

# **Terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása**

## *Szakmai irányelvek 2. bővített kiadás*

*Készítette: Dr. Békési Andrea, Cseri Péter, Gecse Attila, Gerencsér Zsuzsa,  
Dr. Hegedűs Katalin, Hoványiné Nádassy Eszter, Dr. Muszbek Katalin,  
Dr. Nagy Béla, Pálfi Erzsébet Dr. Pilling János, Dr. Ruzsa Ágnes,  
Dr. Simkó Csaba, Singer Magdolna, Szombati Zsolt, Szy Ildikó, Tóth Ibolya*

*Összeállította: Dr. Hegedűs Katalin  
Szy Ildikó*

**Magyar Hospice-Palliatív Egyesület  
2002. április**

(Készült a Soros Alapítvány támogatásával)

## **Előszó a második kiadáshoz**

A Magyar Hospice Egyesület 2000 májusában jelentette meg a Szakmai irányelvek első változatát, amelyet az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a Magyar Otthonápolási és Hospice Egyesület, a Rákbetegek Országos Szövetsége, a Magyar Rákellenes Liga és a Soros Alapítvány képviselői konszenzussal elfogadtak. A konszenzus konferencián a jelenlévő szakemberek felhívták a figyelmet azokra az elemekre, amelyek a dokumentum továbbfejlesztése, vagyis a minőségbiztosítás kialakítása kapcsán válnak aktuálissá: a teljesítményértékelés és a költségelemzés részletezésére. Fontos szempont, hogy mennyire hozzáférhető és hatékony a szolgáltatás, melyek a beteg illetve az ellátó tapasztalatai – melyek a minőségi standardok és indikátorok.

A Szakmai irányelvek első változatát eljuttatuk az egészségügyi intézményekbe, az egyetemi klinikákra, a különböző hospice betegellátó csoportokhoz és a beérkezett vélemények, kritikák alapján igyekeztünk továbbfejleszteni a dokumentumot.

1991 óta létezik a terminális állapotban levő – elsősorban daganatos – betegeket ellátó hospice rendszer Magyarországon, de csak a legutóbbi években teremtődött meg a feltétele annak, hogy lehetővé váljon a hospice integrálása az egészségügyi rendszerbe, és ez által megvalósulhasson az európai szintű palliatív ellátás. Elősegítette ezt a folyamatot, hogy az Egészségügyi Törvényben már szerepel a hospice, valamint a házi szakápolási rendelet továbbfejlesztett változatában is megjelenítik a hospice-t, mint az ellátás speciális formáját. Évek óta folyik a szakemberek ilyen irányú továbbképzése Magyarországon és nagyszámú magyar nyelvű szakirodalom segíti munkájukat.

A palliatív ellátásnak igen nagy nemzetközi tapasztalata van és a WHO is 1990 óta rendszeresen ad ki irányelveket a hospice/palliatív ellátás különböző elemeivel kapcsolatban. Szükségessé vált a nemzetközi tapasztalatok adaptálása és egyeztetése a meglévő hospice szolgálatok tapasztalataival, a célok szélesebb körű megfogalmazásával, amely végső soron a hospice ellátás szakmai szempontrendszerének kidolgozásában öltött testet. Mindezekkel a haldokló betegek színvonalasabb ellátását kívánjuk megvalósítani.

A szakmai irányelvek kidolgozásában és továbbfejlesztésében azok a szakemberek vettek részt, akik kezdettől fogva jelen voltak a hospice rendszer meghonosításában Magyarországon és aktív szerepet vállaltak a haldokló betegek humánus ellátásában. Remélhetően a kibővített dokumentum alapja lehet a hospice/palliatív ellátásról szóló miniszteri rendeletnek, ami megteremti a finanszírozást e nagyon fontos ellátási forma számára.

## 1. Az irányelv célja

Az irányelv célja olyan, alap- és szakellátás szintjén működő egészségügyi ellátási forma megvalósítása, melynek célja nem a betegség gyógyítása, hanem a gyógyíthatatlan – különösen a rákbetegség gyógyíthatatlan stádiumába került –, szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a betegek életminőségének javítása multidiszciplináris ellátó csoport segítségével.

## 2. Jogi környezet

### A palliatív ellátás elvi alapjai az egészségügyi ellátásban

Elméleti megközelítésként *A Betegek Jogainak Európai Deklarációja* útmutatói tartalmazzák a betegek jogaival kapcsolatos szabályokat, melyek a nemzetközi nyilatkozatok dokumentumain alapulnak:

- *a "betegeknek joguk van ahhoz, hogy a fájdalmaik enyhítése a tudomány jelenlegi állásának megfelelő szinten történjen".*
- *"a betegeknek joguk van a humánus ápoláshoz a betegségük végső szakaszában, és joguk van ahhoz, hogy haláluk emberhez méltó legyen".*
- *"a betegeknek joguk van ahhoz, hogy rokonaik és barátaik segítségével, támogatásával az ápolás kezelés folyamán a kívánságuknak megfelelően bármikor lelki támogatást kapjanak".*

Az Európa Tanács 1418 (1999) sz. ajánlása *"A gyógyíthatatlan betegek és haldoklók emberi jogainak és méltóságának védelméről"* többek között megfogalmazza az alábbiakat:

*"a Közgyűlés ajánlja a Miniszterek Tanácsának, hogy bátorítsa az Európa Tanács tagállamait a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók méltóságának teljes körű tiszteletben tartására és védelmére.*

*Elkötelezetten védve a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók jogát a palliatív ellátás teljes körére, ennek kapcsán megtéve a szükséges lépéseket ahhoz:*

- *hogy a palliatív ellátás az egyéni jogok törvény által elismert részévé váljon minden egyes tagállamban;*
- *hogy minden gyógyíthatatlan betegnek és haldoklónak biztosítsák az egyenlő hozzáférést a palliatív ellátáshoz"*

(A teljes dokumentumot a függelékben közöljük)

### A Magyarországon jelenleg hatályos jogszabályok

A palliatív ellátás (hospice) fogalmi tartalmi meghatározása törvényi szinten az 1997. évi CLIV törvény fejezeti részeiből vezethető le.

Kiindulópontként, ha a törvény 1. cím 1.§ c. pontját tekintjük, akkor a törvény célja a c.) pont értelmében *"megteremteni annak feltételeit, hogy minden beteg megőrizhesse méltóságát és önazonosságát önrendelkezési és minden egyéb joga csorbítatlan maradjon".*

A d.) pont meghatározza a szolgáltatók jogállásáról és az ellátások fedezetétől függetlenül az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit.

Az alapelvek közül kiemelendő a 2.§ (5) bekezdése:

*"az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költség-hatékony eljárásokon alapul".*

A törvény alkalmazásában az egészségügyi ellátás "a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége".

A vezérfonalat követve a jogi környezet áttekintésénél fontos a betegek jogaira és kötelezettségeire való utalás, melyeket konkrétan a törvény 2. cím 6.§-tól a 27.§-ig részletesen taglal.

Az alábbiakban elsősorban azokat a részeket emelnék ki, amelyek a gyógyíthatatlan, súlyos állapotban levő beteg, illetve haldokló jogaival foglalkoznak

### *1. A fájdalom csillapításának joga*

A törvény fogalom-meghatározásai között deklarálásra került, hogy mi az egészségügyi szolgáltatás célja, ennek értelmében a célok között a beteg "fájdalmának és szenvedésének csökkentése" is szerepel. (6.§) A törvényben megfogalmazott egészségügyi ellátás ezen célja szoros összefüggésben van a palliatív medicina gerincét alkotó motivációs céllal, melynek fő alapelve a gyógyíthatatlan beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése.

Az önmagát már ellátni képtelen beteg emberi méltóságát védi többek között az is, hogy rajta "kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el" (10.§ (2) bek.) - tehát a szükségtelen, haszontalan, a beteget feleslegesen zaklató beavatkozásokat kerülni kell - és "ellátása során szeméreméretére tekintettel ruházata csak a szükséges időre és a szakmailag indokolt mértékben távolítható el" (10.§ (7) bek.).

### *2. A kapcsolattartás joga*

"A súlyos állapotú betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon... E bekezdés alkalmazásában súlyos állapotú az a beteg, aki állapota miatt önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi gyógyszerrel sem szüntethetők meg, illetőleg pszichés krízishelyzetben van." (11.§ (3) bek.)

### *3. A tájékoztatáshoz és az önrendelkezéshez való jog*

A modern orvoslás során az orvos és a beteg kapcsolata egyre inkább egyenrangú, partneri kapcsolatnak tekinthető, amelynek része, hogy a beteg szabadon dönthet a sorsát érintő kérdésekről. Döntés pedig csak akkor lehetséges, ha a személy a megfelelő információk birtokában van. A Törvény betegjogi fejezete ennek megfelelően részletesen szól a tájékoztatáshoz és az önrendelkezéshez való jogról (13.-19. §).

13.§ (1.) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a.) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b.) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c.) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d.) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e.) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f.) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g.) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h.) a további ellátásokról, valamint
- i.) a javasolt életmódról.

A cselekvőképes betegnek továbbra is joga van - írásban - lemondani a tájékoztatásról, ha azt nem igényli. (14.§)

Az önrendelkezési jog gyakorlása során "a betegnek joga van arra, hogy a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben részt vegyen... Bármely egészségügyi

beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg...megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja" (15.§ (4) bek.)

A tájékoztatás módjáról részletesen szólt a *Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe (1998)*. E szerint a tájékoztatás a kezelőorvos feladata. Ha egy beteget több orvos kezel, és ezért a tájékoztatás feladatát több orvos látja el, figyelmet kell fordítani arra, hogy a tájékoztatásban ne legyenek ellentmondások. A dokumentum hangsúlyozza a valóságnak megfelelő, tárgyilagos és őszinte tájékoztatást, amelynek során az orvos "a valóságosnál súlyosabbnak nem tüntetheti fel a betegséget, de nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre az orvostudomány adott állása szerint nem számíthat." "A súlyos vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos, ha az orvos először csupán gyanújáról ad tájékoztatást azzal, hogy a végleges megállapításairól a későbbiekben fog tájékoztatást adni. Ez az ún. fokozatos tájékoztatás a beteg érdekét szolgálja." (Ez utóbbi az Egészségügyi Törvényben az egészségügyi dolgozók jogaival és kötelességeivel foglalkozó fejezetben is szerepel, mint tájékoztatási kötelezettség (134. és 135.§).

#### *4. Az ellátás visszautasításának joga*

Egy kezelés orvosilag haszontalannak tekinthető, ha nem hosszabbítja meg a beteg életét vagy nem mérsékeli a szenvedéseit. Előfordul, hogy a kezelés csillapítja a beteg szenvedéseit, de csak az élete megrövidítése árán vagy meghosszabbítja a beteg életét, de csak fájdalmi, szenvedési növelésével. Ilyenkor a kezelés orvosilag hasznos az egyik szempontból, de káros a másik szempontból. Ezekben az esetekben a betegnek kellene döntenie arról, hogy melyik szempont kapjon prioritást.

A téma szempontjából fontos a betegjogok közül kiemelni az ellátás visszautasítása jogának részletezését, mely a 20-23-as §-ban van rögzítve. Eszerint "az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak akkor van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. A visszautasítás módját a törvény fent hivatkozott paragrafusai "körültekintően szabályozzák, ugyanakkor a kezelés visszautasítása lehetőségének rögzítésével elfogadja azt, hogy a haldokló beteget nem lehet haldoklása mesterséges elnyújtásának az ún. dühödt gyógyítani akarásnak alávetni". (Hegedűs, 1998) A beteg a beavatkozás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére. (23.§ (3) bek.)

#### *Élő végrendelet*

Minden végrendelet élő személy akaratát tartalmazza, de arra az esetre, amikor ő már nem él; kivéve azt a nyilatkozatot, amely élő állapotára vonatkozik, de már nem lesz megkérdőjelezhető: cselekvőképtelenné válik. Ezt nevezik élő végrendeletnek az angol Living Will fordítása alapján. Magyarországon eddig nem volt törvényes alapja; 1998-tól lehetségessé vált ilyen nyilatkozatot tenni az Egészségügyi Törvény alapján.

"A cselekvőképes személy - későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére - közokiratban visszautasíthat... egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők." (22.§ (1) bek.) A beteg megnevezheti azt a személyt is, aki - cselekvőképtelensége esetén - helyette ezt a jogot gyakorolja. A nyilatkozatot két évente meg kell újítani és bármikor, minden alaki kötöttség nélkül visszavonható.

A kezelés visszautasítása – és ezen belül az élő végrendelet – részletes szabályairól a Törvény megjelenését követően rendelet intézkedik (117/1998. (VI. 16.) sz. Kormányrendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának szabályairól). A rendelet külön foglalkozik a beteget vizsgáló bizottság feladataival, elsősorban azzal, hogy az életfenntartó beavatkozást

visszautasító beteg valóban rendelkezik-e belátási képességgel és képes-e döntése következményeinek megértésére, valamint döntésének megfelelő formában, érthető módon való közlésére. A rendelet mellékleteként szerepelnek a Törvény 22.§-ának (1) bekezdésében szereplő közokirat kötelező tartalmi elemei is.

Az egészségügyi ellátások rendszerébe az egyéb egészségügyi ellátások címnél a törvény beemelte az ápolást, melynek lényeges elemeit, a törvény 98.§ (1)- (5) bekezdésig taglal.

Lényeges elem (1) bekezdés értelmében

*"az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával".*

A jogszabályi szinten a (hospice) palliatív gondozás tartalmi meghatározását az 1997. évi CLIV törvény 99.§ (1) - (4) bekezdése tartalmazza "A haldokló beteg gondozása" megnevezéssel

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

*(2) Az (1) bekezdés szerinti cél érdekében a beteg jogosult fájdalmának csillapítására, 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 fennállása alatt a és a gyász időszakában.*

A következő hatályos jogszabály a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelete az otthoni szakápolási tevékenységről, melynek az 1. számú mellékletének 12. pontja szerint a haldokló beteg otthonában történő szakápolási feladatoként nevesítésre került, ezzel gyakorlatilag a palliatív ellátás szakápolási részét az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alaptól történő 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelete beemelte a finanszírozható feladatok körébe.

Azonban a rendelet értelmében csak a palliatív ellátás szakápolási része került finanszírozásra. Így sajnálatos módon nem lehet azt mondani, hogy a palliatív ellátás az Egészségügyi Alapból finanszírozott egészségügyi ellátás külön finanszírozott része lenne. A hivatkozott rendelet szerint csak az otthoni szakápolásban részt vevő ápoló által végzett tevékenységet finanszírozzák, az egyéb szakképzettségű szakember, pl. pszichológus, szociális munkás tevékenysége már nem tartozik a finanszírozott feladatok körébe.

A valódi palliatív ellátás viszont ezen szakemberek munkája nélkül nem komplex.

Az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyek kiadását szabályozó kormányrendelet (**ide jön majd a száma!**) szabályozza a hospice ellátást is. A hospice szakápolás nyújtására jogosító képesítés megszerzésének feltételei 2001 februárjában teremtődtek meg, amikor a **6/2001. (II. 28.) EüM rendelet intézkedett a klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések** szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról, egyben a képzés megindításáról. (*ld. a függelékben.*) Ez utóbbi lehetőséget adhat majd arra is, hogy a 32/1997 (X.28.) NM rendelet mellékletében szereplő nem orvosi szakmai kódok alkalmazhatóságát a hospice ellátásra is kiterjesztik és az egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedélyeket tartalmazó határozatokban is szerepelhet majd a hospice szakápolás, szakellátás kódjelölése.

A palliatív ellátás jogi hátterére vonatkozó jogszabályok:

- Az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről
- A 2001. évi CVII törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.
- A 20/1996. (VII. 26.) NM rendelete az otthoni szakápolási tevékenységről
- A 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- **(új szám!)** Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről
- A 32/1997. (X. 28.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról.
- 12/2002 (III.28.) EüM rendelet az egészségügyi közintézmény szakmai fejlesztési programjának szakmai szabályairól.
- 14/2002 (III.28.) EüM rendelet az egészségügyi közszolgáltatások alvállalkozásba adásának szakmai feltételeiről
- A 6/2001. (II. 28.) EüM rendelet a klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról

### 3. Epidemiológiai adatok

#### Kelet-Európa országainak évi rák-halálozási adatai

Ország	Lakosság száma	Évi rák-halálozás
Bulgária	8,2 millió	16.000 fő
Csehország	10,1 millió	26.800 fő
Jugoszlávia	10,4 millió	20.000 fő
Lengyelország	38 millió	80.000 fő
<b>Magyarország</b>	<b>10 millió</b>	<b>33.000 fő</b>
Lettország	2,4 millió	5138 fő
Litvánia	3 millió	7250 fő
Románia	22,5 millió	39.300 fő
Szlovákia	5,3 millió	12.000 fő
Ukrajna	50 millió	100.000 fő

(Forrás: Palliative Care in Central and Eastern European Countries, 2001. Kézirat)

#### Halálozások Magyarországon a leggyakoribb halálokok szerint 2000-ben:

<b>Összesen</b>	<b>135.500 fő</b>
Ebből:	
Rosszindulatú daganatok	32.900
Szívbetegségek	38.200
Agyérbetegségek	18.700
Érelmeszesedés	7.900
Hörghurut, tüdőtágulat, asztma	3.800
Májbetegségek	6.900

Balesetek	6.200
Öngyilkosság és önsértés	3.300

(Forrás: Magyar statisztikai zsebkönyv, 2000. Bp. 2001. KSH)

## 4. A palliatív ellátás alapelvei

A WHO definíciója: „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, 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 ellátás értékeli, becsüli az életet, a haldoklást természetes folyamatnak tekinti. A palliatív ellátás hangsúlyozza a fájdalomcsillapítás és más kínzó tünetek enyhítésének fontosságát, magában foglalja a betegellátás fizikai, pszichológiai és spirituális oldalát, valamint támogató rendszert biztosít, amely segíti a beteget, hogy a halál pillanatáig a lehetőségek szerint aktívan élhessen, és segíti a családot, hogy a betegség és a gyász idején megbirkózzanak a nehézségekkel” (WHO, 1990)

**4. 1. A palliatív ellátás** olyan, alap- és szakellátás szintjén működő, szabadon, *térítés nélkül* igénybe vehető gondozási forma, melynek célja nem a betegség gyógyítása, hanem a gyógyíthatatlan – különösen a rákbetegség gyógyíthatatlan stádiumába került –, szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a betegek életminőségének javítása.

**4.1. A palliatív ellátás alapelvei:** minden gyógyíthatatlan betegségben szenvedő egyénnek joga van ahhoz, hogy megfelelő palliatív ellátásban részesüljön. Az egészségügyi szakemberek felelőssége a betegség stádiumától függetlenül a palliatív terápiás megközelítés alkalmazása, valamint szükség szerint a palliatív képzettséggel rendelkező szakemberek bevonása.

**A palliatív ellátás célszemélyei:** a palliatív ellátás mindig *holisztikus, multidiszciplináris*, a beteg döntésén alapul, nyílt, őszinte kommunikáció jellemzi és *kiterjed a beteg hozzátartozóira is*. A beteg *tájékozott beleegyezésén* alapul, mert az ő joga eldönteni, hogy a megfelelő tájékoztatás után hol, mikor, milyen kezelési formát vesz igénybe.

Kiterjed a beteg hozzátartozóira, mert a beteg csak a mikrokörnyezete segítségével, annak támogatásával tud teljes életet élni betegségének ebben a terminális szakaszában.

**A palliatív ellátás végrehajtói:** a palliatív gondozást képzett szakemberek végezhetik, úgymint orvosok, nővérek, egyéb egészségügyi személyzet (gyógytornász, dietetikus, foglalkozásterapeuta), pszichológus, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, lelkész.

A holisztikus elv alapján az egészségügyi személyzetten túl önkéntesek, betegsegítő és önszolgáltató szervezetek, egyházak is részt vesznek a gondozásban a beteg szükségleteinek teljes körű kielégítésére. A multidiszciplinaritás elve alapján a palliatív terápiában jártas szakembereken túl és azok kérésére minden szakterületről konzultánsokat vehet igénybe a lehető legjobb életminőség elérése érdekében. (WHO, 1998)

### Hospice és palliatív ellátás

A WHO az 1990-es első ajánlásában a hospice szó helyett már a palliatív ellátás fogalmát használta, amelynek elsődleges jelentése: a tüneteket enyhítő intézkedés, gyógymód. A WHO



definíciója a palliatív gondozásról szélesebb alapokra helyezte a hospice filozófiát, szellemiséget. A hospice „mozgalom-jellege”, elsősorban önkéntességen alapuló, karitatív tevékenysége illetve szervezeti megközelítése („hospice ház”) helyett utal arra, hogy ez a gondozási forma immár az egészségügyi rendszer integráns része.

A palliatív ellátás fogalma tehát tágabb a hospice fogalmánál, ugyanakkor magában foglalja a hospice filozófiát, szellemiséget illetve szervezeti formákat. (WHO, 1990)

#### **4.2 Előrehaladott állapot, terminális állapot, életminőség**

**Terminális állapot:** bármely betegség azon időszaka, amikor az ismert és alkalmazott gyógyító kezelések ellenére a beteg állapota hanyatlik, a betegség megállíthatatlanul halad előre és hosszabb vagy rövidebb idő alatt a beteg életét követeli. Más megközelítésben – a terminális állapotban alkalmazott *terápiás beavatkozások célja szerint* -, bármely betegség azon szakasza, melyben ugyan bármely aktív kezelés végezhető de a kezeléstől nem a gyógyulás, hanem a fájdalom és a kínzó tünetek enyhítése várható. Az élettartam behatárolt, kevesebb, mint 12 hónap. (Megjegyzés: az élettartamra vonatkozó előrejelzés csak jó közelítésként adható meg, de ritkán haladja meg a 12 hónapot.) A terminális állapotban alkalmazott kezelések mellett a betegség folyamatosan, megállíthatatlanul rosszabbodik.

**Előrehaladott állapot:** meg kell különböztetni az „terminális állapot” megjelölést az „előrehaladott állapot”-tól. Az előrehaladott állapot azt jelenti, hogy a betegség észlelésekor, felismerésekor, vagy hosszantartó kezelés folyamán bekövetkezett hirtelen állapotrosszabbodáskor a betegség gyógyulási esélyei kétségesek. Gyógyító célú kezelés azonban megkísérelhető, átmenetileg a betegség rosszabbodó folyamata megfordítható, vagy legalábbis az állapot stabilizálható. Az előrehaladott állapot a betegség természetétől, valamint az alkalmazott kezelésektől függően akár évekig is tarthat.

**Életminőség:** az életminőség fogalma a terminális állapotban is megegyezik a WHO életminőség-meghatározásával. Az életminőség multidimenzionális fogalom, az élet sokágú, az egyénre vonatkozó viszonyait foglalja magában.

Definíciószerűen: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.”

#### **4.3. Palliatív orvoslás, palliatív medicina**

A palliatív orvoslás, olyan szakellátás, melynek keretében az orvostudomány bármely ágának terápiás megközelítése alkalmazható (gyógyszeres kezelés, sebészet, kemoterápia, sugárkezelés, hormonterápia, immunterápia) azzal a céllal, hogy a terminális betegségben szenvedő ember fizikai és pszichoszociális jólétét biztosítsuk. Célja nem a gyógyítás, hanem az elérhető legjobb életminőség biztosítása. Figyelembe kell venni és szükség esetén a terápiát ki kell terjeszteni a hozzátartozók problémáira, igényeire mind a betegség folyamán, mind a halált követő időszakban.

#### **4.4 Palliatív terápiás megközelítés**

- Alapvető az életminőség javítása a megfelelő tüneti kezelés segítségével.
- Az ellátás holisztikus legyen, az egyén igényeire szabottan.
- Az ellátás terjedjen ki a beteg hozzátartozóira is.

- Az ellátás feleljen meg a beteg döntésének, igényének. (ellátás helye, a kezelés, ápolás módjai)
- A beteg, a hozzátartozók és a személyzet a beteg kívánságának megfelelő módon és mértékben nyíltan, őszintén kommunikáljon. (WHO, 1998)

**A palliatív terápia célja**, hogy a terminális állapotú beteg minél teljesebb fizikai és pszichoszociális jólétét biztosítsa. A palliatív terápiát képzett szakemberek biztosítják, az alapellátásban az ajánlásait, javaslataikat kell figyelembe venni.

#### **4.5. Palliatív beavatkozás**

Olyan nem gyógyító, de aktív tevékenység, melynek célja a fájdalom és egyéb kízó tünetek lehetőség szerinti megszüntetése, csökkentése. Palliatív célú beavatkozást bármely szakember végezhet a multidiszciplináris ellátás keretében vagy a palliatív szakorvos kérésére. (pl. sugárkezelés, kemoterápia, sebészi beavatkozások, melyek célja a fájdalom, vagy más tünetek enyhítése)

## **5. A palliatív ellátás szintjei a progresszív betegellátás elvei szerint**

A palliatív ellátásnak három szintje van: *1. palliatív alapgondozás, 2. hospice gondozás és 3. palliatív szakellátás.*

### **5.1. Palliatív alapgondozás, általános palliatív gondozás**

*Célszemélyek:* egyszerű palliatív, tüneti terápiát igénylő betegek számára nyújtható a betegek otthonában az alapellátás szintjén (házi orvos, hospice otthonápolási szolgálat), ápolási otthonokban, kórházakban.

*Végrehajtó személyek:* házi orvos, otthonápolási szolgálat szakápolója, kórházak, ápolási otthonok nővérei, orvos-konzultánsai, kórházi osztályok orvosai.

*Szakismeret:* a palliatív alapgondozást végzőnek is szükséges legalább az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített, 40 órás alaptanfolyam keretében elsajátítania a palliatív terápiás ismereteket.

### **5.2 Középszintű palliatív gondozás, hospice gondozás**

*Célszemélyek:* közepesen súlyos palliatív tüneti terápiát igénylő betegek számára nyújtható.

*Végrehajtó személyek:* a specializált hospice otthonápolási szolgálat, mobil team orvosai, nővérei, egyéb szakemberei; hospice ápolási egységben és kórházakban dolgozó orvosok, nővérek, egyéb szakemberek.

*Szakismeret:* a hospice gondozást végző személyzetnek emelt szintű szakismeretekkel kell rendelkeznie: az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített, 40 órás alaptanfolyam mellett el kell végeznie a szintén pontértékesített 40 órás továbbképző tanfolyamot.

### **5.3. Palliatív szakellátás**

*Célszemélyek:* Bonyolult, feltétlenül multidiszciplináris terápiás megközelítést igénylő tünetekben szenvedő betegek számára nyújtandó

*Helye:*

- Önálló hospice-palliatív ápolási egységekben, ha rendelkeznek a megfelelő szakembergárdával
- palliatív szakellátó egységekben, (kórházak önálló osztályai, vagy osztályok részben önálló egységei).

*Szakismeret:* Az egészségügyi személyzetnek palliatív szakvizsgával (orvosok) vagy – amíg ennek feltételei nem teremthetők meg – megfelelő, akkreditált, posztgraduális képzettséggel kell rendelkeznie. A szakápolóknak lehetőség szerint hospice koordinátor és szakápolói végzettséget kell megszereznie, illetve minimum rendelkeznie az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített 40+40 órás hospice tanfolyami végzettséggel.

## 6. A palliatív ellátás szervezeti formái

- Otthoni hospice ellátás

Alapelv és célkitűzés: a betegek otthonukban ugyanolyan színvonalú palliatív ellátásban részesüljenek, mint a kórházban. Az ellátás a hét minden napján 24 órában elérhető legyen.

- Palliatív terápiás osztály/osztályrész

Alapelv és célkitűzés: a betegek tüneti beállítása és kezelése, magas színvonalú szakellátása történik egy e célra kialakított kórházi osztályon/osztályrészen

- Hospice ház

Alapelv és célkitűzés: a betegek komplex ellátását szolgálja otthonosan berendezett kórházi ágyakon. Integrálja az otthonápolás központját, a nappali szanatóriumot és a fájdalomcsillapító ambulanciát.

- Nappali szanatórium

Alapelv és célkitűzés: terminális állapotú betegek életminőségének javítása, a szociális izoláció oldása, a tüneti kontroll biztosítása klubszerű feltételek között

- Palliatív mobil konzultációs csoport

Alapelv és célkitűzés: speciális képzettségű szakemberek nyújtanak szakkonzultációt a terminális állapotú rákbetegek részére az alapellátásban, a kórházi osztályokon, ápolási és szociális otthonokban

Strukturális alapok (a WHO és az Association for Palliative Medicine (UK) alapján)

Ajánlás 100 ezer lakos palliatív ellátására

### 1. Otthoni hospice ellátás

- 1-1,5 orvos/100ezer lakos
- 5-8 ápolói státusz/100ezer lakos
- 4 egyéb munkatársi státusz

### 2. Bentfekvő részleg (Palliatív osztály és Hospice ház)

- 5 ágy/100ezer lakos
- 1-1,5 orvos/10 ágy
- 13-18 ápolói státusz/10 ágy
- 4 státusz egyéb munkatársak/10 ágy

### 3. Nappali szanatórium

- 1 központ, 10 beteg/nap/100ezer lakos

0,5-1 orvosi státusz/központ  
1-2 ápolói státusz/központ  
2 státusz egyéb munkatárs/központ

#### 4. Palliatív mobil konzultációs csoport

összetétele függ:

- az alapellátási infrastruktúrától
- az adott terület onkológiai központjainak számától
- a palliatív szakellátó szolgálat kiterjedésétől és kapacitásától

## **7. A palliatív ellátás hozzáféréseinek módjai. Együttműködés a palliatív gondozást végző szervezetek között**

Napjainkban a palliatív gondozás különböző szervezeti keretek között valósulhat meg.

Palliatív gondozást végeznek

- házi orvosok
- házi szakápolási szolgálatok
- kórházak
- fájdalomcsillapító szakambulanciák
- onkológiai gondozók
- palliatív terápiás osztályok
- hospice ellátást végző szervezetek

A daganatos betegek segítésében emellett hatékony segítséget nyújtanak a civil szervezetek is (pl. Rákbetegek Országos Szövetsége; "A rák ellen, az emberért, a holnapért" Társadalmi Alapítvány; Magyar Rákellenes Liga; Magyar ILCO Szövetség)

A betegek érdeke, hogy az állapotuknak leginkább megfelelő szinten magas színvonalú, hatékony kezelésben részesüljenek. Ennek megvalósítása megköveteli, hogy a gondozásban résztvevő szervezetek együttműködjenek.

A palliatív ellátásra szoruló betegek tüneteinek csillapítása elsőként háziorvosi szinten javasolt. A házi orvosok palliatív terápiás ismereteinek bővítése érdekében szükséges lenne ezeket az ismereteket a háziorvosi szakvizsga részévé tenni, s a házi orvosok részére kreditpontokat érő, rendszeres továbbképzéseket szervezni a palliatív terápia korszerű ismereteiről.

1. Szakambulanciára vagy fekvőbeteg intézetbe utalandó a páciens a következő esetekben:

- a háziorvosi kezelés a szakmai szabályok (megfelelő készítmény, megfelelő dózisban, megfelelő ideig) betartása ellenére sem kielégítő hatékonyságú
- több szervrendszert érintő, intenzív tünetek esetén

2. Az otthoni hospice ellátás, a szakambulancia és a fekvőbeteg intézet közötti választást a beteg szomatikus és pszichés állapotának valamint szociális kapcsolatrendszerének ismeretében kell meghatározni

3. A palliatív gondozást igénylő betegeket – amennyiben ezt a helyi lehetőségek megengedik – a gondozásukra speciálisan felkészült szakambulanciákra vagy palliatív terápiás osztályokra kell utalni az aktív ellátást vagy a kizárólag ápolást végző osztályok helyett.

4. Az ellátás bármely szintjén az alapellátást vagy szakellátást végző orvos – ha ezt a helyi lehetőségek megengedik – a beteg beleegyezése esetén vegye fel a kapcsolatot hospice ellátó

szolgálattal abban az esetben, ha a beteg várható élettartama az egy évet nem haladja meg. A hospice szervezetek tevékenységük során együttműködnek a beteg gondozásában résztvevő szervezetek orvosaival.

5. Az ellátás bármely szintjén a gondozást végzőknek esetenként szoros kapcsolatot kell kialakítaniuk a szociális ellátó rendszer intézményeivel is.

6. Az ellátás bármely szintjén - a beteg várható élettartamától függetlenül - a beteget ellátó orvos tegeye hozzáférhetővé a daganatos betegeket segítő civil szervezetekkel kapcsolatos információkat, a szervezetek tájékoztató anyagait.

## **8. A palliatív ellátás személyi feltételei és eszközigénye**

### **A palliatív ellátás személyi feltételei**

A palliatív ellátás team-munka. Követelményei:

- a személyzet magatartására a megértés, együttérzés és a beteg személyi tisztelete jellemző
- a hospice szellemiséget minden hospice munkatárs elsajátítja és betartja
- valamennyi team tagnak rendelkeznie kell a végzettségének megfelelő akkreditált, posztgraduális hospice képzési bizonyítvánnyal.  
(ld. 5. fejezet!)

### **A palliatív ellátó csoport tagjai**

#### **I. Kötelező alap-team**

- 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 50 12 01)
  - b/3) szakápoló
  - b/4) hospice szakápoló és koordinátor (54 5012 03 Klinikai szakápoló, hospice szakápoló és koordinátor)
- c) koordinátor
- d) szociális munkás
- e) gyógytornász: megegyezik a NM 20/1996. rendelet 2. §-ának 3. pontjával
- 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)

#### **II. Ajánlott kiegészítő tagok**

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

### **A palliatív ellátási formák személyzet- és eszközigénye**

#### **8.1. Otthoni hospice ellátás**

A személyzet tagjai:

- palliatív jártasságú szakorvos
- diplomás ápoló, szakápoló, ápoló
- koordinátor
- gyógytornász
- lelkipozó (pszichológus, lelkész, mentálhigiénés szakember)
- szociális munkás
- önkéntesek
- dietetikus
- gyógyszerész

Az eszközök igénye:

- megegyezik a NM 20/1996. rendelet 2. sz. rendelet mellékletével
- decubitus matrac, decubitust megelőző eszközök
- gyógyászati segédeszközök/tolókosci, járókeret, kapaszkodó/
- kényelmi eszközök
- inhaláló készülék, párasító
- váladékleszívó
- infúziós pumpa
- oxigénpalack reduktorral
- TENS készülék
- hordozható infúziós állvány
- számítógép a dokumentációhoz
- közlekedési eszköz (illetve közlekedési támogatás)

## **8.2. Bentfekvő részleg (palliatív osztály és hospice ház)**

A személyzet tagjai (20 ágyra számítva)

- 2 palliatív jártasságú szakorvos
- 3 diplomás ápoló,
- 12 szakápoló, ápoló
- gyógytornász
- szociális munkás
- foglalkoztató terapeuta
- lelkipozó (pszichológus, lelkész, mentálhigiénés szakember)
- dietetikus
- koordinátor
- adminisztrátor
- takarítónő
- betegszállító
- önkéntes

Az eszközök igénye:

- etető asztal
- háttámasz
- decubitus matrac
- decubitust megelőző eszközök
- kapaszkodó ágyanként

- betegemelő
- fürdető ágy, -szék, -kocsi
- járókeretek
- WC ülőkemagyasító
- szoba WC
- tolókkocsi (ülő és fekvő)
- ágytálmósó
- ágyazó kocsi
- gyógyszerkiosztó kocsi
- előkészítő kocsi ápolási műveletekhez
- ápolási eszköztároló szekrény
- hordozható EKG készülék
- infúziós pumpa
- vizsgáló lámpa
- oxigénpalack reduktorral
- váladékleszívó
- vércukor meghatározó
- vérnyomásmérő
- infúziós állvány
- mérleg
- zárható gyógyszereszekrény
- hűtőszekrény 3 db (1 a gyógyszerek, 1 a betegek és 1 a központi ételkészítés számára)
- mikrohullámú sütő
- szelektív hulladékgyűjtő
- inhaláló készülék
- TENS készülék
- hőszigetelő, ventilátor
- turmixgép
- elektromos párasító
- számítógép a dokumentációhoz

### **8.3. Nappali szanatórium**

A személyzet tagjai:

- palliatív jártasságú szakorvos
- szakápoló
- foglalkoztató terapeuta
- gyógytornász
- lelkipozó (pszichológus, lelkesz, mentálhigiénés szakember)
- szociális munkás
- dietetikus
- önkéntes

Az eszközök igénye:

- járókeret
- hűtőszekrény
- szelektív hulladékgyűjtő
- TENS készülék

- a pszichés gondozáshoz és foglalkoztatásokhoz szükséges helyiségek és bútorzatok (TV, videó, magnó, egyéb hangulatjavító eszközök)

#### **8.4. Mobil konzultációs csoport**

A személyzet tagjai:

- palliatív jártasságú szakorvos
- diplomás ápoló
- szakápoló
- koordinátor
- gyógytornász
- lelkipozó (pszichológus, lelkész, mentálhigiénés szakember)
- szociális munkás
- dietetikus
- gyógyszerész
- önkéntes

Az eszközök igénye:

- megegyezik a NM 20/1996. rendelet 2. sz. rendelet mellékletével
- decubitus matrac, decubitust megelőző eszközök
- gyógyászati segédeszközök/tolókosci, járókeret, kapaszkodó/
- kényelmi eszközök
- inhaláló készülék, párástító
- váladékleszívó
- infúziós pumpa
- oxigénpalack reduktorral
- TENS készülék
- hordozható infúziós állvány
- számítógép a dokumentációhoz

### **9. Együtműködés a team tagjai között**

A palliatív ellátás multidiszciplináris szemléletű team munkát igényel. Az együtműködő team tagjai között nincs hierarchia, mindenki a saját szakterületének legmagasabb szintű műveléséért felelős. A gondozásban részesülők és a munkacsoport tagjai egyaránt a team munka szervezettségében és hatékonyságában érdekeltek. Az együtműködés megvalósítása és a felmerülő problémák kezelése azonban sok esetben konfliktusokat eredményezhet a team tagjai között. A fejezet az együtműködés kereteit és a konfliktusok kezelésének módjait ismerteti.

Napjainkban a palliatív ellátás különböző szervezeti keretek között, eltérő szinteken valósulhat meg. Az eredményes és költség-hatékony betegellátás megköveteli azt is, hogy a beteg az állapotának megfelelő szinten részesüljön ellátásban.

