

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

- 1727/2021. (X. 12.) Korm. határozat a Szent Imre Kórház konyhaépületének felújításáról 1880
- 1734/2021. (X. 14.) Korm. határozat az Állami Egészségügyi Tartalék raktárkapacitásának fejlesztésével összefüggő egyes intézkedésekről 1881
- 1735/2021. (X. 14.) Korm. határozat a 2021. évre vonatkozó szezonális influenza elleni oltóanyag beszerzéséhez szükséges többletforrás biztosításáról 1883

III. RÉSZ Miniszterelnöki, emberi erőforrás és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

- 34/2021. (X. 11.) KKM rendelet a védettségi igazolások kölcsönös elfogadásának megállapításáról szóló 7/2021. (IV. 29.) KKM rendelet Indiai Köztársasággal összefüggő módosításáról 1884
- 44/2021. (X. 19.) EMMI rendelet a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet módosításáról 1885

- 45/2021. (X. 19.) EMMI rendelet az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet módosításáról 1886

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről 1887
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az onkopszichológiai ellátásról 1955
- Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet közleménye orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezet feljogosításáról 2008

VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ Vegyes közlemények

- Pályázati hirdetmény betölthető állásokra 2009

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

A Kormány 1727/2021. (X. 12.) Korm. határozata a Szent Imre Kórház konyhaépületének felújításáról

A Kormány az Egészséges Budapest Program végrehajtásával kapcsolatos 2017. évi forrásigény biztosításáról szóló 1425/2017. (VI. 29.) Korm. határozatban foglaltak végrehajtása érdekében

1. egyetért a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház konyhaépülete felújításának (a továbbiakban: Felújítás) megvalósításával az ingatlan-nyilvántartás szerinti Budapest belterület 3519/10 helyrajzi számú ingatlanon, azzal, hogy a Felújítás keretében létrejövő vagyonelemek a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház vagyonelemekébe kerüljenek;
2. a Felújítás megvalósítása érdekében a Beruházási Ügynökség által vállalható kötelezettségek felső korlátjáról szóló 1776/2018. (XII. 21.) Korm. határozat 1. pontja szerinti kötelezettségvállalási keret terhére a Beruházási Ügynökség által vállalható kötelezettség összegét 1 671 140 795 forintban határozza meg;
3. az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény 33. § (1) bekezdésében biztosított jogkörében eljárva, a Magyarország 2021. évi központi költségvetéséről szóló 2020. évi XC. törvény 1. melléklet XLVII. Gazdaság-újraindítási Alap fejezet, 3. Gazdaság-újraindítási Alap – Kiemelt Kormányzati Magasépítési Beruházások cím, 1. Egyedi magasépítési beruházások alcímet a 60. Szent Imre Egyetemi Oktatókórház konyhaépülete felújításának megvalósítása jogcímcsoporttal egészíti ki;

Felelős: pénzügyminiszter

Határidő: azonnal

4. felhívja a pénzügyminisztert, hogy a nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli miniszter kezdeményezése alapján gondoskodjon a 2. pont szerinti összeg 2021. évi részének finanszírozása érdekében 327 539 493 forint forrás rendelkezésre állásáról a 3. pont szerinti előirányzaton;

Felelős: pénzügyminiszter

nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli miniszter

Határidő: a felmerülés ütemében

5. felhívja a nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli minisztert, hogy a pénzügyminiszter bevonásával gondoskodjon a 2. pont szerinti összeg 2022. évi részének rendelkezésre állásáról a Magyarország 2022. évi központi költségvetéséről szóló 2021. évi XC. törvény 1. melléklet XLVII. Gazdaság-újraindítási Alap fejezet, 3. Gazdaság-újraindítási Alap – Kiemelt Kormányzati Magasépítési Beruházások címen belül.

Felelős: nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli miniszter

pénzügyminiszter

Határidő: a felmerülés ütemében

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

A Kormány 1734/2021. (X. 14.) Korm. határozata az Állami Egészségügyi Tartalék raktárkapacitásának fejlesztésével összefüggő egyes intézkedésekről

A Kormány az Állami Egészségügyi Tartalék eszköz- és normakészletének megújítása, valamint elhelyezésének biztosítása érdekében

1. felhívja az emberi erőforrások miniszterét, hogy határozza meg az eszköz- és normakészletek megújításával járó költségigényeket, és tegyen javaslatot az ahhoz szükséges forrás biztosítására;
Felelős: emberi erőforrások minisztere
Határidő: 2021. október 31.
2. egyetért azzal, hogy az Országos Ipari Park Konceptió keretében
 - a) a NIPÜF Nemzeti Ipari Park Üzemeltető és Fejlesztő Zártkörűen Működő Részvénytársaság (cégjegyzékszám: 01-10-048710) (a továbbiakban: Társaság) 100%-os tulajdonában lévő, ipari, kereskedelmi céllal létrehozott gazdasági társaságok (a továbbiakban: NIPÜF Csoport) útján, a NIPÜF Csoport kaposvári ipari parkjának a területén egy új építésű, minimum 7000 m² alapterületű, állami egészségügyi tartalék célú területi raktár létesüljön,
 - b) a Társaság 100%-os tulajdonában lévő gazdasági társaságok útján Pátyon, új építésű csarnokban központi raktárbázis jöjjön létre,
 - c) a NIPÜF Csoport tulajdonában lévő regionális ipari parkokban létrehozandó raktárbázisok bérleti konstrukciója megvalósításra kerüljön;
3. felhívja a nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli minisztert, hogy a Társaság útján kezdjen tárgyalásokat Debrecen Megyei Jogú Város képviselőjével egy debreceni raktárbázis számára alkalmas földterület megvásárlásáról;
Felelős: nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli miniszter
Határidő: azonnal
4. az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény 36. § (4c) bekezdés a) pontjában biztosított jogkörében eljárva jóváhagyja, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság
 - a) a 2022. évben legfeljebb 775 000 000 forint összegben,
 - b) a 2023. évben legfeljebb 1 582 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - c) a 2024. évben legfeljebb 1 615 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - d) a 2025. évben legfeljebb 1 648 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - e) a 2026. évben legfeljebb 1 683 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - f) a 2027. évben legfeljebb 1 718 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - g) a 2028. évben legfeljebb 1 754 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - h) a 2029. évben legfeljebb 1 791 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - i) a 2030. évben legfeljebb 1 829 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - j) a 2031. évben legfeljebb 1 867 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - k) a 2032. évben legfeljebb 1 906 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - l) a 2033. évben legfeljebb 1 946 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - m) a 2034. évben legfeljebb 1 987 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - n) a 2035. évben legfeljebb 2 028 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - o) a 2036. évben legfeljebb 2 070 000 000 forint keretösszeg erejéig,
 - p) a 2037. évben legfeljebb 1 057 000 000 forint keretösszeg erejéigvállaljon éven túli kötelezettséget a 2. pontban meghatározott célra;
Felelős: emberi erőforrások minisztere
belügyminiszter
nemzeti vagyon kezeléséért felelős tárca nélküli miniszter
Határidő: azonnal
5. felhívja a pénzügyminisztert, hogy a 4. pont a) alpontjában meghatározott 2022. évi 775 000 000 forint összegű kötelezettségvállalás fedezetét biztosítsa a Magyarország 2022. évi központi költségvetéséről szóló 2021. évi XC. törvény 1. melléklet XX. Emberi Erőforrások Minisztériuma fejezet, 10. Gyógyító-megelőző ellátás szakintézeteki cím, 1. Országos Kórházi Főigazgatóság alcím, 9. Egyéb működési kiadások kiemelt jogcímcsoport javára;
Felelős: pénzügyminiszter
Határidő: 2022. június 30.

6. felhívja a pénzügyminisztert, hogy a 2023. év és a 2037. év közötti időszakban a 4. pontban meghatározott évenkénti kötelezettségvállalás fedezetét biztosítsa az Országos Kórházi Főigazgatóság számára.

Felelős: pénzügyminiszter
emberi erőforrások minisztere
belügyminiszter

Határidő: az adott évre vonatkozó központi költségvetés tervezésekor

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

**A Kormány 1735/2021. (X. 14.) Korm. határozata
a 2021. évre vonatkozó szezonális influenza elleni oltóanyag beszerzéséhez szükséges többletforrás
biztosításáról**

A Kormány

1. egyetért a 2021. évi szezonális influenza elleni védőoltás, továbbá a Nemzeti Immunizációs Program működtetéséhez szükséges oltóanyagok beszerzéséhez szükséges többletforrás biztosításával;
2. felhívja a pénzügyminisztert, hogy – az emberi erőforrások minisztere bevonásával – gondoskodjon az 1. pont szerinti beszerzés megvalósulásának érdekében a 2020–2022. évekre vonatkozó oltóanyag-beszerzésekről szóló 1540/2019. (IX. 25.) Korm. határozat 3. pont b) alpontjában foglalt forráson felül 172 215 090 forint többletforrás biztosításáról a Magyarország 2021. évi központi költségvetéséről szóló 2020. évi XC. törvény 1. melléklet XX. Emberi Erőforrások Minisztérium fejezet, 16. Nemzeti Népegészségügyi Központ cím javára.

Felelős: pénzügyminiszter
emberi erőforrások minisztere

Határidő: azonnal

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

III. RÉSZ

Miniszterelnöki, emberi erőforrás és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

A külgazdasági és külügyminiszter 34/2021. (X. 11.) KKM rendelete a védettségi igazolások kölcsönös elfogadásának megállapításáról szóló 7/2021. (IV. 29.) KKM rendelet Indiai Köztársasággal összefüggő módosításáról

A járványügyi készültségi időszak utazási korlátozásairól szóló 408/2020. (VIII. 30.) Korm. rendelet 19. § (4) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 94/2018. (V. 22.) Korm. rendelet 138. § 2. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 94/2018. (V. 22.) Korm. rendelet 40. § (1) bekezdés 5. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró belügyminiszterrel egyetértésben – a következőket rendelem el:

- 1. §** A védettségi igazolások kölcsönös elfogadásának megállapításáról szóló 7/2021. (IV. 29.) KKM rendelet 1. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:
- „1. § A járványügyi készültségi időszak utazási korlátozásairól szóló 408/2020. (VIII. 30.) Korm. rendelet 1. § (3) bekezdés e) pontja szerinti, a védettségi igazolások kölcsönös elfogadásáról szóló kétoldalú megállapodást kötött ország:
1. Albán Köztársaság,
 2. Bahreini Királyság,
 3. Ciprusi Köztársaság,
 4. Cseh Köztársaság,
 5. Észak-macedón Köztársaság,
 6. Georgia,
 7. Horvát Köztársaság,
 8. Indiai Köztársaság,
 9. Kazah Köztársaság,
 10. Marokkói Királyság,
 11. Moldovai Köztársaság,
 12. Mongólia,
 13. Montenegrói Köztársaság,
 14. San Marino Köztársaság,
 15. Szerb Köztársaság,
 16. Szlovák Köztársaság,
 17. Szlovén Köztársaság,
 18. Török Köztársaság,
 19. Ukrajna,
 20. Üzbég Köztársaság,
 21. Zöld-foki Köztársaság.”
- 2. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő napon lép hatályba.

Szijjártó Péter s. k.,
külgazdasági és külügyminiszter

**Az emberi erőforrások minisztere 44/2021. (X. 19.) EMMI rendelete
a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet
módosításáról**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés zs) pontjában kapott felhatalmazás alapján – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 94/2018. (V. 22.) Korm. rendelet 92. § (1) bekezdés 3. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a következőket rendelem el:

- 1. §** A közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet 5. § (7) bekezdésében az „1. és a 2. alkalmassági csoport esetében is” szövegrész helyébe az „1. alkalmassági csoport esetében” szöveg lép.
- 2. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő 30. napon lép hatályba.

Dr. Kásler Miklós s. k.,
emberi erőforrások minisztere

Az emberi erőforrások minisztere 45/2021. (X. 19.) EMMI rendelete az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet módosításáról

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 32. § (5) bekezdés x) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 94/2018. (V. 22.) Korm. rendelet 92. § (1) bekezdés 3. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

- 1. §** Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet (a továbbiakban: R.) 1. melléklete az 1. melléklet szerint módosul.
- 2. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő 3. napon lép hatályba.
- 3. §** E rendelet tervezetének a műszaki szabályokkal és az információs társadalom szolgáltatásaira vonatkozó szabályokkal kapcsolatos információszolgáltatási eljárás megállapításáról szóló, 2015. szeptember 9-i (EU) 2015/1535 európai parlamenti és tanácsi irányelv 5–7. cikke szerinti előzetes bejelentése megtörtént.

Dr. Kásler Miklós s. k.,
emberi erőforrások minisztere

1. melléklet a 45/2021. (X. 19.) EMMI rendelethez

1. Az R. 1. melléklet 5.1. pontjában foglalt táblázat a következő 326–330. sorral egészül ki:

	<i>A</i>	<i>B</i>
1.	<i>Hivatalos elnevezés (illetve más név vagy rövidítés, illetve külföldön gyakran használt más írásmód)</i>	<i>Kémiai név</i>
326.	protonitazene	N,N-diethyl-5-nitro-2-[(4-propoxyphenyl)methyl]-1H-benzimidazole-1-ethanamine
327.	4Br-MAR	5-(4-bromophenyl)-4-methyl-4,5-dihydro-1,3-oxazol-2-amine
328.	4Cl-MAR	5-(4-chlorophenyl)-4-methyl-4,5-dihydro-1,3-oxazol-2-amine
329.	2C-T-21	2-[4-(2-fluoroethylsulfanyl)-2,5-dimethoxy-phenyl]ethanamine
330.	5-chloro-alpha MT	1-(5-chloro-1H-indol-3-yl)propan-2-amine

2. Hatályát veszti az R. 1. melléklet 5.1. pontjában foglalt táblázat 109. és 310. sora.

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről

Típusa:	Egészségügyi Szakmai Irányelv
Azonosító:	002102
Érvényesség időtartama:	2024. november 15.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Geriátria és krónikus ellátás Tagozat

Dr. Zöllei Magdolna, belgyógyász, geriáter, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Bakó Gyula, belgyógyász, endokrinológus, geriáter, társszerző

Dr. Ádám Ildikó, belgyógyász, geriáter, diabetológus, társszerző

Dr. Blaskovich Erzsébet belgyógyász, kardiológus, geriáter, társszerző

Dr. habil. Lelbach Ádám, belgyógyász, gasztroenterológus, geriáter, hipertónológus, társszerző

Dr. Molnár Andrea, PhD dietetikus, egészségügyi szaktanár, társszerző

Dr. habil. Pétervári Erika, általános orvos, társszerző

Prof. Dr. Székács Béla, belgyógyász, nefrológus, geriáter, hipertónológus, társszerző

Prof. Dr. Tóth Miklós, patológus, belgyógyász, klinikai endokrinológus, klinikai farmakológus, klinikai onkológus, társszerző

Dr. Zékány Zita, belgyógyász, geriáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok)

1. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozat

Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, obezitológus, lipidológus, hipertónológus, reumatológia és a fizioterápia szakorvosa, elnök, véleményező

2. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT)
2. Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság (MEAT)
3. Magyar Dietikusok Országos Szövetsége (MDOSZ)

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	A 65 évnél idősebb, egynél több krónikus betegséggel rendelkező (multimorbid idős) betegek ellátása
Ellátási folyamat szakaszai:	diagnosztika, kezelés, gondozás
Érintett ellátottak köre	A 65 évnél idősebb, egynél több krónikus betegséggel rendelkező betegek
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	0100 belgyógyászat 1200 klinikai onkológia 0101 angiológia, phlebológia, lymphológia 4000 kardiológia 1015 nefrológia 0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia 0900 neurológia 1400 reumatológia 1800 pszichiátria 5000 orvosi laboratóriumi diagnosztika 5100 röntgendiagnosztika 6301 háziorvosi ellátás 7600 dietetika
Ellátási forma:	A1 alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, -szakrendelés J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás D1 diagnosztika F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint, országos
Egyéb specifikáció:	Nincs.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Decubitus: A decubitus (nyomási fekély) helyi szöveti elhalás, a bőr és a bőr alatti szövet lokális sérülése. A bőrkárosodás fő okai a nyomás, a nyíróerő, a súrlódás vagy ezek kombinációja. A nyomással szembeni kompenzációs képesség egyénileg változó.

Delírium: Zavartság, a figyelem, a tudat energetikai és a megismerő működéseinek agyi bántalom következtében hevenyen kialakuló zavara.

Demencia: A demencia az értelmi képességek hanyatlásával jellemzett tünetcsoport, oki háttere multifaktoriális.

Diabetes mellitus (cukorbetegség, cukorbetegség): Olyan anyagcsere-betegség, amelynek központjában a szénhidrát-anyagcsere zavara áll, de a kórfolyamat következményesen érinti a zsír- és a fehérje-anyagcserét is.

Esendőség szindróma (frailty): Az esendőség szindróma fokozott vulnabilitással járó állapot, amelyben a szervezet homeosztatisz rezerv kapacitása, regenerációs képessége kimerül, így egyetlen minor stresszhatás a vártnál nagyobb mértékű, gyors és progresszív egészségromláshoz vezethet. Előfordulása és súlyossága az életkor előrehaladtával nő, nőknél körülbelül kétszer gyakoribb. A 65 év feletti populációban a szűrőtesztől függően 4–60% között változik, 2060-ra várhatóan a 28%-át fogja érinteni Európában [1].

Geriátria: Az orvostudománynak az a szakága, mely az idős betegek fizikai, mentális, funkcionális és szociális állapotával foglalkozik akut, krónikus, rehabilitációs, prevenció és az élet végén szükséges gondozás-ápolás vonatkozásaiban.

Geriátriai beteg: Az a 65 évesnél idősebb, több betegségben szenvedő beteg, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, gondozni és törődni kell az erre az életkorra jellemző betegségekkel.

Krónikus Coronaria Szindróma (CCS): Az akut tünetekkel nem járó, de vérellátási zavart okozó coronaria elváltozások összessége [2]. Gyűjtőfogalom, melybe a tünetmentes kiszűrt betegből a stabil anginán át a vazospasmus vagy microvascularis hátterű szívpanaszok, a coronaria-eredetű szívelégtelenség, a revascularisáltak egy éven belül és azon túli symptomás és asymptomás csoportjai tartoznak.

Malnutrició: Az energia, a fehérje vagy egyéb tápanyag elégtelen bevitelének káros következménye, amely kedvezőtlen hatást fejt ki a test alakjára, méretére, testösszetételére és funkciójára, valamint a klinikai kimenetelre [3–9]. Az ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) 2017-ben alcsoportokra bontotta a kóros tápláltsági állapotokat azok fenotípusai alapján, egy-egy ilyen alcsoportot képez a szarkopénia és az esendőség szindróma is [4].

Idős, multimorbid betegeknél a malnutrició, a szarkopénia és az esendőségi szindróma (utolsó kettő a geriátriai szindróma) következményeként kialakult kóros állapotok (pl. alacsony testtömeg/izomtömeg, megváltozott izom/zsír arány, hormonális változások, gyulladást fokozó citokinek növekedése) kedvezőtlen hatást gyakorolnak a morbiditásra/komorbiditásra, a mortalitásra, a regenerációra, a gyógyszerek farmakokinetikájára (abszorpció, disztribúció, metabolizmus, exkréció), növelik a kórházi tartózkodás hosszát/költségeit, valamint rontják az életminőséget [3–15].

Multimorbiditás: A multimorbiditás meghatározására két definíciót alkalmazhatunk. Mindkettő elfogadott. 1. Két vagy több tartós/krónikus betegség együttes jelenléte ugyanabban a betegben, vagy 2. Egy krónikus betegség együttes jelenléte egy másik (nem krónikus) betegséggel, vagy pszichoszociális tényezővel, vagy szomatikus rizikótényezővel.

Osteoporosis: A WHO meghatározása szerint az osteoporosis a vázrendszer progresszív szisztémás megbetegedése, amit alacsony csonttömeg a csontszövet mikroszerkezetének rosszabbodása jellemez, a csontok törési kockázatának következményes fokozódásával.

Pitvarfibrilláció: A pulmonalis vénák környékéről kiinduló, majd a pitvarokra terjedő, önfenntartásra törekvő arrhythmia.

Szarkopénia: A szarkopénia idős korban egy progresszív és generalizált vázizom rendellenesség, amelyet kórosan alacsony izomtömeg, izomerő vagy/és izomfunkció vesztes jellemez [9, 10].

Szívelégtelenség: Olyan komplex klinikai tünetegyüttes, amelyet strukturális és/vagy funkcionális diszfunkció okoz. Lehet akut, mely sürgős beavatkozás nélkül halálhoz vezet, vagy krónikus, mely hozzáértő gondozást igényel. Az akut szívelégtelenség a szív rapid funkcióromlása miatt kialakuló, szöveti hipoperfúzióval, emelkedett pulmonális kapilláris éknyomással, szöveti pangással járó, gyorsan progrediáló keringési elégtelenség.

