

Hospice Magyarországon

Összefoglalás ♦ *Tanulmányunkban általános áttekintést kívánunk adni a magyarországi hospice ellátás jelenlegi helyzetéről azzal a céllal, hogy felhívjuk a figyelmet az eredményekre, hiányosságokra és ezzel segítsük a hospice ellátás további fejlődését. Az 2013-as statisztikai adatok már csaknem 90 hospice ellátó tevékenységére terjednek ki. Jelentős eredménynek tekinthető a szolgálatok számának növekedése, viszont a palliatív ágyak alacsony száma (egyharmada a WHO által előírt palliatív ágyak számának) és az országban tapasztalható területi egyenlőtlenségek még mindig jelentős problémaként jelentkeznek. A végstádiumú daganatos betegek negyede jut csak palliatív ellátáshoz – akkor, amikor mintegy 80%-ának lenne rá szüksége. Az otthoni hospice ellátásban a gyógyszerelés, palliatív terápia – tehát a palliatív orvosi tevékenység alacsony: 10% alatt van, és ugyanígy a valódi team munkát is tükröző mentálhigiénés, szociális, fizioterápiás kezelés vagy diétás gondozás is csak néhány százalékot tesz ki. A 2013-ban elfogadott EMMI rendelet a palliatív orvosi licence-ről és a rezidensek számára már második éve kötelező 40 órás palliatív továbbképzés remélhetően javít az orvosi szemléleten, ami kihathat a valódi team-munka alakulására is. A magyarországi hospice ellátás rendszeres statisztikai áttekintése és az eredmények minél szélesebb körben történő közzététele segítséget nyújthat a hospice-szal kapcsolatos tájékozatlanság, tabuk és tévhitek lebontásához is.*

Bevezetés

A magyarországi hospice és palliatív ellátás helyzetének áttekintéséhez a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (Hegedűs Katalin, Pilling János és Simkó Csaba) által az Egyesület alapításának évében, 1995-ben kidolgozott, azóta némileg módosított és online formában is hozzáférhető statisztikai adatlapját használjuk, amelyet minden hospice ellátónak évente kiküldünk.¹ Ez lehetővé teszi a hospice ellátók tevékenységének felmérését és egyben az évről-évre történő összehasonlítást is. Az adatokat eljuttatjuk a Minisztériumba, az OEP-hez,

¹ A statisztikai adatlap megtekinthető egy előző áttekintésünkben: Hegedűs K – Munk K: Hospice betegellátás 2010 – a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése alapján. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 15 (1): 43-57.

az ÁNTSZ-hez, az Európai Palliatív Szövetséghez (EAPC), a média képviselőihez, a kutatókhoz stb., hogy naprakészen tudjuk a döntéshozókat, valamint a téma iránt érdeklődőket informálni a hospice ellátás fejlődéséről. Sok esetben ez egyben a „nyomásgyakorlás”, a lobby-tevékenység fontos eszköze is, amellyel fel kívánjuk hívni a figyelmet pl. a finanszírozási vagy szervezési hiányosságokra, a változtatás szükségességére is.

Az elmúlt csaknem húsz évben hatalmas adatbázis gyűlt össze, amelynek alapján a hospice ellátás eredményei elemezhetőek és közzétehetőek, valamint a nemzetközi adatbázisok számára is hozzáférhetőek.^{2 3}

Eredmények

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) 2013-as felmérése alapján 87 betegellátó intézmény illetve otthoni szolgálat végzett hospice tevékenységet: 14 hospice intézményi (bentfekvő) részleg (200 ágyon); 64 hospice otthoni ellátást végző csoport; 4 hospice mobil team (kórházi támogató csoport); 3 palliatív járóbeteg ellátás. Két gyermekhospice is működik: a Tábita Ház Törökbálinton 5 ágygal és a Dóri Ház Pécsen 2 ágygal, de az OEP – bár elismeri – nem finanszírozza a tevékenységüket. Mindkét ház engedélye a beteg otthonában illetve ideiglenes lakhelyén történő hospice és mentesítő ellátásra szól. Alapítványi támogatásból tartják fenn magukat. *(a hospice ellátókat ld.: <http://www.hospice.hu/hospice-ok/>)*

