

Az utolsó órában vagyunk – Az integrált palliatív ellátás konceptuális problémái, külföldön működő modelljei, és megvalósításának kérdései Magyarországon

Szy Ágnes, Lund University, Svédország

Jelen tanulmány az aktuális egészség-gazdaságtani számadatokat áttekintve egy új lehetőségeket nyújtó onkológiai ellátási modellt, az integrált támogató ellátást mutatja be, ami a várhatóan jelentős költségcsökkenés mellett a betegellátást és a betegelégedettséget is pozitívan befolyásolná.

The present study proposes a model in cancer treatment offering new possibilities, called the integrated supportive care that could prospectively result not only in decrease of healthcare costs but also more efficient patient care and higher patient satisfaction.

BEVEZETÉS

Magyarország korfája [1] egy erősen öregedő társadalmat mutat. Számos előrejelzés szerint 2050-re a 65 éven felüliek aránya a teljes populációban drasztikusan megnő, ennél azonban a 80 éven felüliek száma még meredekebben fog emelkedni [2, 3]. Az időskori krónikus betegségek tehát meglehetősen nagy arányban jelennek majd meg az egészségügyi ellátórendszerben, és emelkedik majd azon krónikus betegeknek száma, akiknek humánus és professzionális életvégi ellátásáról gondoskodni kell. Magyarországon a második vezető halálokként a daganatos megbetegedések jelölhetők meg, ami nagyban érinti a 60 év feletti korosztályt, de egyre inkább a fiatalabb populációt is [4]. Ez a tendencia több sürgető tényre hívja fel a figyelmünket: (1) az onkológiai ellátás, a megnövekedő ellátási szükséglet miatt, jelentős újrastukturálásra szorul annak érdekében, hogy költséghatékony, professzionális és betegbarát ellátást tudjon nyújtani; (2) többlépcsős összevont onkológiai-palliatív ellátás bevezetése szükséges annak érdekében, hogy biztosítható legyen az összehangolt, mátrix alapú orvosi ellátás, és rövidüljenek a betegutak; (3) elengedhetetlen a palliatív szakorvos és szakdolgozó képzés akkreditációs folyamatának tervezése; (4) és a közösségi támogató háló bevezetése.

Jelen cikk a továbbiakban a fentebb felsorolt négy pontot kívánja körbejárni egy olyan lehetséges modell segítségével, amely a merít már működő külföldi mintákból, valamint ötvöz olyan elemeket, amelyek a mai palliatív ellátás szemléletrendszerében egy újfajta nézőpontot képviselnek Magyarországon. A modellre épülve néhány releváns költség- és napidíj mutatót is elemzünk, ezzel is alátámasztva a struktúraváltás szükségességét.

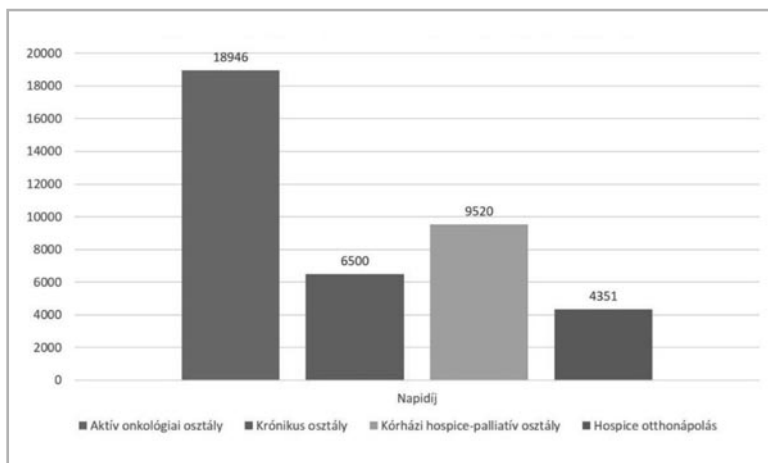
A magyar palliatív ellátás néhány fontos szakmai és társadalmi nehézsége

A WHO egy 2013-ban megjelent jelentése [5] szerint a palliatív ellátásnak kontinuumot kell képeznie az aktív onkológiai ellátással, és igénybevételére minden embernek joga van, és lehetősége kell, hogy legyen. A kontinuum ellátás és az ellátás igénybevételének lehetősége azonban hazánkban számos problémába ütközik.