2. Rövidítések

AC:	anticoagulálás
ADA:	American Diabetes Association – Amerikai Diabetes Társaság
ADL:	activities of daily living – a mindennapos tevékenységek (kérdőíve)
AGS:	American Geriatrics Society – Amerikai Geriátriai Társaság
AHA:	American Heart Association – Amerikai Szív Egyesület
ARB:	angiotensin receptor blocker – angiotenzin receptor blokkoló
ASCO:	American Society of Clinical Oncology – Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság
BMD:	bone mineral density – csont (ásványi anyag) sűrűség
BMI:	body mass index – testtömegindex
CARG:	Cancer and Aging Research Group – Rák és öregedés kutatócsoport
CCI:	Charlson Comorbidity Index – Charlson comorbidity index
CCS:	chronic coronary syndrome – krónikus koronária szindróma
CDI:	Clostridium difficile infekció
CGA:	comprehensive geriatric assessment – átfogó geriátriai értékelés
COPD:	chronic obstructive pulmonary disease – krónikus obstruktív tüdőbetegség
CRASH:	chemotherapy risk assessment scale for high-age patients – az idős beteg kemoterápiás kockázatának felmérését célzó kérdőív
CRP:	C-reactive protein – C-reaktív fehérje
DM:	diabetes mellitus – cukorbetegség
DOAC:	direct oral anticoagulant – direkt orális anticoaguláns
DBI:	drug burden index – gyógyszerterhelési index
DEXA:	dual-energy X-ray absorptiometry – kettős energiájú röntgensugár abszorpciometria
EAS:	European Atherosclerosis Society – Európai Atherosclerosis Társaság
EASD:	European Association for the Study of Diabetes – Európai Diabetes Társaság
EBM:	evidence based medicine – bizonyítékokon alapuló orvoslás
ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group – Keleti együttműködő Onkológiai Csoport
ESC:	European Society of Cardiology – Európai Kardiológus Társaság
ESPEN:	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – Európai Klinikai Táplálási és Anyagcsere Társaság
EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel – Európai Decubitus (Nyomásfekély) Tanácsadó Testület
FIFE:	frailty index for elders – idősek esendőségi indexe
FRAX:	fracture risk assessment tool – csonttörési kockázatbecslő eszköz
FSH:	folliculus stimuláló hormon
GDS:	geriatric depression scale – geriátriai depresszióskála
HEN:	home enteral nutrition – otthoni szondatáplálás
HFpEF:	heart failure with preserved ejection fraction – megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFmrEF:	heart failure with middle range ejection fraction – közepes ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFREF:	heart failure with reduced ejection fraction – csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFA:	Heart Failure Association – Szívelégtelenség Társaság
HIV:	human immunodeficiency virus – humán immundeficiencia-vírus
IADL:	instrumental activities of daily living – mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználat (kérdőíve)
IAGG:	International Association of Gerontology and Geriatrics – Nemzetközi Geriátriai és Gerontológiai Társaság
IBD:	inflammatory bowel diseases – gyulladásos bélbetegségek
ICT:	information and communications technology – infokommunikációs technológiák
IV:	intravenous – intavénás
LH:	luteinizing hormone – luteinizáló hormon
MCI:	mild cognitive impairment – enyhe kognitív zavar
MMSE:	mini mental state examination – mini mentális állapotot vizsgálat teszt
MNA:	mini nutritional assessment – mini tápláltsági állapotot felmérő kérdőív
MUST:	malnutrition universal screening tool – malnutrició rizikójának univerzális szűrőeszköze
PF:	pitvarfibrilláció

PG-SGA:	patient-generated subjective global assessment – beteg által generált szubjektív, globális felmérés
RANK:	receptor activator of nuclear factor kappa-B – nukleáris faktor kappa-B-receptor-aktivátor
SARC-F:	simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia – gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére
SCI:	subjective cognitive impairment – szubjektív kognitív károsodás
SrCr:	serum creatinine – szérum kreatinin
SHBG:	sexual hormon binding globulin – nemi hormon kötőfehérje
TAVI:	transcatheter aortic valve implantation – transzkatóteres aortabilentyű-implantáció
TSH:	thyroid stimulating hormone – thyreoideastimuláló hormon
TUG:	timed up and go – időzített felállás és elindulás teszt
VAD:	ventricular assist device – kamrapumpa, kamrai keringéstámogató eszköz
WBC:	white blood cell – fehérvérsejtszám

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjének meghatározása az ADA (Amerikai Diabetes Társaság) évek óta használt, lényegében változatlan rendszerén alapul [16].

A	Egyértelmű, általánosítható bizonyíték randomizált kontrollált, jól tervezett és vezetett, megfelelő statisztikai erővel rendelkező klinikai tanulmányokból, mint pl. – multicentrikus tanulmányból származó bizonyíték, – metaanalízisből származó bizonyíték, amely magába foglalja a tanulmányok minősítését is. Támogató jellegű bizonyítékok kellően kivitelezett, randomizált, kontrollált, megfelelő statisztikai erővel rendelkező vizsgálatokból, pl. – kellően kivitelezett, egy vagy több intézetben végzett vizsgálatból származó bizonyíték, – metaanalízisből származó bizonyíték, amely magába foglalja a tanulmányok minősítését is.
B	Támogató jellegű bizonyíték kellően kivitelezett kohorsz-tanulmányokból, mint pl. – kellően kivitelezett, prospektív jellegű vizsgálatból vagy regiszterből származó bizonyíték – kellően kivitelezett, metaanalízisből vagy kohorsz-vizsgálatokból származó bizonyíték. Támogató jellegű bizonyíték kellően kivitelezett esetkontroll-tanulmányokból.
C	Támogató bizonyíték gyengén kivitelezett vagy kontroll nélküli tanulmányokból, mint pl. – bizonyíték randomizált klinikai tanulmányokból, amelyek esetében egy vagy több nagyobb, illetve három vagy több kisebb módszertani gyengeségből adódóan az eredmények megbízhatósága kétséges – bizonyíték obszervációs jellegű vizsgálatból, ahol a befolyásolás lehetősége nagy (pl. történelmi kontrollt használó esetkontroll-vizsgálatok) – bizonyíték esetközlésből vagy néhány esetet felölelő tanulmányból. Az ajánlást támogató bizonyíték ellentmondásos.
D	Szakértői konszenzus vagy klinikai tapasztalat.

4. Ajánlások rangsorolása

A fenti meghatározott bizonyítékok szintje szerint határoztuk meg az ajánlások besorolását [16].

Szint	Ajánlások
A	Az ajánlás A szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban általános a szakmai egyetértés. A terápia vagy beavatkozás hatékony, hatásos, előnyös, ezért az javasolt.
B	Az ajánlás B szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban kisebb a szakmai egyetértés. A terápia vagy beavatkozás előnyét, hatékonyságát kevesebb bizonyíték támasztja alá. A terápia vagy beavatkozás adható, alkalmazható.

Szint	Ajánlások
C	Az ajánlás C szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban a szakmai egyetértés nem teljesen egyöntetű. A terápia vagy beavatkozás előnyét, hatékonyságát szerény bizonyíték támasztja alá. A terápia vagy beavatkozás szóba jön, mérlegelhető.
E	Csak szakértői állásfoglalás (expert opinion), klinikai tapasztalat áll rendelkezésre. A terápia, beavatkozás szóba jön. Az aktuális gyakorlat a későbbiekben változhat az újabb bizonyítékok fényében.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A kor előrehaladásával növekszik az állandósult betegségek száma [17]. Az idős betegeknek hozzávetőlegesen a fele három, vagy több idült társbetegségben szenved és e betegek ellátása, a gyógyító-gondozó megközelítése kiemelt, csapdákkal tarkított orvosi és szakdolgozói, illetve ellátórendszeri feladat [18–22].

A „sikeresen” – normálisan öregedőkhez (nincs, vagy csak egy betegségük van) képest a két, vagy több betegségben szenvedő multimorbid személyek [23] jelentős funkcionális hanyatlást [24, 25], rosszabb életminőséget [26, 27] mutatnak, az egészségügyi ellátórendszert jóval gyakrabban terhelik, [28, 29] és szignifikánsan nagyobb a mortalitásuk [30, 31].

A frissen diagnosztizált rákos esetek 60%-át, a daganatos mortalitás 70%-át 65 évnél idősebb betegeken észleljük. Az idősök standard daganatterápiája nem megoldott, nem ismertek a fokozott toxicitás okai, a beteg és az orvos által preferált eljárások. Hasonló korú betegek esetén is nagy eltérések lehetnek a kezelés agresszivitásának elviselése szempontjából. Az ismert komorbiditások, a „frailty” megnyilvánulásai (testtömegvesztés, kimerülés, immobilitás, fizikai aktivitás hiánya) nagyban behatárolják a kemoterápia tolerálhatóságát.

A szarkopénia következményeként fokozódhat az esendőségi szindróma kockázata (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok fejezetben 1. ábra), elesések és a törések előfordulási gyakorisága, növekedhet a morbiditás, mortalitás és meghosszabbodhat a kórházban töltött napok száma, csökkenhet az életminőség és az önálló életvitelre való alkalmasság [4, 5, 9, 10, 15, 32–36]. A szarkopénia prevalenciája 30% a 65 év felettiéknél, és 50% a 80 év felettiéknél [10]. Faktorok, melyek hozzájárulnak a szarkopénia kialakulásához idős, multimorbid betegeknél: komorbiditás, krónikus gyulladások, motoneuronok atrófiája, csökkent fehérjebevitel, gyógyszereléssel összefüggő anorexia, immobilitás [5, 34].

Egy régebbi, öt éves időszakot felölelő hazai vizsgálat szerint Magyarországon évente és 100 000 lakosonként átlagosan 343 csípőtáji, 1579 alkar és 342 proximalis humerus törés alakul ki. A kórházi felvételt igénylő csigolyatörések száma 45/100 000/év [37].

A szívelégtelenség az idős kor leggyakrabban halálhoz vezető kórállapota [38]. A kardiológia nagyarányú fejlődése ellenére a szívelégtelenség 5 éves mortalitása 50% körüli, rosszabb, mint számos malignus daganaté. 65 év felett az akut szívelégtelenség a hospitalizáció legfőbb oka.

A pitvarfibrilláció a 70 év feletti életkorú, többnyire számos társbetegségben szenvedő betegek 10-15%-át érintő leggyakoribb ritmuszavar, mely az ischaemias stroke éves előfordulásának (40-50 ezer beteg/év) a 20%-ért felelős: ez Magyarországon 6500-8500 agyi történés miatti rokkantságot jelent évente [39].

A hazai NEAK-adatbázis-elemzésben a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő 60 év feletti aránya 2011-ben a teljes lakosság hasonló életkori tartományának 20%-át tette ki, ami azt jelenti, hogy ebben az életkorban minden ötödik felnőtt egyén ismert módon 2-es típusú diabetesben szenved [40]. Hypertoniás, hyperuricaemiás, lipidanyagcsere-eltéréssel rendelkező elhízott, idős betegnél gondolni kell a még nem diagnosztizált cukorbetegsége.

A demencia prevalenciája a jelenleg elérhető külföldi és hazai lakossági felmérések egybehangzó eredményei szerint: 65 év felett 5-10%, 75 év felett 15-20%, 80 év felett eléri a 40%-ot [41]. Jellemzője az emlékezet jelentős mértékű hanyatlása, magatartászavar (elvonatott gondolkodás, célirányos mozgás megtervezése, morális-etikai ítélőképesség zavar) és a társas érintkezés zavara. A mindennapi önellátást negatívan befolyásolja.

Az idős, multimorbid geriátriai betegnél a decubitus kialakulásának kockázata magas. Különösen az idős, esendőségi szindrómában szenvedő lakosság körében általában 18,1% (EPUAP 2007), a kórházi prevalencia 8-14%, incidenciája 3-5% [42–47].

Az idősek esendőségére élesen világít rá a 2019–2020-ban zajló koronavírus világméretű járvány, mely mindenki számára nyilvánvalóvá tette az idős emberek esendőségét, a fertőzöttek közötti 15%-os mortalitási rátát, melyet az életkor mellett a comorbiditások jelenléte magyaráz.

2. Felhasználói célcsoport

Az időskorú, (> 65 év) egynél több krónikus betegséggel rendelkező betegekkel foglalkozó egészségügyi szolgáltatók, akik az idősek betegségeinek szűrésével, diagnosztizálásával, kezelésével, gondozásával és megelőzésével foglalkoznak, optimális esetben geriáter szakvizsgával rendelkező specialisták. Célja, hogy segítséget nyújtson a krónikus betegségekkel sújtott idős betegek ellátásában kompetens szakembereknek.

Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Barnett N, Barnett-Cormack S, Botsford J, Chew-Graham C, Clegg A, Guthrie B, et al. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: Clinical Assessment and Management. [NG56] 2016 https://www.nice.org.uk/guidance/ng56 – 2021. 04. 14.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. American Geriatrics Society Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. J Am Geriatr Soc. 2019; 67(4): 665-673. Letölthető: Pubmed – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30663782/ – 2021. 04. 14.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, Correa-de-Araujo R, Daniel M, Epplin J, et al. American Geriatrics Society Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(10): e1-e25. Letölthető: Pubmed – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22994865/ – 2021. 04. 14.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clinical Nutrition. 2018; 37(1): 336-353. https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guidelines_on_nutritional_support_for_polymorbid_internal_medicine_patients.pdf
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019; 38(1): 10-47. Szabadon letölthető: Clinical Nutrition folyóirat honlapjáról; ESPEN honlapjáról https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(18)30210-3/fulltext – 2021. 04. 14.

<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Gabrovec B, Antoniadou E, Soleymani D, Targowski T, Kadalska E, López Samaniego L, et al.</p> <p>Working Group of the European Commission project 'Joint Action on Frailty Prevention - JA ADVANTAGE'; Work Package 6 - Management of Frailty at Individual Level, Work Package Leader: NIJZ (National Institute of Public Health, Health Care Center, Ljubljana, Slovenia)</p> <p>European Guide for Management of Frailty at Individual Level Including Recommendations and Roadmap. 2019.</p> <p>https://advantageja.eu/images/D6.2_EuropeanGuide_Management.pdf – 2021. 04. 16.</p>
<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY.</p> <p>Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF).</p> <p>European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women.</p> <p>Osteoporos Int 2019;30(1):3-44.</p> <p>Szabadon letölthető: Pubmed - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30324412/ – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al.</p> <p>US Preventive Services Task Force,</p> <p>Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.</p> <p>JAMA 2018;319(24):2521-31.</p> <p>https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685995 – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al.</p> <p>European Society of Cardiology (ESC)</p> <p>2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.</p> <p>Eur Heart J 2016;37(27):2129-2200.</p> <p>Letölthető: Pubmed – https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921 – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al.</p> <p>European Society of Cardiology (ESC), European Association for Cardio Thoracic Surgery (EACTS)</p> <p>2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS.</p> <p>Eur Heart J 2016;37(38):2893-2962.</p> <p>Szabadon letölthető: Pubmed – https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964 – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k):</p> <p>Tudományos szervezet:</p> <p>Cím:</p> <p>Megjelenés adatai:</p> <p>Elérhetőség:</p>	<p>Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al.</p> <p>European Society of Cardiology (ESC), European Society of Hypertension (ESH)</p> <p>2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.</p> <p>Eur Heart J 2018;39(33):3021-104.</p> <p>Szabadon letölthető: Pubmed – https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119 – 2021. 04. 14.</p>

<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. European Society of Cardiology (ESC), European Atherosclerosis Society (EAS) 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020;41(1):111-88. Szabadon letölthető: Pubmed – https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353 – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burmán KD, Cappola AR, Celi FS, et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. Thyroid 2014;24(12):1670-751. Letölthető: Pubmed – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266247/ – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016;26(10):1343-421. Letölthető: Pubmed – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521067/ – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (CG91). 2009. http://guidance.nice.org.uk/CG91 – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. American Society of Clinical Oncology (ASCO) Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol 2018;36(22):2326-47. Letölthető: Pubmed – https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29782209/ – 2021. 04. 14.</p>
<p>Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ; European Society of Clinical Microbiology and Infection European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for Clostridium difficile infection. Clin Microbiol Infect. 2014; 20(Suppl 2): 1-26. Szabadon letölthető: PubMed https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198743X(14)60002-1/fulltext – 2021. 04. 14.</p>
<p>Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:</p>	<p>European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP/NPIAP/PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide 2019. https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf – 2021. 04. 14.</p>

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek) kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	002029
Cím:	A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2020 EüK 12 2020; 70 (12): 1759-1856.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/ Accessed August 25. 2020. – 2021. 04. 14.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE**A multimorbid betegek diagnosztikai és terápiás lehetőségeinek komplex szemléletű felmérése, értékelése, alkalmazása speciális orvosi megközelítést igényelnek.****Ajánlás1****Többbrétű, speciális orvosi megközelítést igényelnek a multimorbid betegek. (A)**

A NICE 2016 [48] kritériumok alapján „közös sajátosságok” és többbrétű speciális orvosi megközelítés igénye jellemzik az alábbi multimorbid betegeket [22]:

- akik fizikai és mentális állapotukat egyaránt markánsan rontó, egy időben érvényesülő idült kórfolyamatokban szenvednek,
- akik kórfolyamataik és állapot hanyatlásuk miatt is sok támadáspont alkalmazásával túlgógyszereltek (polypharmacy),
- akik már igen nehéznek találják mindennapos önellátásukat, kezelési feladataik végrehajtását,
- akik emiatt kényszerűen már eleve gondozásban és támogatásban részesülnek különböző szolgáltatások részéről és további segítséget is igényel állapotuk,
- akik gyakran kényszerülnek váratlan, kritikus romlások miatt kiemelt gondozásra, kórházi, sürgősségi felvétellel.

(XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok 2., 3. ábra)

Ajánlás2

A multimorbid beteg esetében alapvető cél az szervezeti működő képesség, életminőség javítása komplex módon, a kezelés és gondozás átrendezésével, a környezeti és szociális feltételrendszer, a beteg preferenciáinak, valamint becsült életkilátásának figyelembevételével, az ártó környezeti – belső kóroki – iatrogén tényezők fékezése, kiiktatása révén [49]. (B)

Ajánlás3

A rendszerint súlyosan hanyatlott állapotú, többnyire már esendő idős multimorbid betegeknél a betegség-diagnosztikai lánc és irányelvek sémás alkalmazása helyett vezérelvnek kell lennie az eddig alkalmazott kezelési irányelvek „individuais megalapozottsága”, hasznossága felülvizsgálatának, az aktuális életminőség és funkcionális kapacitás javításának és a beavatkozások révén biztosítható prognózis megközelítő definiálásának, valamint minderről az adekvát mérvű és módú betegtájékoztatásnak, véleményegyeztetésnek [22, 49–51]. (B)

Ajánlás4**Fontos a multimorbid idős betegeknél az esendő állapot társbetegségekkel párhuzamos felmérése. (B)**

Mindazonáltal azonban az esendőség tesztelése a jelenlegi módszerekkel is igen hasznos, hiszen az esendő állapot fókuszba helyezi az egészségügyi ellátórendszerben azokat a multimorbid betegeket, akiknél az egy időben fennálló sokfajta kórfolyamatot és kezelésüket maximális óvatosságú, lépcsőzetes, többbrétű értékeléssel és intervencióstratégiával közelítő orvosi aktivitás, vagy éppen részleges visszafogottság szükséges. Igen fontos multimorbid idős betegeknél az esendő állapot párhuzamos felmérése, koncepcionálisan azért is, mert ezek a párhuzamos vizsgálatok irányították rá a figyelmet arra, hogy a multimorbiditás nem egyszerűen egy betegség szám, hanem kumulatív egészségkárosodás, kumulatív egészségdeficit érvényesülése [48, 52, 53].

Az idős multimorbid beteg sajátos klinikai értékelését és működési kapacitását, életminőségét javító terápiás ellátását biztosító, a beteg preferenciáival egyeztetett konkrét orvosi lépések

Ajánlás5

Kritikusan felméréndők a beteg fiziológiás szervi kapacitáscsökkenései, a szervezeti összműködés zavarai, heveny/idült kórállapotok és ezek kezeléseinek nemkívánatos, komplex jellegű interakciói, végső soron a beteg életminőségére gyakorolt befolyása, feltárandók a betegnek a kezelés-gondozás további folyamatára vonatkozó preferenciái, valamint tisztázandó, hogy ezek a preferenciák harmonizálnak-e a továbbiakra vonatkozóan a beteg által valóban megértett betegség okozta kihívásokkal, életkilátásokkal, és az eddigi, vagy a potenciálisan módosítandó kezelési módzatok hasznáival, előnyeivel, terheléseivel, hátrányaival [18, 48, 54]. (B)

Így tisztázandó:

- Milyen a beteg komplex, adott szervrendszerei által biztosított működési teljesítőképessége, kialakultak-e összetett kórokú és következményű geriátriai szindrómák (elesések stb.), egyszerűbb tesztekkel megállapítható-e már esendő állapot is, vagy arra való előrement fenyegetettség?
- Milyen mérvű a multimorbiditás, van-e a társbetegségek között heveny kórállapot is, vannak-e kóroki kapcsolódó, komorbid jellegű kórfolyamat-kórállapot társulások [55]?
- Mik a multimorbid beteg egyéni legfontosabb szükségletei, kezelési és egészséges állapotot megközelítő igényei, életminőségének mely tényezőit tartja a beteg a legfontosabbnak?

Ajánlás6

Mérlegelni szükséges a többnyire fiatalabb, nem összetett kórállapotú vizsgáltakon történt tanulmányokra alapozott kezelési irányelveket [48, 49, 51, 55–60]. (B)

Gondosan mérlegelendő, hogy az egyes társbetegségekre eddig már alkalmazott, vagy mérlegeléssel-módosítással esetleg alkalmazandó, többnyire fiatalabb, nem összetett kórállapotú vizsgáltakon történt tanulmányokra alapozott kezelési irányelveknek mik az adott betegre rendszerint csak közvetve vonatkoztatható tudományos megalapozottságai, előnyei, terhei, kockázatai [48, 49, 55, 57, 58],

- hatásuk a jelen állapotot közvetlenül (adott mellékhatásokkal, vagy azok nélkül) befolyásolja-e, vagy csak jövőbe mutató, preventív jellegű, jövőbeli szövődményt, betegséget megelőző célzatú [56–60],
- nincs-e egymásnak ellentmondó ajánlása, az egyik kórfolyamat irányelv által sugallt kezelése nem rontja-e szignifikánsan egy másik kórfolyamat kilátásait [49, 50].

