

DR. BUSA CSILLA, DR. FORTUNA JÁNOS, DR. FRANK NÓRA

Életvégi kommunikáció és életvégi döntések családorvosi szemszögből

Összefoglalás ♦ *A súlyos, krónikus betegek gondozásában a családorvosok vesznek részt leghosszabb ideig az egészségügyi ellátórendszerben. Nemzetközi szakmai irányelvek szerint a családorvosok ideális kezdeményezői az életvégi megbeszéléseknek, ez azonban Magyarországon még nem elterjedt gyakorlat a praxisokban. 2022-ben készült felmérésünkben a hazai családorvosok az életvégi ellátással kapcsolatos kívánalmak megbeszélését családorvosi feladatnak (is) minősítették. Szinte kivétel nélkül fontosnak tartották betegeik őszinte tájékoztatását gyógyíthatatlan betegség esetén és bevonásukat a kezelési döntésekbe. Ennek ellenére a családorvosok fele vállalná fel biztosan az életvégi megbeszéléseket a saját praxisában. Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok kevésbé érezték kényelmetlennek a halál, haldoklás témáját és felkészültebbnek érezték magukat az életvégi kérdések megbeszélésére.*

Kulcsszavak: családorvos, életvégi megbeszélés, életvégi döntések

Family Physicians' Perspectives on End-of-life Conversation and End-of-life Decision-making

Summary ♦ *General practitioners play a significant role in caring for severe, chronic patients for the longest time in the healthcare system. Guidelines recommend that general practitioners initiate end-of-life conversations, which is not a common practice in Hungary. In a survey carried out in 2022, general practitioners considered end-of-life conversation to be the task of general practitioners. Respondents unanimously thought that it was important to provide honest information to patients in case of incurable illnesses, and all of them found shared decision-making important. However, only half of them would be willing to discuss with the patient their end-of-life preferences. Those general practitioners who would be definitely*

willing to discuss end-of-life preferences felt less uncomfortable talking about death and dying and felt more prepared to discuss end-of-life issues with patients.

Keywords: general practitioners, end-of-life conversation, end-of-life decisions

Bevezetés

A 21. században globálisan és Magyarországon is a legtöbb halálesetet krónikus betegségek okozzák. (World Health Organization, 2020; Központi Statisztikai Hivatal, 2022) A súlyos, krónikus betegek gondozásában a családorvosok vesznek részt leghosszabb ideig az egészségügyi ellátórendszerben, ideális esetben együttműködve a beteg kezelőorvosával, majd a palliatív ellátókkal. Külföldi és hazai vizsgálatok szerint a családorvosi praxisokban a hirtelen halálesetek aránya egy évben legfeljebb 7-10%. (Thomas, Watson és Armstrong, 2022; Busa, 2021) Ez azt jelenti, hogy az esetek túlnyomó többségében lehetőség lenne az életvégi ellátás megbeszélésére és a beteg szükségleteire reagáló életvégi ellátás megtervezésére.

Az életvégi megbeszélés (end-of-life conversation) olyan megbeszélést jelent, amelyen az egészségügyi ellátók, a beteg és lehetőség szerint a hozzátartozói vesznek részt. Célja a beteg kívánalmainak feltárása és döntéseinek meghozatala az életvégi ellátásával kapcsolatban. A nemzetközi szakmai irányelvek és ajánlások szerint az alapellátás ideális helyszíne, a családorvos pedig ideális kezdeményezője az életvégi megbeszéléseknek. A családorvosok nagy számban találkoznak előrehaladott állapotú krónikus betegekkel, akik számára hasznos lehet az életvégi megbeszélés. Hosszú távú kapcsolatban állnak a betegekkel és olyan komplex információkkal rendelkeznek róluk (pl. kórtörténet, családi- és életkörülmények stb.), amelyek az egészségügyi ellátás magasabb szintjein nem állnak rendelkezésre, azonban fontosak az életvégi kívánalmak és döntések szempontjából. (Thomas, Watson és Armstrong, 2022; Royal Australian College of General Practitioners, 2019) A családorvosoknak lehetőségük van rutin találkozások alkalmával, tehát nem krízishelyzetben kezdeményezni ezeket a megbeszéléseket akkor, amikor a beteg még jó fizikai és mentális állapotban van ahhoz, hogy döntéseket hozzon. Ha a beteg az otthonában szeretne meghalni, a családorvos a palliatív ellátókkal (ha elérhetőek) együttműködve vesz részt a beteg életvégi gondozásában. Európa egyes országaiban (pl. Hollandiában) az életvégi megbeszélés a családorvosi tevékenység integráns része, más országokban – köztük Magyarországon – viszont még nem elterjedt gyakorlat a praxisokban. (Engel, van der Ark, van Zuylen et al., 2020; Zwakman, Jabbarian, van Delden et al., 2018; Busa 2023; Hegedűs, Farkas és Lukács, 2022)