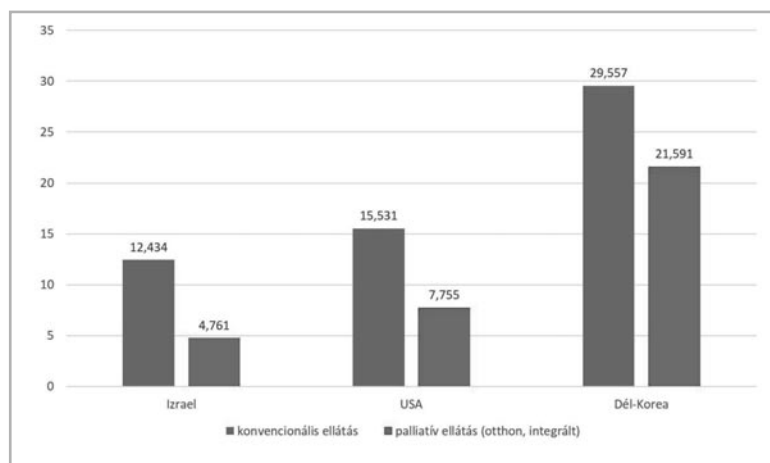
Elsősorban fontos áttekintenünk, hogy a WHO ajánlása szerint [6] 1 millió főre 100 palliatív ágyak kell jutnia, ami Magyarországot tekintve hozzávetőlegesen 1000 ágyat jelentene. Jelenleg azonban összesen 200 palliatív ágy áll rendelkezésre, ami azt jelenti, hogy számos palliációra szoruló beteg elhelyezésére nincs lehetőség, illetve rendkívül hosszú a várakozási idő.

A másik nehézség a palliáció elrendelésének kérdése. Otthoni szakápolás elrendelésére a családorvos jogosult, míg otthoni hospice ellátás szakorvosi javaslatra történhet [7, 8]. Nehézségekre ütközhet a hospice ellátás igénybevétele, mert sok orvos ismeretei ma is hiányosak erről az ellátási formáról, illetve megfigyelhető egyfajta opiophobia is [9]. Problémát jelenthet a halál témájának társadalmi tabuként kezelése, amely nehéz helyzetbe hozhatja az orvost, amikor a beteggel és a családdal való kommunikációban a palliatív-hospice ellátás elrendelésének megbeszélésére kerül sor. Emellett visszatartó erőként jelenhet meg, hogy a szakorvos számára gyakran nagy lelki megterhelést jelent a palliatív-terminális állapot kimondása, hiszen az aktív terápiát folytató szakorvos segítséget igényelhet annak feldolgozásában, hogy gyógyító kompetenciái végére ért. Ez a kérdés prolongálhatja a már szükségletenné vált kuratív kezeléseket, ami jelentős egészségügyi plusz kiadást jelent. A kiadások gyors áttekintéséhez az első táblázat nyújt segítséget összehasonlítva a különböző ellátási formák napidíjait.

A kuratív szakorvos és a családorvos által esetlegesen megélt félelmeket és kompetenciavesztési érzést nagyban csökkentheti a palliatív szakorvos jelenléte. A palliatív szakorvos jelen tanulmányban nem palliatív ellátásban tapasztalatot szerzett egyéb szakirányban képzett szakorvost jelent, hanem egy olyan szakorvost, aki kifejezetten az életvégi állapotok (onkológiai, geriátriai, COPD stb.) kezelésére, menedzselésére, és a szükséges és elégséges kezelési formák kiválasztására és kivitelezésére specializálódott. Jelenleg ilyen irányú szakirányú orvosképzés Magyarországon még nem, de az Egyesült Királyságban már elérhető [10]. Bár a palliatív szakorvos képzés jelentős beruházást jelentene, hosszú távon megtérüléssel járna, hiszen egy multidiszciplináris team mun-



1. táblázat
Ellátási napidíjak a különböző ellátási formákban (HUF)



2. táblázat
Konvencionális és palliatív ellátás költsége terminális szakaszban USD-ban

kában a palliáció elrendelését és az adekvát kezelések meghatározását egy erre kiképzett szakorvos végezné, ennek következtében várhatóan drasztikusan csökkennének a szükségtelen kuratív gyógyszerelések és egyéb kezelések, és a nem palliációs szakember munkaóra, vagy egyes orvostechnikai eszközök igénybevétele.