Ajánlás7

Tisztázni kell, hogy relatív, vagy abszolút kockázatcsökkentés az ajánlott kezelés várható eredménye, mivel több idült társbetegség esetén mindig csak abszolút kockázat valószínűsége alapozhatja meg a kezelési ajánlás alkalmazását [48, 49, 61, 62]. (B)

Ajánlás8

Jelentős javítás célkitűzésével javasolt átgondolni, hogyan csökkenthető az eddigi gyógykezelések általi betegterhelés, hogyan racionalizálhatók, egyszerűsíthetők, hogyan hangolhatók össze az eddigi beavatkozások, mennyire integrálhatók a beteg részére a különböző szolgáltatások. (B)

- Mennyire javítható az adott multimorbid beteg életminősége a gyógykezelési (gyógyszerek, sokfajta rendelésen elrendelt megjelenések) teher és a terápiás mellékhatások csökkentésével [62, 63], a szervezetenél elégtelenül összehangolt gondozás korrekciója révén [64–66]?
- Mi az egyes kórfolyamatok és kezeléseik konkrét patológiás befolyása, és terhe az adott egyénre, lehet-e találni olyan terápiás támadáspontot, amely esetleg két, vagy több társ-kórállapotot is eredményesen befolyásolhat?
- Mi az a társbetegség, vagy melyek azok a társbetegségek, amely(ek) alapvetően beszűkíti(k) időben a multimorbid beteg időbeli életkilátását [67, 68] és erre való tekintettel milyen kezelések felfüggesztése látszik célszerűnek [62, 69–71]? A korrekt döntések érdekében helyes megpróbálni kategorizálni a várható túlélést (1 éven belül, 1 éven túl, 5 éven túl), ami nem könnyű feladat, e tekintetben jelentős a tévedés lehetősége is [49, 68].

Ajánlás9

Tisztázni szükséges, hogy az optimális, valóban végrehajtható, a beteg teljesértékű együttműködésére alapozható kezelés megtervezése érdekében: (B)

- A beteg preferenciáinak felmérése (vannak-e egyáltalán), a napi funkcionális teljesítményének mely vonatkozásai szorulnak javításra, és mik a kiemelt panasz mérséklési igényei [49, 72–74];
- Mennyire van tisztában a beteg az életkilátásaival, jelenlegi életmódjával befolyásolhatóságával, a javító célzatú beavatkozásokhoz valóban köthető terápiás mellékhatásokkal, terhekkal [48, 68].

Ajánlás10

A gyógyszerelés, a túlgyógyszerelés és nonfarmakológiai terápiás beavatkozások komplex jellegű interakcióinak minimalizálása érdekében, a racionálisabb gyógyszerelés tervezés célkitűzésével elemezni szükséges [63]: (B)

- a fennálló nagyszámú társbetegség közül egyáltalán melyek fékezése, javítása játszik/játszhat kiemelt szerepet a beteg jelenlegi teljesítőképességének, életminőségének javíthatóságában;
- mely gyógyszerek hatása csak a távolabbi jövőre vonatkozó preventív jellegű;
- valamint mely kezelések okoznak/okozhatnak leginkább jelentős mellékhatásokat, nem kívánatos interakciókat terheléseket a betegre [69, 70], összetettebb gyógyszerelés esetén a beteg szervezetében;
- interakciós listákon túl további algoritmusok, szedatív és antikolinerg indexek is segíthetik ezt a nemkívánatos gyógyszer reakciókat vizsgáló elemzést [69, 71]. Nyomatékosan elkerülendő az az orvosi hiba, amikor fel nem ismert gyógyszer interakciók miatt létrejövő új panasz, új kórállapot felléptét egy újabb tüneti célzatú gyógyszer felírása követi.

Ajánlás11

Megértetve a beteggel a tervezett kezelés előnyeit/hátrányait részletes, általános összegező gondozási terv felállítására és adherenciát biztosító kezelési terv kialakítása szükséges [61, 63, 69–71, 73–76]. (B)

Ennek gyakorlati lépései az alábbiak:

Összegező, a beteg adherenciáját biztosító, rendszeresen felülvizsgált gondozási terv felállítása szükséges integratív és betegségek kezelésére vonatkozó irányelvek idős, multimorbid betegekre való alkalmazhatóságát elbírálni képes orvosi felkészültséggel és szemlélettel, megértetve és elfogadotva a beteggel a tervezett kezelések/beavatkozások előnyeit, esetleges terhelő voltát.

A gondozási tervnek komplexnek kell lennie, egyaránt figyelve a beteg panaszaira, funkcionális kapacitására, mentális állapotára, szociális, finansziális, környezeti feltételeire, belső patológiás tényezői fékezésére, ugyanakkor kiemelten iatrogén ártalmak elkerülésére.

A gyógyszeres módosításokat, racionális redukciónkat, így esetleg a beteg által már nagyon megszokott, állapotában fontosnak tartott gyógyszerek kiiktatását különleges gondosságú egyeztetéssel kell érvényesíteni.

Ugyancsak maximális gondossággal kell a beteget és hozzátartozóit tájékoztatni arról, hogy a beteg szervezetének milyen, többnyire heveny változása esetén fenyegethet a kialakított gyógyszerelés jótékony hatása helyett súlyosan károsító, akár az életet is fenyegető hatással (például, ha bármilyen okból só-víz depléció alakul ki antihipertenzív kezelést kapó idős betegben).

Ajánlás12

Új gyógyszert egy adott orvosi profil szakrendelése még egyértelmű indikáció esetén is csak akkor írjon fel a több kórfolyamatban is szenvedő idős beteg részére, ha dokumentáltan tanúsítja, hogy a beteg eddigi teljes gyógyszerelését gondosan áttekintette, valamenyi ismert kórállapotát és a frailty kockázatot is mérlegelte [62, 77]. (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok 4. ábra). (C)

Állapotfelmérésre használt indexek

Az idősök állapotának megítélését indokoltá teszi az, hogy azonos életkorú idősök között lényeges eltérések mutatkoznak fizikai statusuk és mentális állapotuk vonatkozásában. Az állapotfelmérések mindenkori célja a diagnosztika, kezelési és gondozási terv elkészítésének segítése, az alapellátás munkájának megkönnyítése, a gondozás, elhelyezés optimalizálása, és az idősellátás gazdaságosságának biztosítása. Az átfogó geriátriai állapotfelmérést a funkcionális teljesítőképesség, a testi, a lelki egészségi állapot, a szociális, környezeti tényezők rögzítésére használjuk.

További célja olyan, mindenre kiterjedő, általában interdisciplináris diagnosztikus eljárás elvégzése, mely az esendő, multimorbid idős ember orvosi, pszichoszociális és functionális adottságait és problémáit felmérje. Csak az átfogó geriátriai állapotfelmérés képes az összes lehetséges faktor figyelembevételére, ami befolyásolja pl. a daganatos beteg kezelését pozitív, vagy negatív irányban. Az állapotfelmérést kérdőívek kitöltésével végezzük és az összesített pontszámok alapján adhatunk objektív véleményt a kérdőív által felmért állapotról. (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 1. és 2. számú kérdőívek; 1.5. Egyéb dokumentum 1.,2., 3. és 4. számú tesztek és indexek)

Ajánlás13

A napi élettevékenységek felméréséhez használt ADL (Activities of Daily Living, Katz) kérdőív esetében a fürdés, öltözködés, WC-használat, közlekedés, continencia, táplálkozás vonatkozásában az önállóan elvégzett tevékenység kap 1 pontot. A hatos pontszám teljes funkcióképességet, a 4 mérsékelt, a 2 súlyos funkciókárosodást jelent. (A)

A mindennapos eszközhasználatot felmérő IADL (Instrumental Activities of Daily Living, Lawton) kérdőív használatakor 9 kérdésben kell 3 fokozatban állást foglalni, így 27 pont adható maximálisan. A teszt alkalmas az állapotváltozás időbeli követésére. (XI. MELLÉKLETEK 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 1., 2. kérdőív)

A testi egészség megítélésére a hagyományos kvantitatív mérési módszerek: pl. labor, légzésfunkció mellett kvalitatív módszerek: pl. életminőség-skálák és speciális skálák: pl. demenciára, depresszióra, parkinsonismusra, sclerosis multiplexre, egyensúly- és járásvizsgálatra állnak rendelkezésre.

Ajánlás14

Az egyensúly és a járás együttes vizsgálatára a Tinetti-féle módszer javasolt. Minél kisebb pontszámot ér el valaki, annál inkább mondható ki a kóros állapot jelenléte, adott határ alatt az elesés kockázata 5x-ösre nő. (A) A beteg általános állapotát, mobilitását jól jellemzi az „időzített felállás és elindulás teszt” (Timed Up and Go, TUG), ezért az izomfunkció megítélésére javasolt [78]. (A)

A beteg karosszékben ül. A vizsgáló utasítására föláll, megtesz 3 métert, megfordul és visszatér a karosszékhez, majd leül. A felállás és leülés között eltelt időt mérjük másodpercekben. A beteg használhat járásához segédeszközt (pl. támbot), de ezt írásban rögzíteni kell. A teszt normális értéke 8-12 sec; 13,5 sec fölött (75 évnél idősebbekben 15 sec) az elesés rizikója magas [78]. (MELLÉKLETEK. 1.5. Egyéb dokumentumok 1. és 2. számú tesztek)

Ajánlás15

Fontos a lelki egészség megítélése, melyet kognitív funkciók mérésére szolgáló Folstein féle Mini Mental State Examination (MMSE) elvégzésével objektívizálhatunk. (A) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 3. számú kérdőív)

Ajánlás16

Az affektivitás megítélésére (szorongás, depresszió) a Yesavage és Hamilton által készített geriátriai depressziós skálákat (GDS) használjuk. (A) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 4. számú kérdőív).

Ajánlás17

A tápláltsági állapotot a Mini Nutritional Assessment (MNA) kitöltésével lehet a legösszetettebb módon felmérni. Az alultápláltság veszélyeire nem lehet eléggé felhívni a figyelmet. (A) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 5. számú kérdőív).

Ajánlás18

Az átfogó állapotfelméréshez szorosan hozzátartozik a csonttörési index meghatározása, mint az idős kor egyik leggyakoribb és veszélyeit is tekintve kiemelkedően fontos tényezője [79]. (A)

Ajánlás19**A comprehensive geriátriai állapotfelmérés (CGA) alkalmas eszköznek tűnik a kérdés(ek) megválaszolására. (A)**

A Nemzeti Általános Daganat Hálózat és a Geriátriai Onkológiai Nemzetközi Társaság irányelve szerint minden 65 évnél idősebb daganatos betegnél tanácsos az állapotfelmérés rutinszerű elvégzése.

Rosszindulatú daganatos betegek teljes körű állapotfelmérése

Idősekben általában az alacsony testtömeg és BMI (body mass index) rosszindulatú daganat nélkül is. Daganatos idősekben 5% testsúlycsökkenés szignifikánsan emeli a daganatos mortalitást. A < 19,5 kg/m² BMI a daganatos mortalitást extrém mértékben fokozza [80].

A Charlson komorbiditás indexet (CCI) a betegségek által okozott egyéves mortalitási rizikó és a betegségek által okozott pluszterhelés mérésére fejlesztették ki, és hitelesítették. A mortalitásnak, mint az életkor egyik független prediktorának kiszámításához egy kombinált életkor-CCI-t alkottak meg. A CCI-t kiterjedten használják, hogy megtalálják a komorbiditások zavaró befolyását, előre jelezzék a betegség kimenetelét. A klinikai gyakorlatban a CCI a társbetegségeket egy egyszerű numerikus score-ba redukálja, mely segít a beteg alcsoportokba sorolásában, mely a betegség súlyosságán alapul, kifejtve az ápoláshoz és a forrásfelhasználás optimalizálására szolgáló modellt. A CCI 17 társbetegséget plusz a diabetes mellitust és a májbetegséget veszi figyelembe, melyet 1-6-ig súlyoz a betegségek súlyossága alapján, majd egy összegző számot ad meg. A CCI figyelembe veszi a betegek életkorát, mely szerint 40 év fölött évtizedenként 1 pontot ad hozzá az eredményhez. A kérdőív kitöltése kis gyakorlatot igényel [81], sőt elektronikus excell formátumot is kifejlesztettek. A primer diagnózis és a társbetegségek függvényében a CCI score értékei tanulmányonként változnak, ezért a standardizálás további vizsgálatok elvégzését igényli.

Ajánlás20**A krónikus betegséggel élő idősök esendővé válásának rizikója párhuzamosan nő a betegséggel eltelt idővel. (A)**

A frailty „arany standard” definícióját még nem fogalmazták meg, két elfogadott definíció áll rendelkezésünkre. Az „Esendő Fenotípus”-ba azon idősök tartoznak, akik öt kritériumból hármat „teljesítenek”: meglassult mozgás, csökkent szorítóerő, kimerültség, alacsony fizikai aktivitás és indokolatlan testsúlycsökkenés. Egy másikban kognitív funkciók, kedélyállapot, és a szociális helyzet is beletartozik. Az esendőséget a progresszív hanyatlás, a fizikai és fiziológiai tartalékok markáns csökkenése, gyakori elesések, lassú gyógyulási hajlam, gyakori és hosszas kórházi ápolások jellemzik. Az esendő beteg állapotát nagyon nehéz javítani. Ezek miatt fontos az esendőség mértékének mielőbbi felmérése, mert a korai diagnózissal időt nyerhetünk [82].

Erre szolgál az idősök számára kifejlesztett frailty index: Frailty Index For Elders (FIFE). Ez egy 10 tételből álló teszt, 0 = nincs esendőség, 1-3 a hajlamot jelzi, 4 fölötti érték esendőséget jelez [83] (XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentum, 3. számú index). Ismert ezen kívül a Klinikai Esendőségi Skála és az Edmonton Esendőségi Skála.

Malnutríció, szarkopénia, esendőség (frailty) szindróma**Malnutríció diagnózisa****Ajánlás21****Multimorbid betegeknél, egyszerű, gyors, validált módszerrel szükséges a kóros tápláltsági állapot rizikóját felmérni. (B)**

Amennyiben a beteg közepes vagy magas rizikó csoportba tartozik, további részletes felmérés szükséges [3]. A multimorbid betegekre vonatkozóan még nincs kidolgozva validált szűrő módszer, ezért a malnutríció rizikójának és súlyosságának felmérésére általános kérdőívek állnak rendelkezésre pl. MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), NRS (Nutrition Risk Screening), MNA (Mini Nutritional Assessment). Az idős, multimorbid betegek szűrése során a legtöbb releváns információt az MNA szolgáltatja [3-5, 84] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 5. számú kérdőív). A veszélyeztető tényezők feltárásában segíthet a beteg (vagy hozzátartozó) által kitöltött önszűrő kérdőív (pl. PG-SGA, Patient-Generated Subjective Global Assessment, négy fontos területre rákérdezve: a jelenlegi testtömegre és változására, a táplálkozásra és a tápanyagbevitelre, valamint a fizikai aktivitásra) [84]. A malnutríció súlyosságát az 1. táblázat mutatja be [3, 4]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 1. táblázat)

Ajánlás22

Multimorbid betegekben, amennyiben neurológiai kórkép is fennáll, pl. stroke, a diszfágia súlyosságának felmérését amilyen korán csak lehet, el kell végezni, még azelőtt, mielőtt a beteg orálisan bármit is fogyasztana (B).

Módosított textúrájú diéta és a folyadékok besűritése csökkentheti az aspirációs pneumonia incidenciáját, ugyanakkor elégtelen energia- és folyadékbevitelt eredményezhet, ami miatt rendszeres monitorozás szükséges [85]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 1. táblázat)

Malnutríció kezelése**Ajánlás23**

Multimorbid betegekben korai, adekvát táplálásterápiát kell alkalmazni táplálási terv kidolgozásával és a hatékonyság követésével (minőségi mutatók meghatározásával). (B) Táplálásterápia megtervezésekor az alábbi stratégiai lehetőségek állnak rendelkezésre, melyek önállóan vagy kombináltan is alkalmazhatók: orális stratégia (diétás intervencióval és/vagy speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszerek/tápszerek alkalmazásával), enterális stratégia (táplálást segítő eszközök segítségével valósul meg a szondatáplálás), intravénás stratégia (amikor parenterális táplálás kerül alkalmazásra) [3, 4].

Ajánlás24

Multimorbid betegeknél, akik malnutrícióban szenvednek, vagy magas a malnutríció rizikója, magas energia- és magas fehérjetartalmú, speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszerek/tápszerrel történő táplálásterápiát szükséges alkalmazni a tápláltsági állapot és az életminőség javítása céljából [3]. (A)

Ajánlás25

Azoknál, akiknél valószínűleg fennáll az izomtömegvesztés, tápanyag-specifikus élelmiszert/tápszert szükséges alkalmazni a mortalitás csökkentésére és az életminőség javítására [3]. (B)

Ajánlás26

A táplálásterápiát a malnutríció szempontjából rizikóval bíró multimorbid betegeknél a kórházból való távozás után is szükséges alkalmazni. (A)

A táplálásterápiát a tápláltsági állapot és a testtömeg fenntartása vagy javítása céljából szükséges alkalmazni [3].

Ajánlás27

A napi energiabevitel minimális célértékét a testtömeg függvényében szükséges meghatározni: 30 kcal/ttkg. (B)

Alultápláltság esetén lassan, óvatosan szabad csak emelni az energiabevitelt, mert ebben a populációban magas az újratáplálási szindróma (refeeding syndrome) kialakulásának rizikója [3, 6, 11].

Ajánlás28

Multimorbid betegeknél a fehérjeszükséglet minimum 1 g/ttkg [3]. (A)

Ajánlás29

Megfelelő fehérjebevitellel csökkenthető a testtömegvesztés, a komplikációk és az újrafelvételek rizikója, valamint javítható a funkcionális státusz. A személyre szabott kalkuláció során ajánlott figyelembe venni a tápláltsági állapotot, a fizikai aktivitást, a betegségek státuszát és a toleranciát [3]. (B)

Ajánlás30

Idős, krónikus betegeknél, különösen, ha tumoros betegség is fennáll, 1,5 g fölét is emelhető fehérjebevitel [32]. (B)

Ajánlás31

Táplálásterápiában részesülő időseknél amennyiben speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszer/tápszer fogyasztása is elrendelésre kerül, a normál táplálkozással történő bevítelen felül minimum 400 kcal energiát és 30 g fehérjét szükséges biztosítani naponta [6]. (A)

Ajánlás32

Enterális táplálás (szondatáplálás) javasolt, ha az orális bevitel nem valósítható meg várhatóan 3 napon belül, vagy az energiaszükséglet kevesebb, mint a fele érhető el, több mint 1 héten keresztül. (E)

Legfeljebb 4 hétig tartó szondatáplálásnál nazogasztrikus szonda lehelyezése javasolt, több mint 4 hétig tartó táplálás esetén PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) behelyezése javasolt [6].

Ajánlás33

Multimorbid betegeknél, bizonyos betegségek (pl. neurológiai kórképek, fejsérülések, fejnyak daganatok, gasztrointesztinális (GI) daganatok, egyéb GI megbetegedések, malabszorpciós szindrómák) jelenléte esetén, a kórházból való távozás után a beteg otthonában is szükséges a szondatáplálást folytatni, mindaddig, amíg a malnutrició rizikója fennáll. (B)

Ezekben az esetekben az otthoni szondatáplálás (home enteral nutrition, HEN) egy életmentő, életfenntartó terápiának minősül. Rendszeres monitorozást igényel a beteg: testtömege, testösszetétele, izomereje és teljesítőképessége, valamint energia-, tápanyag-, folyadékbeviteli számítások és laboratóriumi vizsgálatok is szükségesek lehetnek. Továbbá ellenőrizni szükséges az enterális táplálással kapcsolatos szövődeményeket és a volumentoleranciát is [3, 86].

Szarkopénia diagnózisa**Ajánlás34**

A szarkopénia gyors szűrését időseknél (> 65 év) rendszeresen, évente javasolt elvégezni az ICFSR (International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia) szerint, multimorbiditás esetén ismételni szükséges minden súlyos egészségügyi eseményt követően. Módszerek: járási sebesség mérése, SARC-F kérdőív. (C)

A magyar nyelven is rendelkezésre álló ún. SARC-F kérdőív gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 6. számú kérdőív) [87]. Részletes felmérésnél a vizsgálandó paraméterek: izomtömeg, izomerő, izomfunkció [4, 5, 9, 10]. A diagnosztizálás módszereit és a határértékeket a 2. táblázat mutatja be (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok fejezetben 2. táblázat). A súlyosság meghatározása: pre-szarkopénia (alacsony izomtömeg), szarkopénia (alacsony izomtömeg és alacsony izomerő vagy csökkent izomfunkció), súlyos szarkopénia (alacsony izomtömeg és alacsony izomerő és csökkent izomfunkció) [4, 5, 9, 10, 15, 32]. További kategorizálások: elsődleges (életkorral), vagy másodlagos (betegséggel összefüggő); akut (akut betegséggel összefüggő, rövid ideig fennálló < 6 hónapja), vagy krónikus (krónikus betegséggel összefüggő, hosszú ideig fennálló, > 6 hónapja) [5].