A családorvosok Magyarországon is jó helyzetben lennének az életvégi megbeszélések kezdeményezéséhez. A magyar ellátórendszerben a betegeknek állandó családorvosuk van, ami hosszú távú orvos-beteg kapcsolatot feltételez. A hazai családorvosok számottevő része rendszeresen vagy alkalmanként szerepet vállal a terminális állapotú betegek otthoni életvégi ellátásában. (Rácz, Szente, Babonits-Farkas és mtsai, 2019; Benyó, Lukács, Busa és mtsai, 2017) Ez egybeesik a betegek kívánalmaival, mivel legtöbbször az otthonukban szeretnék tölteni életük legutolsó szakaszát és otthon szeretnének meghalni. (Csikos, Albanese, Busa et al, 2008; Busa, Zeller és Csikós, 2018) A családorvoslással kapcsolatos szakmapolitikai szándékok arra mutatnak, hogy a külföldi gyakorlatnak megfelelően hazánkban is megjelenjen a családorvosi kompetenciák között az életvégi ellátás megbeszélése és az ellátás előzetes tervezése (advance care planning). A szakorvosképzés átalakításáról szóló 28/2022. (VIII. 25.) BM rendeletben a háziorvostan szakorvosképzés követelményrendszerében a palliatív medicinán belül az „ellátástervezés (kezelési célok meghatározása)” a háziorvosi kompetenciák között szerepel. Az életvégi ellátás lehetőségeinek megbeszélése és az ellátás előzetes tervezése az új Háziorvosi Hatásköri Listába is bekerült az önálló betegellátási tevékenységek közé. Mindezek ellenére alig néhány vizsgálat készült életvégi kérdésekről családorvosok körében Magyarországon, így az életvégi megbeszélések megvalósítása szempontjából fontos tényezőkről is kevés információval rendelkezünk. (Busa, 2023)

Módszertan

2022-ben online kutatást végeztünk magyarországi praktizáló családorvosok körében. Kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük a vizsgálatba bevont családorvosoknak az életvégi döntésekkel és az életvégi kommunikációval kapcsolatos attitűdjeit, véleményét, ismereteit és feladatvállalási szándékát. Az adatfelvétel 2022. május és július között zajlott. A potenciális válaszadókat családorvosi témájú rendezvényeken, valamint szakmai szervezetek levelezőlistáin keresztül kértük fel a részvételre. A vizsgálatot a PTE Klinikai Központ Regionális Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (az engedély száma: 9276-PTE2022). Az adatok statisztikai feldolgozásához az IBM SPSS Statistics 28 szoftvert használtuk. Az adatelemzés során leíró statisztikai analízis és varianciaanalízis készült, a statisztikai szignifikancia ellenőrzése Chi-négyzet próba és ANOVA teszt alkalmazásával történt. Az eredményeket 0,05 alatti p-érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

A vizsgálatban 178 családorvos vett részt. A férfiak aránya 36,0%, a nők aránya 64,0%, az átlagéletkor 55,9 év volt. (1. táblázat) Az adatfelvétel idején 55,1%-uk több mint húsz éve dolgozott családorvosként. Közel harmaduk a Dél-Dunántúli, illetve a Dél-Alföldi régióban, ötödük Pest megyében és Budapesten praktizált, településtípus szerint egyharmaduk megyei jogú városban vagy megyeszékhelyen.

1. táblázat: A válaszadók jellemzői

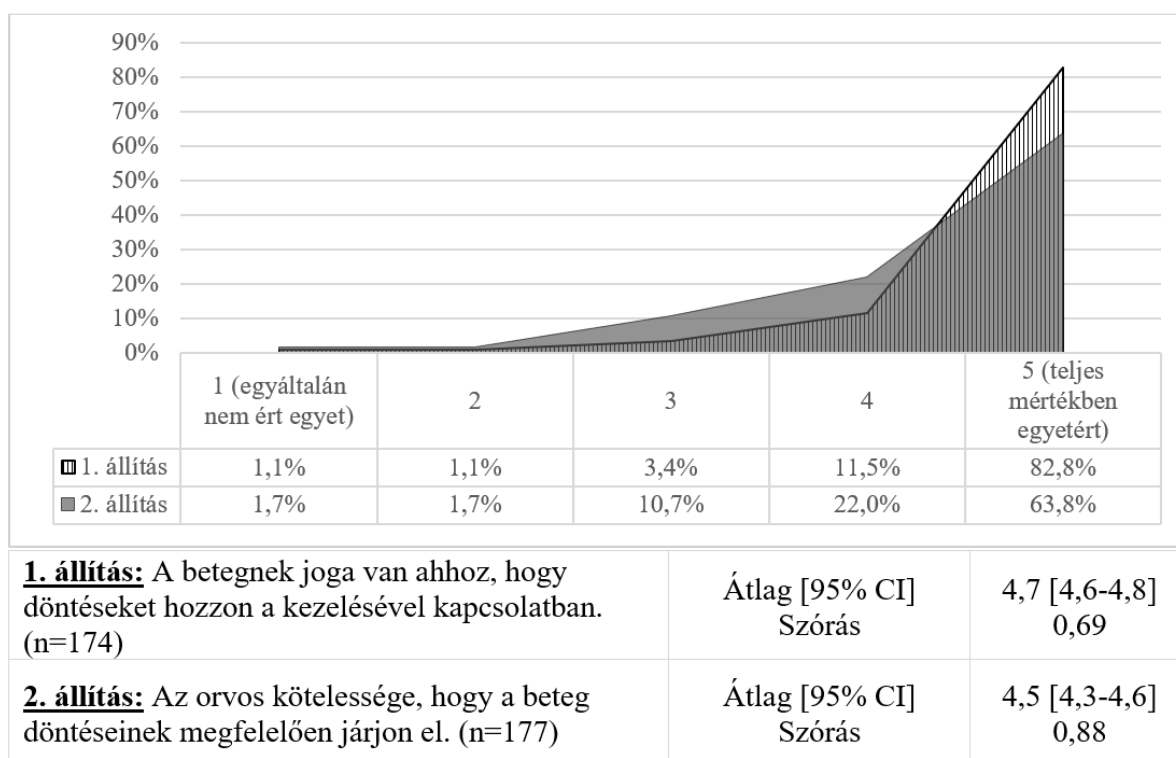
A válaszadók neme	Fő (%)
Férfi	64 (36,0)
Nő	114 (64,0)
A válaszadók kora	Fő (%)
Legfeljebb 40 éves	15 (8,4)
41-50 év közötti	43 (24,2)
51-60 év közötti	58 (32,6)
61 éves vagy idősebb	55 (30,9)
Mióta dolgozik családorvosként	Fő (%)
Legfeljebb 10 éve	31 (17,4)
11-20 éve	47 (26,4)
21-30 éve	56 (31,5)
Legalább 31 éve	42 (23,6)
Régió, ahol a praxisa működik*	Fő (%)
Dél-Dunántúl	53 (29,8)
Dél-Alföld	49 (27,5)
Pest, Budapest	38 (21,3)
Település típusa, ahol a praxisa működik*	Fő (%)
Megyei jogú város, megyeszékhely	59 (33,1)
Falu	43 (24,2)
Város	42 (23,6)