#### **A multidiszciplináris team tagjainak együtműködése**

Az együtműködést befolyásoló főbb tényezők a következők:

- a célok meghatározása
- a feladatkörök tisztázása



- a döntéshozatal módja
- a kommunikációs rendszer
- a csoportnormák
- koordináció
- értékelés

### **A célok meghatározása**

A palliatív ellátást végző szervezetnek mindenekelőtt saját kompetenciájának határait kell megszabnia – a diffúz célok ugyanis folyamatos konfliktusforrást képezhetnek, inkompetencia érzést és frusztrációt kelthetnek a team tagjaiban.

A szervezetnek tisztáznia kell, hogy

- a) milyen típusú betegségek illetve tünetek gondozására vállalkozik?
- b) milyen kritériumok alapján veszi gondozásba a betegeket?
- c) milyen jellegű szolgáltatásokat tud biztosítani?
- d) milyen alternatívákat tud felajánlani azok számára, akiknek a gondozását nem tudja vállalni?

### **A feladatkörök tisztázása**

Elsősorban az induló szervezeteket jellemzi, hogy a feladatkörök tisztázatlanok, a kompetenciahatárok elmosódottak. Ilyen esetekben gyakran találkozhatunk azzal a tévhitel is, hogy a jó team egyik jellemzője, hogy “mindenki mindenkinek segít”. A feladatkörök tisztázatlansága egyes esetekben párhuzamos (és esetleg ellentmondásos célú) munkavégzést, máskor olyan feladatok elvégzetlenségét eredményezi, amelyeket senki sem érez sajátjának.

A kompetenciahatárok tisztázása érdekében

- Az újonnan belépőkkel folytatott beszélgetésekben ismertetni kell feladataikat, de meg kell ismerni az új team tag elvárásait és vállalásait is.
- A munkaköri leírásokban az elnagyolt meghatározások helyett minél pontosabb feladatokat kell megjelölni.
- A vezetőnek törekednie kell arra, hogy az azonos jellegű munkát végzők terhelése hasonló legyen.
- A team tagjainak ismerniük kell, hogy kompetenciájukat meghaladó feladat esetén kihez fordulhatnak – ennek rögzítése szintén része a munkaköri leírásnak. Hasznos, ha minden munkaköri csoport saját vezetővel rendelkezik.
- Az önkéntesek karitatív munkát végeznek, tevékenységük fontos és elismerésre méltó. Feladataikat, kompetenciájukat a vezető határozza meg, munkájukat a koordinátor osztja be.

### **A döntéshozatal módja**

A jól működő teamet a demokratikus döntéshozatali stílus jellemzi. Ennek jellemzői a következők:

- A team tagjai saját kompetenciájuk határain belül önállóan döntenek.
- A kompetenciahatárt meghaladó döntés meghozatala elsősorban a közvetlen felettessel való konzultáció alapján történik.
- A team közös céljait, feladatait érintő döntésekben a munkacsoportnak közös álláspontot kell kialakítania. A döntés elsősorban a konszenzusra épül. Az ilyen döntések meghozatalakor elsőrendű a jövőbeli döntés által érintettek véleményének megismerése.
- A döntések hatása értékelendő, és ennek alapján a döntés szükség esetén módosítandó is lehet.

### **A kommunikációs rendszer**

- A jól működő kommunikációs rendszer elsődleges ismérve az átláthatóság. A team tagjai ebben az esetben ismerik, hogy milyen információkat kihez kell eljuttatniuk, s tudják, hogy az őket is érintő információkat milyen forrásokból ismerik meg.
- Fontos, hogy a szervezeti rendszer különböző szintjein vagy területein dolgozók rendszeres időközönként megbeszéléseket tartsanak, s a csoport egésze is rendszeresen találkozzon.
- A főbb szervezeti információkat írásban is érdemes átadni – erre a célra alkalmasak lehetnek a személyre szóló feljegyzések, az intézményi hirdetőtábla, vagy akár a szervezet saját, belső hírújságja.

### **A csoportnormák**

Minden csoport értéként ismer el bizonyos magatartásmódokat és elutasítja az ettől eltérő viselkedésmódokat. A megfelelő csoportnormák kialakítását elősegítik a következő tényezők:

- a megbeszélésekben nincsenek "tiltott" témakörök
- a konfliktusokkal a csoport szembenéz
- a pozitív és a negatív érzések egyaránt kifejezhetők
- a megbeszéléseknek mindenki egyenrangú résztvevője, véleményét meghallgatják, figyelembe veszik
- a diszfunkcionális normákat (pl.: a kikapcsolódást is mellőző, rendszeres túlmunka végzése; mások feladatainak folyamatos átvállalása; a kompetenciahatárokat is meghaladó feladatok elvégzése, stb.) a csoport kiküszöböli.

### **Koordináció**

A munka szervezettsége alapvetően meghatározhatja a team tagjainak hangulatát. Hasznos, ha a nagyobb létszámú multidiszciplináris team rendelkezik olyan taggal, aki kizárólag koordinációs feladatokat lát el. A koordinátor a team-en belüli szakmai csoportok (vagy szervezeti szintek) vezetőivel tartja a kapcsolatot – az alcsoportok tevékenységének koordinációját ezek vezetői végzik.

### **Értékelés**

A team-munka hatékonyságának alapja a tevékenység rendszeres értékelése. Ennek főbb szempontjai a következők:

- Az eredmények értékelése és a problémák megvitatása legyen tárgyilagos, az előzetesen kitűzött célokkal való összehasonlításon alapuljon.
- Megvalósulatlan, vagy hiányosan megvalósult célok esetén tisztázni kell a probléma jellegét, forrásait és megoldási alternatíváit. A döntést ebben az esetben is a csoport megbeszélése alapozza meg.
- Az értékelés szükségessé teheti a célok és a feladatok módosítását, ütemterv készítését, s a feladatok végrehajtását végzők kijelölését.
- Fontos az eredmények elismerése, a team tagok munkájának értékarányos megbecsülése.

## **10. Betegképviselő**

### **A palliatív ellátással kapcsolatos információk biztosítása**

A hospice ellátás terminális állapotban levő, elsősorban daganatos betegek palliatív (tüneti) kezelését jelenti. Az Egészségügyi Törvény betegjogi rendelkezései szellemében elsődleges követelmény az, hogy a palliatív ellátásba kerülő beteg tudatában legyen annak:

- milyen betegségben szenved és annak milyen stádiumában van;
- mit jelent a hospice/palliatív ellátás;

- a palliatív ellátásba kerülés az ő szabad döntésén alapul;
- az ellátás teljes folyamatában részt vehet a kezelését illető bármely döntésben;
- szabadon betekinthet a vele kapcsolatos bármely dokumentációba.

Az ellátásba olyan beteg vehető fel, aki tájékozott az állapotáról; ennek felelőssége azé a kezelőorvosé, aki a beteget korábban kezelte. A továbbiakban a páciens pszichés-spirituális kísérése, támogatása a multidiszciplináris hospice team feladata.

A betegnek és családjának megfelelő információkkal kell rendelkeznie a lakóhelyéhez legközelebb eső hospice/palliatív szolgálatokról, azok szolgáltatási köréről, hogy szabadon választhassanak. Ugyanígy a házi orvosok, kórházi orvosok és onkológiai gondozók, különböző betegképviselők, valamint a szociális ellátó rendszer képviselőinek informálása is elengedhetetlen a szolgálatokról. Csak így tudnak közösen: a beteg, a családja, valamint az egészségügyi és szociális ellátó rendszer képviselői dönteni a beteg számára legjobb megoldásról.

A lakosság informálása a palliatív ellátás lehetőségeiről a média illetve tájékoztató anyagok segítségével a közvélemény-formálás részét képezi.

### **Speciális kommunikáció a haldokló beteggel**

Az állapotáról megfelelően tájékoztatott betegnek is joga van a háritáshoz, az elutasításhoz. Ezt figyelembe kell venni a haldokló beteggel való kommunikáció során. A gyakorlatban a Kübler-Ross-i fázisok – elutasítás, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás – nem következnek mechanikusan egymás után, akár naponta vagy még gyakrabban bekövetkezhet a stádiumok változása. Ezért a haldoklóval való kommunikáció megfelelő empátiát és speciális felkészültséget igényel, amelyet a hospice tanfolyamok kommunikációs tréningjei elősegítenek.

A palliatív ellátás során a halálról, haldoklásról csak a beteg akarata, igényei szerint esik szó, ilyen beszélgetést az őt kísérő személyzet nem kezdeményez. A beteg élete utolsó percéig fenntarthatja a reményt.

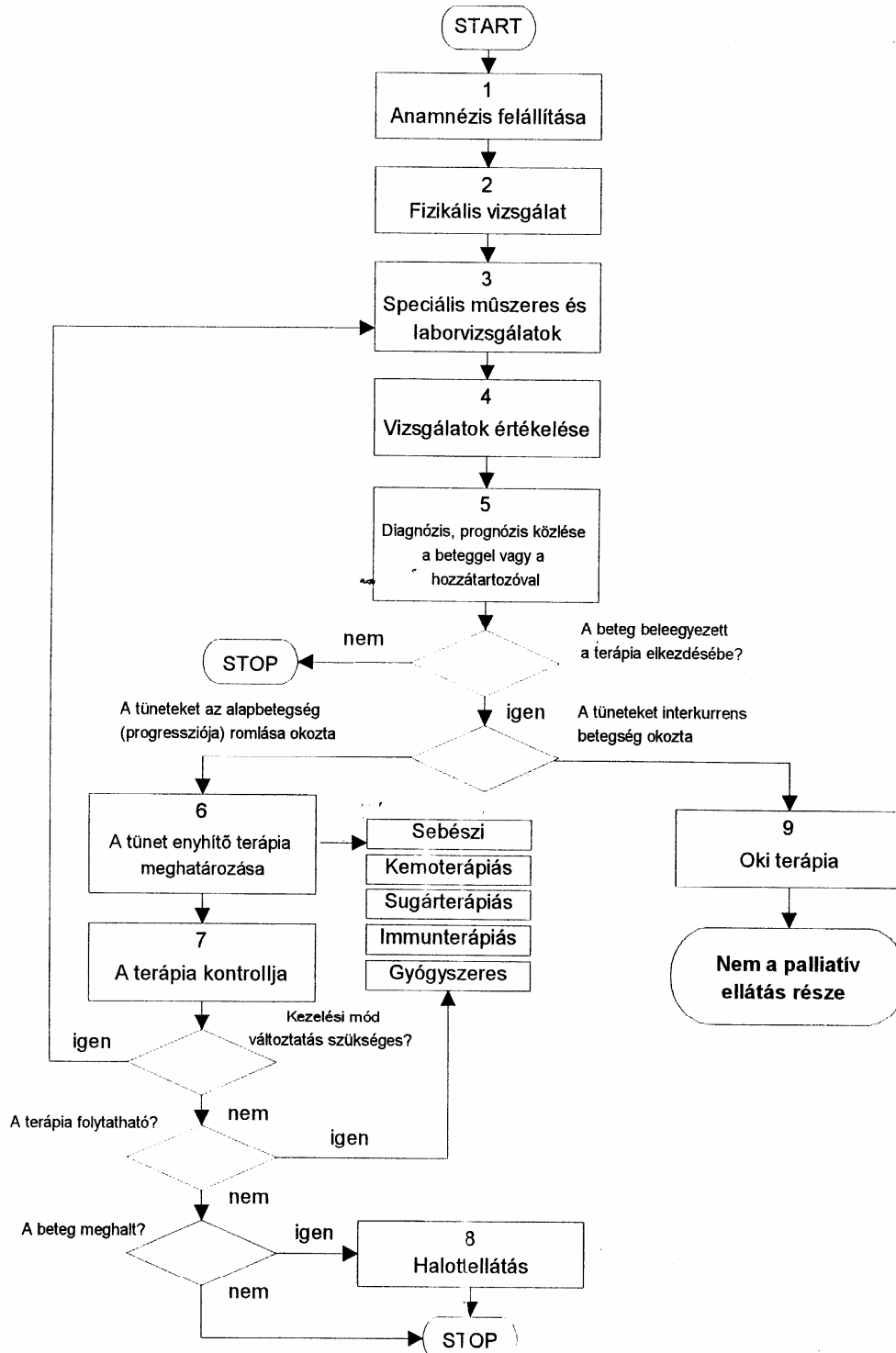
### **Kapcsolattartás**

A palliatív ellátás során a személyzet a beteg igényeihez igazodva kapcsolatot tart

- a hozzátartozókkal
  - a beteg házi orvosával
  - a különböző betegképviselői szervezetek képviselőivel
  - a szociális ellátó rendszer képviselőivel stb.,
- lehetővé téve ezzel a beteg érdekeinek megfelelő képviselését.

# 11. A palliatív ellátás feladatai. A terminális kezelés folyamata, használható terápiák

## 11.1. A palliatív orvosi ellátás folyamata



### **1. Az anamnézis és státusfelvétel folyamata, specializációi**

*Anamnéziszfelvétel:* mind auto- mind heteroanamnézist kell tartalmazzon a betegségre vonatkozóan, de a pszichoszociális státuszra vonatkozóan is. Kiegészíthető, ha szükséges a mentális állapot felmérésével is.

*Speciális anamnéziszfelvétel* szükséges a fent említett tünetekre vonatkozóan. Kötelező az összes az alapbetegség (daganat) természetével összefüggő, az által valószínűleg kiváltott tünetek pontos leírása. A leírásnak tartalmaznia kell a tünet kezdetét, fennállásának időtartamát, periodicitását vagy permanens voltát és a lefolyás természetét (folyamatosan rosszabbodó vagy stagnáló tünetről beszélhetünk?). Kiemelten kell foglalkozni a fájdalommal. Rögzíteni kell azt is, ha a beteg nem jelez fájdalmat. A fájdalmat, ha jelen van, objektívizálni kell.

### **2. Fizikális vizsgálat**

Az általános belgyógyászati státusfelvételen kívül a speciális – a terminális állapotú daganatos betegeknel előforduló – tünetekre vonatkozó státust kell rögzíteni.

Az *általános állapot* felméréséhez a WHO (ECOG) skálát (1-4), vagy a Karnofszky skálát kell használni (0-100%).

*Fájdalom esetén:* VAS (vizuális analóg skála), numerikus skála (1-10) a fájdalom természetének a beteg szavai által történő leírása, rögzítése. A fájdalom helyének meghatározása, és sematikus ábrákon lehetőleg a beteg általi rögzítése.

A terápiás beavatkozások hatására létrejött változások rögzítése, legalább hetente.

A hányást, hasmenést, fulladást, nyelészavarokat, viszketést, izzadást WHO szerint 0-4 pontozzuk, és szavakkal is jelöljük: nincs (0), enyhe (1), közepes (2), súlyos (3), folyamatosan fennáll (4).

A lázat fokokban mérjük és jelöljük, de kitérünk időbeni megjelenésére is (periodikus, napszaktól függő, alkalmi fertőző betegséghez kapcsolódó).

A többi tünetnél leíró státust alkalmazunk.

*Vizsgálatok, beavatkozások ideje*

Egy orvos maximálisan 10 beteget, egy nővér 5 beteget tud ellátni.

Első vizsgálat a beteggel való első találkozáskor történik.

A további vizsgálatok legalább hetente kötelezően, de a beteg állapotromlásától függően akár naponta, vagy naponta többször is szükségesek és végzendők.

A beavatkozások a betegség változásától, hanyatlásától esetleges újabb tünetek megjelenésétől függenek.

### **3. Speciális műszeres és laborvizsgálatok**

A szükséges kiegészítő vizsgálatok (műszeres, röntgen, labor vizsgálatok) indikálása akkor szükséges, ha ezt a betegség természetének, szövődményeinek kiderítése megköveteli; a beteg állapotának, kérésének és a terápiás konzekvenciáknak a figyelembe vételével.

### **4. Vizsgálatok értékelése**

A vizsgálatok értékelése alapján történik a terminális állapot fennállásának meghatározása. Amennyiben a terminális állapot kétséges, feltétlenül szükséges a betegség természetének megfelelő szakorvostól szakkonzultáció kérése.

Cél: az életminőség javítása, az, hogy a beteg a lehető legjobb pszichoszomatikus körülmények között éljen életének utolsó, terminális szakaszában a haláláig. Biztosítani, a beteg szükségletei és kívánsága szerint, hogy akár előző munkáját, akár háztartási teendőit, vagy önmagát elláthassa panasz- és tünetmentesen. A terápiás beavatkozásokkal a cél elérhető.

Mutatók, melyek alapján a páciensen a végzett beavatkozások elvégezhetőek: életminőség vizsgálati tesztek és kérdőívek, fájdalom kérdőívek használata.

(ld. a mintákat a függelékben)

## **5. Diagnózis, prognózis közlése a beteggel vagy a hozzátartozóval**

(ld. A betegtájékoztató szabályait a Jogi környezet c. fejezetben.)

## **6. A tünetek gyógyszeres kezelése, palliatív terápia**

### **Alapelvek**

Ha a tünetet közvetlenül a karcinóma okozza, az lehet folyamatosan ugyanolyan erősségű vagy növekvő súlyosságú a betegség progressziójának megfelelően. A tünet feloldásához szükséges gyógyszerelésnek ezért rendszeresnek kell lennie és a dózisonak igazodnia kell a legnagyobb haszon elérésének elvéhez. A gyógyszert olyan dózisban adjuk, hogy legnagyobb hatás a legkevesebb mellékhatással járjon. A tüneteket folyamatosan felül kell vizsgálni, mivel a helyzet gyorsan megváltozhat.

### **A kezelés általános elvei**

- Ideálisan egy *team* végzi a kezelést, az aki végigkísérte a beteget a betegség kezdetétől. Ha ez nem lehetséges, legalább a terminális szakban ne váltogassuk a kezelőcsoportot.
- Gyakori, hogy a beteg nem meri zavarni az orvost „kis” panaszával (pl. szájszárazság, viszketés, insomni), emiatt feltétlenül *rá kell* ezekre is *kérdezni*.

### **A kezelés irányelvei**

- Egyénre szabott, egyénenként változó kezelés a kívánatos.
- A kezelés kezdődjön az észlelt és panaszolt tünetek okainak elmagyarázásával, különben a beteg azt hiheti, amit gyakran hallunk a laikusoktól: „az orvos sem tudja, mi folyik a szervezetemben. Nem tudja mi a bajom. Megállt az orvostudomány”.
- Ha lehet, beszéljük, vitassuk meg a kezelést a beteggel. Ne tűnjünk bizonytalannak, legyen határozott véleményünk.
- Magyarázzuk el a kezelést a közeli hozzátartozóknak is, így jobban együttműködik velünk, de a beteg kívánsága és érdeke legyen az első.
- Ne „csak” gyógyszerrel gyógyítsunk! Kiegészítő terápiákat is használjunk, pl. gyógytornát, masszázst stb.
- Az állandó tüneteket ne szükség szerint, hanem preventíven kezeljük.
- Lehetőleg monoterápiát adjunk, de mindenképpen redukáljuk a gyógyszerek mennyiségét.
- Mielőtt additív, kiegészítő terápiát kezdünk – mely szinte mindig a gyógyszerek mennyiségének növelésével is jár –, vizsgáljuk meg a következőket:
  - mi a kezelés célja?
  - hogyan lehet követni a gyógyszerhatást?
  - milyen a váratlan hatások aránya?
  - mekkora a gyógyszer-együtthatások rizikója?
  - van-e lehetőség más gyógyszer leállítására?
- Konzultánsokat vegyünk igénybe.
- Sose adjuk fel, mindig lehet más módszert találni a kezelésre. Ne gondoljuk, hogy "mindent megpróbáltunk", "nem tudunk már többé mit tenni".
- Pontos utasítást adjunk a gyógyszerekre vonatkozólag: mire, mit, mikor, mennyit szedjen a beteg; ha elfogy, mi helyettesítheti az adott gyógyszert.
- Ellenőrizzük a pontos szedést és a dóziszváltásokat.
- Ha a tünet nem is szüntethető meg, legalább enyhíthető.
- Figyeljünk az új tünetekre és a gyógyszerek mellékhatásaira.

## **I. Fájdalomcsillapítás**

### **A fájdalom**

A fájdalom az a tünet, amelytől minden rákbeteg fél. A terminális állapotú rákbetegek kb.70-80%-ánál jelenik meg a fájdalom, mely fokozatosan rosszabbodik a hátralévő életük folyamán. A fájdalom azonban megfelelő kezelés hatására sokszor teljesen megszüntethető, vagy legalábbis elviselhetővé tehető. A kielégítő fájdalomcsillapítás a beteg számára a közel szokásos életvitel folytatását teszi lehetővé. A WHO adatai szerint azonban a rákbetegek 25%-a megfelelő fájdalomcsillapítás nélkül hal meg.

### **A fájdalom vizsgáló módszerei**

Anamnézis. A fizikális vizsgálat neurológiai vizsgálatot is tartalmaz.

A fájdalom intenzitását a VAS (visual analóg skálával), vagy a NRS (numeric rating scale) segítségével határozhatjuk meg pontosan.

A két skála abban különbözik egymástól, hogy a VAS-n nincs számszerű beosztás, míg a numerikus skálán 0-10-ig van. A skálák segítségével a fájdalom változása, a kezelések hatásossága is nyomon követhető.

### **A fájdalom patofiziológiája és terápiás módszerei**

#### **Patofiziológia**

Patofiziológiai szempontból a fájdalom két típusát különböztetjük meg: a nociceptív fájdalmat, melyet a lágyrészek nyomása, sérülése okoz, valamint a nem-nociceptív vagy neuropátiás fájdalmat, melyet a perifériás ideg sérülése, az axonok folytonosságának hiánya okoz.

A fájdalom megélését és kifejezését befolyásolják pszichés faktorok is. A fájdalom megszüntetéséhez figyelembe kell venni a beteg pszichoszociális és spirituális körülményeit is. Általában azt mondhatjuk, hogy a fájdalom mindig szubjektív, de kellemetlen fizikai és érzelmi tapasztalat.

A fájdalomcsillapítás alapelvei alapján meg kell határozni a fájdalom patofiziológiai természetét. Ez után a kezelési stratégiát kell meghatározni, mely lehet gyógyszeres kezelés vagy nem gyógyszeres kezelés (sebészi, kemoterápiás vagy sugárkezelés). Folyamatosan monitorozni kell a beteget és ennek megfelelően a kezelést megváltoztatni.

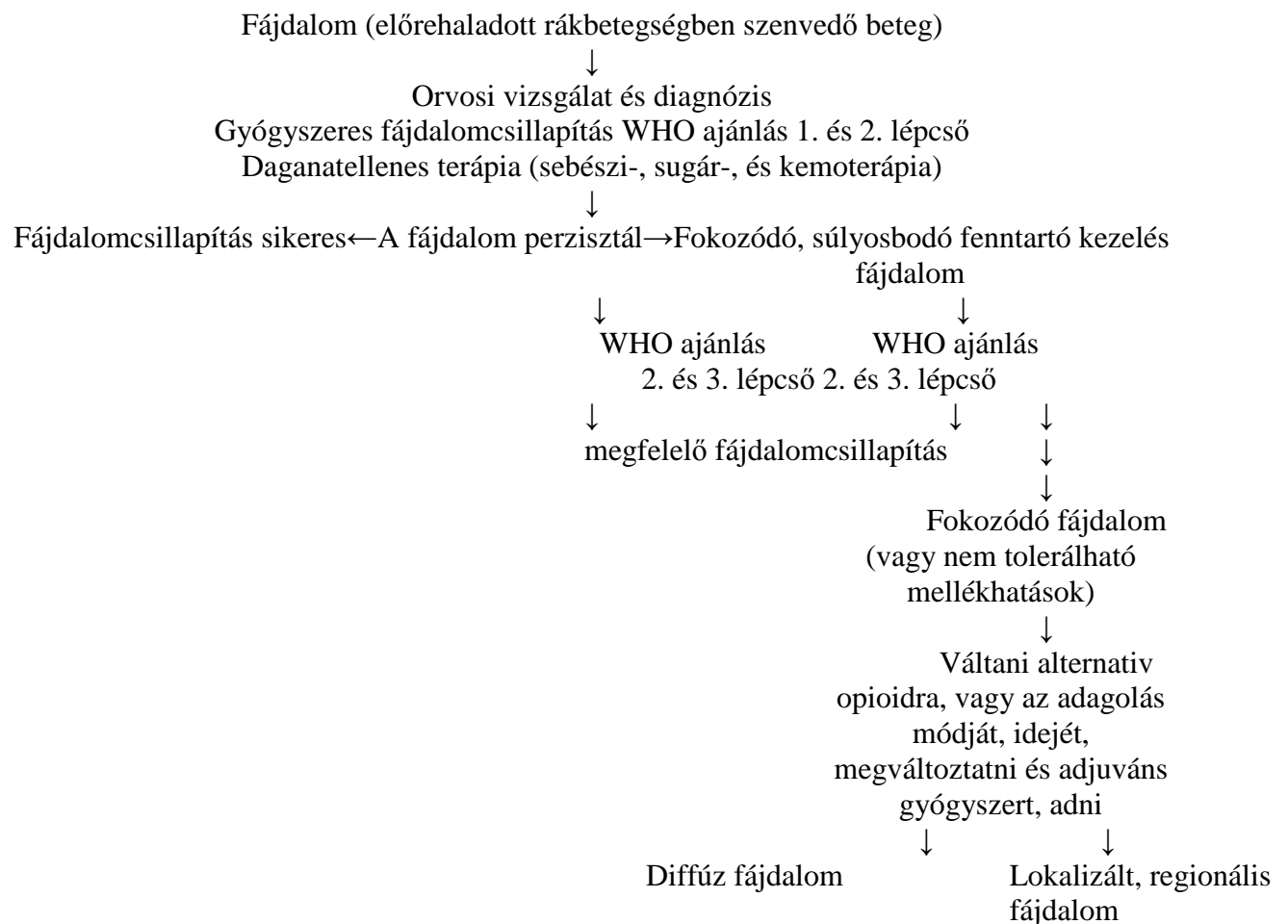
#### **A fájdalomcsillapítás terápiás módszerei a következők:**

- Sugárkezelés
- Sebészi kezelés
- Kemoterápia
- Gyógyszeres kezelés.
  - NSAID
  - Gyenge / erős ópiátok
  - Adjuváns szerek
- Pszichoterápia
  - hipnózis
  - relaxációs gyakorlatok

- magatartásterápia
- Fizikai módszerek
  - fizioterápia
  - transzcután elektromos stimuláció (TENS)
- Aneszteziológiai módszerek
  - trigger-pont injekció
  - ideiglenes vagy állandó idegblokád
  - autonóm idegrendszeri blokád
  - subarachnoidealis blokád
  - epiduralis kanül

Idegsebészeti módszerek

### A fájdalomcsillapítás folyamata



Diffúz fájdalom esetén kémiai hipofizektómia ajánlott, lokalizált, regionális fájdalom esetén a neuroolitikus idegblokádok és az idegsebészeti módszerek a célravezetőek.

### 1. táblázat: Fájdalomcsillapítás a WHO alapján

<p style="text-align: center;"><b>erős ópiát+/-nem ópiát +/- adjuvánsok</b></p>
---



<b>ha a fájdalom változatlan vagy fokozódik</b>
<b>gyenge ópiát+/-nem ópiát +/- adjuvánsok</b>
<b>ha a fájdalom változatlan vagy fokozódik</b>
<b>nem ópiát+/-adjuvánsok</b>

## 2. táblázat: A fájdalomcsillapítás alapgyógyszerei

nem ópiát	aspirin, paracetamol, metamizol, NSAID
gyenge ópiát	codein, dihydrocodein, tramadol
erős ópiát	morfin, methadone, fentanyl
<b>adjuvánsok</b>	
antikonvulzívum	carbamazepin
neuroleptikum	haloperidol, chlorpromazine, levomepromazin
anxiolitikum	diazepam, alprazolam
antidepresszáns (TCA)	amitriptylin, imipramin, clomipramin
kortikoszteroid	dexamethason, methylprednisolon

A WHO ajánlása három lépcsőben ajánlja a fájdalomcsillapítókat alkalmazni. Az ajánlás nem szteroid gyulladásgátló fájdalomcsillapítókat (NSAID), gyenge és erős ópioidokat, valamint adjuváns szereket tartalmaz a progresszíven erősödő daganatos fájdalom csillapítására. Ha a fájdalom változatlan vagy fokozódik, akkor a következő lépcsőre kell lépni.

### 1. lépcső

#### Nem szteroid gyulladásgátló szerek

Az alapfokon, azaz az első lépcsőben található szerek, a NSAID gyógyszerek közös jellemzője, hogy úgynevezett „plafon-effektusuk” van: egy bizonyos maximális dózis fölé emelve a gyógyszerek adagját a fájdalomcsillapító hatás nem fokozható tovább, csak a toxicitásuk, mellékhatásaik. Jellegzetes mellékhatások a hematólógiai, renális és gastrointestinális reakciók. Az új ciclooxigenáz 2 (COX-2) inhibitorok, úgymint a celecoxib, rofecoxib jó fájdalomcsillapítók és nem rendelkeznek a fenti mellékhatásokkal.

### 2-3. lépcső

#### Gyenge és erős opioidok

Legfontosabb jellemzőjük, hogy nincs „plafon-effektusuk”, azaz a fájdalom fokozódásával emelhető a dózisuk, és a nagyobb mennyiség eredményes fájdalomcsillapítást eredményez, valamint a mellékhatások kivédhetőek. Az adagolás ajánlott módja a szájon át történő adagolás, de bizonyos szerek alkalmazhatóak transzmucosalisan, transdermalisan és rectalisan valamint invazív módszerekkel is. A mellékhatások kivédhetőek. Mindig adagolni kell laxatívumokat a székrekedés megelőzésére. A betegek nem válnak függővé, azaz a dózist nem a hozzászokás miatt kell emelni, hanem a fokozódó fájdalom miatt. A betegek fájdalma sokáig, néha hónapokig csillapítható a kitrált dózissal. Tolerancia alakul ki a szedációval, a hányingerrel és a légzésdepresszióval szemben, így ezek nem fenyegetik a beteg életét.

Az adjuváns szerek legfőképpen neuropathiás fájdalomban hasznosak, úgymint az antidepresszánsok, a neurolepticumok, a benzodiazepinek, antihisztaminok, kortikoszteroidok. Használjuk még csontfájdalom esetén a calcitonint és a biszfoszfonátokat.

### 3. táblázat: Nem ópioid analgetikumok és NSAID szerek

Generikus név (szokásos adag)	Maximális napi dózis	Mellékhatások
Acetaminophen (325-975 mg, 4-6 óránként)	4000 mg	Máj- és vesekárosítás
Acetylsalicylsav(325-975mg,4-6 óránként)	4000 mg	Dyspepsia, GI ulcus, thrombocytá aggregatio gátlás, vérzés
Celecoxib Diclofenac ret. (50-100 mg 12 óránként)	400 mg 200 mg	GI ulcus, vérzés, máj- és vesekárosítás
Ibuprofen (200-8000 mg 4-6 óránként)	2400 mg	Dermatitis GI ulcus, vérzés, máj- és vesekárosítás
Metamizol (500-1000mg 6-8 óránként)	4000 mg	Agranulocytosis,allergiás reakciók
Naproxen (250-500 mg 8-12 óránként)	1500 mg	Fejfájás, GI ulcus, vérzés, máj- és vesekárosítás
Rofecoxib	50 mg	

### 4. táblázat: Gyenge ópioidok

Gyógyszernév (generikus)	Aspirin 650mg, equi-analgetikus dózis	Dózis-intervallum	Fél-életidő (óra)	Megjegyzés
Codein	32-65 mg	4-6 óra	2-3	Néhány termék aspirint tartalmaz!
Dihydrocodein				
Hydrocodon	-	3-4 óra	4	Mint fenn
Oxycodon	2,5 mg	3-6 óra	-	Mint fenn

Tramadol  
*Dextropropoxyphen*

### 5. táblázat: Erős ópioidok

Gyógyszer (generikus név)	10 mg iv. morfinnal ekvianalgetikus orális dózis	10 mg iv. morfinnal ekvianalgetikus parenterális dózis	Fél életidő (óra)	Megjegyzés
Fentanyl, orális transz mucosalis	lásd a gyógyszerismertőt	Nem vizsgált	Lásd a gyógyszerismertőt	Csak áttöréssel fájdalomra.
Fentanyl, transz dermalis	Nem vizsgált	100ug/óra	-	a)b), néha szükséges az

				áttöréssel fájdalom kezelése
Hydromorphon	4 mg	1,5 mg	2-3	a)
Levorphanol	4 mg	2 mg	12-16	a)
Methadon	20 mg	10 mg	15-36	a) c) Akkumuláció miatt késői toxicitás, szedáció
Morfin szulfát retard	30 mg	Nem vizsgált	3	a) Ne rágd össze, ne oldd fel!
Morfin szulfát azonnal felszívódó	30 mg	10 mg	3	a)
Oxycodon retard	15 mg	Nem vizsgált	-	a)néha aspirin- nel,vagy acet- aminophennel kombinálják!
Oxycodon azonnal felszívódó	15 mg	Nem vizsgált	2-3	a)
Oxymorphon	Nem vizsgált	1 mg	2-3	a)

a) A szokásos mellékhatás: obstipatio, nausea, aluszékonyság, ritkán viszketés, szájszárazság, vizeletretentió, hypotensió.

b) A tapasz hatástartama 72 óra, de néhány betegben 48 óra is lehet.

c) Az átváltási arány egyszeri dózissal vonatkozik, tartós ópiát terápiában nem részesülő betegnek ! Ópiát terápia váltásánál (rotáció) automatikusan nem használható !

## 6. táblázat: Adjuváns szerek

Gyógyszer (generikus név)	Terápiás hatás	Megjegyzés
<b>Szteroidok (kortikoszteroidok)</b>		
Prednisolon (10 mg per os)	Az analgetikumok hatását fokozza, hangulatjavító	Ideg- és gerincvelői kompresszióban hatásos, valamint agyi nyomásfokozódás esetén. GI vérzés veszélye
Dexamethazon (4 mg per os 6 óránként)	A fentiek, valamint; étvágyjavítás	A fentiek
Progestin medroxyprogesteron-acetát, 2-3 g/naponta 10 napig, majd 2 g 3 hétig, fenntartó adag 1 g	Analgetikumok hatását fokozza, tumor ellenes hatása is van, étvágyjavító	Mellékhatások: hányinger, hányás, víz retenció, hypotensió, oedema, szívelégtelenség
<b>Antidepresszánsok</b>		
Amitriptylin (kezdő dózis 12,5-25 mg egyszerre, este, fokozható 75-100 mg-ig)	Fájdalomcsillapító, hangulatjavító, az elalvást elősegíti	Neuropathiás fájdalomban hatásos
Imipramine (200 mg egyszer,	Fájdalomcsillapító,	Neuropathiás fájdalomban

súlyos depresszióban)	hangulatjavító	hatásos
Nortriptylin (dózis, mint az amitriptyline-nél)	Fájdalomcsillapító	Neuropathiás fájdalomban hatásos
Venlafaxine (kezdő dózis 37,5 mg a megfelelő dózis titrálendő)	Fájdalomcsillapító, hangulatjavító	Neuropathiás fájdalomban hatásos
<b>Anxiolytikumok</b>		
Diazepam (5-10 mg per os, iv, rectalisan 1x, 2x naponta)	Megszünteti az akut szorongást és pánikreakciót, antiemetikus és szedatív hatású	Erősebb antiemetikum és gyengébb szedatívum, mint a chlorpromazine; mellékhatás: orthostatikus hypotenzió
Lorazepam (1-2 mg per os, iv vagy rectalisan 1x, 2x naponta) Alprazolam, Midazolam	Mint fenn	Mint fenn
<b>Phenothiazinok</b>		
Chlorpromazin (10-20 mg 4-8 óránként)	Csökkenti a szorongást, hypnotikum	Mellékhatás: orthostatikus hypotenzió
Haloperidol (kezdő dózis 1,5 mg naponta 1x, max. naponta 1x 2-4 ??? mg-ig per os.	Csökkenti a zavartságot, hányingert	A chlorpromazinnál erősebb antiemetikum, gyengébb szedatívum
Methotrimeprazin (levomepromazin) este egyszeri dózisban 6,25 mg-25 mg	Közepes hatású fájdalomcsillapító szer, nem okoz toleranciát és fizikai dependenciát. A jelenleg ismert legszélesebb spektrumú antiemetikum, erősen szedatív hatású.	A narkotikumok alternatívájaként is használható, ha azok kontraindikáltak. Ma elsősorban hányáscsillapítóként alkalmazzák
<b>Antikonvulzív szerek</b>		
Carbamazepin (kezdő dózis 100 mg naponta, 6 óránként, maximális napi adag: 500-800 mg)	Antiepileptikum, a központi idegrendszerben extrém neuron aktivitást okoz	Neuropathiás fájdalomban hatásos, vérképzőrendszeri monitorozást igényel.
Phenytoin (kezdő dózis 100 mg naponta 6 óránként, 250-300 mg-ig emelhető)	Lásd fenn.	Lásd fenn.
Clonazepam (szükség szerint alacsony dózisban)	Antiepileptikum, izomrelaxáns	elsősorban myoclonus esetén
Gabapentin (szükség szerint alacsony dózisban)	Antiepileptikum, a központi idegrendszerben extrém neuron aktivitást okoz.	Neuropathiás fájdalomban hatásos, alacsonyabb vérképzőrendszeri toxicitás
<b>Amphetaminok</b>		
Dextroamphetamine (2,5mg maximum 5 mg reggel)	A narkotikumok hatását fokozza, hangulatjavító	Csak depresszióval és letargiával szövődött fájdalom esetén, csak a terminális állapot végén.
Methamphetamine (5 mg reggel)	Mint fenn.	Mint fenn.

### Idegsebészeti, aneszteziológiai, fizikai és pszichikai módszerek

A pszichikai, fizikai módszereket nem tárgyaljuk, utalunk a pszichiátriai és rehabilitációs szakmai kollégiumok szakmai ajánlásaira.

Az idegsebészeti és aneszteziológiai módszereket két csoportba soroljuk a stimuláló és ablatív módszerekre. A stimulálás TENS készülékkel történhet (transcutan elektromos neurostimulálás) mely neuropathiás, izületi és csonfájdalmakra használható.

A neuroablatív módszereket a 7. Táblázatban foglaljuk össze.