Ajánlás35

A szarkopénia diagnosztizálása kapcsán a bioelektromos impedancia analízis módszer segítségével származtatott fázisszög értékes és egyszerű prognosztikai eszközként használható a fogyatékoság kockázatának megítélésére időskorúak (> 65 év) esetében [88]. (B)

Szarkopénia kezelése

Akut vagy krónikus betegséggel rendelkező időseknél a szarkopénia komplex kezelést igényel: az alapbetegség kezelése mellett adekvát táplálásterápiát és fizioterápiát szükséges alkalmazni [89, 90].

Ajánlás36

Javasolt napi fehérjebevitel: 1,2–1,5 g/ttkg. (A)

Magas fehérjebevitelt igényelnek a multimorbid geriátriai betegek egyrészt a betegségekkel összefüggő fehérjekatabolizmus miatt, másrészt az anabolikus rezisztencia miatt, amelynek alapjául szolgáló mechanizmusok a következők: csökken a fehérje emészthetősége, az aminosavak poszt-pandriális elérhetősége, csökken az izom aminosav-felvétele, csökken az aminosavszignál a fehérjeszintézishez, és alacsonyabb a poszt-pandriális izomperfúzió is. Az adekvát fehérjebevitel segít limitálni és kezelni az életkorral összefüggő izomtömeg-, izomerő- és funkcionális

képességek csökkenését [89]. Egy étkezésre javasolt fehérjedózis, az izomszintézis maximalizálására: 25-30 g, ami tartalmazzon 2,5-2,8 g leucint (leucinban gazdag élelmiszerek pl. tejtermékek, szója) [91–93].

Ajánlás37

Multimorbid betegeknél a kórházba való felvételt követő 48 órán belül korai táplálásterápia elrendelése javasolt. (B)

A szarkopénia csökkentése és az önellátás fenntartása/javítása érdekében [3].

Ajánlás38

A fizioterápia során rezisztencia- és aerobtréninget, illetve egyensúlyi gyakorlatokat is szükséges alkalmazni. (A)

A rendszeres tornagyakorlatok segíthetnek az életkorral összefüggő mitokondriális diszfunkciók normalizálásában, és javíthatják az izomfunkciót. A rezisztencia gyakorlatok növelik az inzulinérzékenységet, és ezáltal javítják a glükózfelhasználást és fokozzák a myofibrilláris fehérjesszintézist [89].

Ajánlás39

A multimorbid személyek esetében különösen fontos az egyénre vagy kiscsoportra szabott, lehetőség szerint gyógytornász által, a fokozatosság elvét követő gyakorlatsor megtervezése, felépítése és a helyes kivitelezés ellenőrzése. (A)

Az izomgyakorlatok megtervezésekor figyelembe kell venni a társbetegségek egyes mozgásokat limitáló hatását, a keringés aktuális kapacitását, a környezet lehetőségeit. Hangsúlyozni szükséges a gyakoriság és a lépcsőzetesség elvét maximálisan előtérbe helyező szemlélet fontosságát. Heti minimum 2-3 alkalommal javasolt a megtervezett gyakorlatsor elvégzése [9].

Az esendőségi szindróma felmérése

Ajánlás40

Minden 70 év feletti, az egészségügyi ellátással kapcsolatba kerülő személy esetében szükséges az esendőség felmérése, szűrése, hogy minél előbb diagnosztizálhassuk, és a lehető legjobb, egyénre szabott ellátásban részesíthessük a páciens [94]. (A)

Mivel a multimorbid betegek többsége esendőség szindrómában szenved, a NICE guideline javasolja az esendőség felmérését, de óvatosságra figyelmeztet akut betegség esetén és a fizikai teljesítőképességet felmérő tesztek mellőzését javasolja ilyen esetekben [48]. Másrészt viszont az esendőség szindróma klinikailag manifeszt társbetegség nélkül is jelentkezhet, ez előtérbe helyezi a preventív medicina jelentőségét. (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok 4. ábra) [94].

Ajánlás41

Az alapellátásban részesülő és önellátásra képes multimorbid betegek esetén elsősorban a járási sebesség felmérését (pl. több mint 5 mp szükséges 4 m megtételéhez) vagy a PRISMA-7 kérdőív (legalább 3 pont) alkalmazása javasolt, kórházi járóbetegellátás során pedig még jól alkalmazható a fizikai teljesítőképesség becslésére a TUG („timed up and go”, időzített felállás és elindulás teszt, 12 mp felett frailty) és a „Fizikai Aktivitás Skála Időseknek” kérdőív is (PASE, Physical Activity Scale for the Elderly, férfiakban 56, nőkben 59 pont alatt frailty) (B). (XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentum 2. számú teszt)

Az esendőség szindróma megítélésére a gyakorlatban az „Esendő Fenotípus” és a frailty index (FIFE, XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentum 3. számú index) még mindig egyaránt jól használható, a rendelkezésre álló evidenciák nem helyezik előtérbe egyiket a másikkal szemben [48, 94].

Ajánlás42

Megbízhatósága miatt javasolt a kiterjedt geriátriai állapotfelmérés, a CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) használata. (A)

A CGA egy vezetett, strukturált anamnéziszfelvétel, amely a funkcionális/fizikai, tápláltsági és mentális állapot (kognitív funkciók, depresszió) mellett szociális és környezeti aspektusokra is kitér, és külön hangsúlyt helyez az úgynevezett geriátriai 5 i-re: intellektuális hanyatlás, immobilitás, instabilitás, inkontinencia és iatrogén ártalmak (polifarmácia, hospitalizációk, delírium). Elsősorban a hosszú távú, egyénre szabott gondozási terv felállításában, a szakellátásban alkalmazzák [94].

Az esendőségi szindróma átfogó kezelési elvei

Ajánlás43

Idős, esendőségi szindrómában szenvedő betegekben a malnutríció felmérésére ajánlott az MNA jól validált módszer [94]. (A) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 5. számú kérdőív)

Ajánlás44

A malnutríció elkerülésére – különösen akut vagy krónikus társbetegség fennállása esetén – napi 1,2-1,5 g/ttkg fehérje bevitelét javasolt [94]. (A)

Ajánlás45

D-vitamin-szupplementáció szükséges a minimálisan kívánatos 30 nmol/l-es szérumszint eléréséig, nemcsak az elesések és a törések megelőzése, hanem az izomerő megtartása érdekében is. [94]. (A)

Ajánlás46

A 65–80 éves 30 kg/m² vagy magasabb BMI-vel és társbetegséggel rendelkező (metabolikus, kardiológiai zavarok, COPD, mozgáskorlátozottság) rendelkező betegekben csak mérsékelt és fokozatos testtömegcsökkentés kívánatos: 8-10% 6 hónap alatt. (B)

Mérsékelt testtömegcsökkentés (0,5-1 kg/hét, napi 200-500 kcal energiacsökkentéssel), és normális (1 g/ttkg/nap) illetve polimorbiditás esetén magas fehérjebevitellel (> 1,2 g/ttkg), és emellett rezisztencia gyakorlatok végzésével javasolt. 80 évnél idősebb esendőségi szindrómában szenvedő betegekben nem bizonyított a súlycsökkentés előnyössége, ezért a cél a kielégítő táplálkozás és a rezisztencia gyakorlatok alkalmazása mellett az izomtömeg megőrzése. Idős, 23 kg/m²-nél kisebb BMI-vel rendelkező betegekben, az energiában és tápanyagokban gazdag táplálkozás és rezisztencia gyakorlatok alkalmazásával a testtömeg, elsősorban az izomtömeg fokozatos növelése a cél [94].

Ajánlás47

Az esendőségi szindróma kialakulása ellen az inaktív, ülő életmód feltétlenül kerülendő már napi 7-9 órányi inaktivitás fokozza a kockázatot. Strukturált, összetett mozgásprogram javasolt esendőségi szindrómában szenvedő idős betegekben: erőnléti, izomerő, hajlékonyság- és egyensúlyfejlesztő gyakorlatok kombinációjával [94]. (A)

Ajánlás48

A biztonságosságot és az egyéni terhelhetőséget szem előtt tartva fokozatos növekedő intenzitású gyakorlatok javasoltak. Frailty esetén az alacsonytól közepes intenzitású gyakorlatok végzéséig javasolják. (B)

(heti 3 alkalommal 30-45 percig), pre-frail állapotban (esendőség prodroma) a közepestől a magas intenzitású gyakorlatokig [94].

Ajánlás49

Az idős, esendőségi szindrómában szenvedő betegekben a gyógyszerelés nem megfelelő elrendelése és polifarmácia, 10-nél többféle gyógyszer szedése feltétlenül csökkentendő. (A)

Mind a potenciális mellékhatások, mind az egészségügyi költségek szempontjából. Javasolható a CGA mellett a Beers-féle kritériumok, a STOPP/START program használata is, a rendelkezésre álló evidenciák még nem helyezik előtérbe egyiket a másikkal szemben, de multimorbid idős, esendő pácienseknél hangsúlyozzák a holisztikus szemlélet szükségességét.

Egyelőre korlátozott evidenciák állnak rendelkezésre a vitális funkciók infokommunikációs technológiák (ICT) segítségével való monitorozásának alkalmazásáról idős, esendő páciensekben, de pozitív eredmények szólnak az elesések megelőzése, a szociális izoláció csökkentése és a házi betegellátás vonatkozásában [94].

Az osteoporosis diagnosztikája és kezelése a geriátriai gyakorlatban

A korszerű geriátriai szemlélet szerint az osteoporosis – legalábbis a nagyon idősök esetében – az életkorral szintén fokozódó gyakoriságú ún. esendőség szindróma része. Nagy vizsgálatok igazolják, hogy minél esékényebb egy idős beteg, annál nagyobb az esélye a csonttörésre [95]. Az osteoporosis és a következményes csonttörések

szövődményeinek ellátása a fejlett világ egészségügyi rendszereinek egyik leginkább költségigényes területe (átmeneti vagy végleges mozgáskorlátozottság, rehabilitáció, tartós ápolási igény stb.).

A következőkben a női és férfi osteoporosis diagnosztikájának és kezelésének a legfontosabb elemeit tárgyaljuk, kiemelve azokat a részleteket, amelyek az idős és a nagyon idős korosztályt érintik.

Az osteoporosis diagnózisa

Osteoporosisot diagnosztizálunk, ha a t-score-ban kifejezett a csontsűrűség (bone mineral density – BMD) a lumbalis gerincen vagy a femuron $< -2,5$. Minden egységnyi t-score csökkenés megközelítőleg kétszeresére emeli a csonttörési kockázatot. A diagnózis felállítására idős korban a femuron megállapított t-score érzékenyebb, mint a lumbális gerincen mért.

Ajánlás50

Az ajánlások többsége szerint rutinszerű csontsűrűségmérés nők esetén 65, férfiak esetében 70 év felett ajánlott [96–98]. (B)

Ajánlás51

Az ettől fiatalabb személyeknél a DEXA-val (kettős energiájú röntgenfoton abszorpciometria – DEXA) történő populációs szűrés nem javasolt [97, 98]. (B)

Ajánlás52

50 éves kortól kezdve ajánlott, hogy ötévente, illetve minden csonttörés után mérlegeljük a csontritkulás, illetve csonttörések kockázati tényezőit (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 3. táblázat) [99]. (B)

Ajánlás53

Bármelyik kockázati tényező fennállása esetén – életkortól függetlenül – indokolt a DEXA-vizsgálat [99]. (B)

Ajánlás54

Negatív szűrővizsgálat után 3-5 éven belül – kockázati tényezők hiányában – nem javasolt ismételt oszteodenzitometriás vizsgálatot kezdeményezni [99]. (C)

Ajánlás55

Az anamnézis – ennek hangsúlyos részeként a családi és az egyéni csonttörési anamnézis – felvétele mellett, a gondos fizikális, laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok elvégzése szükséges, a beteg állapotának, kísérő betegségeinek teljes körű felmérése és a szekunder osteoporosis kizárása érdekében [100]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 4. táblázat) (A)

A képalkotó vizsgálatok közül ki kell emelni a dorsolumbalis gerinc csigolyáinak oldalirányú vizsgálatát. Ez azt a célt szolgálja, hogy a gyakran klinikai tünet nélkül kialakuló, akár enyhébb fokú csigolyatöréseket kimutassuk. Ez a cél elérhető hagyományos röntgen vizsgálatl vagy a korszerű DEXA-készülékeken ún. gyors csigolyaértékelő morphometriás módszerrel [99].

A csonttörési kockázat megállapítása

A csonttörési kockázat felmérésének célja, hogy az osteoporosis diagnosztikájának ismeretében megítéljük és számszerűsítsük a rövid- középtávon bekövetkező csonttörések valószínűségét.

Ajánlás56

Igazolt osteoporosis, valamint osteoporosis kockázati tényezővel élők esetében mérlegelni kell a csonttörési kockázatot. (A)

A csonttörési kockázat felmérésére ma világszerte és hazánkban is a legjobban ismert, online is szabadon használható rendszer a WHO által is elismert FRAX [101]. Ez az eszköz 11 fontos kockázati tényező (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 5. táblázat) és – amennyiben ismert – a combnyak BMD számszerű bevitelét követően megadja, hogy mekkora a %-ban kifejezett esélye az elkövetkező 10 évben bekövetkező I. ún. major csonttöréseknek és II. a csípőtáji törésnek. Major csonttörésnek tekinti a rendszer a csípőtáji, alkar- és humerus, továbbá a klinikailag felismert csigolyatöréseket. A FRAX-rendszer további előnyei, hogy I. a csonttörés valószínűségének számolásakor a hátralévő várható élettartamot is figyelembe veszi és II. a csonttörési kockázatot országspecifikusan kalkulálja, így Magyarországra vonatkozóan is (FRAX).

Ajánlás57

A FRAX rendszer alkalmazása ajánlott akkor is, ha csontsűrűségmérés nem történt, illetve eredménye nem ismert [98]. (A)

A DEXA-vizsgálat a csonttörési kockázat felméréseinek egyik legfontosabb, de nem feltétlenül nélkülözhetlen eleme. Napjainkra az osteoporosis és a csonttörések kockázati tényezőit, ezek egymáshoz viszonyított súlyát olyannyira pontosan ismerjük, hogy a csonttörési kockázat megállapítása még akkor is kielégítő pontosságú, ha nincs mód DEXA-vizsgálat végzésére [97, 99].

Az osteoporosis terápiája**Életmódi és táplálkozási tanácsok****Ajánlás58**

Rendszeres fizikai aktivitás javasolt, előnyben részesítendő a gravitációval szemben végzett gyakorlatok [99]. (A)

Ajánlás59

Az esési kockázati felmérés eredményeinek megfelelő orvosi vizsgálatok, beavatkozások, illetve szükség esetén a lakókörnyezet módosítása javasolt. (C)

Egyes becslések szerint így az esések akár egyharmada is elkerülhető [102].

Ajánlás60

A kívánatos napi kalcium-összbevétel 800-1200 mg, optimálisan tejtermékek formájában. Amennyiben a táplálékkal történő bevétel ennél kevesebb, kiegészítő per os gyógyszeres bevétel alkalmazandó, 500-1000 mg elemi kalcium formájában [99, 100]. (B)

Ajánlás61

Felnőtt egyének esetében a napi D-vitamin-igény 800 NE. Amennyiben a táplálékkal történő bevétel ennél kevesebb, osteoporosis kockázati tényezővel bíró egyének, illetve laboratóriumi vizsgálattal igazolt D-hypovitaminosis esetén napi 400-800 NE cholecalciferol rendszeres bevitele javasolt [99, 100]. (A)

Ajánlás62

Minden idős beteg – különösen a magas esési kockázattal rendelkezők – esetében speciális, az izomerőt célzottan növelő, az egyensúly-érzékelést javító gyakorlatok, csonttörést követően speciális fizioterápiás kezelések javasoltak [99, 103]. (C)

Gyógyszeres kezelés

A csonttritkulás elleni gyógyszeres kezelésektől a csigolyatörések 30-70%-os, a perifériás csonttörések mintegy 20%-os, és a csípőtáji törések mintegy 40%-os csökkenése várható [99].

Ajánlás63

A csonttritkulás elleni gyógyszeres kezelés bármely formájánál a kalcium- és D-vitamin-bevétel optimalizálása, az esetleges hiányállapot rendezése szükséges [99]. (B)

Az életkorral járó osteoporosis kezelésére ma hazánkban elfogadott hatóanyagokat a XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok fejezetben a 6. táblázat tartalmazza.

Ajánlás64

A biszfoszfonát-készítmények napjainkban az elsőként választandó, leggyakrabban alkalmazott csonttritkulás elleni gyógyszerek [104]. (A)

Ellenjavallat hiányában rendszerint per os készítményt (alendronát, rizedronát, ibandronát) választunk. Az ibandronátot adagolhatjuk 3 havonta perenterálisan is, a zoledronátot évente infúzió formájában. A per os adagolt készítmények leggyakoribb mellékhatása a felső gastrointestinalis traktus irritációja. Nyelőcső-ürülési zavarral járó állapotokban per os alkalmazásuk nem javasolt, gyomorbetegségek esetén megfontolandó. Elsősorban az intravénásan adagolt

biszfoszfonátok (ibandronát, zoledronát) esetében számíthatunk az alkalmazást követő napokban influenzaszerű tünetek jelentkezésére.

Ajánlás65

A legújabb európai ajánlás szerint nem javasolt felfüggeszteni a megkezdett biszfoszfonát kezelést az alábbi esetekben:

- 75 évnél idősebbek,
- korábban csigolya- és/vagy csípőtáji törést szenvedettek,
- a kezelés alatt bekövetkezett kis-traumás törés(ek), amennyiben szekunder osteoporosis és a nem megfelelő gyógyszeres kezelés kizárható,
- napi 7,5 mg prednizolon-ekvivalensnél nagyobb dózisú glükokortikoid-kezelés alatt. [99]. (B)

Ajánlás66

A denosumab RANK-ligand ellenes humanizált antitest, egyike a leghatékonyabb csontreszorpció-gátlóknak (A). Hathavonta sc. adagoljuk. Alkalmazása alatt hypocalcaemia jelentkezhet, különösen D-vitamin-hiányos betegekben. Minden újabb adag beadása előtt javasolt a szérumszám kalcium-ellenőrzése [99]. (D)

Ajánlás67

A denosumab kezelés felfüggesztését követően kialakuló gyors csontvesztés megelőzése céljából a kezelést egyéb antireszorptív készítménnyel kell folytatni [99]. (B)

Ajánlás68

A legsúlyosabb, többszörös csonttörést elszenvedett osteoporoticus betegeknél teriparatid alkalmazása javasolt [98]. (B)

A gyógyszeres kezelés monitorozása

Monitorozás DEXA-vizsgálattal

Ajánlás69

Egy jól beállított antiosteoporotikus kezelés mellett – újabb csonttörés hiányában – a kontroll DEXA-vizsgálat elvégzése 3-5 évente elegendő. (B)

Az antireszorptív gyógyszerektől a csontsűrűségnek viszonylag kismértékű és éveken át tartó, lassú növekedése várható. Figyelembe véve a BMD ismételt DEXA-vizsgálattal történő reprodukálhatóságának korlátait, pusztán szakmai alapon az első kontroll DEXA-vizsgálat 3-5 éven belül nem indokolt [99].

Monitorozás biokémiai markerekkel:

A gyógyszeres kezelésre bekövetkező csontmarker válasz jóval hamarabban jelentkezik és robosztusabb, mint a BMD változása. A per os alkalmazott biszfoszfonátok felszívódása rossz, különösen, ha az étkezéshez való időzítést a beteg nem tartja be, ami a várt antireszorptív hatás elmaradását eredményezi. A csontmarker-meghatározások segíthetnek a gyógyszeres kezelés rendszertelenségének vagy elmaradásának felismerésében is.

Ajánlás70

A kezelés közben kialakuló törés esetén minden esetben ismételt laboratóriumi és DEXA-vizsgálat indokolt, a kezelési stratégia átgondolásával. Egyetlen újonnan bekövetkezett törés nem jelenti feltétlenül az alkalmazott gyógyszer hatástalanságát, ismételt új törés(ek) esetén azonban célszerű egyéb gyógyszerre váltani [99]. (E)

A gyógyszeres kezelés időtartama

Ajánlás71

A jelenleg alkalmazott csonttritkulás elleni készítmények alkalmazási időtartamát illetően csak a teriparatidnál van szigorúan megkötött felső határ. Minden más készítmény alkalmazási ideje egyedi elbírálást igényel. Elsősorban a biszfoszfonátokkal történő kezelésnél jön szóba – 3-5 éves kezelést követően – gyógyszeres szünet beiktatása [99]. (E)

Ajánlás72

Prostatarákos betegen tervezett androgénprivációs terápia megkezdése előtt a csonttörési rizikó felmérése szükséges [100]. (B)

Az időskori szívelégtelenség

Az időskori szívelégtelenség igen jelentős népegészségügyi probléma, amelyet ebben a korcsoportban legtöbbször halmozódó kardiológiai degeneratív folyamatok jelenléte okoz, valamint más szervek, szervrendszerek részéről további betegségek egyidejű társulása súlyosbít.

Ajánlás73

Tüneteik és leleteik alapján ajánlott a szívelégtelen betegeket állapotsúlyossági csoportokba sorolni. (A)

Jelenleg az ESC 2016-os irányelve használatos: HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction) 50% feletti, HFmrEF (heart failure with middle range ejection fraction) 40-49%-os és HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction) 40% alatti szívelégtelenségi csoportokat ajánl az ejekciós frakció szerint [105].

A szívelégtelenség lehet akut vagy krónikus. Az idős krónikus szívbetegeknél hirtelen állapotromlás (malignus ritmuszavar, coronaria elzáródás, pumpafunkció elégtelenség vagy billentyű hibából adódó volumen probléma) akut szívelégtelenséget, akár váratlan exitust is okozhat [106].

