hozzátartozók felé.

Hányinger csillapítására, a hányások elkerülésére feltétlenül törekednünk kell. Előnyben részesítendő a rectalis kúp és parenteralis injectio beviteli forma. Központi idegrendszeri betegségek következtében jelentkező hányások, görcsök esetén is akár depot steroid, rectalis benzodiazepin készítmények adandóak.

A szív-érrendszeri gyógyszerek többsége is elhagyható, a korábban esetleg magas vérnyomás, a szív gyengülésével, hypovolemizálódás következtében normalizálódik, és alacsony tartományba kerül, következményes tachycardizálódás mellett. A táplálkozás csökkenése és megszűnése az antidiabetikumok elhagyását is lehetővé teszi. Inkább fordul elő a cachectizálódás talaján hypoglycaemia mint az életet veszélyeztető hyperglycaemia.

A delirium hyperdynam formája per os haloperidollal, nyugtalan agitált állapot sublingualis alprazolam, illetve parenteralis benzodiazepinnel is kezelhető a klinikum függvényében.

Terminális állapotban hörgő jellegű légzés atropin adásával kezelhető.

Tápanyag és folyadék bevitel

Ebben a végső állapotban a szervezet már nem képes a kívülről bejuttatott folyadék és táplálékfelvételek megemésztésére, felszívására. A betegség előre haladtával a katabolizmus válik egyre dominálóbba az anabolikus folyamatokkal szemben. A szervezetben még meglévő saját tartalékokkal gazdálkodik, nyer esetleg folyadékot más folyadékterek rovására. A terminális állapot elhúzódására lehet számítani relatíve jónak mondható kiindulási tápláltsági állapot esetén, mert van, mit feléljen a szervezet. Itt is a jó kommunikáció nagyon fontos. Szerencsés, ha már beszélgetéseink során – ezt az állapotot megelőzően – el tudtunk jutni a beteg és a családvezetése során arra a szintre, hogy sikerül a valós ok-okozat összefüggést megértetnünk. Vagyis nem azért gyengül a szeretttük állapota, mert nem eszik és iszik már úgy, mint régebben, hanem pont fordítva lesz igaz: azért nem eszik és iszik már annyit, mint régebben, mert a betegsége halad előre. Ennek tükrében tehát törekednünk kell annak az elfogadtatására, hogy csak akkor, csak azt és csak annyi folyadékot-táplálékot vegyen magához, ami és amikor jólesik neki. Külső elvárásra képes a beteg akár lenyelni az ételfelvételeket, de az valószínűleg hányás formájában fog tudni csak megkönnyebbülést eredményezve távozni.

Ennek tükrében kell az ilyenkor felmerülő infúzió kérdését is kezelnünk. *„De hát ki fog száradni!”* – érvelnek a hozzátartozók. Nagy valószínűséggel kijelenthető, hogy nincsen olyan az életből távozó ember, akinek elektrolit rendszerében, folyadéktereiben ne alakulna ki eltolódás és hiány is. Sőt, egészen biztosan veseelégtelensége is lesz a keringés centralizálása, a vesék keringésből való kiiktatása következtében. Ha semmiképpen nem elkerülhető az infundálás, napi 500 ml-nél többet semmiképpen ne adjunk. Egy otthoni hospice gondozott betegünket ügyeleti beutalást követően a dialízisről kellett az utolsó pillanatban levetetni, mert ebben az állapotban nefrológiára került, ahol a retentios értékei és ionjai miatt akut kezelését kellett volna megkezdeni. Ezek mind következmények és nem kiváltó okok. Hiába kezeljük heroikus módon és komoly költségek árán a tüneteket, ebben az állapotban azok már nem tudják betegünk javulását eredményezni. A vizelet színének várható sötétedését és mennyiségének csökkenését is időben kell tudnunk jelezni a környezete felé.

Az utolsó időszakban különös figyelmet kell fordítanunk a szájhygiénére. A száj nyálkahártyája is kiszárad, kisebesedik, érzékennyé és vérzékennyé válhat. Fontos, hogy nyelési képtelenség esetén is próbáljuk a nyálkahártyát nedvesen tartani. Ebben az esetben például Pagavit szájápoló pálca és vizes gézlap a száj elé helyezése is igen felfrissítő, megnyugtató tud lenni. Nagyon hálásak tudnak lenni betegeink ezért a látszólag apró törődésért, ápolásért.

Pszichés, lelki vezetés

Gondozottunk a diagnózis megszületését követően, a betegséggel való szembesülés, megküzdés, elfogadása útján halad. Időről időre próbáljuk beazonosítani, hogy hol tarthat ezen az úton. Van, aki akár magányában elakad a megküzdéssel és a tagadás fázisában van még mindig, holott már terminális állapotba került. Nagyon fontos, hogy a beteget annak az állapotnak megfelelően vezessük, ahol ő személy szerint van, és ne annak az állapotnak megfelelően, ahol szerintünk már tartania kellene.

Az ellátás holisztikus szemléletéből adódóan az életből való távozás spiritualis vetületeit sem kerülhetjük meg. Vallási megfontolásból adódóan a legtöbb ember a lelkét is formálja, készíti a halálra. Test és lélek együttes vezetése alapvető kulcsa a sikeres betegkísérésnek. Fontos, hogy a beteggel való kapcsolatépítés során az ez irányú kívánságait, igényeit is időben feltérképezzük. Időben kell elkezdni kiépíteni a bizalmi viszonyt, hogy bölcsen tudjunk a hátralévő idővel gazdálkodni. Ha igény van rá, a pappal, lelkésszel való kapcsolatfelvétel megnyugvást jelenthet beteg és gondozója számára egyaránt. Többször előfordult már, hogy félelemből, túlterheltségből adódóan halogatták a lelkész értesítését, és hozzátartozójuk halála után szembesültek mulasztásukkal. Ez az elkövetkező gyászmunkájuk zavarát is eredményezte.

Az otthon ápolt végstádiumú beteg és családja kísérésében kiemelt szerep hárul a háziorvosokra, hiszen nekik van lehetőségük - a már akár ágyhoz kötött - beteg felkeresésére, hospice gondozásának elrendelésére, a fájdalomcsillapítás koordinálására.

Felhasznált irodalom

Hegedűs Katalin: A palliatív ellátás alapjai. *Semmelweis Kiadó* 2009

Ivan Illich: Limits to Medicine *Marion Boyars Publishers Ltd* 2000.

Tulassay Zsolt, Matolcsy András: Az Onkológia tankönyve. *Semmelweis Kiadó Bp. 2011.*

Egészségügyi Közlöny, 2010. március 25. LX évf. 7.sz. (1458-1547.o.)

Trompos Katalin: Az utolsó napok ellátása. Csaláadorvosi jegyzet. 2013.

Elizabeth Kübler-Ross: A halál és a hozzávezető út. *Gondolat Kiadó*

A fejezet céljai:

- *A gyermek palliatív ellátás nemzetközi és hazai történetének rövid áttekintése*
- *Az érintett betegségek körének definiálása és ismertetése*
- *Az ellátó rendszer ismertetése, specifikációinak részletezése.*

A gyermek és fiatal felnőttkori palliatív és hospice ellátás számos vonatkozásban eltér a felnőtt ellátástól, de még több dologban azonos, illetve hasonló problémákkal küzd. A hasonlóságok és a közös szemlélet az, mely együttes fellépést tesz szükségessé, a különbségek ismerete és elfogadása pedig saroklatos pontja a továbblépésnek.

Szemléleti, filozófiai, egészségügyi és társadalmi háttér

A társadalom halálszemléletének változása természetesen terjedt ki a gyermekhalál fokozódó tagadására is. Megváltozott a gondoskodás családi szerkezete, a családtagok részvállalása az ápolásban, a beteg ember szerepe, jelentősége a társadalomban. Megváltozott a halál megélése mindennapjainkban. Mindezekben a szociális- és média-vonatkozásokon túl hajlamosak vagyunk a fejlődő orvostudomány eredményei mögé a halhatatlanság reményét is beleképzelni. Hajlamosak vagyunk elfelejteni, hogy a javuló szociális és egészségügyi ellátás minden esetben csak az élet határait képes kitolni, de nem képes halhatatlanságot biztosítani. Méginkább igaz ez akkor, mikor egy akár frissen született gyermek esetében diagnosztizálnak életet megrövidítő betegséget.

Történelem: kitekintés és hazai körkép

Az első gyermekhospice Angliában, Oxfordban nyílt meg Sister Francis vezetésével. A Helen Ház 1982-es megnyitását követte a Douglas Ház (2004) is, és a világban ezt követően kezdetben az angol nyelvterületeken terjedtek el, de hamarosan a német, majd a mediterrán országokban is megjelentek a gyermekhospice-ok. Kelet-Európában úttörő szerepet kapott Lengyelország.

Hazánkban a gyermekhospice ellátás először a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórházában valósult meg 1996-tól 2005-ig. Dr. Békési Andrea irányítása alatt a kórházi palliatív ellátási modellt valósította meg, kiegészítve az önkéntes munkán alapuló otthoni ápolással. Hosszú szünet után a gyermekhospice a felnőtt hospice ellátás keretében jelent meg, amikor a Magyar Hospice Alapítvány ellátási keretei között Dr. Muszbek Katalin orvos igazgató munkatársaival, Dr. Gergely Anitával 2010-ben elindította a „Fogd a kezem” otthonellátási programot. Ugyancsak 2010-ben indult Pécsen egy érintett szülő, Gyura Barbara kezdeményezésére civil mozgalom (a Szemem Fénye Alapítvány keretein belül) a gyermekhospice érdekében.

Magyarországon az első két gyermekhospice ház 2011-ben nyílt meg, Pécsen a Dóri Ház, majd Törökbálinton a Tabitha Gyermekhospice Ház. A két ház 2012 novemberében vált egymástól függetlenné és a törökbálinti házat a Tabitha Nonprofit Kft. működteti tovább Dr. Benyó Gábor orvosigazgató szakmai vezetésével.

2012-ben indult Pécsen az Eurakvilo Gyermekonkológiai és Gyermekhospice Közhasznú Alapítvány, melyet Dr. Ottóffy Gábor, a pécsi Gyermekonkológiai Osztály vezetője hozott létre és vezet szakmailag, az osztályon kezelt onkológiai betegek otthonápolása és otthoni életvégi ellátása céljából.

Az ellátási rendszer, ellátott beteganyag részletezése

Alapvető különbség a felnőttek és gyermekek palliatív ellátásában, hogy gyermekek palliatív és hospice ellátása világszerte nem kizárólag a terminális állapotú betegek és nem csak daganatos betegek ellátására korlátozódik. Az ellátottak definíciójára jól elfogadható két kifejezés szolgál: az amerikai irodalomban fellelhető krónikus komplex állapot kifejezés, mely fedí mindazon betegségeket, melyek 12 hónapon belül halálhoz vezethetnek és legalább egy szervet vagy szervrendszert működésében súlyosan érintenek. Az Egyesült Királyságban inkább a Life Limiting Condition (LLC) kifejezés, azaz az életet rövidítő betegségek kifejezéssel találkozunk.

Az ellátott betegek korosztályos határa világszerte változó, de összességében a 21, illetve a 24 éves életkori határ a leggyakoribb, de természetesen a betegség jellege, a gondozott beteg és

családja kívánsága mellett a szomatomentális állapotot és az ápolási tényezőket is súlyozottan kell figyelembe venni.

Összehasonlító adatelemzések alapján elmondható, hogy nemzetközi viszonylatban körülbelül az ellátott betegek 30%-a szenved daganatos betegségben, 20%-neuromuscularis betegségben, és kb. ugyanennyi betegnek (18-20%) van központi idegrendszeri betegsége (pl. terápia rezisztens epilepszia). A maradék 30%-on osztozik a többi (a későbbiekben az ACT-ban felsorolt) kórkép. Ha a halálozási adatokat tekintjük át, úgy az látható, hogy az ellátás kapcsán a halálozások 35-50%-a daganatos betegekben történik, melyet a központi idegrendszeri betegségek, illetve az anyagcsere betegségek követnek 15-15% körü, melyeket nagyobb hányadban a szívbetegségek, extrém koraszülöttség és a kromoszóma rendellenességek követnek.

Egy összefoglaló kanadai tanulmány alapján egy nagy, 15 éves tapasztalattal rendelkező központban ezen működési periodusban a gondozásba került betegek 60%-a meghalt, 25% volt életben, 15% került át felnőtt gondozásba. A halálozás 61%-a történt a hospiceban, 16% a gyermek otthonában és 23% kórházban. Az ellátásban a legtöbben a neuromuscularis megbetegedésekben szenvedők töltötték (medián 2008 nap!!). A daganatos betegek töltötték a legkevesebb napot (medián 60 nap).

Magyarországi gyermekbeteg palliatív-hospice ellátás igénybevételi adatai

A fejlett országokban a gyermekkori halálozás nagy részéért a balesetek és a mérgezések felelősek, míg a fejletlenebb országokban leggyakoribb okok a fertőző betegségek (pl. AIDS). A gyermek palliatív-hospice ellátására igényt tartó, érintett betegek számára vonatkozólag pontos statisztikai adatokkal nem rendelkezünk, de a nemzetközi adatbázisok javaslatait figyelembe véve a 20 év alatti populációra biztonsággal használható becslés a 16-18/ 10000 fő prevalencia, mely alapján Magyarországra vetítve évente körülbelül 3350-3700 beteg éves palliatív ellátási igényével kell számolnunk. Magyarországon 2012-ben a gyermekhalandóság (0-18 év) az Országos Gyermek Egészségügyi Intézet adatai alapján 1369 fő volt. A betegségekből eredő halálozás kb. 600, ebből a daganatos gyermekek éves halálozása kb. 60-70 fő volt.

A gyermekgyógyászati palliatív ellátás európai standardjai

2006. márciusában Trento-ban (Olaszország), nemzetközi találkozón (International Meeting for Palliative Care in Children, Trento - IMPaCCT) fektették le az európai gyermek palliatív ellátás standardjait

A gyermekgyógyászati palliatív ellátás definíciója

Az IMPaCCT a gyermekgyógyászati palliatív ellátás WHO-definícióját vette át:

- A gyermekek palliatív ellátása a gyermek testének, lelkének és szellemének aktív, teljes gondozását jelenti, és magában foglalja a hozzátartozók támogatását is.
- A betegség diagnosztizálásakor veszi kezdetét, és attól függetlenül folytatódik, hogy a gyermek részesül-e a betegség gyógyítását célzó kezelésben.
- Az egészségügyi személyzetnek fel kell mérnie a gyermekre háruló fizikai, pszichés és szociális terhelés mértékét, és enyhítenie kell azt.
- A hatékony palliatív ellátás széles körű, multidiszciplináris megközelítést igényel, bevonja a hozzátartozókat, és felhasználja a rendelkezésre álló közösségi forrásokat is.
- Palliatív ellátás biztosítható különböző szintű ellátó intézményekben, közösségi egészségügyi központokban, sőt a gyermek otthonában is.

A palliatív ellátásra szoruló gyermekek

Az Egyesült Királyság-beli Gyermekgyógyászati és Gyermekkegészségügyi Királyi Kollégium és Az Egyesület az Életet Veszélyeztető illetve Terminális Betegségben Szenvedő Gyermekekért és Családjaikért (Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families; ACT) által közösen kidolgozott *Útmutató a gyermekek palliatív ellátó szolgálatainak fejlesztéséhez* című kiadvány szerint az érintett gyermekek négy kategóriába sorolhatók.

1. csoport: olyan életet veszélyeztető állapotok, melyekben a kuratív kezelés eredményes, illetve sikertelen is lehet, és amelyekben a palliatív ellátó szolgálat igénybevétele a kuratív

kezelés megkísérlése mellett és/vagy annak sikertelensége esetén szükségessé válhat, pl. daganatos betegségek, komplex és súlyos, veleszületett vagy szerzett szívbetegség, trauma vagy hirtelen súlyos betegség, extrém koraszülöttség).

2. csoport: olyan állapotok, melyekben az idő előtti halál elkerülhetetlen, azonban amelyekben sor kerülhet az élet meghosszabbítását és a normál tevékenységekben való részvétel elősegítését célzó, hosszan tartó intenzív kezelésekre, melyekkel minőségi élet élhető, pl. cisztás fibrózis, súlyos veleszületett vagy szerzett immunhiányos állapotok (HIV-fertőzés, AIDS), krónikus vagy súlyos légzési betegségek, izom dystrophiák, myopathiák, europathiák, Súlyos, teljes parenterális táplálás (TPN) függő rövidbél szindrómások.

3. csoport: progresszív állapotok kuratív kezelési lehetőség nélkül, melyekben a kezelés a diagnózis felállítása után kizárólag palliatív, és amelyek általában több éven keresztül elhúzódnak, pl. progresszív súlyos anyagcsere rendellenességek (metakromáziás leukodystrophia, X-hez kötött adrenoleukodystrophia, súlyos mitokondriális valamint légzési lánc betegségek), kromoszóma rendellenességek súlyos formái (pl.: 13 valamint 18-as triszómia/, Súlyos osteogenesis imperfecta betegek).

4. csoport: irreverzibilis, de nem progresszív állapotok komplex egészségügyi ellátási igénnyel, amelyek szövődményekkel járhatnak, és fennáll az idő előtti halálozás valószínűsége, pl. súlyos központi idegrendszeri bénulások, sérülést vagy fertőzést követően jelentkező, anoxiás vagy hypoxiás károsodás, súlyos agyi malformációk (pl.: holoprosencephalia, anencephalia).

Az igénybe vehető ellátási formák

Az ellátás helyül szolgálhat a gyermek otthona, kórházi palliatív-hospice osztály és intézményi hospice ellátás (gyermekhospice ház).

Mentesítő ellátás: a krónikusan beteg gyermek és családja számára teljes körű ellátás, gondozás és gondozásszervezés, mely elsősorban hospice házban jellemző.

Nappali ellátás: a krónikusan beteg gyermek és családja számára gondozás és gondozásszervezés, mely mind a hospice házban, mind a gyermek otthonában igénybe vehető a nap folyamán, maximális hossza 12 óra.

Tranzit ellátás: átmeneti ellátás a kórházi ellátó környezet és az otthoni betegellátás között, kizárólag hospice házban jellemző.

Otthonápolás: a krónikusan beteg gyermek és családja számára otthonában nyújtott ellátás, gondozás és gondozásszervezés.

Életvégi ellátás: a gyermek és családjának segítése a gyermek életének utolsó időszakában. A szülők, testvérek és gondozók lelki és anyagi támogatása a gyermek elvesztése után. Az ellátásforma mind kórházi palliatív-hospice osztályon, mind hospice házban, mind a gyermek otthonában igénybe vehető az igények szerint.

Gyászkör: azoknak a szülőknek és testvéreknek nyújt lelki támogatást, akik elvesztették gyermeküket / testvérüket.

Az intézményi ellátórendszer felépítése

Jelenleg Magyarországon *intézményi/kórházi gyermek palliatív osztály* nincsen, bár ennek hivatalosan elismert és szabályozott működési lehetőségei megvannak, működési minimál feltételei kidolgozottak. Erre az ellátási formára járna állami finanszírozás.

Palliatív gyermek mobil team egyetlen magyarországi gyermekkórházban, egyetemen sem működik, finanszírozása szintén megoldott. Szerepe a kórház bármely osztályán, vagy a konzultációs körbe tartozó kórházakban a palliatív ellátás segítése és koordinálása.

Gyermek hospice ház működésében a korábban részletezett valamennyi ellátási forma igénybe vehető. Minimál feltételeiben az intézményi ellátó hely feltételrendszeréhez igazodik. 24 órás folyamatos ápolói felügyeletet biztosít a hét minden napján, ám folyamatos orvosi jelenlét nincsen, vizitáló, konzultációs orvosteam működik, mely azonban telefonon folyamatos készenlétet biztosít. A multidiszciplináris ellátó team tagjai az orvos, gyermekápoló, pszichológus, gyógytornász, pedagógus, játékterapeuta, szociális munkás, pap, zene- és művészetterapeuta. Az ellátás egysége a beteg és családja.

Felhasznált irodalom

Pediatric Palliative Care and Hospice Care Commitments, Guidelines, and Recommendations
Pediatrics 2013;132: 2013-2731

Characteristics of a Pediatric Hospice Palliative Care Program Over 15 Years
Pediatrics 2014;134: e765-773

Pediatric palliative care. *N Engl J Med.*2004;350(17): 1752–1762

Parent and clinician preferences for location of end-of-life care: home, hospital or freestanding hospice? *Pediatr Blood Cancer.*2014;61(5): 859–864

IMPaCCT: Standards for Paediatric Palliative Care in Europe. *European Journal of Palliative Care* 2007, 14 (3): 109-114.

Hasznos linkek

<http://www.togetherforshortlives.org.uk/>

<http://www.icpcn.org/>

Kulcsszavak:

életet veszélyeztető illetve életet rövidítő megbetegedések, krónikus komplex állapotok, Trentói egyezmény (IMPaCCT), ACT osztályozás, gondozási egység

FIZIOTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Schäffer Judit)

A fejezet céljai:

- *Bemutatja a fizioterápiát, mint a palliatív terápia részét, a gyógytornász/fizioterapeuta helyét és jelentőségét a multidiszciplináris palliatív team-ben*
- *Összefoglalja a palliatív ellátásban leggyakrabban jelentkező tüneteket és enyhítésükre hatékonyan alkalmazható fizioterápiás lehetőségeket*

Palliatív fizioterápiás ismeretek

Definíciók

Fizioterápia: Fizikai energiákkal való gyógyítás. Tevékenység szerint felosztható elektro-, hidro-, foto-, termo-, és mechanoterápiára. Mechanoterápia körébe tartozik az ultrahang, a masszázs és a gyógytorna kezelés. Élettani hatásai szerint a fizioterápia keringésjavító, fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő, izomrelaxáns, állóképesség növelő, valamint izomerő fokozó lehet. A fizioterápiás eljárások preventív, kuratív (rehabilitációs) és palliatív célzattal történnek.

