

DAVID CLARK – MICHAEL WRIGHT

Átmenetek az élet végi gondozásban. A hospice fejlődése Kelet-Európában és Közép-Ázsiában. (Jelentés az Open Society Institute számára)*

A JELENTÉS ÖSSZEGZÉSE

Kiemelkedő erőfeszítéseknek vagyunk tanúi a világ sok országában az élet végi gondozás javítása érdekében. Ezek az erőfeszítések a terminális betegségek okozta szenvedések csillapítására, fizikai, szociális, pszichés és spirituális tényezőire irányulnak a multidiszciplináris team-munkára alapozva; kapcsolati stratégiák épülnek ki, együttműködve az egészségügyi tervezőkkel, klinikusokkal, kormányzaton kívüli szervezetekkel, az üzleti és tudományos világgal; a munka egyre inkább szigorú, bizonyítékokon alapuló kutatásokra épül. A hospice és palliatív gondozás valóban sokat fejlődött az 1950-es és 1960-as évek korai úttörői óta, akik a modern világban először figyeltek fel a haldoklók nem megfelelő gondozására. (1)

2002-ben a WHO így definiálta a palliatív gondozást:

A palliatív gondozás olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő páciens és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a fizikai, pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és kezelésével. A palliatív gondozás:

- Csillapítja a fájdalmat és az egyéb kínzó tüneteket;
- Az életet és a halált normális folyamatnak tartja;
- Nem tesz semmit a halál megrövidítése és meghosszabbítása érdekében;
- Integrálja a betegellátásba a pszichológiai és spirituális tényezőket;
- Támogató rendszert kínál, hogy a beteg a lehető legaktívabban élhessen a halálig;

* Clark, David – Wright, Michael: *Transition in End of Life Care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia*. A report prepared for the Open Society Institute. May 2002. University of Sheffield – (A jelentésből a bevezető fejezetet közöljük.)

Az Open Society Institute, a Soros Alapítvány New York-i központja nagyon jelentős szerepet játszik a kelet-európai palliatív gondozás támogatásában. A jelentés az ő megrendelésükre készült. (A szerk.)

- Támogató rendszert kínál a család számára a betegség ideje alatt és a gyász időszakában;
- Team-munkát alkalmaz, amely a beteg és családja szükségleteire irányul, beleértve a gyász-tanácsadást, ha az javasolt;
- Kiemeli az életminőséget, és ugyanakkor pozitívan viszonyul a betegség folyamatához;
- Alkalmazható a betegség korai stádiumában, az életet meghosszabbító terápiákkal – mint a kemoterápia és radioterápia – együtt, és magában foglalja azokat a szükséges vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez. (2)

A VIZSGÁLAT KITERJEDÉSE

Az áttekintés Kelet-Európa és Közép-Ázsia 28 országa hospice és palliatív gondozásának aktuális fejlettségi állapotára terjed ki. Magában foglalja a szolgáltatás fejlettségét, a gondozás aktuális szintjét, az egészségpolitika bevonódását, az oktatást és képzést, az ópiátokhoz való hozzáférhetőséget, a helyi, nemzeti és nemzetközi kapcsolatokat. A jelentés külön tárgyalja Közép- és Kelet-Európát, a volt FÁK országokat és Mongóliát.

Közép- és Kelet-Európa	Volt FÁK országok és Mongólia
Albánia	Örményország
Bosznia-Hercegovina	Azerbajdzsán
Bulgária	Belorusszia
Horvátország	Grúzia
Cseh Köztársaság	Kazahsztán
Észtország	Kirgizisztán
Magyarország	Moldova
Lettország	Mongólia
Litvánia	Oroszország
Macedónia	Tádzsikisztán
Lengyelország	Türkmenisztán
Románia	Ukrajna
Szerbia	Üzbegisztán
Szlovákia	
Szlovénia	
Teljes népesség: 127 millió fő	Teljes népesség: 285 millió fő

Bár néhány kezdeti törekvés felfedezhető volt a kommunizmus összeomlása előtt – pl. Lengyelországban 1976-tól vagy Oroszországban 1985-től –, a palliatív ellátás története a volt szocialista országokban általában az 1990-es évek elején kezdődött el. Nem tárták fel még részletesen, fejlődésében ezeknek az országoknak a palliatív gondozási rendszerét, ezért nagy szükség van egy összehasonlító vizsgálatra, mely az eredményeket és a problémás területeket egyaránt megvilágítja.