### 7. táblázat: Idegsebészeti és anesztetikai módszerek tumoros fájdalomcsillapításra

Megnevezés	Indikáció	Példa
Anesztetikai blokádnak	Akut és krónikus fájdalom, izomspazmus okozta fájdalom	Trigger pont infiltráció, intercostalis blokádnak, epidurális adott szteroid injekció
Neurolitikus, neuroablatív blokádnak és idegsebészeti neuroablatív beavatkozások	Jól meghatározható regionális fájdalom esetén, mely alacsony neurológiai komplikációval jár	Ganglion coeliacum alkoholos blokádnak, fenolos intercostalis blokádnak, percután cordotomia
Spinalis analgészia	Gyógyszeres kezelésre nem reagáló, nem csillapodó diffúz fájdalom a rekesz alatti testfélen	Epidurális katéter, intrathecalis katéter gyógyszeradagoló pumpával.

### Fájdalomcsillapítás - sugárterápiás módszerek

A sugárterápia módszerei bizonyos speciális esetekben kiválóan alkalmazhatóak fájdalomcsillapításra. Külső sugárkezelést és szisztémás kezelést, azaz radioaktív izotópokat lehet alkalmazni. Mindkét technika a csontmetasztázisok okozta, gyógyszeres kezelésre nem csillapodó fájdalom esetén vagy a gyógyszeres kezelés kiegészítéseként – a gyógyszerek dózisának csökkentése céljából – alkalmazható.

## II. Dermatológiai tünetek

### a.) Bőrt infiltráló tumorok

#### *Patofiziológia, etiológia*

A bőrt infiltráló tumorok azon csoportját tárgyaljuk, mely esetekben a primér tumor nem a bőrből indul ki, hanem más tumorok bőrmetasztázisa, vagy a tumor közvetlenül a bőrre terjed, lévén szoros anatómia közelségben hozzá. Az életminőséget nagymértékben csökkenti a kellemetlen szag, fájdalom, szociális izoláció. A tünet leggyakrabban (25%) előrehaladott emlőrákban és tüdőrákban (7%) szenvedő betegekben fordul elő. Az összes daganatos beteg mintegy 7-8%-a szenved ettől a tünettől.

#### *Terápia*

A kezelést **palliatív onkológiai terápiával** kell kezdeni, csak ezután alkalmazni tüneti kezelést. A palliatív onkológiai terápia keretén belül a megfelelő kemoterápia a bőrmetasztázist megkisebbiti. A sugárterápia részben a tumor tömeget csökkentheti,

részben a nedvedzést, vérzést megszüntetheti, csökkentheti. Maszitektómia, metasztazektómia is végezhető, ha ez technikailag kivitelezhető, és a műtét utáni sebgyógyulás valószínűsíthető.

#### *Tüneti kezelés*

Lokálisan steril fiziológiás sóoldatot, hidrogénperoxidos oldatot, 1%-s chlorhexidine-t, enzimatikus kezelést alkalmazunk. Bakteriális felülfertőződés gyanúja esetén leoltás alapján adunk lokális célzott antibiotikus kezelést, ha szükséges, szisztémás kezeléssel kiegészítve. Nem meghatározható baktérium, vegyes flóra esetén metronidazol adása javasolható, lokálisan és szisztémásan is. A sebet több réteg steril gézzel, nedvszívó sebfedővel kell befedni. Szagtalanítására megfelelő lehet átmenetileg natúr joghurt és méz is. Kiváló szagtalanító a Rivanol oldat (sec. FONNO).

A szívárgó vérzés megszüntetésére javasolt 1: 1000-hez arányban hígított epinephrine oldatba áztatott gézzel befedni a sebet. (Spongostan szivacs. Ezüstnitrátos oldat.)

### **b.) Nyomás okozta tünetek - decubitus**

#### *Patofiziológia*

A nyomás hatására szöveti anoxia jön létre, ami a kapillárisok permeabilitását fokozza, oedema képződik, sejtelhalás jön létre. Rizikófaktorok a vizelet és széklet inkontinentia, az immobilitás (fájdalom, kóma, bénulások, szedáció), alultápláltság (vitaminhiány, cink hiány, hypoproteinaemia), anaemia, immunszuppresszió, obesitás, perifériás vaszkuláris betegségek, idős kor, a nem megfelelő fekvőhely).

**Előfordulási helyek a következők:** fül, könyök, váll, trochanter fölötti bőr, a térd oldalsó condylusa fölötti bőr, sacrum, sarok.

#### *Megelőzés*

Legfontosabb antidecubitus matrac alkalmazása („tojástartó” szivacs, vízágy, levegőágy). Megszüntetni a kiváltó okokat.

#### *Stádiumok, terápia*

### **1. táblázat**

<b>Stádium, megjelenés leírása</b>	<b>Kezelés</b>
IA: Sápadt erythema, bőrsérülés nincs.	Spontán megszűnik, a nyomás megszűnése után, kb. 4 óra múlva. Relapsus veszélye miatt preventív intézkedések szükségesek.
IB Vörös erythema, bőrsérülés nincs	Spontán megszűnik a nyomás megszűnése után, kb. 48 óra múlva. Relapsus veszélye miatt preventív intézkedések szükségesek.
II. Felületes hámphány	A nyomást meg kell szüntetni. A hámphányt semipermeabilis kötszerrel fedni kell.
III. Hólyagos erythema	A nyomást meg kell szüntetni. A hólyagot nem szabad megnyitni, spontán felszívódás várható. Semipermeabilis kötszerrel kell befedni.
IV Tiszta ulcus, vörös granulomatosus alappal.	A nyomást meg kell szüntetni. A sebet fiziológiás sóoldattal kell kimosni, nedvszívó lapokkal fedni
V. Fertőzött ulcus szürke alappal, nekrotikus széllel	A nyomást meg kell szüntetni. A sebet leszárítani, fiziológiás sóval történt kimosás után. Enzimatikus emésztés, sebészi nekrektomia, szisztémás és lokális

	antibiotikumok adása, leoltás alapján, vagy vegyes flóra esetén metronodazol.
--	---

### c.) Sztómák és fisztulák

Sztómának nevezzük a sebészileg kialakított a széklet és a vizelet kiürítésére szolgáló mesterséges nyílást. Fisztulának nevezzük a normálistól eltérő közlekedést két belső szerv között, vagy egy belső szerv és a külvilág között.

Allergiás dermatitis esetén a sztómazsák cseréje kívánatos. Krónikus gyulladást, bakteriális vagy mycotikus fertőzés okoz. Célzott antibakteriális és antimycotikus kezelést kell alkalmazni. Elegendő a lokális (gél, kenőcs) kezelés.

Gyakran észlelhető vérzés a sztómából, mely általában mechanikus irritáció következménye. Néha azonban a tumor kiújulását és propagációját jelzi. Lokális irradiációval vagy sebészi beavatkozással megszüntethető. A lokális irradiáció akkor is ajánlott, ha a beteg már kapott sugárkezelést. Az elektronkezelés ilyenkor is hatásos.

#### *Nefrosztóma*

Sebészi úton a lumbális I-II csigolya magasságában kialakított fisztula, amelyen keresztül, katéteren át a vesemedencéből a vizelet kiürül.

Kétnaponta sztóma környékét fertőtleníteni és a kötést frissre cserélni. Biztosítani kell a vizeletgyűjtő zsák cseréjét, a pyelonephritis megelőzésére a retrográd fertőzést megelőzendő. Ha 2-3 órán keresztül nem ürül vizelet azonnal urológus szakorvoshoz kell fordulni, nem szabad a katéteren keresztül „öblítést” végezni.

#### *Spontán fisztulák*

Csak nagyon ritkán, egy százalékban, fordulnak elő.

A fisztula környékét langyos szappanos vízzel kell megtisztítani, bőrvédő és víztaszító kenőccsel (pl. sztómapasztával) bekenni. Amennyiben a váladék bűzös, célzott antibiotikus kezelést vagy metronidazol adjunk 400 mg per os naponta.

### III. Perifériás ödémák

Változóan, a rákbetegek 20-80 %-a szenved perifériás ödémától.

#### *Etiológia*

- Immobilitás
- Hypoalbuminaemia
- Só- és vízretenció
- Perifériás vénás betegségek.

El kell különíteni a perifériás ödémát a lymphoedémától. A perifériás ödéma általában kétoldali és az alsó végtagokon, vagy a gravitációnak megfelelően a test legmélyebb pontján jelentkezik. A lymphoedema egyoldali és a felső végtagokon is jelentkezik, a gravitációval nem függ össze.

#### *Terápia*

Perifériás ödéma: mobilizálás, izometriás gyakorlatok végzése.

Kerülni kell a vízretenciót okozó gyógyszereket (NSAID, kortikoszteroidok). Diuretikumokat adhatunk, azonban lehetőleg egy dózisban.

#### *Vízajtók:*

Furosemid 20-40 mg per os naponta egyszer reggel

Amilorid

Spironolacton, 100- mg per os, naponta egyszer reggel.

A gyógyszer adagját meg kell duplázni, ha 3-4 nap múlva sincs megfelelő eredmény. A további emelés a beteg kardiális ellenőrzése mellett javasolt csupán.

### **Lymphoedema**

Mind a felső, mind az alsó végtagon előfordul. A végtagok nem kielégítően működő nyirokvezetése okozza.

#### *Patofiziológia*

Leggyakrabban a regionális nyirokcsomók sebészi eltávolítása és a régió sugárkezelése okozza, melyet ronthat a nyirokcsomók tumoros infiltrációja is. A helyzetet súlyosbítja gyakran az egyéb okokból fennálló perifériás ödéma is.

#### *Tünet*

Nehéz, nagyon megvastagodott végtag. A bőr meleg, megvastagodik (hyperkeratozis, papillomákkal, úgynevezett elephantiazis), kirepedezik, nedvedzik (lymphorrhoea). A beteg éles, hasogató fájdalomra panaszkodik.

#### *Terápia*

- Diuretikumok a szekunder vénás pangás miatt javíthatják a beteg állapotát. (Furosemid 40 mg, vagy Spironolacton 100 mg per os, naponta egyszer)
- Nagydózisú kortikoszteroidok (8 mg dexamethason per os, 3 naponta egyszeri fél dózissal emelhető, 125 mg SoluMedrol injekció, fokozatosan csökkenthető 3 naponta az egyszeri dózis negyedével)
- A komplex bőrvédelem elengedhetetlen. A bőrt krémekkel tisztítani. Védni a sérülésektől, óvatosan kell körmöt vágni, ha lehet védőkesztyűt és laza kompressziós harisnyát kell hordani. Nem szabad ezen a végtagon vérnyomást mérni, egyéb tartós nyomásnak kitenni, injekciót, infúziót adni ide.
- A gyakori ersipelas miatt azonnal penicillin-kezelést kell alkalmazni.
- Óvatosan, vagy egyáltalán nem szabad forszírozott, akár kézi akár gépi masszázst alkalmazni, mivel ezek a technikák elősegíthetik a tumorsejtek keringésbe kerülését. (Metasztatikus mastitis carcinomatosa veszélye).
- A TENS (transcutan elektromos idegstimulálás) kezelés a nem régóta fennálló lymphoedemát gyorsan megszüntetheti.

## **IV. Viszketés**

#### *Patofiziológia*

A viszketés a nociceptív fájdalom neuroanatómiai útjának megfelelően percipiálódik. A histaminok, proteázok, bilirubin, tripszin, prosztaglandin, opiátok fokozzák, kiváltják, míg a naloxone csökkenti a viszketést. A viszketés érzését növeli, ha a beteg dehidrált, lázas, szorong vagy fáradt.

Ajánlott elvégezni a májfunkciós laborvizsgálatokat, a kreatinin vizsgálatot és a TSH vizsgálatot.

A viszketés okait az 1. táblázatban, a kezelési javaslatokat a 2. táblázatban foglaltuk össze.

### **1. táblázat: A viszketés okai terminális állapotú rákbetegekben**

<b>Primer bőrelváltozások</b>	<b>Gyógyszerek</b>	<b>Szisztémás betegségek</b>
Xerosis (bőrszárazság), főleg idős betegek.	Allergizáló gyógyszerek (penicillin, sulfonamidok, nitrofurantoin), allopurinol, carbamazepine	Krónikus vese-elégtelenség (dializált betegek)
Nedves, macerált bőr.	Histamin felszabadulást	Obstruktív hepatobiliáris



	okozó gyógyszerek (Morfin, codein, meperidine –főleg epiduralis adagoláskor-, aszpirin)	betegség (a bilirubin stimuláló hatására a hepatocyták viszketést befolyásoló anyagokat szabadítanak fel, mértéke nem, függ a szérumbilirubin szintjétől)
Kontakt dermatitis (Neomycin, local anaestheticum, antihistamin tartalmú krémek)	Hepatitis okozó gyógyszerek (Phenothiazinok, chlorpromazine, anabolikus szteroidok, trimethoprin-sulfamethoxazol)	Hodgkin kór, B tünet részeként (láz éjszakai izzadás, fogyás, viszketés)
Élősködők (rühesség, tetvesség, bolhák)		Bőrt infiltráló tumorok, hyperthyreosis, polycythaemia vera, vashiány

## 2. táblázat: Terápia. A terminális állapotú rákbeteg viszketése

Nem specifikus kezelés	Specifikus kezelés
Kerülni kell a bőrsérülést (alkoholos dörzsölés, durva ruházat, gyakori forró fürdő,) szappanok	Nedves, izzadt bőr: cink oxidos krémet alkalmazunk
Olajos bedörzsölés javasolt, kerülni az izzadást.	Uraemia: A veseelégtelenség javítása
Gyógyszeres kezelés: a szedatív antihisztaminokat egy órával elalvás előtt javasolt bevenni, a dózis kétszeresére kell emelni hatástalanság esetén: Hydroxyzin 25 mg per os Doxepin 25 mg per os Promethazine 25 mg per os Diphenhydramine 50 mg per os 6 óránként. Dimetindenim (Fenistil) 1 mg per os, együtt kell adni a lokális géllal. Kerülni kell a fluorinát tartalmú szteroidokat.	Cholestasis: Ondansetron 2x8 mg per os, Cholestyramine (Questran) 4 mg naponta, mellékhatása obstipáció miatt rosszul tolerálják a betegek. Stent beültetés a biliaris drainage biztosítására. Sugárkezelés a porta hepatis nyirokcsomóira.
	Bőrt infiltráló emlőtumor: aszpirin vagy más NSAID
	Bőrlymphoma: Elektron sugárkezelés
	Candidiasis: Diflucane 50 mg per os egy hétig, localisan miconazole nitrát 2 % oldata

Biztató klinikai vizsgálatok történtek paroxetin (1x10-20 mg) adásával, különböző etiológiájú viszketések csillapítására.

## V. Gastrointestinalis tünetek

### a.) Halitosis

Kellemetlen, bűzös leheletet jelent.

Okai:

- rossz szájhigiéne
- aphták, soor jelenléte

- tumorhoz társuló necrosis, esetleg anaerob superinfectio (szájüreg, garat, tüdő, nyelőcső)
- gyomoratónia, ill. pangás
- alkohol, dohányzás

*Kezelése:*

- A gondos szájhygiéne
- Az orális folyadékbevitel fontos szerepet játszik a mucosa nedvesen tartásában (sz.e. műnyál használata)
- Kezelni kell az esetleges candidiasist
- Metronidazol 2x500 mg-jának alkalmazása, ill. 1-3% hydrogen peroxyd oldattal való öblögetés javasolt
- A légutak fertőzései purulens köpetürítéssel és rossz lehelettel járhatnak, mely antibiotikummal kezelendő.

### **b.) Szájszárazság**

A tünet 40-80%-ban fordul elő.

*Okai:*

Nem feltétlenül dehydráció okozza. Gyakran maga a tumor, a daganatellenes kezelések, számos gyógyszer (ópiátok, diureticumok, neurolepticumok, triciklikus antidepresszánsok, parasymphatoliticumok), a kísérő betegségek és az oxigén terápia is létrehozhatja.

*Kezelése:*

- Kínzó szájszárazság esetén előnyös lehet apró jégkockák szopogatása, melyet készíthetünk enyhén citromos vízből ill. szénsavas üdítőből, pl. tonicból is.
- Az anticholinerg hatású gyógyszerek elhagyása, cseréje.
- Műnyál.
- A pilocarpin 3x5-10 mg-os adagban még irradiált nyálmirigyek secretióját is fokozza. A Salagen tbl-t csak onkológus szakorvos rendelheti. *Bélelzáródásban, asztmában ellenjavallt. Fokozza a verejtékezést és a hörgi secretiot, az agonális szakban ne használjuk!*
- Az agónia időszakában a nyálkahártyák nedvesen tartására használható vízpermet, nedves pálcika (célszerűen műnyállal).

### **c.) Oralis candidiasis**

A szájüreg gombás elváltozása fehér, túrószerű lepedék formájában jelentkezik a buccán, a nyelven és a szájpadlason.

*Okai:*

Általában a szervezet legyengült immunrendszerével van összefüggésben. Diabetes, steoid kezelés, csökkent nyáleválasztás illetve rossz szájhygiéne hajlamosít rá.

*Kezelése:*

- A szájzugok izolált fertőzését lokális antimycoticus krémmel (clotrimazol /Canesten, Candibene/, omoconazol /Mikogal/) eredményesen kezelhetjük.
- A szájüreg fertőzését bórax-glycerines ecseteléssel (FoNo), vagy nystatin suspensio ill. drg. használatával (naponta 3-4x) kezeljük. A recidíva gyakori. Fontos a műfogor alapos letisztítása, esetleg fertőtlenítése, ill. nystatinos oldatban való áztatása.
- A test más részein lévő esetleges candidiasis is kezelendő (bőrhajlatok).

### **d.) Stomatitis**

Stomatitis alatt a szájnyálkahártya diffúz, erosiv ill. ulceratív gyulladását értjük.

*Okai:*

Fizikai és infektív tényezők (irradiáció, herpes). Malnutrició, csökkent nyáltermelés, legyengült immunitás, gyógyszerek (cytostaticumok, kortikoszteroidok, esetleg antibiotikumok).

*Kezelése:*

- Lokálisan anaestheticumok 2-3 óránkénti használata (Susp.anaesthetica FoNo, Maalox vagy Venter suspensioval 1:1 arányban elegyített 2% Lidocain, cholin salicylat (Mundisal gél), helyileg alkalmazott szteroidok, Hydrocortison 1%).
- Herpes okozta stomatitis lefolyását az aciclovir kezelés lerövidíti 4x200-400 mg dózisban (pl. Telviran krém, tbl.)
- Fertőtlenítő ill. antibiotikus kezelés is szóba jön chlorhexidin (Sol. Corsodyl), Xanthacridin (Sol. Glycosept), samarium disulfosalicylat (Sol.Phlogosol), cetalkonium chlorid (Mundisal gél) ill. metronidazol (Klion tbl, Kliostom kenőcs) formájában.

### **e.) Ízézés-zavarok**

*Előfordulás:*

Akár 30-50%-ban is előfordulhat.

*Okai:*

Az ízlelőbimbók számának, érzékenységének csökkenése, illetve rendellenes működése. Hajlamosíthat rá a hiányos táplálkozás (vitamin- ill. cink-hiány), a rossz szájhygiéne, soor jelenléte ill. bizonyos gyógyszerek (phenytoin, cytostaticumok, levodopa, inzulin, lithium) használata.

*Kezelése:*

- Vitamin- és cink-pótlás (Centrum A-Z, Humet-R, Béres csepp, Supradyn, Pharmaton vital)
- Diétás tanácsok

### **f.) Étvágytalanság (anorexia)**

*Jelentősége:*

A terminális tumoros betegek kb. 70%-át érinti.

*Okai:*

A daganatos betegség közvetlen következménye (anorexia-cachexia syndroma).

A másodlagos okok az alábbiak lehetnek:

- Korai teltségérzet, késleltetett gyomorürülés.
- Hányinger, hányás.
- Megváltozott ízézés, fokozott szagérzékesység.
- Székrekedés, bélobstrukció.
- Stomatitis
- Halitosis, bűzösen váladékozó sebek jelenléte
- Szisztémás infekciók
- Gyengeség
- Fájdalom
- Elektrolit eltérések (hyponatraemia, hypercalcaemia, uraemia)
- Gyógyszerek

- Szorongás, depresszió, rejtett szuicid szándék.

*Kezelése:*

A korai teltségérzés esetén moclopramid (Paspertin, Cerucal) 3x1 vagy ritkán 3x2 tbl, parkinsonos tünetek megléte vagy jelentkezése esetén domperidon (Motilium) 3x1 tbl adása javasolt.

Étvágyjavítók

- A ciproheptadin (Peritol) terápiás hatása rendkívül csekély, szedációt, idős embereknél zavartságot okozhat, nem javasolt.
- A kortikoszteroidok a betegek kb 40%-ában stimulálják az étvágyat, rövid hatásúak. Javasolt methylprednisolonból (Medrol, Metypred) 32 mg-os kezdő dózis. Ezt követően a dózis csökkentése vagy hatástalanság esetén a gyógyszer néhány nap alatt történő elhagyása szükséges.
- A progestogének hatása erősebb és hosszabban érvényesül. Medroxyprogesteron acetáttól (Provera, Farlutal, Premella) napi 400-500 mg, megestrolból (Megace) napi 160 mg adása javasolható.
- NSAID szerek a tumorasszociált citokin válasz csökkentésével javíthatják az étvágyat, illetve fokozhatják a progestogének hatását.
- Diétás tanácsok
- Tápszerek

### **g.) Anorexia-cachexia syndroma**

Az előrehaladott állapotú tumoros betegek 50-60%-át érinti.

*Okai:*

A fehérje-energia malnutríciót a felfokozott alapanyagcsere hozza létre. Közvetlen kiváltóként humorális faktorokat tartunk számon (TNF, IL-1, IL-6, PIF= proteolysis indukáló faktor), súlyosbítja a csökkent táplálék bevitel, hányás, esetleg hasmenés, malabsorpció, fokozott fehérjevesztés (sebek, sipolyok, stb.)

*Kezelés: (részletesen lásd az előző fejezetben)*

- Az erőszakos kalória-bevitel általában hatástalan.
- Diétás tanácsok
- Progestogének vagy szteroidok
- NSAID-ok
- Tápszerek.

### **h.) Nehezített nyelés (dysphagia)**

*Okai:*

- A száj, gége, nyelőcső izmainak tumoros infiltráltsága
- Az oesophagusra gyakorolt külső nyomás (leggyakrabban mediastinalis tumor)
- Az oesophagusba helyezett endoprotézis kimozdulása
- A perifériás idegek, plexusok infiltráltsága
- Koponyaalapú, meningealis, agytörzsi tumorterjedés
- Postirradiációs fibrosis
- Kiterjedt candidiasis
- A nyálkahártyák nagyfokú szárazsága
- Nagyfokú gyengeség
- Súlyos reflux oesophagitis

- Súlyos vashiány (Plaunt-Vincent angina)

*Kezelés:*

1. Oesophagus tumor irradiációja, endoszkópos dilatációja, lézer kezelése, a tumor alkoholos infiltrálása, illetve endoprotézis beültetése általában még a beteg kezelésének aktívabb időszakában megtörténik.
2. Palliatív célú gastrostomia (lehetőség szerint PEG) ill. nasogastricus tápláló szonda levezetése a beteg korrekt tájékoztatása után.
3. Az obstructio csökkentése megkísérelhető szteroidokkal, de az esetleges ulceratív mellékhatásokra fordítsunk különös figyelmet!
4. Diétás és életmódbeli tanácsok.
5. Teljessé váló nyelésképtelenség esetén, jelentős panaszt okozhat a nyálcsorgás. Ennek csökkentésére anticholinerg szerek javasolhatók:
  - TCA-k (pl. amitriptylin - Teperin - este 25-50 mg)
  - Phenothiazinok (pl. thioridazin - Melleril - este 25 mg)
  - Scopolamin vagy atropin

Anticholinerg szereket egymással ne kombináljunk!

### **i.) Csuklás**

*Okai:*

- a gyomor feszülése (az esetek 80-90%-ában)
- a rekesz, a n. phrenicus irritációja
- uraemia
- agydaganat vagy áttét (ritkán)

*Kezelése:*

1. Nasopharyngealis stimuláció
  - a vagus ingerlése
  - carotis massage
  - Valsava manőver
2. A gyomor feszülésének megszüntetése
  - böfögtetés
  - metoclopramid (Cerucal, Paspertin) 3x10 mg
  - dimeticone (Ceolat), simethicone (Sab simplex susp.)
3. Izomrelaxánsok
  - baclofen (Lioresal, Baclofen) 2-3x5-20 mg
  - nifedipin 3x10-20 mg
  - diazepam 3x5-10 mg
4. A csuklás centrális gátlása
  - haloperidol (Haloperidol) este 1,5-3 mg
  - chlorpromazine (Hibernal) 12,5-50 mg

### **l.) Hányinger, hányás**

A tünet, az előrehaladott állapotú betegek 40-70%-ánál észlelhető.

*Patofiziológiai alapok:*

A hányásközpont a IV. agykamra fenekén található funkcionális központ (motoros magcsoport), 4 fő afferenciációval, különböző, leginkább serkentő receptorokkal. Mivel kívül esik a vérágyon, a vérben lévő anyagokkal közvetlenül nem érintkezik, a toxikus hatások

(gyógyszerek) a tőle kissé dorsalisán és caudalisán az area postrema-ban elhelyezkedő kemoreceptor trigger zónán (CTZ) keresztül váltanak ki hányást.

A hányásközpont dopaminerg, serotonerg, histaminerg és cholinerg serkentő neuronokat kap, e hatások célzott gátlása révén (részben itt, részben már az afferentáció korábbi helyein) érhetünk el eredményes hányáscsillapítást.

*A hányás lehetséges klinikai okai:*

A.) A CTZ-n keresztül:

Gyógyszerek (ópiátok, carbamazepin, digoxin, SSRI-k, kemoth?)

Toxinok (infectio, uraemia, tumornecrosis)

Hypercalcaemia

B.) Gastrointestinalis afferentációon keresztül:

Késleltetett gyomorürülés

Bélobstrukció,

Gyógyszerek (kemoterapiás szerek, NSAID-ok, antibiotikumok, vaskészítmények, theophyllin)

Obstipáció

Hepatomegalia,

Infekció (gastroenteritis, peritonitis, chloangitis)

Epeürülési zavarok

Gyomorvérzés,

Peptikus fekély

C.) Az agykérgen keresztül:

Agnyomás-fokozódás

Szorongás (anticipált hányás)

D.) A vestibuláris rendszeren keresztül:

Kisagyhíd szögleti tumor, cerebellaris áttét

Vertebrobasillaris keringészavar

Kinetikus hányás

Ópiátok (ritka)

*Terminális állapotú tumoros betegek esetében a késleltetett gyomorürülés, a bélobstrukció, a gyógyszerek és biokémiai eltérések teszik ki a hányások okának közel 80%-át.*

*Az intracranialis nyomásfokozódás kevesebb, mint 5%-ban oka a daganatos betegek hányásának.*

*Kezelés:*

***Hányáscsillapítók***

1. táblázat: A hányáscsillapítók receptor affinitása

Gyógyszer	D <sub>2</sub> antago-nizmus		H <sub>1</sub> ant.	A Ch. (musc.) ant.	5HT <sub>2</sub> ant.	5HT <sub>3</sub> ant.	5HT <sub>4</sub> agonizmus
	CTZ	Perif.					
metoclop-ramid (Cerucal, Paspertin)	++	++				+	++
Domperidon (Motilium)	+	++					
cisaprid (Coordinax)							++++
haloperidol	+++						
thiethylperazin (Torecan)	+++						
promethazine (Pipolphen)	+		+++	+			
chlorpro-mazin (Hibernal)	++		++	+			
levomepro-mazin (Tisercin)	++		+++	++	+++		
dimen-hydrinát (Daedalon)			++	++			
atropin				+++			
ondansetron (Zofran)						+++	
granisetron (Kytril)						+++	
tropisetron (Navoban)						+++	
Pyridoxin (B 6 vit.)							

A haloperidol dózisa 1-2x1,5-5 mg általában az este 1 tableta vagy 1/2 ampulla sc. kielégítő antiemetikus hatást biztosít toxicus emetikus ingerek esetén. Elérhető 2 mg/ml koncentrációjú cseppek formájában is. A Torecan rövidebb hatástartamú, napi 2-3x1 6,5 mg-os tbl., inj. vagy kúp javasolt.

A promethazin és chlorpromazin kifejezetten szedál, ezért antiemetikumként ma már ritkán használatosak.

A *levomepromazin* antiemetikumként este 1x6,25 mg dózissal kell a terápiát kezdeni. (1/4 tbl. Tiscerin), mely sz.e. 1x25 mg-ig emelendő, anticholinerg (szájszárazság) és antiadrenerg (orthostasis) mellékhatásai általában magasabb dózisoknál jelentkeznek.

Az **antihistaminok** közül a legismertebb hányáscsillapító a *dimenhydrinát* (más néven: *diphenhydramine*) (Daedalon tbl., kúp) elsősorban kintosisokban javallt, mérsékelt anticholinerg és sedatív mellékhatásokkal bír. A palliatív ellátásban az alábbi esetekben jön szóba használata:

- morfin által ritkán előidézett vestibularis hányinger-hányás
- köhögések által kiváltott hányás
- emelkedett koponyaűri nyomásfokozódás
- részleges bélobstrukció okozta émelygés, hányás

Dózis: 4-6 óránként 50-100 mg (1-2 tb vagy 1 kúp).

A *hydroxyzine* (Atarax tbl, sir., inj.) elsősorban szorongáscsökkentőként ismert, ugyanakkor erős antihistamin potenciálú, és számottevő antiemeticus hatással is bír 3x1/2-1 tb dózisban.

A **parasympatholyticumok, atropin** bélobstrukcióban – kihasználva secretiogátló és görcsoldó hatásukat is – nélkülözhetetlenek. Mellékhatásként szájszárazság, tájékozódási zavarok, pszihomotoros nyugtalanság, esetleg delírium léphet fel.

Dózis: 6-8 óránként 0,5 mg sc.(A kevesebb mellékhatással bíró hyosciamin hydrobromid ill. butilbromid (Buscopan, Scobutil) egyedi importént szerezhető be.)

A **setronok** specifikus 5HT<sub>3</sub> antagonisták. Használatuk kemoterápia okozta hányás esetén javallt elsősorban, a palliatív ellátásban alkalmazásuk ritkán indokolt.

A **pyridoxin** (B6 vitamin) antiemeticus potenciálja igen alacsony. Egyetlen terápiás előnye a biztonságossága (graviditasban ill. gyermekeknél). A palliatív medicinában alkalmazásának nincs létjogosultsága.

A **szteroidok** hányáscsillapító hatásmechanizmusa nem teljesen tisztázott, talán a CTZ capillaritásának permeabilitás csökkentése révén fejtik ki hatásukat.

## 2. táblázat: Ajánlás a hányás okspecifikus csillapítására

Ok	Elsőként választandó	Másodikként választandó	adjuváns
késleltetett gyomor-ürülés	metoclopramid* 3x10-30 mg p.o./p.r./sc.	Cisaprid* 2x20 mg p.o.	
gastrointestinalis irritáció (gyógyszer, radioth.)	metoclopramid* 3x10-30 mg p.o./p.r./sc.	5 HT <sub>3</sub> ant. p.o./iv.	H <sub>2</sub> blokkoló vagy protonpumpagátló vagy misoprostol
bél obstrukció - colica nélkül	metoclopramid* 3x10-30 mg p.o./p.r./sc.	+ dexamethason** 1x8-12 mg iv./po.	
- colicával	haloperidol 1x1,5-10 mg p.o./sc.	levomepromazine 1x6,25 mg-25 mg p.o./p.r.	laxatívumok atropin3x0,5mg sc dexamethason 5 HT <sub>3</sub> ant.
toxinok (urea, Ca) gyógyszerek (CTZ)	Haloperidol	levomepromazine	
Intracraniális nyomásfokozódás	Dexamethason 1x8-16 mg	+ levomepromazine	



vestibularis izgalom	Dimenhydrinat 4x100 mg p.o./p.r.	levomepromazine	
ismeretlen	Metoclopramid	levomepromazine	dexamethason 5HT3 ant.

\* Az anticholinerg gyógyszerek (pl. atropin, levomepromazine) felfügesztik a prokineticumok perifériás hatását.

\*\* Dexamethason helyett methylprednisolon is használható 40-125 mg kezdődőzissal.

Anticholinerg gyógyszereket lehetőség szerint ne kombináljuk egymással!

### m.) Székrekedés

A palliatív gondozásba vont betegek 75-85%-át érinti, megoldása időnként jelentős fájdalommal járhat.

*Okai:*

- csökkent táplálék- (különösen rost-) bevitel
- csökkent folyadékbevitel, vagy fokozott veszteség (pl. hányás)
- inaktivitás
- gyengeség
- pszichoszociális okok
- elektrolyt eltérések (hypercalcaemia, hypokalaemia)
- bélobstrukció (részletesen lásd a következő fejezetben)
- gyógyszerek (ópioidok, anticholinerg szerek, NSAID-ok, stb)

*Kezelése:*

Eredményes kezeléséhez célszerű felderíteni a domináló okot (egyszerre 2-3 kiváltó tényezővel is gyakran számolhatunk)

#### 1. táblázat:

okok	megjelenés	Választandó kezelés
<u>1. csökkent motilitás</u> inaktivitás, depresszió csökkent táplálékfelvétel, gyógyszerek (ópiátok, vas- terápia, NSAID-ok anticholinerg szerek)	kemény széklet	stimuláns szerek, rostok
<u>2. csökkent víztartalom</u> csökkent folyadékbevitel, hányás,láz, polyuria, vízajtók	száraz széklet	bő folyadék+ ozmotikus szerek
<u>3. renyhe székelési reflex</u> gyengeség, tartós fekvés g.v. sérülés	telt ampulla	kiürítés+ stimuláns szerek
<u>4. impactatio</u>	túlfolyásos széklet, tapintható sigma	kiürítés
<u>5. bél obstrukció</u>	általában. meteorismus, gyakran üres ampulla	

Jelentősége miatt külön is foglalkoznunk kell az **ópiátok okozta székrekedés** kérdésével. Az ópiátok a székrekedést elsősorban a bélfal ópiát receptorain keresztül hozzák létre, ezért ennek kikerülésével az obstipáló mellékhatás lényegesen kisebb (transdermalis, rectalis vagy injekcióban történő alkalmazás esetén).

A bélfal ópiát-receptoraihoz kötődés a vastagbél körkörös izmainak fokozott tónusát, az előrehaladó perisztaltika lassulását, ezáltal fokozott vízviasszívást és a széklet bekeményedését eredményezi. Fokozódik még a belső anális sphincter tónusa, ezáltal nehezebbé válhat maga a székelési folyamat

Az egyes orális ópiátok obstipációt okozó mellékhatása lényegesen eltér egymástól. Míg a tramadol és a methadon ilyen irányú hatása enyhének ill. ritkán előfordulónak számít, a codein és a morfin gyakorlatilag törvényszerűen idéz elő székrekedést. Kivételt csak a colostoma képez (minél rövidebb a benthagyott vastagbél szakasz, annál kevésbé kifejezett az obstipatio), ill. a betegek nagyon kis hányada (<1%), akiknél feltehetőleg genetikailag módosult ópiát-receptorokkal állunk szemben.

Szájon át alkalmazott ópiátok okozta székrekedés kezelése

1. Az ópiát bevezetése előtt passage rendezés
2. Megfelelő folyadék és rost bevitel (gyümölcsök, kávé, szörpök), valamint a mozgás lehetőség szerinti fokozása.
3. Az ópiát-terápiával egyidejűleg stimuláns laxatívum adása  
(pl. Tisasen 2x20 mg, Laxylgal 2x20 csepp, Laxbene 2x1 tbl).
4. Szükség esetén kiegészítés ozmotikus szerrel (Laevolac 3x2 ek) ill. végbélkúpokkal (Supp. Glycerini 3g, Supp. laxans FoNo, Supp. Laxbene).
5. Dózisemelés esetén szükség lehet a laxatívum dózisznövelésére is.
6. Cselekvési algoritmus a beteg kezébe.
7. Szükség esetén beöntés ill. manuális kiürítés.
8. Makacs esetben áttérés parenterális adásra ill. alternatív ópiátra.

## **n.) Hasmenés**

A valódi hasmenés terminális állapotú rákbetegek esetében nem gyakori jelenség.

*Okai:*

Leggyakrabban hashajtó túladagolás okozza, de megjelenésében hasmenésként mutatkozik a valójában passage zavarhoz társuló túlfolyásos széklet is. Irradiációs enteritis, a rövidbél syndroma (pl. ileostoma), a gyógyszerek mellékhatásaként jelentkező diarrhaea (pl. cytostaticumok, vaskészítmények, NSAID-ok, magnézium tartalmú antacidák), a pancreas enzimihiány következtében fellépő steatorrhea. Társbetegségek (pl. gastroenteritis, pseudomembranosus colitis, laktóz intolerancia, diverticulitis, stb.).

*Kezelése:*

Amennyiben a kiváltó ok azonosítható, törekedni kell specifikus kezelésre, illetve a kiváltó ok megszüntetésére.

- Posztirradiációs enteritisben hasznos lehet PG szintetáz gátlók, ill. cholestyramin alkalmazása
- Steatorrheában pancreas enzimpótlás szükséges

Tünetileg legkézenfekvőbb kihasználni az orális ópiátok erélyes obstipáló hatását, a beteg fájdalmainak függvényében. Amennyiben ópiát-szedő betegen alakul ki tényleges hasmenés (nem pedig túlfolyás), úgy loperamid (Lopedium, Imódium) hozzáadásának lehet értelme, mert a morfinnál erősebben kötődik a bélfal ópiát-receptoraihoz. Kezdő dózisa 4 mg (2

kapszula), napi dózisa sz.e. 16 mg-ra emelhető. Amennyiben a széklet bűzös, kedvező lehet az adsorbens hatású Bolus adstringens adása, napi 3x1-3 tbl. formájában.

### **p.) Bélelzáródás**

A vastagbél-tumoros betegek 10%-át, az ovarium carcinomás betegek 25%-át érinti. A beteg életminőségét kifejezetten rontja, gyakran közvetlen halálóki tényező.