Preventív célú fizioterápia: Leggyakrabban inaktivitásból eredő szövődmények és kínzó tünetek megelőzésért végzett fizioterápiás eljárások összessége.

Rehabilitációs (kuratív) fizioterápia: Elveszített funkciók helyreállítását, gyengült funkciók erősítését, meglévő funkciók megőrzését és optimális kihasználását célzó fizioterápiás eljárások összessége.

Palliatív célú fizioterápia: A fájdalmat csillapító és más kínzó tüneteket enyhítő, közérzetet, és ezáltal az életminőséget javító fizioterápia.

A palliatív terápiában a preventív, a rehabilitációs és a palliatív szemlélet egyszerre van jelen, így a terminális állapotú betegek ellátásának - ideális esetben - integráns része a fizioterápia is. Amellett, hogy fizioterápia kelléktárának alkalmazása sok esetben enyhülést, funkció és kondíció javulást eredményez, csökkentve a beteg kiszolgáltatottság érzetét, nagymértékben hozzájárul pszichés állapotának, közérzetének, jóllétének, életminőségének javulásához is.

A gyógytornász helye, szerepe és jelentősége a palliatív team-ben

A betegség kezdeti szakában, mikor a beteg gyógyulására jó esély van, a rehabilitációs célú fizioterápia a jellemző, de jelen van a palliatív, tüneteket enyhítő és a preventív szemlélet is. A gyógyító eljárások, különböző sebészeti beavatkozások és kezelések okozta fizikai állapot hanyatlásból való felépülés fizioterápiás szakmai segítséggel gyorsítható, az általuk okozott tünetek egy része enyhíthető, és a velük összefüggésben kialakuló szövődmények rizikója csökkenthető.

Az előrehaladott, terminális állapotú betegek ellátásakor markánsabban van jelen a palliatív célú fizioterápia, de hasonlóan nagy hangsúlyt fektetünk a prevencióra, s bár a beteg állapota folyamatosan romlik, egy-egy kezelés apró, kis eredményeket hozó rehabilitációs eseményként van jelen a komplex ellátás folyamatában. Előtérbe kerül a rehabilitációs szemlélet akkor is, amikor az alapbetegségtől függetlenül, vagy azzal összefüggésben következnek be csonttörések, agyi történések, nagyobb műtétek, melyekből még reális esély lehet a felépülésre.

A terminális állapotú betegek utolsó napjaiban és óráiban csak akkor alkalmazunk fizioterápiás kezeléseket, ha a beteg továbbra is igényli. A gyógytornász ilyenkor gyakorta átadja helyét a gondos ápolásnak, a szakápolók és hozzátartozók csöndes, támogató jelenlétének, melyben a szükségletek és igények függvényében vehet részt a fizioterapeuta is, de munkájában ilyenkor a palliatív kezelések kerülnek előtérbe, mint az óvatos átmozgatás, fájdalomcsillapító légzéstechnika alkalmazása és tanítása, simító masszázis, pihentető helyzetek, pozíciós terápia.

A gyógytornász/fizioterapeuta orvosi javaslatra kerül a beteget ellátó team tagjai közé, munkája során önállóan végzi el a fizioterápiás anamnézis felvételét, mely az általános adatokon túl kiterjed a mozgás-, és funkcionális állapot vizsgálatra, és a fizioterápiás diagnózis felállítására. A beteg állapotához és igényeihez alkalmazkodva, a gyógytornász és az ellátott közösen állítja össze a hosszú és rövid távú kezelési tervet. A hosszú távú célok meghatározásakor fontos, hogy az a realitásokon alapuljon, és a beteg által preferált célokat tartalmazza. A rövid távú célok meghatározásakor pedig az, hogy folyamatosan alkalmazkodjon a beteg általános és aktuális állapotához. Az fizioterapeuta részéről a palliatív ellátásban, - szemben általánosan elfogadott teljesítmény-orientált szemlélettel - sokkal inkább a beteg állapotához és igényeihez alkalmazkodó, elfogadó, adaptív attitűdre van

szükség. Mivel a kezelések a legtöbb esetben a beteg együttműködésén túl az aktív részvételt is igénylik, rendkívül fontos a gyógytornász személyisége, empatikus, támogató és alkalmazkodó attitűdje, mert ez lesz az alapja a szükséges bizalom kialakulásának és a későbbi sikeres együttműködésnek.

A palliatív ellátásban gyakori tünetek és kezelésükben hatékonyan alkalmazható fizioterápiás eljárások

Mozgáskéesség korlátozottsága

Definíció:

Mozgáskéesség korlátozottsága: testrészek vagy a test egészének helyzet-, és helyváltoztató mozgásainak részleges vagy teljes akadályozottsága.

Jelentőség / gyakoriság:

A betegség kezdeti szakában is jellemző, de a kóros folyamatok előrehaladtával mind gyakoribbá és súlyosabbá váló, kínzó tünetegyüttes. A mozgáskéesség korlátozottsága miatt kieső funkciók hiánya megnehezíti a napi életvitelt, minél súlyosabb a károsodás, annál tehetetlenebbé és környezete számára kiszolgáltatottabbá teszi a beteget. A funkcióban okozott zavar jelentős kényelmi, önellátósági és pszichés függést is okoz, mind nagyobb terhet ró a beteget ellátó családtagokra és személyzetre.

Okai:

A mozgáskéesség korlátozottságának számtalan oka lehet. Leggyakoribb a fájdalom, maga a betegség okozta károsodások, műtéti megoldások kapcsán sérült testrészek, sebek, vagy az alapbetegség, illetve a kezelések következtében legyengült szervezet.

Patofiziológia:

Az inaktivitás következtében a mozgásában akadályozott terület izmainak tónusa csökken, keringése romlik, az izomegyensúly felborulása miatt az ízületekben contractúrák alakulnak ki, melyek fájdalmassága tovább súlyosbítja az amúgy is rossz helyzetet.

Diagnózis / differenciál diagnózis:

A mozgáskorlátozottság fizioterápiás diagnózisának felállításához fizikális vizsgálatra van szükség. A fiziológias alaktól, szintől, mozgástól vagy tónustól való eltérések, a

mozgásterjedelem, a mozgás minőségének (izomerő nagysága, dozírozása, célirányossága), valamint a funkcióban és a mozgás tudatosságában való megváltozása utalnak a korlátozottság okára.

Általános mobilizáció

Az általános mobilizáció célja az inaktivitási szövődmények kivédése, az erőnlét fokozása és az önellátó mozgások gyakorlása. A kezelés alapját képezik a keringésjavító és az ízületeket mobilizáló gyakorlatok, melyek az állapot súlyosságától függően aktív, vezetett aktív vagy passzív mozgás formájában kivitelezhetőek. A passzív mozgatsnál különös óvatosságot igényelnek a csont metasztázisos betegek. Az egész szervezet átmozgató, kondíció javító, vagy a meglévő funkciók optimális kihasználását célzó hely- és helyzetváltoztató mozgások gyakorlása, az új mozgásminták kiépítése nagyban hozzájárulnak a beteg mindennapi mozgásainak, önellátási funkciójának javulásához, így kiszolgáltatottságának csökkenéséhez és közérzetének javításához. Fontos elem a mobilizációban a megfelelő ortézisek, mozgási vagy járási segédeszközök, kapaszkodók stb. alkalmazása és használatának tanítása, csakúgy, mint a beteg környezetének a mozgás szempontjából való biztonságossá tétele. A rendszeres gyakorlás során a terhelés fokozatosan emelhető, de mindig szem előtt kell tartani az aktuális erőnléti és közérzeti státust.

A professzionális betegmozgatási technikák alkalmazásával a beteg önálló mozgását facilitáljuk, egyben megkönnyítjük az ápolást és gerincvédelmi stratégiát nyújtunk az őt ellátó családtagok és személyzet számára.

A mozgáskorlátozottság okának ismeretében, a mobilizációhoz kiegészítő gyógyszeres kezelésként leggyakrabban krém vagy tableta formájában fájdalomcsillapítók és izomlazítók, esetleg általános roboráló szerek jöhetnek szóba.

Fájdalomcsillapító fizioterápia

A fájdalom gyakran vezető tünetként van jelen a palliatív ellátásban. Oki és tüneti terápiájának hatékonysága növelhető, ha a gyógyszeres és az alternatív lehetőségeket, így a fizioterápiás eljárásokat is komplexen alkalmazzuk.

Az inaktivitásból eredő fájdalmas, beszűkült mozgások és contractúrák jól oldhatók célzott keringésjavító, izomlazító, nyújtó, spazmus oldó vagy contractúra nyújtó technikák alkalmazásával és gyógytorna gyakorlatokkal. Az antalgias tartás vagy kóros mozgás következtében fájdalmassá vált testrészek átmozgatása, aktív, vezetett aktív vagy passzív módon, a keringés javításával, a terhelési, nyomási viszonyok megváltoztatásával gyakran már önmagában enyhítik a fájdalmat.

Bár a klasszikus masszázs általában kontraindikált, de a szelíd, simító vagy lazító masszázsfogásokkal dolgozó és az érintés nyugtató, támogató jelentőségét ötvöző manuális technikák szintén hatásosan alkalmazhatóak. Jó hatásúak lehetnek ezek a masszázs technikák a tartós fekvés vagy a pszichés feszültség következtében kialakuló, főként vállövi és felső háti szakasz izomspazmusának és fájdalmas miogelosisainak oldására.

A keringésjavító gyakorlatok gyors, izompumpa funkciót elősegítő mozdulatai mellett, hogy megszakítják az inaktivitás okozta fájdalom ördögi körét, feszültségoldó hatásúak is, csakúgy, mint az erős akut fájdalomra alkalmazható és tanítható fájdalomcsillapító légzéstechnika. Enyhülést hozhat az érintett területet pihentető, nyugalomba helyező pozíció, esetleg borogatásos, hűtő vagy melegen tartó terápiája. Elektroterápiás kezelések közül szóba jöhet a fájdalom érzékelésének ingerküszöbét csökkentő TENS kezelés.

A fájdalom enyhítésére alkalmazott fizioterápiás kezelések során tartsuk szem előtt a beteg terhelhetőségét, ne okozzunk további kellemetlen mellékhatásokat, minden esetben használjuk tudatosan a fizioterápia „lelket kisimító, kényeztető” erejét. Kérjünk folyamatos visszajelzést, és csak azt a módszert alkalmazzuk, amely eredményesnek bizonyul. A fájdalom fokozódása esetén az adott kezelést meg kell szakítani

Légzésterápia, mellkasi fizioterápia

A légzésterápia és mellkasi fizioterápia célja lehet az oxigenizáció javítása, a légzőmozgások gyakorlása, a váladék mobilizálása, a feszültségoldás és a fájdalomcsillapítás.

Célzott légzőgyakorlatokkal, a tüdő különböző területeinek átlélegeztetésével jelentősen javítható a gázanyagcsere. Különösen fontos lehet ez a tartósan fekvő, műtét, daganat vagy pneumonia miatt légzésfunkciójában károsodott betegek esetében. A légzőgyakorlatok jó

bevezetői lehetnek a fizioterápiás kezelésnek, bemelegítik, előkészítik a szervezetet a további kezelésre.

A légzőmozgások gyakorlása mellkasi és hasi műtétek előkészítő terápiájaként is alkalmazhatóak, de műtétek után a beavatkozás vagy sebfájdalom miatt kieső területek funkciójának mielőbbi visszanyerése céljából is hasznosak. Eredményesen kezelhető így az emlő és hónalj nyirokcsomók eltávolítása következtében kieső csúcsi légzés, vagy a hasi műtétek után típusosan fellépő rekeszizom diszfunkció.

A tartós fekvés és inaktivitás, vagy egyéb folyamatok következtében a hörgőkben felgyülemlett váladék mobilizálására komplex mellkasi fizioterápia alkalmazható. A megfelelő folyadékpótlás és mukolitikus gyógyszerek szájon át vagy aerosol terápiával bejuttatva elfolyósítják a sűrű váladékot, hogy az mellkasi vibráció, a hörgő lefutásának megfelelő pozicionálás és forszírozott kilégzési technika alkalmazásával távozhasson a szervezetből. Ha a teljes metódus és a velejáró köhögés nagyon igénybe venné a beteg szervezetét, akkor pihenésképpen lassú teljes légzésgyakorlatokkal szakítsuk meg a terápiát, esetleg hagyjuk el a forszírozott kilégzést és/vagy a mellkasi vibrációt.

A lassú teljes légzés, a szájon át való hosszú kilégzés fájdalomcsillapító, feszültségoldó hatása jól ismert. A légszomjjal küzdő betegeknek fontos ennek a megtanítása, hiszen tudatosan és önállóan is alkalmazható, hatásos eszköz lehet számukra a légszomj ijesztő és pánikkal társuló rohamai esetében.

Keringésjavító fizioterápia

A keringésjavító fizioterápia célja a vérkeringés javítása, a vénás pangás és az ödéma csökkentése, a trombozis megelőzése. A mozgásterápia könnyed bevezető gyakorlatai közé tartozik, a vénás pumpafunkció aktivizálja a keringési rendszert. A mellkasi szívóhatást fokozó légzőgyakorlatokkal kombináltnak, eredményesen alkalmazható a tartósan fekvő, nagyobb műtéteken átesett vagy legyengült betegek esetében is. A keringésjavító torna a különböző eredetű ödémák csökkentésében a Trendelenburg helyzettel és kompressziós fászlizással kombináltnak alkalmazva a leghatékonyabb.

Gyakori tünet a rákbetegek körében a lymphoedema, mely a nyirokutak és nyirokcsomók érintettsége vagy műtéti eltávolítása, esetleg fehérje anyagcserezavar esetén alakul ki. Az

immobilitás minden esetben súlyosbító körülményt jelent. A nyiroködéma komplex kezelése, mely manuális lymphdrainage-ból, gépi nyomáshullám kezelésből, kompressziós bandage kezelésből és keringésjavító gyógytornából áll, általában rehabilitációs fázisban alkalmazható. Célja a nyirokvezetés támogatása, a szöveti feszülés csökkentése és a kollaterális keringés kialakítása. A kezelés hatékonyságát javítja a jó hidratáltság. A lymphoedema kezelésében lehetőség szerint kerüljük a vízhajtók alkalmazását, mert a szövetek dehidratálása révén az ödéma tapintata tömötté és kevésbé mobilizálhatóvá válik, s a szövetközi térben a fehérje kicsapódása elősegíti az ödéma irreverzibilissé válását.

Terminális állapotban elsődleges célunk a szöveti feszülés csökkentése. A manuális kezelés mellett keringésjavító gyakorlatokat és a nyirokelvezetést segítő, pozíciós terápiát alkalmazunk. Kontraindikált a gépi kezelés, és a bandage-olás is csak akkor jöhet szóba, ha a beteg viseli az általa kifejtett erős nyomást. Terminális állapotban elfogadott a rövidtávon enyhülést hozó gyógyszeres vízhajtó adása is.

Gyermekek fizioterápiája

A súlyos állapotú, hospice ellátásra szoruló gyermekek komplex kezelésének részeként a fent leírt lehetőségeken túl további előnyökkel is jár az ellátó team gyógytornásszal való kiegészítése. A beteg gyermek - bár mozgásigénye az egészségesekéhez hasonló lenne -, gyakorta szenved a betegségéből adódó, illetve annak kezelésével járó rendszeres korlátozottságtól. Mozgáskészségüket tekintve sok esetben elmaradnak kortársaiktól a fejlődésben. A gyógytornász által facilitált és kontrollált, mozgásfejlődést, figyelmet és ügyességét fejlesztő, játékos, tornaszerekkel színesített gyakorlatok révén a felszabadult mozgás öröme és általa elért sikerélmények új perspektívákat nyitnak meg a beteg gyermekek testi, szellemi és lelki fejlődése előtt.

Felhasznált irodalom:

J. Taylor, R. Simader, P. Nieland: 2013. Potential and possibility: Rehabilitation at end of life..*Urban & Fischer, München*

Dr. Daróczy J.: 2004. Nyirokoedema. *K.u K.Kiadó, Debrecen*

P. Dotte: A betegek mozgatása és aktivizálása I-II. 2000. *Springer Tudományos Kiadó Kft. Budapest*

Rohánszky M., Kegye A., Molnár M., Boda É. Kapitány Zs.: 2014. Pszichoszociális onkológia. *Zafir Press, Budapest*

B.R.Ferrel, N.Coyle: 2010. Oxford Textbook of Palliative Nursing, *Oxford University Press, Oxford New York*

KOMMUNIKÁCIÓ A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN (Dr. Csikós Ágnes)

A fejezet céljai:

- *a palliatív ellátásban megjelenő kommunikációs igények és feladatok ismertetése*
- *a rossz hír közlésének bemutatása*

Kommunikáció a palliatív ellátásban

A súlyos állapotú betegekkel történő kommunikáció sokszor nagy kihívásokat rejt magában, figyelmesnek, előzékenynek, udvariasnak és kedvesnek kell lennie az orvosnak a beteggel folytatott beszélgetés folyamán. A jó kommunikáció beteg és orvos között megkönnyítheti a betegség elfogadását, csökkentheti a bizonytalanságot azzal, hogy tisztázzuk: mivel kell a továbbiakban szembenéznie a betegnek.

Rossz hírek közlése

A rossz hírek közlése az orvosi munka fontos és szerves része. Hasonlóan a szívhallgatózási pontjainak, vagy a has vizsgálatának megtanulásához, a rossz hírek közlése is tanulható. Egy készség, melynek elsajátítása elengedhetetlen a mindennapi orvosi munkához. Az orvosok mindig is közöltek rossz híreket, de a betegek információ igényének változásával egyre fontosabbá válik a rossz hírek jó kommunikációja a betegek felé. Ahogy a krónikus állapotú betegek száma növekszik, még többször kell olyan híreket közölni, amely nem a beteg állapotának javulását, a betegség teljes meggyógyítását foglalja magában.

Fontos megérteni, hogy a rossz hírek betegekre gyakorolt hatása nagyon eltérő lehet, aszerint, hogy mikor, hol, milyen formában, milyen időben, kiknek a jelenlétében történik. A rossz hír különböző emberek számára különböző jelentést hordoz. Definíció szerint a rossz hír bármilyen olyan információ, amely negatívan befolyásolja az egyén jövőbeni kilátásait, állapotát, vagy olyan helyzet, amikor a beteg úgy érzi, hogy nincs remény, és ez jelentősen befolyásolja fizikai és érzelmi állapotát. Ilyen helyzet lehet a betegség diagnózisának a

közlése, a betegség visszatérése, továbbterjedése, a kezelés hatásának elmaradása, mellékhatások megjelenése, vagy a palliatív ellátásba, hospice-ba való kerülés kérdéseinek a megbeszélése.

A rossz hírek közlésének ENYHÍTŐ modellje egy hat pontból álló ajánlás (R. Buckman alapján):

- E- előkészítés
 - Adatok, eredmények ellenőrzése
- NY- nyitó kérdések
 - Mennyit tud a beteg?
- H- hozzájárulás
 - Mennyit szeretne tudni a beteg?
- Í- információ közlése
- T- támogatás
 - a beteg érzelmeinek kezelése
- Ö- összegzés
 - Tervezés, követés

Első lépés: Előkészítés

A rossz hír közlésének első lépése az orvosi adatok, vélemények ellenőrzése. A beszélgetéshez fontos a megfelelő idő és környezet biztosítása:

- az orvos legyen négy szemközt a beteggel,
- legyen elég ideje a tájékoztatásra,
- törekedjen a zavaró tényezők kiküszöbölésére, és
- a megfelelő emberek jelenlétére.

Második lépés: Mennyit tud a beteg?

A második lépés a beteg tudásának feltérképezése: mit tud a beteg a saját aktuális egészségi állapotáról, és mit tud a család? Ennek módja ún. nyitott kérdések feltétele, pl. *Az eddigi vizsgálatok alapján mit tud Ön a betegségről, állapotáról?*

Harmadik lépés: Mennyit szeretne megtudni a beteg?

A tájékoztatás során figyelembe kell venni a beteg azon igényét, hogy mennyit kíván megtudni a betegségéről, és mivel az emberek különbözőképpen fogadják az információkat, azt is, hogy a beteg mit szeretne: kivel közöljük az információkat – vele vagy egy általa megnevezett személlyel.

Negyedik lépés: Az információ közlése

A hír elmondása együttérző, de egyenes módon történjen. A közlés megtörténte után tartsunk szünetet. A kommunikáció során használjunk egyszerű, könnyen érthető szavakat és kerüljük az orvosi kifejezéseket. Fontos, hogy ellenőrizzük: a beteg megértette-e a hírt, amit közöltünk vele. Rossz hír közlésekor fontos szerepe van a hallgatásnak és a testbeszédnek is.

Ötödik lépés: Támogatás

Rossz hír hallatán a betegek reakciói nagyon különbözőek lehetnek: erős érzelmi kitörés, sírás, düh, vagy éppen „megkönnyebbülés”. Előfordulhat teljes hallgatás, szomorúság, izgatottság. A támogató hozzáállás része, hogy tudjunk hallgatni, ha a beteg ezt igényli.

Hatodik lépés: Összegzés, tervezés

A rossz hír közlését magában foglaló találkozó befejező aktusa az összegzés és tervezés. Ekkor kerül sor a következő lépések megtervezésére, valamint a jelenlegi tünetek kezelésére. Ez az ideje az érzelmi és gyakorlati támogatás megbeszélésének, mikor biztosítjuk a betegünket arról, hogy mi mellette állunk, ránk mindig számíthat (pl. lehetőségek megadása). Fontos és megnyugtató lépés a beteg számára a következő találkozó megbeszélése.

Lehetséges kommunikációs hibák

A rossz hír közlésének szituációja nemcsak a betegre, hanem a hírt közlő orvosra is hatással van. Az egyik legnagyobb kommunikációs hiba, amit elkövethetünk az, ha nem tájékoztatjuk a beteget!