Az MHPE hospice intézményi ellátás esetében összesen 200 ágy állt rendelkezésre. A WHO becslései alapján 1 millió lakosra minimum 50 palliatív ágygal kell számolni, ami 10 millió lakos esetén 500 ágyat jelent⁴. Magyarország ehhez képest nagyon lemaradt, akár a környező országoktól is. (Szlovákiában pl. 277 hospice ágy van a kevesebb mint ötmillió lakosra.⁵) Az okok továbbra is az előző jelentésekben már említettek: a kórházak nem igazán érdekeltek a hospice-ok kialakításában, nem látják át a fontosságát, plusz költségnek tekintik és a minimumfeltételekben előírt szakdolgozói képzési feltételeket sem szívesen vállalják fel. *(Az intézményi hospice-ok listáját ld. az 1.táblázatban.)*

² <http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/>

³ <http://www.hospice.hu/en/>

⁴ Radbruch L, Payne S et al: Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 1. rész. Kharón, 2010. 14 (3): 1-28.

⁵ EAPC Atlas of Palliative Care in Europe, 2013.

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

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

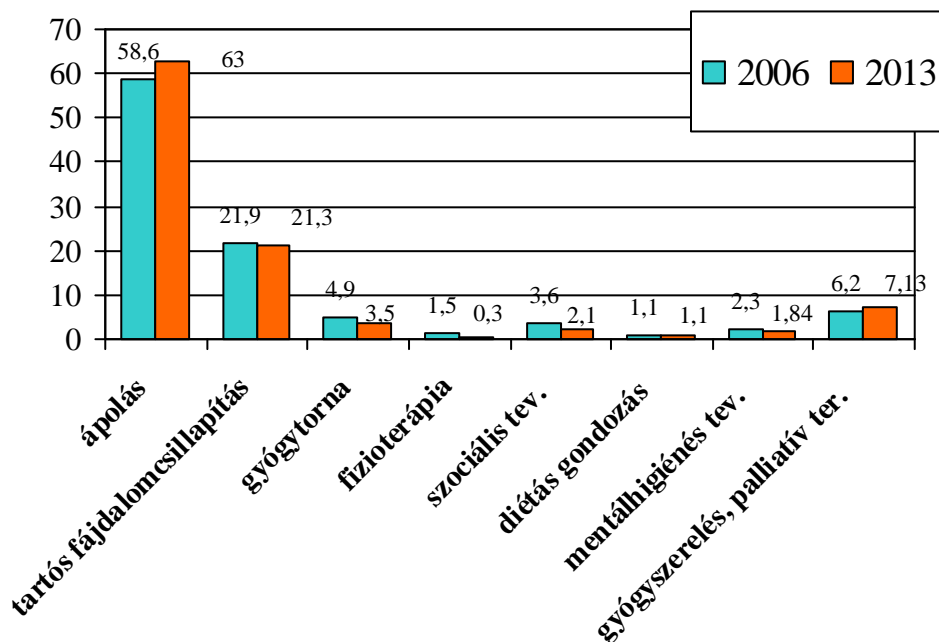
A hospice szolgálatok számának növekedése továbbra is elsősorban az otthoni szolgáltatók – jellemzően a több megyében is szolgálatot indító szolgáltatók – számának növekedéséből adódik. (ld. az 1.ábrát)



1.ábra: Hospice szolgálatok Magyarországon, 2014

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

Az otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása a következő: ápolás: 63 %; tartós fájdalomcsillapítás: 21,3 %; gyógytorna: 3,5%; fizioterápia: 0,3 %; szociális tevékenység: 2,1%; diétás gondozás: 1,1%; mentálhigiénés gondozás, tanácsadás: 1,84 %; gyógyszerelés, palliatív terápia: 7,13 %.⁶ Az alábbi ábrából is látható, hogy az otthoni hospice ellátás finanszírozásának kezdetei óta a gyógyszerelés, palliatív terápia – tehát a palliatív orvosi tevékenység alacsony: 10% alatt van, és ugyanígy a valódi team munkát is tükröző mentálhigiénés, szociális, fizoterápiás kezelés vagy diétás gondozás is csak néhány százalékot tesz ki. (ld. 2. ábrát)