A FINANSZÍROZÁS PROBLÉMÁI

Bár a palliatív ellátásnak van egységes, a WHO által megfogalmazott definíciója, a gyakorlatban az ellátás tartalma országonként változó lehet. Ennek ellenére látható, hogy az aktív ellátáshoz képest szignifikánsan olcsóbb [11]. A 2. táblázatban látható különbségek mindegyike statisztikailag szignifikáns.

A táblázatból jól látható, hogy a szükségtelen aktív onkológiai ellátás hatalmas többletköltséget ró az egészségügyi ellátórendszerre. Emellett jelentős pszichológiai és fizikai terhet jelent a beteg számára, míg a terminális szakaszban a minőségi palliatív-hospice ellátás javítja az életminőséget, és ezáltal akár az élettartamot is.

Magyarországon azonban rendkívül nehéz helyzetben van a hospice ellátás. 2013-ban 94.770 új daganatos beteg regisztráltak [12], míg a daganatos betegségből adódó halálozások száma 2014-ben 32.748 fő volt [13]. Sajnos a szakmai tapasztalat azt mutatja, hogy a diagnosztizált betegek nagy százaléka II. vagy III. klinikai stádium besorolást kap, amely nagyban megnöveli a palliatív ellátás igénybevételenek esélyét. Azonban a terminális és palliatív ellátásra szorulóknak száma csak becsülhető a palliatív-terminális állapot elrendelésének nehézségei miatt, amelynek okait a fentiekben már röviden áttekintettük. Azt biztosan kijelenthetjük, hogy az hospice-palliatív ágyak száma nem elégséges, és emellett nagyon fontos kiemelni a finanszírozási nehézségeket is. A 3. táblázat [14] informatív adatokkal szolgál az otthoni hospice ellátás során felmerülő költségekről, és két lényeges tényezőt emel ki.

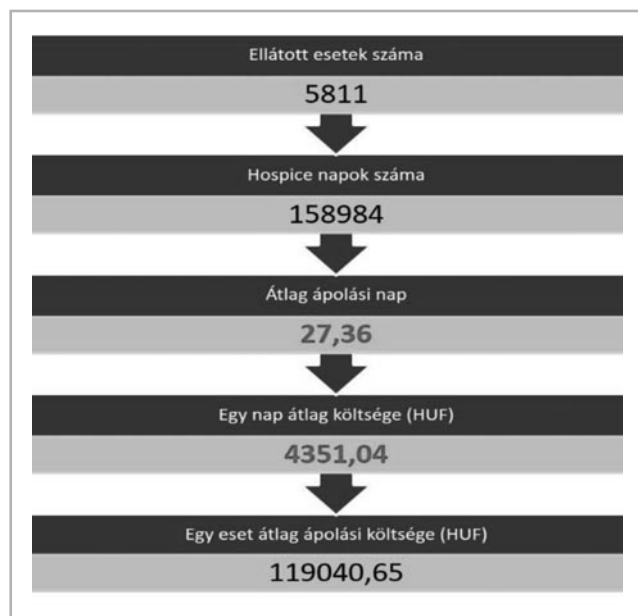
Az egyik az átlag ápolási napok száma (27,36), ami első ránézésre talán nem ítéhető kevésnek, azonban érdemes tudnunk, hogy az OEP-től 150 napnyi finanszírozott hospice ellátás igényelhető. Ez azt jelenti, hogy nagyon gyakran a betegek az utolsó pár napra kerülnek hospice gondozásba,

amely igen megnehezíti, csaknem lehetetlenné teszi a megfelelő fájdalomcsillapítás beállítását, a család és a beteg pszichológiai felkészítését, a beteg megfelelő orvosi és szakdolgozói ellátását. Ez az adat sok tényezővel magyarázható: 1) a hospice-palliatív ellátásról Magyarországon élő negatív kép, 2) a nem megfelelő időben és/vagy módon hospice-palliatív ellátásba küldött beteg, 3) illetve akár az a lehetőség is, amelyben az egyébként palliatív stádiumban lévő beteg aktív ellátásban marad megfelelő tájékoztatás vagy férőhely híján, 4) vagy teljes mértékben ellátáson kívül tölti élete utolsó időszakát. Míg a szükségtelen aktív ellátás óriási többletköltséget ró az egészségügyre, a teljesen ellátás nélküli maradt betegek problémája súlyos etikai, társadalmi és gazdasági kérdéseket feszeget.