Nem közöljünk rossz hírt:

- nyilvános helyen,
- időszükében,
- megszakításokkal,
- telefonon keresztül.

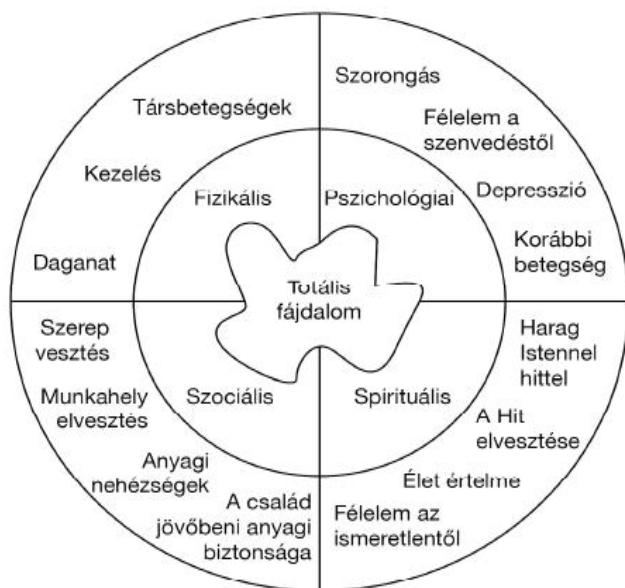
PSZICHOSZOCIÁLIS TÁMOGATÁS (Kegye Adrienne)

A fejezet céljai:

- *A pszichoszociális támogatás definíciója, alapelve és céljai a palliatív ellátás során*
- *Az életvégi időszak lelki sajátosságainak bemutatása*
- *A pszichoszociális támogatást nyújtó személyek és kompetenciák összefoglalása*
- *A beteg, a családtagok és a személyzet pszichoszociális támogatásának ismertetése*

A pszichoszociális támogatás a hospice-palliatív ellátás integráns része. Tevékenysége kiterjed a betegség miatt, a kezelések és a betegség lezajlása, az életvég során megjelenő lelki jelenségek vizsgálatára és kezelésére, a betegség kialakulását megelőző lelki történések feltérképezésére, a kutatásra és megelőzésre is. Fiatal, jelenleg is dinamikusan fejlődő határterületi tudományág, mely elméleti meghatározásában és mindennapi gyakorlatában magába foglalja az onkológia, a pszichológia, a szociológia és a pszichiátria aspektusait és módszertanát.

A pszichológiai, spirituális és szociális szempontok jelentősége a palliatív ellátás során - a „totális szenvedés”



A Dr. Cicely Saunders által megalkotott „totális fájdalom” elméletében a fájdalom szó szenvedésre cserélése kitágítja az egyes betegek és családjaik sajátos, egyéni igényeiről alkotott képünket. Ennek a változtatásnak a segítségével jobban megérthetjük és érzékelhetjük, hogy a szomatikus, pszichés, spirituális és szociális komponensek hogyan kapcsolódnak egymáshoz, szövik át a betegek és családjaik mindennapjait, és miért nem vizsgálhatók és kezelhetők egymástól

függetlenül, alátámasztva ezzel a multidiszciplináris ellátás létjogosultságát.

A beteg sorsának alakulását a biológiai/fizikális tényezők – a daganatos betegség és a kezelések, a társbetegségek – mellett meghatározhatja a beteg lelkiállapota a betegség folyamatában, a betegséggel való megküzdésének jellege, valamint a beteg családi és szociális támogatottsága. Kulcsfontosságú az orvos-beteg kapcsolat minősége.

A **pszichés komponens** tükrözheti az aktuális érzelmi állapotot, a distresszt, a fokozott szorongást, depresszív tüneteket. A gyógyszeres kezelésre nem reagáló testi tünetek – pl. a fájdalom, hányinger, hányás vagy a légszomj – háttérben gyakran intenzív érzések állnak, ezt nevezzük pszichogén komponensnek: pl. harag, félelem, tehetetlenség, kétségbeesés, tagadás, büntudat, szomorúság, kiszolgáltatottság. Az anamnézis felvételekor nagyon hangsúlyos a korábbi pszichés zavarok és azok kezelésének ismerete, mert a betegség lefolyása során, különösen a kritikus időszakokban az addig tünetmentes pszichés zavar fellángolhat. Az élettörténet ismerete abban segíthet bennünket, hogy feltérképezzük a megküzdési stratégiákat, a páciens viszonyulását a betegséghez, kezelésekhöz. Sok esetben, ha nehéz sorsú, hasonló betegséget, sok szenvedést megélt családtagok történeteit halljuk, megérthetjük a beteg aktuálisan nehéz helyzetét, döntési nehézségeit, félelmeit.

A rákbetegség súlyos, életet veszélyeztető betegség, mely a köztudatban összefonódik a halál gondolatával. A **spirituális komponens** foglalja magában az élet és halál, a hit kérdéseit. Előbb vagy utóbb mindenki, a betegek, a családtagok, a személyzet tagjai is szembesülnek ezekkel a kérdésekkel: gyakran végiggondolják az élet értelmét, saját életútjukat, megerősödnek hitükben. A beteg szenvedhet a múltjával kapcsolatos kétségeitől – szeretné az életét jónak, másokra gyakorolt hatását pozitívnak tudni. A betegség lefolyás során megjelenő harag irányulhat a sorsra, Istenre is. Súlyos, nagy szenvedést okozó betegség esetén az elbizonytalanodás, a hit elvesztése vagy a csalódottság a szorongás, büntudat fokozódását okozhatja. Ide tartozik az ismeretlentől való félelem is, amely nemcsak az életvéghez, a jövő bizonytalanságához kapcsolódhat, de gyakran észlelhető a kezelések megkezdése előtt, jelentős állapotbeli és terápiás változásoknál, ha a beteg egyik kórházi osztályról másik osztályra kerül, vagy hazamegy.

Az **szociális komponens**ben szerepet kapnak az aktuális, a munkával, családdal, családi szerepekkel, barátokkal összefüggő

élethelyzetek, az ezekkel kapcsolatos veszteségek, az egzisztenciális veszélyeztetettség, a konfliktusok. Az életvég időszakára jellemzőek az aktivitás és a tevékenységek beszűkülése, ezzel a munkahely, a szerepek elvesztése. A senyvesztő betegség miatti testkép változás, a test feletti kontroll elvesztése, a kiszolgáltatottság érzése összefonódhat az aktuális és jövőbeni egzisztenciális félelmekkel, anyagi nehézségekkel. Míg a beteg ezen veszteségek és érzések mentén társas kapcsolataiban zárkózottá válhat, izolálódhat, a közvetlen hozzátartozók – különösen a beteget ápoló családtag – ugyanezen nehézségek (családfenntartás, szerepváltozások, egzisztenciális problémák) mentén túlterhelődhet.

Az életvégi időszak lelki sajátosságai

A súlyos, életet veszélyeztető betegségben szenvedő betegek általában nem lelki betegek. A páciensek a betegség lefolyása során a nehéz kezelések, mellékhatások, az életkilátások, a testi állapotuk, a szociális helyzetük és kapcsolataik változása miatt fokozott lelki megterhelésnek vannak kitéve. A betegek kb. fele saját erejéből, családja, barátai, környezete, orvosa segítségével alkalmazkodik a megváltozott élethelyzethez, a kezelésekhöz. A betegséggel való megbirkózásban kb. 25 %-uk igényel pszichoszociális támogatást. A betegek további kb. 25%-a küzd már korábban diagnosztizált és kezelt, vagy a betegség kapcsán kialakult pszichiátriai zavarokkal, mely miatt kezelésre szorul. A legkritikusabb, legnagyobb érzelmi megterheléssel járó időszakok a diagnózis közlése, az onkológiai kezelések megkezdése és befejezése, a kontrollok, főként az éves kontroll ideje, a betegség kiújulása, áttétek megjelenése, valamint a palliatív időszak, a terminális állapot és a haldoklás. A betegség olyan fokú súlyosbodása, ami az aktív kezelések befejezését és a palliatív ellátás megkezdését indokolja, nagy érzelmi töltésű krízis³: Az életvég veszteségei még lesújtóbbak, mint amikkel a betegség kezdetén szembe kellett nézni: egészség, élet-stratégia, biztonságérzet, kontroll, korábbi testkép, szerepek, étvágy, kapcsolatok, energia, munka, libidó, egzisztencia. Csökkennek a fizikai és mentális képességek, fokozatosan elvész az önkontroll, az önbecsülés. Beszűkülnek, feszültté válhatnak a társas kapcsolatok: a halál közeledtével egyre fájdalmasabbá váló érzések és az ilyenkor gyakran kialakuló titkok megnehezítik a nyílt, őszinte kommunikációt. Ekkor súlyosbodhatnak a kritikus időszakokra jellemző lelki tünetek: a szorongás, nyomott hangulat, érdeklődésre, örömeire való képesség

³ A krízis olyan, az egyén számára életet veszélyeztető körülmény, amellyel kénytelen szembenézni, és sem elkerülni, sem megoldani nem képes a szokványos megoldó eszköztárával, képességeivel.

beszűkülése, fáradtság, csökkent aktivitás, fogyás. A distressz, a szorongás, a halálfélelem, a tehetetlenség és kiszolgáltatottság érzése is fokozódik, megjelenhetnek szuicid gondolatok. A megküzdésre inkább a passzivitás jellemző.

A **distressz** fogalmát J. Holland, az 1970-es években alkotta meg: a rákbetegséget kísérő felfokozott lelki jelenségek együttese, melyek a betegségre adott természetes reakciók. A distressz sokféle formában jelentkezhet, pl. hangulatingadozás, szorongás, félelem, evés- és alvászavarok, érzelmi kitörések, depresszív tünetek. Felismerését és kezelését olyan fontosnak tartják a betegséggel való megküzdés szempontjából, hogy 2010-ben a Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság (IPOS) javasolta és irányelvébe foglalta, hogy az ellátás során a distressz mérése kerüljön be az életfontosságú jelek (a fájdalom, szívritmus, vérnyomás, légzés, hőmérséklet) mérése közé, mint a 6. vitális jel. A mindennapi gyakorlatban is jól alkalmazható, gyors, hatékony szűrőmódszere egy problémalista és egy hangulathőmérő. A magyar változatot 2006-ban dr. Muszbek Katalin és a Magyar Hospice Alapítvány munkatársai öt onkológiai centrum bevonásával dolgozták ki.

Az NCCN által kidolgozott HANGULATHŐMÉRŐ ÉS PROBLÉMALISTA

ELŐSZÓR: Kérjük, karikázza azt az 1 és 10 közötti számot, amely a leginkább megfelel annak, ahogyan az elmúlt héten – a mai napot is beleértve – érezte magát.

MÁSODSZÓR: Kérjük, jelölje meg, hogy az alábbiak közül melyik jelentett problémát Önnek az elmúlt héten, a mai napot is beleértve. Kérjük, hogy mindegyiknél jelölje meg vagy az IGEN-t, vagy a NEM-et.

Nagyon rossz hangulat

Jó hangulat

Igen	Nem	Gyakorlati problémák	Igen	Nem	Testi problémák
☐	☐	Lakás	☐	☐	Fájdalom
☐	☐	Buzosítás	☐	☐	Hányinger
☐	☐	Munka/skola	☐	☐	Fáradtság
☐	☐	Közlekedés/szállítás	☐	☐	Alvás
☐	☐	Gyermekek felügyelete	☐	☐	Tájékozódás
☐	☐	Családi Problémák	☐	☐	Mosakodás/öltözködés
☐	☐	Kapcsolat az élettárral	☐	☐	Külső megjelenés
☐	☐	Kapcsolat gyermekeivel	☐	☐	Légzés
☐	☐	Érzelmi Problémák	☐	☐	Szájüregi fájdalmak
☐	☐	Aggodalom	☐	☐	Evés
☐	☐	Félelem	☐	☐	Emésztés
☐	☐	Szomorúság	☐	☐	Székrekedés
☐	☐	Depresszió	☐	☐	Hasmenés
☐	☐	Idegesség	☐	☐	Úrítási funkciók megváltozása
☐	☐	Spirituális/vallással kapcsolatos problémák	☐	☐	Láz/hőemelkedés
☐	☐	Istennel kapcsolatos	☐	☐	Száraz/viszkető bőr
☐	☐	A hit elvesztése	☐	☐	Stáraz/eldugult orr
☐	☐	Egyéb problémák:	☐	☐	Csiklandó érzés kezekben/lábakban
			☐	☐	Duzzadság-érzés
			☐	☐	Szexuális problémák

A pszichoszociális támogatást nyújtó személyek és kompetenciák

A pszichoszociális támogatás célja tehát a betegek és hozzátartozóik pszichés, spirituális és egzisztenciális igényeinek és szükségleteinek minél magasabb szintű kielégítése. Ezt a komplex ellátást a multidiszciplináris team együttműködése valósítja meg, melynek tagjai a

pszichoszociális ellátást végző szakemberek is: pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta, mentálhigiénés szakember, lelkész-kórházlelkész, lelki gondozó, szociális munkás.

A különböző szintű és típusú beavatkozásokat végző szakemberek összehangolt munkáját – beleértve a folyamatos visszajelzést és dokumentációt – egy több szintű modell mutatja be:

- *1. és 2. szint*, minden egészségügyi és szociális ellátással foglalkozó szakember:

A személyzet valamennyi tagja közvetlenül felelősséggel tartozik a betegek és hozzátartozóik pszichoszociális támogatásáért és ellátásáért, ugyanis minden egészségügyi és szociális ellátással foglalkozó szakember – kompetenciájának megfelelően – részt vesz a hatékony tájékoztatásban és betegellátásban. Az ennek alapját képező kommunikáció során elkerülhetetlen a betegek általános érzelmi támogatása. A beteg vizsgálatának és ellátásának szerves része a pszichoszociális problémák, szükségletek és igények felmérése, a pszichés distressz szűrése és monitorozása. Amennyiben a tünetek súlyossága eléri a kompetencia határt, a beteget tüneteinek megfelelő pszichológiai szakellátásba kell utalni. Gyakran előfordul, hogy a betegeket bátorítani kell a szakellátás elfogadására, amelyben hatékony segítséget jelenthet az őt gondozók támogatása.

- *3. és 4. szint*, a megfelelő szakirányú végzettséggel rendelkező szakemberek:

A páciens problémáinak, nehézségeinek, lélektanának minél mélyebb megismerése által a szükséges pszichés, spirituális és szociális támogatás, kezelés nyújtása. Az ellátás magába foglalja a szűrést, állapotfelmérést és ezek alapján felállított egyéni kezelési terv szerint a speciális pszichológiai beavatkozásokat (enyhe vagy közepes szintű pszichológiai distressz, szorongás, depresszió kezelése) és súlyos tünetek, zavarok esetén a pszichiátriai, illetve kombinált pszichoterápiás és pszichofarmakológiai ellátást. Az ellátás történhet intézményi, ambuláns vagy otthonápolási keretek között, illetve egyéni, csoportos formában vagy családi konzultációként, a beteg és a család speciális szükségleteit és igényeit figyelembe véve lelkészek és szociális munkások együttműködésével.

A pszichoszociális támogatás fő céljai a palliatív-hospice ellátásban

Az életvég időszakában a betegek és családtagjaik számos egyéni és családi krízisen mennek keresztül. Ezért a pszichoszociális támogatás kiterjed – a felnőtt és gyermek betegek ellátása mellett – a hozzátartozók támogatására is.

Az életvégi támogatás feladatai:

- A haldokló beteg és családtagjai erőforrásainak mozgósítása, pszichés tüneteinek szűrése és csökkentése, a megküzdés segítése és a lehető legjobb életminőség fenntartása.
- Támasznyújtó empatikus jelenlét biztosítása, mely lehetőséget ad a gondolatok és érzések kifejezésére és segíti az érzések és élmények feldolgozását.
- Hangsúlyos a betegek aktivitásának fenntartása, az örömképesség javítása.
- Támogatás az életmérleg készítésében, az életút és kapcsolatok áttekintésében, a befejezetlen tennivalók elvégzésében, és a pozitív tulajdonságok megerősítésében.
- A haldoklás pszichés fázisainak ismerete (tagadás, düh, alkudozás, depresszió, elfogadás), folyamatos monitorozása, hogy hol tart a beteg a betegség gyógyíthatatlansága tényének feldolgozásában.
- A megjelenő halálfélelem különböző formáinak felismerése és lehetőség szerinti csökkentése: mitől fél valójában a beteg, pl. a halált megelőző szenvedéstől, a megsemmisüléstől, az egyedüllétől, a kiszolgáltatottságtól, a halál pillanatától vagy az utána következő időszaktól. A halálfélelemhez kapcsolódóan megjelenhetnek negatív gondolatok, szorongás, depresszió, harag, tehetetlenség érzés.
- A halálfélelem a beteget gondozóknál (hozzátartozóknál és szakembereknél) is megjelenhet, amely hárítással, szorongással járhat együtt. Érzelem feldolgozó, támogató beszélgetés, a személyzet esetében szupervízió javasolt.
- A hospice ellátás kiterjed a családtagok és a személyzet gyásztámogatására is. (lsd. Gyász fejezet)

Hozzártartozók pszichoszociális támogatása

A családnak, mint rendszernek és együttes működésének megértését a Ludwig von Bertalanffy nevéhez kötődő rendszerszemlélet (1968) segítheti. A daganatos beteg a családjának szerves része, a család pedig annak a társadalomnak és kultúrának, amiben élnek. A betegség és a haldoklás okozta lelki traumák mindenkit érintenek a családban. A betegnél bekövetkező pszichés reakciók minden esetben kihatnak a családtagokra is, ugyanakkor az ő reakcióik visszahatnak a betegre. Az otthonápolás során a hozzátartozók aktív részesei a gondozásnak, amire sok esetben nincsenek felkészülve, az ápolást végző családtagnál gyakran észlelhetünk túlterhelődést. A betegség zajlása, a kezelések, a gondozás során a beteg ember van a középpontban és gyakran tapasztaljuk – különösen intézményi keretek között-, hogy a hozzátartozók kevésbé vagy egyáltalán nem tudnak megnyilvánulni, maguk is

veszélyeztetetté válnak. Kutatási adatok azt mutatják, hogy a házastársak 38%-a depressziós, illetve szorong. Mindezek alapján a hozzátartozókat ún. másodlagos betegnek kell tekinteni!

A család pszichoszociális támogatásakor meg kell ismernünk és figyelembe kell vennünk, hogy ők, mint egység hogyan működtek-működnek. Krízisbe került családban a szakember segítségének az egymás közötti, környezetükkel, illetve az egészségügyi személyzettel való nyílt kommunikáció elősegítésére, fejlesztésére kell irányulnia, hogy el tudjanak kezdeni a betegségről, a saját érintettségükről, terheikről kommunikálni. Jó, ha a családtagok lelkiismeret-furdalás, bűntudat nélkül tudják megbeszélni az érzelmi, spirituális igényeiket, a gondozási feladatok egymás közötti felosztását. Jelentős feladatok továbbá a családi kapcsolatok javítása, a konfliktusok rendezésének segítése, a negatív érzelmek normalizálása, kezelése, a rejtett erőforrások aktivizálása és a búcsúzás segítése. A hozzátartozók pszichológiai támogatásában figyelembe kell venni, hogy ők is keresztülmennek a haldoklás pszichés fázisain. Lehetőség szerint alkalmat kell találni arra, hogy a hozzátartozó külön, nyugodt körkörüben is beszélgethessen a segítővel, különösen pszichés panaszok, tünetek – depresszió, szorongás és kimerültség, harag és bűntudat – jelentkezése esetén. Pszichiátriai konzultáció indokolt súlyosabb szorongásos, depressziós tünetek, anamnézisben pszichiátriai betegség feltárása esetén.

A rendszerszemlélet alapján **a család gyermek tagjai** is – hasonlóan a felnőttekhez – érintetteké válnak. Reakcióik életkoruknak megfelelő sajátosságokat mutatnak, és visszahatnak a család felnőtt tagjaira és a betegre is. Az irodalmi adatok alapján 28%-uknál alakulnak ki pszichés tünetek. A kisgyerekeknél vegetatív problémák, viselkedési zavarok jelentkezhetnek, tanulási problémák alakulhatnak ki. Az idősebb gyermekeknél a gyorsított felnőtté válás – az ápolásban való részvétel, a szülői feladatok átvállalása (pl. kisebb gyermek gondozása, háztartás vezetése) – okoz fokozottabb megterhelést. Megjelenhetnek viselkedés és tanulási zavarok, szerepzavar-problémák. A gyerekeknek gyakran egyedül kell megbirkózni a veszteség okozta szorongásukkal, mert az egészséges szülő túlterhelődik saját feladataival és érzéseivel, vagy elzárkózó a beszélgetésben.

A tiszta, nyitott kommunikáció a gyermekek esetében is elsődleges fontosságú: akik – korosztályuk sajátosságait figyelembe véve – ismerik a betegséget, és annak hatásait a család életére, a betegség bármely szakaszában kevésbé izolálódnak, kevésbé szoronganak.

A gyermekekkel való kommunikáció alapelvei:

- Az informálás a gyermek életkori sajátosságait, terhelhetőségét figyelembe véve történjen, a tájékozódást segítik a gyermek aktuális kérdései. Akkor beszéljünk a gyermekkel a betegségről, amikor ő kíváncsi valamire, és annyit mondjunk róla, amennyi őt érdekli.
- A gyermekhez közel álló felnőtt (pl. nagyszülő, más közeli családtag, pedagógus) által történjen, aki megfelelő nyugalommal és bizakodással tud beszélni a betegségről és a családban kialakult, a gyermeket is érintő helyzetekről.
- Szükség esetén indokolt klinikai gyermek-szakpszichológus bevonása, családterápiás módszerek alkalmazása.