Az áttekintés során az elsődleges és másodlagos adatok széles köre került felhasználásra: különböző közegészségügyi források; több mint 100 kérdőív, amelyet palliatív gondozási szakemberek küldtek vissza különböző országokból; legalább 30 kulcs-személlyel készített interjú, nem publikált egészségpolitikai tanulmányok és dokumentumtervezetek, levelezés, újságok (hírlevelek), szakmai és tudományos folyóiratok és másodlagos publikációk.

A HOSPICE ÉS PALLIATÍV ELLÁTÁS AKTUÁLIS SZINTJEI

A szolgálatok megoszlása feltűnően egyenetlen. Csak Lengyelországban és Oroszországban van 50-nél több palliatív gondozási szolgálat; öt országban egyáltalán nincs palliatív ellátás.

Kelet-Európa és Közép-Ázsia országai palliatív ellátásának jelenlegi szintje

A szolgálatok száma az országban	Az országok száma	
0	5	Grúzia, Kazahsztán, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Üzbegisztán
1-5	13	Albánia, Örményország, Azerbajdzsán, Belorusszia, Bosznia-Hercegovina, Horvátország, Kirgizisztán, Lettország, Macedónia, Moldova, Mongólia, Szlovákia, Szerbia
6-10	5	Csehország, Észtország, Litvánia, Szlovénia, Ukrajna
11-50	3	Bulgária, Magyarország, Románia
51+	2	Lengyelország, Oroszország

Különböző szervezeti formák terjedtek el: a házi gondozás a leggyakoribb, ezt követi a bentfekvő ellátás. Nagyon hiányoznak a kórházi mobil team-ek, az ápolási otthonokban

kialakított szolgálatok és a nappali ellátás. Csak 48 gyermek palliatív szolgálat létezik, a 28 országból 9-ben.

A működő hospice szolgálatok típusonkénti megoszlása Kelet-Európában és Közép-Ázsiában**

Szolgalat típusa	Országok száma	Szolgalatok száma
Bentfekvő részleg	13	172
Kórházi csoport	4	5
Házi gondozás	17	222
Nappali szanatórium	4	14
Ápolási otthoni team-ek	1	5
Gyermekhospice	9	48

Kézzelfogható eredményt hozott a még nem működő vagy tervezési stádiumban levő palliatív gondozási szolgálatok számbavétele. Míg Lengyelországban és Oroszországban léteznek tervezési vagy még nem működő stádiumban levő szolgálatok, addig 16 ország ilyennel nem rendelkezik.

A PALLIATÍV GONDOZÁS MINTAINTÉZMÉNYEI

Bátorításul: voltak kiemelkedően sikeres példák különböző helyeken, amelyeket „mintának” neveztünk el. Négy ország öt ilyen mintaintézményét választottuk ki. Mindegyik példa beilleszkedik az adott ország fejlődési sémájába; a személyzet nemzeti és nemzetközi hírnévnek örvend az adott területen; oktatási és képzési központként is funkcionál; hatással van az egészségpolitikára. A minták jó modellt nyújtanak a szervezetfejlesztésre, a kapcsolatok kiépítésére, a kapcsolati megközelítésre és a külföldi támogatások sikeres felhasználására.