Ajánlás74

Fontos törekedni a szívelégtelenség súlyossági fokának ismerete mellett a pontos etiológiai háttér tisztázására is, mert ez határozza meg az aktuális gyógykezelést. (A)

65 év felett is szívelégtelenségben részletes kardiológiai kivizsgálást kell kezdeményezni a coronariák statusa, az ingerképzés és ingervezetés helyzete, a szívizom összehúzódnási és elernyedési képessége, szívüreg mérete, billentyű morfológia és funkció, endocardium és pericardium rendellenességei tisztázására, mert mindezek befolyásolhatják a szükséges terápiát. A gyógyszeres kezelés mellett a geriátriai betegeknél is indokolt lehet kardiológiai intervenció, pl. coronaria stent behelyezése, billentyűcseré (amennyiben a szívsebészeti billentyűműtét túl magas kockázatú, egyes billentyű betegségek – aorta stenosis (TAVI) vagy mitralis billentyű elégtelenség (pl. Mitraclip) percutan módszerrel is kezelhetők. Jó eredményű a biventrikularis pacemaker alkalmazása dilatatív cardiomyopathiában, amennyiben indikációja fennáll (széles QRS-sel járó bal Tawara-szár block). A VAD (ventricular assist device) kezelés, illetve szívtranszplantáció alapvetően nem a geriátriai betegek kezelési módja, de a VAD-al élő, vagy szívtranszplantált betegek is egyre inkább elérik az idős kort [107-110].

Ajánlás75

Az akut szívelégtelenség azonnal kardiológiai ellátásba irányítandó. (A)

Az új kezelési módokra vonatkozó gyakorlati megfontolásokat az ESC 2016. évi irányelve tartalmazza [105].

Ajánlás76

A krónikus szívelégtelenség kialakulásának megelőzésére javasolt a társbetegségek (pl. hypertonia, diabetes mellitus) fokozott gondozása és a rizikófaktorok mérséklése. (A)

Egyre nagyobb hangsúlyt kap az idős betegek és hozzátartozóik edukációjának szükségessége is, a helyes életmóddal és rizikófaktorokkal kapcsolatban (fizikai aktivitás, tudatos táplálkozás, pontos gyógyszeresedés előnyeiről, valamint a dohányzás, alkoholfogyasztás hátrányairól [111, 112].

Ajánlás77

Az időskori krónikus szívelégtelenség kezelésére az angiotenzin konvertáló enzim-gátlók (ACEI), bétareceptor blokkolók (BB) és mineralokortikoid-receptor-antagonisták (MRA) változatlanul ajánlottak [105]. (A)

Ajánlás78

Az ESC 2016. évi irányelve a diabetes kezelésére már bevált, de a szívelégtelenséget is hatékonyan befolyásoló SGLT2-gátló (nátrium-glükóz kotranszporter 2) empagliflozin [113], illetve dapagliflozin [114] mind diabeteses, mind nem diabeteses HFrEF szívelégtelen betegeknek adható, de geriátriai tapasztalat, hogy idős betegek esetében megfontolandó az alkalmazás. (D)

A húgyúti problémákkal küzdő, beszűkült vesefunkciójú, esetleg inkontinens, nagyon idős betegeknél az SGLT2-gátlók adása, különösen a várható volumen depléció miatt óvatosságot igényel.

Ajánlás79

A krónikus szívelégtelenség gyógyszeresen jól kezelhető, de nagy odafigyelést igényel a korcsoportra jellemző sokszervi károsodások miatt. (B)

Gyakori vérnyomásmérés szükséges, mert a tartósan larvált hypotonia végzetes lehet (pl. elesések). Egyes gyógyszerek mellett rendszeres EKG-kontroll indokolt, pl. ivabradin csak sinusritmus mellett adható, megnyúlt PQ esetén a kezelés módosítandó (digitális, bétablokkolók) stb. Laborellenőrzés: pl. a vízhajtással kapcsolatos elektrolitok (különösen a K és Na), a vesefunkció, a vércukor, vérkép és a gyulladáshoz kapcsolódó paraméterek követése elengedhetetlen. Figyelni kell a neurológiai státuszra, mert pl. az antianginás hatású trimetazidin szedésekor extrapiramidális tünetek (remegés, nyálfolyás) jelenhetnek meg, korábban még nem manifesztálódott Parkinson-kórban vagy más extrapiramidális zavart okozó gyógyszer (pl. az időseknek gyakori tiapridal) egyidejű alkalmazásakor [115].

A pitvarfibrilláció

A krónikus szívelégtelenséggel összefüggésben, de önálló kórképként is a pitvarfibrilláció (PF), mint leggyakoribb időskori ritmuszavar az életminőséget és az élettartamot nem ritkán meghatározó kórkép.

Ajánlás80

A pitvarfibrilláció diagnosztizálására a geriátriában is törekedni kell, mivel a stroke és a szívelégtelenség veszélyét hordozza. A fizikális vizsgálat mellett az EKG elvégzése kötelező. (A)

A pulzusszám szerint lehet tachyarrhythmia, normofrekvens PF vagy bradyarrhythmia, fennállása szerint paroxiszmális (1 hét), perzisztens (1 héttől–1 év) és permanens (évek) [39].

Ajánlás81

Újonnan felfedezett pitvarfibrilláció esetén kardiológiai szakvizsgálat és echocardiographia elvégzése kötelező, mert vagy valvuláris PF, vagy nonvalvuláris PF állhat fent. Az anatómiai háttér, az áramlási és nyomásviszonyok tisztázása a terápiás döntés alapja (elektromos vagy gyógyszeres kardioverzió, ritmuskontroll vagy frekvencia kontroll, anticoaguláns választás stb.) [39, 116]. (A)

Ajánlás82

Tartós frekvenciakontroll szükséges állandósult pitvarfibrillációban, ilyenkor az akut ritmuszavarban indikált szerek (BB, digoxin) alkalmazhatók, az amiodaron kerülendő. Idős korban gyakoribb a bradycardia, ennek kezelésére pacemaker beültetésre lehet szükség [109, 116]. (B)

Ajánlás83

A pitvarfibrilláció kezelésében kiemelkedően fontos az antikoaguláns terápia. Ennek beállítása legtöbbször fekvőbetegosztályon történik. A hazabocsajtást követően a beteg otthonában is folytatni és kontrollálni kell [116]. (A)

Ajánlás84

Mitralis stenosis, mechanikus műbillentyű vagy beszűkült vesefunkció ($GFR \leq 30$) esetén mind primer, mind szekunder prevencióként elsősorban K-vitamin-antagonista adandó. Amennyiben a megfelelő antikoagulálás nem valósítható meg – a finanszírozási szabályok figyelembevételével – heparin is adható. Nonvalvuláris pitvarfibrillációban, biológiai műbillentyű, prae- és post-stroke állapot esetén direkt orális antikoaguláns (DOAC) kezelés preferálandó idős betegekben, még esendőség fennállása esetén is [117]. (B)

Ajánlás85

Stroke-prevencióra acetilszalicilsav adása nem javasolt [117]. (B)

Hypertonia kezelése idős multimorbid személyekben**Ajánlás86**

A különböző intenzitású antihipertenzív kezelések ajánlottak az idős betegeknek is. (A)

Ajánlás87

Hypertoniás 65–80 év között 140–159 Hgmm esetén antihipertenzív kezelés ajánlott, ha a személy fitt, általános állapota jó, majd a kezelést követően a vérnyomáscsökkenést „jól tolerálja”. (A)

Számos jól szervezett klinikai vizsgálat eredménye után (ESH- ESC 2018 guideline, MHT 2019 irányelv) került megfogalmazásra az ajánlás [118, 119].

Ajánlás88

A 80–85 évnél idősebbek körében 160 Hgmm felett ajánlott antihipertenzív kezelés. (B)

A 80–85 évnél idősebbek körében inkább csak 160 Hgmm felett indítandó antihipertenzív kezelés és több hónapon át lépcsőzetesen kialakított vérnyomáscsökkentéssel a 140-130 Hgmm vérnyomástartomány is elérendő, ha a beteg fitt és a lecsökkentett vérnyomásszinteket jól tolerálja (nincs szédülés, járásbizonytalanság, kognitív hanyatlás, felgyorsult vesefunkció-romlás stb.) [118, 119]. Vérnyomáscsökkentő kezelés abbahagyása csak azért, mert elérte a 80. életévet, nem javasolt, ha eddig a kezelést „jól tolerálta”.

Ajánlás89

Az idős korosztálybeli multimorbid betegeknél a nagyobb terápiás tanulmányok eredményeiből levonható következtetések még életkori sáv egyezés esetén is csak jelentős egyedi kritikai mérlegeléssel vehetők figyelembe. (B)

A 65 év feletti korosztály nagy részét, majd a 80–85 év feletti korosztály túlnyomó hányadát azonban nem a sikeres, vagy részben a normális öregedésre is jellemző fittség, jó keringési és fizikai állapot jellemzi, hanem több, vagy igen nagyszámú társbetegség jelenléte, enyhe, mérsékelt, majd határozottabb kognitív hanyatlás, jelentős számú gyógyszer-támadáspont alkalmazása, vagy túlgyógyszerelés és ezzel jórészt összefüggésben a frailty szindróma kockázatának növekedése, vagy éppenséggel a frailty szindróma előrehaladott érvényesülése mutatkozik nagymérvű mortalitási kockázattal [29–31, 120–125]. A fontos terápiás intervenciók tanulmányokba ezeket az idős korosztálybeli multimorbid betegeket jellemzően eleve nem vonták be, ami azt is eredményezi, hogy a nagyobb terápiás tanulmányok eredményeiből levonható következtetések még életkori sáv egyezés esetén is csak jelentős egyedi kritikai mérlegeléssel vehetők figyelembe az idős, vagy igen idős multimorbid betegek eseteiben [49, 126–128].

Ajánlás90

Elsősorban az igen idős korosztályban e többséget jelentő multimorbid, jórészt túlgyógyszerelt, gyakran alultáplált, egyensúly- és járásbizonytalan, jelentős hányadban már esendő idős személyeknél alapvetően lecsökken, vagy statisztikailag már nem igazolható a magas vérnyomás szint és a szövődmények, valamint az összmortalitás összefüggése, sőt a vizsgálatok jelentős hányadában fordított összefüggést mutat, ezért a kezelés módosítása mérlegelendő. (B)

A nagy nonszelektív obszervációs tanulmányok [129–138] csaknem egybehangzó eredményei alapján az ilyen korú és állapotú betegekben antihipertenzív kezeléssel igen óvatosan, csupán 150 Hgmm alá javasolt csökkenteni a szisztolés vérnyomást súlyos mellékhatások, általános állapotromlás-fokozódás (kísérőbetegségek előrehaladása, larvált orthostaticus hypotonia és súlyos traumákkal járó elesések, a non-CV- és/vagy az összmortalitás növekedése) elkerülésére. Ezzel lényegében összhangban van az ESC/ESH 2018 irányelv és az ezt leképező MHT2019 irányelv ilyen állapotokra igen röviden csak utaló, rugalmasan általánosító rész-ajánlása [118, 119]. Előrehaladottabb összszerkezeti károsodások eseteiben inverz hatást eredményezhet a szisztolés vérnyomásnak csupán a 150-140 Hgmm sáv tartományba való csökkentése is, sőt ilyen esendő állapotú 85 évnél idősebb személyekben még az ennél is enyhébb, akár csak 160 Hgmm alá történő mérséklése is [139–144].

Ajánlás91

Gondos individuális értékelés, valamint összehasonlító mérlegelés szükséges a hasznosnak ítéltető vérnyomáscsökkentés indítása előtt. (B)

A gondos individuális értékelésnek ki kell terjednie a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség mértékére, a genetikai hajlam, az igen gyakran 3–4 társbetegségnél jóval nagyobb fokú multimorbiditás és (kényszerű vagy hibás) túlgyógyszerelés következtében kialakult általános állapot hanyatlás, esendőség mérvére, egy-két súlyos társbetegség következtében a további életkilátás feltételezhető jelentős beszűkülésére, orthostaticus vérnyomáscsökkenés esetleges larvált vagy csak időnkénti (étkezés után stb.) jelenlétére, izolált szisztolés hipertónia esetén extrém nagy pulzusnyomás amplitúdó [136] tényére, ami vérnyomáscsökkentéskor hamar kritikusan alacsony diasztolés vérnyomásszintet eredményezhet, valamint potenciális kognitív hanyatlás mértékére [145], esetleg jelentős fokú demencia fennállására.

Ajánlás92

A nem kielégítően fitt idős személyek esetében akkor van megalapozottsága az antihipertenzív intervenciónak, ha a kardiovaszkuláris mortalitás kockázata az elkövetkező 10 évre eléri/meghaladja a 20%-ot, és a beavatkozást nem kontraindikálja az esendőséghez vezető biológiai károsodás, hanyatlás. (B)

Az öregedés előrehaladásával a hipertonia és szövődmények összefüggése is módosulhat, gyengül például a vérnyomás magassága és a stroke közötti korreláció [145], amely egyébként a fiatalabb korosztályok esetében a legszorosabb összefüggést jelenti a vérnyomásszint és a következményes célszervkárosodás között. Általában is, de főleg a már nem kielégítően fitt idős személyek esetében akkor van igazán a várható eredményesség szempontjából kielégítő megalapozottsága az antihipertenzív intervenció adott, többnyire kisebb mérvének, ha a kardiovaszkuláris mortalitás kockázata az elkövetkező 10 évre vonatkozóan eléri/meghaladja a 20%-ot és a beavatkozást, és azt nem kontraindikálja alapvetően az esendőséghez vezető vagy esendőséget súlyosbító előrehaladt összervezeti biológiai károsodás, biológiai hanyatlás [132].

Ajánlás93

Az előrehaladt atherosclerost mutató idős személyeknél gyakori az időskori izolált szisztolés hipertonia, ebben az esetben a vérnyomáscsökkentés során a diasztolés nyomásnak nem szabad 70-60 Hgmm alá süllyednie. (B)

Az összszervezetileg biológiailag jelentősen károsodott és előrehaladt atherosclerost mutató idős személyeknél igen gyakori az időskori izolált szisztolés hipertonia, következményesen igen nagy, néha akár 90-100 Hgmm-t is elérő pulzusnyomás amplitudóval [136].

Ilyen betegeknél a vérnyomáscsökkentés különleges óvatosságot és többnyire mérsékletességet is igényel, mivel szervezetükben a vérnyomáscsökkentés során a diasztolés nyomásnak nem szabad 70-60 Hgmm alá süllyednie. Ilyenkor ugyanis a vastagabb falú és szűkebb, valamelyest már nagyobb lokális perfúziós nyomást igénylő és autoregulációra már kevésbé alkalmas balkamrafali intramurális kis verőerek által biztosított nutritív keringés elégtelenné válik a szív diasztole fázisában [146].

Ajánlás94

A nem fitt egyéneknél (különösen, ha 3-4 társbetegség is fennáll), az antihipertenzív kezelés indításakor kiemelt fontosságú a lassú, kis léptékű, lépcsőzetes vérnyomáscsökkentés. (B)

Általában is, de még inkább a legalább 3-4 társbetegségben szenvedő, már nem fitt egyénnél, ha a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség mértéke alapján támogatott, rendszerint 140 Hgmm célértéknél magasabb vérnyomásszint elérését szolgáló antihipertenzív kezelést indítunk, kiemelt fontosságú a lassú, kis lépésekkel előrehaladó, időben akár 4-6 hónapra kiterjesztett lépcsőzetességű vérnyomáscsökkentés, és ennek során az igen gondos betegállapot ellenőrzés (nem alakul-e ki orthostaticus vérnyomáscsökkenés, vagy túlzott mérvű vérnyomásvariabilitás a só-víz háztartás és meteorológia függvényében időnkénti kritikus mérvű vérnyomássüllyedéssel, nincs-e fokozódott gyengeségérzet, nem tapasztalható-e szédüléshajlam, elesés, járás bizonytalanság és lelassulás, kognitív teljesítőképesség- és figyelemhanyatlás, gyorsult vesefunkció-romlás stb. [147–150].

Ajánlás95

A 80 évnél idősebb multimorbid, demens betegekben a vérnyomáscsökkentés már nem befolyásolja, sőt gyakran inkább rontja a demencia fokát. (B)

Gyakori a 80 évnél idősebb multimorbid betegekben a hipertonia és késői időskori demencia társulása. Ezzel kapcsolatban fontos annak ismerete, hogy a felnőtt középkori és valamelyest a korai időskori életszakaszban nyert tudományos vizsgálati tapasztalatokkal ellentétben a vérnyomáscsökkentés ebben az életkorban már nem befolyásolja, sőt igen gyakran inkább rontja a demencia fokát [151–158].

Ajánlás96

Az idős beteggel a későbbi eredményesség érdekében alapvető fontosságú a kezelés hasznának, mellékhatásainak vagy esetleg antihipertenzív kezelés nem indokolt voltának tudomásul vétele és elfogadása a beteg részéről. (B)

Mindenképpen szükséges a betegnek a kezelése által remélt állapot változási elvárásainak, és általában a továbbiakra vonatkozó preferenciáinak tisztázása is, és indokoltság esetén e tisztázásnak bármikor a megismétlése [18, 159, 160].

Ajánlás97

Az antihipertenzív szerek ajánlható támadáspontjai lényegében nem különböznek a korábbi korosztályoknál alkalmazható, a kísérőbetegségek által is esetleg módosuló preferenciájú támadáspontoktól, viszont két-háromnál több támadáspont alkalmazása kerülendő. (B)

Ebben a korosztályban viszont különleges figyelmet kell fordítani az orthostaticus hypotoniát könnyebben kiváltó támadáspontoknak az igen kismérvűnél nagyobb dózisu alkalmazásának (alfa- és beta-adrenerg receptor blokkolók, nonDH Ca-csatorna blokkolók, perifériás értágítók) kerülésére [161], az aktuálisan gyógyszerelt állapot ilyen irányú rendszeres tesztelésére, illetve két-háromnál több támadáspont alkalmazásának kerülésére [135].

A diabetes mellitus

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium által 2020-ban kiadott „A diabetes mellitus kórismezéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban” című egészségügyi szakmai irányelv a geriatriai gyakorlatban is mértékadónak tekinthető, ezért jelen irányelvünkben csak néhány kulcsmomentumra hívjuk fel a figyelmet [162].

Diagnózis**Ajánlás98**

A szénhidrátanyagcsere-zavar stádiumai és a diabetes mellitus diagnosztikus kritériumai idős és nagyon idős korban is azonosak a fiatalabb korosztályokban alkalmazottakkal. A szénhidrát-háztartás súlyosságának kategorizálásában jól hasznosítható a HbA1c-érték is [162]. (C)

Kezelés**Életmód-terápia****Ajánlás99**

Étrend összetevőinek arányát és szénhidrát-tartalmát minden esetben egyénre szabottan kell meghatározni [162]. (B)

Ajánlás100

Javasolt, hogy a cukorbeteg idősök is – szomatikus állapotukhoz igazodva – napi rendszerességgel fejtsenek ki fizikai aktivitást, ami legtöbbször sétát, kerti munkát jelent [162]. (A)

Gyógyszeres kezelés:**Ajánlás101**

A diabetes mellitusban szenvedő idős betegek esetében is ajánlott a HbA1c kezelési céltartományának meghatározása. (C)

Idősök esetében ez rendszerint a 6,5–8,0% sávba, annak is a felsőbb régiójába esik. 80 év felett, szövődményekben vagy társbetegségekben szenvedő, rövidebb várható élettartammal rendelkezők esetén esetenként a 8,0% feletti HbA1c-célérték is elfogadható [162].

Ajánlás102

Életvégi ellátás esetén a céltartományban való maradás helyett a tüneteket okozó hyperglykaemia elkerülése az ajánlott kezelési cél [163]. (C)

Ajánlás103

A 2-es típusú cukorbetegség vércukorcsökkentő kezelése szekvenciális természetű. Egymásra épülő kezelési lépésekből áll, amely mindkét irányban, a gyógyszerelés bővítése („felépítő” kezelés) és csökkentése („leépítő” kezelés) irányában is történhet [162]. (C)

Ajánlás104

Az antidiabetikus terápia megválasztásakor a legfontosabb mérlegelési körülmény az, hogy olyan készítményeket kell választani, amelyek nem növelik a hypoglykaemia kockázatát [162–164]. (A)

Ajánlás105

Jó vesefunkció esetén a metformin időskorban is az elsőként választandó szer [162]. (A)

Vesefunkció-beszűkülés esetén (30-44 ml/min/1,73 m²) a metformin dózisa csökkentendő. Ellenjavallt a metformin adása, ha eGFR értéke < 30 ml/min/1,73 m² [162].

Ajánlás106

A szulfanilureák alkalmazása fokozott hypoglykaemia-veszély miatt idősgyógyászatban nem javasolt [165, 166]. (D)

Ajánlás107

Hypoglykaemia veszélye miatt időskorban az inzulin-kezelés – ha csak lehetséges – kerülendő. (A)

Ha az inzulin adása elkerülhetetlen, GLP-1-RA + bázisinzulin fix kombináció, BOT rendszer (BOT: szájon át szedhető gyógyszer bazális inzulinnal kiegészítve), vagy a kétszeri adagolású előkevert (premix) inzulin adandó [162].