Megjegyzések: A táblázatban a százalékos értékek a teljes minta (178 fő) százalékában lettek feltüntetve. A kérdésekre nem válaszolók adatai nem szerepelnek a táblázatban.

*A három leggyakoribb említés

A kezelési döntésekkel kapcsolatos attitűdöket két aspektusból vizsgáltuk: a beteg joga és az orvos kötelessége oldaláról. Az attitűd-állításokkal való egyetértést a válaszadók ötfokozatú skálán jelezték (5 = teljes mértékben egyetért, 1= egyáltalán nem ért egyet). A kutatásban résztvevő családorvosok közül tízből nyolcan teljes mértékben egyetértettek azzal az attitűd-állítással, hogy „a betegnek joga van ahhoz, hogy döntéseket hozzon a kezelésével kapcsolatban”, és tízből hatan azzal a kijelentéssel, hogy „az orvos kötelessége, hogy a beteg döntéseinek megfelelően járjon el”. (1. ábra) A válaszok átlagértékei a két állítás vonatkozásában közel estek egymáshoz (4,7, illetve 4,5). (Az attitűd-állításokat tartalmazó kérdéssort a melléklet tartalmazza.)

1. ábra: Kezelési döntések: a beteg joga, az orvos kötelessége

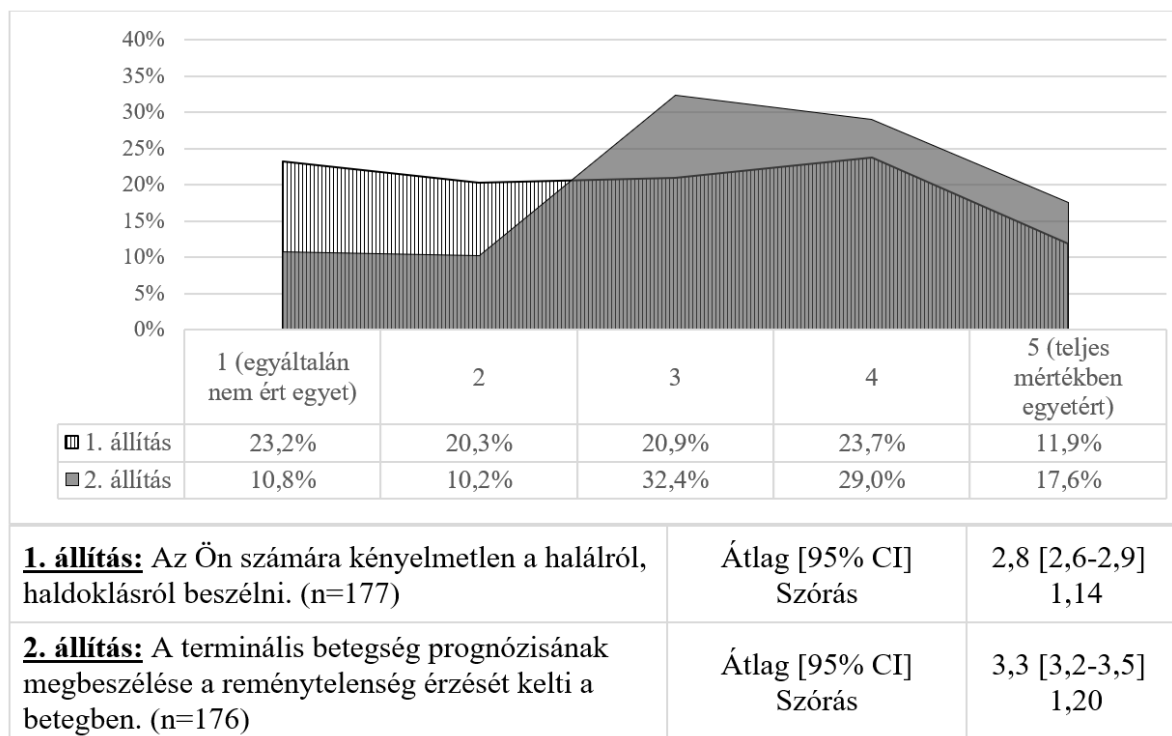


CI: Konfidencia intervallum

A megkérdezett családorvosok a közepesnél kevésbé minősítették kényelmetlennek a halál, haldoklás témájával kapcsolatos kommunikációt (átlagérték: 2,8) és közepes mértékben értettek egyet azzal a kijelentéssel, hogy „a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben” (átlagérték: 3,3). A 2. ábra azonban jól szemlélteti az átlagértékek mögött mutatkozó különbségeket: míg a saját diszkomfort érzés esetében a válaszok eloszlása közel egyenletes volt az egyes kategóriák között, addig a betegek

reménytelenség érzése vonatkozásában a válaszok részaránya a nagyobb egyetértést kifejező (3-5) kategóriákban volt a legmagasabb. (2. ábra)