A 3. táblázat másik fontos adata az egy átlagos napi ellátási költsége, ami 4351 Ft az 1997. évi LXXXIII. törvény. 37. § (4) bekezdése alapján. Ennek az összegnek az OEP mindössze 40-70 százalékát téríti, a napi költség nem térített része, illetve a többletköltségek SZJA 1%-ból, önkéntes munkából, adománygyűjtésből származik. Ebből az összegből a teljesség igénye nélkül finanszírozandók a következők: orvos, szakdolgozó, gyógytornász, pszichológus, dietetikus, koordinátor, hitéleti gondozó, egyéb felmerülő speciális költségek. A felsorolás jól érzékelteti a hospice-palliatív ellátás elégtelen finanszírozottságát, annak ellenére, hogy egy öregedő társadalomban a krónikus betegségek számának növekedésével rendkívül fontos szerepet töltenek, tölthetnének be.

AZ INTEGRÁLT TÁMOGATÓ ELLÁTÁS (SUPPORTIVE CARE) EGY LEHETSÉGES MODELLJE

A fentebb felvázolt külön működő ellátásokhoz képest az integrált támogató ellátás egy team munka alapú, mátrix

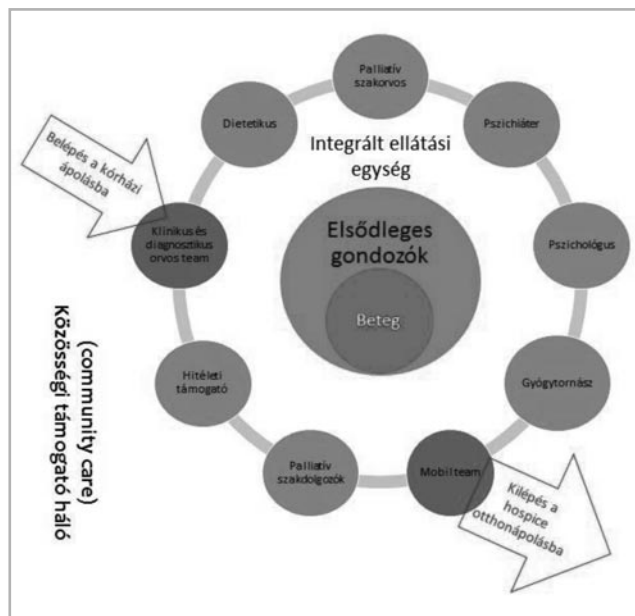


3. táblázat
Átlag ellátási napok és azok pénzbeli kifejezői otthoni hospice ellátás során

kórház rendszerre épülő modell, amely a beteget az aktív ellátásból a rehabilitációba, illetve a gyógyulásig, vagy az aktív ellátásból a palliatív, majd a hospice ellátás felé kanalizálja (lásd 1. ábra).

Az integrált támogató ellátás tehát egy olyan lehetséges ellátási modell, amelyben az ellátásba került beteg betegség alakulásához mérten több úton haladhat. Akár preventív szűrővizsgálatot, háziorvosi javaslatot, vagy más szakorvosi javaslatot követően kerül támogató ellátásba, először a team diagnosztikus és klinikus részével találkozik, akik a beteggel kapcsolatos ismereteket a team többi tagjával ismeretik. Ettől a lépéstől kezdve a támogató ellátást adó szakemberek együtt dolgoznak a beteggel és a családjával, és folyamatosan igazítják az egészségügyi ellátást a beteg szükségleteihez. Ez három fontos dolgot jelent: 1) a beteg kevesebb ellátási helyszínen kontinuuus ellátásban részesül, ami kifejezetten rövidebb betegutat jelent; 2) a teamben a felelősség és a munkateher adekvátabb módon oszlik el; 3) könnyebb a pszichológiai és a medikális átmenet a palliatív ellátás felé. Az ellátás megvalósulhat kórházi benttartózkodás, járóbeteg szakellátás, otthoni szakápolás, vagy ezek kombinációi segítségével. A kilépés az otthonápolásba a mobil team segítségével valósul meg.

A támogató ellátás névválasztás nem véletlen. Egyrészt, az ellátás két fő irányról szól, amelyben az egyik a beteg tünetmentességig/gyógyulásig való segítése és utánkövetése, a másik pedig a méltó életvégi ellátás biztosítása. Tehát az integrált támogató ellátás nem csak az életvégi ellátásról szól, hanem a beteget és a családját segítő, gazdaságilag is hatékony rendszer kiépítéséről, amelyben a betegellátást biztosító team egyesített szakmai protokoll szerint, könnyebb szakmai kommunikációval, és hatékonyabban tud dolgozni, ami azt eredményezi, hogy a beteg és a családjá



1. ábra
Az integrált támogató ellátás egy lehetséges modellje

valóban támogatva érzik magukat. Ezzel feltehetően növekszik a beteg együttműködési hajlandósága, és javul a betegellátást biztosító team és a beteg/család közötti kommunikáció.