*Okai:*

- maga a tumor vagy peritoneális propagatója
- postoperatív/postirradiációs adhéziók
- székrekedés
- gyógyszerek (ópiátok, anticholinerg szerek)
- társbetegségek

*Lehet:*

- mechanikus vagy funkcionális
- proximalis vagy distalis
- egyszeres vagy többszörös
- részleges vagy teljes
- átmeneti vagy tartós

*Tünetek:*

- hasi fájdalom 90%
- kólika 75%
- hányás 100%
- szájszárazság 90 %
- meteorizmus az elzáródás helyétől függ
- székürítés teljes székrekedés/túlfolyásos hasmenés
- bélhangok adynam/hypersonor

*Kezelése:*

1. Sebészi

2. Konzervatív

metoclopramid (ha nincs kólika)

haloperidol + atropin (ha kólika jelen van)

hatástalanság esetén levomepromazine.

Szteroidok alkalmazása megfontolható a tumoros szövetek ödémájának csökkentése céljából.

Atropin alkalmazása mellett a beteg mérsékelten dehidrált állapotban tartandó!

Bélpassage helyreállítása, ha a vastagbél is érintett. Kerüljük az erős stimuláns vagy osmaticus laxatívumokat! Használjunk széklet-lágyítókat (paraffin olaj) vagy óvatosan sennát! (A hasi görcsök csökkenthetők, ha a napi szenna adagot a beteg több részletben fogyasztja el.)

Hasznos lehet a rectum rendszeres kiürítése kis beöntéssel.

A konstans, tompa, feszítő fájdalom csillapítására rendszeresen adott analgeticumok szükségesek a WHO lépcső szerint. Sok beteg igényel kis dózisu sc. morfint!

*Táplálék és folyadékbevitel*

Ha a passage megtartott, gyakori, kis étkezések ("falatkák") megengedettek. Teljessé váló bélobstrukció esetén a táplálkozás felfüggesztése vagy minimalizálása válhat szükségessé. Folyadékpótlás nem feltétlenül szükséges.

### **Proximális obstrukció**

A gyomorkimeneti obstrukció gyakran csak részleges.

Gyomorkimeneti obstrukcióban, ha a secretiot csökkenteni kívánjuk, az első választandó szer parasympatholyticum. (Buscopan, Scobutil, Atropin).

A H<sub>2</sub> receptor blokkolók előnyösebbek a protonpumpa gátlóknál, mivel ez utóbbiak csak a savtermelést csökkentik, de a secretio mennyiségét nem.

## **Ascites**

Az összes tumoros beteg 10%-át érinti, gyógyszeres kezelése sokszor sikertelen.

*A leggyakoribb ascitest okozó elsődleges tumorok:* petefészekrák, gyomorrák, emlőrák, hasnyálmirigyrák, vastagbélrák, tüdőrák.

*Okai:* carcinosis peritonei, fokozott peritoneum permeabilitás, lymphaticus compressio, hyperaldosteronismus, Na retentio, májattétek, (hypalbuminaemia, portalis pangás), vena portae thrombosis.

*Kezelése:*

1. Sómegszorítás

2. Spironolakton 2x50 mg-tól fokozatosan emelve akár 2x200 mg-ig

3. Furosemid napi 40-80 mg (hatásos kezelés esetén csökkentendő)

Cél: perifériás ödéma esetén 1 kg /nap, ödéma nélkül 1/2 kg /nap súlycsökkenés

4. ascites punkció: - lassan  
- branüllel  
- sz.e. UH kontroll mellett

5. Terápia refrakter esetekben a malignus ascites termelődése systemás ill. intraabdominalis kemoterápiával is csökkenthető.

## **VI. Vizelési zavarok**

### **a.) Vizelet inkontinencia, és vizeletretenció**

*Okai:*

Terminális állapotban az inkontinenciát elsősorban a tumor hólyag-inváziója okozhatja. Ezen kívül, vesicovaginális fisztula, gerincvelői kompresszió, a cyclophosphamide kezelés, ismételt műtétek a hólyag környezetében, sugárkezelés, késői szövődményeként fellépő hólyagfibrózis, anticholinergiás gyógyszerek, ópoidok, infekciók okoznak inkontinenciát.

*Kezelés:*

Amennyiben lehetséges, le kell állítani és kicserélni az inkontinenciát okozó gyógyszereket. Egyébként pedig katétert kell felhelyezni.

*Gyógyszeres kezelés*

Bethanechol 10 mg per os, 2x naponta, maximális dózis 50 mg

Oxybutinin (anticholinergiás szer) 2,5-5 mg per os 2x naponta.

Imipramine 10-20 mg per os.

### **b.) Vizeletretenció**

Leggyakrabban az ópoid terápia okozza, a tolerancia kialakulásával azonban 1-7 nap alatt ez spontán oldódik. Amennyiben benignus prostatahypertrophia vagy az előrehaladott növekvő tumor okozza a vizeletretenciót, katétert kell felhelyezni. Pilocarpin 3 x 5-10 mg-jának orális adása az ópiát okozta retenciót megszüntetheti.

### **c.) Haematuria**

Általánosan haematuriát cystitis, a prostata- rectumtumor hólyaginfiltrációja, a hólyagtumor maga, coagulopáthiák, kémiai (gyógyszer okozta) cystitisek, vesetumor okozhat.

*Kezelése:*

A kezelés alapja a hólyag dezinficiálása, antibiotikum célzottan, ha szükséges, és Foley katéteren keresztül a hólyag rendszeres öblítése hideg hypermangános oldattal. Vérzéscsillapítókat, koagulációt okozó szereket öblítésre ne használjunk, mert a keletkezett csapadék a katéter nyílását eltömészelheti. Tumoros infiltráció esetén sugárkezelés megkísérelhető.

#### **d.) Fájdalmas hólyagspasmus**

Visszatérő fájdalmas paroxysmalis hólyagspazmust, tenezmust okozhat a hólyagtumor, prostatatumor hólyaginfiltrációja, radiogén cystitis és a morfin.

Gyógyszeres kezelés: Imipramine 10-20 mg per os 6x naponta, amitriptyline 25-50 mg per os 6x naponta, vagy oxybutynin 2,5-5 mg per os kétszer naponta. Megkísérelhető kevert kúpok adása (suppositoria Analgeticum forte sec FONO)

### **VII. Neuropszichiátriai zavarok**

#### **a.) Agyi metasztázisok**

A terminális állapotú rákbetegek mintegy 25-35 %-ában alakul ki agyi metasztázis.

*Okai:* kis- és nem kissejtes tüdőrák, emlőrák, gastrointestinalis tumorok, vesetumor, melanóma és ismeretlen primér tumor. Az esetek 60 %-ában az agyi metasztázis multiplex. Fő tünetei: fejfájás, gyengeség, bénulások, hányás, zavartság.

*Kezelés:*

A terminális állapotban a kezelés a beteg általános állapotától is függ. Kezelés nélkül a túlélés csupán 1-2 hónap, szteroidok, sugárkezelés és sebészi kezelés a túlélést 2-6 hónapra megnyújthatja.

Gyógyszeres kezelés:

*Cél:* az agyödéma csökkentése

*Szteroidok:* dexamethasone 16-100 mg iv naponta, a tünetek javulásáig, 3-7 napig maximum. Ez után az adagot a fenntartó napi 16-32 mg-ra kell visszaállítani.

*Osmoterápia:* ha a szteroidok nem elegendők, kiegészítésként adjuk.

Mannitol, 100 mg iv.

Glycerin 100mg iv.

*Antikonvulzív kezelés:* csak ha a betegnek epilepsziás rohamai vannak. (Carbamazepin 2x200 mg naponta per os)

*Sugárkezelés:* az egész koponyát besugarazzuk két oldalról multiplex metasztázisok esetén. Frakcionálási javaslat: 5 nap alatt 20 gy (fokozza az agyödémát) vagy 10 nap alatt 30 gy.

#### **b.) Epilepsziás és epileptiform rohamok terminális állapotban**

Meglehetősen ritkán előforduló tünet, a terminális állapotú betegek, csak mintegy 1 %-ában fordul elő.

*Okai:*

Metasztázis az agyban, valódi stroke, korábbi epilepszia akut exacerbációja, hypoxia, metabolikus zavarok (uraemia, hypoglycaemia, hyponatraemia) láz, gyógyszer- és alkoholfüggőség.

*Laborvizsgálatok:* a roham kezelése után vagy a status epilepticus alatt feltétlenül ellenőrizni kell a vércukorszintet, szérumban nátrium, kalcium, magnézium és karbamid szintet. Vizsgálni kell az oxygenizációt. Ha a beteg korábban phenytoint szedett, akkor a toxicitást is ki kell zárni.

*Kezelés:*

A tipikus „grand mal” roham kezelésére hagyományosan phenytoint adunk 300-400 mg dózisban a szérumban phenytoin szint folyamatos monitorozása mellett. Focális rohamok esetén, azok generalizálódásakor, és ha a phenytoin nem válik be, mindig hatásos a carbamazepin adása napi 400-800 mg dózisban, kétszer naponta. Fenntartó kezelés 400 mg naponta 2x. A szérumban carbamazepin szintet ez esetben is monitorozni kell.

Status epilepticus (ismétlődő rohamok 30 percnél rövidebb intervallumok) esetén a gyógyszeres kezelést intravénásan kell alkalmazni. Biztosítani kell a légutakat és az O<sub>2</sub> adagolást.

Gyógyszerek: lorazepam 4 mg iv lassan, 2-5 perc alatt, ezt követően phenytoin infúzió 20-25 mg 30-40 perc alatt. Ha a roham nem szűnik, 20 mg/tskg phenobarbital adandó maximum 100 mg/ perc dózisban. A kezelést ki kell egészíteni 16-32 mg dexamethasone adásával az agyödéma csökkentése céljából. Ha a rohamok visszatérnek, rectalisan adható na-valproat szirup 250-500 mg naponta.

### **c.) Gerincvelői kompresszió**

A terminális állapotú rákbetegek mintegy 70 %-a szenved csigolyametasztázistól és ezek 5 %-a hal meg a csigolya-metasztázis okozta gerincvelői kompresszió következtében. A primér tumor a tüdőben, emlőben helyezkedik el, vagy lehet ismeretlen kiindulású, lymphomás eredetű és a melanóma malignum áttéte. Legnagyobb számban (70%) a háti gerincszakaszt érinti a betegség.

*Kezelés:*

A malignus tumor okozta gerincvelői kompresszió mindig irreverzibilis. A kezelés a tünetek enyhítésére korlátozódik.

- Kortikoszteroidok: csökkentik a gerincvelői ödémát és a fájdalmat. Szerencsés esetben antitumorális hatásuk is van. Ajánlott gyógyszer: Dexamethason 100 mg iv, 6 óránként az első 24 órában majd 32 mg fenntartó napi egyszeri adagra kell fokozatosan beállni.
- Sugárkezelés. Csak sugárérzékeny tumorokban csökkenti hatásosan a tüneteket, legfőképpen a fájdalmat. Ajánlott dózis: 30-40 Gy 2-3 hét alatt.
- Idegsebészeti kezelés, műtét. Csak akkor indokolt, ha a sugárkezelés után romlik a beteg állapota, de a várható élettartama több mint egy hónap.
- Kemoterápiát adhatunk a kemoterápiára érzékeny tumorok esetén, melynek a célja a tünetek csökkentése a tumor tömeg csökkentésén keresztül.

### **d.) Zavartság, delírium a terminális állapotban**

A delírium nem más, mint egy hirtelen fellépő teljes mentális funkciózavar. A terminális állapotban delíriumra hajlamosít az előrehaladott betegség és kor, valamint a hosszú kórházi kezelés.

*Okok:*

- agyi metasztázisok
- a kemoterápia késői mellékhatása (nagy dózisú methotrexat, cisplatin, vinca alkaloidok, bleomycin, procarbazine)

- a palliatív terápiában használt gyógyszerek (kortikoszteroidok, ópoidok, antiemetikumok, anticholinergiás szerek)
- kábítószer- vagy alkoholfüggőség (korábbi)
- fájdalom- és diszkomfort érzés (telt hólyag)
- metabolikus zavarok (vércukorszint változások) uraemia, hepatikus encephalopathia, kardiovaszkuláris hypoxia, stroke, pajzsmirigy és mellékvese elégtelen működése
- fertőzés, láz
- táplálkozási hiánybetegségek: thiamin hiány, B12 hiány

Mielőtt a kezelést elkezdenénk, laborvizsgálatokkal kell tisztázni a delírium eredetét (vércukor, szérum elektrolit, bilirubin, májfunkció, karbamid, nitrogén vizsgálat kötelező)

*Kezelés:*

Korrigálni kell a laborvizsgálatok alapján észlelt eltéréseket. Meg kell változtatni a gyógyszerelést. (váltunk ópoidot, csökkentjük a kortikoszteroidok dózisát, fokozatosan vonjuk meg a pszichotróp gyógyszereket és az alkoholt).

### **Gyógyszeres kezelés**

Kis dózisban adhatók kortikoszteroidok, ha a delírium kiváltó oka feltételezhetően az agyi metasztázis. Dexamethason 16-36 mg per os naponta egyszer. Agitált delírium esetén haloperidolt kell adni cseppekben 1 mg dózisban. Javasolható még midazolam 30 mg 24 órás lassú infúzióban erős nyugtalanság esetén.

## **VIII. Folyadék- és elektrolit zavarok**

### **Folyadék igény**

Az élettan könyvekben leírt napi 1,5-2 l folyadékfelvételre a terminális állapotú betegek jelentős része nem képes. Az agónia időszakában ez a határ tovább csökkenthető akár a napi 1-3 dl folyadékbevitelre, amennyiben megfelelő szájhigiéné és szájszárazság csökkentő szerek alkalmazása elérhető (lásd az agonális szak kezelésénél). Ez a folyadékmennyiség általában szájon keresztül bejuttatható (sokszor itatós fecskendőből, 2-3 ml-es kortyokban, 10-20ml-es frakciókban) anélkül, hogy parenterális folyadékpótlásra lenne szükség.

A tumoros betegek ödéma készsége gyakran fokozott (hypalbuminaemia, NSAID-ok használata, gyakori véna kompressziós állapotok), volumenterhelhetőségük kisebb, így a hiperhidrációnak komoly veszélyei lehetnek.

Az agonális szakban adott infúzió a bőségesebb hörgi váladékképződés és a keringési elégtelenség nagyobb rizikója miatt a beteg haláltusáját kifejezetten megnehezítheti!

*A választott folyadék lehet Ringer-laktát, Ringer-glukóz, esetleg 5% Glukóz oldat.*

### **A sóháztartás zavarai**

A tumoros beteg aluszékonyságának, letargiájának, zavartságának, izomgyengeségének esetleg izomgörcseinek, bélrenyheségének, terápia-rezisztens hányásainak a hátterében – az egyéb szóba jövő okok mellett – fel kell, hogy vetődjön ion eltérések, illetve rendellenes veseműködés lehetősége, különösen, ha erre hajlamosító valamely tényező is jelen van. A klinikai tünetek gyakran szorosabb korrelációt mutatnak a változás sebességével, mint annak abszolút voltával.

### **A nátrium háztartás zavarai**

#### **Hyponatraemia**

(se Na < 135 mmol/l)

A.) Normovolaemiás hyponatraemia

Amennyiben a beteg normovolaemiás és nem hypothyreosisos, túlzott ADH secretio lehetőségével kell számolni (syndrome of inappropriate ADH secretion = SIADH).

*Előfordulás:*

Az összes tumoros beteg 2%-ában, kis sejtes tüdőkarcinómás betegek 10%-ában figyelhető meg, de a malignomán kívül számos más okot is figyelembe kell vennünk a palliatív ellátás során.

*Okok:*

*Tumor:* tüdőrák (kissejtes), hasnyálmirigyrák, prosztataraák, malignus lymphoma, akut myeloid leukémia

*Gyógyszerek:* antidepresszívumok (TCA-k, SSRI-k), különösen idősekben Carbamazepin, Neurolepticumok, Vincristin, Cyclophosphamid

*Társbetegségek:* Pneumonia, Pulmonalis abscessus, Tbc, Cerebro-vascularis kórképek

Az ADH-nak a hipofízis hátsó lebenyéből történő felszabadulása élettani körülmények között a központi idegrendszer és a mellkasi baroreceptorokon keresztül érvényesülő idegi szabályozás alatt áll. Bizonyos tumorek (elsősorban a kissejtes tüdő cc.) ectopiás ADH vagy ADH szerű peptid szekréciójára képes.

*Tünetek:*

Gyengeség, hányinger, esetleg hányás, zavartság, súlyos esetben aluszékonyság, multifocalis myoclonusok, convulsiók, kóma.

*Kezelés:*

Tünetmentes hyponatraemia terminális állapotú betegen nem biztos, hogy feltétlenül kezelendő! Vízmegszorításra (500-1000 ml/die) a se Na néhány nap alatt emelkedni fog.

Panaszokat okozó (ált. 120 mmol/l alatti) hyponatraemia a beteg általános állapotát figyelembe véve elvileg sürgősséggel kezelendő. A túl gyors korrekció pontin demyelinisatiohoz vezethet.

a.) *A belgyógyászatban szokásos 1 mmol/h seNa koncentráció emelés hypertóniás (3%) NaCl és furosemid együttes adásával kórházi elhelyezést, többszöri vérvételt igényel, a palliatív ellátásban ritkán alkalmazott módszer.*

b.) Fiziológiás konyhasó infúzió és kisdózisú diureticum (0,5 mg/kg) adásával lassabban, de biztonságosabban emelhetjük a se Na szintet. Kacsdiureticum jelenlétében az ADH még magas koncentrációban sem képes vízvisszaszívásra.

c.) Amennyiben az infúzió adását szeretnénk elkerülni, hasznos lehet a napi folyadékbevitel erősebb korlátozása, illetve orális karbamid (urea pura) 30g/100 ml narancslében való alkalmazása, reggel, egyszeri dózisban. Ez utóbbi, mint osmoticus diureticum, elsősorban vízelvonás révén hat (Tw 141.)

d.) Egyelőre Magyarországon még nem elérhető a demeclocyclin, mely szelektíven gátolja az ADH distalis tubulusokra kifejtett hatását. A palliatív ellátásban 2-3x300 mg-os dózisban ezt javasolják első választandó kezelésként.

B.) Hypovolaemiás betegnél számításba veendő az extrarenalis só és folyadékvesztés (profúz hasmenés, gyakori hányás, vékonybél sipolyok, dehidráció, fokozott verejtékezés), diureticumok, aldosteron antagonisták, ACE gátlók használata, mellékvesekéreg elégtelenség és a nephrosis syndroma. Hypovolaemiában mindig fokozott az ADH secretio, így még akkor is hyponatraemia jön létre, ha az elvesztett folyadék nem hypertóniás. (A volumen szabályozás fontossága az osmolalitás felülmúlja.) Ezen eltérések kezelése az általános orvosi gyakorlatban megszokott módon az ok felderítésén, lehetőség szerinti megszüntetésén, a hiányzó faktorok (pl. kortikoszteroidok) pótlásán alapul. A nátriumhiányt a volumenhiánnyal együtt kell pótolni pl. izotóniás Na Cl vagy Ringer laktát infúzió adásával.



C.) Hypervolaemiás hyponatraemia ödémás állapotokban fordul elő, kardiális dekompenzációban, előrehaladott veseelégtelenségben, valamint vascularisan dekompenzációt okozó cirrhosisban ill. igen kiterjedt májmetasztázisok esetén.

A szervezet összes nátrium tartalma ilyenkor valójában a kelleténél magasabb, a baroreceptorok azonban a keringő volument kevésnek érzékelik, fokozott ADH és aldosteron secretio jön létre. A beteg Na-t és vizet retineál (ez utóbbit nagyobb mértékben), ugyanakkor hyponatraemiás, ödémás és szomjas. E kórállapotok kezelése során a perifériás ödémáknál leírtak az irányadók. Amennyiben vízmegszorítást alkalmazunk, ne feledkezzünk meg a beteg szájszárazságának csökkentéséről.

### **Hypernatraemia**

(seNa > 145 mmol/l)

Hypernatraemia elsősorban elégtelen folyadékbevitel esetén fordul elő. Ha a beteg nagyfokú dehidráltóságát és hypernatraemiáját parenterális folyadékbevitellel kívánjuk rendezni, azt csak fokozatosan (> 2 nap), előbb izotóniás sóoldatot adva szabad megtennünk, ellenkező esetben agyödema léphet fel. A terminális veseelégtelenségben megfigyelhető hypernatraemia általában hypervolaemiával jár. Amennyiben haemodialysis nem történik és vizelet elválasztás nincs, a szájszárazság csökkentésére kell hagyatkoznunk.

### **A kálium háztartás zavarai**

#### **Hypokalaemia**

(se K < 3,5 mmol/l)

A szervezet kálium háztartásának legfontosabb szabályozója az aldosteron, mely a distalis tubulusban excretiot eredményez. Hypokalaemia elsősorban fokozott K vesztes esetén áll elő, mely lehet renalis (hyperaldosterinizmus) és extrarenalis (tartós hányás, esetleg profúz hasmenés, bélsipolyok). A tartós szteroid terápia is okozhat hypokalaemiát, de az újabb syntheticus glycocorticoidok mineralocorticoid hatása oly csekély, hogy ezzel a gyakorlatban csak ritkán találkozunk. A teljesség kedvéért említjük meg, hogy bizonyos endokrin tumorok fokozott aldosteron, ACTH vagy inzulin secretion keresztül szintén okai lehetnek tartós hypokalaemiának.

*Tünetek:*

Fáradtság, izomgyengeség, vázizomgörcs, bélrenyheség, súlyos esetben petyhüdt paresis, hyporeflexia, ritmuszavarok.

*Kezelés:*

Törekedni kell az orális pótlásra. Az újabb retard illetve intestinosolvens készítmények általában jobban tolerálhatók (Kálium durules, Kaldyum retard). Iv. pótlás csak súlyos hypokalemiában (se K < 2,5 mmol/l), ill. csak olyankor indokolt, ha az orális pótlás nem lehetséges. A beadandó oldat koncentrációja és sebessége nem haladhatja meg a 40 mmol/l/h-t. Magnézium hiány nehezíti a hypokalaemia korrekcióját (alkoholizmus, diureticus th., hyperaldosteronizmus, bélsipolyok, cisplatin th).

#### **Hyperkalaemia**

( se K > 5,3 mmol/l )

A hyperkalaemia nem ritkán a vérvételi technikából fakadó műtermék. A valódi hyperkalaemia gyakran káliumspóroló gyógyszerek (aldosteron antagonisták, ACE gátlók, amilorid, triamteren és trimethoprim) ill. magának a kálium chloridnak az együttes szedésével vagy/és bizonyos mérvű vesefunctio beszűküléssel áll összefüggésben. Életet veszélyeztető mértékű hyperkalaemiát általában végstádiumú veseelégtelenségben mérhetünk.

*Tünetek:*

Izomgyengeség, ritkán petyhüdt paresis, meteorismus és hasmenés előfordulhat, a klinikai tünetegyüttes azonban általában igen szegény, hyperkalaemiára gyakran véletlen leletként derül fény. EKG eltérések és ritmuszavarok csak súlyos hyperkalaemiára jellemzőek.

*Kezelés:*

Bizonyos mérvű azotaemia és kálium spóroló gyógyszerek szedése nem ritkán előfordul a palliatív ellátásban. Az adott gyógyszerek kihagyása általában elegendő. Ritkán van szükség egyéb kálium csökkentő módszerek (inzulin+glukóz, furosemid, B2 izgatók inhalálása, ioncserélő gyanták) alkalmazására. Végstádiumú daganatos betegek veseelégtelenségben jelentkező hyperkalaemiáját a palliatív medicina elveinek megfelelően nem kell feltétlenül kezelni. A hyperkalaemia önmagában az életminőséget meglehetősen kevésbé befolyásolja. Amennyiben a beteg nem részesül műveke kezelésben, konzervatív módszerekkel a K szint csökkentése csak nagyon rövidtávon lehet hatékony.

## **A kalcium háztartás zavarai**

### **Hypercalcaemia**

*Előfordulási gyakoriság:* 10-20%

Gyakori: emlő-, tüdő- (laphám), vese-, húgyhólyagrák és myeloma esetén

Ritka: prosztata-, kissejtes tüdő-, gyomor- és vastagbél-daganat esetében

*Patogenezis:*

- a tumor által secrealt PTH-rP fokozott csont resorptiohoz vezet
- osteoclast aktiváló cytokinek jelenléte IL-1, TNF, lymphotoxin (myelomában, lymphomákban)
- fokozódik a vesében a nátriumhoz kötött kalcium visszaszívódás

*Tünetek:*

A tünetek súlyossága nem mindig korrelál a mért se kalcium értékkel.

Enyhe: fáradtság, gyengeség, letargia, meglassultság, obstipáció, polyuria, polydipsia (+/-).

Súlyos: hányinger, hányás, zavartság, aluszékonyság, ileus, esetleg:kettős látás, ataxia, paresisek, a fájdalom fokozódása, kóma.

Súlyos tünetek gyorsan is kifejlődhetnek. A magas se Ca rossz prognosztikai jel.

A hypercalcaemia általában előrehaladott daganatos betegséghez társul. Az enyhe esetek felismerése sokszor nem könnyű. Más okkal nem magyarázható aluszékonyság illetve terápia rezisztens hányások esetén mindig gondoljunk hypercalcaemia lehetőségére is!

*Kezelés:*

A hypercalcaemia kezelésénél is igaz a palliatív medicina azon elve, hogy soha nem a laboreltérést, hanem a beteg panaszait, illetve magát az egész beteget kell szem előtt tartanunk a kezelés során.

1. A beteg volumennel való terhelhetőségét messzemenőkéig figyelembe véve napi 3-4 l Salina infúzió adása szóba jöhet Na pótlással és kacsdiureticum adásával (furosemid 2 óránként 20-40 mg iv, ha a megfelelő hydráltsági állapotot már elértük)

2. A biszfoszfonátok az osteoclastokon keresztül gátolják a csontreszorpciót, de nem befolyásolják a Ca renális tubularis abszorpcióját. Éppen ezért csak 2-5 nap után fejtik ki teljes hatásukat, amikor is – megfelelő folyadékpótlás mellett – a betegek jelentős részében normalizálják a se Ca szintet. A pamidronat (Aredia) havonta egy ízben adott 30-60 mg/m<sup>2</sup> dózisú infúzió a betegek 70-90%-ban segít fenntartani a normocalcaemiás állapotot. A Na-clodronat készítmények (Bonafos,Lodronat) mindenképpen i.v. infúzió formájában kell elkezdni (300-600 mg 3-5 napig), a megfelelően kivitelezett per os folytatólagos terápia kielégítő hatású.

3. A calcitonin a Ca csontból történő mobilizációját és vesén keresztüli visszaszívását egyaránt gátolja, így Ca csökkentő hatása már néhány órán belül érzékelhető. Hatása ugyanakkor - a gyorsan kifejlődő tachyphylaxia miatt - csak néhány napig tart, ezért biszfoszfonáttal együtt célszerű adni, annak mintegy bevezető adjuvánsaként.

## IX. Metabolikus zavarok

### Diabetes mellitus és a rákbetegség

#### *Előfordulás:*

A glukóz tolerancia az életkor előrehaladtával csökken, 60 év felett az átlag populációban a diabetes gyakorisága 6-8%.

#### *Patomechanizmus :*

A daganatos betegeken megjelenő friss diabetes lehet a tumor következménye is (pancreas tumor vagy ritkán metasztázis esetében), nem ritka azonban, hogy véletlenül felfedezett társbetegségről van szó. Még gyakoribb, hogy szteroid terápia hozza felszínre a lappangó szénhidrát háztartás zavart. Pancreas érintettség esetén a diabetes nagy valószínűséggel inzulinfüggő, szteroid indukálta esetben az OAD-k használatának lehet létjogosultsága.

Meglévő, ismert diabeteshez társuló malignoma esetén - elsősorban II.típusú diabetesben - a szénhidrát tolerancia jelentős javulására lehet számítani, a testsúly csökkenésével és a romló kalória bevitellel párhuzamosan.

#### *Kezelés:*

##### I. Diéta

A diétás szigorinak általában nincs értelme.

##### II. Oralis antidiabeticumok (OAD-k)

1. A biguanidok (metformin: Mecrkformin, Adimet; buformin: Adebit) terápiás értéke előrehaladott rákbetegségben nagyon kicsi. Általánosságban használatuk nem javasolható.
2. Az új, mikronizált kiszerelésű formák (Glucobene, Glibenclamid) felszívódása gyorsabb, hypoglycaemizáló mellékhatásuk valamelyest kisebb, bioekvivalens dózisban (3,5 mg mikronizált = 5 mg nem mikronizált formával) használatuk jobban javasolható.

A gliclazid (Diaprel) hatástartalma rövidebb, elsősorban a postprandialis inzulinsecretiot fokozódó hatása kifejezett, így hypoglycaemiát lényegesen ritkábban okoz. Adagolása a többi orális szerétől eltérő, reggeli és vacsora előtt 1 órával 1/2 -1 tb, nem elégséges hatás esetén 3x1 tb.

A gliquidon (Glurenorm) előnyös sajátossága, hogy csaknem kizárólag a májon keresztül választódik ki, így veseelégtelenségben relatív biztonságosan alkalmazható. Dózisa 3x1/2-1 tbl.

A glipizid (Minidiab) a leggyorsabban felszívódó és legrövidebb hatástartalmú sulfonylurea, szintén elsősorban a postprandialis vércukorszintet csökkenti. A tumoros betegeken nyert klinikai tapasztalatok még szerények, akárcsak a leghatásosabbnak tartott sulfonylureával, a glimepiriddel (Amaryl).

3. Az &-glukozidázgátló acarbose (Glucobay) a postprandialis VC csúcsok elsimítására szolgál, a diabetes "finom beállításának" a gyógyszere, rossz életkilátások esetén használata nem lehet indokolt.

##### III. Inzulin terápia

Az inzulinhiányos (I. típusú és pancreatogén diabeteses) betegek természetesen életük végéig inzulinterápiát igényelnek. A II. típusú cukorbetegéknél a testsúly csökkenése az

inzulin dózisának jelentős csökkentését, esetleg elhagyását teszi lehetővé. Ha a táplálékfelvétel – pl. gyakori hányások miatt – nagyon bizonytalanra válik, a korábban beállított fix kombinációjú inzulinoknak nem elegendő csupán a dózisát csökkenteni, a gyors és intermedier komponensek arányát is meg kell változtatni. Ha a beteg szeretne otthon maradni, és nincs lehetőségünk a VC szoros monitorozására, nem követünk el nagy hibát, ha a gyors hatású komponenset egyszerűen kihagyjuk, és csak intermedier inzulint alkalmazunk. Sok esetben elegendő lehet akár a napi 1x alkalmazott hosszú hatású készítmény is (Ultratard, Humulin U), mely elegendő basalis inzulinszintet biztosít. A kimaradó étkezések és hányások így nem okoznak hypoglykaemiát, és nem kell az anyagcsere kisiklásától sem tartanunk.

## X. Láz és fertőzés

A terminális állapotú betegek fele valamilyen fertőzés következtében hal meg. A láz azonban az előrehaladott rákbetegségben nem mindig a fertőzés jele.

Láz fertőzés nélkül jelentkezhet, mint paraneoplazias tünet is bizonyos tumorok előrehaladott állapotában (lymphomák, vesetumor, májmetasztázis és máj primer tumor). A gyógyszeres (fenntartó) kezelés mellékhatása is lehet (interferonok, interleukinek, kolonia-stimuláló faktorok). A sugárkezelés késői mellékhatása (steril penumonitis, pericarditis) is lázat okoz.

Nem jelentkezik láz fertőzés esetén sem a terminális állapotú betegek esetében, ha azok általánosan legyengült immunrendszerűek, kortikoszteroidokat vagy NSAID-t szednek más okokból.

*Ajánlott gyógyszerek:*

Ismeretlen eredetű láz esetén acetaminophen adása javasolt 500-1000 mg dózisban 4-6 óránként per os. Feltételezett paraneoplasias láz esetén adjunk naproxent 250 mg dózisban per os 12 óránként.

## Fertőzés

### 1. Táblázat Terminális állapotú betegek szokványos fertőzései és kezeléseik

Fertőzés	Gyógyszerek a tünetek enyhítésére, nem oki terápia	Fertőzésre utaló tünetek	Kezelés
Vizeletkiválasztó traktus fertőzései	Phenazopyridine 100-200 mg per os, paracetamol 500-1000 mg per os 6 óránként	Láz, hidegrázás, fájdalmas vizelet.	Vizeletleoltás, célzott kezelés.
Pneumónia, bronchitis	Inhaláció mucolytikumok-kal. Ajánlott inhalációs keverék még: 2,5 mg morfin + 2 mg dexamethason 1,5 ml fiziológiás sóban oldva.	Súlyos dyspnoe, láz, hidegrázás, köhögés, purulens köpet.	A köpet leoltása, esetleg haemokultura alapján célzott antibiotikumok adása. Kezdetben adhatunk Erythromycint 4x250 mg per os.
Gombás (candida) oesophagitis	Lidocain szirup, fájdalomcsillapítók a nyelési fájdalom csökkentésére.	Nyelési fájdalom	Nystatin szuszpenzió 6 óránként 3-6 ml, fluconazole 150 mg per os 5 napig.
Enterocolitis	Az erős hasmenés	Láz, hasmenés	Széketleoltás

	miatt rehidrálas javasolt és Tinct. Opii.15-20 csepp per os 4 óránként		alapjász.e. célzott antibiotikus kezelés
A fej-nyak tájék kifehélyesedett tumorai	Fiziológiás sóval lemosás, fájdalomcsillapítás	Hirtelen megnövekszik a fájdalom intenzitás	Cephalosporinok per os.
Gombás fertőzés, bőrt infiltráló tumoroknál	Fiziológiás sóval lemosás	Átható édeskés bűz	Metronidazol gél helyileg és szisztémásan is 200-400 mg naponta kétszer.

## **XI. Az utolsó órák, haldoklás**

Az élet utolsó óráiban legfontosabb, hogy a beteget a lehető legkényelmesebb pozícióba helyezzük el. Óvjuk a beteg emberi méltóságát, ne rövidítsük, és ne nyújtsuk meg a haldoklás folyamatát. Kérjük meg a családot, hozzátartozókat, ha lehet, töltsék együtt az utolsó órákat a haldoklóval.

### **A közelgő halál tünetei, figyelmeztető jelei**

Hangos és mély légzés, vizeleési zavarok (inkontinencia vagy retenció), fokozódó fájdalom, nyugtalanság, agitáció, nehézlégzés, hányinger, hányás, izzadás, zavartság.

Arany szabály, hogy a gyógyszerelést redukálni kell, és a végső órákban csak az úgynevezett „utolsó négy” szer adását nem szabad felfüggeszteni.

Az utolsó négy gyógyszer:

- Morfin, folyamatos subcutan infúzióban adandó. A fájdalomcsillapítást mindvégig folytatni kell, míg a beteg él.
- Midazolam, folyamatos subcutan infúzióban adandó.
- Furosemid, intramuszkulárisan vagy intravénásan, szükség szerint.
- Atropin. Intramuszkulárisan vagy intravénásan, szükség szerint.

Táplálás, folyadékbevitel csak addig történjen, míg a beteg jelzi, hogy éhes és tud nyelni.

**1. Táblázat. Az élet utolsó óráiban elhagyható gyógyszerek**

Gyógyszercsoport	Gyógyszer	Folytatni, vagy leállítani	Alternatív szerek, vagy beadási mód
Fájdalomcsillapítók	NSAID, acetaminophen	Leállítandó	Ha a betegek csontáttét miatt szükséges a forgatásnál a gyógyszer, a forgatás előtt fél órával kúpban adjunk indometacint vagy diclofenacot.
Fájdalomcsillapítók	Gyenge opioidok, Erős opioidok	Leállítandó A morfin per os dózisának 1/3-a adandó subcutan infúzióban	Morfin alacsony dózisban adandó subcutan infúzióban
Antiemetikumok	Metoclopramide, haloperidol, methotrimeprazin	Folytatandó subcutan infúzióban	
Antiemetikumok	Ondansetron (setronok)	Leállítandó	Metoclopramide vagy haloperidol adandó subcutan infúzióban
Laxatívumok	Minden gyógyszer	Leállítandó	
Szedatívumok, hypnotikumok	Benzodiazepinek	Leállítandó	Ha szükséges midazolam adandó im. sc.
Antikonvulzívumok	Phenytoin, carbamazepine	Leállítandó	Ha szükséges midazolam adandó im. sc.
Kortikoszteroidok	Dexamethason	Szájon át leállítandó	Ha szükséges 4 mg adható naponta sc.
Vízajtók	Spirolacton	Leállítandó	
Peptikus fekély profilaxisa	Antacid gyógyszerek, H2 blokkolók	Leállítandók	Ranitidine infúziót adjunk, ha a peptikus ulcusból vérzés indul meg.
Bronchodilatátorok	Theophyllin és a többiek	Leállítandó	Inhaláltassuk a beteget morfin, atropin és fiziológiás só keverékével. Dózist l. fenn.
Hólyag-spasmus oldók	Oxybutin, phenazopyridine	Leállítandó	Ha a katéter irritálja a beteget, öblítsük ki lidocainos oldattal.
Antidepresszánsok	Amytriptiline és a többiek	Leállítandó	Semmit helyette
Anticoagulánsok	Aszpirin	Leállítandó	Semmit helyette
Antihypertenzív	Minden gyógyszer	Leállítandó	Semmit helyette

szerek, kardiákumok			
Antidiabetikumok	Minden gyógyszer	Leállítandó	Semmit helyette
Vitaminok	Minden gyógyszer	Leállítandó	Semmit helyette
Antibiotikumok	Minden gyógyszer	Leállítandó	Semmit helyette
Hormonális szerek	Tamoxifen és a többi	Leállítandó	Semmit helyette

A terminális állapotban jelentkező nyugtalanság, agitáció kezelésére alkalmazzunk midazolam injekciót 5 mg/24 óra (maximum 30mg/24 óra) sc. infúzióban, vagy chlorpromazine-t 12,5-25 mg iv. 12 óránként.

A halálhörgés kezelésére mindig ajánlott furosemid injekció adása (20-40 mg iv.) valamint atropin injekció 1-2 mg im.