A személyzet pszichoszociális támogatása

A pszichoszociális ellátás harmadik pillére – a betegek és hozzátartozók ellátása mellett – a munkatársakra nehezedő érzelmi terhek feldolgozásának segítése. A hetekig, hónapokig tartó palliatív-hospice ellátás során a kezelő személyzet gyakran a beteg második családjává válik, megnő a dolgozók pszichés terhelése: a bizonytalanság, a rossz hírek közlésének nyomása, a tehetetlenségérzés, a düh, a halálfélelem, az emberi veszteség traumája mindenkit megérint. Ezért az interdiszciplináris team tagjai számára fontos a fizikai és pszichés regenerálódás támogatása, a burnout megelőzés biztosítása mind az intézeti, mind a személyes felelősség szintjén: képzések, továbbképzések, különböző tréningek (pl. esetmegbeszélő csoport, Bálint csoport, kommunikációs tréning, kiégés elleni tréning), szükség esetén egyéni konzultáció formájában. A személyzet pszichoszociális támogatásának jelentőségét és hatékonyságát számos kutatási eredmény is alátámasztja, melyek azt igazolják, a hospice-ban dolgozók kevésbé kiégettek, mint az egészségügyi más területein súlyos betegekkel foglalkozók.

Felhasznált irodalom:

Hegedűs K. (2009) A palliatív ellátás alapjai, *Semmelweis Kiadó, Budapest*

Holland J.C. et al. (2010) *Psycho- Oncology* 2^{ed}, Oxford

Horti, J., Riskó, Á. (2006) *Onkopszichológia a gyakorlatban*, Medicina, Budapest

Kegye A. (2014) *Pszichoszociális onkológia*, Zafír Press, Budapest

Hasznos linkek

<http://ipos-society.org/publications/multilingual-core-curriculum-in-psych-oncology/multilingual-core-curriculum-magyar-hu/>

Kulcsszavak:

pszichoszociális támogatás, totális szenvedés, életvégi támogatás, distressz, kiégés

GYÁSZ (Kegye Adrienne)

A fejezet céljai:

- *A gyász fogalmának ismertetése*
- *A normál gyász pszichológiai folyamatának megismertetése, beleértve a gyermekek gyászát is*
- *A komplikált gyász típusainak, erre hajlamosító tényezők összefoglalása*
- *A pszichés támogatás és kezelés módszereinek ismertetése*

A gyász a veszteség által kiváltott reakciók, magatartási formák együttese. Mindannyian, születésünktől számos veszteséget élünk át. Apróbb, mindennapos veszteségektől – mint pl. amikor egy kedvenc tárgy eltörik vagy elvesz –, nagyobb eseményekig, mint a költözködés, munkahely elvesztése, nyugdíjazás, párkapcsolatban bekövetkező szakítás, válás. A legnagyobb, leghevesebb, legfájdalmasabb érzéseket kiváltó veszteség egy fontos személy, hozzátartozó halála, mely a gyászoló egész további életre kihatással lehet.

Felmerülhet a kérdés, hogy a hospice-palliatív ellátás során miért kell foglalkoznunk a gyász kérdésével, hiszen jelenleg a finanszírozás az ellátást a beteg elhunytáig biztosítja. Néhány szempont, hogy a gyásztámogatás miért szerves része a hospice palliatív ellátásnak:

- Maga a beteg is számos veszteséggel küzd, pl. egészsége, energiája, élet-stratégiája, családi szerepei, egzisztenciája, korábbi testképe, önkontrollja elvesztésével.
- A hozzátartozóknál már az életvégi ápolás során elkezdődhet a gyászfolyamat (anticipációs gyász – részletesen lsd. alább).
- A gyászolók gyakran attól várják a támogatást, akivel a hospice ellátás során már jó kapcsolat alakult ki.
- A személyzet tagjai – kimondva vagy kimondatlanul – a betegek „elvesztése” kapcsán szinte folyamatos gyászmunkát végeznek.

„Ha egy szerettünk meghal, körülöttünk a világ örökre megváltozik. Ez nem jelenti azt, hogy soha többé nem lesz jó semmi. Azt kívánom, bárcsak azt mondhatnám, hogy van egy rövidebb, egy sokkal gyorsabb út is a gyászon át, de az nem létezik. Ha keményen dolgozunk rajta, a

gyász kezelhetővé válik, és az élet új jelentést, új értelmet nyer.” (J.D.Martin Csak hull a könnyem)

Rítusok

Az életünkben bekövetkező jelentős életeseményekhez – pl. születés, halál, családi állapot megváltozása – kötődő szokások segítségével egy új életszakaszba lépünk át. A gyászban is a halál beálltának pillanatától a társadalmi környezetünkre, közösségeinkre jellemző ismétlődő szokások, a rítusok generációról generációra öröklődnek. Lehetővé teszik a veszteséggel kapcsolatos érzések átélését és kifejezését, a közösség számára pedig mintát jelentenek a támasznyújtásra. Ugyanakkor a szokásoknak szabályzó szerepük is van, keretet adnak (pl. segítik a gyász lezárását). Ismertebb népi hagyományaink az óra megállítása, áll felkötése, tükrök letakarása, az ablak kinyitása, virrasztás, siratás, temetési szokások, halotti tor, gyászviselet.

A súlyos betegek már nem otthonukban, családjuk körében halnak meg, hanem egy kórteremben, gyakran ismeretlenek között vagy magányosan. A hozzátartozók pedig nem vehetnek részt az ápolásban, gondozásban. A haldoklás során alig van lehetőségük szerettükkel lenni, a meghitt beszélgetésekhez, búcsúzáshoz szükséges intimitás elvész, a halál pillanatában nincsenek jelen, a halott mosdatását, öltöztetését a kórházi személyzet, a temetés részletei a temetési vállalkozó intézi. Sokan a migráció és munkavállalás során elkerülnek szülőhelyükről, az eredeti családtól, így kikerülnek az egykor erősen szabályozó közösségből. Új, erős, megtartó hagyományok csak nagyon lassan alakulnak ki.

A rítusok, magatartásminták hiányában egyre többen úgy érzik, hogy a gyászban egyedül maradnak, és nem tudják, hogyan birkózzanak meg a veszteséggel. Az 1980-as évek végétől Polcz Alaine munkája nyomán hazánkban is előtérbe került a gyász folyamatainak megismerése, vizsgálata, a gyászolók támogatásának kérdése.

A normál gyász pszichológiai folyamata

A gyászfolyamat fázisai:

1. Anticipációs gyász, 2. Sokk, 3. Kontrollált szakasz, 4. Tudatosulás, 5. Átdolgozás, 6. Adaptáció

A gyász időbeli lefolyása változó. Általában egy év (hagyományok szerint a gyászévi), amikor minden fontos évfordulót és ünnepet először él át a család az elhunyt nélkül. Várhatóan az 1-3. hónapra (2-4. szakasz) jellemzők a legintenzívebb tünetek. A további hónapok az átdolgozás és adaptáció idejét jellemzik.

1. Az *anticipációs gyász*: az életveszélyes állapotban lévő emberek hozzátartozói már a haldoklás idején foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy a halál beállta vajon milyen hatást fog gyakorolni rájuk. Ez általában segíti a halál bekövetkeztének elviselését, felkészülés a gyászra. Azonban, ha ebben az időszakban alakult ki mély, bensőséges kapcsolat (pl. hosszú évek után megbocsájtás), az még fájdalmasabbá teheti a veszteséget, megnehezítve a gyász feldolgozását.

Segítségnyújtás: engedjük a gondolatok, érzések kifejezését.

2. A *sokk időszaka* 1-2 órától pár napig tarthat (minél váratlanabb veszteség, annál hosszabb lehet). A gyászolók rossz álmokként élik meg, ilyen és hasonló mondatokkal fogalmazták meg: „*Ez nem lehet igaz!*” vagy „*Mintha nem is velem történne.*”. Jellemző rá az érzelmi bénultság, kiüresedetségi érzés, mely érzéketlenség látszatát keltheti, és akár családi konfliktusokat szülhet.

Segítségnyújtás: engedjük az érzések kifejezését, vegyük természetesnek az „érzelemtelenséget”.

3. A *kontrollált szakasz* az ügyintézés időszaka, mely a gyászolótól adaptív tevékenységet követel. Gondolatai, figyelme a feladatokra koncentrálódnak, ugyanakkor ez nagy megpróbáltatás, mert ekkor szembesül először az elhunyt hiányával, hogy nélküle kell cselekednie. Ez a szakasz általában a temetésig tart. Jellemző érzések a tehetetlenség, az önbizalom elvesztése, a derealizáció (a világ álomszerűnek, ködösnek tűnhet), a deperszonalizáció (mintha mással történne mindez). Előfordulhat passzivitás vagy épp ellenkezőleg, fokozott tevékenység. Megjelenhetnek a haláleset miatt érzett düh, ingerlékenység, indulatok.

Segítségnyújtás: a gyászolót ne hagyjuk magára, az ügyintézésekben is javasoljuk, hogy valaki kísérje el. Engedjük az érzelmi kifejezését, biztassuk a teendőkben való részvételre.

4. A tudatosulás szakasza a gyász legnehezebb időszaka. A gyászoló a mindennapokban átéli veszteségét, hozzátartozója hiányát. Rengeteg érzelem kavarghat kontrollálatlanul. A korábbi érzések mellett megjelenhet a büntudat, a harag, az önvádolás. A harag irányulhat a betegre, a kezelő személyzetre, Istenre. A büntudat összefügghet a mulasztás érzésével: „*Nem tettem meg mindent.*” „*Nem voltam vele az utolsó pillanatban.*” „*Nem búcsúztam el.*” De hosszú, nehéz, szenvedésekkel teli ápolás után érzett kezdeti megkönnyebbüléssel kapcsolatosan is megjelenhet. Erre az időszakra jellemző lehet az örömré való képesség átmeneti csökkenése, döntésképtelenség, vagy túl hirtelen döntések, teljesítménycsökkenés, testi tünetek (pl. fejfájás, gyomorfájdalom, szédülés), regresszív jellegű, sokszor mágikus gondolkodás (pl. lepke képében jelent meg a lelke), belső párbeszéd. Alkalmanként, rövid ideig előfordulhat a halott jelenlétének érzékelése is. Kapcsolataiban visszahúzódozó lehet, megjelenhetnek ambivalens érzések.

Segítségnyújtás: Bízassuk, hogy hagyjon magának időt, akár néhány napot, hetet. Fejezze ki érzéseit, pl. naplózás segíthet. A jelentős döntéseket ilyenkor jobb későbbre halasztani.

5. Az átdolgozás szakaszában megerősödik az az érzés, hogy a veszteség érzelmileg feldolgozható. Míg a gyász korábbi időszakában az emlékezés fájdalmas, az örömteli, szép emlékek alig idézhetőek fel, ebben az időszakban egyre többet beszélhet a gyászoló szép emlékekről, közös, örömteli pillanatokról. A tünetek intenzitása mérséklődik. Akik addig az ünnepektől, vidám helyzetektől (pl. karácsony, születésnap ünnepségek) visszahúzódtak, ők is újra tudnak büntudat nélkül örülni. Ezek a változások jelzés értékűek: megkezdődött egy új egyensúlyi állapot kialakulása. A kialakult lelki egyensúly azonban még törékeny, az évfordulók ismét felerősíthetik a tüneteket.

Segítségnyújtás: biztatni, hogy az emlékezés megmarad, fájdalom nélkül is.

6. Az adaptáció szakasza: a gyász feldolgozása azt jelenti, hogy az emlékek úgy élnek tovább, hogy a gyászoló képes a megfelelő életvitelre. Az emlékezés már nem kelti a reménytelenség érzését. Megjelenik a jövőre irányultság, új célok. A zárkózottság, izolálódás oldódik, szociális kapcsolatok megújulnak. Megszűnnek a gyással kapcsolatos testi tünetek.

Segítségnyújtás: támogatni az új élethelyzethez való alkalmazkodást.

A „normális szomorúság”

A gyászban jelentkező panaszok, tünetek értékelésekor fontos szem előtt tartani a következőket:

- ***Természetes folyamat***, az életciklusok része.
- ***Mindig egyéni***, mert a veszteségekre adott reakcióinkat számos pszichoszociális tényező határozza meg. Ezek egy része a gyászoló egyéni jellemzői: kora, személyisége, aktuális pszichés státusza, előzetes életeseményei, családi mintái. A további tényezők: a halál módja, az elhunyttal való kapcsolatának jellege, szociális kapcsolat rendszere, társadalmi környezete. A korábbi pszichiátriai zavarok (pl. depresszió) vagy krízishelyzetek halmozódása (pl. egyidejűleg súlyos betegség és gyász) súlyosbíthatják a veszteségre adott pszichés reakciókat.
- ***A panaszok, tünetek jellemzőit***: fennállásának idejét, intenzitását, szokásostól való eltérését, mennyire nehezíti meg a gyászoló életét.

Gyakran jelentkeznek depresszív tünetek, szorongás. A súlyos depresszió a gyász kezdeti szakaszában gyakoribb, majd aránya csökken. A „normál szomorúság” és a súlyos depresszió elkülönítése nehézséget jelenthet, részben mert a tünetek átfedik egymást, részben mert a gyász kiválthat major depressziót, vagy szövődhet azzal. (Pl. ilyen esetben van jelentősége a korábbi pszichiátriai anamnézis ismeretének.) A különböző terápiás megközelítés miatt differenciálásuk elengedhetetlen a gyásztámogatás során. Ebben segít az alábbi táblázat.

1. sz. táblázat: A gyász és a depresszió elkülönítése (Kaplan, 1990)

Gyász	Depresszió
Normál méretű identifikáció és enyhe fokú ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban.	Kóros túltorzulás, fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunyttal kapcsolatban.
Sírás, testsúlyvesztés, csökkent libidó, szociális visszahúzódás, insomnia, a koncentrálóképeség és a figyelem csökkenése.	Hasonló tünetek.
Az öngyilkossági gondolatok ritkák.	Az öngyilkossági gondolatok gyakoriak.
Az önvád az elhunyttal való bánásmódra irányul, nincs általános értéktelenség érzés.	Az önvádlás széleskörű, az egyén azt gondolja, hogy ő egészében rossz vagy értéktelen.
A környezet empátiát, szimpátiát tanúsít.	Gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt az interperszonális kapcsolatokban.
Az idő előrehaladtával a tünetek csökkennek. A gyászoló érzi, hogy a tünetek enyhülni fognak. A javulás általában hat hónapon belül beavatkozás nélkül is megtörténik.	A tünetek nem csökkennek, hanem egyre súlyosabbá válnak, s még évek múltán is jelen lehetnek. A depresszióban szenvedő ember úgy érzi, hogy tünetei sohasem fognak enyhülni.
Fokozott fogékonyság testi betegségekre.	Fokozott fogékonyság testi betegségekre.
Megnyugtatóra, biztatásra reagál, szociális kapcsolatokba bevonható.	Megnyugtatóra, biztatásra nem reagál, a szociális kapcsolatokról elzárkózik.
Antidepresszáns gyógyszerek nem segítenek.	Antidepresszáns gyógyszerek segítenek.

A komplikált gyász

A normál gyásztól időtartamában, intenzitásában vagy megnyilvánulási formájában eltérő folyamat, amit a gyászoló vagy környezete nem tud elfogadni, illetve olyan szomatikus vagy pszichés tünetek jelentkeznek, amelyek miatt a gyászoló segítséget kér vagy ellátásra szorul.

Időtartama szerint: „krónikus” vagy „késleltetett” – a gyászreakció elmaradása, késése vagy elhúzódása jellemzi.

Intenzitása szerint: „bagatelizáló” vagy „hipertrófikus” – szokatlan mélységű gyász.

Megnyilvánulása szerint: „torzult” – a szokványostól eltérő pszichés vagy szomatikus tünetek megjelenését sorolják ide.

A komplikált gyász kialakulására **hajlamosító tényezők** a következők:

- Váratlan veszteségek
- Túlságosan erős kötődés a halotthoz (dependencia)
- Ambivalens érzések az elhunyttal kapcsolatban
- Gyerek, fiatal halála
- Halmozott, feldolgozatlan korábbi veszteségek
- Egyidejűleg egyéb stresszhelyzetek, hiányos szociális kapcsolatok
- Erőszakos halál, baleset
- Rossz testi vagy lelki egészség
- Anamnézisben depresszió

Gyermekek gyásza

A gyász lefolyását, jellemzőit befolyásolja a gyászoló életkora is. A kisgyerekek (2-5 évesek) az elalváshoz, elutazáshoz hasonlóan átmenetinek hiszik, és mágikus gondolkodásuk talaján a félelem és a bűntudat kifejezettebb lehet (pl. haragudtam rá és ezért halt meg). A halál biológiai hátterét körülbelül 9 éves kortól értik meg, ilyenkor a biztonságérzetet rendítheti meg a veszteség (pl. szeparációs szorongás formájában). A szülőkkel való konfliktusok kiélesedhetnek és hosszú távon zavarok jelentkezhetnek a mentális teljesítményben, önértékelésben.

Gyermekkorban általánosan jellemző, hogy a kezdeti gyászreakciók általában kevésbé kifejezetek, azonban az idővel különböző magatartásbeli változások jelentkezhetnek:

- kisgyermekeknél: fejlődésében korábbi szakaszra regrediál: pl. átmenetileg újra nem beszél vagy bepisil.
- iskolásoknál: szorongás, teljesítményromlás, szociális visszahúzódás, vegetatív tünetek jelentkezhetnek.
- kamaszkorban: hasonló a felnőttek gyászához, de nagy a veszélye viselkedészavarok megjelenésének.

Gyermek támogatásakor (súlyos betegség, gyász idején) is hangsúlyos a nyílt kommunikáció: vagyis ne titkolózzunk, a halál közelségéről is beszéljünk, engedjük, hogy a gyermek is részt vegyen a gyászban, kifejezhesse érzéseit és ő is érzelmi támaszt kaphasson. A gyász tapasztalatai segítik kognitív fejlődését, az élet ciklikusságának átélését. Kérdései, játéka és meséi nyomán tájékozódhatunk aktuális állapotáról, mi foglalkoztatja őt. A beszélgetést ne erőltessük, de legyünk nyitottak. Kérdéseire életkori sajátosságainak, fogalmi szintjének megfelelően válaszoljunk, ebben is segítséget adhatnak a mesék. Az elvont fogalmakat, az „elutazással” kapcsolatos szavakat kerüljük el. Biztosítsuk arról, hogy nem tehet róla, az elhunyt nem akarta őt elhagyni és nem mindenki hal meg, aki megbetegszik. A gyermek maga dönthesse el, hogy szeretne-e részt venni a temetési szertartáson, mely segítség a gyász folyamatában: lehetőség a búcsúzásra, a halál véglegességének elfogadására. Ha nem kíván részt venni a temetésen, azt ne erőltessük, fogadjuk el, helyette tartsunk együtt megemlékezést, közösen látogassuk meg a sírt.

A támasznyújtás lehetőségei a gyászban

A normál gyászfolyamat során – mivel természetes folyamat – a legtöbben családjuk, barátaik segítségével képesek megbirkózni a veszteséggel, nem igényelnek professzionális ellátást. A palliatív-hospice ellátás során a személyzet valamennyi tagja közvetlenül felelősséggel tartozik a betegek és hozzátartozóik – ezen belül a gyászolók – pszichoszociális támogatásáért és ellátásáért. Ugyanis minden egészségügyi és szociális ellátással foglalkozó szakember – kompetenciájának megfelelően – részt vesz a hatékony tájékoztatásban és kommunikációban, melynek során elkerülhetetlen az általános érzelmi támogatás. A gyásztámogatás során a természetes folyamat ismerete segíti a gyászolók támogatását, de nem pótolhatja az egyéni jellegzetességek figyelembe vételét és szükség esetén a megfelelő szakember bevonását. Mivel a gyász összetett jelenség, pszichés, spirituális, szociális vonatkozásai is vannak, ezért a gyásztámogatásban a gyászterapeuta, pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta, mentálhigiénikus, lelki gondozó, szociális munkás részvételére is szükség lehet.

A laikus és professzionális gyásztámogatás formái:

- **Önsegítés:** egyéni és csoportos formában. Egyéni forma pl. a gyással foglalkozó ismeretterjesztő könyvek, filmek használata. A klubok és támaszcsoportok a gyászolók kölcsönös támasznyújtáson alapuló közösségei. A klubok inkább az együttlét, a közös tevékenység öröméért alakulnak. Az önsegítő csoportok létszáma meghatározott (ideálisan 10-15 fő), és a gyász érzelmi feldolgozását szolgálják.
- **Átmenet a laikus és professzionális segítségnyújtás között,** pl. internet, telefonos lelki-segély szolgálatok. Az internet használat lehetővé teszi a kapcsolatteremtést más gyászolókkal, professzionális segítőkkel, a gyással kapcsolatos informálódást (pl. könyvek, gyászcsoportok, emlékhelyek. A szakembereknek is hasznos informálódási pontok).
- **Professzionális segítségnyújtás:** Pszichoterápia, illetve egyházi támasznyújtás
Pszichoterápia relatív indikációi normál gyászfolyamatban a gyászoló kérése esetén, ill. komplikált gyászra való veszélyeztetettség esetén – egyéni vagy csoportos formában. Abszolút indikáció a komplikált gyászfolyamat, egyéni formában. Magzat vagy gyermek elvesztésekor pár-, illetve családterápia indokolt. Súlyos depresszióval, szorongással szövődő esetekben a pszichoterápiát gyógyszeres kezeléssel kombináljuk.
Az egyházi támasznyújtás során az egyház, a gyülekezet, a lelkipásztor, a kórházlelkészség segítenek a gyász spirituális kérdéseinek feldolgozásában.