2. ábra: Diszkomfort érzés, reménytelenség érzése



CI: Konfidencia intervallum

Az életvégi kívánalmak megbeszélése a beteggel elsősorban az erre képzett segítők (97,2%), a hozzátartozók (95,5%), valamint az orvosok közül a családorvosok (92,7%) feladata a válaszadók szerint. (2. táblázat) A megkérdezett családorvosok 94,4%-a tartotta kifejezetten az orvosi tevékenységek körébe is tartozó feladatnak az életvégi kívánalmak megbeszélését, és szinte kivétel nélkül úgy ítélték meg, hogy az életvégi megbeszélésben szerepet kell(ene) vállalniuk az egészségügyi ellátóknak.

2. táblázat: Kiknek a feladata az életvégi megbeszélés (Több szereplőt is meg lehetett jelölni.)

Ön szerint kinek a feladata, hogy beszélgesse a beteggel az életvégi kívánalmairól?		Fő (%*)
Hozzátartozók		170 (95,5)
Egészségügyi ellátók	Erre képzett segítők	173 (97,2)
	Családorvos	165 (92,7)

Kezelőorvos	158 (88,8)
Orvosok (Kezelőorvos és / vagy családorvos)	168 (94,4)
Egészségügyi ellátók (Egy vagy több egészségügyi ellátó)	177 (99,4)

*A teljes minta (178 fő) százalékában.

A vizsgálatban résztvevő családorvosok egyöntetűen nagyon fontosnak vagy inkább fontosnak tartották, hogy őszintén tájékoztassák a betegeiket (98,9%) és bevonják őket a kezelési döntésekbe (99,5%). (3. táblázat) Tízből kilencen a beteg hozzátartozóinak bevonását is fontosnak minősítették. A válaszadók több mint háromnegyede (77,5%-a) nagyon fontosnak vagy inkább fontosnak tartotta, hogy megbeszélje a betegeivel, milyen egészségügyi ellátást szeretnének az életük végén.

3. táblázat: Az életvégi kérdések megbeszélésének tényezői és fontosságuk

Súlyos betegség esetén mennyire tartja fontosnak a betegeivel való kommunikációban a következőket? Fő (%*)				Fontosnak tartja-e, hogy megbeszélje a betegeivel, milyen egészségügyi ellátást szeretnének az életük végén?
Válaszok	Állítások			
	Őszintén tájékoztassa a betegét akkor is, ha a betegsége gyógyíthatatlan.	Elmondja, hogy milyen kezelési lehetőségek vannak és bevonja a betegét a döntésekbe	Bevonja a beteg hozzátartozóit a kezelési döntésekbe	
Nagyon fontos	116 (65,2)	147 (82,6)	90 (50,6)	55 (30,9)
Inkább fontos	60 (33,7)	30 (16,9)	76 (42,7)	83 (46,6)
Fontos (együtt)	176 (98,9)	177 (99,5)	166 (93,3)	138 (77,5)
'Nagyon fontos' válaszok száma		Átlag [95% CI] Szórás	2,3 [2,2-2,4] 1,19	

*A teljes minta (178 fő) százalékában.

CI: Konfidencia intervallum

A családorvosok fele (49,4%-a) biztos felvállalná, további egyharmada (32,6%-a) talán felvállalná, hogy megbeszéli a betegeivel az életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos

döntéseiket és segít azok dokumentálásában. (4. táblázat) Ez összesen a válaszadók 82,0%-át jelenti. Figyelemre méltó, hogy a megkérdezettek több mint egytizede még nem gondolkodott ezen.

4. táblázat: Feladatvállalási szándék

Felvállalná-e, hogy megbeszéli a betegeivel az életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéseiket és segít azok dokumentálásában?	Fő (%)
Biztos felvállalná	88 (49,4)
Talán felvállalná	58 (32,6)
Nem vállalná fel	9 (5,1)
Nem gondolkodott még ezen	23 (12,9)

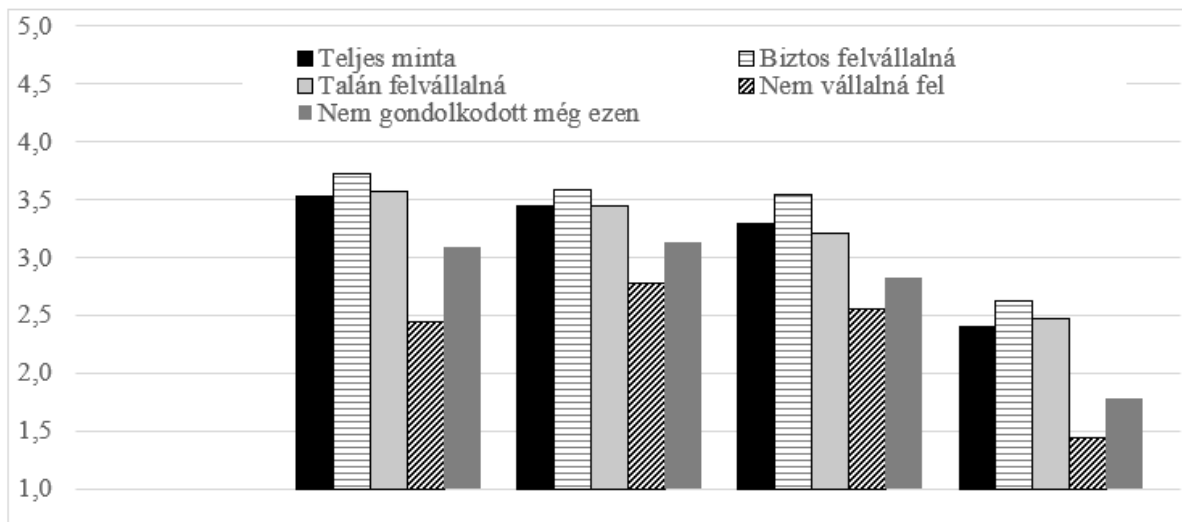
Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok az életvégi megbeszéléssel kapcsolatos attitűdök, ismeretek és vélemények terén szignifikánsan különböztek a feladatot fel nem vállalók csoportjától az előző kérdésekre adott válaszaikat tekintve:

- kevésbé érezték kényelmetlennek halálról, haldoklásról beszélni a betegekkel (átlagok: 2,43 vs. 4,00; $p < 0,001$);
- kevésbé értettek egyet azzal, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben (átlagok: 3,01 vs. 3,89; $p = 0,006$);
- az életvégi kérdések megbeszélésének tényezői (összinte tájékoztatás, megosztott döntéshozatal, hozzátartozók bevonása, életvégi ellátás megbeszélése) közül többet minősítettek nagyon fontosnak (átlagok: 2,80 vs. 1,44; $p < 0,001$).

Az életvégi kérdések megbeszélésével kapcsolatos ismereteiket, készségeiket és felkészültségüket ötfokozatú skálán értékelték a válaszadók (5 = teljes mértékben rendelkeznek az adott ismerettel/készséggel, 1 = egyáltalán nem). (3. ábra) Az életvégi megbeszélésére a vizsgálatban résztvevő családorvosok összességében közepesen felkészültnek érezték magukat (átlag: 3,5). A felkészültség dimenziói közül az életvégi kérdések nyílt és empatikus megbeszéléséhez szükséges kommunikációs ismereteiket és készségeiket értékelték a legmagasabbra (átlag: 3,4), ezt követték a betegek életvégi önrendelkezési jogaival kapcsolatos ismeretek (átlag: 3,3). A betegek életvégi önrendelkezésének gyakorlati megvalósulását segítő tájékozottságukat (pl. kitöltendő dokumentumok, ügymenet) értékelték a legalacsonyabbra

(átlag: 2,4). Az életvégi megbeszélést biztosan felvállaló családorvosok felkészültebbnek érezték magukat az életvégi kérdések megbeszélésére, szignifikánsan jobbnak ítélték az ehhez szükséges kommunikációs készségeiket és tájékozottabbnak tartották magukat az életvégi betegjogokról és a praktikus teendőkről. (3. ábra)

3. ábra: Ismeretek, készségek, felkészültség (percepció) – feladatvállalási szándék szerint



	Felkészültség életvégi megbeszélésre	Kommunikációs ismeretek, készségek	Tájékozottság betegek önrendelkezési jogairól	Praktikus ismeretek
Teljes minta Átlag [95% CI] Szórás	3,5 [3,4-3,7] 0,88	3,4 [3,3-3,6] 0,88	3,3 [3,1-3,4] 0,95	2,4 [2,2-2,6] 1,03
Felvállalná-e, hogy megbeszéli a betegeivel...				
Biztosan felvállalná Átlag [95% CI] Szórás	3,7 [3,5-3,9] 0,79	3,6 [3,4-3,8] 0,87	3,5 [3,3-3,7] 0,91	2,6 [2,4-2,8] 1,01
Talán felvállalná Átlag [95% CI] Szórás	3,6 [3,4-3,7] 0,73	3,4 [3,3-3,6] 0,68	3,2 [3,0-3,4] 0,79	2,5 [2,2-2,7] 1,03
Nem vállalná fel Átlag [95% CI] Szórás	2,4 [1,7-3,2] 1,24	2,8 [2,0-3,5] 1,30	2,6 [1,6-3,4] 1,24	1,4 [1,1-1,9] 0,53
Nem gondolkodott még ezen Átlag [95% CI] Szórás	3,1 [2,6-3,4] 0,99	3,1 [2,6-3,5] 1,01	2,8 [2,4-3,2] 1,01	1,8 [1,4-2,1] 0,85
Válaszadók száma	177	177	177	176
ANOVA teszt (p)	<0,001	0,014	<0,001	<0,001