Ez az integrált, mátrix alapú ellátás az 1. ábrán láthatóan szervesen ráépül a közösségi támogató hálózatra (community care) [15]. A krónikus betegellátás – így az onkológiai ellátás is – társadalmi probléma, amelynek hatása és nagysága hatékonyabban működő közösségek által csökkenthető. A közösségi támogató háló tehát a felvázolt modellben egy olyan közösségi működésmód, amely fontos-

nak tartja, és él a preventív vizsgálatok lehetőségével, és saját felelősségének tartja az egészségmegőrzést. Ezt a működésmódot népegészségügyi programokkal tanítani és támogatni kell, mert hosszú távon igazi egészség-gazdaságtani költségcsökkenés akkor várható, ha az egyén felelősséget vállal a saját egészségéért, ezért igyekszik legjobb tudása szerint tenni, és ezt a működést a közösség más tagjainál is támogatni. Az integrált támogató ellátás rendkívül alkalmas az ilyen népegészségügyi célokkal való együttműködésre, ez a forma magában foglalja a beteg biopszicho-szociális rehabilitációját is.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Központi Statisztikai Hivatal: Magyarország korfája nemek és életkor szerint, <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html> (Megtekintve: 2015.09. 2.)
- [2] Eurostat: Population structure and aging, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#Population_structure (Megtekintve: 2015.06. 15.)
- [3] Társasági-UniCredit: Európai társadalmi jelentés, 2008, 1-130.
- [4] Molnár T. M., Barna K.: Demográfiai jellemzők Magyarországon és az Európai Unióban, különös tekintettel a daganatos megbetegedések okozta halálózásra, Statisztikai Szemle, 90. évf., 6. szám, 2012, 544-558.
- [5] World Health Organization: Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course, 2013, 1-6.
- [6] Hegedűs K., Lukács M., Schaffer J., Csikós Á.: A hazai hospice és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei, Orvosi Hetilap, 155. évf., 38. szám, 2014, 1504-1509.
- [7] Schaffer J.: Otthoni szakápolás és hospice ellátás az azonosságok és különbségek fényében, http://epa.oszk.hu/02000/02002/00031/pdf/2009-1_schaffer-otthoni.pdf (Megtekintve: 2015.06. 05.)
- [8] Országos Egészségbiztosítási Pénztár: http://www.oep.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszegugyi_ellatasok/otthoni_szakapolas_hospice (Megtekintve: 2015.06.12.)
- [9] Hegedűs K., Lukács M., Schaffer J., Csikós Á.: A hazai hospice és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei, Orvosi Hetilap, 155. évf., 38. szám, 2014, 1504-1509.
- [10] Joint Royal Colleges of Physicians Training Board: Specialty training curriculum for palliative medicine, http://www.gmc-uk.org/Palliative_curriculum_220410_V0.13.pdf_32485351.pdf (Megtekintve: 2015.09.02.)
- [11] Hodgson, C.: Cost-effectiveness in palliative care: a review of the literature, 2012, <http://www.hpcintegration.ca/media/36290/TWF-Economics-report-Eng-final-webmar7.pdf> (Megtekintve: 2015.06.01.)
- [12] Nemzeti Rákregiszter: <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (Megtekintve: 2015.08.02.)
- [13] Központi Statisztikai Hivatal: Halálózások a leggyakoribb halállokok szerint (1990-), http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html (Megtekintve: 2015. 08.03.)
- [14] Laczkovszki M.: Hospice és palliatív ellátás finanszírozása Magyarországon. Postgraduális szakdolgozat, BCE Gazdálkodástudományi Kar, 2014.
- [15] Kellehear, A.: Compassionate cities, Routledge, 2005.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Szy Ágnes jelenleg a svédországi Lund University-n tanul és kutat. Fő kutatási területei az onkopszichológia, neuropszichológia, és az „age &

aging”. A szerző emellett az ELTE Nyelvpedagógia Doktori Iskolájának doktorjelöltje, ahol kutatása szintén a daganatos betegségek hatásmechanizmusait kívánja feltérképezni.