Gondozás**Ajánlás108**

A cukorbeteg idős szakos, rendszeres ellenőrzése, gondozása a diabetes felismerésétől kezdődően életük végéig indokolt [162]. (A)

Diszlipidémia, szív-érrendszeri kockázat csökkentése, statinkezelés idős multimorbid betegekben**Ajánlás109**

Az LDL-C és más koleszterinben gazdag, ApoB-tartalmú lipoproteinek meghatározó jelentőségű szerepet játszanak az atheroscleroticus plaque képződésében, ezért vérszintjük csökkentésére kell törekedni. Vérszintjük csökkentése gátolja a más kockázati tényezők által is elősegített atheroscleroticus verőérbetegség kialakulását, fékezi annak progresszióját [167]. (A)

Ajánlás110

Mivel a magasabb összkoleszterinszint esetében minden életkorban magasabb a koszorúér-betegség eredetű elhalálási ráta, és az életkor előrehaladásával nő ennek a mortalitásnak a kockázata, idős korban ugyanazon szintű diszlipidémiának nagyobb abszolút mortalitási kockázatot kell tulajdonítanunk [168]. (B)

Ajánlás111

A nagyszámú vizsgálat átfogó elemzésére alapozó ESC-EAS (European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society) következtetéseknek megfelelően a diszlipidémia és következményeinek mérséklése ajánlott [169]:

- fokozott fizikai aktivitással az LDL-C (B) és a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a telített zsírsav (A) és a koleszterin (B) bevitelének csökkentésével az LDL-C csökkentése,
- a transz-zsír-fogyasztás kerülésével az LDL-C csökkentése (A),
- növényi rostok és fitoszteroidok bevitelének fokozásával az LDL-C csökkentése (A),
- az alkoholfogyasztás mérséklésével a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a szénhidrátbevitel redukciójával a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a nagyfokú testsúly csökkentésével (A), mely program végrehajtását nehezítheti több időskori degeneratív betegség egyidejű jelenléte [170].

Ajánlás112

Míg 75 év alatti életkorú, atheroscleroticus ér- és célszervkárosodásuktól mentes idős személyek esetében a kórosan megemelkedett LDL-C-szint statin vagy más gyógyszeres intervencióval történő mérséklésével hosszabb távú sikeres primer prevenciót tudunk biztosítani [169] (A), több, nem kardiovaszkuláris (CV) kórfolyamat jelenléte esetén ennek az elsődlegesen védő hatásnak az eléréséhez szükséges további élet-idő

elégtelensége, valamint a sokirányú kórfolyamatok és nagyszámú gyógyszerelésük interakciói miatt már bizonytalanabb a siker, ezért gondos egyéni mérlegelés szükséges [170]. (C)

Ajánlás113

75 év feletti, multimorbid, de atheroscleroticus kórfolyamattól mentes diszlipidémiás betegek esetében statinnal történő LDL-C-csökkentés révén CV primér prevenció próbálkozás – az ESC/EAS 2019 és ACC/AHA 2018 irányelvekre is figyelemmel – nem javasolt [169, 171]. Korábbi, problémamentes kezelés folytatása is csak megfontolva, megfelelő dóziscsökkentéssel ajánlott. (B)

Minél több, és minél inkább progrediált nem CV társbetegségben szenved a beteg, annál bizonytalanabb az intervenció hasznossága [170].

Ajánlás114

A 65 év feletti életkorú, diszlipidémiás, atheroscleroticus verőér-kórfolyamatban szenvedő betegek esetében (80–85 évig bezárólag) a célszervi történésekben, a CV és ösztörtalitást szignifikánsan mérséklő hatású a szekunder CV prevenció, a statin és egyéb gyógyszeres beavatkozással történő LDL-C-szint csökkentés [169, 171]. (A)

Ajánlás115

A fiatalabb korosztályoknál alkalmazott, a CV kockázat mérvére alapozott LDL-C-célszintek korrekciója, az antilipid gyógyszerdózis csökkentése csak kis mértékben szükséges akkor, ha maximum 2-3, alig progrediált, alig kezelt nonmalignus idült társbetegség áll fenn, azonban ennél nagyobb számú és súlyosságú kezelt társbetegség esetén egyéni mérlegeléssel (várható élethossz, életminőség stb.) a statinterápia nagyobb egyedi korrekciója szükséges [170]. (B)

Ajánlás116

CV kockázat mérvére alapozott terápiás LDL-C-célszint ajánlások társbetegségek nélküli hyperlipidémiás, 65 év alatti életkorú betegek esetében, amelyekre a 115. ajánlás utal, és amelyeknek arányos (enyhítő) módosítása szükséges különböző mérvű és progrediáltságú multimorbiditás esetén:

- Magas CV kockázat esetén a LDL-C-csökkentés célszint: < 1,8 mmol/l [172, 173];
- Közepes CV kockázat esetén: < 2,6 mmol/l [172, 173];
- Alacsony CV kockázat esetén: < 3,0 mmol/l [174]. (A)

Ajánlás117

Hazai szakközlemény a statinterápia megkezdése előtt szükséges laborvizsgálatokként az éhgyomri lipidpanel, TG, HDLC, LDL-C, máj-vesefunkciós értékek, vércukor, CRP, CK vizsgálatok elvégzését jelöli meg, a kontrollvizsgálatokat pedig időskorúak részére az 1–3–12. hónapban javasolja [175]. Multimorbid betegek esetében azonban a 3. hónap után a további kontrollvizsgálatok gyakorisága a társbetegségek számától és előrehaladottsági fokától függően inkább negyed/félévente történjen, vagy soron kívül, ha máj-vese-izomkárosodásra utaló panaszok, jelek mutatkoznak, és az eredmények értékelése, a terápiás döntések a 2-10 számú ajánlásaink útmutatása szerint történjenek. (C)

A legtöbbet vitatott izompanaszok észlelt gyakorisága az adott vizsgálatokba bevontak életkora és állapota alapján erősen változó, 1% alatti értéktől akár 4%-ig is terjed [176, 177].

Pajzsmirigybetegségek

A hypothyreosis terápiája

Ajánlás118

A csökkent pajzsmirigyműködést a szükségleteknek megfelelően pótolni kell (A).

A leggyakrabban a szintetikus levothyroxint alkalmazzák, melyből elegendő T3 képződik a periférián, így annak külön adására nincs szükség. A levothyroxin dozírozásánál figyelembe veendő, hogy idős betegekben 20-30%-kal alacsonyabb dózis elegendő annál, mint amit középkorú felnőtteknél alkalmaznak. Általában a kezdő dózis 0,025 mg, mely 4-8 hetenként 0,025 mg-mal emelhető [178].

A terápia célja a TSH szintjének normalizálása, 8-12 hetenként szükséges a TSH meghatározása. A normál szint elérése után elegendő az évenkénti kontroll. Időskorban gyakran találkozunk normális fT4-fT3-érték mellett mérsékelten

emelkedett TSH-értékkel (6,0–10,0 mU/L). Ez subclinicus hypothyreosisra utal, de amennyiben a hypothyreosis klinikai tüneteit nem észleljük, a substitutios dózist nem szükségszerű emelni, elkerülendő az esetleges szívritmuszavarokat, osteoporosist, angina pectorist, myocardialis infarctust, pangásos szívelégtelenséget, arrhythmiát [178].

Subclinicus hypothyreosis

Ajánlás119

Amennyiben a lipidparaméterek kifejezett emelkedést mutatnak, illetve a szérum TSH > 10 mU/l, a substitutios kezelés indokolt. (A)

Idősekben gyakori, női dominancia jellemzi, 65 éves kor felett a prevalenciája 12-15% [179]. Leggyakrabban krónikus lymphocytás (Hashimoto) thyreoiditisben alakul ki, de hyperthyreosis kezelése után is kifejlődhet. A betegséget az esetek jelentős részében enyhe tünetek kísérik; depresszió, kognitív zavarok, a myocardium kontraktilitásának csökkenése hívhatja fel rá a figyelmet.

A szubsztitúció lényegében megfelel az előző bekezdésben leírtaknak [178]. Idős betegeknél kerülni kell a polypragmasiát, a kezelésük kiegészítése levothyroxinnal tovább növeli a gyógyszerkölsönhatások lehetőségét. A levothyroxin a következő gyógyszerekkel léphet interakcióba: β -blokkolók, amiodaron, antikoagulánsok, digitális. Hat hét után TSH-kontroll szükséges. A levothyroxin kezelés során komplikációk léphetnek fel, melyeket idős betegek rosszul tolerálhatnak. Leggyakrabban iatrogen thyreotoxicosissal találkozunk, mely pitvarfibrillatiót és osteopeniát okozhat, illetve fokozódhat a myocardialis ischaemia is.

Myxoedemás kóma

Ajánlás120

A terápiát azonnal meg kell kezdeni, 0,3-0,5 mg L-Thyroxin adandó lehetőleg intravénásan, a fenntartó dózisként 0,05-0,1 mg-ot adhatunk. (A)

Amennyiben a hypothyreosis súlyos fokú és hosszú ideje fennáll, myxoedemás kóma is jelentkezhet. A következő tünetek hívhatják fel a figyelmet: hypotensio, bradycardia, hypothermia, hyponatraemia, hypoglykaemia. A beteg állapotának javulásáig corticosteroid adandó infúzióban, Solu-Cortef 100 mg szükség szerint ismételve, a klinikai tünetek: vérnyomás, folyadék-elektrolit egyensúly figyelembevételével [178].

Hyperthyreosis

Ajánlás121

Időskorban a nagyobb műtéti kockázat miatt a konzervatív kezelést részesítik előnyben. A választandó kezelési mód a radiojód terápia. (A)

Thyreostaticumok hosszú távú alkalmazását általában nem javasolják nodosus golyva esetében, mivel a gyógyszer csökkentése, illetve megvonása relapszust, illetve állapotrosszabbodást idézhet elő. Ismert, hogy a radiojód nem azonnal fejti ki hatását, a kezelés elején a sugárzás hatására ún. radio-thyreoiditis fejlődhet ki. A kezelés a multimorbiditás jeleként megjelenő tachycardia és egyéb ritmuszavarok miatt β -blokkolóval egészítendő ki. Propranolol, atenolol vagy nebivolol csökkenti a T4 T3-má történő konverzióját. A hatás kialakulásához a β -blokkoló minimum egy héten át történő alkalmazása szükséges. Mivel a pitvarfibrilláció az embolisatio veszélyét fokozza, a betegnek antikoaguláns gyógyszert is kell ez esetben kapnia. Az első választás az LMWH és csak jó compliance esetén térjünk át per os antikoagulálásra, (pl. NOAC). A jódexpozíció azonnali megszüntetése szükséges [180].

Szubklinikus hyperthyreosis

Ajánlás122

A szubklinikus hyperthyreosisban szenvedő idős beteg kezelésre szorul a cardiovascularis komplikációk és a csonttörések megnövekedett rizikója miatt. (A)

Normál fT3- és fT4-szintekhez csökkent TSH-szint társul. A leggyakrabban autonóm pajzsmirigy adenoma és multinoduláris golyva esetében látunk progressziót manifeszt hyperthyreosisba, vagy nem megfelelően beállított levothyroxin szubsztitúciós terápia áll a háttérben. A betegek többsége tünetmentes, vagy csak enyhe tünetei vannak. A szubklinikus hyperthyreosisban szenvedő páciensek 4-17%-ában találkozunk pitvarfibrillációval [180].

Thyreotoxicus krízis

Ajánlás123

A thyreotoxicus krízis életveszélyes állapot, azonnali kezelést igényel. (A)

A hyperthyreosis legsúlyosabb formája a thyreotoxicus krízis. Az érintett pácienseknek legtöbbször golyvájuk és szemtünetük van, és már több éve szenvednek hyperthyreosisban. A thyreotoxicus krízist provokálhatja infekció, trauma, sebészeti beavatkozás. A páciensnél sopor, illetve kóma is kifejlődhet. A halál beálltát súlyos hypotensio előzheti meg. Sajnos a thyreotoxicus krízis diagnózisát is megnehezíti, hogy tünetei nem specifikusak.

A terápia céljai a következők: a vérben keringő pajzsmirigyhormonok szintjének csökkentése, a pajzsmirigyhormonok perifériás hatásának antagonizálása, a thyreotoxicus krízis során fellépő szervi elégtelenségek kezelése, a precipitáló faktor megtalálása és eliminálása [181]. A terápia nagy dózisu thyreostaticum (4 óránként 200 mg propylthiouracil) vagy thiamazole (3x40 mg), kálium-jodid, propranolol, hydrocortison (100-300 mg i.v. majd 6 óránként, hogy megakadályozzuk a pajzsmirigyhormonok kiáramlását a pajzsmirigyből és a T4 konverzióját T3-má a periférián), intravénás glükózoldat, B-vitamin-komplex adásából áll, melyet kiegészíthetünk a beteg hűtésével. Súlyos esetben cardiopulmonális resuscitatio válhat szükségessé. Ahol arra lehetőség van, plazmaferézis is alkalmazható [182].

Depresszió, demencia

Az időskori depresszió aluldiagnosztizált, a demencia mellett a leggyakoribb pszichiátriai kórkép. A tünetek nem típusosak, larvált formában jelentkeznek. Hazánkban a 60 év felettiek 15%-át érintheti. Magyarországi reprezentatív felmérés szerint enyhe-középsúlyos tünetek az idősök 41%-ánál kimutathatók, klinikailag jelentős tüneteket 23%-uknál találtak, náluk a depresszió valószínűsíthető [183].

Depresszió kezelése

Ajánlás124

Idős, multimorbid betegekben az antidepresszánsok felírásakor feltétlenül figyelembe kell venni a fennálló krónikus betegségeket, azok mértékét, és az adott antidepresszáns ezekre gyakorolt lehetséges mellékhatásait, mivel nincs elegendő támogató bizonyíték az egyes antidepresszánsok használatáról és más gyógyszerekkel való interakciójáról társbetegségekben szenvedő multimorbid betegekben. Ez aláhúzza a kollaboratív ellátás fontosságát középsúlyos és súlyos depresszióban szenvedő multimorbid betegben, különösen a korábbi terápia sikertelensége esetén [48]. (A)

A szerotoninszintet befolyásoló gyógyszerek, pl. a sertralin diabetes mellitusban csökkentheti a vércukorszintet, a paroxetin fokozott elővigyázatosságot igényel 65 év felettiekben és súlyos máj- és vesebetegség esetén (ezért maximális dózisa 40 mg), az agomelatin pedig 75 év felett nem alkalmazható annak hatástalansága miatt, cukorbetegség esetén konzultálni kell a háziorvossal. A duloxetin hatóanyag idősöknek szintén nem ajánlott, mellékhatásai okán: hyperglycaemia, szuicid készlettség, alvászavar, hallucináció. A citapram szívbetegéknél megfontolandó a QT-szakaszt megnyújtó hatása miatt.

Ajánlás125

Az SSRI-k kockázat/haszon arány szempontjából előnyben részesítendő az idős, multimorbid betegekben is, de figyelembe kell venni, hogy fokozzák a gastrointestinalis vérzések kockázatát [184]. (A)

Heparinnal vagy warfarinnal kezelt betegben nem adhatók.

Aspirinnal vagy NSAID-kezelt betegekben javasolt gastroprotectív szer együttes adása, vagy megfontolandó ilyen szempontból biztonságosabb szer választása (triciklikus antidepresszáns vagy MAOI).

Ajánlás126

A gyógyszerinterakciók miatt az antidepresszáns kezelés során figyelembe kell venni, hogy az SSRI-szerek kerülendők a migrén kezelésére adott triptánok, valamint a MAOB-inhibitorok adása esetén is. (A)

A fluvoxamin helyett más szer (pl. setralin) választandó, ha a beteg theophyllint, clozapint vagy methadont szed [184].

Ajánlás127

Komorbid depresszió esetén az anxietas csökkentése gyakran javítja a depresszív tüneteket, ezért ilyenkor először a szorongás kezelése javasolt [184]. (A)

Ajánlás128**A depresszió gyógyszeres kezelése mellett kiemelten fontos a pszichoterápia is, különösen a gyógyszeres kezelés sikertelensége vagy intolerancia esetén. (A)**

Pszichológus segíthet a megoldási lehetőségek felszínre hozatalában. Empatikus személyisége jó hatású lehet. A család bevonásával tervek készíthetők az idős ember aktivizálására, a hasznosságérzés erősítésére [184].

Demencia**A demencia diagnózisa**

Fontos a gyakori komorbiditás keresése (hypertonia, ritmuszavarok, hypacusis), illetve a pszichés tünetek (delírium, depresszió, felborult alvás-ébrenlét ciklus) és a társuló szomatikus tünetek felismerése (kiszáradás, traumák, infekciók). Fizikális vizsgálattal egyéb betegségekre utaló jelet észlelhetünk (alkoholabúzus, parkinsonos jelek).

Szükséges vizsgálatok

- Laborvizsgálat: máj- és vesefunkciós értékek, diabetes mellitus vizsgálata, TSH, B12-vitamin-szint.
- Eszközös vizsgálatok: koponya CT, MR (fokális agybántalom kizárása), SPECT, agyi vérátáramlás vizsgálata, vaszkuláris demencia gyanúja esetén PET-vizsgálat.
- Ha Alzheimer-kór merül fel vagy presenilis demencia, pl Pick-betegség, akkor azt céltotán kell vizsgálni, EEG szükséges Creutzfeldt-Jacob betegség és időskori epilepszia esetén, Doppler-vizsgálat kell, ha vaszkuláris okra gondolunk.

Súlyossága alapján lehet enyhe, közepes, súlyos demencia.

Felmérés: MMSE, módosított Hachinski-skála, Barthel-index, órateszt, GDS (geriátriai depresszió skála) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok fejezetben a 3., 4. és 12. számú kérdőív). Pseudodemenciától való elkülönítésben segít a CT, MRI vizsgálat, ill. speciális kérdések [41], táblázatok alkalmazása (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 7. táblázat).

A demencia kezelése**Ajánlás129****A demencia kezelésében kiemelten fontos:**

- **a primer prevenció hangsúlyozása** (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok 5. ábra)
- **a lehetőség szerint nem-gyógyszeres, magatartásterápiás attitűdű gondozás. (D)**

Cél a demencia tüneteinek enyhítése, a betegség által okozott szenvedés mérséklése. Az Alzheimer-kór gyógyszeres kezelése arra kijelölt centrumokban pszichiáter vezetésével történik. (2003-tól dementia centrumok álltak fel) [41].

Ajánlás130

Az Alzheimer típusú és vaszkuláris demenciák kockázati tényezői gyakorlatilag megegyeznek a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel (magas vérnyomás, magas LDL- koleszterin, diabetes). Vaszkuláris demencia, metabolikus syndroma esetén a vérnyomás, a vércukor, a vérszirsint optimalizálása, testsúlycsökkentés jön szóba. Stroke prevenciója céljából vérnyomásrendezés, sinus ritmus stabilizálása, PF esetén antikoaguláció, tehát kardiovascularis rizikócsökkentés javasolt [41]. (B)

Ajánlás131

Középsúlyos Alzheimer-betegség kezelésében kimutathatóan jobb a placebónál a donepezil, a rivastigmin (ezek a leggyakrabban felírtak), melyek jelentősen lassítják a folyamat előrehaladását, ugyanakkor elhagyásuk esetén rohamos leépülés figyelhető meg. Középsúlyos és súlyos formában a memantin adható [41]. (B)

Ajánlás132

A donepezil és galantamin vaszkuláris, a rivastigmin (acetilkolin-észteráz gátlók) a Parkinson-kórral társuló demenciában is kedvezőbb hatást gyakorolnak [41]. (B)

Ajánlás133

A placebónál kedvezőbb hatás várható a külön megjelölés nélküli demencia kognitív tüneteire a nimodipin, nicergolin, dihidroergotoxin, propentophyllin, piracetam és Ginkgo biloba hatóanyagú készítményektől [41]. (C)

Ajánlás134

A demenciához társuló pszichotikus állapotok gyógyszeres kezelésekor figyelembe kell venni, hogy agitáció ellen adott antipszichotikum idős korban gyakoribb és súlyosabb extrapiramidális hatásokat okozhat. Parkinsonos tüneteket mutató betegnél alacsony adagban clozapin vagy egyéb, atípusos antipszichotikum javasolható, de tekintettel kell lenni e szerek antikolinerg és ortosztatikus hypotensiot okozó mellékhatásaira is [41]. Amennyiben az extrapiramidális mellékhatások tolerálhatóak, alacsony adagban haloperidol (0,5-2 mg/die) vagy risperidon (0,25-1,5 mg/die) jön szóba. (B)

Tiaprid adásakor szív-érrendszeri betegség esetén fokozott elővigyázat szükséges, veseelégtelenségben csökkenteni kell a GFR függvényében. A haloperidolt ma már ritkán alkalmazzuk. Alacsony vérnyomást, QT intervallum megnyúlását és/vagy kamrai arrythmiát okozhat. Hirtelen halál is felléphet főleg hypokalaemia esetén, hyperthyreosisban felerősödik a hatása. Quetiapin diabetes mellitus esetén emelheti a vércukorszintet, szívritmuszavar esetén lehetőleg ne adjuk, QT-szakaszt nyújtó hatása lehet. A carbamazepin csökkenti a hatását. Olanzapinot csökkentett adagban célszerű adni máj-vesebetegség, 65 felettek esetében [41].

A malignus daganatos betegségben szenvedő idős beteg onkológiai kezelés előtti állapotfelmérése**Az átfogó onkogeriatríai értékelés**

Jelenleg nem rendelkezünk olyan, precízen mérhető biomarkerrel, amivel az idős ember élettani/funkcionális életkorát kellő pontossággal meg tudnánk határozni. Ezért az onkológiai kezelésekre várható életkor-specifikus tolerálhatóságának megítélésére funkcionális tesztek sorát kell elvégezni, amit összefoglalóan a továbbiakban átfogó onkogeriatríai értékelésnek nevezünk. Az onkogeriatríai értékelés egy komplex, multidiszciplináris sokdimenziós vizsgálatsorozatot jelent, amelynek során átfogó képet nyerhetünk az idős ember funkcionális képességeiről és tartálékairól, fizikai teljesítő képességéről, tápláltsági állapotáról, kísérő betegségeiről, kognitív és pszichológiai állapotáról és a várható szociális támogatásról [185, 186].