CI: Konfidencia intervallum

Megbeszélés

Az orvosi terápiákkal kapcsolatos döntések hagyományos paradigmája a beteg „objektív legjobb érdekét” tartotta szem előtt és a kezelésekről az egészségügyi tudással rendelkező orvosok döntöttek. (Kussinszky, Stánicz, 2022) A 20. század végétől viszont a betegek autonómiája került előtérbe: megfelelő tájékoztatást követően a beteg maga tudja megítélni, hogy a szóba jöhető kezelések számára elfogadhatóak-e, ezért a döntés a beteg kezébe került. (Hancock, Clayton, Parker et al, 2007; Sallnow, Smith, Ahmedzai et al, 2022) Ez az életvégi terápiákkal kapcsolatos döntésekre is érvényes. Vizsgálatunkban a családorvosok egyetértettek azzal, hogy a betegeknek joguk van döntéseket hozni a kezelésükkel kapcsolatban és az orvosoknak kötelességük a beteg döntéseinek megfelelően eljárni. Az életvégi kérdések megbeszélése azonban a legnehezebb orvosi kommunikációs helyzetek közé tartozik, és a halállal, haldoklással kapcsolatos diszkomfort érzés az életvégi megbeszélések elmaradását eredményezheti. (Pozsgai, Csikós, 2022; Csikós, 2016; Gaal, 2018) Egy amerikai felmérésben az alapellátó orvosok 97%-a állította, hogy számukra nem okoz diszkomfort érzést az életvégi témák megbeszélése, Belgiumban viszont egy fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatban a kevesebb tapasztalattal rendelkező és a kevésbé képzett családorvosok kényelmetlennek minősítették ezeket a konzultációkat. (Shaheen, Salama, Ammar et al, 2022; De Vleminck, Pardon, Beernaert et al, 2014) Kutatásunkban a magyar családorvosok közepesen kényelmetlennek tartották a halálról, haldoklásról való beszélgetést és közepes mértékben értettek egyet azzal, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben. 2010-ben egy magyar és amerikai családorvosok körében készült összehasonlító vizsgálatban a magyar családorvosoknak több mint a fele úgy gondolta, hogy a terminális betegség prognózisának megbeszélése gyakran kelti a reménytelenség érzését a betegekben, míg az amerikai családorvosoknak több mint fele úgy vélte, hogy ez csak ritkán van így. (Csikos, Mastrojohn, Albanese et al, 2010) A kanadai alapellátó orvosok véleménye megegyezik az amerikai kollegáikéval. (Howard et al., 2018) A magyar családorvosok tehát a nemzetközi eredményekhez viszonyítva nagyobb arányban osztják ezt a nézetet, amiben közrejátszhat a hazai családorvosok ismeretszintje. Szakirodalmi adatok szerint az alacsonyabb ismeretszint összefügg az életvégi kérdésekhez kapcsolódó negatívabb attitűdökkel. (Shaheen, Salama, Ammar et al, 2022)

Az egyes országok eltérőek abban, hogy családorvosok milyen mértékben tekintik saját feladatuknak az életvégi megbeszélést. Egy ausztrál vizsgálatban valamennyi megkérdezett családorvos, Hollandiában több mint 90%-uk saját felelősségének is tartotta, hogy beszéljen a betegeivel és a hozzátartozóikkal az életvégi ellátásról. (Ding, Saunders, Cook et al, 2019;

Engel, van der Ark, van Zuylen et al, 2020) A családorvosok feladatvállalását kanadai kutatások is alátámasztják. (Howard, Bernard, Klein, et al, 2018) Vizsgálatunkban hasonlóan magas arányban tartották saját feladatuknak a családorvosok az életvégi megbeszélést: több mint 90%-uk szerint a családorvos, és emellett a képzett segítők és a hozzátartozók feladata az életvégi kívánalmakról beszélni a beteggel. Az életvégi megbeszélések megvalósulásának és az életvégi döntések meghozatalának előfeltétele az őszinte tájékoztatás. A már hivatkozott 2010-es magyar-amerikai vizsgálatban az amerikai családorvosok 77%-a arról számolt be, hogy mindig tájékoztatja a pácienseit a terminális betegségről, míg a magyar családorvosoknak csak a 9%-a. (Csikos, Mastrojohn, Albanese et al, 2010)

Vizsgálatunkban a magyar családorvosok szinte kivétel nélkül fontosnak tartották az őszinte tájékoztatást gyógyíthatatlan betegség esetén is. Kutatásunk eredményei közelebb állnak az amerikai adatokhoz, mint a magyar előzményekhez. Ennek egyik oka az lehet, hogy az eltelt idő alatt a beteg-tájékoztatás a nyitottság irányába változott, a másik pedig, hogy kutatásunkban a fontosságot vizsgáltuk és nem a tényleges gyakorlatot. Ugyancsak szinte kivétel nélkül fontosnak tartották vizsgálatunkban a családorvosok azt, hogy bevonják a betegeiket a kezelési döntésekbe. A tájékoztatás és a megosztott döntéshozatal a magyar betegek számára is fontos: egy 2019-es felmérés szerint a családorvosokkal való elégedettség két legfontosabb tényezője a tájékoztatás és a döntésekbe való bevonás. (Juhász, Hetesi és Buzás, 2019) A megosztott döntéshozatal körébe tartozik a hozzátartozók bevonása is, ami az életvégi ellátásban hangsúlyosan jelenik meg, mivel leggyakrabban ők a betegek elsődleges gondozói. Kutatásunkban tíz magyar családorvosból kilenc fontosnak tartotta a hozzátartozók bevonását, ami összhangban áll a nemzetközi ajánlásokkal. (Rietjens, Sudore, Connolly, et al, 2017; Frechman, Dietrich, Walden et al, 2020) Bár a vizsgálatunkban résztvevő családorvosok egyöntetűen saját feladatuknak is tartották, saját praxisukban csak a megkérdezettek fele vállalná fel biztosan a betegek életvégi kívánalmainak felmérését és dokumentálását. Nemzetközi viszonylatban ez mérsékelt feladatvállalási szándéknak tekinthető. Egy 2022-ben publikált felmérés szerint például a holland családorvosok 76%-96%-a beszél a pácienseivel az életvégi ellátással kapcsolatos kívánalmaikról, ha a beteg prognózisa várhatóan egy év, illetve három hónap. (Engel, van der Ark, van Zuylen et al, 2020)