Felhasznált irodalom

Pilling J. (2003) Gyász. *Medicina, Budapest*

Hegedűs K. (2009) A palliatív ellátás alapjai, *Semmelweis Kiadó, Budapest*

Simkó Cs. (2009) Hogyan segítsünk gyermekünknek elfogadni az elfogadhatatlant?, *Erzsébet Hospice Alapítvány, Miskolc*

Kegye A. (2014) Pszichoszociális onkológia, *Zafir Press, Budapest*

Hasznos linkek:

www.kharon.hu

www.napfogyatkozás@index.hu

www.gyasz.lap.hu

www.gyaszportal.hu

Kulcsszavak:

normál gyász, komplikált gyász, gyásztámogatás, veszteség, gyász

A fejezet céljai:

- *Az emberi méltóság tiszteletének értelmezése*
- *Az emberi méltóság tiszteletéből következő életvégi döntések erkölcsi problémáinak és az elvet irányadónak tekintő életvégi ellátás lényegi elemeinek áttekintése*

Az emberi méltóság tisztelete

A *méltóság* fogalmát több vonatkozásban is használjuk (pl. közjogi méltóság, emberi méltóság, erkölcsi méltóság). Az *emberi méltóság* fogalmával az emberi státuszt jelöljük és arra a minőségre utalunk, amely miatt *minden embernek (függetlenül az egyén cselekedeteitől, jellemétől, életvitelétől) kijár egy legalább minimális szintű tisztelet*. A méltóság fogalmát emberi méltóság értelemben először Cicero használta. A keresztény felfogás szerint az ember méltóságának alapja istenképősége: az embert Isten saját képmására alkotta. Az ember istenképőségének első megjelenése a Szentírásban a Teremtés könyvében található (Genezis, 1,27-29). Az emberi méltóság morálfilozófiai felfogásához sorolható elméletekben a hangsúly az emberi méltóságból következő racionális erkölcsi elv levezetésén van. Kant *Az erkölcsök metafizikájának alapvetésében* (1785) kifejti, hogy minden ember, mint eszes lény, méltósággal bír az akarat autonómiájából adódóan. Az emberi méltóság tiszteletének elvét Kant a következőképpen írja le: „*Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki máséban mindenkor mint célra, sohasem mint pusztára eszközre legyen szükséged.*”⁴

Az emberi méltóság tisztelete elvének más – a Kant által leírttól eltérő, de az ember öncél voltát tételező – megfogalmazást is adhatunk, amely megvilágítja, hogy mit is jelent az embernek ember volta miatt kijáró elengedhetetlen („minimális”) tisztelet. *Az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljék*. Bár az elv a legalapvetőbb erkölcsi elvárásokat rögzíti, ezeket is

⁴ Kant 1991, 62. o.

eltérő módon lehet értelmezni a különböző filozófiai-vallási koncepciók alapján. Az alapvető érdekek mibenlétének értelmezéséről, amennyiben azok kérdésessé válnak bizonyos esetekben, újra és újra morális vitát lehet és kell folytatni. Az emberi jogok elmélete az alapvető morális elvárásokat jogokként fogalmazza meg (emberi méltósághoz való jog, ebből vezethető le a szabadsághoz való jog, stb.). Ezek kötelező jellegét nemzetközi és állami tételes jogi nyilatkozatok is deklarálják.

Az életvégi döntések szabadsága

Az emberi méltóság tiszteletének elve azt kívánja meg, hogy az emberi személy a halállal *egyéni felfogásának megfelelő módon és környezetben* nézhessen szembe. Ezt megnehezítik azonban a modern nyugati kultúra olyan jelenségei, mint a *halál tabuizálódása, medikalizálódása* és a „*túlkezelés*”. Philippe Ariès úgy véli, hogy a középkorban az európai ember félt a haláltól, ugyanakkor elkeseredés nélkül tudomásul vette annak tényét, a halállal szembeni attitűd ekkor félúton volt valahol a passzív belenyugvás és a misztikus bizalom között. A halálban a Sors mutatkozik meg, a haldokló elfogadja a halált egy szokásszerű, nyilvános rítus keretében. Ariès szerint a 18. század elejétől az embereket elfogta az a kísértés, hogy kitolják haláluk időpontját, törődni kezdtek egészségükkel: az orvostudományhoz fordultak. A 19. században a halál rítusa még semmit sem változott, de elkezdik megfosztani drámaiságától, és a haldoklót környezete egyre inkább „megkíméli”, megpróbálja leplezni állapota súlyosságát, megtéve az első lépéseket a *halál „eltüntetése”* felé. Nyugaton a 20. század 30-as éveitől teljesen megváltozott a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás családi és baráti körben történt, „társadalmi esemény” volt, ettől az időszaktól kezdve azonban a halál teljesen *klinikai eseménnyé* vált, technicizálódott és medikalizálódott a haldoklás folyamata. Az orvosok mindent megtesznek a beteg életben tartása érdekében (sokszor akarata ellenére is): a „*túlkezelés*” az életet mindenáron meghosszabbítani akaró orvosi hozzáállás negatív következménye.

Az emberi méltóság tiszteletének elvéből következő szabadság azt is jelenti, hogy az *emberi személy* a maga *egyéni módján értelmezheti az élet „szentségét”*, saját válaszokat adhat az étellel és a halállal kapcsolatos kérdésekre. Ez *nem lehet ellentétes* azonban az „*életszentség*”-elv olyan értelmezéseivel, amelyekről *morális konszenzus* van (pl. a gyilkosság elutasítása). Az öngyilkosság és az eutanázia erkölcsi megengedhetőségével kapcsolatban azonban nincs egyetértés. A tradicionális orvosi felfogás és az etikusok többsége különbséget lát az

eutanázia megvalósulási módjai tekintetében: az *önkéntes passzív eutanáziát* erkölcsileg elfogadhatóbbnak tartják, mint az önkéntes aktív eutanáziát. Hivatkoznak arra, hogy ebben az esetben az orvos nem tesz mást, mint *figyelembe veszi a beteg önrendelkezését*, tiltakozását a további kezelések ellen. Az *önkéntes aktív eutanázia* esetében viszont egy *önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltása* történik. Azonban egy *nagy szenvedéseket átélő, gyógyíthatatlan ember saját kérése alapján* valósul meg az ölési cselekmény (pl. egy méreginjekció beadása), amelyet az eutanáziát végző személy *a beteg érdekében* végez el, hogy *mentesítse őt a szenvedésektől*. Vannak, akik az életminőség-elvre hivatkozva elfogadják az aktív eutanáziát. Más etikai álláspontok szerint viszont az ember soha nem kérheti saját életének szándékos kioltását, nem lehet erre jó indoka (még az elviselhetetlen szenvedés sem az).

Ha az emberi méltóság tiszteletének elvéből indulunk ki, akkor az *egyén etikai felfogásától függ*, hogy elfogadja-e az öngyilkosságot, az önkéntes passzív és aktív eutanáziát vagy sem. De amíg az öngyilkosság esetében az egyén maga vet véget az életének, addig *az eutanázia* végrehajtásában *más személy* is közreműködik, ezért ennél a cselekménynél *szükségszerűen avatkozik be az állam*. Az *önkéntes passzív* eutanáziánál a beteg kezelését nem kezdik el, vagy nem folytatják a beteg kérésére: itt az orvos olyan beavatkozást mulaszt el, amely egyébként kötelessége lenne, ezért ez csak bizonyos szabályok betartásával mehet végbe (a visszautasító nyilatkozat formai követelményeit, elbírálásának módját, stb. jogszabályban kell tisztázni), de a visszautasítás lehetőség meg kell adni. Az *önkéntes aktív* eutanáziával kapcsolatban az államnak szintén a „*semlegesség*” álláspontját kellene elfoglalnia: hiszen olyan etikai kérdésről van szó, amelyben nem alakítható ki konszenzus. Ugyanakkor önkéntes aktív eutanáziát csak olyan államokban lehet bevezetni, ahol olyan egészségügyi-intézményi rendszer van, hogy a *visszaéléseket* meg tudják előzni. Ahol ezek a feltételek nem állnak fenn, ott az állam megvonhatja az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét ezen feltételek megvalósulásáig. Hasonló gondolatokat fejtett ki a magyar Alkotmánybíróság is a 1236/B/1993 sz. határozatában 2003-ban, amikor úgy vélte, hogy Magyarországon az akkori társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az aktív eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, változhat az alkotmányos megítélés is. Természetesen újra és újra *társadalmi morális vitát kell folytatni* az önkéntes aktív eutanázia megengedhetőségéről, illetve arról, hogy bevezetési feltételei megvannak-e vagy sem. Manapság az önkéntes passzív eutanázia valamilyen módon a legtöbb államban legalizált. Magyarországon is

lehetőség van életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítására bizonyos, az Egészségügyi Törvényben szabályozott követelmények betartásával (a szabályozást sokan kritizálják, és gyakorlati érvényesülése is kérdéses, de az említett AB határozat nem állapította meg ennek alkotmányellenességét). Az önkéntes aktív eutanázia csak néhány országban elfogadott (Hollandia, Belgium, Luxemburg), illetve van ahol az ún. *asszisztált öngyilkosság* megengedett: a végstádiumú beteg rendelkezésére bocsátanak halált okozó szert, amit ő maga vesz be. Itt nincs szó eutanáziáról, mert a közreműködő személy csak segítséget nyújt a beteg öngyilkosságához (pl. Svájc, Oregon az USA-ban).

Az emberi méltóság tiszteletének elve nem ad lehetőséget a *nem önkéntes aktív vagy passzív eutanázia* alkalmazására, hiszen ez sérti az emberi élet „szentségének” elvét, mivel az adott személyen kívül mások nem dönthetnek életének befejezéséről. Bár a hivatalos álláspont mindenhol ez, bizonyos államokban kivételes esetekben lehetőséget adnak irreverzibilis kómában vagy perzisztens vegetatív állapotban lévő személyek mesterséges táplálásának, illetve lélegeztetőgépének leállítására (pl. az USA-ban), ez az egész agyhalál-konceptióra alapozott halál-meghatározási kritérium mellett meglehetősen problémás eljárás. Megoldást jelentene az ilyen és hasonló esetekre az „élő végrendelet” („living will”) intézményének szélesebb körű elterjedése. Ez a személy belátási képességének birtokában megfogalmazott olyan nyilatkozata, amely különböző rendelkezéseket tartalmaz arra az esetre, ha a nyilatkozatot tevő akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül (Magyarországon is tehető ilyen nyilatkozat, de kevesen élnek vele).

Az emberi méltóságot tiszteletben tartó életvégi ellátás

A halál tabuizálódása befolyásolja a haldoklók életvégi ellátását is. Elisabeth Kübler-Ross (a hatvanas években, az USA-ban elkezdett) kutatásai feltárták, hogy a haldoklók milyen stádiumokon mennek keresztül. Ha a haldoklással együtt járó lelki folyamatokat ismerik az orvosok és az ápolók, akkor megfelelően tudják kezelni a kezdeti elutasítást, majd a dühöt, az alkudozást és a depressziót, és hozzásegíthetik a beteget a hamarosan bekövetkező halál tényének elfogadásához. A kezdeti elutasítás természetes, de akik a halált tabuizáló környezetben éltek, azoknak különösen nehéz lehet feladni ezt a védekező mechanizmust. Kübler-Ross arra is rámutatott, hogy az orvosok egy része is fél szembesülni a halállal, ami kihatással van a betegekhez való viszonyukra, a tájékoztatásuk milyenségére (a nem megfelelő tájékoztatás a beteg életvégi döntéseinek elmaradásához is vezethet).

Mára már bizonyos előrelépések történtek ezen a téren. A halál tabutémaként való kezelése csökkent valamelyest a nyugati kultúrában, könyvek, újságcikkek, filmek, televíziós beszélgetések vetik fel a halállal, a haldoklással kapcsolatos kérdéseket. A végstádiumú betegek ellátásában egyre általánosabb az ún. *halálba kísérés szemléletének* követése, amely a beteggel, mint embertársunkkal és autonóm személlyel szembeni empátikus beállítódás fontosságát hangsúlyozza. Ennek megvalósítására törekszik a *hospice-mozgalom*: fő célkitűzése a súlyos szenvedéseket átélő beteg ember számára méltóságának megfelelő ápolást és környezetet biztosítani. Ez megköveteli, hogy a végső stádiumban lévő beteg akaratát mindig komolyan vegyék az orvosok és az ápolók (illetve a hozzátartozók), és *bevonják minden döntési folyamatba*. Emellett nagyon fontos a *teljeskörű palliáció*, amely nem csak a testi fájdalmakra irányul, hanem a pszichikai, spirituális és szociális eredetű szenvedésekre is. Az eutanázia nem az egyetlen lehetőség, amelyet egy gyógyíthatatlan, súlyos betegnek nyújthatunk. A legtöbb ember halálos betegen nem a „megváltó mérget” akarja, hanem az emberi odafordulást és a hatékony fájdalomcsillapítást. A halálhoz és a haldoklóhoz való viszony átalakításának fontosságát hangsúlyozza Bitó László *eutelia-konceptiója* (eutelia: jó vég) is. Bitó támogatja – a hospice-szemlélettől eltérően – az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét is, de hangsúlyozza, hogy az eutanázia bevezetésénél többre van szükség. Az eutelia az életből való elkerülhetetlen kilépésünkhöz szükséges szellemi felkészülést-felkészítést helyezi előtérbe. Bitó szerint egy *szakértő átsegítőkből álló intézmény* felállítására lenne szükség (ezeket „kristófereknek” nevezi).

Az emberi méltóság tisztelete (az emberi élet „szentségéből” adódóan) feltételezi a *gondoskodás minimális szintjének* megvalósítását minden ember vonatkozásában. A haldokló elvárhatja ennek alapján, hogy *fizikai fájdalmai* enyhítése mellett a *lelki-spirituális-szociális* problémáival is foglalkozzanak. Legalább annyiban, hogy lehetővé teszik kórházi körülmények között is *hozzátartozói gyakori* (illetve általa igényelt rendszerességű) *látogatását* és ha valamelyik vallást gyakorolja, akkor biztosítják számára az adott *egyházi személlyel* való kapcsolattartást. Követelmény az *empátikus, a beteg autonómiájának maximális figyelembevételén alapuló gondozás*. Ezek az emberi méltóság tiszteletéből következő alapelvárások, de *ezen túl* számos módon tehetjük a beteg utolsó heteit, napjait szebbé, tartalmasabbá. Például azáltal, hogy mindent megteszünk *magányának* feloldásáért. Norbert Elias szerint a 20. században jellemzővé vált a haldokló magányossága, mivel „a haldoklóhoz közelállók gyakran képtelenek támaszt és vigaszt nyújtani nekik szeretetük és

gyengédségük bizonyításával.”⁵ Ez persze a halállal való szembesülés elkerülése miatt van így. Bitó László bevezetésre ajánlja pl. az elengedést elősegítő „*utolsó vacsora*” euteliás rítusát: ekkor a haldokló (ha lehetőség van rá, illetve ha igényli a beteg) maga köré gyűjti a szeretteit egy búcsúszertartás keretében. A halál modernkori tabuizálódásának, elmagányosodásának hátterében ott áll a halál de-metafizikálódása. Sokan megkérdőjelezik a vallási világmagyarázatokat, de más fogódzót sem találnak, így *nem tudnak értelmet adni* a haldoklásuknak, *értelmetlenség-érzés* uralkodik el rajtuk. Vannak olyan terápiák, amelyek hozzásegítik a beteget, hogy élete utolsó időszakában *értelmet* találjon. Ilyen a Viktor E. Frankl által kidolgozott *logoterápia* végstádiumú betegeknél való alkalmazása. Ennek egyik fő célja a páciens *beállítódásának megváltoztatása*, hogy úgy szemlélje az életét, mint amelyet értelmesen kell élnie: erre haldoklóként is lehetősége van. *Élményértékeket* (művészeti élmények, társas élmények „befogadása”), de akár ritkábban *alkotói értékeket* is realizálhat a haldokló (pl. visszaemlékezések írása), és ha már egyikre sem képes, a betegségéhez való *viszonyulással* is értékeket valósíthat meg (türelem, bátorság stb.). Szintén az értelmetlenség-érzés ellen jelenthet segítséget a H. M. Chochinov által kifejlesztett *méltóságterápia*. Chochinov az ún. *méltóságmodellben* a haldoklók méltóságérzetének növeléséhez hozzájáruló tényezőket írja le. A modell három fő eleme:

- *a betegséggel kapcsolatos aggodalmak csökkentése* (a fizikai, pszichológiai distressz és a halálfélelem csökkentése, a beteg támogatása függetlenségének lehető legnagyobb szintű megőrzésében);
- *a méltóság megőrzésének repertoárja* (az én folytonossága, szerepmegőrzés, büszkeség fenntartása, remény, autonómia/kontroll megőrzése, generativitás, elfogadás segítése, küzdőszellem növelése, spiritualitás, a normalitás fenntartása);
- *társas tényezők* (a privátszféra megőrzése, a társas támogatás, a gondozás megfelelő hangvétele, a hozzátartozókkal kapcsolatos aggodalmak csökkentése). Ezek irányadóak lehetnek a végstádiumú betegek ellátása során.

A *méltóságterápia* a generativitáshoz kapcsolódik elsősorban. A beteg a terapeutával folytatott beszélgetésben – amelyről hangfelvétel készül – visszaidézheti élete legjelentősebb emlékeit, mindazt, ami büszkeséggel tölti el, de beláthatja a hibáit, kudarcait is, megbocsáthat és megbocsátást kérhet, illetve üzenhet az ittmaradottaknak, megfogalmazhatja élete tanulságait. A hangfelvétel alapján ún. *generativitási dokumentum*

⁵ Elias 2000, 38. o.

készül, amelyet megkapnak a beteg hozzátartozói. Meg kell jegyezni, hogy kissé megtévesztő a méltóságterápia kifejezés. Ugyan a méltóságmodell néhány eleme az emberi méltósághoz kapcsolható öntiszteletet segíti elő (pl. autonómia megőrzése, a privát szféra tiszteletben tartása, a gondozás megfelelő hangneme), az elemek többsége, illetve maga a méltóságterápia már ezen túli vonatkozásokhoz kapcsolódik: az egyén önbizalmának, illetve önmegbecsülésének megerősítését jelenti: a beteg halála előtt úgy érezheti, hogy értékes, értelmes, elismert, mások számára is jelentőséggel bíró életet élt.

Felhasznált irodalom:

Ariés, Philippe (1987): *Gyermek, család, halál* (fordította: Csákó Mihály, Szapor Judit, Gondolat, Bp.)

Barcsi Tamás (2013): *Az emberi méltóság filozófiája* (Typotex, Bp.)

Bitó László (2005): *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia* (Athenaeum 2000 Kiadó, Bp.)

Chochinov, Harvey Max (2014): *Méltóságterápia* (fordította: Bíró Eszter, Oriold és társai, Bp.)

Csejtej Dezső (2002): *Filozófiai metszetek a halálról* (Pallas Stúdió-Attraktor, Bp.)

Elias, Norbert (2000): *A haldoklók magányossága* (Fordította: Glavina Zsuzsa, Helikon Kiadó, Bp.)

Frankl, Viktor E. (1997): *Orvosi léleg Gondozás* (Fordította: Jakabffy Imre, Jakabffy Éva. UR Kiadó, Bp.)

Kant, Immanuel (1991): *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése* (Fordította Berényi Gábor. In: I. Kant: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája*, Gondolat, Bp.)

Kübler-Ross, Elisabeth (1988): *A halál és a hozzá vezető út* (fordította: Blasszauer Béla, Gondolat, Bp.)

Kulcsszavak:

emberi méltóság, szabadság, tiszteleten alapuló életvégi ellátás

A halál mint tabu

Az életvégi kérdésekkel foglalkozó szakirodalom igen gyakran használja a „haláltabu” kifejezést, amin azt értik, hogy a halál olyan nehéz téma, amelyről a hozzá fűződő nehezen elviselhető negatív gondolatok és érzések miatt nem, vagy csak felületesen beszélünk. A 21. századra a szex témája már régen nem érinthetetlen, de a halállal kapcsolatos lényegi kérdésekről nagyon félve, a lényegi dilemmákat elkerülve kommunikálunk. A halál és a haldoklás kiszorult a számunkra látható világból: a nyugati világban a halál helyszíne többnyire a kórház, ahol sok esetben sem a beteget, sem a hozzátartozóit nem világosítják fel egyértelműen a terminális állapot tényéről, illetve az ilyenkor szükséges teendőkről. Ha a beteg vagy a hozzátartozó kérdez, akkor kérdéseire sokszor nem érkezik egyértelmű válasz, ami persze megnehezíti, hogy a helyzetét átlássa, és megfelelő döntéseket hozzon.

Feltehetjük a kérdést persze, hogy az elkerülhetetlen vég szomorú tudatát érdemes-e egyáltalán felvállalni, és vajon nincs-e igaza annak, aki az utolsó pillanatig kapaszkodik a gyógyulás reményének morzsáiba is, biztatva magát, és hozzátartozóját, hogy a betegség csak időleges, leküzdhető, és hogy a halál lehetőségére nem kell, vagy nem szabad gondolni. Manapság ugyanis népszerű az a gondolat is, hogy negatív dolgokra azért nem szabad gondolni, mert azzal „bevonzzuk” a rosszat. Ennek a – mágikus jellegű, ezoterikusnak tartott – gondolatnak egyenes következményeként mind a beteg, mind a hozzátartozó súlyos büntudatot élhet át, amikor a halál lehetőségére gondol, hiszen növeli a szorongást, fokozza a szenvedést, ha valaki azt hiszi, hogy „rossz” gondolataival maga okozza azt, amit kétségbeesetten elkerülni akarna.

A súlyos betegek életének utolsó időszakát teljes körű tüneti kezeléssel megkönnyítő hospice ellátásban dolgozó szakemberek közös tapasztalata a haláhtagadás gyakorlatának lényegében csak árnyoldalait ismeri. A tényekkel szembe nem néző betegek, illetve családtagjaik a szükségyszerűnél is nehezebb sorsot vesznek magukra, amikor az elérhetetlen gyógyulást keresve elmennek a tünetek enyhítésének, az életminőség javításának reális lehetőségei mellett.