Brassó, Románia

Brassóban a „Casa Sperantei” (Remény Háza) Hospice 1992-ben alakult a román-brit karitatív együttműködés keretében, az Eleanor Alapítvány (Dartford, Nagy Britannia) támogatásával, kezdetben házi gondozási szolgálatként. Egy jelentős képzési program keretében 1997-ben létrehoztak egy országos szintű palliatív gondozási forrásközpontot és képzéseket indítottak a nemzeti palliatív gondozási curriculum alapján. 2002-ben nyílt meg a

** Ld. részletesen a függelékben! (A szerk.)

felnőtt-, gyermek- és nappali gondozást is magában foglaló komplex egység, amely palliatív gondozási támogatást nyújt a helyi kórházaknak, valamint egy telefon segélyvonalat tart fenn.

Budapest, Magyarország

A Magyar Hospice Alapítvány 1991-ben jött létre a budapesti Szent Margit Kórházban^{***}, és kezdetben a közvélemény formálására és a képzésre helyezte a hangsúlyt. A hospice szolgálat most Budapest 23 kerületéből 11-re terjed ki, kb. 1 milliós népesség számára. 2001-ben a Magyarországi Zsidó Szociális Segély Alapítvány létrehozott egy mobil hospice team-et a Zsidó Szeretkórházban. Budapest a palliatív gondozással kapcsolatos képzés, egészségpolitikai irányítás, kutatási és egyetemi tevékenység központja lett – ez utóbbi a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen szerveződik.

Poznan, Lengyelország

Az első palliatív gondozási szolgálat, amely a nemzeti egészségügyi szolgálat struktúráján belül jött létre, 1987-ben, Poznanban alakult. Ezt a házi gondozási szolgálatot az Aleksander Lewinski és Antonina Mazur Társaság a Rákbetegek Szenvedésének Enyhítéséért (1991-től Lengyel Palliatív Gondozási Egyesület) támogatta. Ennek kiegészítéseként 1990-ben egy kórházi osztály nyílt, gyász-tanácsadó szolgálat 1991-ben, kórházi központú palliatív gondozási csoport 1992-ben és telefonos szolgáltatás 1993-ban. A Pallium Hospice komplexum, amely 2001-ben jött létre, magában foglal egy 14 ágyas osztályt, nappali szanatóriumot, palliatív gondozási klinikát házi gondozási és telefonos csoporttal, egy fájdalomklinikát, lymphoedema klinikát és gyász-szolgálatot; otthon ad egy forrás- és tréningközpontnak is. Poznan az első palliatív gondozási egyetemi központ Lengyelországban, amely a Karol Marcinkowski Orvostudományi Egyetemhez kapcsolódik, és szoros együttműködést alakított ki az oxfordi Sir Michael Sobell House Központtal, amellyel lehetővé vált a Puszczykowo-ban évente megrendezésre kerülő továbbképzések szervezése.

Szentpétervár, Oroszország

Az első hospice Oroszországban 1990-ben nyílt meg Lakhtában, Szentpétervárott, és ennek hatására a város polgármestere elkötelezte magát a hospice gondozás mellett. 2002-ben Szentpétervárott 6 bentfekvő hospice és 17 házi gondozási szolgálat működik, amely a város 19 kerületéből 12-ben nyújt hospice ellátást. Minthogy a hospice gondozás a rák-gondozási

^{***} Valójában az Országos Onkológiai Intézetben jött létre. (A szerk.)

program része lett, 2 további hospice-t terveznek, beleértve egy 50 ágyas önálló hospice-t, amely most épül. Nemzetközi kapcsolataik vannak nem kormányzati szervezetekkel, és az Anglia Műszaki Egyetem a Pavlov Orvosi Intézettel együtt szándékozik kialakítani orvosok és ápolók számára az oroszok által irányított palliatív gondozási képzést.