Külföldi kutatások igazolták, hogy a feladatvállalási szándék szoros összefüggést mutat az életvégi megbeszéléshöz szükséges ismeretekkel és készségekkel. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018; Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017) Vizsgálatunk szerint a magyar családorvosok az életvégi kérdések megbeszélésére közepesen felkészültnek érzik magukat, ismereteiket és készségeiket közepesnek minősítették. A már idézett kanadai felmérésben a

családorvosok közel fele e készségeit közepesnek, több mint egyharmaduk viszont az átlagosnál jobbnak tartotta, legjobbnak a kommunikációs kompetenciáikat, leggyengébbnek pedig a jogi ismereteiket ítélték. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018) Hasonló eredményekre jutott egy a svájci családorvosi kutatás is az életvégi kommunikációs és jogi ismeretek vonatkozásában. (Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017) Vizsgálatunk eredményei részben egybeesnek a nemzetközi adatokkal: a magyar családorvosok is a kommunikációs készségeiket ítélték a legjobbnak, leggyengébbnek viszont a praktikus ismereteiket. A felkészültség, az ismeretek és a feladatvállalási szándék összefüggését viszont a saját kutatásunk is megerősítette: az életvégi kívánalmak felmérését biztosan felvállaló családorvosok felkészültebbnek érezték magukat erre a feladatra és valamennyi vizsgált dimenzióban jobbnak ítélték az ehhez szükséges készségeiket és ismereteiket.

Nemzetközi kutatási eredmények szerint a következő lépésekkel támogatható hatékonyan a családorvosok feladatvállalása az életvégi megbeszélésben: (1) alapellátási szemléletű, családorvos-specifikus képzések biztosítása, (2) az életvégi megbeszélések multidiszciplináris együttműködésben történő megvalósítása képzett segítők bevonásával, (3) e konzultációk finanszírozása az alapellátásban. (Howard, Bernard, Klein et al, 2018; Giezendanner, Jung, Banderet et al, 2017; Palmer, Jacobson és Enguidanos, 2021)

IRODALOM

- BENYÓ G., LUKÁCS M., MIKLÓS, BUSA Cs., MANGEL L., CSIKÓS Á. (2017): A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magyar Onkológia* 61 (3):292-299.
- BUSA Cs. (2021): Ellátás előzetes tervezése családorvosi praxisban (előadás). *Kötelező szinten tartó tanfolyam, Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézet, Pécs, 2021. május 14.*
- BUSA Cs. (2023). Az ellátás előzetes tervezése (advance care planning) és alkalmazási lehetőségei Magyarországon. *PhD értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola*
- BUSA Cs., ZELLER J., CSIKÓS Á. (2018): Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. *Kharón Thanatológiai Szemle, XXII* (2):9–26.
- CSIKOS A., ALBANESE T., BUSA, C., NAGY, L., RADWANY, S. (2008): Hungarians'

- Perspectives on End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* 11 (8):1083-1087.
- CSIKOS, A., MASTROJOHN, J., ALBANESE, T., MOELLER, J. R., RADWANY, S., BUSA, C. (2010): Physicians' Beliefs and Attitudes About End-of-Life Care: A Comparison of Selected Regions in Hungary and the United States. *Journal of Pain and Symptom Management* 39 (1): 76-87.
- CSIKÓS D. (2016): Az életvégi igények érvényesülésének elősegítése az orvos-beteg kommunikációban. *Kharón Thanatológiai Szemle* XX (3):1-19.
- DE VLEMINCK, A., PARDON, K., BEERNAERT, K., DESCHEPPER, R., HOUTTEKIER, D., VAN AUDENHOVE, C., DELIENS, L., VANDER STICHELE, R. (2014): Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: A focus group study on general practitioners' views and experiences. *PLoS ONE* 9 (1):e84905.
- DING, J., SAUNDERS, C., COOK, A., JOHNSON, C. E. (2019): End-of-life care in rural general practice: How best to support commitment and meet challenges? *BMC Palliative Care* 18 (1):1-10.
- ENGEL, M., VAN DER ARK, A., VAN ZUYLEN, L., VAN DER HEIDE, A. (2020): Physicians' perspectives on estimating and communicating prognosis in palliative care: a cross-sectional survey. *BJGP Open* 4 (4):1-11.
- FRECHMAN, E., DIETRICH, M. S., WALDEN, R. L., MAXWELL, C. A. (2020): Exploring the Uptake of Advance Care Planning in Older Adults: An Integrative Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 60 (6):1208-1222.e59.
- GAAL I. (2018): Orvos-beteg kapcsolat. A Magyar Hospice Alapítvány kommunikációs programja. *Kharón Thanatológiai Szemle* XXII (2):20-33.
- GIEZENDANNER, S., JUNG, C., BANDERET, H. R., OTTE, I. C., GUDAT, H., HALLER, D. M., ELGER, B. S., ZEMP, E., BALLY, K. (2017): General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. *PLoS ONE* 12 (2):1-18.
- HANKCOCK, K., CLAYTON, J. M., PARKER, S. M., WALDER, S., BUTOW, P. N., CARRICK, S., CURROW, D., GHERSI, D., GLARE, P., HAGERTY, R., TATTERSALL, M. H. N. (2007): Discrepant Perceptions About End-of-Life Communication: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 34 (2):190-200.
- HEGEDŰS K., FARKAS A., LUKÁCS M. (2022): Hospice betegellátás 2020. *Kharón Thanatológiai Szemle* XXVI (2):45-54.
- HOWARD, M., BERNARD, C., KLEIN, D., ELSTON, D., TAN, A., SLAVEN, M., BARWICH, D., YOU, J. J., HEYLAND, D. K. (2018): Barriers to and enablers of advance care planning