Hospice ellátás késleltetése a haláltabu miatt

A Magyar Hospice Alapítványnál gyakran tapasztaljuk, hogy a gyógyíthatatlan beteg számára nem kérnek időben hospice segítséget, így otthonában szenved lényegében ellátatlanul, anélkül, hogy legalább kielégítő fájdalomcsillapítást kapna, vagy aktív osztályon kezelik, amelynek szemlélete a gyógyulásban joggal reménykedők számára megfelelő lehet ugyan, de az életből távozni kényszerülők számára keveset nyújthat. A Magyar Hospice Alapítvány otthonápolási szolgálatának gondozásában átlagosan 59,5 napig, de a fekvőbeteg részlegen csak 18 napig látjuk el a betegeket, sőt, van hogy élete utolsó óráira szállítja hozzánk a beteget a mentő. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület statisztikai adatai szerint az ország egészét tekintve 2013-ban 34 nap volt az átlagos gondozási idő, és a hospice szervezetek az ellátás legfőbb akadályaként jelölték meg azt, hogy a betegek későn kerülnek gondozásukba.

Az adekvát életvégi ellátás igénybevételének a legfőbb gátja manapság a tényekkel való szembenézésre való képtelenség. Még a fájdalomcsillapítás elégtelenségének hátterében is elsősorban a rossz, téves szemlélet, a tévhiteken vagy tájékozatlanságon alapuló félelmek állnak. Megállapítható, hogy azt a szakadékot, amely a segítségre szoruló beteg, és az adekvát segítség lehetősége között húzódik, csak megfelelő szemléletformálással lehet áthidalni. Mivel a magas színvonalú hospice ellátáshoz magas színvonalon képzett szakemberek, és megfelelő gyógyszerek is szükségesek, így az anyagi háttér megteremtéséhez is szükséges a megfelelő szemlélet, hiszen csak az adakozik, vagy ajánlja fel adója 1%-t a hospice ellátók számára, akinek van elegendő tudása és bátorsága ahhoz, hogy ennek az ellátási formának a szükségességét felismerje.

Szemléletformáló programok

A szemléletformálás a hospice ellátók alapfeladatai közé tartozik világszerte, így Magyarországon is. A nemzetközi hospice mozgalom szakemberek mellett önkénteseket is foglalkoztat, akiknek toborzása és képzése már önmagában is szemléletformálásnak tekinthető. Az ismeretterjesztés kiterjed az élet végi testi és lelki állapot sajátosságainak tényezőire. Fontos a laikusokat megismertetni a hospice filozófiájával és gyakorlatával is.

A szemléletformáló munka a Magyar Hospice Alapítvány alaptevékenységei közé tartozik – az elsődlegesen fontos betegellátás mellett. A szakembereknek szervezett kurzusokat nyilvánosságnak szóló kampányok, laikusoknak tartott tanfolyamok egészítik ki. Mindez elősegíti azt, hogy a humánus életvégi ellátáshoz való jogunk a pusztá szónál többet jelentsen,

az emberi méltóságot őrző hospice ellátás valóban mindenki számára hozzáférhető és igénybe vehető legyen.

Média szerepe a szemléletformálásban

A média fontos szerepet játszik a civil szervezetek életében, hiszen a társadalom hatékony tájékoztatását csak a média segítségével tudják megoldani. Egy-egy program, hír, beharangozását saját forrásból megoldani szinte lehetetlen feladat a civilek számára. A média közvetíti a társadalom számára az értéket jelentő normákat és viselkedésmintákat is. Aktív szerepet kap a szocializációban azzal, hogy fejleszti a társadalmi összetartó erőt és tudatosságot, valamint, hogy megpróbálja ösztönözni a társadalom tagjait arra, hogy aktívan kapcsolódjanak be a közéletbe. Ehhez természetesen szükséges, hogy a civilek megfelelő programmal tudjanak szolgálni. A közösségi (social) média már nem csak információt nyújt a média követői számára, de a tájékoztatással egyidejűleg interakcióba is lép a hálózat résztvevőivel. Ez az interakció megvalósítja a két-, sőt többirányú kommunikációt.

A Magyar Hospice Alapítvány nyilvánosságot megszólító tevékenységekben több neves művész és közéleti személyiség állt az ügy, hogy szerepvállalásukkal még jobban felhívják a figyelmet az élet méltó befejezésére. Részvételük abban segített, hogy kiemelt médiafigyelmet kaptak eseményeink, kampányaink.

„...nem mindegy, hogy milyen az átmenet a halál állapotába... Évezredekig úgy volt, hogy otthon haltak meg az emberek. Én tudom a különbséget egy kórház és a hospice között, tapasztaltam, amikor meghalt a nagymamám. ... Máshogy bántak vele az utolsó napokban. Kicsit emberibb volt, amire szerintem mindenki vágyik.”

Dobó Kata

Médiakampány

Az első nagy média megjelenés 2000-ben történt, amikor a Magyar Hospice Alapítvány a McCann-Erickson Budapest reklámügynökség önkéntes támogatásával kampányt indított a hospice ismertségének növeléséért. Betegeink, munkatársaink és neves művészek szereplésével kreatív anyagok és TV kisfilmek készültek. A kampány a lakosság részére tájékoztatást adott a hospice mozgalomról, a szenvedések enyhítésének lehetőségéről, az

életvégi méltóság megőrzésének fontosságáról. A Vallomások c. filmekben ismert művészek Dobó Kata, Hernádi Judit, és Markó Iván a halálhoz, súlyos betegséghez kapcsolódó érzéseikről, gondolataikról beszéltek.⁶ Szavaik szinte mindenkit megérintettek, e filmek évekre meghatározták a hospice-ról való társadalmi vélekedést. A projekt átütő sikerhez, egy új imázs kialakulásához és a hospice ellátás ismertségének jelentős, 36 százalékos növekedéséhez vezetett!



„A halál soha nem lehet jó, de mindenképpen lehet emberhez méltó. Természetes vágy, hogy együtt legyünk a hozzátartozónkkal, amikor elbúcsúzik ettől a világtól. Aki túlél, annak is fontos dolog, hogy a saját maga számára megnyugtatóan tudjon elbúcsúzni. Mindenképpen tud segíteni egy ilyen szolgálat, annak is, aki túlél. ... Nehéz dolog földolgozni azt, hogy valaki elmegy, azt hiszem, tényleg az a legfontosabb, hogy az utolsó percben az ember szeretni tudjon.”

Hernádi Judit

⁶ https://youtu.be/EXF4W7tWG_Q
<https://youtu.be/6rCmdd9oYN8>
<https://youtu.be/jO3tV4JTW-I>

Televíziós megjelenéseink egyik fontos állomása volt a Dobó Kata és Csányi Sándor színművészek részvételével szervezett 2009-es TV kampány is, melynek célja a szolidaritás erősítése és az önkéntes munka népszerűsítése volt.

„Néhány évvel ezelőtt én is veszítettem el közeli hozzátartozómat és azzal, hogy mellette tudtam lenni, amikor meghalt, tudtam fogni a kezét és meg tudtam köszönni neki azokat, amiket tett értem, attól ez az egész tragédia sokkal inkább a szeretetről szólt. Ő nagyon sokat foglalkozott a betegekkel és az idősekkel, amitől én mindig féltem. Azt gondoltam, hogy az ő halála után nekem dolgom továbbvinni az ő feladatát.... ezért jöttem el a hospice házba, nekem ez a hely egyértelműen a szeretetről és a szeretet áramlásáról szól.”

Csányi Sándor, színművész

Hasonló céllal indult a 2015-ös kampány „**Minden perc értékes**” címmel, amiben 15 művész vallomása hívja fel a figyelmet az élet méltóságára, a hospice ellátás életminőséget javító szerepére.⁷

Társadalmi szemléletformáló jó gyakorlat: a Magyar Hospice Alapítvány Méltóság Mezeje Nárcisz programja

A nemzetközi Fields of Hope (Magyarországon a Magyar Hospice Alapítvány kezdeményezésében: Méltóság Mezeje) program már gyermekkortól kezdve tanítja azt a – hospice filozófiához csatlakozó – életszemléletet, amely szerint a halál az élet szomorú, de természetes része, és az elesett beteg emberek segítése emberi kötelezettségeink közé tartozik. A Magyar Hospice Alapítvány 2007-ben indította el a Méltóság Mezeje Nárcisz Programját. Ezzel olyan nemzetközi – elsősorban brit és lengyel – hagyományokkal rendelkező kezdeményezéshez csatlakoztunk, amely a reményt szimbolizáló nárcisz elültetéséhez és virágzásához kapcsolódó eseményekkel hívja fel a figyelmet a haldoklókért vállalt cselekvő szolidaritás szükségességére. A Nárcisz Programok célja az önkéntes munka és a jótekonyság értékének növelése, a hospice ellátás társadalmi bázisának szélesítése, és nem utolsósorban adománygyűjtés. A program az elmúlt években kitűnő eredményeket ért el és évről évre szélesedik ez események köre.

Nárcisz Nap

⁷ https://www.youtube.com/watch?v=WkTj_h16-qA

Évente két alkalommal Nárcisz Napokat szervezünk, egyet tavasszal a nárcisz virágzásakor, és ősszel a nárcisz hagymák ültetése idején. Az általában 2-3 napos akciók során önkénteseink egységes sárga jelmezbe öltözve a főváros forgalmas terein adományt gyűjtenek, és megajándékozzák a támogatókat egy-egy nárcisz kitűzővel, hospice ellátásról szóló információs anyagokkal. Célunk a cselekvő szolidaritásra való felhívás, hogy ezeken a napokon viseljen minél több ember nárciszt a munkahelyén, az iskolában, az utcán. Az adománygyűjtés mellett fontos célja ezen napoknak a hospice ellátás ismertségének növelése szórólapokkal, beszélgetéssel és média megjelenésekkel.

Nárcisz Ültetés, Nárcisz Futás

Ősszel ültessünk együtt nárciszt a résztvevő iskolákkal és ezzel hívjuk fel a figyelmet a közösség életető erejére! A városok és kerületek kiemelt közterein, valamint az iskolák udvarain 2007 óta ültetünk, hogy virágozzék minél több településen a nárcisz. Épüljön be szemléletünkbe az elesett betegek támogatása, jusson el a reményt adó segítség minden rászorulóhoz. Budapesten kívül már egyre több település közterén tartanak nárciszültetést, ezzel is erősítve az országos összefogást az életvégig tartó emberi méltóság megőrzéséért. Tavasszal a virágzás idején az egyes településeken együtt futnak a gyerekek a tanárokkal, önkéntes segítőkkal, élsportolókkal, fogyatékosokkal.

Nárcisz Iskola/Óvoda oktatási program

A Magyar Hospice Alapítvány Nárcisz Iskola/Óvoda programjának alapja az akkreditált pedagógus képzés. A képzésben résztvevő tanárok az iskolai órákon viszik tovább a tanultakat és segítik a gyermekeket abban, hogy felnőttként cselekvő együttérzéssel viszonyuljanak a rászorulókhöz, az elesettekhez, a gyógyíthatatlan betegekhez. Ez alapvető emberi értékeink egyike. A felkészült pedagógusokkal oldhatók a tabuk és segítségükkel mernek beszélgetni az életről, örömről, bánatról, a betegségről, az elmúlásról, szeretteink elvesztéséről, a segítségnyújtás szükségességéről. Hiszünk abban, hogy tudatos szemléletformálással a gyerekeket a betegek, a rászorulók, az idősek iránti együttérzésre nevelhetjük. Fontosnak tartjuk, hogy a gyermekek biztonságos, segítő légkörben beszélhessenek veszteségeikről, a betegséggel kapcsolatos szorongásaikról. A tabutémák megtörésén túl cél az is, hogy visszajelzést kapjanak saját kompetenciájukról és az életkoruknak, érettségüknek megfelelően szerezhessenek ismereteket a gondoskodás, törődés, szolidaritás jelentőségéről.

Nárcisz Sportesemények

A jótékonyági sporteseményekkel (squash, teniszverseny, futás) a szervezők és a versenyzők jó példát mutatnak a társadalmi felelősségvállalásra és a cselekvő szolidaritásra.

A Nárcisz Futókör a Magyar Hospice Alapítvány jószolgálati csoportja. A civil jelentkezők és sportolók megjelölnek egy versenyt ahol indulnak, és a futáson kívül közös cselekvésre buzdítják környezetüket: szeretteik, ismerőseik, munkatársaik körében támogatást gyűjtenek. A nárciszos sárga mezben futók a hospice ellátás fontosságára is felhívják a figyelmet.

Összefoglalás

Az életük végén járó betegek humánus ellátásához naprakész szaktudáson kívül elfogadó, nyitott társadalmi kontextusra is szükség van. A hospice-ra fogékony szemlélet hiányában a magas szintű szakmaiságból a haldokló beteg és családja nem részesedhet, hiszen a család nem igényli, a kezelőorvos pedig nem javasolja a hospice ellátást. A megfelelő szemlélet az egészségügyi prioritások meghatározását, a finanszírozási, szervezési döntések meghozatalát is befolyásolja. A média megjelenések, az iskolai nárcisz programok eljuttatják a szolidaritás, a hospice szemléletet a lakosság széles köreihez. A hospice mozgalom képviselői fontos feladatuknak tartják a szemléletformálást, céljuk a laikusok nyitottságának, befogadókészségének, segítő szándékának növelése, a szenvedőkért vállalt szolidaritás erősítése

Felhasznált irodalom:

Biró, E.; Muszbek, K.; Mailáth, M.; Porkoláb, Gy.; Kovács, A.; Sándor, B. (2012) Méltóság Mezeje program: a szemléletformálás új lehetőségei a magyarországi hospice mozgalomban, *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 2012/2

http://www.kharon.hu/docu/2010-2_biro-meltosag.pdf (letöltés ideje: 2015. április 10.)

Byrne, R. (2007) *A titok*, Édesvíz Kiadó, Budapest

Finlay, I. (2009) *Analysis of end of life choices as portrayed in the media*, Poster at the 11th Congress of European Association for Palliative Care, Vienna, Austria, 7-10 May, Book of Abstracts, p.120

Foley, K. (2011) How well is cancer pain treated? *Palliative Medicine*, 25 (5) 398-401

Gunnarsdottir, S.; Donovan, H.S.; Serlin, R.C.; Voge, C.; Ward, S. (2002) Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II) *Pain*, 99: 385–396

Muszbek, K. (2015) Hospice ellátás, In: Boga B és Samu A. (szerk.) *Klinikum és farmakoterápia időskorban*, Vox Medica, Budapest, 139-147.

Porkoláb, Gy.; Kovács, A.; Sipos, Z.; Muszbek, K. (2009) Volunteers in a Post Communistic Country—for Dignity of Life: Fields of Hope Project in Hungary, Poster, IPOS 11th World Congress of Psycho-Oncology, Book of Abstracts, Psycho-Oncology 18(Suppl. 2):S1–S330, p. S276

Varga, K.; Lénárt, Á.; Biró, E. (2012) Alkalmazott affektív pszichológia: emberi erőforrások mozgósítása kitüntetett élethelyzetekben, In: Varga, K.; Bányai, É. (szerk.) *Affektív pszichológia*, Medicina Kiadó, Budapest

Zana Á. (2009) A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?, *Orvosi Hetilap*, 150:25, 1183-1187

Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2008) A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 18, 319–320.

A fejezet céljai:

- *Az életvégi szenvedéssel kapcsolatos dilemmák feltárása*
- *A palliatív ellátás és az eutanázia ellentmondásának megvilágítása*
- *A palliatív szedáció etikai problémájának ismertetése*

Életvégi döntések és a szenvedés

Mai korunk életvégi dilemmáit elsősorban a medicina technikai fejlettsége, a modern orvosi szemlélet és a lassú, elhúzódó haldoklástól való félelem határozza meg. A medicina technikai fejlettsége lehetővé teszi, hogy hosszú évekig elhúzzák a betegek szenvedéseit, esetleg öntudatlan állapotban, gépekre kapcsolva tartásuk őket. A modern orvosi szemlélet az élet mennyiségi növelését és nem a minőségi éveket tartja szem előtt. A krónikus betegségekkel járó általános elöregedés pedig az élet utolsó időszakával járó szenvedések problémakörét hozza előtérbe. Kétszáz évvel ezelőtt 100 halálesetből 50 a húszévesnél fiatalabbakat sújtotta, és csak a lakosság 4%-a érte meg a 80 éves kort. Ma az orvostudomány és a közegészségügy fejlődésének köszönhetően a halál egyre később érkezik: 2050-re Európában a lakosság 36-37%-át a 60 éven felüliek teszik majd ki. „A fejlett országokban a lakosság 70%-a különböző intézményekben hal meg - legtöbbjük magányosan és elhagyatva. Hosszú öregség, hosszú szenilitás, aggkori betegségek; vajon ilyen halált akarunk magunknak és szeretteinknek? A halált sokan egy út végének és egy másik út kezdetének tartják. De kell-e, hogy ez az átmenet olyan hosszú, megpróbáltatásokkal teli és drámai legyen?”⁸

A halál-haldoklás etikai dilemmáját az okozza elsősorban, hogy a beteg az elviselhetetlen szenvedés miatt kéri az életmegg hosszabbító terápiák megszüntetését vagy az eutanáziát. Mi is az elviselhetetlen szenvedés? Milyen dimenziói vannak? Hajlamosak vagyunk a fizikai dimenzióit hangoztatni (főleg a medicinában), holott az egzisztenciális, spirituális, érzelmi vonatkozásai legalább annyira fontosak, sőt elválaszthatatlanok a fizikaitól.

⁸ Hegedűs 2009, 153. o.

Az AMA (American Medical Association) 2008-ban kiadott jelentése szerint a „klinikai szenvedés” magába foglalja a fiziológiai tüneteket – fájdalom, hányinger, hányás, légszomj, agitált delírium – ugyanúgy, mint a pszichológiai distressz tüneteit, amikor a mentálhigiénés problémák kezelhetetlenek. Az egzisztenciális szenvedést – úgymint a halálfélelem, izoláció, kontrollvesztés – elkülönítik a pszichológiai tünetektől. Az orvos feladata a beteg fizikai és pszichés szenvedésének legkörültekintőbb csillapítása (palliáció). Amennyiben azonban a páciens szenvedése interperszonális, egzisztenciális vagy spirituális, az orvosnak be kell vonnia a lelkeszt, a szociális munkást a családot és a barátokat, mivel a szenvedés ezen elemeinek csillapítása kívül esik az orvos hatáskörén.

Mindannyian ismerjük Cicely Saunders, a modern hospice mozgalom megalapítója koncepcióját a „totális fájdalomról”, amely a terminális páciensekre jellemzően fizikai, pszichológiai, érzelmi, egzisztenciális és szociális elemeket – illetve ezek lehetséges kombinációit – tartalmazza.

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület egy kutatásában az orvosok, ápolók és medikusok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjével foglalkozott. A vizsgálat eredményei igazolták, hogy az egészségügyi szakképzés, illetve a felsőoktatás során nem készítik fel megfelelően az egészségügyi szakembereket a reménytelen állapotú betegekkel való foglalkozásra, és a halállal való szembesülésre. A felmérés idején, 2000-ben a csaknem 7000 órás orvosi curriculum során 34 óra (az összóraszám 0,49%-a), a 4600 órás ápolóképzés során 33 óra (0,7%) jutott a fájdalomcsillapításra, a tüneti kezelésre, a haldokló pszichés gondozására, az ezzel kapcsolatos etikai kérdésekre és a kommunikációra, valamint a halál és gyász témakörére. Ez nem csak magyar probléma. A British Medical Journal által közzétett felmérés szerint sajnos még a legfejlettebb országokban sem eléggé elterjedtek a fájdalomcsillapítást és a szenvedés enyhítését célzó oktatási programok, amelynek következtében az orvosok túlnyomó többsége nem tud igazán szakszerű segítséget nyújtani a szenvedő betegeknek.

Az életvégi döntéseket – a fentieken túl – egyre inkább befolyásolja a betegjogok, elsősorban az önrendelkezési jog fejlődése: az emberek szeretnének egyénileg dönteni a saját sorsukról az életük végén. Ahogy egy szakdolgozó hallgatóm írta mottójában: „Hiszek az önrendelkezési jogban és irtózom attól, hogy az énem külső burka túléljen engem, s az orvostudomány vívmányainak szimbólumává váljon.”.

Az „individualizált meghalás” lehetőségei: az eutanázia, az orvos által asszisztált öngyilkosság, az életmeghosszabbító kezelésekről való lemondás, a terminális palliatív szedálás és a hospice-palliatív ellátás. (Részletesen lásd a vonatkozó fejezetekben.)

Eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság

Thanatosz Nox-nak, az éjszaka egyik istennőjének fia, a halál megtestesítője volt. Denevér képében éjszaka röpködött, és akinek a hajába kapaszkodott, az meghalt. Ez volt a rossz halál. Eu thanatosz a jó, könnyű halált jelentette. Az eutanázia szót először 1646-ban használták a „világból való halk, könnyű, fájdalom és kínlás nélküli eltávozás” jelölésére.

Az eutanázia fogalma ma a szenvedő, gyógyíthatatlan beteg életének kioltását jelenti, a beteg kérésére, az orvos által. Nem elég tehát a haldokló, nagy szenvedéssel küzdő beteg érdekében, szánalomból elkövetett kegyelemölésnek fordítani az eutanáziát. Eutanázia a beteg akarata szerinti halálba segítség.