Varsó, Lengyelország

A Varsói Gyermekhospice – házi gondozási szolgálatként – 1994-ben alakult. Új helyiségeket hoztak létre 1998-ban az aneszteziológiai fogászati sebészet számára, mely a hospice tevékenység kiegészítő ellátásaként szerepel. A bevétel 80%-a magánadományokból származik. A hospice képzési és kutatási központtá vált, ahová a nemzetközi konferenciák szakembereket vonzottak 19 európai és 4 Európán kívüli országból. A hospice-nak szoros a kapcsolata az Anyákért és Gyermekéért létrehozott Lengyel Nemzeti Kutatóintézettel.

KULCSKÉRDÉSEK ÉS PROBLÉMÁK

A vizsgálat során néhány visszatérő problémát találtunk, amelyek különböző mértékben érintik a legtöbb országot.

Egészségpolitikai ismertség, finanszírozás, fenntartás

Lényeges egészségpolitikai elismerés és a nemzeti egészségügyi rendszerbe való integrálódás Lengyelországban, Magyarországon és – kisebb mértékben – Romániában és Oroszországban történt meg. Még ezekben az országokban sincs elegendő mértékű támogatási rendszer. Másutt mindez a korai szerveződés stádiumában van, illetve egyáltalán nem formalizálódott. Ilyen körülmények között még a legsikeresebb központoknak is komoly fenntartási gondjaik vannak, amelyek – nem utolsó sorban – abból adódnak, hogy erős a függőségük a nem állami szférából történő, nagyarányú támogatástól.

Ópiát hozzáférés

A szakértői csoport nagy figyelmet fordított erre a kérdésre. Három probléma körvonalazódott: a hozzáférhető drogok *menyisége*; a *típusai* és a hozzáférés *szabályozása*; annak *megszorítása* és *kontrollja*, hogy mely gyógyszerek használhatók fájdalomcsillapításra. Lengyelországban és Magyarországon mindegyik jó hatásfokkal működik, bár néhány fontos kérdés még megoldatlan maradt. Másutt az orvosok számos problémát jeleznek mindhárom tényező tekintetében, és a helyzet vidéken – a városokhoz viszonyítva – még rosszabb.

Munkaerőfejlesztés, elméleti és gyakorlati oktatás

A palliatív gondozási, képzési programok számos variációja létezik helyi, nemzeti és bizonyos mértékben nemzetközi szinten. Néhány országban hivatalosan akkreditálták a programokat, illetve az abban részt vevőket. Mindazonáltal a Kelet-Európában és Közép-Ázsiában működő palliatív gondozási szakemberek első generációja leginkább a régió kívülről lett kiképezve.

Egészségügyi segítség, felszerelések és eszközök

Az egészségügyi rendszeren belül általános a szegénység és a korlátozott reformoktól való szenvedés, valamint a szükséges beruházások hiánya, az orvosi berendezések szegényessége. Sok hospice és palliatív gondozási szolgálat forráshiánnyal küzd, és a nemzetközi támogatók többirányú segítségét igényli.

Külső kapcsolatok

A legsikeresebb hospice és palliatív gondozási szolgálatok a régióban – és különösképpen a mintaintézmények – magas szinten alakították ki kapcsolatokat helyi, nemzeti és nemzetközi szinten. Néha valódi „iker-kapcsolat” jött létre egy helyi és a régió kívüli szolgálat között. Több példa alapján Nagy Britannia jelentős forrást jelent az ilyen partnerkapcsolatok számára.

Kutatás

Az ellenőrzés, értékelés és az alapvető kutatások nem kapnak jelentős prioritást a régió hospice és palliatív szolgálataiban. Ugyanakkor vannak kedvező jelek Lengyelországban, Magyarországon, Oroszországban és Romániában. Amennyiben az egyetemi és kutatási érdeklődés terjed, óriási hatással lesz a palliatív és életvégi gondozással foglalkozó, „elfogadott” nyugati egyetemi centrumokkal való kapcsolatokra.