2. ábra: Otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása, 2006-2013

⁶ Forrás: OEP

Az okok között említhetők finanszírozási hiányosságok és a szemléleti problémák is – ld. alább a legfőbb nehézségekkel foglalkozó táblázatot ezzel kapcsolatban.

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

2. táblázat: Hospice személyzet, 2012-2013

Hospice személyzet, 2012 ⁷	Hospice személyzet, 2013 ⁸
145 orvos	145 orvos
700 ápoló	743 ápoló
151 gyógytornász	169 gyógytornász
83 pszichológus/ mentálhigiénikus	88 pszichológus/ mentálhigiénikus
222 önkéntes	153 önkéntes
28 lelkész	36 lelkész
59 szociális munkás	65 szociális munkás
62 dietetikus	68 dietetikus
72 adminisztrátor/ koordinátor	84 adminisztrátor/ koordinátor
6 foglalkozásterapeuta	4 foglalkozásterapeuta
13 gyászolókat segítő	9 gyászolókat segítő
Összesen: 1541 fő	Összesen: 1562 fő

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

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

⁷ 70 adatszolgáltató

⁸ 76 adatszolgáltató

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

A hospice-ok működési forrásait tekintve – a kiemelt szorzóval is – az OEP támogatás csak mintegy 70-80%-át tette ki a valódi, minőségi hospice ellátásnak: 75%-os a bentfekvő és 80%-os az otthoni hospice finanszírozása. Ezért is szükséges a kiegészítő források keresése. Az adatközlők közül 28 hospice betegellátó szolgálat jelezte, hogy az OEP vagy a szociális bevételeken túl egyéb forrást is felhasznált – a legtöbben többfélélt is. Közülük 16 jelezte, hogy adományokat kap cégektől vagy magánszemélyektől, 12 szervezet kap különböző alapítványi támogatást, 16 szervezet rendelkezik az SZJA 1 %-ának bevételeivel, és 6 ellátó nyert el TÁMOP, NEA vagy egyéb pályázati támogatást. 2011-ben például még 14 szervezet nyert el pályázatot – sajnos ez a pályázati lehetőségek szűkülését is jelzi.

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

1. Anyagi nehézségek, alulfinanszírozottság (34)
2. Későn kerülnek a betegek a hospice-ba (32)
3. Tájékozatlanság és együttműködés hiánya (főleg a házi orvosok részéről) (20)
4. Szemléleti problémák (17)
5. Orvoshiány, szakember hiány (gyógytornász, pszichológus) (9)
6. Bizonytalanság az elrendelésről (pl. terminális állapot) (7)
7. Egyéb források megtalálása (6)
8. Infrastrukturális problémák (6)
9. Szociálisan hátrányos helyzetű családok (2)
10. Problémák OEP-pel, MEP-pel (dokumentáció, elvonások) (1)

Az első három problémakör változatlan 2010 óta: az anyagi nehézségek; az, hogy későn kerülnek a betegek a hospice-ba és hogy nagy a tájékozatlanság a hospice-ról (főleg a házi orvosok részéről). 2013-ban ezek mellett a szemléleti problémák, a szakemberhiány és az ellátás elrendelésével kapcsolatos problémák jelentettek még nehézséget.

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

Dr. Hegedűs Katalin

Ph.D. szociológus, mentálhigiénés szakember, egyetemi docens
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
hegedus.katalin@med.semmelweis-univ.hu

Munk Katalin

mentálhigiénés szakember, titkár
Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
1089 Budapest, Orczy út 6.
iroda@hospice.hu