A Hittani kongregáció már 1980-ban nyilatkozott a eutanázia kérdéséről. Ebben elismerték a természetes halál jogát. E szerint nem szabad senkit sem kötelezni olyan használatban levő kezelési eszköz további igénybevételére, mely veszéllyel vagy teherrel jár. Ezek visszautasítása nem egyenértékű az öngyilkossággal. Elfogadhatónak tartották az olyan orvosi eljárás használatának a visszautasítását, mely nincsen arányban a várt eredménnyel. Ilyen rendkívüli eszköz például az, amely a nagy költségen kívül túl nagy fájdalommal, a beteg megcsönkítésével, megcsúfításával, pszichológiai megzavarásával jár, és mindez nem jelent a beteg számára igazán előnyt, más szóval nem egyeztethető össze a beteg emberi méltóságával.

A bioetikában régóta használatos alapelv az ún. *kettős hatás elve*, amely szerint a betegnek meg kell adni a szükséges fájdalomcsillapítást akkor is, ha az közelebb hozza a halálát. Erkölcsileg az orvos nem marasztalható el, hiszen célja a fájdalom csillapítása és nem a beteg halála; a másodlagos – nem kívánt – hatás az, hogy a beteg élete ezáltal esetleg megrövidülhet.

Az eutanáziának és asszisztált öngyilkosságnak számos definíciója született. Az European Association for Palliative Care (EAPC) Etikai Munkacsoportja által 2003-ban közzétett definíciók alapján nem tekinthető eutanáziának a hiábavaló kezelés megszüntetése, a

hiábavaló kezelés meg nem kezdése, illetve a „terminális szedáció” (nyugtató készítmények alkalmazása az elviselhetetlen szenvedés enyhítésére az élet utolsó napjaiban).

Valakinek gyógyszeresen kioltani az életét a beleegyezése nélkül, akár az önkéntesség hiányában (amikor a beteg nem képes a beleegyezésre), akár az önkéntesség ellenében (a beteg akarata ellenére), nem eutanázia, hanem gyilkosság. Az eutanázia kizárólag önkéntes lehet. A gyakran hangoztatott „önkéntes eutanázia” kifejezést tehát el kellene törölni, mivel tévesen azt sugallja, hogy az eutanáziának vannak nem önkéntes formái is.

A szakirodalomban és a nyilvános viták során néha különbséget tesznek „aktív” és „passzív” eutanázia között. Az EAPC Etikai Munkacsoportjának meglátása az, hogy ez a különbségtétel nem helytálló. Értelmezésük szerint – a holland közfelfogással megegyezően – az eutanázia definíció szerint aktív és önkéntes, így a „passzív” eutanázia a kifejezések önellentmondása, más szavakkal: ilyen nem létezik.

Ajánlatos tehát a következő definíciók, megállapítások elfogadása:

- Az eutanázia kívánságra végrehajtott ölés, mely során az orvos gyógyszerek adagolásával szándékosan megöl egy személyt, az illető önkéntes és kompetens kérésére.
- Az asszisztált öngyilkosság során az orvos szándékosan segít egy embernek öngyilkossága végrehajtásában, az illető önkéntes és kompetens kérésére biztosítja számára a gyógyszereket, amiket az saját magának ad be.
- *A palliatív ellátás arra törekszik, hogy ne siettesse, de ne is késleltesse a halált. Az eutanázia és az orvosi segítségnyújtással elkövetett öngyilkosság nem része a palliatív ellátásnak. Az eutanáziát vagy orvos által asszisztált öngyilkosságot kérő pácienszt tájékoztatni kell a palliatív ellátás lehetőségeiről és a hozzáférés módjáról.*

Az eutanáziát 2001-ben legalizálták Hollandiában, 2002-ben Belgiumban és 2009-ben Luxemburgban. Az orvos által asszisztált öngyilkosság (PAS) Svájcban, valamint az USA több államában (Oregon, Vermont és Washington) legalizált. Több országban, például Németországban, Dániában és Svédországban a jog igen megengedő az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban. 2010-ben Hollandiában kb. 4000 eutanázia eset történt (az összes haláleset 2,8%-a), Belgiumban 2012-ben 1432 volt az eutanázia esetek száma (az összhálálozás 1,35%-a), s az esetek 82%-a a flamand területen történt. Svájcban a svájci állampolgárok részéről regisztrált asszisztált öngyilkosságok száma 2010-ben 353 eset volt (az összes haláleset 0,56%-a), Luxemburgban pedig 2012-ben 14 esetet dokumentáltak.

Látható tehát, hogy az eutanázia lehetősége nem tette azt tömegessé. Egy 2009-ben megjelent utánkövetéses vizsgálat szerint az életvégi döntések nagy része nem az eutanáziával kapcsolatos. A kutatás során áttekintették a holland halotti bizonyítványokat 1990-ben, 1995-ben, 2001-ben és 2005-ben. Minden orvos, aki valamilyen szinten közreműködött egy halálesetben, kapott egy kérdőívet a holland országos tisztifőorvostól és a Királyi Orvosi Egyesület elnökétől. A névtelenséget garantálták. Az életvégi döntések klasszifikációja a következő volt: (1) döntés a kezelés leállításáról, (2) a tünetek intenzív csillapítása esetleges életmegrövidítő hatással, (3) eutanázia, (4) orvos által asszisztált öngyilkosság, (5) az élet explicit kérés nélküli befejezése.

Az eredményeket az 1. táblázat szemlélteti.

1. sz. táblázat: Az eutanázia és az egyéb életvégi döntések végrehajtásának gyakorisága Hollandiában 1990 és 2005 között

	1990	1995	2001	2005
A vizsgált esetek száma	5197	5146	5617	9965
A kérdőívek száma	4900	4604	5189	5342
Eutanázia	1,7%	2,4%	2,6	1,7%
Orvos által asszisztált öngyilkosság	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Az élet befejezése a beteg explicit kérése nélkül	0,8%	0,7%	0,7%	0,4%
A tünetek intenzív csillapítása	19%	19%	20%	25%
Lemondás az életmegg hosszabbító terápiáról	18%	20%	20%	16%

Az eutanázia esetek száma nem növekedett számottevően a vizsgált időszakban, sőt, az előzetes várakozások ellenére az asszisztált öngyilkosságok száma is ugyanolyan alacsony maradt. A kutatók szerint ennek oka valószínűleg az, hogy egyéb módszerek terjedtek el a betegek szenvedésének csillapítására, úgymint a lemondás az életmegg hosszabbító terápiákról és a folyamatos mély szedálás, amelynek aránya 2001 és 2005 között az összes halálesetet tekintve 5,6%-ról 8,2%-ra emelkedett.

Palliatív szedálás

A palliatív szedálás fogalma: „szedatív gyógyszerek alkalmazása a tűrhetetlen és kezelhetetlen kínok csökkentésének céljából, a beteg tudatának redukálása által.” „A palliatív szedálás magában foglalja az informált pácienssel, családdal vagy meghatalmazottal való

konzultációt, hogy a nem csillapítható fizikai tünetek, az egzisztenciális vagy pszichológiai szenvedés esetén elégséges gyógyszeradaggal redukálja a terminális állapotú páciens tudatát. A szándék a tünetek és a szenvedés enyhítése, nem a halál siettetése.” A halál küszöbén álló betegek „terminális” vagy „palliatív” szedálását tehát meg kell különböztetnünk az eutanáziától.

2. sz. táblázat: Az eutanázia és a terminális palliatív szedáció elkülönítése

	Eutanázia	Terminális palliatív szedáció
szándék	a beteg életének megrövidítése	az elviselhetetlen szenvedés enyhítése
eljárás	letális dózisú gyógyszer alkalmazása (barbiturát)	szedatív gyógyszer alkalmazása (midazolam)
végkimenetel	azonnali halál	a szenvedés enyhülése

A palliatív gondozásban enyhe szedáció alkalmazható terápiásan, de ebben a helyzetben ez nem érinti hátrányosan a beteg tudati szintjét vagy kommunikációs képességét. Erőteljes szedálás (ami a beteg öntudatlan állapotához vezet) alkalmazása bizonyos terápiás célok elérése érdekében időnként szükséges lehet, szintjét azonban rendszeresen ellenőrizni kell, és általában csak időlegesen alkalmazzák. Fontos, hogy a beteget rendszeresen megvizsgálják, és hogy szükség esetén mesterséges folyadékpótlást és táplálást kezdeményezzenek. A **folyadékfelvétellel és táplálással kapcsolatban** a törvényhozás országról országra változik, a legtöbb európai országban a folyadékkal való ellátás és táplálás az emberi jogok közé tartozik. A folyadékfelvétel és táplálás felfüggesztése, vagy csökkentése csak akkor jöhet számításba, ha ez az intézkedés nem lesz a halál oka. A beteg nincs kötelezve sem életének és szenvedésének megnyújtására, sem a folyadék és táplálék felvételére. Enyhe palliatív nyugtatás közben a beteg kaphat ételt és folyadékot, amikor ébren van.

A palliatív szedálás nemzetközi klinikai irányelvei (2009) szerint a szabályozásra azért volt szükség, mert a szerzők szerint ennek hiányában fennállhat a veszélye a káros és etikailag nem megengedhető alkalmazásnak a klinikai gyakorlatban. A túlterhelt és frusztrált orvos számára esetleg kényelmesebb a beteget szedálni, mint részletes anamnézissel, vizsgálattal és fejtöréssel rájönni a szenvedés csökkentésének sokszor egyéni, kreatív megoldására. Az

irányelv szigorúan szabályozza a páciens jogait és beleegyezésének módját, amennyiben nem kritikus helyzetről van szó, bár ebben az esetben is elsősorban az előzetes rendelkezés az irányadó, ha ez a dokumentum létezik. Felhívja a figyelmet arra, hogy a szedálásnak a palliatív ellátásban is többféle módszere lehet, nem csak a folyamatos mély szedálás (lehet rövid távú, „gyenge” vagy időszakosan alkalmazott). A folyamatos, mély szedálást abban az esetben tartja elfogadhatónak az irányelv, ha

- (1) a beteg szenvedése egyéb módon nem csillapítható;
- (2) a halál néhány órán vagy néhány napon belül várható;
- (3) a betegnek ez kifejezett óhaja;
- (4) életvégi katasztrofális esemény következik be: masszív vérzés vagy fulladás.

A dokumentum felsorolja azokat a szedatív gyógyszereket, illetve adagolásukat, amelyeket ajánl ezekben a helyzetekben.

Felhasznált irodalom:

Kovács J (2006): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. 2. jav. kiad. *Medicina könyvkiadó, Budapest.*

Hegedűs K (szerk.) (2009): A palliatív ellátás alapjai. 2. kiadás. *Semmelweis Kiadó, Budapest.*

Rich, BA (2012): Terminal Suffering and the Ethics of Palliative Sedation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 21:30-39.

Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T, Békés V (2002): Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap*, 143 (42): 2385-2391.

Materstvedt LJ. et al. (2003): Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 17:97-101. (A tanulmány magyarul is megjelent: *Kharón Thanatológiai Szemle* 2003;7(3):8-17.) www.kharon.hu

Somfai B (1995): Bioetika. Vázlatok. *Szeged.*

Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 24: 91-96.

Radbruch L, Leget C, Vanden Berghe P, Müller-Busch Ch, Ellershaw J, de Conno F (2014): Euthanasia and physician-assisted suicide - A white paper from the European Association for Palliative Care. Delphi survey. (Manuscript)

Rietjens JAC, van der Maas, PJ, Onwuteaka-Philipsen, BD, van Delden JJM, van der Heide, A. (2009): Two decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What We Learnt and What Questions Remain? *Bioethical Inquiry*, 6:271-283.

Higgins P, Altilio T (2007): Palliative Sedation: An Essential Place for Clinical Excellence. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care J Soc Work End Life Palliat Care* 3(4):3-30.

Cherny NI, Radbruch L et al (2009): European Association for Palliative care (EAPC) recommended framework for *the use of sedation* in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7):581–93.

Hasznos linkek:

www.eapcnet.eu

www.hospice.hu

www.kharon.hu

Kulcsszavak:

életvégi döntés, szenvedés, eutanázia, asszisztált öngyilkosság, palliatív szedáció

A fejezet céljai:

- *Áttekinteni a kezelés visszautasításának általános szabályait az egészségügyi önrendelkezési jog keretein belül*
- *Elemezni az életmentő vagy életfenntartó beavatkozások visszautasításának jogi hátterét*
- *Ismertetni az ún. „élő végrendelet” mibenlétét, jogi szabályozását*

A beteg önrendelkezéshez való joga és a kezelés visszautasítása

Az önrendelkezéshez való jog forrása a Magyarország Alaptörvényében⁹ is deklarált emberi méltósághoz való jog. Az Alkotmánybíróság értelmezése szerint az emberi méltóság azt jelenti, hogy *„van egy abszolút határ, amelyen sem az állam, sem más emberek kényszerítő hatalma nem terjedhet túl, vagyis az autonómiának, az egyéni önrendelkezésnek egy mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva ... az ember alany maradhat és nem válik eszközzé, vagy tárggyá.”*¹⁰ Az autonómia, az önrendelkezés az egészségügyben ez alapján azt jelenti, hogy az egyénnek lehetősége van önálló, felelős döntések meghozatalára etikailag releváns kérdésekben.

Az egészségügyről szóló törvény¹¹ (Eütv.) az önrendelkezéshez való jogot az orvosi beavatkozások tekintetében kifejezetten rögzíti.¹² Ez alapján a nagykorú, cselekvőképes beteg – főszabály szerint – szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza.¹³ Ez azt jelenti, hogy – meghatározott kivételektől eltekintve – bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megítévesztéstől, fenyegetéstől és

⁹ Alaptörvény II. cikk

¹⁰ 23/1990. (X. 31.) AB határozat, Sólyom László alkotmánybíró párhuzamos véleménye, 1990, 88, 103

¹¹ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

¹² Eütv. 15. § (1) bekezdés. Az életmentő vagy életfenntartó, valamint a súlyos vagy maradandó károsodást elhárító ellátás visszautasításának, illetve a későbbi cselekvőképtelenség esetére szóló nyilatkozat (ún. élő végrendelet) megtételének részletes szabályait az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) kormányrendelet (a továbbiakban: Rendelet) állapítja meg.

¹³ Vö. az Eütv. 15. § (2) bekezdésével

kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja.¹⁴ Az ellátás során tehát az egyén döntési szabadságának elsősege érvényesül, „a beteg az ellátás ’gazdája’”.¹⁵

A kezelés visszautasítása az egészségügyi törvény szerint

A cselekvőképes¹⁶ beteg az előzők alapján – főszabály szerint – visszautasíthatja az orvosi ellátást.¹⁷ Bár ennek elfogadása az egészségügyi ellátást nyújtók számára szakmai és személyes indokból egyaránt az egyik legnagyobb kihívás lehet, mégis hangsúlyoznunk kell: ha a megfelelő tájékoztatás megtörtént, kizárólag a beteg maga képes megítélni, hogy saját élethelyzetében, körülményeinek ismeretében vállalható-e adott orvosi beavatkozás vagy sem.

A kezelés visszautasítása alapvetően bármilyen módon – akár szóban vagy ráutaló magatartással is – megvalósítható. Egyes speciális esetekben azonban sajátos *formai követelményeknek* kell eleget tenni a visszautasítás érvényességéhez, más esetekben a törvény a visszautasítás lehetőségét *korlátozza* vagy akár teljes egészében *ki is zárja* – igaz, ez utóbbit csak igen szűk körben teszi meg.

A szabályozás teljes egészében kizárja a visszautasítás lehetőségét, amennyiben adott kezelés elmaradása *mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné* (pl. valamely járványügyi intézkedés esetén).¹⁸ Cselekvőképes beteg is kizárólag közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban – írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében – utasíthat vissza olyan beavatkozásokat, amelyek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan *súlyos vagy maradandó károsodás* következne be.

¹⁴ Eütv. 15. § (3) bekezdés

¹⁵ Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog. Semmelweis kiadó, Budapest 2008. 61. o.

¹⁶ A hatályos Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 2:8-2:24. §-ai rendelkeznek a cselekvőképesség szabályairól. Ezek alapján minden ember cselekvőképes, akinek cselekvőképességét a Ptk. vagy a bíróság ítélete nem korlátozza. Maga a Ptk. korlátozza a kiskorúak cselekvőképességét. Korlátozottan cselekvőképes az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét betöltötte és nem helyezték cselekvőképességet teljesen kizáró gondnokság alá. Cselekvőképtelen az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét nem töltötte be. Nagykorú személy cselekvőképességét bírói ítélet korlátozhatja. Cselekvőképességében részlegesen korlátozott az a nagykorú, akit a bíróság ilyen hatállyal gondnokság alá helyezett. Ez esetben a bíróságnak meg kell határoznia azokat az ügycsoportokat, amelyekben a cselekvőképességet korlátozza. Ilyen ügycsoport lehet pl. az egészségügyi ellátással összefüggő döntések köre. Aki cselekvőképességében csak részlegesen korlátozott, érvényes jognyilatkozatot tehet olyan ügyekben, amelyek tekintetében a cselekvőképességét a bíróság nem korlátozta. A bíróság a nagykorú személyt cselekvőképességét teljesen korlátozó gondnokság alá is helyezheti. Ebben az esetben nincsenek olyan ügycsoportok, amelyekben az érintett érvényes jognyilatkozatot tehetne.

¹⁷ Eütv. 20. § (1) bekezdés

¹⁸ Eütv. 20. § (1)-(2) bekezdés

Külön tárgyalást indokol az *életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításának* kérdésköre, erre ugyanis csak szigorú feltételek érvényesülése mellett van lehetőség. Tartalmi feltétel, hogy az érintett olyan betegségben szenvedjen, amely súlyos, az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Formai feltétel, hogy a visszautasítást a beteg csak közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében teheti meg.¹⁹ A visszautasítás sajátos eljárás keretében történik, amelynek során egy háromtagú orvosi bizottság²⁰ a beteget megvizsgálja és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a súlyos, gyógyíthatatlan és halálhoz vezető betegség ténye fennáll. A betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát.²¹ A visszautasítás bármilyen formai kötöttség nélkül visszavonható.²² Ha valaki életmentő vagy életfenntartó kezelést utasít vissza, személyes beszélgetés révén meg kell kísérelni a döntése hátterében lévő okok feltárását és a döntés megváltoztatását, és ismételten tájékoztatni kell döntése következményeiről. A törvény nem határozza meg kifejezetten, hogy ezt a beszélgetést kinek kell lefolytatnia, de a tájékoztatásra vonatkozó előírásból arra következtethetünk, hogy ez a kezelőorvos feladata. A kezelés megszüntetésére vagy mellőzésére nyilvánvalóan csak akkor kerülhet sor, ha a beteg akarata világosan kideríthető.²³ A törvény kifejezetten kizárja az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításának lehetőségét azoknak a várandós nőknek az esetében, akik előreláthatóan képesek a gyermek kihordására.²⁴

Az életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasítására vonatkozó szabályok szakmai szempontból nem problémamentesek. A tartalmi feltételrendszer – súlyos, gyógyíthatatlan, halálhoz vezető betegség – redundáns, a rendelkezések értelmezése nyomán azt mondhatjuk, hogy a törvény valójában egyetlen feltételt rögzít többszörösen: azt, hogy a betegség megfelelő kezelés mellett is rövid időn belül halálhoz vezessen. A „rövid idő” fogalma jogi

¹⁹ Eütv. 20. § (3) bekezdés

²⁰ Az orvosi bizottság tagja a beteg kezelőorvosa, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos.

²¹ Eütv. 20. § (4) bekezdés Ha a beteg szándékát ismételten kinyilvánítja a visszautasított ellátást meg kell szüntetni, illetve azt meg sem lehet kezdeni. Rendelet 3. § (4) bekezdés

²² Eütv. 20. § (8) bekezdés

²³ Kétség esetén a beteg később tett, személyes nyilatkozatát kell figyelembe venni; ennek hiányában az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell. Eütv. 20. § (7) bekezdés és 23. § (1) bekezdés.

²⁴ Eütv. 20. § (6) bekezdés

kategóriaként pontatlan, a jogalkotó szándéka tehát nem tisztázott az időtartam tekintetében. Az ellentmondásos szabályozás eredménye, hogy a tárgyalta rendelkezésekről már két alkotmánybíróági döntés is született. Az első határozat²⁵ alapjául szolgáló indítványban az indítványozók túl szigorúnak értékelték a kezelés visszautasítására vonatkozó tartalmi és formai előírásokat, bonyolultnak és hosszadalmasnak az eljárást, továbbá sérelmezték, hogy az Eütv. nem teszi lehetővé az aktív eutanáziát, illetve az asszisztált (tipikusan orvosi közreműködéssel végzett) öngyilkosságot. Az Alkotmánybíróság az indítványt elutasította, azzal érvelve, hogy az önrendelkezési jog – mint minden más alapvető jog – megfelelő indokkal és mértékben korlátozható. A korlátozást indokolja, hogy az állam kötelessége az emberi élet védelme, e védendő céllal a korlátozás mértéke is arányban áll. A második határozat²⁶ indítványozója szintén sérelmezte a kezelés visszautasítására vonatkozó eljárási előírásokat, valamint rámutatott arra, hogy azok a gyakorlatban nehezen valósíthatók meg. Az Alkotmánybíróság ebben a határozatban sem semmisítette meg az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításának szabályait, ám a – későbbiekben tárgyalandó – élő végrendelet tekintetében lényeges változtatást tett a jogi szabályozásban.