A gondozás kultúrája

A régió minden országában komplex és erősen ható hiedelmek és tradíciók léteznek azzal kapcsolatban, hogy hogyan működik az egészségügyi rendszer, és ezen belül hogyan foglalkoznak a rákos és haldokló betegekkel. A „szovjet medicina” nem bátorította a dinamikus és holisztikus egészségügyi szemléletet. Emellett a rákbetegség és a haldokló beteg gondozása nagyon sok negatív sztereotípiával terhelt. A palliatív gondozási szakemberek aktívan elősegítik a reformokat ezeken a területeken, de a meglévő kulturális hagyományok

annyira erősek, hogy szerencsétlen dolog lenne „nagybani” és kritikátlan módon – mint egy csomagot – importálni mindazt az értéket, amelyet Nyugat-szerte a palliatív gondozás jelent.

TÍZ AJÁNLÁS

1. A minták hatásának erősítése

Megfelelő támogatással a jelentésben kiválónak tartott központokat bátorítani kellene, hogy erősebb szerepet játsszanak a szűkebb és tágabb régióban:

- A Varsói Gyermekhospice a teljes régió gyermekhospice-ai fejlesztésének támogatásában;
- Poznan és Szentpétervár a régió északi és keleti részének fejlesztésében, beleértve Belorussziát, Lengyelországot, Oroszországot és Ukrajnát;
- Brassó továbbfejleszthetné regionális szerepét a Balkánon, támogatva Albániát, Bosznia-Hercegovinát, Bulgáriát, Romániát, Macedóniát, Moldvát és Szerbiát;
- Budapestnek világos a szerepe Közép-Európa országaiban: Horvátországban, Csehországban, Magyarországon, Szlovákiában és Szlovéniában.

A fejlesztés vezetőinek többet kellene azzal a munkával foglalkozni, melyet az öt minta képvisel.

2. Több minta kijelölése

Néhány terület a régióon belül kevésbé sikeresnek mutatkozik a jelentés alapján a palliatív gondozás fejlesztésével kapcsolatos erőfeszítéseket tekintve. Stratégiai erőfeszítés szükséges ahhoz, hogy legalább 3 további modell jöjjön létre 2007-ig. A következő helyszíneken kellene ezeknek kialakulniuk:

- A Baltikumban (Észtország, Lettország, Litvánia): a jelölt helyszín itt Kaunas, Litvánia.
- A Kaukázuson túli terület (Örményország, Azerbajdzsán, Grúzia): sokkal nehezebb itt jelöltet javasolni, mivel nagyon minimális a palliatív gondozás fejlődése és az ezzel kapcsolatos vezetés.
- Közép-Ázsia (Kazahsztán, Kirgizisztán, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Üzbegisztán plusz Mongólia (bár az nem tartozik a WHO európai régiójához): a jelölt helyszín itt Bishkek, Kirgizisztán.

3. Standardok felállítása és az eredmények mérése

Ahol hospice és palliatív standardok léteznek, azok gyakran helyiek, néha országosak és szinte sohasem nemzetköziek. Javasolt az európai minimum-standard kialakítása, mely megkönnyíti a szervezetek képviselőinek tárgyalását az egészségügyi minisztériumokkal, az egészségügy vezetőivel, a társadalombiztosítási központokkal.

4. Jobb ellátás a haldokló gyermekek számára

Az egész régióban elégtelen a hospice és a palliatív ellátás a gyermekek számára. Sürgős követelmény az ezzel kapcsolatos, regionális epidemiológiai szükséglet felmérése egy kísérő javaslattal, ami a szolgáltatás fejlesztésére vonatkozik.

5. A palliatív gondozás munkaerő-fejlesztése

Egyik ország sem tett kísérletet arra, hogy kikalkulálja a szükséges munkaerő nagyságát és összetételét. Ezt egy egyszerű epidemiológiai modellre lehet alapozni, mely a szolgálatok minimumkövetelményeihez csatlakozna. Egy ilyen számítás kitűnően kiegészítené az országos és nemzetközi forrástervezést, az elosztást és a lobbitevékenységet.