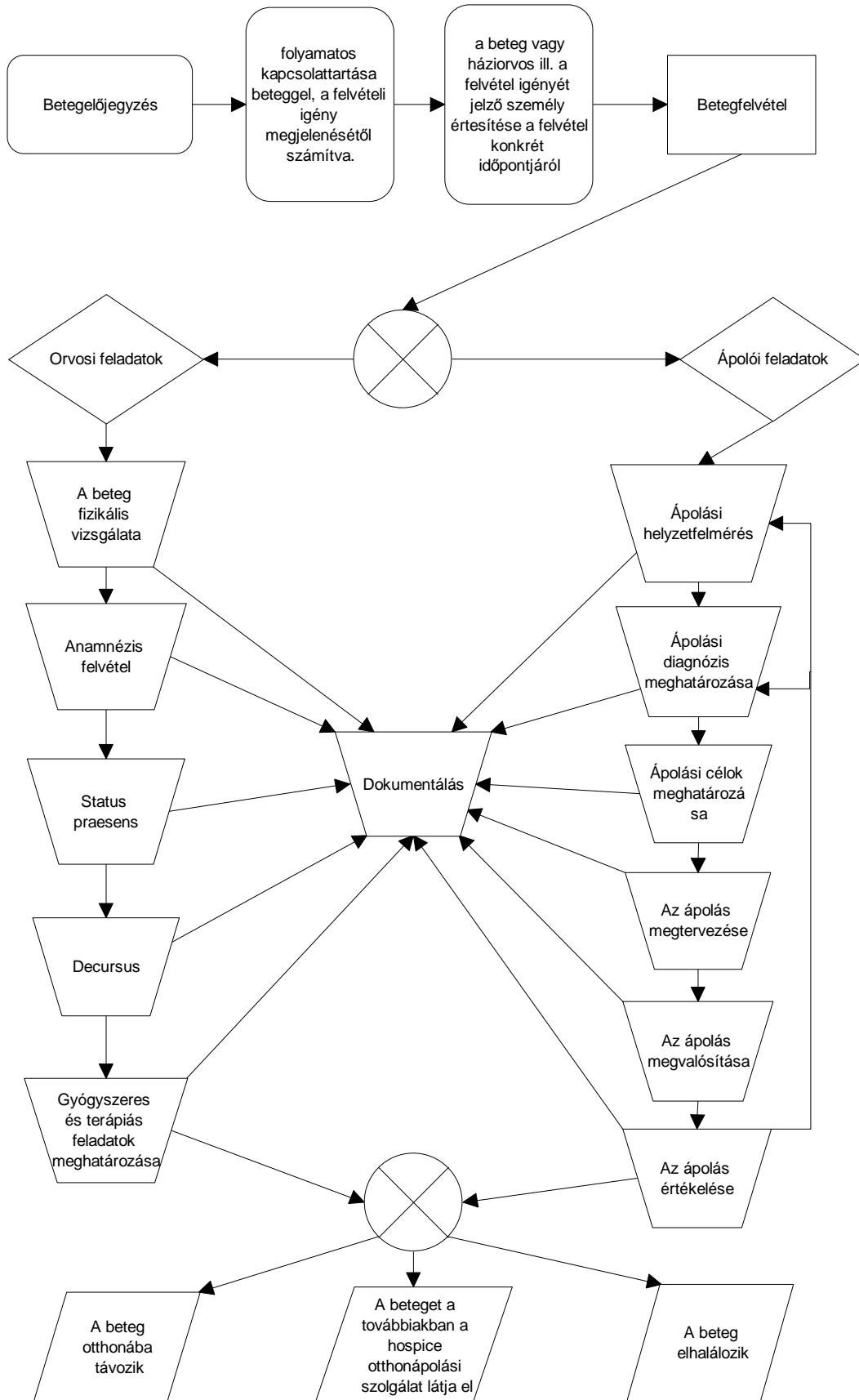
### **7. A terápia kontrollja**

A palliatív terápia rendszeres ellenőrzése szükséges és a betegség folyamata alatt a változások függvényében módosítandó.

A pílitiatív terápia (mások általi) végrehajtását is ellenőrizni kell, hogy az a törvényben foglaltaknak megfeleljen.

## 11.2. A palliatív ápolás folyamata

### A hospice ellátást igénylő betegek intézményben történő gondozásának folyamata





## 1. Ápolási anamnézis felvétele

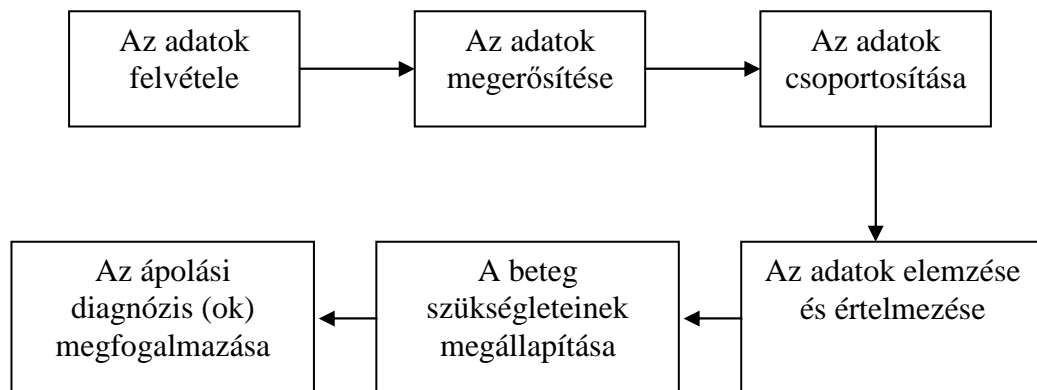
- Személyi adatok: Név, lánykori név, anyja neve, születési hely és idő, TAJ szám, lakcím, foglalkozás, házi orvos neve és elérhetősége, legközelebbi hozzátartozó neve és elérhetősége, a felvételt kérő személy neve és elérhetősége, vallási meggyőződés
- A hospice ellátás igénybe vételének indoka.
- Jelen betegség és panasz leírása
- Korábbi előzmények: Előző betegségek, allergia, gyógyszerérzékenység, rizikótényezők, életmód.
- Családi anamnézis: Közvetlen hozzátartozók betegségei, jelen szociális helyzet, a család nagysága, szociális szerepek, a család részvétele az ápolásban.

Jelen állapot

<b>Felmérési terület</b>	<b>Megfigyelési kritériumok</b>
<b>Idegrendszer:</b>	Tudatállapot szint, tájékozódás, szóbeli válasz, vegetatív tünetek, érzés vagy mozgáshiány, biztonsági rendszabályok (korlátok, oldalrácsok)
<b>Légzés:</b>	Száma, mélysége, jellege, mellkas mozgás szimmetriája, légzési hangok, váladékok, köhögés
<b>Keringés:</b>	Bőr színe, hőmérséklete, szívhangok, pulzus szám és ritmus, oedema, nyaki vénák teltsége.
<b>Gyomor-bélrendszer:</b>	Bélhangok, a has alakja és tapintata, érzékenysége, hányinger és hányás, diéta, dysphagia, bélmozgások, nasogastrikus szonda, szondatáplálás. Székletürítés gyakorisága, sztóma: helye és ellátása.
<b>Húgyivarszervek:</b>	Vizeletürítés, inkontinencia, vizelet mennyisége, színe, állandó katéter.
<b>Mozgásszervek:</b>	Mozgásszervek állapota, a mozgás képessége, mozgás koordináltsága, izomerő.
<b>Szomatometria:</b>	Testsúly, testmagasság, haskörfogat, lábkörfogat, stb.

## 2. Ápolási diagnózisok, problémák

Az ápolási diagnózisok leírják egy beteg ápolási igényét, miáltal a szolgáltatások és ápolási tevékenységek végrehajthatósága megalapozható. Az ápolási diagnózisok megkönnyítik az ápolási folyamat interakcióját és az ápolóknak több kialakítási lehetőséget nyújtanak az interdiszciplináris folyamatban. Mint folyamat, a következő lépések szükségesek:



### **Az ápolási diagnózis előnyei**

A haldokló, az ápoló és az ápolási munkacsoport részére egyaránt előnyt jelent, mert:

- Az ápolás individuálissá válik, mely célirányos és összehangolt
- Megkönnyíti a kommunikációt és az ellátás megszervezését

Az ápolási diagnózis megjelölésének tartalmaznia kell a problémát a háttérben álló oki tényezőt és/vagy a hajlamosító tényezőt.

### **3. Az ápolás megtervezése**

A tervezés az ápolás fontos része, amelyben megállapításra kerülnek a betegre irányuló célok és a cél elérésére alkalmazható stratégiák. Összehangolja az ápolói ellátást, előmozdítja az ellátás folyamatosságát és felsorolja a kimenetelnek az ellátás értékelésének felhasználható kritériumait. Tartalmazza az ápolói munkacsoport többi tagja által felmért adatokat, a problémákat és a kezelési módok listáját, valamint tartalmazza a beteg elbocsátáskor fellépő szükségleteit.

### **4. Az ápolás kivitelezése**

Cél: az ápolási terv végrehajtása, melyet módszertani ajánlások, munkautasítások segítenek. A kivitelezés során elvégzett tevékenységeknek, ezen szakmai irányelveknek meg kell felelniük. Az ápolói magatartás része, mely során elkezd és véghezviszi azokat a tevékenységeket, amelyeket az ápoló önállóan végezhet.

Kiterjed:

- A napi tevékenységben nyújtott segítségre
- Tanácsadásra
- Közvetlen ellátásra
- A személyzet munkájának felügyeletére, értékelésére
- Az információk rögzítésére, cseréjére

A beavatkozások, tevékenységek, kidolgozott folyamatleírásokon, protokollokon alapulnak.

### **A hospice betegeinek ápolása - gondozása során leggyakrabban végzett tevékenységek**

*Testi higiéné*

Fürdetés

Hajmosás

Borotválás

Körömápolás

Bőrápolás

Szájápolás

### *Légzés*

A megfelelő oxigenizáció biztosítása  
Oxigén terápia  
Légutak tisztán tartása  
Gége kanül tisztán tartása  
A légzés folyamatos megfigyelése

### *Táplálkozás*

Diéta biztosítása (szakember által összeállítva)  
Megfelelő folyadékpótlás  
Szondatáplálás  
Parenterális táplálás

### *Ürítés*

Vizelet mérése  
Vizeletvizsgálatok  
Retenció esetén katéter alkalmazása  
Inkontinencia esetén externál katéter vagy inkontinencia betét alkalmazása  
Széklet megfigyelése  
Székrekedés kezelése  
Hasmenés megszüntetése  
Sztóma ellátás

### *Decubitus*

Preventív szemlélet  
Megfelelő bőrápolás  
Norton skála alkalmazása  
Egyéni forgatási séma kialakítása  
A beteg állapotának megfelelő mobilizálás  
Antidecubitor matrac ill. ágy alkalmazása  
Bioptron lámpa alkalmazása  
A nyomási fekély ellátása, kezelése

### *Alvás*

Nyugodt pihenés biztosítása  
Az alvászavar megszüntetése  
Nyugtató-, altatószerek adása

### *Mozgás*

A beteg erőnlétének megfelelő mobilizálása  
Aktív-passzív torna  
Fizioterápia (TENS, Bioptron lámpa, masszázs)  
Segédeszköz alkalmazása, protézis használat megtanítása

### *Lelki gondozás és kommunikáció*

A beteg partnerként való kezelése  
Nyílt, őszinte kommunikáció  
A beteg segítése annak érdekében, hogy ne adja fel az életet a halál valódi pillanatáig  
Az Elizabeth Kübler-Ross által meghatározott szakaszoknak megfelelő ápolói attitűd

### *A család és a beteg kapcsolata*

A hozzátartozók jelenlétének biztosítása

A családtagok felkészítése arra, hogy képesek legyenek szeretetükkel az utolsó percig a beteg mellett állni

### *Halottellátás*

A család jelenlétének biztosítása az elhunyt mellett

Az elhunyt elszállítása előtt, kegyelettel végzett halott ellátás

## **5. Értékelés**

Méri a beteg ápolási beavatkozásokra adott reakcióját és az állapotának a célkitűzéshez mért változását. A változó szükségleteknek megfelelően változtatja az ápolási tervet. Segíti a beteg változó szükségleteihez való alkalmazkodást.

A minőségbiztosítás során rendszeres adatgyűjtéssel követi nyomon az elvégzett eljárások színvonalát, kiszűri a javításra szoruló területeket, értékeli az eredményeket és új eljárások tervezéséhez ad segítséget.

## **6. Ápolási dokumentáció**

### **Az ápolási dokumentáció céljai**

A betegre vonatkozó információkat pontosan, hiánytalanul és hatékonyan kell rögzíteni. A dokumentáció a szolgáltatott kezelés minőségének ellenőrzésére, követésére szolgál.

A dokumentáció okirat. Rögzíteni kell minden tevékenységet a beteg ellátása során. (Ld. 1997. CLIV. tv. 136. §. és az 1997. XLVII. tv. szerint)

Gondoskodik az egyénre szabott betegellátás megvalósításáról, megkönnyíti az ápolási ellátás folyamatosságát.

Az ápoló felelős azért, hogy a dokumentáción világosan és logikus módon tüntesse fel a nyújtott információt, és pontosan írja le a nyújtott ellátást.

Számonkérhetővé teszi az elvégzett és az el nem végzett tevékenységeket.

A jól vezetett dokumentáció védi a legbiztosabban az ápolót, bármely jogi felelősségre vonással szemben.

### **A dokumentálás alapelvei**

#### *Tényszerűség*

A beteget és az ellátást illető információ legyen tényszerű. Objektív információk mindarról, amint az ápoló lát, érez, hall és szagol. szubjektív adatok a beteg panaszaival kapcsolatos észlelések. A következtetések legyenek adatokkal alátámasztva.

#### *Pontoság*

Az információ legyen megbízható. Csak pontos méréssel és egységesen használt rövidítéssel lehet a beteg állapotának változásait egyértelműen jellemezni.

#### *Hiánytalanság*

Az ápolási tevékenységek és / vagy egészségügyi problémák hiánytalan közlésének feltételei a következők:

- Szubjektív adatok
- Objektív adatok
- Ápolási beavatkozások
- A beteg viselkedése
- Gyógyszerelésre vonatkozó adatok
- A beteg oktatása
- Az elbocsátás megtervezése

A beteg dokumentációjában lévő bejegyzések csak akkor tekinthetők hiánytalannak, ha az ellátó aláírja.

*Tömörség*

Minden információ legyen tömör és rövid. Kerülni kell minden felesleges szót vagy lényegtelen részletet.

*Folyamatosság*

Az ellátásban a folyamatos döntéseket friss, pontos információkra kell alapozni. Kritériumai:

- A beteg felvétele, átszállítása, elbocsátása vagy halála
- Az életjelek
- A gyógyszerek és kezelések alkalmazása
- A vizsgálatokra, beavatkozásokra való előkészítés
- A beteg állapotának változása
- A beteg állapotának hirtelen megváltozása miatt adott kezelés
- A beteg reakciója a beavatkozásra

*Rendezettség*

Fontos, hogy az információ logikus elrendezésben és sorrendben kerüljön rögzítésre, közlésre.

*Titoktartás*

Az 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény 24. §.

*Beleegyező nyilatkozat*

A kellő tájékoztatás után adott beleegyezés a kezelésbe vagy az adott eljárásba. (1997. CLIV. Egészségügyi törvény 13. §.)

## **11.3 A palliatív ellátásban dolgozó szakemberek és önkéntesek kompetencia- és feladatköre**

### **11.3.1. A munkatársakkal kapcsolatos általános követelmények**

#### *1. A felvétel (alkalmasság) kritériumai*

A haldokló betegekkel kapcsolatos munkára csak olyan szakember illetve önkéntes segítő alkalmas, aki az alábbi készségekkel illetve személyiségjegyekkel rendelkezik:

- 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 – az Egészségügyi és Szakképző és Továbbképző Intézet és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület által elfogadott – 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 (burnout) 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, borraalót) nem fogadhatnak el a betegtől, illetve hozzátartozóitól;
- betarják a kompetenciájuk határait.

## 11.3.2. Orvos

### 1. Általános munkaköri definíció

A megfelelően képzett orvos a palliatív gondozást végző team alapköve. Feladata a beteg panaszainak felderítése és a megfelelő tüneti terápia alkalmazásával, elrendelésével ezek csökkentése, megszüntetése. A szomatikus gondozás része a beteg és családtagjainak pszichés támogatása. Összefogja a gondozást végző csoport szakmai munkáját, részt vállal a palliatív gondozás szakmai elveinek terjesztésében, felügyeli az erőforrások ésszerű felhasználását.

### 2. Képzettség végzettség

A munkakör betöltésének feltételei:

Általános orvosegyetemi végzettség

Szakvizsga az alábbi szakok valamelyikéből: onkológia, belgyógyászat, neurológia, aneszteziológia, palliatív terápia (jelenleg Magyarországon még nincs palliatív terápiából szakvizsga), hematológia; gyermek-hospice esetén gyermekgyógyászat.

Posztgraduális képzés, emelt szintű szakismeret a palliatív terápia (fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés) területén.

### 3. Konkrét tevékenységek leírása

A diagnózis felállítása a rendelkezésre álló anamnesztikus (auto- és heteroanamnezis) adatokból, valamint a rendelkezésre álló leletekből.

Fizikális vizsgálat: általános belgyógyászati vizsgálat a szakma szabályai szerint, kiegészítve a fájdalom és a tünetek felmérésével.

A szükséges kiegészítő vizsgálatok (műszeres, röntgen, labor vizsgálatok) indikálása, ha ezt a betegség természetének, szövődményeinek kiderítése megköveteli; a beteg állapotának, kérésének és a terápiás konzekvenciáknak a figyelembe vételével.

A terminális állapot fennállásának meghatározása. Amennyiben a terminális állapot kétséges, feltétlenül szükséges a betegség természetének megfelelő szakorvostól szakkonzultáció kérése.

A diagnózis és a prognózis közlése a beteggel, vagy az általa megjelölt családtaggal.

A palliatív terápia meghatározása.

A palliatív terápia végrehajtásáról vagy annak mások (más szakorvos, nővér, gyógytornász stb.) általi végrehajtásáról való gondoskodás.

Az ápolók elméleti és gyakorlati tudásáról történt meggyőződést követően személyre szóló kompetencia határok kialakítása, megbízások kiadása.

Megbízás adása más szakemberek részére a palliatív terápiás feladatok végrehajtására (gyógyszerek, injekciók, intravénás vagy subcutan infúziók, kemoterápiás eljárások, sugárterápiás eljárások, műszeres és laborvizsgálatok)

A palliatív terápia rendszeres ellenőrzése, és a betegség folyamata alatt a változások függvényében módosítása.

A palliatív terápia (mások általi) végrehajtásának ellenőrzése, hogy az a törvényben foglaltaknak megfeleljen.

Záródokumentáció készítése.

A csoporttagok szakmai munkájának összefogása, továbbképzés biztosítása.

### **Célok, kimenetek**

A terminális állapottal járó tünetek csökkentése, megszüntetése.

A betegség okozta kellemetlen pszichés reakciók (szorongás, félelem, depresszió) csökkentése.

A kommunikációs zavarok megszüntetése.

A beteg életminőségének javítása.

A hozzátartozók pszichés terhelésének csökkentése.

A palliatív gondozást végző team szakmai munkájának összehangolása és folyamatos továbbképzésének elősegítése.

## **11.3.3. Ápoló**

### **A.) Ápolási asszisztens**

Iskolai végzettség: általános iskola, Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített, 40 órás hospice alaptanfolyam

Tevékenységek:

- A betegszoba rendben tartása
- A betegágy rendben tartása
- A beteg fürdetése
- A gáttájék higiéniájának biztosítása
- Köröm és lábápolás
- Szájhigiéniás ápolás
- Fésülés
- Hajmosás
- Borotválás
- Bajusz- és szakállápolás
- A szem, a fül és az orr ápolása
- A beteg táplálkozásának segítése
- Széklet, vizelet felfogó eszközök biztosítása
- A beteg biztonságérzetének elősegítése
- Kényelmi eszközök alkalmazása
- Etikai szabályok betartása
- Ápolási eszközök tisztán tartása, fertőtlenítése
- A közegészségügyi és járványügyi szabályok betartása munkavégzése során
- Önképzés
- Segédkezés a beteg mobilizálásában
- Segédkezés ápolási beavatkozások elvégzésében
- Segédkezés a postmortális ellátásban

### **B.) Ápoló**

Iskolai végzettség: érettségi és OKJ ápoló, Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített, 40 órás hospice alaptanfolyam, 40 órás továbbképző tanfolyam, illetve hospice szakápoló és koordinátor

Tevékenységek:



- Ápolási anamnézis felvétele
- Az ápolási diagnózis meghatározása
- Az ápolási cél meghatározása
- Az ápolási terv meghatározása
- Pulzus, vérnyomás, testhőmérséklet mérése
- Orrszonda / arcmaszka használata
- Oxigén terápia kivitelezése
- A légutak száján át történő leszívása
- A légutak nasopharyngealis / nasotrachealis leszívása
- Endotracheális tubus leszívása, gondozása
- Tracheostoma leszívása, gondozása
- Női beteg katéterezése
- Hólyag / katéteröblítés
- Beöntés adása
- Colostoma ellátás
- A beteg mobilizálása
- Sebellátás
- Vércukorvizsgálat kivitelezése
- A szakember által összeállított diéta biztosítása
- Vénás vérmintavétel
- Subcutan injekció beadása
- Intramuscularis injekció beadása
- Per os gyógyszeres kezelés előkészítés és gyógyszer beadás
- Infúziós terápia kivitelezése (csak egyéni megbízás alapján végezhető)
- Vénás kanül heparinos lezárása
- Postmortális ellátás
- Értékleltár készítés
- Az ápolási folyamat fejlesztése
- A beteg folyamatos megfigyelése, észlelése
- A beteg és hozzátartozóinak pszichés támogatása
- Infúziós pumpa alkalmazása
- Kábítószer kezelése és dokumentálása
- Együttműködés más szakterületek képviselőivel
- Egyéni megbízás alapján orvosi kompetenciába eső tevékenységek (infúzió, iv. injekció, katéterezés) végzése

### **C.) Diplomás ápoló**

Iskolai végzettség: főiskola, valamint az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített, 40 órás hospice alaptanfolyam, 40 órás továbbképző tanfolyam elvégzése

Tevékenységek:

- Betegelőjegyzés
- Betegfelvétel
- Beteg elbocsátás
- Betegtájékoztatás
- Betegoktatás
- Az ápolás koordinálása
- Az ápolási folyamat ellenőrzése

- Férfi beteg katéterezése
- Vénás injekció beadása
- Perifériás vénás kanül behelyezése
- Faecalis impactatio megszüntetése
- Egyéni megbízás alapján orvosi kompetenciába eső tevékenységek (infúzió, iv. injekció, katéterezés) végzése

#### Rendeletek

- 14/1994. (IX. 15.) NM. rend. A szakmai követelmények kiadásáról
- 9/1998. (XII. 2.) EüM. rend. A szakmai követelmények kiadásáról szóló 14/1994. (IX. 15.) NM rendelet módosításáról
- 36/1996. (III. 05.) Korm. rend. Az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről.
- 6/2001. (II. 28.) EüM. rend. A klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról

### 11.3.4. Gyógytornász

#### 1. Általános munkaköri definíció

A gyógytornász a belgyógyászati, pszichiátriai, sebészeti, neurológiai, ortopédiai betegségek gyógyító eljárásainak fizioterápiával befolyásolható részét ismerve – a diagnózist felállító vagy a beteget kezelő orvossal konzultálva – az általánosan elfogadott kezelési eljárásokkal önállóan gyógykezeli a beteget. Mozgásszervi, funkcionális státuszfelvételt végez, dokumentál és megállapítja a mozgásképesség kritériumait. Fizioterápiás, rehabilitációs tervet készít és végrehajtja a programokat.

#### 2. Képzettség, végzettség

Egészségügyi főiskola, gyógytornász szak

#### 3. Konkrét tevékenységek leírása

Speciális feladatok a palliatív ellátásban

- a terminális állapotban levő betegek diszkomfortérzetének, tüneteinek csökkentése
- az önellátó funkciók lehetőség szerinti javítása vagy azok megtartása
- a családtagok oktatása az általuk elsajátítható kezelési eljárásokra

A gyógytornász az általa ismert kezelési eljárásokat a tünetek és a funkcionális képességek köré csoportosítja:

mozgáshatár beszűkülése

- fektetés: nyugalomba helyezés módjai
- mobilizálás: passzív, vezetett aktív és aktív eljárásokkal
- a kialakult kontraktúrák nyújtása elsősorban a fájdalmat nem növelő és sérüléseket nem okozó módjaival
- a lágyrészek keringésének javítása elsősorban a klasszikus svéd masszázis fogásaival
- a fájdalom miatt vagy egyéb okból kialakult izomspazmus oldása fektetéssel, spazmus oldó technikákkal, relaxációval
- segédeszközök alkalmazása a kontraktúra és a decubitus megelőzésére, valamint a segédeszközök előírása

Fájdalom esetén:

- a fájdalmat enyhítő elektroterápiás módszerek, elsősorban TENS alkalmazása
- manuális technikák

Fizikai aktivitás csökkenés és kardiopulmonáris tünetek megjelenése esetén:

- légzést könnyítő helyzetek alkalmazása és megtanítása a beteg hozzátartozóinak
- légzőtorna alkalmazása a pneumónia megelőzésére
- expetorációs módszerek alkalmazása
- aerosol terápia
- perifériás vasculáris tünetek csökkentése vénás tornával
- nyiroködéma esetén a lymphdrenázs, bandázs és gépi kompresszió alkalmazása

Önálló tevékenység romlása esetén:

- önellátó funkciók tanítása a betegnek és a hozzátartozóknak (fordulások az ágyban, kiülés, felállás, étkezés, öltözés stb.)
- az önellátáshoz szükséges segédeszközök elrendelése, korrekt használatuk megtanítása

#### *4. Rendeletek*

36/1996 Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak általános képzési követelményeiről

### **11.3.5. Pszichológus vagy pszichiáter**

#### *1. Általános munkaköri definíció*

A pszichológus/pszichiáter tevékenysége a team munka szerves része. Feladata részben a betegek és hozzátartozóik pszichés támogatása (a lelki nehézségek és pszichés zavarok felismerése, okainak feltárása és a zavarok korrekciója), részben a hospice személyzetének felkészítése és mentálhigiénés gondozása.

#### *2. Képzettség, végzettség*

Klinikai szakpszichológus

Pszichiáter szakorvos

Pszichoterapeuta

#### *3. Konkrét tevékenységek leírása*

a.) Pszichológiai, pszichiátriai jelenségek felismerése, a diagnózis felállítása az alábbi körökben:

- Pszichológiai, pszichiátriai jelenségek a súlyos betegség folyamán (szorongás, depresszió, öngyilkossági indíttatás, agresszivitás, tudatzavar, stb.)
- Pszichológiai reakciók a betegség során (tagadás, indulat, alkudozás, depresszió, elfogadás)
- Változások, veszteségek a betegségfolyamatban (élettér, munkához való viszony, kapcsolatok, szűkebb és tágabb szociális környezet)
- A halál, haldoklás pszichológiájának alapvető kérdései

b.) Az egészségügyi személyzet, a család és a beteg kapcsolatának pszichológiai vonatkozásai

- Kommunikáció halálközelségben - a rossz hír közlésének lehetőségei és módszerei
- Az orvos - beteg - család kapcsolata
- A család viszonyulása a betegséghez, a veszteséghez

Családtagok támogatása a betegség folyamán és a gyász időszakában

- A súlyos betegekkel foglalkozó személyzet mentálhigiéniája, burn out szindróma és egyéb reakciók
- A személyzet támogatásának lehetőségei

c.) A pszichés támogatás módszerei

1. Pszichiátriai tünetek (szorongás, depresszió, alvászavar, stb.) gyógyszeres kezelése (csak orvos végezheti)

2. Egyéni pszichés támogatás

- a gondozott beteggel
- a gondozott beteg családtagjaival illetve barátaival (a továbbiakban: hozzátartozókkal)
  - a gondozott betegsége ideje alatt
  - a gyász időszakában

3. Csoportos pszichés támogatás

- a gondozott betegekkel (hospice fekvőbeteg intézetben illetve nappali kórházakban)
- családterápia
- hozzátartozói csoport (a beteg gondozásának ideje alatt)
- gyászolók csoportja
- személyzeti csoport

d.) A pszichés támogatás típusai

- krízisintervenció
- rogersi személyközpontú pszichoterápia
- relaxációs és szimbólumterápiák
  - autogén tréning
  - katathym imaginatív képélmény
  - biofeedback
  - Simonton tréning
- hipnózis
- pszichoanalitikusan orientált terápia
- jungi analitikus komplex pszichoterápia
- viselkedésterápia - kognitív pszichoterápia
- nonverbális terápiák
  - művészetterápia
  - testi dialógus
  - rituális innovatív terápia
  - euritmia
  - mozgásterápia
  - játékterápia
- pszichodráma (elsősorban hozzátartozói illetve a gyászolókat segítő csoportban)
- Bálint-csoport (a személyzet számára tartott, az érzelmi nehézségek csökkentését és a munka során jelentkező konfliktusok megoldását célul tűző csoport)
- „death education”: a haldoklás illetve a gyász pszichológiai folyamatának megismertetése; a tünetkontroll lehetőségeinek megtanítása; az „informed consent” (tájékoztatáson alapuló beleegyezés) valamint az „informed choice” (tájékoztatáson alapuló döntés) támogatása; a páciens bátorítása és támogatása a haldoklással járó pszichés szükségletek megvalósításában: az életút áttekintésében, a befejezetlen tennivalók elintézésében, kapcsolati problémák megoldásában, a kapcsolatok lezárásában.

#### *4. A pszichés gondozás céljai (kimenete) a hospice munkában*

- az excesszív félelmek és szorongások csökkentése
- a fájdalom és az egyéb testi tünetek kontrollálásának elősegítése
- kapcsolati problémák és kommunikációs zavarok feloldásának elősegítése
- a halálhoz való személyes viszonyulás tudatosítása
- maladaptív kognitív minták átalakítása
- a haldokló pszichés szükségleteinek támogatása (ld. a „death education” címszónál)
- a meghalás méltóságának és egyediségének támogatása
- az életminőség javítása
- a személyzet mentálhigiénés védelme, a burn out prevenciója
- gyászolóknál a veszteség feldolgozásának elősegítése, a feldolgozatlan gyásszal kapcsolatos morbiditás és mortalitás, az öngyilkossági veszély csökkentése.

#### *5. Rendeletek*

30/1989. (XI.15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról

5/1998. (IX.29.) OM rendelet a szakpszichológusi szakirányú továbbképzési szakok képesítési követelményeiről

66/1999 (XII.25) EüM rendelet a szakorvosok képzéséről

### **11.3.6. Mentálhigiénés szakember**

#### *1. Általános munkaköri definíció*

A mentálhigiénés szakember feladata a terminális állapotban levő – elsősorban daganatos – betegek és családtagjaik mentálhigiénés támogatása, valamint konzultatív segítségnyújtás a hospice/palliatív részleg vagy otthoni hospice ellátó csoport személyzete számára. A mentálhigiéné célja a pszichés működés zavarainak megelőzése, lelki egészségvédelem. Célja a problémák kiragadása a pszichiátria és a medicina köréből.

#### *2. Képzettség, végzettség*

A mentálhigiénés szakember olyan diplomás – humán jellegű szakképzettséggel rendelkező, segítő foglalkozású – szakember, aki mentálhigiénés szakirányú továbbképzésben szakképzettséget szerzett. (A szakképzettség megnevezése: mentálhigiénés szakember.) A mentálhigiénés szakember saját alaptevékenysége mellett vesz részt a hospice munkában, a mentálhigiénés többlettudás birtokában.

#### *3. Konkrét tevékenységek leírása*

1. A betegek egyéni pszichés támogatása, kísérése (módszerek: rogersi nondirektív kísérés, segítő beszélgetés, krízisintervenció);
2. Konzultáció és tanácsadás a hozzátartozók számára (módszerek: krízisintervenció, segítő beszélgetés, rogersi nondirektív kísérés);
3. A lelki problémák felismerése, szükség esetén megfelelő szakember (pszichiáter, pszichológus) bevonása;
4. Esetmegbeszélés vezetése a hospice csoport munkatársai számára (módszerek: esetkezelés, Bálint-csoport);
5. Konzultációs lehetőség szélesebb körben: a kórházi vagy a házi szakápolási csoport személyzete számára;
6. Kapcsolattartás a különböző ellátó rendszerek képviselőivel;

7. A betegek halála után – ha a család azt igényli – a hozzátartozók támogatása a gyász időszakában (módszerek: krízisintervenció, segítő beszélgetés, rogersi nondirektív kísérés).

#### 4. Célok, kimenetek

1. A haldokló betegek és hozzátartozóik lelki egészségének védelme, személyiségének erősítése;
2. A félelmek és szorongások csökkentése, ezzel az életminőség javítása;
3. A betegek és hozzátartozóik – elsősorban a veszteséggel kapcsolatos – lelki problémáinak feltárása, megoldásuk elősegítése, szükség esetén megfelelő szakember bevonása;
4. A személyzet lelki támogatása stresszkezelés és a burnout megelőzése céljából;
5. A beteg halála után a családtagok számára a veszteségek feldolgozásában való segítségnyújtás.

#### 5. Rendeletek

A mentálhigiénés szakirányú továbbképzési szak képesítési követelményei a 9/1997. (II.18.) MKM rendeletben található. A szakképzettség megnevezése: mentálhigiénés szakember.

## 11.3.7. Koordinátor

### 1. Általános munkaköri definíció

A hospice koordinátor olyan szakember, aki a gyógyíthatatlan, terminális állapotban levő – elsősorban daganatos – betegek gondozását végző hospice palliatív osztály, hospice ház, hospice házi gondozó csoport, konzultációs támogató csoport (mobil team) illetve ápolási osztály, házi szakápolás betegellátási munkájában végez speciális szociális szervezői és koordináló tevékenységet.

### 2. Képzettség, végzettség

Végezheti: diplomás ápoló, ápoló, *hospice szakápoló és koordinátor* vagy *szociális munkás* szakképzettséggel rendelkező szakember.

### 3. Konkrét tevékenységek leírása

- részt vesz a betegek felvételében, környezettanulmányt végez;
- az orvos-vezető számára előzetes dokumentációt készít a betegek körülményeiről;
- kapcsolatot tart a beteg családjával; elősegíti a betegek családi, szociális kapcsolatainak javítását;
- szakterületének megfelelően beosztja, nyilvántartja és összehangolja a gondozó csoport(ok) munkáját;
- külön figyelmet fordít az önkéntesek munkájának koordinálására;
- kapcsolatot tart az egészségügyi és szociális ellátó rendszer képviselőivel;
- kommunikációs, információs, dokumentációs feladatokat végez;
- non-profit menedzseri feladatokat lát el;
- tájékozott a társadalombiztosítás finanszírozási rendszerében, illetve az ezzel kapcsolatos adatszolgáltatásban;
- a hospice non-profit jellegének megfelelően segít a források felkutatásában és forrásfejlesztésben;
- figyelemmel kíséri a pályázati kiírásokat, részt vesz pályázatok megírásában, menedzselésében a non-profit szervezetekkel kapcsolatos jogszabályoknak megfelelően;
- a hospice munkával kapcsolatban felvilágosító, népszerűsítő tevékenységet folytat; részt vesz a továbbképzések szervezésében;
- részt vesz a folyamatos működéshez szükséges eszközök beszerzésében és pótlásában.

#### 4. Célok, kimenetek

- az interdiszciplináris hospice/palliatív team munkájának összehangolása;
- a beteg és családja, a hospice/palliatív ellátás különböző formái, valamint az egészségügyi és szociális ellátás intézményei közötti kapcsolat fenntartása;
- dokumentációs és adatszolgáltatási tevékenység megvalósítása;
- különböző források, pályázatok révén a hospice/palliatív részleg (csoport) anyagi lehetőségeinek javítása.

#### 5. Rendeletek

6/2001. (II. 28.) EüM rendelet a klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról (ld. *függelék*)  
ld. még a szociális munkás szakképesítéssel kapcsolatos rendeleteket is.

### 11.3.8. Szociális munkás

#### 1. Általános munkaköri definíció

A szociális munka olyan professzionális tevékenység, mely segít egyének, családok, csoportok, közösségek problémáinak megoldásában, hozzájárul a szociálpolitika rendszereinek működéséhez, részt vesz annak reformjában; segít források létrehozatalában, működtetésében, valamint az ügyfelek és a források összekapcsolásában. A hospice-palliatív ellátásban ez konkrétan a következőt jelenti:

- professzionális tevékenység: elsajátítható, megtanulható szakma, mely elsősorban a betegek és a hozzátartozók pszichés és szociális szükségleteinek kielégítésében játszanak fontos szerepet;
- egyének, családok, csoportok, közösségek: betegek, hozzátartozók, szakemberek, betegcsoportok, hozzátartozók gyász csoportjai, egy adott lakóhely népessége, stb.
- szociálpolitika rendszerei: a beteget és családját ellátó, támogató intézményi struktúra, illetve bármilyen intézmény, amellyel a beteg/családja érdekében fel kell venni a kapcsolatot (kórház, szociális szolgáltató intézmény, otthonápolási szolgálat, önkormányzat, stb.)
- összekötő szerep: a beteg/hozzátartozók szükségletei szerint keres kapcsolatot intézményekkel, egyénekekkel.

#### 2. Képzettség, végzettség

Szakirányú végzettség (lásd még az V. pontot), szakmai gyakorlat (előny az egészségügy, a családokkal való szociális munka vagy a csoportmunka területén szerzett tapasztalat).

Speciális, a terminális betegek ellátására felkészítő tanfolyamokon való részvétel.

#### 3. Konkrét tevékenységek leírása

- A multidiszciplináris team teljes jogú tagjaként a szociális munka területéhez tartozó szolgáltatásokat nyújt betegeknek és hozzátartozóiknak. Hozzájárul a team munkájában a terminális betegséggel és gyásszal szembenező egyének és családok pszichológiai és emocionális állapotának, valamint szociális helyzetének megértéséhez és felméréséhez.
- Betegekkel és családokkal egyéni és csoportos technikák alkalmazásával, szükség esetén a team más tagjaival együttműködve dolgozik. Részt vesz a betegek és hozzátartozók pszichoszociális problémáinak megoldásában.
- A beteg és a család valamint a különböző szolgáltató (állami, nonprofit, stb.) intézmények között kapcsolattartó, közvetítő szerepet játszik.
- A gyászolókat támogató szolgálattal együttműködve részt vesz a gyász munka segítésében.

- Az ellátást nyújtó szervezet kommunikációját elősegítve dokumentációt vezet az intézményi politika és a helyes szociális munka gyakorlat elvei szerint.
- A szükséges információkról statisztikát készít.