A döntés súlyosságára tekintettel, ha a beteg életmentő vagy életfenntartó, illetve súlyos vagy maradandó károsodást elhárító kezelést kíván visszautasítani, ismételten tájékoztatni kell döntésének várható következményeiről, illetve a visszautasítás feltételeiről. Ha szándékát továbbra is fenntartja, haladéktalanul intézkedni kell, hogy erről az előírt formában nyilatkozatot tehessen.²⁷ Az ellátás visszautasításával kapcsolatos nyilatkozatot közokirat esetén közjegyző foglalja írásba²⁸ az alábbi kötelező tartalmi elemekkel:²⁹

- személyazonosító adatok;
- a visszautasított ellátások tételes (az orvos számára egyértelmű) megnevezése;³⁰
- helyettes döntéshozó megnevezése vagy a helyettes döntéshozatal kizárása;

²⁵ 22/2003. (IV. 28.) AB határozat

²⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB határozat

²⁷ Rendelet 2. § (1)-(2) bekezdés

²⁸ Rendelet 11. § (2)

²⁹ Vö. a Rendelet Mellékletével

³⁰ Ebből ki kell tűnnie, hogy az ellátáshoz az érintett általános jelleggel nem járul hozzá, vagy konkrét esetben (pl. meghatározott idő elteltével, szellemi vagy fizikai állapot elérésével) utasítja csak vissza azt. Visszautasítható egy beavatkozási csoport (pl. amputáció) vagy egy konkrét beavatkozás (pl. végtag- vagy mellamputáció) is. A megjelölést a magyar nyelvben általánosan használt megnevezéssel vagy az OENO-ban szereplő elnevezéssel (ez esetben általános megnevezéssel is fel kell tüntetni). Visszautasítást lehet tenni konkrét betegség megnevezésével (pl. amennyiben rosszindulatú daganatos megbetegedésem lesz) és általános jelleggel is (pl. amennyiben olyan betegségem lesz, vagy baleset következtében olyan állapotba kerülök, hogy önmagam ellátására képtelen lennék). Ha a nyilatkozatból nem állapítható meg konkrétan, hogy a beteg pontosan milyen ellátást utasított vissza és milyen terjedelemben, akkor az orvos vélelmezheti, hogy a konkrétan nem visszautasított ellátás nyújtható.

- nyilatkozat arról, hogy a beteg tisztában van döntése következményeivel.

Fontos hangsúlyozni: attól, hogy a beteg az ellátást visszautasította, továbbra is megilleti a tájékoztatáshoz való jog, a kényelemérzet elősegítése és a fájdalomcsillapítás.³¹

A kezelés visszautasítása cselekvőképtelen és cselekvőképességükben korlátozott betegek esetében

Cselekvőképtelen betegnél az Eütv. jelöli meg, hogy ki gyakorolhatja a beteg helyett a kezelés visszautasításának jogát. Ez elsősorban a törvényes képviselő, aki gyermek esetében tipikusan a szülő vagy gyám, a gondnokság alá helyezett személyek esetén a gondnok. Az *aktuálisan cselekvőképtelen állapotban lévő* betegnél – ha korábban nem jelölt meg helyettes döntéshozót³² – a visszautasítás jogát hozzátartozói gyakorolhatják meghatározott sorrendben.³³ A hozzátartozók nyilatkozata az invazív beavatkozásokba való beleegyezésre terjedhet ki, és – életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása kivételével – nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz. Ez utóbbi a szabályok a *korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében részlegesen korlátozott* beteg törvényes képviselőjének, valamint a *16. életévét betöltött* beteg által megjelölt helyettes döntéshozónak a nyilatkozatára is irányadók.³⁴ Ha a betegnek a támogatott döntéshozatalról szóló törvény³⁵ szerinti támogatója van, a beteg kérelmére biztosítani kell, hogy a támogató a beleegyezés megadása során jelen lehessen, azzal kapcsolatban a beteggel egyeztethessen.³⁶ Bár a döntést jogi értelemben nem ő hozza, a kezelésre vonatkozó döntésekben mégis *figyelembe kell venni* a cselekvőképtelen, a korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében részlegesen korlátozott beteg³⁷ *véleményét is*.³⁸

³¹ Rendelet 9. §

³² Helyettes döntéshozót a cselekvőképes nagykorú személy és a 16. életévét betöltött kiskorú jelölhet meg.

³³ Elsősorban a beteggel közös háztartásban élő cselekvőképes házastárs/élettársa, ennek hiányában gyermeke, ennek hiányában szülője, ennek hiányában testvére, ennek hiányában nagyszülője, ennek hiányában unokája gyakorolja. Ha a beteggel senki nem él közös háztartásban, akkor a visszautasítás jogát a vele közös háztartásban nem élő, cselekvőképes gyermeke, ennek hiányában szülője, ennek hiányában testvére, ennek hiányában nagyszülője, ennek hiányában unokája gyakorolja. Eütv. 16. § (2) bekezdés

³⁴ Eütv. 16. § (3)-(4) és (7) bekezdés

³⁵ 2013. évi CLV. törvény

³⁶ Eütv. 15. § (3a) bekezdés

³⁷ Ehelyütt: az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott.

³⁸ Eütv. 16. § (5) bekezdés

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében részlegesen korlátozott beteg esetén nem utasítható vissza olyan kezelés, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan *súlyos vagy maradandó károsodás* következne be.³⁹ *Életmentő vagy életfenntartó* kezelés visszautasítása azonban ezeknél a betegeknél is megtörténhet. Látható tehát, hogy míg az önként vállalt károsodás mellett nem dönthet a helyettes döntéshozó, addig az elkerülhetetlen halál folyamatába való be nem avatkozást a jogalkotó elfogadja. Mindazonáltal életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása esetén a beleegyezésről bíróság dönt. A beleegyezés pótlása iránti eljárást az egészségügyi szolgáltató indítja meg. A döntés meghozataláig a kezelőorvos – akár karhatalom igénybevételével is – köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére.⁴⁰ Ha a beteg közvetlen életveszélyben van, nincs szükség bírósági nyilatkozatpótlásra, a kezelés enélkül is megkezdhető.

Kezelés visszautasítása előzetesen – az „élő végrendelet”

Bár a végrendelet kifejezetten a halál esetére szóló jognyilatkozat, ez a fogalom honosodott meg az olyan nyilatkozatok megjelölésére, amelyet a beteg egy előre nem látható későbbi időpontban bekövetkező cselekvőképtelensége esetére tesz meg.⁴¹ Az élő végrendelet kétféle lehet. Benne a cselekvőképes beteg későbbi cselekvőképtelensége esetére

- a) egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat, ellátást, illetve kifejezetten életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokat visszautasíthat;
- b) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki a visszautasítás jogát helyette gyakorolhatja (helyettes döntéshozó).⁴²

Az élő végrendelet kizárólag közokirat formájában tehető, ám a beteg cselekvőképességére és bármilyen formai kötöttségre tekintet nélkül visszavonható.⁴³ Amennyiben a beteg élő végrendeletet tett, a kezelőorvosnak az abban foglaltaknak megfelelően, illetve az abban megnevezett személy (a továbbiakban: helyettes döntéshozó) nyilatkozata alapján kell eljárnia.⁴⁴ Az Alkotmánybíróság döntésének köszönhetően az élő végrendelet

³⁹ Eütv. 21. § (1) bekezdés

⁴⁰ Eütv. 21. § (2)-(3) bekezdés

⁴¹ Az angol terminológiában a „living will” helyett használják a talán szerencsésebb „advance directives” (előzetes rendelkezés) fordulatot is.

⁴² Eütv. 22. § (1)-(2) bekezdés

⁴³ Eütv. 22. § (3) bekezdés

⁴⁴ Rendelet 5. § (1)

érvényességének már nem feltétele, hogy ahhoz egy hónapnál nem régebbi pszichiáteri szakvélemény igazolja, hogy a beteg azt a következmények tudatában hozta meg.⁴⁵ A korábban említett háromtagú orvosi bizottság a helyettes döntéshozó belátási képességét és a törvényi feltételek fennállását is vizsgálja.⁴⁶

Lényeges kérdés, hogy hogyan szerezhethet tudomást a kezelőorvos az élő végrendelet meglétéről. Ez a probléma Magyarországon egyelőre sajnos nem megoldott, az élő végrendeleteknek ugyanis nincs a transzplantáció elleni tiltakozást rögzítő nyilvántartáshoz hasonló elektronikus nyilvántartási rendszere. Az élő végrendelet egy példányát a beteg átadhatja választott háziorvosának, aki azt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi.⁴⁷ A szabályozás a beteg feladatává teszi, hogy – ha erre képes – kezelőorvosát tájékoztassa az élő végrendeletről. Emellett, ha az egészségügyi szolgáltatónak tudomása van arról, hogy a betegnek van élő végrendelete, és annak helye ismert, haladéktalanul intézkedik annak beszerzéséről.

Felhasznált irodalom:

Dósa Ágnes (2010): Az orvos kártérítési felelőssége. *HVG-Orac, Budapest*

Kovács József (1997): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. *Medicina, Budapest*

Kovácsy Zsombor (2008): Egészségügyi jog. *Semmelweis Kiadó, Budapest*

Sándor Judit (1997): Gyógyítás és ítélkezés. *Medicina, Budapest*

⁴⁵ Az Alkotmánybíróság ezt – üdvözlendően – azzal indokolta, hogy a magyar jogban a cselekvőképes személyek esetében nincs szükség külön igazolásra arról, hogy belátják döntéseik következményeit.

⁴⁶ Rendelet 5. § (2) bekezdés

⁴⁷ Rendelet 8. § (1)

ELLÁTÁS ELŐRE TERVEZÉSE (ADVANCE CARE PLANNING) (Busa Csilla, Dr. Hegedűs Katalin PhD)

A fejezet céljai:

- *Definiálni az ellátás előre tervezése (Advance Care Planning) fogalmát*
- *Felvázolni a tervezés folyamatát, lépcsőfokait*
- *Bemutatni a gyakorlati alkalmazás előnyeit és korlátait*

Az ellátás előre tervezésének fogalma

Az ellátás előre tervezése (Advance Care Planning – ACP) az egyénnek a saját élete végére vonatkozó tervezése, egy formális döntési folyamat, amely segítséget nyújt az egyén számára abban, hogy megalapozott döntéseket hozzon jövőbeli ellátásával kapcsolatban arra az esetre, ha állapota már nem teszi lehetővé az önálló döntéshozatalt. A kulcsszó tehát: beszélgetések az életvégi preferenciákról – akár még egészségesen vagy jó fizikai és mentális kondícióban.

Az „advance care planning” angol elnevezésnek még nincs egységesen elfogadott magyar megfelelője a szakirodalomban, jelenleg többféle fordítás ismert az ellátás előre tervezése mellett, pl. jövőbeli ellátás tervezése, előre tervezett gondoskodás stb.

A súlyos betegségek nehéz élethelyzeteket teremthetnek az egyén és hozzátartozói számára, mégis létező igény, hogy az ellátás ilyen helyzetekben is a beteg kívánalmainak figyelembe vételével történjen. Az első ezzel kapcsolatos irányelv 2005-ben született meg az Egyesült Királyságban és a Mentális Képességek Törvényéhez kapcsolódott. Abból indultak ki, hogy a különböző otthonokba került, kognitív zavarokkal és demenciával küzdő páciensek maximum 36%-a volt képes részt venni az őt érintő döntésekben. Ez sajnos az élet végi döntések esetén is komoly szempont lehet. A betegek kívánalmainak feltárására és érvényre juttatására egy lehetséges módszer az ellátás előre tervezése, amely egészséges állapotban és progresszív betegségek esetén is használatos a nemzetközi gyakorlatban. Ez tulajdonképpen az önrendelkezéshez való tudatos hozzáállást jelenti.

A terv elkészítésének folyamata

A tervezés folyamata különböző országokban és / vagy az egyes ellátó helyek / programok gyakorlatában némileg eltérő módon történik, a közzétett szakmai irányelvek, ajánlások, valamint gyakorlati útmutatók és kézikönyvek alapján azonban jól megragadható az ellátás előre tervezésének öt lépése:

- 1. lépés:** A téma bevezetése
- 2. lépés:** Strukturált megbeszélések (konzultációk) lefolytatása
- 3. lépés:** A beteg kívánságainak dokumentálása
- 4. lépés:** A terv rendszeres felülvizsgálata és aktualizálása
- 5. lépés:** Tényleges alkalmazás

1. lépés: A téma bevezetése

Az ellátás előre tervezése ideális esetben az egészségügyi ellátás rutinszerűen alkalmazott része, azaz minden felnőtt beteg esetében kezdeményezik, kortól és aktuális egészségi állapottól függetlenül. Kutatási adatok szerint a páciensek (betegek) többsége ezt az orvos felelősségének tartja, ezért az orvosától várja a kezdeményezést.

2. lépés: Strukturált megbeszélések (konzultációk) lefolytatása

A konzultációk ideális esetben flexibilis módon integráltak, azaz nem külön, e célból összehívott megbeszélések során zajlik, hanem az orvossal és az egészségügyi személyzettel való rutinszerű találkozások alkalmával történik. Erre megfelelő helyszín az alapellátás, a járóbeteg ellátás, vagy bármilyen olyan környezet, ami nem riasztó a páciens (beteg) számára.

A megbeszélések strukturált levezetése az erre speciális képzés során felkészített orvosok vagy egészségügyi dolgozók feladata. A konzultációk alkalmával a páciens, családtagjai, valamint az egészségügyi személyzet van jelen, és a megbeszélések akkor a leghatékonyabbak, ha elsősorban a páciens céljainak, értékeinek és spirituális (vallási, világnézeti, lelkiismereti meggyőződésbeli) elképzeléseinek, igényeinek a megismerése köré szerveződnek, és nem kizárólag a konkrét kezeléseket, beavatkozásokat célozzák meg, mint pl. az élő végrendelet. Az ellátás előre tervezése az értékek és preferenciák állandó

újrágondolását teszi lehetővé, és előre felkészítik a beteget a későbbi döntések meghozatalára a lehetséges kimenetek megbeszélése révén.

A család, a hozzátartozók bevonása is fontos része a tervezési folyamatnak, hiszen a beteg olyan kívánalmakat is megfogalmazhat (pl. szeretne haláláig a saját otthonában maradni), amelynek teljesítése a család közreműködése nélkül nehezen vagy egyáltalán nem oldható meg.

A konzultációk alkalmával – különösen valamilyen progresszív betegség fennállása esetén – konkrét, a későbbi egészségügyi ellátással, kezeléssel kapcsolatos kérdések is tisztázásra kerülnek. Ekkor a beszélgetést lefolytató személy feladata a beteg kívánságainak pontosítása. „Nem akarom, hogy gépek tartsanak életben!” – hallani gyakran. Ilyenkor tisztázni kell egyrészt azt, hogy a beteg milyen gépekre gondol, hiszen pl. dialízis esetén is gépek tartják életben az embert, másrészt azt, hogy milyen körülmények között utasítja el a „gépeket” (semmilyen helyzetben nem kéri vagy csak akkor, ha már nem visszafordítható az állapota).

3. lépés: A beteg kívánságainak dokumentálása

A megbeszélés végén a konzultációt lefolytató személy dokumentálja a páciens kívánalmait. Ez történhet úgy, hogy rögzítik az egészségügyi dokumentációban, illetve lehet hivatalos formában is dokumentálni az eredményt: ezt hívjuk előzetes jognyilatkozatnak.

4. lépés: A terv rendszeres felülvizsgálata és aktualizálása

Mint arról korábban már volt szó, az ellátás előre tervezése nem egy esemény, hanem egy *folyamat*, melynek részként időről-időre sor kerül a terv felülvizsgálatára és aktualizálására – progresszív betegség esetén a betegség előrehaladásának megfelelően.

5. lépés: Tényleges alkalmazás

Minden terv annyit ér, amennyi megvalósul belőle. A beteg előre megfogalmazott kívánalmainak figyelembe vételére akkor van mód, ha az ellátást nyújtók tudomást szereznek róla és megismerik annak tartalmát. Ez többféle módon biztosítható, pl. rögzítik a betegdokumentációban és / vagy valamilyen e célt szolgáló (elektronikus) regiszterben, a páciens magánál hord a tárcájában egy kártyát stb.

Az alkalmazás előnyei

Nemzetközi tapasztalatok szerint az ellátás előre tervezése számos előnnyel jár a betegek, hozzátartozói és az egészségügyi ellátók számára egyaránt.

Előnyök a beteg szempontjából:

- lehetőséget biztosít, hogy a beteg átgondolja az értékrendjét,
- segíti az ellátással kapcsolatos kíváncsiságait megfogalmazni (milyen kezeléseket szeretne, illetve nem szeretne kapni, és milyen körülmények között),
- segíti a beteg autonómiájának megőrzését,
- megnyugtatja a beteget, mert nem szorong a nem kívánt kezelésektől és a számára elfogadhatatlan helyzetektől, valamint nem „tolja át” a döntések terheit a hozzátartozóira,
- a beteg a kíváncsiságához igazodó ellátásban részesül,
- növeli az ellátással való elégedettséget,
- jobb életminőséget eredményez a halált közvetlenül megelőző időszakban.

Előnyök a hozzátartozók szempontjából:

- segíti a hozzátartozók felkészülését a beteg gondozására, valamint szerettük elvesztésére,
- hozzájárul a családtagok pszichés morbiditásának csökkenéséhez,
- hozzájárul a családi konfliktusok rendezéséhez, csökkenéséhez,
- segíti a gyász folyamatát (megnyugvást nyújt a hozzátartozóknak, hogy a beteg úgy távozott el, ahogy kívánta),
- növeli az ellátással való elégedettséget.

Előnyök az egészségügyi ellátók szempontjából:

- „keretet ad” az ellátásnak, mivel a terv megfogalmazott célokat és kíváncsiságokat tartalmaz,

- hatékonyabb team munkát eredményez.

Az alkalmazás korlátai

Az előbbiekben felsorolt előnyök mellett az ellátás előre tervezésének gyakorlati alkalmazása számos nehézségbe ütközhet a betegek, a hozzátartozók és az ellátók részéről is. Emellett a különböző országokban érvényes betegjogokra vonatkozó szabályozás is megnehezítheti (vagy éppen megkönnyítheti) az önrendelkezés e formájának gyakorlását.

Általános tapasztalat valamennyi országban, ahol alkalmazzák az ellátás előre tervezését, hogy a betegek és a hozzátartozók egy része elutasító, mivel

- a haldoklás és a halál sok családban továbbra is tabutéma és
- a tervezési-döntési folyamat során szembesülniük kell az állapotromlással és a betegség végkifejletével.

Az Európai Unióban országonként nem egységes a jogi szabályozás arra vonatkozóan, hogy milyen kezelések, beavatkozások visszautasítására van joga a betegnek, milyen körülmények között. Az egészségügyi rendelkezések jogi dokumentumba foglalásáról külön fejezet szól, ezért e témát itt részletesen nem ismertetjük.

Az egészségügyi ellátók részéről tapasztalt nehézségek a következők:

- korlátozott az az időkeret, amit egy-egy betegre fordíthatnak,
- az ellátók számára is kényelmetlen a halálról beszélni,
- úgy gondolják, hogy az ellátás előre tervezésének „rossz az üzenete”, az őszinteség túlzott szorongást kelt a betegekben és elpusztítja a reményt,
- nem (teljesen) illeszkedik az egészségügyi szakemberek szemléletmódjához és szerepfelfogásához (ki kell lépni a hagyományos „gyógyító” szerepből),
- bizonytalanok a módszer hatékonyságát illetően,
- aggódnak az esetleges jogi következmények miatt (a jogszabályok esetleges tisztázatlansága vagy nem kellő ismerete miatt).

Az ellátás előre tervezését rendszeresen alkalmazó ellátók azonban azt tapasztalták, hogy a legtöbb beteg jól fogadja a lehetőséget, illetve hogy a módszer hasznos és – megfelelő képzettség és gyakorlat birtokában – nem túl időigényes.

Hatásosság

Egy randomizált kontrollcsoportos vizsgálatban megállapították, hogy azoknak a betegeknek az életvégi akarata, akik részt vettek az ellátás előre tervezésében, nagyobb valószínűséggel került betartásra, mint akik ilyen folyamatban nem vettek részt. Ráadásul a hozzátartozók elégedettségének mértéke is komoly különbségeket mutatott: a kontrollcsoportban levő, a vizsgálat ideje alatt elhunyt betegek hozzátartozóinak mindössze 48%-a volt nagyon megelégedve az elhunyt életvégi körülményeivel, míg ez az érték 83% volt azon hozzátartozók esetében, ahol a beteg részt vett az ellátás előre tervezésében. Ennél még nagyobb volt a különbség akkor, amikor a hozzátartozóknak az elhunyt (életvégi) elégedettségét kellett megbecsülniük: a kontrollcsoport elhunyt tagjainak csak 37%-a, míg az ellátás előre tervezésében részesültek 86%-a volt nagyon elégedett a körülményeivel a rokonok megítélése szerint.

A témával kapcsolatos publikációk szisztematikus áttekintése is arra az eredményre jutott, hogy az ellátás előzetes tervezése pozitív hatással van az életvégi ellátás minőségére, mert csökkent a nem kívánt életfenntartó kezeléseket és a hospitalizációt, viszont növeli a hospice és a palliatív ellátás igénybevételét. Ismételten megerősítést nyert az a megállapítás is, hogy a komplex előzetes tervezés eredményezi a leghatékonyabb együttműködést a betegek életvégi kívánságainak betartása tekintetében.

Magyarországi kezdeményezések

Magyarországon is születettek már az ellátás előzetes tervezésével kapcsolatos kezdeményezések: 2014-ben megalakult az Életvégi Tervezés Alapítvány (www.eletveg.hu) és külföldi mintára szerveződnek az első „Halál Kávéházak”.

Felhasznált irodalom:

Arianne Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens J AC , Agnes van der Heide A (2014): The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med* September 2014 vol. 28 no. 8 1000-1025

Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W (2010): The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial, *BMJ* 2010; 340:c1345.

Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD, eds (2003): EPEC Education for Physicians on End-of-life Care. Participant's Handbook© EPEC Project Chicago

Mullick A, Martin J, Sallnow L (2013): An introduction to advance care planning in practice. *BMJ* 347:f6064

Sudore RL, Fried TR (2010): Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med* 2010;153(4):256-261.

Hasznos linkek

www.eletveg.hu

www.epec.net

Kulcsszavak:

Advance Care Planning, ellátás előre tervezése, önrendelkezés