Ajánlás135

Az átfogó onkogeriatríai értékelés alapjául szolgáló minimális adatsor használata az idős daganatos betegek onkogeriatríai értékelésénél javasolt [187]. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 8. kérdőív, és 1.3. Táblázatok 8. táblázat)

Funkcionális státusz

A funkcionális státusz jellemzésére a mindennapi onkológiai gyakorlatban leginkább az ECOG-skálát és/vagy a Karnofsky-indexet használják (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 7. számú kérdőív és a 1.5. Egyéb dokumentum 4. számú index). Az ECOG-skála terjedelme 0-5 (0 a legjobb), a Karnofsky skálájé 0-100 (100 a legjobb). A skálán mért érték durva megközelítésben használható arra, hogy a betegnek a tervezett kemoterápiás kezeléssel kapcsolatos teherbíróképességét, toleranciáját felmérjük. Első megközelítésben a Karnofsky 80-100, illetve az ECOG 0-1 betegek alkalmasak aktív onkológiai, kemoterápiás kezelésre.

Az átfogó onkogeriatríai értékelést igénylő betegek kiválasztása**Ajánlás136**

Ideális körülmények között valamennyi idős daganatos betegnek át kell esnie a fentebbiekben körvonalazott átfogó onkogeriatríai értékelésen [187]. (A)

Ajánlás137

Amennyiben valamennyi idős daganatos beteg átfogó onkogeriatríai értékelésére kapacitás/időhiány miatt nem kerülhet sor, arra kell törekedni, hogy kiszűrjük azokat a daganatos betegeket, akik esetében az átfogó onkogeriatríai értékelésre a legnagyobb szükség van. (A)

Ehhez a szűrővizsgálathoz ma már rendelkezünk olyan, gyorsan (rendszerint 5 percen belül) elvégezhető tesztekkel (G8, Vulnerable Elders Survey-13 – VES-13), amelyek segítségével jó hatásfokkal találhatjuk meg az átfogó onkogeriatríai értékelésből leginkább profitáló betegeket [188–191]. Egyszerűsége és magas szenzitivitása miatt a szűrőtesztek közül a G8 kérdőívet emeljük ki [192] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok a 8. számú kérdőív).

A várható élettartam becslése

Ajánlás138

Az onkológiai kezelés indításakor javasolt megbecsülni, hogy az egyéb – nem daganatos – kísérőbetegségek ismeretében mennyi a beteg várható élettartama. (A)

A várható élettartam becslésének elmaradása az onkológiai kezelésről történő indokolatlan lemondáshoz, máskor a beteg állapotához mérten felesleges túlkezeléshez vezethet. A várható élettartam becslésére szolgáló különböző módszerek közül a legjobbnak a Lee- és a Schönberg indexeket, valamint az ePrognosis internetes felületet tartják [193]. Ezek pár egyszerű, a beteg életkorára és nemére, és/vagy fizikai teljesítőképességére, tápláltsági állapotára, kognitív funkciójára vonatkozó kérdést tesznek fel, amiből a várható élettartamot kalkulálják.

A daganat ellenes kezelés várható toxicitásának becslése

Az idős betegek onkológiai kezelése során kialakuló toxicitás esélye fokozott.

Ajánlás139

A toxicitási kockázat felmérésére két egyszerű, internetes felületen is elérhető kalkulátor áll rendelkezésre (angol nyelven), használatuk javasolt. (B)

A CARG kérdőív 65 év feletti daganatos betegeken alkalmazható (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 9. számú kérdőív) [194]. 11 egyszerű, akár az intelligens beteg által is megválaszolható kérdést tartalmaz, kivitelezési ideje <5 perc (Cancer and Aging Research Group (CARG) [195].

A CRASH modellt 70 év feletti daganatos betegekre dolgozták ki. Hét egyszerűen mérhető, funkcionális teszteket is magában foglaló paraméterből számolja a kemoterápiás kezelésből származó súlyos toxicitás esélyét [196] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 10. számú kérdőív). Időigénye 20-30 perc, elérhető online is [197]. A két rendszer teljesítőképessége közel azonos [198, 199].

Clostridium difficile időszerű betegekben

A multimorbid geriátriai betegekben minden nozokomiális hasmenésnél mérlegelni szükséges a Clostridium difficile infekció (CDI) fennállásának lehetőségét, egyrészt mert a leggyakoribb nozokomiális fertőzés, melynek jellemzője a gyakori kiújulás [200-2068], másrészt ebben a betegcsoportban rövid időn belül életet veszélyeztető állapotra fejlődhet, jelentős fizikai és pszichés terhelést okozva a betegnek. Gondolni szükséges a hasmenéssel nem járó ún. „silent CDI” esetek fennállásának lehetőségére is [204].

Prognosztikus tényezők

Ajánlás140

Vizsgálni szükséges azokat a prognosztikus tényezőket, amelyek növelik a súlyos CDI kialakulásának kockázatát. (D)

Az alábbi prognosztikus tényezők determinálják a súlyos CDI-t, illetve növelik a kialakulás kockázatát: életkor (> 65 éves); leukocitózis (> 15x10⁹/l leukocitaszám); csökkent albuminszint; növekvő szérumszint kreatinin szint (a beteg alapszintjének 1,5-szerese); comorbiditás (súlyos betegség és/vagy immundeficiencia) [200].

Ajánlás141

Vizsgálni szükséges azokat a prognosztikus tényezőket, amelyek növelik a CDI újbóli megjelenésének kockázatát. (D)

Az alábbi prognosztikus tényezők determinálják, illetve növelik a rizikóját az újbóli megjelenésnek: életkor (> 65 éves); folyamatos antibiotikus kezelés; comorbiditás (súlyos betegség) és/vagy veselégtelenség; az előzményekben CDI betegség (> 1 alkalommal); antacid gyógyszerek egyidejű használata (protonpumpa inhibitorok); a betegség kezdeti súlyossága [200].

Kezelés

Ajánlás142

A kezeléseket a CDI tünetei súlyosságának, illetve az újabb epizódok gyakoriságának figyelembevételével szükséges kiválasztani [200–202, 204, 205, 207–209]. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 9. táblázat)

A főbb kezelési séma: metronidazol vagy vancomycin és szükség esetén szupportív terápia (IV folyadék- és elektrolitpótlás és trombembóliás profilaxis).

A decubitus (nyomási fekély)

Az életkor előrehaladásával a centrális és perifériás kemoreceptorok érzékenysége csökken, a magas életkor ennek következtében rizikófaktornak számít. Hosszantartó betegségek hozzájárulnak a csökkent mozgásképességhez és a testtömegcsökkenéshez. A korral fokozódó sarcopénia, az izomerő csökkenése és a frailty számos sejszintű és szervi változást hoznak létre, amelyek fokozzák a kockázatot. Fogyatékos, esendő, idős népességben több tényező szinergikusan működik.

Megelőzés

Ajánlás143

Az idős, multimorbid geriátriai betegnél a decubitus kialakulásának és súlyosbodásának megelőzéséhez szükséges a kialakulásával összefüggő közvetlen és közvetett kockázati tényezők felmérése, és a súlyossági szint megállapítása, továbbá a hosszantartó fekvőbeteg-ellátásra szoruló időseknél a felmérés rendszeres megismétlése [42–47, 210, 211]. (E)

Rizikófaktorok

Ajánlás144

Mozgáskorlátozottaknál és korlátozott aktivitású személyeknél dörzsölés vagy nyíróerő hat a bőrre és a bőr alatti szövetekre, és ezek növelik a nyomási fekély kialakulásának kockázatát. (A)

Például, a napi forgatás során, vagy amikor a beteg lecsúszik az ágyban, a bőr rétegeire nyíróerő hathat a tapadás, a húzás vagy a dörzsölődés miatt. Emiatt különösen az idős, multimorbid betegeknél az ápolóknak a napi gondozás során javasolt tapadást, húzást, dörzsölést csökkentő eszközöket vagy módszereket használniuk a nyomási fekély megelőzésére [46].

Ajánlás145

Diabetes mellitus a nyomási fekély kialakulásának kockázatát növeli, ezért fokozott gondozás szükséges. (A)

További rizikófaktorok: immobilitás, bőrpír, bőrsérülések, vazopresszorok, akut betegségek, kritikusan hosszú ápolási időtartam, bőrhőmérséklet, inkontinencia, oxigéndeficit, táplálkozási problémák, nedves bőr, magas életkor, szenzoros károsodás, demencia [45, 46].

Decubitus rizikó felmérése

A decubitus rizikójának felmérése alkalmazható skálák a Braden- és a (Bővített) Norton-skála (XI. MELLÉKLET, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok fejezetben a 11. számú kérdőív, 1.3. Táblázatok 10. táblázat).

Súlyossági fokozatok, stádiumbeosztás

A súlyossági szintek I–IV. stádium szintig terjednek, a XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 11. táblázat összefoglalja az egyes stádiumokra jellemző tüneteket.

Kezelés

Ajánlás146

A decubitus stádiumtól függően komplex, személyre szabott kezelése szükséges idős korban. (A)

- folyamatos ápolás, rendszeres testhelyzet-változtatás, mobilizáció,
- prevenció és nyomáscsökkentő eszközök használata,

– korszerű sebkezelési technikák alkalmazása – időben és adekvátan megkezdett táplálásterápia. Ápoló, szakápoló, decubitus koordinátor, decubitus team, gyógytornász, dietetikus és táplálási team segítheti az orvosi kezelést [42, 44–47].

Ajánlás147

Végezzen átfogó fájdalomfelmérést és értékelést a nyomási fekélyvel rendelkező személyeknél [46]. (B)

Táplálásterápia nyomási fekély esetén

Ajánlás148

Átfogó tápláltsági állapotfelmérés javasolt azoknál a személyeknél, akik malnutrició szempontjából veszélyeztetettek, és fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata. (B)

Azon multimorbid geriátriai betegeknél, akiknél fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata, a kezelőorvos felelőssége, hogy ellenőrizze az ápolói kompetenciába tartozó szűrések/felmérések megtörténtét és eredményét, ezek a következők: decubitus rizikójának felmérése, malnutrició rizikójának szűrése. Amennyiben az adott intézmény dietetikust is alkalmaz, akkor a részletes tápláltsági állapot felmérés megtörténtét és eredményét dokumentálni kell [46, 212].

Ajánlás149

Személyre szabott táplálási terv készítése és implementálása javasolt azoknál a személyeknél, akik malnutrició szempontjából veszélyeztetettek és fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata. (B)

A táplálásterápiás beavatkozás megtervezését időseknél multimodális elvek alapján egy multidiszciplináris team segítségével javasolt kidolgozni azon célból, hogy adekvát tápanyagbevitellel javítható legyen a tápláltsági állapot, a funkcionális státusz és a kimenetel [6]. Különös gondossággal kell eljárni a multimorbid, idős betegek táplálásterápiájának megtervezése során, mert a több betegség együttes jelenléte (az egyes betegségek jelentősen eltérő tápanyagigénnyel rendelkezhetnek pl. szarkopéniás, vesebetegséggel szövődött cukorbetegség), és még a különböző gyógyszerek kölcsönhatásainak, és mellékhatásainak figyelembevétele több szakorvos, dietetikus és gyógyszerész közös munkáját igényelheti [46, 212].

Ajánlás150

30-35 kcal/ttkg energiabevitel biztosítása javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutrició szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutriciósak [46, 212]. (B)

Ajánlás151

1,25-1,5 g/ttkg fehérjebevitel biztosítása javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutrició szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutriciósak [46, 212]. (B)

Az idős, szarkopéniás multimorbid betegeknél a magas fehérjeigényt tovább növeli a krónikus seb gyógyulásához szükséges fehérjeszükséglet. A napi fehérjebevitel mennyiségi meghatározásánál figyelembe kell venni az esetleges vesebetegség súlyosságát és a beszűkült vesefunkciókat, illetve májbetegségeknél az elágazó szénláncú és az aromás aminosavak mennyiségét és arányát [213–215]. Idős multimorbid betegeknél, akiknél kialakult a nyomási fekély, és mellette enyhe vagy közepes oropharingealis dysphagia és/vagy rágási nehezítettség is fennáll, magas energia- és magas fehérjetartalmú, módosított textúrájú étrend javasolt, súlyos dysphagia esetén pedig szondatáplálás indokolt [3, 6, 85, 212].

Ajánlás152

Magas energia- és magas fehérjetartalmú, speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszer elrendelése javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutrició szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutriciósak, és normál étrenddel nem biztosítható számukra a szükségletnek megfelelő energia- és tápanyagbevitel [46, 212]. (B)

Ajánlás153

Magas energia- és magas fehérjetartalmú, argininnel, cinkkel és antioxidánsal dúsított speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszer elrendelése javasolt azok számára, akiknél II-es vagy súlyosabb fokozatú nyomási fekély alakult ki [46, 212]. (B)

Ajánlás154

Az enterális és a parenterális táplálás előnyeinek és kockázatainak megvitatása javasolt, a táplálásterápiás gondozás során, azoknál az idős, multimorbid betegeknél, akiknél a per os intervenció során nem biztosíthatók az energia- és a tápanyagszükségletek [3, 6, 85, 46, 212]. (B)

A beteg és a gondozó személyzet helyzetének felmérése, tájékoztatása

Ajánlás155

Az ápolási terv elkészítésének feltétele a geriátriai állapotfelmérés, melynek része I. Katz-féle napi tevékenységek (ADL), (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok 1. kérdőív), II. Lawton-féle eszközös napi tevékenység kiértékelése (IADL), Folstein-féle mini mentális status vizsgálat és a Geriátriai depresszió skála (XI. MELLÉKLET fejezetben 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 2., 3. és 4. számú kérdőívek) [216–218]. (D)

Ajánlás156

Ha a gondozás szükséglete a napi négy órát meghaladja, tájékoztatni szükséges az igénybevevőt az idősothoni elhelyezés lehetőségéről. (E)

A döntés megszületése után jön a várakozási időszak, amely a kérelem benyújtása és a hely elfoglalása közti időtartamot jelenti. Ennek áthidalására működnek átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, idősök gondozó hazai, ápolási otthonok, ápolási osztályok. [218].

Az idősgyógyászatban dolgozó geriáter szakorvosok és házi orvosok feladata, hogy kialakítsák a megfelelő egyensúlyt a beteg és családtagok, a gondozó személyzet között, mind a kommunikációban, mind a beteg teljeskörű ellátásában. A betegek és hozzátartozójuk részére minden esetben van megoldás, melyben kiemelt segítséget tud nyújtani az illetékes házi orvos, illetve a települési önkormányzat szociális ügyekkel foglalkozó munkatársa.

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

XI. MELLÉKLET 1.4 Algoritmusok fejezetben 2. ábra.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ**1. Alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban**

A magyarországi geriátria történetében első alkalommal történik próbálkozás arra vonatkozóan, hogy az időskorúak multimorbiditásához iránymutatást adjunk a diagnosztika és a terápia szempontjaihoz. Európa országainak többségében Magyarországhoz hasonlóan a Geriátria önálló diszciplína, azonban tagországoként eltérő fejlettségi szinten áll szervezeti, ellátás színvonalát, az oktatás mélységét tekintve, beleértve a graduális és a posztgraduális képzést is. A legnagyobb fejlődést az idősök esetében a multimorbiditásból eredő polifarmácia ellenőrző mechanizmusaiiban láthatunk. Ezekre vonatkozóan a Beer's (tiltó) listák kritériumrendszerét, valamint a FORTA elvet ajánlják és használják [219, 220].

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazásának feltételei között alapvető célkitűzés a képzett szakembergárda lehető legrövidebb időn belül történő optimalizálása a megváltozott igényekhez. Ezzel teremthető meg az idősök diagnosztikájában az optimalizált eszközfelhasználás, célzott eljárások igénybevétele a felesleges vizsgálatok elkerülése, ismétlése. A kezelésben pedig szintén megtakarítás érhető el, ha az idős ember a megfelelő gyógyszeres kezelést kapja az optimális dózisban, az optimális ideig. Jelen irányelvben foglaltakat elsősorban a geriátriai szakorvosok használják, de biztosan segítséget jelent az alapellátás orvosai számára, akiknél az idős betegek elsőként jelentkeznek. Fontos szempontokat tartalmaz azok számára is, akik az idősothonok betegeit látják el, ahol időközönként a diagnózisok, a terápia revíziója meg kell, hogy történjen.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

A geriátriai ellátás javításával a multimorbid idős betegek ellátása is javulna.

Magyarországon a geriáter szakorvosok bevonása az aktív és a krónikus ellátásba hozzájárulna a magas színvonalú multimorbid betegellátáshoz. Tovább növelné a minőségi betegellátást a szakápolók geriátriai szakirányú képzése geriátria területen.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A speciális tárgyi feltételek meghatározása az érintett területek sokfélesége miatt további feladat. A gerontopsychiátria tárgyi feltételei mások: az idősök mozgatása speciális segédeszközöket, a mozgatást, koordinációt, fizikai erőnlétet segítő eszközök igényét jelenthetik, melyek részben a rehabilitációban használatosak, melyeket részben a robotizáció, a mesterséges intelligencia egyre növekvő térhódítása hoz magával. A javuló geriátriai ellátás finansziális oldalról is meg kell, hogy alapozza az igényelt speciális tárgyi feltételek később meghatározandó igényeit. A betegutak vonatkozásában meghatározandók, hogy a családorvosok, praxisközösségek milyen kompetenciával rendelkeznek a beutalás vonatkozásában. A sürgősségi osztályokon is jelen kell lennie geriáter szakorvosnak, vagy az idős > 70 év betegek eleve geriátriai obszervációra kerüljenek felvételre.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A diagnosztika, a gyógyítás és a gondozás során figyelembe kell venni az idős multimorbid betegek és családjaik elvárásait, továbbá az egyes betegségekre, ahol elérhető, ott az idősekre és a multimorbiditásra vonatkozó irányelveket, szakmai ajánlásokat.

A kivizsgálások és a beavatkozások során figyelembe kell venni az idősek fizikai aktivitásának korlátait és az aktuális mentális állapotot.

A beteg és családtagok, a gondozó személyzet helyzetének felmérése, tájékoztatása

Az egészségügyi alapellátás feladatai között a legnagyobb szakmai kihívást az idős beteg ellátása jelenti. A családorvosi praxisekben a lakosság negyedét a hatvan éven felüliek alkotják, az orvos-beteg találkozások kétharmada, az otthonukban ellenőrzöttek 80-90%-a közülük kerül ki. Gondozásuk a lehető legkomplexebb orvosi tevékenység, amely magába foglalja a folyamatos felügyeletet, a gyógyítást, a rehabilitációt, a megelőzést, amelynek egy időben van somaticus, pszichés és szociális vonatkozása [221].

Az idős ember testi és szellemi leépülése általában egy hosszan tartó folyamat, a hozzátartozót mégis váratlanul, felkészületlenül éri, hogy családtagja már képtelen az önellátásra, az önálló életvitelre. Fontos a heteroanamnézis, a szociális és családi anamnézis, környezeti tényezők föltárása. Az idős beteg napi gondjainak, szociális körülményeinek ismerete segít a tájékozódásban. Az ápolás megtervezése során több nehézséget kell figyelembe venni. Leggyakrabban nem tudhatjuk előre, hogy az ápolás hetekig, hónapokig, vagy akár évekig tart-e, a másik az anyagi, lélektani megterhelés, amit az ápolás jelent [222].