További lehetséges feladatok:

- Az önkéntesek kiválasztásában, képzésében való részvétel; az önkéntesek támogatása.
- Intézményen belül és azon kívül tréning szervezése; részvétel a multidiszciplináris képző programokban.
- A szociális munka szupervíziójának ellátása, szociális munkás hallgatók gyakorlatának felügyelete.
- Kutatási programokban való részvétel.

#### *4. Célok, kimenetek*

- Új team felállításakor a team-et alkotó más szakemberek kiválasztásával együtt érdemes a szociális munkás posztot is betölteni, biztosítva a pszicho-szociális szükségletek kielégítését.
- A szociális munkásoknak megfelelő helyet kell biztosítani az intézményi struktúrában ahhoz, hogy szükséges forrásokat tudjanak igényelni a betegek és hozzátartozóik számára a különböző jóléti intézményektől.
- A szociális munkások folyamatos képzése más szakemberek szakmai fejlődéséhez hasonlóan szükséges.
- A szociális munkások számára szupervíziót vagy rendszeres konzultációt kell biztosítani munkaidőben, törekedni kell arra, hogy a szupervíziót a területen dolgozó tapasztalt szociális munkások végezzék.
- A szociális munkásnak érdemes helyet adni a menedzsmentben valamilyen formában, hogy az irányvonalak meghatározásában és a szolgáltatások fejlesztésében a többi szakemberhez hasonlóan részt tudjon vállalni.

#### *5. Rendeletek*

Több törvény szól arról, hogy a szociális munkások milyen intézményekben, milyen pozíciókban, milyen végzettséggel dolgozhatnak, pl. a Szociális törvény 1/2000 sz. végrehajtási rendelete, az 1997. november elején hatályba lépett Gyermekvédelmi törvény stb. Vannak területek, ahol szigorúbb a szabályozás, vagyis csak felsőfokú szakirányú végzettséggel végezhető feladat (szociális munkás, szociológus, szociálpolitikus, stb.) Sok feladatot végezhetnek a szociális asszisztensek is, de a Gyermekjóléti törvény például nem engedi meg, hogy szociális asszisztens család gondozást végezzen, ez pedig a hospice-palliatív ellátásban nagy hátrány lehet, hiszen a beteg családját tartjuk általában az ellátás egységének.

Általános irányelvként fogalmazhatjuk meg, hogy törekedni kell az ellátás színvonala érdekében a lehető legmagasabban képzett szakemberek bevonásához. Ezt az alapképzettséget minden esetben speciális hospice-palliatív ellátásról szóló képzés keretében kell tovább építeni.

### **11.3.9. Lelkés (lelkigondozó)**

#### *1. Általános munkaköri definíció*

A hospice team teljes jogú tagja a lelkigondozó-lelkész, aki ökömenikus alapon végzi a szolgálatát. Munkájához tartozik a betegekkel és a hozzátartozókkal való lelki foglalkozás. Nem csupán hitbeli kérdésekben nyújt segítséget, hanem a pasztorálpaszichológia segítségével pszichés támogatást is ad. A hospice minden munkatársának is lelki támogatást nyújt.

#### *2. Képzetség, végzettség*



A lelkészi diplomán és a felszenteltségen kívül a következők valamelyikével kell rendelkeznie:

- hospice alaptanfolyam
- hospice tanácsadó végzettség
- lelkigondozói képzés
- mentálhigiénikus végzettség
- valamilyen csoportvezetői képzés
- valláspatológiai képzés
- pszichológus vagy pasztorálpszichológus végzettség
- szupervízor végzettség

### *3. Konkrét tevékenységek leírása*

- A betegek, a hozzátartozók, a team tagjai és az önkéntesek lelki és vallási kérdéseivel foglalkozik.
- Rendszeres és alkalmi istentiszteleteket, miséket, elmélkedéseket, bibliaórákat tart a betegeknek és hozzátartozóiknak, illetve igény szerint a hospice dolgozóinak.
- A más felekezetek lelkészeivel, papjaival tartja a kapcsolatot, és igény szerint behívja a betegekhez, családtagokhoz.
- Külön kérésre az elhunyt betegek temetési szolgálatát végezheti.
- A gyászolók segítésében és a gyászcsoporthoz munkájában részt vesz.
- A pszichológussal vagy a pszichiáterrel konzultációkat tart.
- A hospice oktatási programokban részt vesz.
- Kapcsolatot épít ki más palliatív gondozási egységekkel, hogy elősegítse a szenvedő, haldokló betegek lelki szükségleteinek a megértését.
- Kapcsolatot alakít ki más hospice lelkigondozó-lelkészekkel és kórházlelkészekkel.
- Tájékoztatást és javaslatot ad hospice vezetőségének és személyzetének vallási és lelkigondozási kérdésekben.
- Mindent megtesz a saját szakmai, tanulmányi és lelki növekedéséért, fejlődéséért.
- Részt vesz különböző képzéseken, konferenciákon, tudományos programokon.

### *4. Célok, kimenetek*

- Hitbeli és lelki félelmek csökkentése, feloldása, támogatása
- Életbeli problémák feldolgozása, megértése
- Különböző problémák és zavarok feloldásának segítése
- A meghaláshoz való viszonyulás tudatosítása
- Az emberi méltóság megőrzésének a segítése
- A team tagjainak lelki figyelése és segítése
- A gyász feldolgozásának segítése

## **11.3.10. Gyásztanácsadó**

### *I. Definíciók*

**Gyász:** a veszteség által kiváltott érzelmi, gondolkodási, magatartási, kapcsolati változások együttese.

**Gyásztanácsadó:** az a segítő hivatású személy (orvos, pszichológus, mentálhigiénés végzettségű szakember, lelkész, szociális munkás, szakápoló, hospice önkéntes segítő), aki szervezeti keretek között, a gyással kapcsolatos megfelelő szakismeretek birtokában gyászolók egyéni vagy csoportos segítésével foglalkozik. Gyásztanácsadói minősítést az szerezhethet, aki gyászról szóló képzést végzett, ennek ismeretanyagából eredményes vizsgát tett, s gyászolókat segítő munkájával kapcsolatos szupervízió részt vett.

*Egyéni gyásztanácsadás:* a gyásztanácsadó szervezett keretek között zajló segítő kapcsolata a gyászolóval, amelynek célja a gyász feldolgozásának elősegítése.

*Gyászolók tanácsadói csoportja:* gyásztanácsadó által vezetett, szervezett keretek között zajló csoportos foglalkozás gyászolók számára, amelynek célja a gyással együtt járó érzelmek és gondolatok megosztása, közösségi támasz biztosítása, a gyász feldolgozásának elősegítése. A tanácsadói csoport során a gyásztanácsadó – a csoporttagok igényeinek figyelembevételével – meghatározza a csoport kereteit, facilitálja a közösség alakulásának folyamatát, pszichoedukatív tevékenységet végez, elősegíti az érzelmek és gondolatok megosztásának folyamatát, támogatja az adekvát coping mechanizmusok átvételét.

*Gyászolók önszegítő csoportja:* a gyászolók önszerveződésen alapuló közössége. Céljai megegyeznek a tanácsadói csoportnál leírtakkal, vezetője azonban maga is gyászoló, aki a gyással kapcsolatban speciális képzésben nem részesült.

*Professzionális segítő:* (ebben a fejezetben:) pszichológus, pszichiáter

*Pszichoterápia:* a pszichés zavarok gyógyítása céljából pszichoterápiás képzésben részesült professzionális segítő által végzett, módszertanilag meghatározott keretek között folyó gyógyító tevékenység. A gyászolók pszichoterápiájának része a gyásztanácsadás is, a pszichoterápia azonban – speciális módszerei által – ennél összetettebb keretek és célok között zajló tevékenységet jelöl.

## 2. Képzettség, végzettség

A gyásztanácsadók képzése legalább 120 órás, amely magában foglal minimum 30 óra elméleti képzést, 30 óra (veszteségekre fókuszáló) önismereti csoportot, 30 óra csoportvezetési alapismereteket oktató csoportos foglalkozást és 30 óra szupervíziót.

## 3. Konkrét tevékenységek leírása

- Kapcsolatfelvétel és kapcsolattartás gyászoló emberekkel
- Exploráció: a veszteség történetének megismerése, hatásainak felmérése
- A professzionális segítőhöz irányítás szükségességének megítélése, szükség esetén ez irányú tanácsadás
- Normál gyászfolyamat esetén: egyéni, pszichoedukatív jellegű tanácsadás és/vagy tanácsadói csoport vezetése

## 4. A gyásztanácsadás céljai, kimenetelei

- A gyással együtt járó természetes változások normalitásának megerősítése, az irreális félelmek csökkentése,
- A gyász által kiváltott érzelmek átélésének támogatása, a veszteséggel kapcsolatos gondolatok strukturálásának, megfogalmazásának elősegítése, a kapcsolati változások áttekintésének támogatása,
- A megváltozott élethelyzetben szükségessé váló érzelmi, gondolkodásbeli, magatartási és kapcsolati változások támogatása, az újjászerveződés elősegítése,
- A gyászreakciók torzulásának, s az ezzel együtt járó szomatikus és pszichés megbetegedéseknek a megelőzése.

## 11.3.11. Dietetikus

### 1. Általános munkaköri definíció. Képzettség, végzettség

A dietetikus a táplálkozástudomány és a dietetika területén egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező diplomás szakember, aki a táplálkozástudományi ismereteit az egészséges és beteg egyének ételmezésére és oktatására alkalmazza. (A Genfi Nemzetközi Munkaügyi Hivatal definíciója) A képzés irányultságának megfelelően lehet terápiás

dietetikus, élelmezésvezető dietetikus és táplálkozási, diétás tanácsadó. A különböző területen dolgozó dietetikusok szakmai képviselőjét az MDOSZ (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége) látja el.

A hospice team-ben dolgozó dietetikus diétás tanácsaival és az étrend megváltoztatására vonatkozó javaslataival hozzájárul a beteg komfortérzetének javításához, lehetőség szerint a megfelelő tápláltsági állapot biztosításához. Célja a diéta segítségével a lehető legjobb életminőség biztosítása.

A dietetikusra is érvényes a hospice munkatársakra vonatkozó általános követelmény. Ugyanígy a hospice szolgálatban érvényes etikai szabályokat be kell tartania.

### *2. Konkrét tevékenységek leírása:*

- A beteg táplálkozási anamnézisének felvétele és kiértékelése, amellyel hozzájárul a beteg egészségi állapotának megítéléséhez;
- A táplálkozási állapotának meghatározása és folyamatos ellenőrzése;
- A diagnózis, a táplálkozási anamnézis és a beteg életkörülményei alapján az étrend kialakítása a beteggel és/vagy hozzátartozóival együtt;
- Az aktív táplálkozásra képtelen betegek számára – a beteggel és a team orvosával, ápolójával egyeztetve – mesterséges táplálás előírása, a beteg számára legkedvezőbb táplálkozási forma meghatározása;
- A táplálkozás illetve táplálás folyamatos monitorozása;
- Folyamatos konzultáció a beteggel, a team tagjaival és a hozzátartozókkal az előírt étrend tartásával, módosításával kapcsolatban (rendszeres szakkonzultáció formájában);
- A hospice team tagjainak (orvos, otthon és kórházi ápolók, koordinátor és önkéntesek) dietetikai ismereteinek bővítése előadások, bemutatók formájában, munkájuk szakmai segítése. Pl.: az önkéntes hospice segítők kompetenciája a beteg gondozása, segítése, így esetenként az étel elkészítése, melegítése, a beteg megettetése, bevásárlás;
- Felmérések, kutatások, vizsgálatok végzése, melynek célja a minőségi betegellátás kialakítása, javítása;
- A beteg jogainak figyelembevételével történő munkavégzés.

A dietetikusi munka dokumentálása:

- A tápláltsági állapot meghatározása
- Táplálkozási anamnézis
- Dietetikusi vélemény a kórtörténet és az anamnézis, tápláltsági állapot meghatározása alapján
- A táplálkozási tanácsadás dokumentálása
- A felmérések, kutatások, vizsgálatok eredményeinek publikálása
- Az adatokat az adatvédelmi és betegjogi szabályok betartása mellett kell vezetnie

### *3. Célok, kimenetek:*

A diéta meghatározásánál a beteg étkezési szokásait figyelembe véve alapvető szempont az optimális tápanyagszükséglet kielégítésére való törekvés, a malnutríció kialakulásának megelőzése, illetve a feltárt kóros tápláltsági állapot csökkentése, megszüntetése.

### *4. Rendeletek:*

(36)1996. (III. 5.) Korm. Rendelet az egészségügyi felsőoktatás képesítési követelményeiről.

## **11.3.12. Önkéntes**

### *1. Definíciók*

*Egészségügyi önkéntes:* az a személy, aki egyéni indíttatás és társadalmi igény alapján, humanitárius célból, ellenszolgáltatás nélkül fizikai és lelki támogatást nyújt, pozitív közösségi értékeket közvetít az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjein. Sajátos élethelyzetből fakadó olyan szükségletet elégít ki, melyek az egészségügyi ellátás során – a szakmai követelmények teljesítése ellenére is – kielégíthetetlenek maradnak.

*Laikus hospice önkéntes segítő:* a társadalom legkülönbözőbb rétegeiből kikerülő személy, aki idejének egy részét segítő szolgálatra felajánlva, szakértő stáb irányítása alatt, fizikai és lelki segítséget nyújt a betegnek és a családjának a betegség és a gyász ideje alatt.

*Önkéntesség:* az önkéntes segítő maga határozza meg vállalása idejét, mennyiségét és a vállalt feladatot.

*Motiváció:* az indítékok keresése az önkéntes segítőknél alapvető fontosságú.

### *Kik vállalhatnak önkéntes segítői tevékenységet?*

Azok, akiknek a motivációja az alábbiak közül kerül ki:

- egészséges segítőkészség, amely a magánéletben nem juthat kellő mértékben kifejezésre (Pl. felnőnek a gyerekek);
  - a feldolgozott veszteségek során szerzett tudás hasznosításának, tapasztalat megosztásának igénye;
  - elkötelezettség az eszme iránt;
  - önmegvalósítási szükséglet (Maslow);
- valamint megfelelnek a felvételi követelményeknek és elvégzik a laikus segítők számára szervezett hospice tanfolyamot.

### *2. Végzettség, képzettség*

Az önkéntes munkára jelentkezők számára előképzettség nem szükséges. Az ajánlkozók szűrése komoly, felelősségteljes feladat. Kérdőívvel, interjúval történő gondos kiválasztás után – a lépcsőzetes bevonás elvének megfelelően – a jelöltek tapasztalt segítők mellett megkezdhetik kórházi gyakorlatukat. Az alkalmasságukat bizonyított önkéntesek speciális hospice képzésben kötelesek részt venni, végül három hónap kórházi szolgálat után részt vállalhatnak az otthoni beteggondozásban.

Az önkéntesek számára – csakúgy, mint a team többi tagjának – biztosított az állandó szakmai fejlődés lehetősége. A gyakorlat mellett a team rendszeres esetmegbeszélései, belső képzések, szemináriumok, önismereti csoportfoglalkozások, országos rendezvények segítik a folyamatos fejlődést. A Bálint csoport a gyógyíthatatlan betegek, haldoklók melletti munka feszültségeinek oldásában, a veszteség okozta frusztráció feldolgozásában segít, valamint lehetővé teszi (az önkénteseket ugyan kevésbé fenyegető) burnout szindróma elkerülését.

### *3. Konkrét tevékenység*

#### *Az önkéntesek feladatai:*

A beteg segítése (ld. alább részletezve)

A család segítése a betegség ill. a gyász időszakában

A szervezet segítése

#### *A beteg gondozása, segítése*

Környezettanulmány, helyzetfelmérés

Betegfelügyelet

Meghallgatás, beszélgetés, lelki támogatás, kérésre ima

Felolvasás

Étel megmelegítése, vagy elkészítése, mosogatás  
Etetés, itatás  
Mosdatás, fésülés, borotválás, hajmosás  
Átöltöztetés  
Ágynemű csere  
WC-re kísérés, szobai WC-re ültetés, szobai WC, vagy ágytál kiürítése, kimosása  
Széklet, vizelet utáni lemosás  
Bőr bekenése bőrápoló krémmel  
Pelenkázás  
Gyógytornász által előírt egyszerű kéz-és lábmozgatás  
Sétáltatás

#### *Ügyintézés*

elkísérés vizsgálatra, rokonhoz, templomba, stb.  
levélírás, telefonálás, kérvény megírása  
hivatalos ügyintézés (munkahelyen, önkormányzatnál, biztosítónál)  
programszervezés (rokonlátogatás, utazás, telek, templom)  
lelkipásztor látogatásának megszervezése

#### *A család segítése:*

Pszichés támogatás a betegség, vagy gyász időszaka alatt  
Tehermentesítés – a lehetőségekhez mérten – a folyamatos betegápolás fizikai és lelki terhei alól

#### *Az önkéntes feladatai a beteg haldoklásakor:*

Személyes jelenlét, megnyugtatás  
A beteg gondozása (szájnedvesítés, izzadság letörlése, stb.)  
Meghallgatás, beszélgetés a beteggel, ill. a családtagokkal  
A halott körüli teendők segítése (mosdatás, öltöztetés, ügyintézés)  
Gyógyászati segédeszközök oda-vagy visszaszállítása  
Orvos, ápolónő hívása

#### *A kórházi önkéntesek feladatai:*

Lelki támasz nyújtása  
Ápolók terheinek csökkentése (szakértelmet nem igénylő feladatok kiváltása)

#### *Szervezet segítése*

Szponzorok, támogatások felkutatása  
Rendezvények szervezése  
Ünnepségek rendezése  
Új önkéntes tagok szervezése

#### *4. Célok, kimenetek*

A hospice/palliatív gondozás ma már az egészségügy integráns része, de szellemisége megvalósíthatatlan a család és az önkéntes segítők hatékony közreműködése nélkül. Az önkéntes segítségnyújtás célja, hogy a rendelkezésre álló szűkös eszközök, lehetőségek önkéntes segítség által való bővítésével minél több család váljék képessé a hospice szellemiség jegyében gondozni, és halálba kísérni gyógyíthatatlan családtagját.

#### *Az önkéntes munka társadalmi haszna:*

- Gazdasági szempontból is jelentős hozzájárulást jelent a társadalomnak
- Olyan kulcsterület, amelyen keresztül kifejezésre jut az állampolgári elkötelezettség, az állampolgárok közti bizalom és kölcsönösség, szolidaritás
- Hozzájárul a társadalmi kohézió és stabilitás erősítéséhez
- Az önkéntesség segíti azoknak az embereknek a társadalmi integrációját, akik a perifériára szorultak, vagy kirekesztettek
- Szerepet játszik a teljes foglalkoztatottsággal összefüggő célkitűzések megvalósításában, mert hozzájárul a munkanélküliek munkaerőpiaci esélyeinek javításához
- Példa az önszerveződés hatékony működésére
- Ismeretterjesztés, normateremtés, társadalmi tudat formálása

## 12. A gyermekek palliatív ellátásának sajátosságai

### A gyermekek palliatív terápiájának fogalma

*Gyógyíthatatlan* betegségben szenvedő gyermekek és fiatalok palliatív terápiáján olyan *aktív, holisztikus* gondozási formát értünk, amely *testi, pszichés, szociális és spirituális* elemeket ölel át. Legfőbb célja a gyermek *életminőségének javítása* és a *család* támogatása, magában foglalja a *tünetek enyhítését*, a gyermek *kísérését* a halálig és a halál után a *gyászoló*k segítségét.

### Alapvető különbségek a felnőttek és gyermekek palliatív ellátásában

- Jóval kevesebb gyermeknek van szüksége palliatív terápiára, mint felnőttek. (Epidemiológiai adatok: 250 000 lakosra jut kb. 50 000 gyermek, ebből évente 5 gyermek hal meg valamilyen gyógyíthatatlan betegségben. Ennek megoszlása: 2 rosszindulatú daganat, 1 szívelégtelenség, 2 egyéb.) A kis betegszám miatt nehezebb megfelelő szervezett formát találni a gyermekek palliatív ellátására.
- A gyermekkorból adódóan más a palliatív terápiát igénylő betegségek megoszlása is. A palliatív ellátást igénylő gyermekeknek csak mintegy 50%-a szenved rosszindulatú daganatos megbetegedésben. A palliatív terápiát igénylő fontosabb betegcsoportok gyermekkorban:
  - Olyan szerzett vagy veleszületett betegségek, amelyek eleve gyógyíthatatlanok, vagy lehet esély a gyógyulásra, de esetenként a kuratív terápia eredménytelen, ezért a kezelés felfüggesztése után csak palliatív ellátásra van lehetőség. (pl.: rosszindulatú daganatok, szív-, máj-, veseelégtelenség, AIDS)
  - Hosszadalmas, intenzív kezeléssel az élet meghosszabbítható, végleges gyógyulás azonban nem lehetséges. A palliatív gondozás egyik célja, hogy a gyakori terápiás beavatkozások mellett a gyermek számára az életkorának megfelelő lehető legjobb életminőséget lehessen biztosítani. (pl. cisztás fibrózis, izomdisztrófiák)
  - Veleszületett, progresszív betegségek, amelyek nem gyógyíthatók, a gyermekek mégis több évig élhetnek. (pl. mukopoliszaharidózisok)
  - Súlyos idegrendszeri károsodással járó állapotok, amelyek progrediálnak vagy stagnálnak.

A fentiekből következik, hogy a gondozás ideje néhány naptól több évig terjedhet.

A gyermekkor sajátossága, hogy különböző fejlődési szakaszok követik egymást, amelyek során változik a gyermek felfogása a világról, életről, halálról, változik viszonya a szüleivel, testvéreivel, az egyes szakaszokat speciális kommunikációs formák jellemzik. Ezért a gyermekeket gondozó team tagjainak tisztában kell lenniük ezekkel a sajátosságokkal annak érdekében, hogy megfelelően tudjanak kommunikálni a beteg gyermekkel és családjával, és hogy valóban tenni tudjanak a gyermek életminőségének javításáért.

A gyermek nem választható el a családjától, csak szüleivel és testvéreivel együtt gondozható. A gyermekek körül legtöbb esetben van olyan családtag (szülő, nagyszülő, nagyobb testvér), aki az ápolást végzi.

### **A gyermekek palliatív ellátásának modelljei**

- *Otthoni hospice ellátás*

Mivel a gyermekek legnagyobb része otthonában szeret lenni, ennek a formának az elterjedése kívánatos lenne. A multidiszciplináris team a gyermek otthonában biztosítja a palliatív ellátást, ehhez megfelelő hordozható eszközökkel rendelkezik (oxigén-palack, szívó, infúziós pumpák, stb.), és 24 órás orvos és ápoló készenléti szolgáltatást nyújt.

- *Kórházi palliatív részleg*

Olyan kórházi osztályokhoz csatoltan, ahol halmozottan fordulnak elő a fenti betegcsoportba sorolható gyermekek, célszerűnek látszik palliatív részleg, szoba kialakítása. A legnagyobb hangsúly a team kiképzésén és a pszichoszociális, spirituális támogatásban jártas szakemberek alkalmazásán van. Természetesen fontos a betegközponitú, barátságos környezet kialakítása is.

- *Hospice ház*

A felnőtt gondozásban ismertetett forma gyermekekre adaptált változata.

- *Mobil konzultációs csoport*

Palliatív terápiában jártas szakemberekből álló multidiszciplináris csoport, amelynek tagjai egy nagyobb gyermekkorházon belül a különböző osztályokon kezelt, palliatív terápiát igénylő betegek ellátásával kapcsolatosan konzíliumba hívhatók, illetve otthoni ápolást, orvosi ellátást is nyújtanak igény szerint.

### **A gyermekek palliatív gondozása során figyelembe veendő legfontosabb törvények**

- *A gyermekek jogai az Egészségügyi Törvény szerint (1997. évi CLIV. törvény "A betegek jogai és kötelességei c. fejezet)*

(A gyermek 14 éves korig cselekvőképtelennek, 14-18 év között korlátozottan cselekvőképesnek minősül.)

13.§(5) A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

16.§ (2) Amennyiben a beteg cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes... a beleegyezés és a visszautasítás jogának gyakorlására... a megjelölt sorrendben az alábbi személyek jogosultak:

a.) a beteg törvényes képviselője

...

(5) Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés illetve a visszautasítás jogát a (2) bekezdés szerinti személy gyakorolja.

### **Teendők a gyermekek palliatív terápiájának fejlesztése érdekében Magyarországon**

A gyermekeket kezelő kórházi orvosok és ápolók hozzáállásának megváltoztatása érdekében elsősorban a palliatív terápiás elméleti és gyakorlati képzést kellene beépíteni az orvosi egyetemek és az ápolóképzés tananyagába.

Addig is, amíg a gyermekek palliatív gondozásának szervezeti egységei Magyarországon kiépülnek, a megfelelő színvonalú palliatív gondozás – beleértve a megfelelő fájdalomcsillapítást és a haldokló gyermek és családjának pszichés támogatását – valamennyiünk feladata, függetlenül attól, hogy hospice szervezeti keretei között vagy kórházi osztályon, illetve háziorvosi praxisban találkozunk ilyen gyermekekkel.

Mindig az adott gyermek és a család kívánságát, körülményeit és saját lehetőségeinket figyelembe véve kell megtalálni azt a megoldást, ami az adott gyermeknek a legjobb.

## **13. Költségelemzés**

### **1. Bevezetés**

Ezen elemzés a hospice szolgálatok járó- és fekvőbeteg ellátásainak felmérésére alakult munkacsoport munkájának azon részéhez tartozik, melynek feladata a szolgáltatások költség-igényességének meghatározása.

### **2. Az elemzés célja**

Az elemzés közvetlen célja, hogy felmérje azon költségtételeket, melyekre hivatkozva a hospice (palliatív) ellátás komplex finanszírozását megalapozott javaslataival biztosíthatja.

Közvetett célja, hogy kihangsúlyozza ezen ellátási forma társadalmi fontosságát, s ezzel további lehetőségeket teremtsen a végstádiumú betegek emberséges ellátási feltételrendszerének a megteremtésében.

Az elemzéshez csatlakozó munkaanyagok tárgyalják a hospice ellátás megkívánt feltételeit, javaslatot tesznek a rendszerben dolgozó szakemberek kompetencia szintjeire, továbbá ajánlásokat fogalmaznak meg az elvárható mértékű dokumentációra.

### **3. Előzmények**

A hospice jellegű ápolással, gondozással foglalkozó első szervezetek 1991-ben alakultak meg hazánkban. A jelentős fejlődés ellenére, a szükséges kapacitások – a fennálló finanszírozás nehézségei miatt – nem épültek ki a kívánatos mértékben. Az országos ellátás egyenlenségei miatt jelentős számú terminális állapotú beteg nem részesülhet humánus, az emberi méltóságot maradéktalanul tiszteletben tartó ellátásban. 2000-ben 4 szolgáltató 56 ágygal működtetett bentfekvő részleget, továbbá 14 hospice házi szakgondozást végző szervezet tevékenykedett hazánkban. Az igények illetve a terminális állapotú betegek ellátásához szükséges kapacitások kiépülése a finanszírozással kapcsolatos gondok feloldása után valósulhat meg.



#### 4. Elvárások, követelmények

A hospice (palliatív) ellátás finanszírozása nem fedezi a felmerülő költségeket, ezért részlegesnek tekinthető.

Feladatunknak tekintettük:

- Olyan javaslat elkészítését, ami finanszírozási szempontból elősegíti a terminális állapotú betegek mind teljesebb ellátását, a hospice ellátás országos elterjedését.
- Azon finanszírozási lehetőségek feltárását, ami a jelenlegi gazdasági körülmények között is felvállalható.

#### 5. Háttérszámítások

A tanulmány alaphipotézise, hogy az 1998-as országos felmérésen alapuló és a GYÓGYINFOK által összesített krónikus ápolási HBCS tervezetek költségszámításai jó kiindulási alapot teremtenek a további kalkulációhoz.

A hospice ápolás alapköltségei magukba foglalják a krónikus ápolási költségeket, továbbá a terminális állapotú betegek számára nyújtott speciális ápolási szolgáltatásokkal kapcsolatos költségelemeket is.

A kiindulási alapot a GYÓGYINFOK által 1999-ben összesített országos adatok jelentették. A feltüntetett daganatos megbetegedések HBCS-inek napi költségadatait a hivatalos egészségügyi inflációs rátával felszorozva, megkaptuk 2001. év egy ápolási napjára eső krónikus betegellátási költségét. A saját felmérés alapján kiszámított speciális szolgáltatások bérköltségeinek hozzáadásával megkaptuk a végleges költségeket. A betegszám és az átlagos kezelési idő figyelembevételével határoztuk meg a fekvőbeteg kasszát terhelő éves költséget.

#### 6. Az adatfeldolgozás eredményeinek a bemutatása

A felmérés alapját a a Gyógyinfok által rendelkezésünkre bocsátott költségeloszlási táblák alapján a fő daganatos betegségcsoportok krónikus ápolási költségeinek átlaga jelentette. Az infláció hatásának figyelembevétele után a fekvőbeteg ellátás egy ápolási napjának költségére **7185 Ft** adódott. Ezt az adatot – a mi felmérésünk alapján számítottuk, és átlag értéknek tekintendő. Az egyes hospice osztályok egy betegre jutó napi költségei – az adottságoktól (betegösszetétel, forgalom, személyzeti ellátottság, stb.) függően – erősen szórhatnak ez átlag körül. Ez az összeg a terminális állapotú betegek ellátásához is szükséges alapszolgáltatások költségeit tartalmazza. A hospice ápolásban részesített betegek szomatikus ellátása mellett mentális, szociális és spirituális gondozásban is részesülnek. E feladatok ellátásakor elsősorban a személyi bérköltségek figyelembe vétele illetve beépítése a feladat. Két helyszínen a betegek speciális ellátásához kapcsolódó részletes munkaidő felmérést végeztünk, melynek alapján meghatározhatóvá vált a szociális munkás, a gyógytornász, a pszichológus/mentálhigiénikus, a lelkész és a koordinátor egy betegellátási napra eső paciensenkénti munka-időszükséglete. Az egészségügyben szokásos munkabérekkel számolva az egy betegre eső bérköltség meghatározhatóvá vált. A számítások alapján az összesített költségek napi 8500 Ft-nak adódnak, ami az érvényben lévő finanszírozási szabályoknak megfelelően, a **krónikus ápolás alapidő 2,5\*** szorzóval történő módosításának felel meg.

Az évi 7000 terminális állapotú beteg fekvőbeteg ellátásban történő kezelésekor a krónikus kasszát terhelő kiadások  $8500 \cdot 7000 =$  napi **6 000 eFt**. Mindezek az adatok természetesen jelentős részben becslésen alapulnak, teljeskörű statisztikai felmérések birtokában e napi költség pontosná tehető. Célunk csupán az volt, hogy nagyságrendileg helyezzük el a terminális állapotú betegek ellátási költségeit.

A jelentős költségek miatt célszerű a fekvőbeteg ellátás lehetőség szerinti kiváltása. A járóbeteg ellátás a betegek állapota miatt nem jön szóba, így ebből a kasszából a finanszírozása sem oldható meg.

A napi bekerülési összeg jelentősen csökkenthető, ha a házi szakápolás kiszélesítésével mérsékeljük a betegellátás költségigényét. Az ezzel kapcsolatos feladat, hogy a jogszabály által engedélyezett ellátó személyeken kívül, a mentális, szociális, spirituális gondozást végző szolgáltatók is finanszírozottá válhassanak. Az otthoni szakápolás során elvégzendő feladatok és e tevékenységek egy betegre jutó átlagidejében az "1" kategória a első vizit során elvégzendő feladatokat foglalja magába, a többi kategória az ismétlődő, funkcionálisan elkülönülő tevékenységeket jelöli. A felmérés nem terjedt ki a gyógytornász, a pszichológus illetve a lelkész feladatainak tételes felsorolására.

## **7. Összefoglalás**

A jelenlegi hospice ellátás – a feladat részleges finanszírozása miatti kapacitás hiány következtében – nem képes az elvárható igényeknek megfelelni. Elemzésünkben a Gyógyinfok adataiból kiindulva feltártuk, hogy a terminális állapotú betegek megfelelő ellátásának feltétele az ehhez szükséges költségek fedezetének a megteremtése, ami a krónikus napi díj **2,5\*** szorzójával lehetséges. E betegek országos kórházi napi költsége kb. 6 millió forint, ami komoly teherterelt jelentene a krónikus kasszára. A költségek csökkentésére az otthoni szakápolási hálózat országos kiépítése és a jelenleginél szélesebb körű ellátások biztosításával lehetséges.

A feladat felvállalása humánussá teszi a végstádiumban lévő betegekről való gondoskodást, illetve segítséget jelent a hozzátartozóknak fájdalmuk elviselésében.

## **14. Teljesítmény értékelés**

A terminális állapotú daganatos betegek ellátása során az ellátott személy igényét kell figyelembe venni lakhelytől, életkortól, szociális helyzettől, etnikumtól függetlenül. A rendelkezésre álló erőforrások megfelelő alkalmazása a hatékonyság biztosítója.

A teljesítmény értékeléséhez az alábbi szempontok szükségesek:

- 1. Hozzáférhetőség**
- 2. Idő**
- 3. Hatásosság**
- 4. A beteg/ellátó tapasztalata**
- 5. Kommunikáció a szakemberek között**
- 6. Hatékonyság**

### **1. Hozzáférhetőség**

Alapelv:

*Minden* palliatív ellátást igénylő beteg megfelelő palliatív gondozásban részesülhessen.

Szükséges adatok:

- Azon betegek száma, akik palliatív ellátásban részesülnek és csoportosításuk a diagnózis, nem, életkor, tartózkodási hely és családorvos szerint.

Megjegyzés: Fontos, hogy azon betegek, akiket több helyen látnak el, ne legyenek többször regisztrálva

- Azon betegek száma, akik a szolgáltatásokban részt vesznek

- A beteg kezelésének lehetőségei

- Azon egészségügyi és szociális szakemberek száma, akik palliatív képzésben résztültek

## **2. Idő**

Alapelv:

Minden palliatív ellátást igénylő beteg *időben* a megfelelő palliatív gondozásban részesülhetnek

Szükséges adatok:

- Várakozási idő a palliatív ellátási egységeknél, miután jelentés érkezett a betegről
- A negatív visszajelzések száma, melyben a betegek túl hosszú várakozási időre panaszkodtak

## **3. Hatásosság**

Alapelv:

Minden beteget egy multidiszciplináris csoport kezel a palliatív szaktudás alapján.

Szükséges adatok:

- Bizonyíték arra, hogy az összes szolgáltatás működési feltételeinek követelménye teljesített
- Esetmegbeszélések szervezése hetente a szakembereknek
- A személyzet folyamatos képzése
- Megfelelő számítógépes rendszer kialakítása, mely alkalmas klinikai vizsgálatra és az eredmények kiértékelésére
- Bizonyíték arra, hogy a beteg kívánságait figyelembe vették
- Bizonyíték arra, hogy a tüneteket megfelelően kezelték és, hogy a pszichoszociális igényeket felismerték

## **4. A beteg/ellátó tapasztalata**

Alapelv:

A beteg és családja, illetve az ellátó személyzet rendelkezik a diagnózissal, a betegség stádiumával, és az ápolási módokra vonatkozó információkkal.

A családtagok illetve a személyzet igénytől függően lelki, érzelmi, szociális és gyakorlati támogatásban részesül.

A haldokló beteg családtagjai, illetve ellátói hozzájuthatnak a szükséges információkhoz és a gyász munka elősegítéséhez.

A szükséges adatok:

- Bizonyíték arról, hogy a beteget, a családtagokat, ill. az ellátókat megfelelően tájékoztatták és ez alapján hozhatták meg döntéseiket.
- Bizonyíték arról, hogy a beteg és a családtagok ellátására vonatkozó kívánságait feljegyezték és információ ezek megvalósításáról
- Bizonyíték arról, hogy a családtagok illetve az ellátók megfelelő támogatásban részesültek
- A gyász-támogatásban részesült családtagok illetve ellátók száma

## **5. A szakemberek közötti kommunikáció**

Alapelv:

A szakemberek és a hospice palliatív ellátó csoport ill. az egyéb intézmények (szervezetek) között hatékony a kommunikáció, mely folyamatos ellátást és támogatást biztosít a beteg és családja számára.

Szükséges információ:

Bizonyíték a szervezeti protokoll a megfelelő kapcsolat kialakításáról az alábbi szervezetekkel

- Alapellátó csoport
- Otthoni palliatív csoport
- Bentfekvő betegek ellátásával foglalkozó hospice palliatív egység
- Nappali szanatórium

- Mobil konzultációs team
- Kórház
- Ápolási otthon
- Szociális szolgálatok

## 6. Hatékonyság

Alapelvek:

A lehető legkevesebb pénzzel kell a megfelelő eredményt elérni.

Szükséges adatok:

A szolgáltatások költségeit a működtető hatóságok rendelkezésre bocsátják.

## Minőségi indikátorok a palliatív ellátásban

Minőségi standard	Indikátor
a palliatív ellátás holisztikus: szomatikus, pszichés, spirituális, szociális ellátási forma	a szolgálat rendelkezik-e a standardnak megfelelő szakember-gárdával illetve önkéntes segítői csoporttal
a palliatív ellátásban dolgozó team-tagoknak speciális hospice képzésben kell részt vennie	a szolgálat dolgozóinak hány százaléka rendelkezik speciális hospice képzettséggel
az ellátás célja a betegek életminőségének javítása	az ellátásba vett betegek életminőségét mennyi időn belül és milyen hatékonysággal sikerül javítani
minden palliatív ellátást igénylő beteg megfelelő palliatív gondozásban részesülhessen	a szolgálat - az adott körzetben - a palliatív ellátást igénylő betegek hány százalékát tudja ellátni

## 15. Oktatás, képzés, továbbképzés

### A jelenlegi helyzet

1. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület és az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet szervezésében folyik az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített:

- 40 órás hospice alaptanfolyam minden érdeklődő - ápolók, orvosok, egyéb egészségügyi szakemberek és önkéntesek - számára; (a továbbképzést elvégző ápolók az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésével kapcsolatos 28/1998 (VI.17.) NM rendelet alapján 40 továbbképzési pontot kapnak) - a képzés célja: szenzibilizálás, szemléletformálás.

- 40 órás hospice továbbképzés (a továbbképzést elvégző ápolók 40 továbbképzési pontot kapnak) - a posztgraduális képzés célja az ápolók szaktudásának elmélyítése ezen a területen. Emellett több budapesti és vidéki hospice szervezetnek van saját hospice tanfolyama hasonló feltételekkel (pl. miskolci Erzsébet Hospice Alapítvány).