- with patients in primary care Survey of health care providers. *Canadian Family Physician* 64:e190-8.
- JUHÁSZ Z., HETESI E., BUZÁS N. (2019): A betegelégedettséget befolyásoló tényezők és a lojalitás vizsgálata a háziorvosi ellátásban. *Marketing & Menedzsment* 53 (3):17–31.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2022): Halálozások kiemelt halálokok szerint. <https://www.ksh.hu/ffi/1-17.html>. Elérés: 2024. január 2.
- KUSSINSZKY A., STÁNICZ P. (2022): Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. In: FILÓ MIHÁLY (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 133-144.
- PALMER, M. K., JACOBSON, M., ENGUIDANOS, S. (2021): Advance Care Planning for Medicare Beneficiaries Increased Substantially, but Prevalence Remained Low. *Health Affairs* 40 (4):613-621.
- POZSGAI É., CSIKÓS Á. (2022): Rossz hír és prognózis közlése. In: CSIKÓS ÁGNES (szerk.): *Palliatív ellátás*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 474-481.
- RÁCZ K., SZENTE SZ., BABONITS-FARKAS K. R., HEGEDŰS K. (2019): A háziorvosok és a lakosság ismeretei a hospice-palliatív ellátásról a szentendrei kistérségben. *Onkológia & Hematológia* (5):35-38.
- RIETJENS, J. A. C., SUDORE, R. L., CONNOLLY, M., VAN DELDEN, J. J., DRICKAMER, M. A., DROGER, M., VAN DER HEIDE, A., HEYLAND, D. K., HOUTTEKIER, D., JANSSEN, D. J. A., ORSI, L., PAYNE, S., SEYMOUR, J., JOX, R. J., KORFAGE, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology* 18 (9):e543-e551.
- ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (2019): Advance care planning. In *RACGP Aged Care Clinical Guide (Silver Book)* (5th edition). <https://www.racgp.org.au/getattachment/3e548b29-64c1-4ce1-b93f-213c796bdc3f/Advance-care-planning.aspx>. Elérés: 2024. január 3.
- SALLNOW, L., SMITH, R., AHMEDZAI, S. H., BHADLIA, A., CHAMBERLAIN, C., CONG, Y., DOBLE, B., DULLIE, L., DURIE, R., FINKELSTEIN, E. A., GUGLANI, S., HODSON, M., HUSEBØ, B. S., KELLEHEAR, A., KITZINGER, C., MARIE KNAUL, F., MURRAY, S. A., NEUBERGER, J., RAJAGOPAL, M. R., WYATT, K. (2022): The Lancet Commissions Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet* (399):837-884.
- SHAHEEN, H. E. M., SALAMA, A., AMMAR, S. A., MOHASSEB, M. (2022): Predictors of poor knowledge, attitude, and practice among primary care physicians toward end-of-life care.

Menoufia Medical Journal 35 (2):516-521.

THOMAS, K., WATSON, M., ARMSTRONG, J., GSF TEAM (2022): The Gold Standards Framework - Proactive Identification Guidance (PIG).

<http://www.goldstandardsframework.org.uk>. Elérés: 2024. január 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020): The top 10 causes of death.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Elérés: 2024. január 3.

ZWAKMAN, M., JABBARIAN, L. J., VAN DELDEN, J. J. M., VAN DER HEIDE, A., KORFAGE, I. J., POLLOCK, K., RIETJENS, J. A. C., SEYMOUR, J., KARS, M. C. (2018): Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative Medicine* 32 (8):1305-1321.

28/2022. (VIII. 25.) BM Rendelet A szakorvosképzés átalakításához kapcsolódó egyes miniszteri rendeletek módosításáról

Dr. Busa Csilla PhD

szociológus, kutató, az egészségtudományok doktora
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudomány Kar, Alapellátási Intézet,
Hospice-Palliatív Tanszék
csillabusa@gmail.com

Dr. Fortuna János

családorvos, PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola
bmwmerciaa@gmail.com

Dr. Frank Nóra

családorvos, egyetemi oktató, PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudomány Kar, Alapellátási Intézet
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola
drfranknora@gmail.com

Levelező szerző: **Dr. Fortuna János**
dr.fortunajanos24@gmail.com)

Melléklet

Attitűd-állítások

Mit gondol a következő állításokról? Értékeljen 1-től 5-ig: az 5-ös jelentse, hogy teljes mértékben egyetért, az 1-es pedig, hogy egyáltalán nem ért egyet.

Kezelési döntések: a beteg joga, az orvos kötelessége

Válaszlehetőségek Állítások	Egyáltalán nem ért egyet				Teljes mértékben egyetért
A betegnek joga van ahhoz, hogy döntéseket hozzon a kezelésével kapcsolatban.	1	2	3	4	5
Az orvos kötelessége, hogy a beteg döntéseinek megfelelően járjon el.	1	2	3	4	5

Diszkomfort érzés, reménytelenség érzése

Válaszlehetőségek Állítások	Egyáltalán nem ért egyet				Teljes mértékben egyetért
Az Ön számára kényelmetlen a halálról, haldoklásról beszélni.	1	2	3	4	5
A terminális betegség prognózisának megbeszélése a reménytelenség érzését kelti a betegben.	1	2	3	4	5