6. A közös palliatív gondozási curriculum felé

A palliatív gondozási képzési curriculumok nagyon különböznek az országok között és az országokon belül. Fontos lenne egy európai curriculumot kifejleszteni graduális és posztgraduális szinten minden olyan lehetséges szakma számára, melynek képviselői részt vesznek a palliatív gondozásban.

7. Közös tankönyv létrehozása

Számos palliatív gondozási tankönyvet fordítottak le. Csak a régió egy országának van saját, helyben írt, átfogó tankönyve. Egy európai szakértői bizottságnak el kellene készítenie egy közös tankönyvet azzal a kezdetektől világos céllal, hogy különböző országokban fogják használni és sok nyelvre le fogják fordítani.

8. Lebontani az ópiátokhoz való hozzáférés határait

Kitűnő munkát végeztek már ezen a területen, de sok probléma megmaradt. A jelentős szervezeteknek koncentrálniuk kell a régió belüli csoportosulásokra és különösképpen azoknak az országoknak kell prioritást biztosítani, ahol a probléma a legnagyobb. Nagy szerep jut a mintaintézményeknek és vezetőiknek ebben.

9. Az Életvégi Gondozás Nemzetközi Kutatóintézete

Újnan felmerülő szempont, hogy egy nemzetközi intézet több együttműködést és fejlesztést vihetne végbe a jelentésben közölt országok körében és másutt is. E jelentés eredményei bázisát képezhetnék egy web-központú útmutatónak az intézet számára.

10. Hospice „csúcs” Kelet-Európa és Közép-Ázsia számára

Minden befolyásos szervezetet és partnert, amelyet kiemelkedőnek tartunk ebben a jelentésben, bátorítani kellene, hogy jöjjenek össze egy csúcstalálkozóra, ahol megbeszélhetnék, hogyan lehetne a jelentést és ajánlásait stratégiai szintre emelni, megteremtve ezzel a lehető legjobb nemzetközi társulást és együttműködést.

Összeállítva jelentésünket, és elkészítve ezeket az ajánlásokat, méltányoltuk az Open Society Institute (Nyílt Társadalom Intézet) és nemzeti alapítványainak támogató szerepét Kelet-Európa és Közép-Ázsia hospice és palliatív gondozásának stratégiai fejlesztésében az elmúlt években. Ez valóban óriási elkötelezettség. Az OSI folyamatos bekapcsolódása ebbe a munkába abszolút életbevágónak tűnik, amennyiben a haladást képviseli a folyamatos kihívások közepette.

FÜGGELÉK

1. A népesség és a várható élettartam Kelet-Európában és Közép-Ázsiában

Ország	Népesség (millió fő)	Várható élettartam, férfiak	Várható élettartam, nők
Albánia	3,1	64,3	72,9
Bosznia-Hercegovina	3,9	68,7	74,4
Bulgária	7,9	67,4	74,9
Horvátország	4,6	69,8	77,7
Cseh Köztársaság	10,2	71,5	78,2
Észtország	1,3	65,4	76,5
Magyarország	9,9	66,3	75,2
Lettország	9,9	64,2	75,5
Litvánia	2,4	66,9	77,2
Macedónia	2,0	70,2	74,8
Lengyelország	38,6	69,2	77,7
Románia	22,4	66,2	73,5
Szerbia	10,5		
Szlovákia	5,3	69,2	77,5
Szlovénia	1,9	71,9	79,4
Örményország	3,7	64,4	71,2
Azerbajdzsán	8,0	61,7	68,9

Belorusszia	10,1	62,0	74,0
Grúzia	5,2	65,7	71,8
Kazahsztán	16,1	58,0	68,4
Kirgizisztán	4,9	60,0	68,8
Moldova	4,2	63,1	70,5
Oroszország	145,4	59,4	72,0
Tádzsikisztán	6,0	60,4	64,7
Türkmenisztán	4,7	60,0	64,9
Ukrajna	49,5	62,6	73,3
Üzbegisztán	24,8	62,1	68,0
Mongólia	2,5	61,2	66,9

Forrás: World Health Report, 2001.