2. A Napfogyatkozás Egyesület szervezésében folyik az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság által pontértékesített 100 órás továbbképzés gyászolókat segítők számára.

3. A Magyar Hospice Egyesület és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara szervezi a 16-24 órás palliatív továbbképzést orvosok számára (a továbbképzést elvégző orvosok is kreditpontokat kapnak);

4. A Klinikai Lelkigondozók Ökumenikus Egyesülete és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara szervezésében folyik a 200 órás hospice tanácsadó képzés humán diplomás szakemberek számára. A képzés célja olyan szakemberek képzése, akik szakmai támogatást tudnak nyújtani a saját szakterületükön működő munkatársaknak. (A továbbképzést elvégzők egyetemi tanúsítványt kapnak.)

5. Az OKJ-s hospice szakápoló és koordinátor szakképzés (a klinikai szakápoló képzésen belül).

A szakképesítés OKJ szerinti azonosító száma: 54 5012 03

A képzés szabályozásának jogi háttere: 6/2001 (II.28.) EüM rendelet, amely a szakmai és vizsgáztatási követelményeket tartalmazza. A rendelet a Magyar Közlöny 2001/22. számában jelent meg.

a) Iskolai végzettség: érettségi

b) Szakmai előképzettség: ápoló (OKJ szám: 54 5012 01); felnőtt szakápoló; általános betegápoló (1975 előtt); általános ápoló (1972-78); üzemi ápoló; foglalkozás-egészségügyi szakápoló; csecsemő- és gyermekápoló (OKJ szám: 54 5012 02); gyermekápoló; csecsemő- és gyermekápoló és gondozó (1969 előtt); ideg-elme ápoló (1983 előtt); pszichiátriai ápoló és gondozó; gyermek ideg-elme ápoló és gondozó; körzeti ápoló; szülésznő

c) A szakmában eltöltött gyakorlat: az előképzettség megszerzése után – a képesítésnek megfelelő munkakörben – 2 év.

d) Egészségügyi és munkaalkalmassági feltétel: az alapképesítésnek megfelelő alkalmasság.

Az elméleti képzés: 330 óra; szakmai gyakorlat 440 óra

A képzés időtartama a többi szakápolói képzéshez hasonlóan 1 év.

7. A Magyar Hospice Alapítvány és az Erzsébet Hospice Alapítvány rendszeresen (folyamatosan) továbbképzéseket tart önkéntes segítők számára.

8. A Megnyugvás Hospice Alapítvány 2 éves lelki gondozói továbbképzést szervez, elsősorban a karitatív munkát végzők számára.

9. A Soros Alapítvány támogatásával jelenleg folyik egyetemközi együttműködés tananyagfejlesztés és képzés elindítására a palliatív medicina témakörében a graduális orvostudományban (Semmelweis Egyetem, Debreceni Egyetem).

### ***A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása című egyetemi kurzus tervezete a Semmelweis Egyetem graduális orvostudományában***

1. Az oktatás célkitűzései

- az orvostudományba bevezetni az aktív terápia melletti palliatív terápiás alapelveket
- bemutatni a palliatív orvoslás helyét a betegellátásban
- megismertetni a hallgatókkal a tüneti kezelésen alapuló szemléletet és a konkrét ismereteket
- a palliatív gondozáshoz szükséges attitűd és kommunikáció elsajátítása

Az oktatás várható eredményei

- az aktív gyógyításba nem vonható betegek ellátásának újszerű megközelítése
- a korszerű tüneti kezelés alkalmazása a betegellátásban
- az orvos – beteg kapcsolat, a kommunikáció javulása
- a gyógyítási kudarc elkerülésének és a személyzeti mentálhigiénének javulása

Óraszám: 30 óra (2 kredit)

Javasolt helye az orvosi curriculumban: ÁOK, IV. és V. évfolyam

Az oktatás formája: Előadás, csoportmunka, esettanulmányok, szituációs gyakorlatok, kommunikációs gyakorlatok, filmvetítés

Részletes program:

1. A terminális állapotú betegek palliatív ellátása (bevezetés) (2 óra)  
Előadó: Dr. Muszbek Katalin igazgató főorvos, Magyar Hospice Alapítvány
2. A súlyos állapotú betegek fájdalomcsillapításának elméleti és gyakorlati kérdései (4 óra)  
Előadó: Dr. Pénzes István egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika
3. Előrehaladott rákbetegségben szenvedők tüneti ellátása (6 óra)  
Előadó: Dr. Ruzsa Ágnes onkológus főorvos, Zala megyei Kórház
4. A palliatív gyermekgyógyászat szomatikus és pszichoszociális vonatkozásai (6 óra)  
Előadók: Dr. Fekete György egyetemi tanár és Dr. Kovács Gábor egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem II.sz. Gyermekgyógyászati Klinika
5. A haldokló betegek pszichoszociális ellátása (2 óra)  
Előadó: Dr. Muszbek Katalin igazgató főorvos, Magyar Hospice Alapítvány
6. Család és szociális háttér a terminális állapotú betegek és hozzátartozóik ellátásában. (2 óra)  
Előadó: Cseri Péter szociális munkás
7. A palliatív ellátás társadalmi és kulturális háttere (2 óra)  
Előadó: Gyukits György egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet
8. Kommunikáció a haldokló beteggel (2 óra)  
Előadó: Dr. Pilling János klinikai orvos, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet
9. A terminális állapotú betegek palliatív ellátásának etikai kérdései és törvényi szabályozása (2 óra)  
Előadó: Dr. Hegedűs Katalin egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
10. A gyász lélektana és a gyászolók segítése (2 óra)  
Előadó: Dr. Pilling János klinikai orvos, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

Emellett egy-egy előadás vagy rövidebb kurzus szintjén szerepel a téma a különböző felsőoktatási intézmények oktatási tematikáiban is, ennek felmérése 1999-ben kezdődött meg. Míg a posztgraduális képzés és a szakképzés megvalósítása terén vannak már eredmények, elsősorban a graduális képzés szintjén hiányzik a hospice/palliatív képzés megvalósítása.

A témában számos tanulmánykötet, ismeretterjesztő füzet és egy tankönyv-sorozat is megjelent az elmúlt években (elsősorban a Magyar Hospice Egyesület és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem kiadásában, a Soros Alapítvány és a Phare támogatásával).

### **Javaslatok az oktatás fejlesztésére**

A palliatív gondozás egyik működési alapfeltétele a team-tagok szakmai hozzáértése, illetve ennek állandó tökéletesítése. A team tagjainak kiválasztásában a palliatív és hospice gondozásban tapasztalt szakemberek vesznek részt. A palliatív ellátásban olyan emberek dolgoznak, akik saját elhatározásukból választották ezt a tevékenységet, akik megértik és elfogadják az elveit és akiket a megfelelő képesítéseken kívül becsületesség, érzékenység

empátiára való készség jellemez. Nem kapcsolódhatnak be az ellátásba azok, akik egy éven belül veszítették el közeli hozzátartozójukat.

A palliatív ellátó team-ek szakmai fejlődését biztosítják:

- a team tagjainak rendszeres értekezletei;
- szakmánként szervezett illetve integratív oktatási programok;
- találkozók, belső képzések, szemináriumok, saját élményű csoportok;
- bel- és külföldi szakmai gyakorlatok;
- tudományos konferenciák.

**Az oktatás szervezésével kapcsolatos feladatok:**

- azon csoport illetve vezető személy kijelölése, aki felelős az oktatási programokért
- az igények felmérése
- a képzési prioritások felállítása
- az oktató személyzet felmérése a minősítési követelmények alapján
- az oktató programok hatékonyságának monitorozása és értékelése a klinikai tevékenységben
- országos oktatási hálózat kialakítása
- kapcsolódás az EAPC (European Association for Palliative Care) oktatási hálózatához

**Az oktatási program célja:**

- szemléletformálás
- egészségügyi és nem egészségügyi (pedagógiai, pszichológiai, szociológiai, teológiai) iskolák és felsőoktatási intézmények diákjainak kiképzése
- szaktudás fejlesztése ezen a területen az egészségügyi és nem egészségügyi személyzet körében
- szakemberek képzése a palliatív és hospice gondozás területén

**A program különböző elemei:**

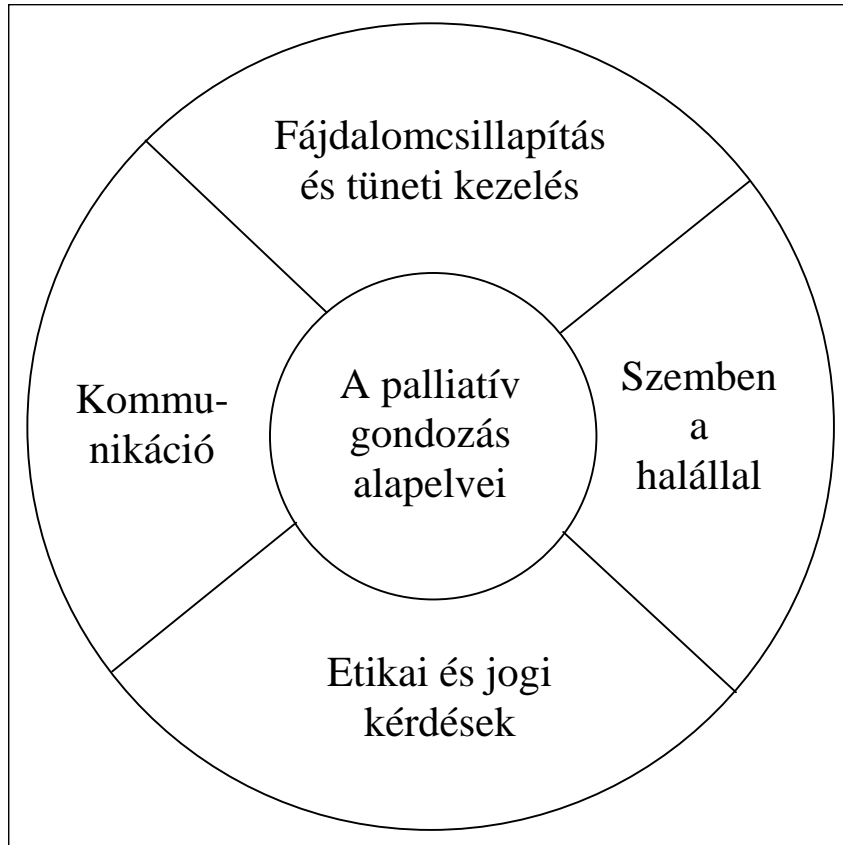
- elméleti és gyakorlati oktatási programok kidolgozása és bevezetése - figyelembe véve a modern oktatási technikákat - a kiképzendő csoportokra szabva
- társadalmi szemléletformálás programjainak kidolgozása
- graduális képzési programok kidolgozása
- posztgraduális képzési programok kidolgozása
- szakképzést nyújtó programok kidolgozása
- palliatív és hospice gondozást oktatók továbbképzését, készségfejlesztését célzó programok kidolgozása

**Az oktatási programnak magában kell foglalnia az alábbi fő témaköröket:**

1. Megbetegedés és halálozás a daganatos betegségben.
2. A palliatív és hospice ellátás filozófiája.
3. A palliatív és hospice ellátás szervezése.
4. A betegség mint sokdimenziós jelenség. A gyógyíthatatlan betegek holisztikus ellátása.
5. A daganatos betegséghez való viszony.
6. A halálhoz, haldokláshoz és veszteséghez való viszony.
7. Etika a palliatív ellátásban.
8. A daganatos betegségek, az AIDS és más, az élet utolsó szakaszában előforduló krónikus betegségek fiziopatológiája.
9. A szomatikus tünetek kezelése, különös tekintettel a fájdalomra.
10. A beteg ápolása.
11. Az ellátás lelki és pszichoszociális aspektusai.

12. A palliatív ellátás mint csoportmunka.
13. A család mint a palliatív ellátás egysége.
14. Kommunikációs készségek.
15. Tanácsadás:
  - a. lelki támogatás
  - b. érzelmi támogatás
  - c. szociális támogatás
16. Jogi és szervezeti szabályozás.

*A palliatív ellátás oktatásának modellje:*



### **Differenciált oktatási programok:**

#### **1. Graduális képzés:**

- az egészségügyi felsőoktatási intézmények hallgatói: az általános orvosi kar, fogorvosi, gyógyszerészeti és felsőfokú ápolóképzés hallgatói
- az ápolóképzés hallgatói
- gyógytornász szak hallgatói
- szociális munkás képző intézmények hallgatói
- teológiai szakok hallgatói
- pszichológus hallgatók
- szociológus hallgatók
- pedagógia szakos hallgatók
- dietetikus hallgatók



## **2. Orvosok posztgraduális képzése:**

- klinikusok és a pácienssel elsőként kapcsolatba lépő orvosok
- szakorvosok, különösen:
  - háziorvosok,
  - onkológusok
- palliatív és hospice ellátás orvosai
- azok az orvosok, akik palliatív és hospice egységek szervezésére készülnek
- a palliatív orvoslásra szakosodó orvosok.

## **3. Ápolók posztgraduális képzése:**

- házi szakápolásban dolgozó ápolók
- körzeti ápolók
- kórházi ápolók
- rendelőkben, ambulanciákon dolgozó ápolók, asszisztensek
- szociális és ápolási otthonokban dolgozó ápolók
- onkológiai szakápolók
- a palliatív és hospice ellátásban dolgozó ápolók
- azok az ápolók, akik a palliatív és hospice ellátó egységek szervezésére készülnek
- a palliatív gondozásra szakosodó ápolók (hospice szakápoló és koordinátor)
- szakoktatók és szaktanárok.

## **4. Egyéb szakemberek posztgraduális képzése:**

- szociális munkások
- lelkeszek
- pszichológusok
- mentálhigiénés szakemberek
- pedagógusok
- gyógytornászok
- foglalkoztató terapeuták
- dietetikusok

## **5. Önkéntesek képzése**

## **6. Egészségügyi menedzserek képzése**

## **7. A család oktatása**

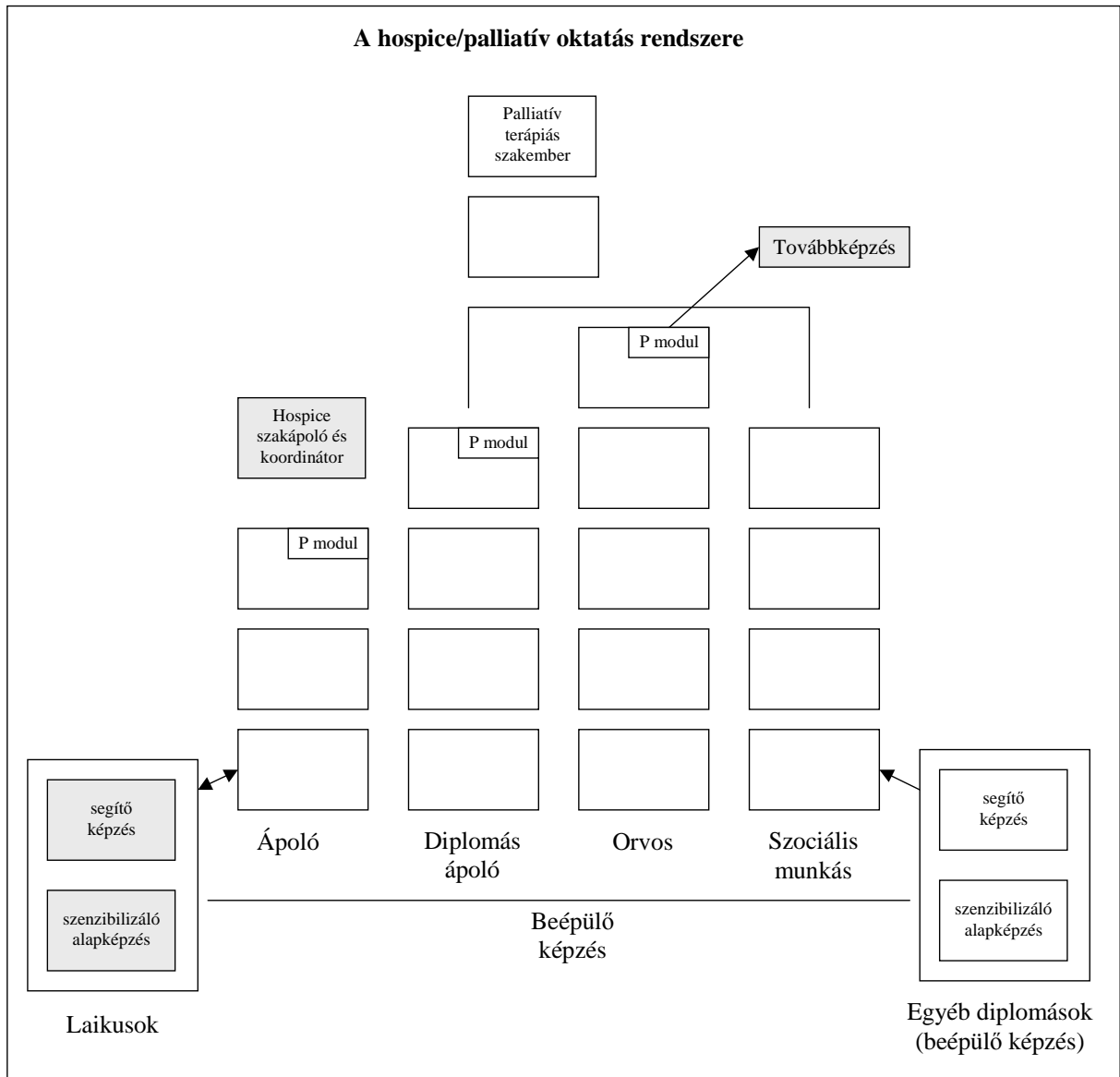
## **8. Szemléletformálás (középiskolákban, művelődési intézményekben, médiában stb.)**

A fenti feladatok megvalósításához szükség van arra, hogy minden orvostudományi egyetemen illetve karon létrehozzák a palliatív terápiát oktató intézetet (tanszéket). Ugyanígy minden orvostudományi egyetem mellett szükséges fejleszteni a palliatív gondozás alapformáit, amelyek bázisául szolgálnak a gyakorlati graduális és posztgraduális oktatásnak.

Az oktató programok megegyeznek a WHO oktatási alapelveivel, amelyek szerint a fájdalomcsillapítás és a palliatív ellátás:

- a graduális egészségügyi képzés kötelező része,
- vizsgaköteles,
- az egyetemek és tudományos társaságok által elfogadott tudományos kutatások, doktori értekezések tárgya, amely feljogosít diplomák és tudományos fokozatok megszerzésére,

- a posztgraduális szakoktató programok része,
- a tudományos és felsőoktatási intézmények, valamint a kutatómunkákat finanszírozó kollégiumok által elfogadott szaktárgy, amely ösztöndíjakra, tudományos társaságok tagságára és tudományos kutatások szubvencionálására érdemes.



## 16. Kutatás

### A jelenlegi helyzet

A palliatív ellátással kapcsolatos kutatások Magyarországon még viszonylag kezdeti stádiumban vannak. Egyes kutató csoportok és szakemberek folytatnak bizonyos kutatásokat, de ezek nincsenek összehangolva illetve beillesztve egy egységes kutatási rendszerbe.

A jelenleg kutatott témák:

1. A halállal, haldoklással és gyásszal kapcsolatos attitűdök hatása a haldokló betegek ellátására (Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, dr. Hegedűs Katalin, dr. Pilling János, dr. Bognár Tamás, Kolosai Nedda – OTKA kutatás);
2. Egyetemközi együttműködés tananyagfejlesztés és képzés elindítására a palliatív medicina témakörében a graduális orvoscépzésben (Semmelweis Egyetem, Debreceni Egyetem. Koordinátor: dr. Hegedűs Katalin)
3. A haldokló daganatos betegek hospice szellemű ellátása (Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, dr. Hegedűs Katalin- Doktori Iskola témavezető)
4. Az életminőség vizsgálata a haldokló betegek ellátásában. Palliatív terápia. (dr. Ruzsa Ágnes);
5. Súlyos állapotú daganatos betegek fájdalomcsillapítása (Országos Onkológiai Intézet, dr. Telekes András, dr. Horváth Zsolt);
6. Szociális munka a hospice-ban (ELTE, Miskolci Egyetem, Gyukits György, Cseri Péter);
7. Veszteségek és gyász feldolgozása (Napfogyatkozás Egyesület, dr. Pilling János vezetésével);
8. Perinatális gyász (DOTE Nőgyógyászati Klinika, Kovácsné dr. Török Zsuzsa).
9. Terminális állapotú daganatos betegek életminőségének vizsgálata (Erzsébet Hospice Otthon, dr. Simkó Csaba, dr. Simkó József)
10. A ketamin alkalmazása neuropathiás fájdalmak csillapításában (Erzsébet Hospice Otthon, dr. Simkó Csaba)
11. A serotonin antagonisták viszketéscsillapításban betöltött szerepe (Erzsébet Hospice Otthon, dr. Simkó Csaba)

A halál, haldoklás és gyász témájában 1997 óta tudományos folyóirat jelenik meg *Kharón Thanatológiai Szemle* címen, amely rendszeresen tudósít a fenti kutatások eredményeiről is.

### Javaslatok a palliatív ellátás kutatásának fejlesztésére

A WHO az 1990-es ajánlásában három stratégiai feladatot jelölt meg a palliatív gondozás fejlesztésében az egyes országok egészségügyi kormányzatai számára:

1. A *törvényi szabályozás* megteremtése az adott országban a palliatív ellátó szervezetek és a daganatos fájdalom kezelésére szakosodott központok létrehozására;
2. A palliatív gondozással és a daganatos fájdalom kezelésével kapcsolatos speciális *képzési rendszer* kialakítása;
3. az alapvető *fájdalomcsillapítók* és ezen belül a szájon át szedhető morfium *hozzáférhetőségének* biztosítása.

Ehhez kapcsolódik az utóbbi években a modern, *evidence based* (tapasztalatokon alapuló, tudományos eredményeken nyugvó) *palliatív gondozási gyakorlat* kialakításának követelménye.

A kutatási tevékenységnek kapcsolódnia kell ezekhez az alapelvekhez.

**1. A tudományos tevékenység célja:**

- a palliatív ellátás optimális szervezeti modelljének kidolgozása Magyarországon,
- a haldokló betegek és családjaik szükségleteinek felderítése és optimális kielégítésükre való törekvés,
- a fájdalom és a szomatikus tünetek kezelési módszereinek tökéletesítése,
- a palliatív ellátás minőségének értékelésére irányuló módszerek kidolgozása.

**Feladatok a kutatásban:**

- a fájdalom felmérése, csillapítása és a szomatikus tünetek kezelése,
- a pszichés és lelki szenvedés leküzdése,
- szociális és pszichés szolgáltatások a haldokló, a családja és a gondozó személyek számára,
- a palliatív ellátásban szerzett tapasztalatok átadása,
- képzési programok, curriculum-fejlesztés és különböző oktatási módszerek kidolgozása,
- az ellátást igénybe vevő betegek és családjuk életminőségének értékelése,
- az etikai tényezők elemzése a palliatív ellátásban,
- a palliatív ellátás különböző formáinak gazdasági aspektusai (költség-hatékonyság vizsgálatok),
- a palliatív ellátás jogi szabályozása, a szolgáltatáshoz való hozzáférhetőség,
- részvétel a palliatív ellátás normáinak és sztenderdjeinek meghatározásával kapcsolatos európai irányelvek továbbfejlesztésében.

**3. A megvalósítás módszerei:**

- megfelelnek az oktatási és a felsőoktatási törvényeknek,
- közvetlen együttműködést jelentenek a palliatív ellátás egységei között és a külföldi központokkal.

A palliatív ellátás kérdései publikációk, diplomamunkák és doktori értekezések tárgyát képezhetik. A tudományos tevékenységet elsősorban az orvosi egyetemeken, az onkológiai központokban, valamint a palliatív ellátó egységekben, illetve ezekhez kapcsolódva kell kialakítani és megvalósítani a kutatások országos koordinálását.

## Irodalom

1. Az angol hospice-palliatív ellátásban dolgozó szociális munkások szakmai irányelvei, ajánlásai (AHSPCSW - Association of Hospice and Specialist Palliative Care Social Workers, 1997)
2. Cancer pain relief and palliative care. WHO, 1990. Geneva.
3. Cancer pain relief and palliative care. WHO, 1998. Geneva.
4. Cancer pain relief and palliative care in children - WHO, 1998. Geneva.
5. Debrecenyi Károly István: A spiritualitás mint híd. Lelkiség a hospice-ban. Bp. 1999. Magyar Hospice Egyesület. (Hospice beteggondozás, 7.)
6. Dieterich, Michael: Pszichológiai és lelkipásztorkodási kézikönyv. Bp. 2000. Szent István Társulat.
7. Doyle, D., Hanks, G., Macdonald, N. (szerk.): Oxford Textbook of Palliative Medicine Oxford University Press, 1995.
8. Egészségügyi Törvény (1997. évi CLIV.törvény) "A betegek jogai és kötelességei" c. fejezet
9. 117/1998. (VI.16.) sz. Kormányrendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának szabályairól)
10. A gyógyíthatatlan betegek és haldoklók emberi jogainak és méltóságának védelme. Az Európai Bizottság Parlamenti Közgyűlésének 1418 (1999) sz. ajánlása (Kivonat az Európa Tanács hivatalos Értesítőjének 1999 júniusi számából) In: Kharón Thanatológiai Szemle, 2001. 2-3.sz. 51-57.o.
11. Halállal kapcsolatos problémák. – A haldokló gondozása. Európai Közegészségügyi Bizottság. Strasbourg, 1981.
12. Hanks, G. (szerk.): Helpful Essential Links to Palliative Care, Centre for Medical Education, University of Dundee, London, 1995.
13. Hegedűs Katalin: Az emberhez máltó halál. Hospice. Bp. 2000. Osiris K.
14. Hegedűs Katalin: Hospice alapismeretek. Bp. 1999. SOTE.
15. Hegedűs Katalin (szerk.): Lélektől lélekig. Súlyos betegek és haldoklók pszichés gondozása. Bp. 1995. SOTE Magatartástudományi Intézet - MAPET - Végeken Alapítvány.
16. Hegedűs Katalin (szerk.): A terminális állapotú betegek palliatív ellátása c. szöveggyűjtemény. Bp. 2002. Semmelweis Egyetem. (megjelenés előtt)
17. Hézszer Gábor: A pásztori pszichológia. Bp. 1995. Kálvin Kiadó.
18. Horváth Erzsébet: Szociális munka a hospice-ban. Bp. 1999. Magyar Hospice Egyesület (Hospice beteggondozás, 6.)
19. Hospice szakápoló és koordinátor képzés szakmai és vizsgáztatási követelményei. 6/2001 (II.28.) EüM rendelet. In: Magyar Közlöny 2001/22. sz.
20. Kishalminé Bana Anna: Hospice nyilvántartási rendszerek. Bp. 1999. SOTE.
21. Klastersky, J. (szerk.): Supportive Care in Cancer 2. Kiadás Nex York , 1999.
22. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. 2. kiad. Bp. 1999. Medicina K.
23. Kübler-Ross, Elisabeth: A halál és a hozzá vezető út. Bp. 1988. Gondolat K.
24. Dr. Lévay Ádámné: Súlyos betegek mozgásterápiája. 2.böv.kiad. Bp. 2001. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. (Hospice beteggondozás füzetek)
25. Lőrincz Jenő: A betegek jogállása. 2.kiad. Bp. 1999. SubRosa K.
26. Luczak, J.: A palliatív és hospice gondozás meghatározása, elvei és sztenderdek. (A lengyel Egészségügyi és Népjóléti Miniszter mellett működő Palliatív és Hospice Gondozási Országos Tanács által jóváhagyott dokumentum.) Ford.: Szumska Irena. Poznan, 1996. (Kézirat)

27. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe, Bp. 1998. (Kézirat)
28. Nosza Magdolna: Ápolástan. Főiskolai jegyzet. Budapest, 1993. HIETE.
29. Németh Dávid: Isten munkája és az ember lehetőségei a lelkigondozásban. Bp. 1993. Kálvin Kiadó.
30. Önkéntesek az egészségügyben: a megelőzéstől a hospice-ig. Összeáll.: Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet munkatársai. (www.onkentes.hu)
31. Pfeire, Samuel: Pszichiátria és lelkigondozás. Kolozsvár, 2000. Koinónia.
32. Pilling János (szerk.): A haldoklás és a gyász pszichológiája. Bp. 1999. SOTE.
33. Pilling János (szerk.): A XX. század magyar nyelvű tanatológiai szakirodalmának bibliográfiája. Bp. 2001. Magyar Thanatológiai Alapítvány.
34. Pilling János: Segítség a gyászban. Bp. 2001. Magyar Hospice Egyesület. (Hospice beteggondozás, 8.)
35. Pilling János (szerk.): A tüneti kezelés magyar nyelvű szakirodalmának bibliográfiája. Bp. 2001. Magyar Thanatológiai Alapítvány.
36. Polcz Alaine: A halál iskolája. Bp. 1989. Magvető Kiadó.
37. Potter, P.A. - Perry, G.A.: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest, 1996. Medicina K.
38. Dr. Ruzsa Ágnes: Palliatív terápiás alapismeretek. Bp. 1999. SOTE.
39. Smith-Temple, Jean: Gyakorlati ápolástan, Ápolási vezérfonal a klinikai eljárásokhoz. Budapest, 1997. Medicina K.
40. Sréter Lídia – Zintl Konstantin: A táplálkozás szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és megelőzésében. Bp. 1998. Golden Book Kiadó Kft.
41. A szociális munkások etikai kódexe
42. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) a betegek jogairól. Bp. 1999. TASZ
43. Tebbit, Peter: Palliatív gondozás 2000. (Az angol Hospice és Palliatív Szakellátó Szolgálat Nemzeti Tanácsának dokumentuma.) Ford.: Szántó Nóra. London, 1999. (Kézirat)
44. Tomcsányi Teodóra – Grezsa Ferenc – Jelenits István (szerk.): Tanakodó. A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiéné képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában. Bp. 1999. Magyar Testnevelési Egyetem, HÍD Alapítvány és Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány. 351 o.
45. Varga Péter: A klinikai táplálás elmélete és gyakorlata. Az enterális és parenterális mesterséges táplálás ABC-je, Melánia Kiadó Kft., Budapest
46. Waller, A., Caroline, N. (szerk.) : Handbook of Palliative Care in Cancer, Butterworth-Heinemann 1996.
47. Withholding and withdrawing of lifesaving treatment in children. Royal College of Paediatrics and Child Health, Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families, London, 1997.
48. Wouters, Bernadette: Educational Network of the European Association for Palliative Care. (Kézirat.)

## Mellékletek

### Ápolási dokumentáció (minta)

# NAPI ÁPOLÁSI LAP

A beteg neve: ..... Megszólítása:.....

Anyja neve: ..... Lakcíme: .....

TAJ:	Dátum:	Ápolási napok száma:	Súlyossági fok:	Kórterem:	A tervezett és elvégzett tevékenységek igazolása
Napi ápolási diagnózisok:		Napi ápolási célkitűzések			
Az ápolás értékelése					
Higiénés szükségletek kielégítése					
Étkeztetés					
Folyadékpótlás					
Gyógyszerbeadás					
Incontinencia betét csere					
Katéter beköt, csere, ex.					
Branül beköt, csere, ex.					
Széketürítés észlelése					
Sebkötözés					
Mobilizálás					
Ágyneműcsere					
Fájdalomcsillapítás					
Terápiás beavatkozások					
Egyéb tevékenységek				Vérnyomás:	
				Hgmm	
				Testhőmérséklet	
				°C	
Ápolók megfigyelései					
Mentélhigiénikus megfigyelései					
Pszichológus megfigyelései					
Gyógytornász megfigyelései					
Lelkész megfigyelései					
Szociális munkás megfigyelései					
Orvos megfigyelései, utasításai					



## Orvosi dokumentáció (minta)

### ORVOSI LAP (OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁS)

Beteg neve.....

Látogatás időpontja: 20.... hó ..... nap ..... óra ..... perc

Utazás időtartama..... perc

Betegnél töltött idő..... perc

A beteg testi állapota, panaszai:

A beteg pszichés állapota, panaszai:

Végzett tevékenység:

- fájdalomcsillapítás vagy egyéb szomatikus tünet kontrollja  
beadott gyógyszerek neve és mennyisége:

térítésköteles/térítésmentes receptre felírt gyógyszer(ek) neve, mennyisége és adagja:

egyéb változtatás a beteg gyógyszerelésében:

- Tanácsadás a betegnek/családtagoknak a gyógyszereléssel, diétával, életmóddal kapcsolatban, úgymint:
- A beteg (hozzátartozók) lelkiigondozása
- Állapot ellenőrzés (csak akkor jelölendő be, ha más tevékenység nem történt)
- Konzultáció a beteg háziorvosával/kórházi kezelőorvosával. Eredménye:
- Kórházi felvétel kezdeményezése a ..... Kh. .... osztályára

A beteg felvétele megtörtént / 20.... -én esedékes

.....

Orvos aláírása

### Formanyomtatvány a fájdalom felméréséhez

Beteg neve:..... Dátum:.....

Fájdalom mérő										
Nincs fájdalom										Legnagyobb fájdalom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....										

1. A fájdalom kezdetének időpontja

2. Mennyi ideig tartott legutóbb

3. A fájdalom - megszakított - folyamatos?

4. Jellemezze a fájdalmat!

- lüktető - sajgó - égető - hasogató  
- zsibbadt - szúró - éles - tompa - egyéb

5. Mitől lesz rosszabb?

6. Mitől lesz jobb?

7. Befolyásolja-e a fájdalom az

étvágyát	igen	nem
fizikai aktivitását	igen	nem
figyelmét	igen	nem
érzelmeit	igen	nem
kapcsolatait	igen	nem
alvását	igen	nem

8. A fájdalom lokalizált? igen nem

9. Van-e fájdalom a végtagokban? ujjakban lábujjakban

10. Mit gondol, mi okozza a fájdalmat?

11. A gyógyszerek segítenek csökkenteni a fájdalmat?

12. Milyen gyógyszereket szed most?

13. Megjegyzések

.....  
aláírás, beosztás

### Az elmúlt hónap tünetei

A kérdőívben a tüneteiről kérdezzük. Kérjük, hogy a felsorolt tünetekről jelezze a megfelelő válasz bekarikázásával, hogy milyen mértékben zavarta Önt.

étvágytalanság	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
ingerlékenység	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
fáradtság	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
nyugtalanság	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
izomfájdalom	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
rossz hangulat	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
gyengeség	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hátkereszcsonti fájdalom	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
idegesség	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hányinger	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
kétségbeesés a jövővel kapcsolatban	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
látászavar	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
fejfájás	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hányás	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
szédülés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
csökkent szexuális érdeklődés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
feszültség	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hasi fájdalom	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
szorongás	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
székrekedés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hasmenés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
gyomorégés/böfögés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
borzongás	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
kéz- vagy lábviszketés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
koncentrálási nehézség	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
szájfájdalom/nyelési fájdalom	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hajhullás	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
szemégés/fájdalom	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
légzési nehézség	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
szájszárazság	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
hőhullám/verejtékezés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos
testsúlyvesztés	enyhe	nem volt	kifejezett	súlyos

## **Függelék 1.**

### **A gyógyíthatatlan betegek és haldoklók emberi jogainak és méltóságának védelme**

Az Európai Bizottság Parlamenti Közgyűlésének 1418 (1999) sz. ajánlása<sup>1</sup>  
(Kivonat az Európa Tanács hivatalos Értesítőjének 1999 júniusi számából)<sup>2</sup>

1. Az Európa Tanács feladata óvni az emberek méltóságát és ebből eredő jogait.
2. Az orvostudomány fejlődése, melynek köszönhetően ma már számos, korábban gyógyíthatatlan vagy végzetes bántalmat is meggyógyítanak, az orvosi technológia korszerűsödése és az újraélesztés tökéletesítése, amely hosszabb túlélést tesz lehetővé, folyamatosan tágitják a halál határait. A halálhoz közeledő személy életkörülményei azonban gyakran másodlagos kérdéssé válnak, magányát, valamint önmagának, hozzátartozóinak és ápolóinak problémáit, szenvedéseit sokszor figyelmen kívül hagyják.
3. 1976-ban a Közgyűlés a 613-as számú Határozatában kinyilvánította azt a meggyőződését, hogy „a haldokló betegek békés és méltóságban való halála mindenekelőtt való, ha lehetséges családja és barátai támogatása és vigasztalása mellett”, 779-es (1976) Ajánlásában hozzátéve, hogy „az élet meghosszabbítása önmagában nem lehet az orvosi gyakorlat kizárólagos célja, hiszen annak mindenekelőtt a szenvedés enyhítése a feladata”.
4. Azóta a biológiai és orvosi eljárások tekintetében az emberi lény méltóságáról és az emberi jogokról szóló egyezmény fontos alapelveket fektetett le és megnyitotta az utat – többek között – a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók esetében követendő egyedi feltételek explicit megfogalmazásának irányába.
5. A gyógyíthatatlan beteg vagy a haldokló emberi jogainak és méltóságának tiszteletére és védelmére vonatkozó kötelesség az ember teljes életspektrumát átölelő elidegeníthetetlen méltóságának természetes következménye. Ez a tisztelet és védelem kerül megfogalmazásra annak a megfelelő környezetnek a kialakításában, amely lehetővé teszi az ember számára a méltóságteljes halált.
6. Különösen helyén való ügyelni erre a gondoskodásra a társadalom legsebezhetőbb tagjainak esetében, mint ahogy ennek azok mind a múltban, mind a jelenben számtalan tanújelét adták. Az embernek, aki az életét esendően és függőségben kezdi, védelemre és támogatásra van szüksége akkor is, amikor élete utolsó fejezetéhez érkezik.
7. Több tényező veszélyezteti ma azokat az alapvető jogokat, amelyeknek minden gyógyíthatatlan beteg és haldokló részére biztosítaniuk kellene az emberi méltóságot:

**i.** az elégtelen hozzáférés a palliatív ellátáshoz és az ésszerű fájdalomcsillapító kezelésekhez;

---

<sup>1</sup> Recommandation 1418 (1999) Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants In: Gazette officielle de Conseil l'Europe, juin 1999

<sup>2</sup> A Közgyűlés által 1999 június 25-én (24. ülés) tárgyalva (lásd a 8421-es dokumentumot, a szociális, család- és egészségügyi kérdésekkel foglalkozó bizottság szakvéleményét, előadó: Mme Gatterer; valamint a 8454-es dokumentumot, a jogi és emberjogi bizottság szakvéleményét, előadó: M. McNamara).  
A Közgyűlés 1999 június 25-ei, 24. ülésen jóváhagyott szöveg.