2. A WHO által standardizált halálesetek 100.000 lakosra vonatkoztatva Kelet-Európában és Közép-Ázsiában (1995-1998)

Ország	Év	Összes haláleset	Rák-halálozás
Albánia			
Bosznia-Hercegovina			
Bulgária	1998	958,9	123,3
Horvátország	1997	836,0	174,2
Cseh Köztársaság	1998	706,6	182,9
Észtország	1998	907,7	157,8
Magyarország	1998	917,8	219,4
Lettország	1998	955,2	152,1
Litvánia	1997	817,2	149,4
Macedónia	1997	09,1	126,6
Lengyelország	1996	812,2	165,2
Románia	1998	933,9	133,6
Szerbia			
Szlovákia	1995	820,9	172,3
Szlovénia	1997	666,1	167,5
Örményország	1997	696,7	97,7
Azerbajdzsán	1997	814,4	84,5
Belorusszia	1998	1015	141,8
Grúzia			
Kazahsztán	1997	1196,7	152,9
Kirgizisztán	1998	1033,2	91,9
Moldova	1996	1202,5	125,5
Oroszország	1997	1084,4	151
Tádzsikisztán			
Türkmenisztán			
Ukrajna	1998	1010,7	135,9
Üzbegisztán			
Mongólia			

Forrás: WHO: World Health Statistics, 1997-1999.

3. Hospice-palliatív gondozási szolgálatok Kelet-Európában és Közép-Ázsiában

Ország	Független hospice	Kórházi egység	Kórházi mobil cs.	Ápolási otthonban	Házi gondozás	Nappali szanat.	Gyermek-hospice	Összes
Albánia	0	0	0	0	3	0	0	3

Bosznia-Hercegovina	0	0	0	0	1	0	0	1
Bulgária	1	0	0	0	20	0	1	22
Horvátország	0	0	0	0	1	0	0	1
Cseh Köztársaság	6	0	1	0	9	0	0	10
Észtország	0	0	0	0	9	0	0	9
Magyarország	0	4	2	5	13	2	1	27
Lettország	0	1	0	0	0	3	1	5
Litvánia	1	0	0	0	5	0	0	6
Macedónia	0	1	0	0	0	0	0	1
Lengyelország	23	50	1	0	149	8	30	261
Románia	1	5	0	0	4	1	10	21
Szerbia	0	0	0	0	1	0	0	1
Szlovákia	0	2	0	0	0	0	2	4
Szlovénia	0	0	1	0	5	0	0	6
Örményország	0	0	0	0	3	0	0	3
Azerbajdzsán	0	0	0	0	1	0	0	1
Belorusszia	0	0	0	0	0	0	3	3
Grúzia	0	0	0	0	0	0	0	0
Kazahsztán								
Kirgizisztán	1	1	0	0	0	0	0	2
Moldova	0	0	0	0	3	0	0	3
Oroszország	45	25	0	0	0	0	0	70
Tádzsikisztán								
Türkmenisztán								
Ukrajna	2	2	0	0	1	0	2	7
Üzbegisztán								
Összes szolgálat	80	92	5	5	221	14	48	466
Összes ország	8	10	4	1	17	4	9	23

IRODALOM

1. CLARK, D. (2002): Between hope et acceptance: the medication of dying. *British Medical Journal*, 324: 905-07
2. SEPULVEDA, C. – MARLIN, A. – YOSHIDA, A. – ULLRICH, T. (2002 forthcoming): Palliative care: WHO global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24.(2.)

Fordította: Hegedűs Katalin