**ii.** a fizikai szenvedés kezelésének és a pszichológiai, szociális és spirituális szükségletek tekintetbe vételének meglehetősen gyakori hiánya;

**iii.** a halál folyamatának mesterséges meghosszabbítása, akár az orvosi eszközöknek a beteg állapotához képest mértéktelen használata által, akár a beteg beleegyezése nélkül folytatott kezelés révén;

**iv.** a palliatív orvoslásban dolgozó szakemberek folyamatos továbbképzésének és pszichológiai támogatásának hiánya;

**v.** a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók hozzátartozóira és barátaira fordított elégtelen figyelem és támogatás. Ha ez másképp lenne, ők minden dimenziójában enyhíthetnék az emberi szenvedést;

**vi.** a betegek félelme, hogy elvesztik autonómiájukat és tehertétellé válnak a rokonaik és az intézmények számára, miközben teljes mértékben függővé válnak tőlük;

**vii.** annak a társas vagy intézményes környezetnek a hiánya vagy elégtelen volta, amelyben az egyén hozzátartozóit és barátait megbékélve hagyhatja el;

**viii.** a gyógyíthatatlan betegek ellátásához és támogatásához szükséges források hiánya vagy elégtelen volta;

**ix.** a gyengeséget, az agóniát és a halált övező társadalmi diszkrimináció.

8. A Közgyűlés felhívja tagállamait, hogy belső törvénykezésükben gondoskodjanak azokról a rendelkezésekről, amelyek a gyógyíthatatlan betegeknek és haldoklóknak a szükséges jogi és szociális védelmet biztosítják azon specifikus veszélyekkel és félelmekkel szemben, amelyekkel e jog keretén belül találkozhatnak, különös tekintettel az alábbi veszélyekre:

**i.** hogy a halál közeledtével elviselhetetlen tüneteknek legyenek kitéve (fájdalom, légzési nehézségek stb.);

**ii.** hogy azt tapasztalják, hogy létezésüket akaratuk ellenére meghosszabbítják;

**iii.** hogy elszigetelve és magányosan haljanak meg;

**iv.** hogy életüket abban a félelemben fejezzék be, hogy a társadalomnak terhére vannak;

**v.** hogy megtapasztalják a túlélést biztosító eszközök anyagi okokból való visszatartását;

**vi.** hogy az ellátás anyagi és személyi összetétele anyagi okokból kifolyólag elégtelen legyen a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ellátásához és támogatásához.

9. Ennek következtében a Közgyűlés ajánlja a Miniszterek Tanácsának, hogy bátorítsa az Európa Tanács tagállamait a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók méltóságának teljes körű tiszteletben tartására és védelmére.

*a.* elkötelezetten védve a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók jogát a palliatív ellátás teljes körére, ennek kapcsán megtéve a szükséges lépéseket ahhoz:

**i.** hogy a palliatív ellátás az egyéni jogok törvény által elismert részévé váljon minden egyes tagállamban;

**ii.** hogy minden gyógyíthatatlan betegnek és haldoklónak biztosítsák az egyenlő hozzáférést a palliatív ellátáshoz.

**iii.** hogy a rokonokat és a barátokat ösztönözzék arra, hogy a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók mellett legyenek, és ebben szakmai támaszt kapjanak. Amennyiben a család és/vagy a magánszervezetek elégtelennek vagy túlterheltnek bizonyulnak, tevékenységüket fel kell cserélni, vagy ki kell egészíteni az orvosi ellátás hivatalos formáival;

**iv.** hogy speciális mobil csoportokat és (mobil) hálózatokat építsenek ki, amelyek a gyógyíthatatlan betegeket és haldoklókat az otthonukban palliatív ellátásban részesíthetik, ha az ambuláns betegellátás megoldható;

**v.** hogy együttműködés legyen a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ellátására felkért minden személy között;

**vi.** hogy kidolgozzák és alkalmazzák azokat a normákat, amelyek a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ellátásának minőségét biztosítják;

**vii.** hogy – kivéve, ha az érdekelt megtagadja azt – a gyógyíthatatlan betegek és a haldoklók megfelelő fájdalomcsillapító kezelést és palliatív ellátást kapjanak, még akkor is, ha az alkalmazott kezelésnek olyan járulékos hatása is lehet, amely hozzájárulhat az adott személy életének megrövidüléséhez.

**viii.** hogy úgy képezzék ki és készítsék fel az egészségügyi szakembereket, hogy azok szakmai csoportok keretében minden gyógyíthatatlan beteg és haldokló számára biztosítani tudják az orvosi, ápolási és pszichológiai ellátást, a lehető legszigorúbb normákat követve;

**ix.** hogy kutatási, oktatási és képzési központokat hozzanak létre és fejlesszenek tovább a palliatív orvoslás és ellátás területén éppúgy, mint az interdiszciplináris tanatológiában;

**x.** hogy hozzanak létre palliatív ellátásra szakosodott egységeket, valamint terminális állapotú betegeket ellátó szolgálatokat legalább a nagyobb kórházakban azért, hogy a palliatív ellátás és orvoslás minden orvosi kezelésnek integráns részét képezze;

**xi.** hogy a közvéleményt ráébresszék arra, hogy a palliatív orvoslás és ellátás általánossá tétele az orvoslás egyik fő célkitűzéseinek egyike;

*b.* védve a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók önrendelkezési jogát, ennek kapcsán megtéve a szükséges lépéseket ahhoz:

**i.** hogy megvalósítsák a gyógyíthatatlan és haldokló betegek jogát az egészségi állapotukról való hiteles és teljes, de együttérzéssel közölt információkra, tiszteletben tartva, ha valaki azt kívánja, hogy ne legyen informálva;

**ii.** hogy tegyék lehetővé a gyógyíthatatlan vagy haldokló beteg számára, hogy saját kezelőorvosa mellett más orvosokkal is konzultálhasson;

**iii.** hogy akarata ellenére egyetlen gyógyíthatatlan vagy haldokló beteg se kapjon kezelést, ügyelve arra, hogy az érintett ne álljon mások általi nyomás vagy befolyás alatt. Emellett ügyelni kell arra, hogy ez az akarat ne legyen gazdasági kényszer eredménye.

**iv.** hogy tartsák tiszteletben azokat az előzetes utasításokat vagy azt a hivatalos nyilatkozatot („living will”), amelyet a már az akaratának kinyilvánítására képtelen gyógyíthatatlan vagy haldokló beteg előzetesen megfogalmazott.

Emellett ügyelni kell arra, hogy a megadott előzetes utasítások érvényességi kritériuma, az érdekelt személyek jogi képviselőnek kijelölési módja, valamint hatásköre szigorúan meg legyen határozva. Biztosítani kell továbbá, hogy a jogi képviselő az érdekelt helyett ne támaszkodjon a beteg korábbi nyilatkozataira vagy akaratáról való feltételezésekre, kivéve, ha ez utóbbi az akaratát betegségének adott körülményei között fogalmazta meg, vagy ha nincs világosan meghatározott akarat. Ennek értelmében mindig meg kell lennie a tényleges kapcsolatnak a kérdéses személynek az adott pillanatot vagy döntést megelőző nyilatkozataival, vagyis amikor a beteg haldoklik, és a megfelelő körülmények mellett, vagyis kényszer vagy szellemi befolyásoltság nélkül. Ugyanígy el kell hárítani minden olyan döntést, amely elítéli a társadalomban elfogadott általános értékeket, és ügyelni kell arra, hogy döntési bizonytalanság esetén a döntés mindig az életet és az élet meghosszabbítását szolgálja.

**v.** hogy az orvos végső kezelési felelősségének megítélése nélkül a gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló által kifejezett, egy adott kezelésre vonatkozó akaratát vegyék figyelembe, hogy emberi méltósága ne csorbuljon.

**vi.** hogy előzetes utasítás vagy kinyilvánítás hiányában a gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló élethez való joga ne csorbuljon. Indokolt összeállítani azon kezeléseket listáját, amelyeket egyetlen esetben sem lehet megtagadni vagy megszakítani.

c. megtartva a teljes körű tilalmát annak, hogy a gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló életének szándékosan véget vessenek:

**i.** mivel a Tagállamok garantálják az élethez való jogot, nevezetesen azt, amelyik a gyógyíthatatlan betegeket és haldoklókat érinti, az Emberi Jogok Európai Egyezményének 2. cikkelyével összhangban « a halált senki számára sem lehet szándékosan előidézni»;

**ii** mivel egy gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló által kinyilvánított halálvágy soha nem képezhet jogállást idegenkezűség általi halálra;

**iii.** mivel a gyógyíthatatlan vagy haldokló beteg által kinyilvánított halálvágy önmagában nem szolgálhatja a jogi igazolását olyan cselekedetek végrehajtásának, amelyek a halál eljövételét siettetik.

(Fordította: Veszélka András)

## Függelék 2.

### **6/2001. (II. 28.) EüM rendelet a klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról**

A szakképzésről szóló 1993. évi LXXVI. törvény 5. §-a (1) bekezdésének *b*) pontjában foglalt felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

**1. §** A klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor) szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeit az e rendelet *mellékletében* foglaltak szerint határozom meg.

**2. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő 5. napon lép hatályba.

#### Melléklet a 6/2001. (II. 28.) EüM rendelethez

#### ***Jegyzék az állam által elismert - az egészségügyi ágazathoz tartozó - szakképesítésekhez emelkedő sorszám szerint kiadott szakmai és vizsgakövetelményekről***

Sorszám	OKJ azonosító száma	Szakképesítés megnevezése	Bevezetésnek kezdő napja	Alkalmazásának utolsó napja	Vizsgaszervezője	Szakképesítés és központi programjának engedélyszáma	Megjegyzés
74.	54 5012 03	Klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor)	A rendelet hatálybalépésének időpontja	Visszavonásig	Egészségügyi szakképző iskolák, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet		

### ***KLINIKAI SZAKÁPOLÓ (HOSPICE SZAKÁPOLÓ ÉS KOORDINÁTOR) SZAKKÉPESÍTÉS SZAKMAI ÉS VIZSGAKÖVETELMÉNYEI***

#### **I. A szakképesítés Országos Képzési Jegyzékben szereplő adatai**

1. Szakképesítés azonosító száma: 54 5012 03
2. Szakképesítés megnevezése: Klinikai szakápoló (hospice szakápoló és koordinátor)
3. A szakképzés formája: iskolarendszeren kívüli

#### **II. A szakképesítés munkaterülete**

1. A szakképesítéssel legjellemzőbben betölthető munkakör, foglalkozás

<b>A munkakör, foglalkozás</b>	
<b>FEOR száma</b>	<b>Megnevezése</b>
3212	Szakápoló

2. A szakképesítéssel betölthető további és rokon munkakörök, foglalkozások



A munkakör, foglalkozás	
FEOR száma	Megnevezése
-	-

### 3. A munkaterület rövid, jellemző leírása

A hospice szakápoló és koordinátor olyan szakember, aki a gyógyíthatatlan, terminális állapotban levő - elsősorban daganatos - betegek gondozását/ápolását végző hospice palliatív osztály, hospice ház, hospice házi gondozó csoport, illetve ápolási osztály, házi szakápolás betegellátási munkájában végez speciális ápolási, valamint szervezői és koordináló tevékenységet.

## III. A szakképesítés szakmai követelményei

### III/1. A foglalkozás gyakorlása során előforduló legfontosabb feladatcsoportok, feladatok

A hospice szakápoló és koordinátor hivatása gyakorlása során előforduló legfontosabb feladatcsoportok:

- részt vesz a betegek felvételében, környezettanulmányt végez;
- ápolási anamnézist készít, ápolási diagnózist határoz meg;
- rövid és hosszú távú ápolási tervet készít, szervezi és ellenőrzi az elvégzett feladatokat;
- a hospice team tagjaként önállóan, magas szakmai felkészültséggel végzi a betegek megfigyelését, ápolását;
- az orvos utasítása alapján palliatív, szupportív terápiát alkalmaz;
- tevékenységét szakszerűen dokumentálja, számítógépes nyilvántartást vezet;
- elősegíti a betegek családi, szociális kapcsolatainak javítását,
- részt vesz a betegek pszichés és mentálhigiénés gondozásában;
- a betegek halála után - ha a család azt igényli - támogatja a hozzátartozókat a gyász időszakában;
- koordinációs és menedzserfeladatokat végez;
- szakterületének megfelelően beosztja, nyilvántartja és összehangolja a gondozócsoporthoz munkáját;
- kommunikációs, információs, dokumentációs feladatokat végez;
- tájékozott a társadalombiztosítás finanszírozási rendszerében, illetve az ezzel kapcsolatos adatszolgáltatásban, a hospice nonprofit jellegének megfelelően segít a források felkutatásában és forrásfejlesztésben;
- figyelemmel kíséri a pályázati kiírásokat, részt vesz pályázatok megírásában;
- a hospice munkával kapcsolatban felvilágosító, népszerűsítő tevékenységet végez;
- oktatja a szakápoló jelölteket a gyakorlatban;
- munkáját hivatásként gyakorolja;
- tiszteletben tartja a súlyosan beteg ember jogait, a titoktartás követelményeit, humánummal, empátiával végzi feladatát;
- hospice ellátásban folyamatosan új ismereteket szerez, a megszerzett ismereteket ápolói/gondozói munkájában alkalmazza;
- a haldokló betegeket autonóm személyiségnek, partnernek tekinti;
- rendszeresen részt vesz stresszkezelő egyéni vagy csoportmunkában (pl. Bálint-csoport, szupervízió).

### III/2. Szakmai követelmények

A hospice szakápoló és koordinátor legyen képes:

1. Klinikai, tanatólogiai és hospice ismeretek alkalmazása során

- részt venni a betegek felvételében;

- környezettanulmányt végezni;
  - ápolási anamnézist készíteni;
  - ápolási diagnózist meghatározni;
  - rövid és hosszú távú ápolási tervet készíteni;
  - szakszerűen elvégezni, szervezni, ellenőrizni az ápolási feladatokat;
  - szakszerűen megfigyelni a beteget;
  - felismerni a terminális stádiumban levő betegek szomatikus és pszichés tüneteit;
  - leírni az időskori patológiás folyamatokat;
  - ismertetni a daganatos betegségek műtéti, kemoterápiás, radioterápiás kezelésének következményeit, azokat szakszerűen ellátni, ismertetni a különböző terápiák mellékhatásait;
  - szupportív terápiát végezni;
  - ismertetni a hospice gondozásban alkalmazott palliatív terápia lényegét, módszereit alkalmazni;
  - elvégezni a súlyosan beteg ember ápolását;
  - ismerni a modern fájdalomcsillapítás módszereit, orvosi utasításra elvégezni a betegek fájdalomcsillapítását, gyógyszerelését;
  - részt venni a terminális állapotban levő betegek palliatív terápiájával kapcsolatos szakápolási feladatokban;
  - az orvos és a gyógytornász útmutatásai alapján mozgásterápiában közreműködni;
  - ismertetni a halálfélelem összetevőit, a haldoklás pszichés stádiumait;
  - jellemezni a gyermek halálképét, a haldokló és a gyászoló gyermeket;
  - bemutatni a gyermek haldoklásának pszichológiai jellemzőit;
  - részt venni a haldokló beteg és családja pszichés gondozásában;
  - meghatározni a szövődményes gyász jellemzőit;
  - használni az egészségügyben alkalmazott szakmai terminológiát;
  - elvégezni a kegyeletnek megfelelően a halott ellátását;
  - szakszerűen dokumentálni ápolási tevékenységét.
2. A társadalomtudományi és magatartás-tudományi ismeretek alkalmazása során
- ismertetni a különböző egészségügyi és szociális ellátási rendszereket, az egészségpolitikai és a szociálpolitikai elveket;
  - felsorolni az egészségügyi szolgáltatások jellemzőit és meghatározni a hospice helyét az egészségügyi rendszerben;
  - megszervezni a hospice szervezeti formáit, ezek kapcsolódását bemutatni;
  - ismertetni a hospice munka lehetőségeit a különböző szervezeti formákban;
  - bemutatni a minőségbiztosítás lényegét;
  - alkalmazni a segítő munkakörhöz szükséges etikai tételeket, ismerni és betartani a betegek jogait;
  - ismertetni az alapvető jogi fogalmakat, a hatályos - elsősorban egészségügyi, szociális tartalmú - jogszabályokat, és azokat tanácsadás szintjén alkalmazni;
  - ismertetni az egészséges és a beteg ember személyiségfejlődésének pszichológiai sajátosságait, ismerni a betegség, szenvedés, haldoklás, gyász pszichológiai és szociálpszichológiai problémáit;
  - ismertetni a beteg autonómiájának elvét, a kezelés visszautasításának jogát;
  - ismerni különböző kultúrák és vallások nézeteit a betegség, halál és haldoklás folyamatáról;
  - elősegíteni a haldokló betegek lelki szükségleteinek kielégítését;
  - meghatározni a hospice filozófiáját;
  - ismertetni a hospice gondozással foglalkozó nemzetközi és magyar állásfoglalásokat.
3. Az egészségügyi menedzseri ismeretek alkalmazása során
- nyilvántartani, összehangolni a gondozócsoport(ok) munkáját;

- ismertetni a társadalombiztosítás, illetve egészségbiztosítás rendeleteit, előírásait;
  - ismerni az egészségügy szervezetét és finanszírozását;
  - ismerni a nonprofit szervezetekkel kapcsolatos szabályozásokat;
  - figyelemmel kísérni a pályázati kiírásokat, a pályázatokat elkészíteni;
  - felvilágosító, népszerűsítő tevékenységet végezni a hospice munkával kapcsolatban;
  - használni a számítógépes nyilvántartási rendszereket és az alapvető szövegszerkesztő programokat;
  - ismertetni a hospice-ban használatos nyilvántartási rendszereket és statisztikai adatszolgáltatásokat;
  - részt venni hospice szervezet, nonprofit szervezet megtervezésében, létrehozásában, működtetésében;
  - ellátni a menedzseri és koordinációs feladatokat.
4. A mentálhigiénés és kommunikációs ismeretek alkalmazása során
- elsajátítani a mentálhigiénés szemléletmódot és a segítő magatartás hatékony módszereit;
  - elősegíteni a beteg családi, szociális kapcsolatainak megtartását, javítását;
  - támogatni a családot és a hozzátartozókat - amennyiben igénylik - a beteg halála után a gyász időszakában;
  - bemutatni a segítő foglalkozás motivációit, nehézségeit;
  - felismerni a kiegészítő szindróma tüneteit;
  - fejleszteni önismeretét, gyakorolni az önkontroll és feszültségcsökkentő technikákat.

#### IV. Szakképesítés vizsgáztatási követelményei

##### *IV/1. Szakmai vizsgára jelentkezés feltételei*

- a) Iskolai végzettség: középiskolai végzettség (érettségi)
- b) A szakmai előképzettség:
- ápoló (OKJ szám: 54 5012 01),
  - felnőtt szakápoló,
  - ált. betegápoló (1975 előtt),
  - ált. ápoló (1972-1978),
  - üzemi ápoló,
  - foglalkozás-egészségügyi szakápoló,
  - csecsemő- és gyermekápoló (OKJ szám: 54 5012 02),
  - gyermekápoló,
  - csecsemő- és gyermekápoló és gondozó (1969 előtt),
  - ideg-elme ápoló (1983 előtt),
  - pszichiátriai ápoló és gondozó,
  - gyermek ideg-elme ápoló és gondozó,
  - körzeti ápoló,
  - szülésznő.
- c) A szakmában eltöltött gyakorlat: az előképzettség megszerzése után a - képezésnek megfelelő munkakörben - 2 év gyakorlat.
- d) Egészségügyi és munkaalkalmassági feltétel: az alapképezésnek megfelelő alkalmasság.
- e) Szakmai gyakorlatok letöltése az alábbiak szerint:

A gyakorlat	
témája	időtartama
Onkológiai osztály (onko-radiológiai, kemoterápiás, sebészeti stb.)	2 hét (80 óra)

Gyermek onkológiai vagy hospice osztály, részleg	1 hét (40 óra)
Geriatriai osztály vagy idősek otthona	2 hét (80 óra)
Palliatív terápiás ismeretek	1 hét (40 óra)
Hospice osztály, részleg felépítése, betegfelvétel, dokumentáció, ápolási feladatok	1 hét (40 óra)
Hospice osztály, részleg pszichés, gondozás, kommunikáció, család	1 hét (40 óra)
Hospice osztály, részleg koordinációs, menedzseri feladatok	1 hét (40 óra)
Hospice házi gondozás - otthoni ápolás	2 hét (80 óra)

f) A képzési program egyes tanulmányi területein (moduljaiban) előírt vizsgák sikeres teljesítése.

#### *IV/2. A szakmai vizsga egyes részei alóli felmentés feltételei*

A szakmai vizsga a teljes szakmai ismeretanyagot átfogja, ezért a vizsga egyes részei alól a szakmai vizsgáztatás általános szabályairól és eljárási rendjéről szóló 10/1993. (XII. 30.) MüM rendeletben foglaltaknak megfelelően adható felmentés.

#### *IV/3. A szakmai vizsga részei*

##### *Szakmai gyakorlati vizsga*

A szakmai gyakorlati vizsga munkafeladatait a vizsgát szervező intézmény dolgozza ki a "III. A szakképesítés szakmai követelményei"-ben meghatározottak alapján.

A gyakorlati vizsga helyét - függetlenül a vizsgázó saját munkahelyétől - a szakmai vizsgát szervező intézet jelöli ki.

A gyakorlati vizsga két részből áll:

a) Vizsgabizottság előtti szituációs vizsga, amelynek során a vizsgázó egy szituációelemzési feladatot old meg megadott szempontok alapján. (A szituáció videofelvétel vagy esetleg egyéb audiovizuális eszköz segítségével mutatandó be.)

b) Szakdolgozat készítése és annak elfogadása. A dolgozat egyaránt lehet az irodalom kritikus áttanulmányozásán alapuló 20-40 oldalas esszé, vagy önálló kutatás eredménye. Tudományos szempontból értékesebb a kutatómunkán, önálló kísérleteken, vagy megfigyelésen alapuló dolgozat, melyben saját kutatási eredményeit mutatja be a vizsgázó. Elfogadható az önálló kutatást nem tartalmazó szakdolgozat is, ha az bizonyítja, hogy a vizsgázó kritikus szemmel tanulmányozta a fellelhető szakirodalmat és képes volt a sokszor eltérő nézetekből átfogó, világos képet formálni. Ezzel megbízható és pontos információt, forrást ad azok számára, akik az adott kérdéssel mélységében még nem foglalkoztak.

##### *Írásbeli vizsga*

Írásbeli vizsgán komplex feladatlapot oldanak meg a vizsgázók, amely átfogja a képzési program egészét a III/2. pontban meghatározott követelményeknek megfelelően.

Az írásbeli vizsga feladatlapját az Egészségügyi Minisztérium központilag adja ki.

##### *Szóbeli vizsga*

Szóbeli vizsgán a vizsgázók az alábbi tanulmányi területek (modulok) témaköreiből kiadott vizsgakérdések alapján vizsgáznak.

Tanulmányi területek (modulok):

- Klinikai ismeretek
- Tanatológiai ismeretek
- Hospice ismeretek
- Egészségügyi menedzseri ismeretek

A szóbeli vizsga kérdéseit az egészségügyi miniszter külön rendelkezés szerint adja ki.

*A szóbeli vizsga tanulmányi területeinek (moduloknak) a témakörei:*

1. Klinikai ismeretek

- Terminális stádiumban levő betegek szomatikus tünetei.
- Terminális stádiumban levő betegek pszichés tünetei.
- Patológias folyamatok időskorban.
- Palliatív kezelések.
- A daganatok műtéti kezelésének következményei, azok ellátása.
- Gyógyszeres daganatterápia (kemoterápia) mellékhatásai, következményei és azok ellátása.

- Sugarerápia mellékhatásai, következményei és azok ellátása.
- Gyógyszeres fájdalomcsillapítás, a gyógyszerek mellékhatásai.
- A fájdalomcsillapítás alternatív módjai.
- A palliatív terápia során alkalmazott gyógyszerek.
- Stomás betegek sebellátása és kezelése.
- Protézisek alkalmazása.
- Hányáscsillapítás és a gastroenterális tünetek csökkentése.
- Táplálkozás, táplálás, folyadékpótlás.
- Mozgásterápia.

2. Tanatológiai ismeretek

- A halállal kapcsolatos attitűdök és ezek változásai a történelem folyamán.
- A világvallások halál- és túlvilágképe.
- A halálfélelem összetevői.
- Orvosszeret, betegszeret, különös tekintettel a gyógyíthatatlan betegek kezelésére.
- A haldoklás pszichológiai stádiumai.
- A gyász pszichológiai folyamatai.
- Szövődményes gyász jellemzői.
- A haldokló betegek pszichés támogatása.
- Hozzátartozók pszichés támogatása.
- A gyászolók gondozása.
- A gyermekek halálképe; a haldokló és a gyászoló gyermek.
- A gyermekek haldoklásának pszichológiai jellemzői.
- A segítő foglalkozás motivációi, nehézségei.
- Segítő szindróma, kiegész.
- A kiegész megelőzésének mentálhigiénés módszerei.

3. Hospice ismeretek

- A hospice fogalma, szellemisége.
- A hospice és palliatív gondozás összehasonlítása.
- Életminőség és emberi méltóság.
- A gyógyító, a palliatív és a terminális stratégia lényege.
- A hospice-team összetétele, a teamtagok speciális feladatai.
- A laikus önkéntesek szerepe.
- Szervezési és koordinációs feladatok a hospice-ban.
- A hospice szervezeti formái, ezek kapcsolódása.
- A hospice munka lehetőségei a házi szakápolásban.
- A hospice munka lehetőségei az idősgondozásban.
- A hospice munka lehetőségei a kórházi osztályon.
- A hospice gondozással foglalkozó nemzetközi és magyar állásfoglalások.
- A beteg autonómiájának elve; a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és a kezelés visszautasításának joga.

- Terminális állapotú betegek ellátásának etikai kérdései.
- Az eutanázia és a hospice különbségei.
- 4. Egészségügyi menedzseri ismeretek
- Egészségügyi szolgáltatások jellemzői.
- Általános társadalombiztosítási ismeretek.
- Általános vezetési ismeretek.
- A nonprofit szervezetek jellemzői.
- Nonprofit szervezetek szabályozása és gazdálkodása.
- Az önkormányzatok szociális tevékenysége.
- Nonprofit finanszírozás (források és felhasználás).
- A hospice helye az egészségügyi rendszerben.
- Menedzsment módszerek és struktúra; kockázatok, kockázatkezelés.
- Minőség, minőségbiztosítás, sztenderdek jelentősége.
- Nyilvántartási rendszerek a hospice-ban.
- Pályázatírás és menedzselés.
- PR-tevékenység a hospice-ban.
- Statisztikai adatszolgáltatások a hospice-ban.
- Koordinációs tevékenység a hospice-ban.

#### *IV/4. A vizsgázó teljesítményének értékelése*

A vizsgázó az egyes vizsgarészekben elért teljesítménye alapján szakmai gyakorlatból és szakmai elméletből kap osztályzatot.

#### *Értékelési szempontok*

A szakmai gyakorlati vizsga értékelése:

A gyakorlati vizsga osztályzatát a szakdolgozatra és a vizsgabizottság előtti szituációs vizsgán végrehajtott feladatra kapott érdemjegyek alapján kell megállapítani.

Bármelyik gyakorlati vizsgarész elégtelen osztályzata esetén a gyakorlati vizsga végső osztályzata elégtelen.

Az írásbeli vizsga értékelése:

A központi feladatlapon - a feladatlaphoz kiadott - útmutató szerint kell értékelni és egyetlen (1-től 5-ig terjedő) osztályzattal kell minősíteni.

A szóbeli vizsga értékelése:

A szóbeli vizsgát tanulmányi területenként (modulonként) külön-külön érdemjeggyel kell értékelni, majd átlaguk alapján a kerekítés szabályainak megfelelően egyetlen (1-től 5-ig terjedő) osztályzattal kell minősíteni.

A szakmai elmélet osztályzatát az írásbeli és szóbeli vizsga átlageredménye alapján kell meghatározni. Bármelyik vizsgarész elégtelen osztályzata esetén a szakmai elmélet végső osztályzata elégtelen.

A szakmai vizsga, előzőekben nem szabályozott egyéb kérdéseiben a szakmai vizsgáztatás általános szabályairól és eljárási rendjéről szóló 10/1993. (XII. 30.) MüM rendeletben foglaltak az irányadók.

### **Függelék 3.**

## **HOSPICE BETEGGONDOZÁST VÉGZŐ SZERVEZETEK MAGYARORSZÁGON, 2002**

#### ***Budapest***

Magyar Hospice Alapítvány

Dr. Muszbek Katalin

1300 Bp. Pf.: 302

Hospice Ház

1032 Budapest, Kenyeres utca 18-22.

tel./fax: 388-7369

email: mhospicea@axelero.hu

Óbuda-Békásmegyer Önkormányzat

Területi Gondozási Központ és

Otthoni Szakápolási Szolgálat

Kovács Judit szolgálatvezető

1032 Budapest, Gyenes utca 12.

tel.: 250-1552

Megnyugvás Hospic Alapítvány

Dr. Böszörményi Dalma kuratóriumi elnök

1118 Budapest, Társ utca 7.

tel.: 466-8910

Bethesda Gyermekkorház

Hospice részlege

Dr. Békési Andrea

1143 Budapest, Ilka utca 57.

tel.: 343-1624, 1625, 1626

fax: 341-4175, 343-4451

email: ilk.beth@matavnet.hu

Szent László Kórház

Hospice részleg

Kiss Judit főnővér

1097 Budapest, Gyáli út 5/7.VIII.pav.

tel.: 455-8169

MAZSIHISZ Szeretetkórház

Hospice mobil team

Dr. Hegedűs Katalin

1145 Budapest, Amerikai út 53-55.

tel.: 468-2362, 468-2363

email: hospice@freemail.hu

Napfogyatkozás Egyesület

Dr. Pilling János

1101 Budapest, Salgótarjáni út 20.

1276 Budapest, Pf.: 194

tel.: (70) 310-1849

email: napfogyatkozás@dpg.hu

#### ***Debrecen***

Magyar Máltai Szeretetszolgálat

Ispotály Hospice

Házi Beteggondozó Szolgálat

Veres Miklósné főnővér

4025 Debrecen, Erzsébet utca 24/a.

tel./fax: (52) 431-818

tel.: (52) 532-586

tel.: (52) 532-587

#### ***Dombóvár***

„Életet az éveknek” Alapítvány

Fehér Jánosné kuratóriumi elnök

7200 Dombóvár, Arany János tér 2.

tel./fax: (74) 466-225

#### ***Gyula***

Pándy Kálmán Kórház

Hospice osztály

Szombati Zsolt osztályvezető

5700 Gyula, Kálvin út 47-49.

tel.: (66) 361-833/4402

fax: (66) 463-044

mobil: (20) 346-3187

email: del@pandy.hu

### ***Kaposvár***

Nevitt Cindy Otthonápolási Szolgálat

Nevitt Cindy

7400 Kaposvár, Fő utca 20. 1/1

tel./fax: (82) 510-204

mobil: (60) 364-270

### ***Kecskemét***

Ölelő Kéz Ápolási és Hospice Alapítvány

Dr. Fáy Tamásné

Ancsáné Holló Erika

6000 Kecskemét, Nyíri út 38.

tel./fax: (76) 516-706

mobil: (30) 995-3352

email: olelo@axelero.hu

### ***Miskolc***

Erzsébet Hospice Alapítvány

Gecse Attila a kuratórium titkára

3527 Miskolc, Csabai kapu 9.

3501 Miskolc, Pf:187

tel./fax: (46) 561-400

mobil: (30) 359-3379

email: miskeha@freemail.hu

### ***Nagymaros***

Pax Corporis Alapítvány

Dr. Rendessy Annamária ügyvezető

2626 Nagymaros, Fő tér 10.

tel.: (27) 354-180

### ***Nyírtelek***

Nyírtelekért Ápolási Egyesület

Székrenyes Zoltánné elnök

4461 Nyírtelek, Szent István utca 173.

tel.: (42) 210-798

mobil: (20) 523-847

### ***Pécs***

Szociális Háló Egyesület

Szakápolói Szolgálata

Dr. Rideg Lászlóné elnök

7621 Pécs, Kazinczy utca 1.

tel./fax: (72) 210-667

mobil: (30) 927-5949

email: irma@freemail.hu

### ***Ruzsa***

Otthoni Szakápolási Szolgálat

Dr. Bánfi György szolgálatvezető

6786 Ruzsa, Fő út 2.

tel.: (62) 285-021

### ***Sóstófürdő***

Sóstói Szivárvány Idősek Otthona

Kissné Szabó Zsuzsanna igazgató

4481 Sóstófürdő, Tölgyes utca 11.

tel.: (42) 479-777

fax: (42) 479-712

### ***Szederkény***

Baranya Megyei Önkormányzat

Időskorúak Otthona

Heid Jánosné ápolónő

7751 Szederkény, Pécsi utca 23.

tel.: (69) 354-158

fax: (69) 354-547

### ***Székesfehérvár***

HELP 17 BT

Rajmon Zsuzsanna ügyvezető

8000 Székesfehérvár, József A.út 39. 7/3

tel.: (22) 341-465

mobil: (20) 955-8119

email: help17@mail.szivarvanynet.hu

### ***Szombathely***

Szombathelyi Hospice Alapítvány

Dr. Ruzsa Ágnes kuratórium elnöke

9700 Szombathely, Markusovszky utca 3.

tel./fax: (94) 339-993

email: h.a.ruzsa@axelero.hu



***Tatabánya***

Hospice Szeretetszolgálat Alapítvány  
Kovács Dunai Andrásné ügyvezető  
2800 Tatabánya, Béla király körtér 32. fsz.  
tel.: (34) 320-237  
otthoni: (34) 316-442  
mobil: (20) 977-8551  
email: hospice.tatab@matavnet.hu  
Nefelejts Ápoló Ház  
2800 Tatabánya I. Népház utca 5.  
tel.: (34) 515-023

***További Információ:***

Magyar Hospice-Palliatív Egyesület  
Munk Katalin  
1091 Budapest, Üllői út 49-51. I.109.  
tel./fax: 215-0938  
hospice.egyesulet@mail.datanet.hu

## Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ A MÁSODIK KIADÁSHOZ.....	2
1. AZ IRÁNYELV CÉLJA .....	3
2. JOGI KÖRNYEZET .....	3
3. EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK.....	7
4. A PALLIATÍV ELLÁTÁS ALAPELVEI.....	8
5. A PALLIATÍV ELLÁTÁS SZINTJEI A PROGRESSZÍV BETEGELLÁTÁS ELVEI SZERINT .....	10
6. A PALLIATÍV ELLÁTÁS SZERVEZETI FORMÁI .....	11
7. A PALLIATÍV ELLÁTÁS HOZZÁFÉRÉSÉNEK MÓDJAI. EGYÜTTMŰKÖDÉS A PALLIATÍV GONDOZÁST VÉGZŐ SZERVEZETEK KÖZÖTT .....	12
8. A PALLIATÍV ELLÁTÁS SZEMÉLYI FELTÉTELEI ÉS ESZKÖZIGÉNYE .....	13
9. EGYÜTTMŰKÖDÉS A TEAM TAGJAI KÖZÖTT .....	16
10. BETEGKÉPVISELET .....	18
11. A PALLIATÍV ELLÁTÁS FELADATAI. A TERMINÁLIS KEZELÉS FOLYAMATA, HASZNÁLHATÓ TERÁPIÁK.....	20
11.1. A PALLIATÍV ORVOSI ELLÁTÁS FOLYAMATA .....	20
11.2. A PALLIATÍV ÁPOLÁS FOLYAMATA .....	56
11.3 A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK ÉS ÖNKÉNTESEK KOMPETENCIA- ÉS FELADATKÖRE .....	62
11.3.1. A MUNKATÁRSAKKAL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEK.....	62
11.3.2. ORVOS .....	63
11.3.3. ÁPOLÓ .....	64
11.3.4. GYÓGYTORNÁSZ .....	66
11.3.5. PSZICHOLÓGUS VAGY PSZICHIÁTER.....	67
11.3.6. MENTÁLHIGIÉNÉS SZAKEMBER.....	69
11.3.7. KOORDINÁTOR.....	70
11.3.8. SZOCIÁLIS MUNKÁS .....	71
11.3.9. LELKÉSZ (LELKIGONDOZÓ) .....	72
11.3.10. GYÁSZTANÁCSADÓ.....	73
11.3.11. DIETETIKUS .....	74
11.3.12. ÖNKÉNTES .....	75
12. A GYERMEKEK PALLIATÍV ELLÁTÁSÁNAK SAJÁTOS SÁGAI .....	78
13. KÖLTSÉGELEMZÉS.....	80
14. TELJESÍTMÉNY ÉRTÉKELÉS .....	82
15. OKTATÁS, KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS .....	84
16. KUTATÁS .....	92
IRODALOM.....	94
MELLÉKLETEK .....	96
ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ (MINTA) .....	96
ORVOSI DOKUMENTÁCIÓ (MINTA) .....	97

<b>FÜGGELÉK 1.....</b>	<b>100</b>
<b>A GYÓGYÍTHATATLAN BETEGEK ÉS HALDOKLÓK EMBERI JOGAINAK ÉS MÉLTÓSÁGÁNAK VÉDELME.....</b>	<b>100</b>
<b>FÜGGELÉK 2.....</b>	<b>104</b>
<b>6/2001. (II. 28.) EÜM RENDELET A KLINIKAI SZAKÁPOLÓ (HOSPICE SZAKÁPOLÓ ÉS KOORDINÁTOR) SZAKKÉPESÍTÉSEK SZAKMAI ÉS VIZSGAKÖVETELMÉNYEINEK KIADÁSÁRÓL.....</b>	<b>104</b>
<b>FÜGGELÉK 3.....</b>	<b>111</b>
<b>HOSPICE BETEGGONDOZÁST VÉGZŐ SZERVEZETEK MAGYARORSZÁGON, 2002.....</b>	<b>111</b>