A reális és értelmes ápolási terv kidolgozása során 12 leggyakoribb idős- és agkori panasz, tünetcsoport kezelése kerül előtérbe, a házi ápolónak figyelembe kell vennie, amikor kidolgozza az ápolási tervet [222, 223]. Az ápolási szükséglet két részre szakad, úgy, mint egészségügyi és szociális ellátásra. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok 12. táblázat)

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Nem készültek oktatási anyagok és betegtájékoztató.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. számú kérdőív: A napi élettevékenység aktivitását felmérő kérdőív (ADL kérdőív)
2. számú kérdőív: A mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználatot felmérő kérdőív (IADL kérdőív)
3. számú kérdőív: Mentális állapotot vizsgáló mini kérdőív (MMSE, Mini Mental State Examination, Folstein skála)
4. számú kérdőív: Geriátriai depresszió skála (GDS, Yesavage)
5. számú kérdőív: Tápláltsági állapottal kapcsolatos kockázatfelmérő kérdőív idősök számára (MNA, Mini Nutritional Assessment)
6. számú kérdőív: Sarc-F kérdőív (gyors diagnosztikus teszt a sarcopénia szűrésére)
7. számú kérdőív: ECOG skála (Eastern Cooperative Oncology Group) a rosszindulatú daganatos betegek teljesítőképességének felmérésére szolgál. A daganatellenes kezelések alkalmazhatóságának megítélésével mellett prognosztikai célra is használható
8. számú kérdőív: G8 szűrővizsgálati kérdőív az átfogó geriátriai értékelés szükségességének megítélésére
9. számú kérdőív: CARG kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére
10. számú kérdőív: CRASH kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére
11. számú kérdőív: Norton-skálához kérdőív a decubitus rizikójának felméréséhez
12. számú kérdőív: Óra rajzolási teszt a kognitív hanyatlás gyors szűrésére

2.3. Táblázatok

1. táblázat: A malnutrició súlyosságának diagnosztikus kritériumai
2. táblázat: Szarkopénia diagnosztizálása
3. táblázat: Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői
4. táblázat: Osteoporoticus beteg kivizsgálása során elvégzendő laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok
5. táblázat: A FRAX rendszerben szereplő csonttörési kockázati tényezők
6. táblázat: Az osteoporosis kezelésére hazánkban elfogadott hatóanyagok
7. táblázat: A pszeudodemencia és a valódi demencia differenciálása
8. táblázat: Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor
9. táblázat: A CDI kezelése
10. táblázat: Bővített Norton-skála
11. táblázat: Decubitus súlyossági szintjeinek besorolása
12. táblázat: Az ápolási szükséglet az egészségügyi és szociális ellátás szerint

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A szarkopénia és az esendőségi szindróma kapcsolata
2. ábra: A geriatríai ellátás vázlata
3. ábra: Az idős, több kórállapotban is szenvedő beteg klinikai értékelésének sajátossági foka, ellátásának egyénre szabottsága a kórállapotok számától és feltételezhető interakcióitól is függ
4. ábra: A frailty egyénre szabott kezelésének algoritmusai
5. ábra: A kognitív teljesítmény változása az életkorral egészséges öregedés és degeneratív betegségek során

2.5. Egyéb dokumentum

1. számú index: Tinetti-féle funkcionális teszt
2. számú teszt: TUG (Timed Up and Go) járásteszt
3. Idősek esendőségi indexe (FIFE, frailty index for elders)
4. számú index: Karnofsky-index

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Az átfogó állapotfelmérés kérdőívei alapján meghatározott időközönként értékelhetők a

- mindennapi életvitelben,
- eszközhasználatban,
- tápláltsági állapotban,
- kognitív funkciókban
- csonttörési rizikóban stb. bekövetkező pozitív, vagy negatív irányú változások.

A multimorbiditás végső kimenetének során időről időre megállapítandók az ismert diagnózisok mellett bekövetkezett újabb morbiditások, pl. hypertonia mellett keletkezett stroke, AMI, PAD, vagy osteoporosis mellett bekövetkezett elesések és/vagy csonttörések adatai. A végső mérőszám a mortalitás, melyet párhuzamba lehet állítani a multimorbiditás fennállásának idejével, a multimorbiditást alkotó kórképek számával, vagy az alapbetegséggel való összefüggésével.

Az audit kritériumokat az egyes betegségek során végzett rendszeres követések adják: Pl. pajzsmirigybetegség esetén a hormonértékek változása, diabetes esetében a hypoglycaemias események száma, természete, a HgbA1c érték alakulása, szívelégtelenségben az akut ellátást igénylő cardialis decompensatio esetek száma, évenkénti bontásban.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügy szakmai irányelv vonatkozásában a kötelező felülvizsgálatot a szakmai irányelv lejárata idejére köteles az Egészségügyi Szakmai Kollégium kijelölt fejlesztő csoportja elvégezni. A jogszabályi előírásoknak megfelelően, ha az irányelv bármely részében az irányelv érvényességét módosító körülmény lép fel, akkor az irányelv részleges revíziójára kell sort keríteni. A szakmai irányelvvvel kapcsolatos aktuális irodalom figyelése és a magyarországi ellátó környezet alakulásának nyomonkövetése a Geriátria és krónikus ellátás Tagozat a felelős.

Az irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik, de indokolt esetben ennél hamarabb is elvégezhető.

A felülvizsgálat lehet tervezett vagy soron kívüli, annak mértékét a felmerülő változás jellege határozza meg.

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejártá előtti fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Geriátria és krónikus ellátás Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztőcsoport minden tagját/a tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

Jelen irányelvet fejlesztőcsoport tagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat.

A szükséges változtatás(ok)ról és azok mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján dönt.

Soronkívüli felülvizsgálatot végez a fejlesztőcsoport, ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soronkívüli felülvizsgálat során csak bizonyos ajánlások érintettek és a teljes egészségügyi szakmai irányelv nem került felülvizsgálatra, akkor a tervezett felülvizsgálati időpontban szükséges a teljes terjedelemben végzett áttekintés.

IX. IRODALOM

- [1] Kálmán S, Pákási M, Kálmán J. Esendőségszindróma: egy régi új ismerős. *Orv Hetil* 2014;155(49):1935-51.
- [2] Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2020;41(3):407-77.
- [3] Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr* 2018;37(1):336-53.
- [4] Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36(1):49-64.
- [5] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9.
- [6] Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019;38(1):10-47.
- [7] Mundi MS, Patel J, McClave SA, Hurt RT. Current perspective for tube feeding in the elderly: from identifying malnutrition to providing of enteral nutrition. *Clin Interv Aging* 2018;13:1353-64.
- [8] Trobec K, Kerec Kos M, von Haehling S, Springer J, Anker SD, Lainscak M. Pharmacokinetics of drugs in cachectic patients: a systematic review. *PLoS One* 2013;8(11):e79603.
- [9] Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010;13(1):1-7.
- [10] Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyere O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: Revised European Consensus on Definition and Diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31.
- [11] Aubry E, Friedli N, Schuetz P, Stanga Z. Refeeding syndrome in the frail elderly population: prevention, diagnosis and management. *Clin Exp Gastroenterol* 2018;11:255-64.
- [12] Pratesi A, Tarantini F, Di Bari M. Skeletal muscle: an endocrine organ. *Clin Cases Miner Bone Metab* 2013;10(1):11-14.
- [13] Pedersen BK, Febbraio MA. Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. *Nat Rev Endocrinol* 2012;8(8):457-65.
- [14] Scaldaferrri F, Pizzoferrato M, Lopetuso LR, Musca T, Ingravalle F, Sicignano LL et al. Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide. *Gastroenterol Res Pract* 2017;2017:8646495.
- [15] Biolo G, Cederholm T, Muscaritoli M. Muscle contractile and metabolic dysfunction is a common feature of sarcopenia of aging and chronic diseases: from sarcopenic obesity to cachexia. *Clin Nutr* 2014;33(5):737-748.
- [16] American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes - 2020. *Diabetes Care* 2020;43(S1):S1-S212
- [17] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of mul- timorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross- sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
- [18] Tinetti M, Dindo L, Smith CD, Blaum C, Costello D, Ouellet G, et al. Challenges and strategies in patients' health priorities-aligned decision-making for older adults with multiple chronic conditions. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218249.

- [19] Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Robert Wood Johnson Foundation; Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
<https://folio.iupui.edu/bitstream/handle/10244/807/50968chromc.care.chartbook.pdf> sequence=1 Accessed August 24, 2020
- [20] Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-74.
- [21] Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: Developing the research agenda. *Fam Pract* 2009;26(2):79-80.
- [22] Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
- [23] Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7(4):357-63.
- [24] Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10(4):430-9.
- [25] Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med* 2009;265(2):288-95.
- [26] Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006;15(1):83-91.
- [27] Tyack Z, Frakes KA, Barnett A, Cornwell P, Kuys S, McPhail S. Predictors of health-related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: a longitudinal cohort study. *Qual Life Res* 2016;25(10):2579-92.
- [28] Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011;61(582):e12-e21.
- [29] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269-76.
- [30] Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54(7):661-74.
- [31] Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;67:130-8.
- [32] Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11-48.
- [33] Pacifico J, Geerlings MAJ, Reijnierse EM, Phassouliotis C, Lim WK, Maier AB. Prevalence of sarcopenia as a comorbid disease: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2020;131:110801.
- [34] Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minerva Med* 2014;105(4):275-81.
- [35] Dodds RM, Granic A, Robinson SM, Sayer AA. Sarcopenia, long-term conditions, and multimorbidity: findings from UK Biobank participants. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2020;11(1):62-8.
- [36] Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CGM, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2019;10(3):485-500.
- [37] Péntek M, Horváth C, Boncz I, Falusi Z, Tóth E, Sebestyén A, et al. Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999-2003. *Osteoporos Int* 2008;19(2):243-9.
- [38] Faludi R. Szívelégtelenség időskorban, kardiomiopatiák. In: Vértes A, Tóth K, Tonelli M. Kardiiovaszkuláris betegségek kezelése időskorban. Budapest: Orvosi Evidencia Kft.; 2016. p. 203-13.
- [39] Borbola J. A pitvarfibrilláció kezelése időskorban. In: Vértes A, Tóth K, Tonelli M. Kardiiovaszkuláris betegségek kezelése időskorban. Budapest: Orvosi Evidencia Kft.; 2016. p. 155-66.
- [40] Kempler P, Putz Zs, Kiss Z, Wittmann I, Abonyi-Tóth Zs, Rokszi Gy, et al. A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001-2014 között - az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis elemzésének eredményei. *Diabetologia Hungarica* 2016;24(3):177-88.
- [41] A Pszichiátriai Szakmai Kollégium. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása, 2006-2013. <https://kollegium.aek.hu/iranyelvek/> Accessed August 25, 2020
- [42] Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatr* 2018;18(1):305.

- [43] Shahin ES, Meijers JM, Schols JM, Tannen A, Halfens RJ, Dassen T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* 2010;26(9):886-9.
- [44] Langemo D, Haesler E, Naylor W, Tippet A, Young T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *Int J Palliat Nurs* 2015;21(5):225-32.
- [45] Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Vanwalleghe G, Van Houdt S, Gryson L, et al. A national guideline for the treatment of pressure ulcers -Synthesis. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_203Cs_pressure_ulcers.pdf Accessed September 5, 2020.
- [46] European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019. <http://www.internationalguideline.com/> Accessed September 5, 2020.
- [47] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése. In: Az Ápolási Szakmai Kollégium. 2008.
- [48] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management (CG56). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>. Accessed August 24, 2020.
- [49] Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):665-73.
- [50] Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med* 2011;171(1):75-80.
- [51] Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351(27):2870-4.
- [52] Cano A. Frailty and multimorbidity in the elderly. *Maturitas* 2019;124:111.
- [53] Melis RJ, Gijzel SM, Olde Rikkert MG. Moving beyond multimorbidity as a simple count of diseases. *J Eval Clin Pract* 2017;23(1):216-8.
- [54] Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):e1-25.
- [55] Aubert CE, Fankhauser N, Marques-Vidal P, Stirnemann J, Aujesky D, Limacher A, et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med Wkly* 2019;149:w20094.
- [56] McAvay G, Allore HG, Cohen AB, Gnjjidic D, Murphy TE, Tinetti ME. Guideline-recommended Medications and Physical Function in Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(12):2619-26.
- [57] Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6(10):e25987.
- [58] Fortin M, Contant E, Savard C, Hudon C, Poitras ME, Almirall J. Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Pract* 2011;12:74.
- [59] McClellan MB, McGinnis JM, Nabel EG, Olsen LAM. IOM (Institute of Medicine). Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Health Care: 2007 IOM Annual Meeting Summary. Washington (DC), The National Academies Press (US), 2008.
- [60] Abd TT, Jacobson TA. Statin-induced myopathy: A review and update. *Expert Opin Drug Saf* 2011;10(3):373-87.
- [61] Kent DM, Hayward RA. Limitations of applying summary results of clinical trials to individual patients: The need for risk stratification. *JAMA* 2007;298(10):1209-12.
- [62] Ouellet GM, Ouellet JA, Tinetti ME. Principle of rational prescribing and deprescribing in older adults with multiple chronic conditions. *Ther Adv Drug Saf* 2018;9(11):639-52.
- [63] Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open* 2014;4(7):e004694.
- [64] Damluji AA, Forman DE, van Diepen S, Alexander KP, Page RL 2nd, Hummel SL, et al. Older Adults in the Cardiac Intensive Care Unit: Factoring Geriatric Syndromes in the Management, Prognosis, and Process of Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2020;141(2):e6-32.
- [65] Smith S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD006560.

- [66] Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *JAMA* 2001;285(21):2750-6.
- [67] Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years. *JAMA* 2009;302(24):2686-94.
- [68] Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: A systematic review. *JAMA* 2012;307(2):182-92.
- [69] Fitzgerald SP, Bean NG. An analysis of the interactions between individual comorbidities and their treatments-implications for guidelines and polypharmacy. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11(7):475-84.
- [70] Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170(18):1648-54.
- [71] Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The Anticholinergic Risk Scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008;168(5):508-13.
- [72] Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20(6):531-5.
- [73] Fried TR, Byers AL, Gallo WT, Van Ness PH, Towle VR, O'Leary JR, et al. Prospective study of health status preferences and changes in preferences over time in older adults. *Arch Intern Med* 2006;166(8):890-5.
- [74] Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res* 2008;11(1):151-61.
- [75] Cruz-Jentoft AJ, Daragjati J, Fratiglioni L, Maggi S, Mangoni AA, Mattace-Raso F, et al. Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: results and final recommendations from the MPI_AGE European Project. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(5):861-8.
- [76] Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med* 2007;356(11):1130-9.
- [77] Salisbury C, Man MS, Chaplin K, Mann C, Bower P, Brookes S, et al. A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice: the 3D RCT. Southampton (UK), NIHR Journals Library; 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537537/pdf/Bookshelf_NBK537537.pdf Accessed August 24, 2020.
- [78] Barry E., Galvin R., Keogh C., Horgan F., Fahey T.: Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2014; 14(1):14.
- [79] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342(8878):1032-6.
- [80] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55(3):241-52.
- [81] Roffman CE, Buchanan J, Allison GT. Charlson Comorbidities Index. *J Physiother* 2016;62(3):171.
- [82] Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med* 2010;26(2):275-86.
- [83] Tocchi C, Dixon J, Naylor M, Jeon S, McCorkle R. Development of a frailty measure for older adults: the frailty index for elders. *J Nurs Meas* 2014;22(2):223-40.
- [84] Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment. *J Acad Nutr Diet* 2016;116(5):785-94.
- [85] Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr* 2018;37(1):354-96.
- [86] Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr* 2020;39(1):5-22.
- [87] Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, et al. International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management. *J Nutr Health Aging* 2018;22(10):1148-61.
- [88] Uemura K, Doi T, Tsutsumimoto K, Nakakubo S, Kim MJ, Kurita S, et al. Predictivity of bioimpedance phase angle for incident disability in older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2020;11(1):46-54.
- [89] Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosty-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr* 2014;33(6):929-36.

- [90] Molnár A, Jonásné SI, Csontos AA, Ferencz C, Várbíró S, Székács B. Special nutrition intervention is required for muscle protective efficacy of physical exercise in elderly people at highest risk of sarcopenia. *Physiology international* 2016;103(3):368-76.
- [91] Rondanelli M, Faliva M, Monteferrario F, Peroni G, Repaci E, Allieri F, et al. Novel insights on nutrient management of sarcopenia in elderly. *Biomed Res Int* 2015;2015:524948.
- [92] Breen L, Phillips SM. Interactions between exercise and nutrition to prevent muscle waste during ageing. *Br J Clin Pharmacol* 2013;75(3):708-15.
- [93] Oliveira CLP, Dionne IJ, Prado CM. Are Canadian protein and physical activity guidelines optimal for sarcopenia prevention in older adults? *Appl Physiol Nutr Metab* 2018;43(12):1215-23.
- [94] Gabrovec B, Antoniadou E, Soleymani D, Targowski T, Kadalska E, López-Samaniego L, et al. European Guide for Management of Frailty at Individual Level Including Recommendations and Roadmap. (2019)
- [95] Li G, Thabane L, Papaioannou A, Ioannidis G, Levine MA, Adachi JD. An overview of osteoporosis and frailty in the elderly. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18(1):46.
- [96] Smith EM, Shah AA. Screening for geriatric syndromes: falls, urinary/fecal incontinence, and osteoporosis. *Clin Geriatr Med* 2018;34(1):55-67.
- [97] US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;319(24):2521-31.
- [98] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture (CG146). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554920/> Accessed August 24, 2020.
- [99] Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2019;30(1):3-44.
- [100] Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, et al. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos* 2017;12(1):43.
- [101] Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int* 2008;19(4):385-97.
- [102] Liberman D, Cheung A. A practical approach to osteoporosis management in the geriatric population. *Can Geriatr J* 2015;18(1):29-34.
- [103] Miko I, Szerb I, Szerb A, Bender T, Poor G. Effect of a balance-training programme on postural balance, aerobic capacity and frequency of falls in women with osteoporosis: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2018, 50(6):542-7.
- [104] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bisphosphonates for treating osteoporosis Technology appraisal guidance (TA464). <https://www.nice.org.uk/guidance/ta464> Accessed August 24, 2020.
- [105] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;37(27):2129-2200.
- [106] Díez-Villanueva P, Alfonso F. Heart failure in the elderly. *J Geriatr Cardiol* 2016; 13(2):115-7.
- [107] Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;38(36):2739-91.
- [108] Merkely B. A szívélgtelenség reszinkronizációs kezelése. *Cardiologia Hungarica* 2008;38:40-5.
- [109] Marini M, Martin M, Saltori M, Quintarelli S, Zilio F, Guarracini F, et al. Pacemaker therapy in very elderly patients: survival and prognostic parameters of single center experience. *J Geriatr Cardiol* 2019;16(12):880-4.
- [110] Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, Heitjan DF, Stevenson LW, Dembitsky W et al. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *N Engl J Med* 2001;345(20):1435-43.
- [111] Strandberg TE. Role of Statin Therapy in Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients. *Curr Atheroscler Rep* 2019;21(8):28.
- [112] Blaskovich E. Fix kombinációs (single pill) terápiás lehetőségek és az adherencia az idősgyógyászati gyakorlatban. *Metabolizmus* 2017;15(3):171-3.

- [113] Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117-28.
- [114] McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martmez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2019;381(21):1995-2008.
- [115] Blaskovich E. A sokoldalú trimetazidin idősgyógyászati vonatkozásai. *Idősgyógyászat* 2017;2(3):100-3.
- [116] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37(38):2893-2962.
- [117] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021;42(5):373-498.
- [118] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39(33):3021-104.
- [119] Farsang Cs, Járai Z. A Magyar Hypertonia Társaság szakmai irányelve - A hypertoniabetegség ellátásának irányelvei 11., módosított, javított és kiegészített kiadás. *Hypertonia és Nephrologia* 2018;22(5):1-36.
- [120] Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med* 2015;13:74.
- [121] Mukete BN, Ferdinand KC. Polypharmacy in Older Adults With Hypertension: A Comprehensive Review. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2016;18(1):10-8.
- [122] Gnjidic D, Tinetti M, Allore HG. Assessing medication burden and polypharmacy: finding the perfect measure. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2017;10(4):345-7.
- [123] Vetrano DL, Palmer KM, Galluzzo L, Giampaoli S, Marengoni A, Bernabei R, et al. Hypertension and frailty: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018;8(12):e024406.
- [124] Won CW, Kim S. Use of Frailty in Deciding Clinical Treatment Goals for Chronic Disease in Elderly Patients in the Community. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(11):967-9.
- [125] Chen S, Honda T, Chen T, Narazaki K, Haeuchi Y, Supartini A, et al. Screening for frailty phenotype with objectively-measured physical activity in a west Japanese suburban community: evidence from the Sasaguri Genkimon Study. *BMC Geriatr* 2015;15:36.
- [126] Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA* 2011;306(24):2670-2.
- [127] Van Spall HG, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA* 2007;297(11):1233-40.
- [128] Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2011;26(7):783-90.
- [129] Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. *Arch Intern Med* 2012;172(22):1739-44.
- [130] Tinetti ME, Han L, Lee DS, McAvay GJ, Peduzzi P, Gross CP, et al. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. *JAMA Intern Med* 2014;174(4):588-95.
- [131] Messerli FH, Streit S, Grodzicki T. The oldest old: does hypertension become essential again? *Eur Heart J* 2018;39(33):3144-6.
- [132] Anker D, Santos-Eggimann B, Santschi V, Santschi V, Del Giovane C, Wolfson C, et al. Screening and treatment of hypertension in older adults: less is more? *Public Health Rev* 2018;39:26.
- [133] Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circ Res* 2019;124:1045-60.
- [134] Scott IA, Hilmer SN, Le Couteur DG. Going Beyond the Guidelines in Individualising the Use of Antihypertensive Drugs in Older Patients. *Drugs Aging* 2019;36(8):675-85.
- [135] Ouellet GM, McAvay G, Murphy TE, Tinetti ME. Treatment of Hypertension in Complex Older Adults: How Many Medications Are Needed? *Gerontol Geriatr Med* 2019;5:2333721419856436.
- [136] Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, L'Italien GJ, Lapuerta P. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertension* 2001;37(3):869-74.

- [137] Székács B, Kékes E. A magasvérnyomás-betegség és agyi funkció. Hypertonia és demencia kapcsolata a szervezet öregedése során. Fiatalkori vérnyomás-emelkedés - időskori demencia. *Hypertonia és Nephrologia* 2019;23(6):260-9.
- [138] DuGoff EH, Canudas-Romo V, Buttorff C, Leff B, Anderson GF. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care* 2014;52(8):688-94.
- [139] Molander L, Lövheim H, Norman T, Nordström P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(10):1853-9.
- [140] van Bommel T, Gussekloo J, Westendorp RG, Blauw GJ. In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *J Hypertens* 2006;24(2):287-92.
- [141] Boshuizen HC, Izaks GJ, van Buuren S, Ligthart GJ. Blood pressure and mortality in elderly people aged 85 and older: community based study. *BMJ* 1998;316(7147):1780-4.
- [142] Mattila K, Haavisto M, Rajala S, Heikinheimo R. Blood pressure and five year survival in the very old. *Br Med J* 1988;296(6626):887-9.
- [143] Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. INDANA Group. *Lancet* 1999;353(9155):793-6.
- [144] Agostini JV, Tinetti ME, Han L, Peduzzi P, Foody JM, Concato J. Association between antihypertensive medication use and non-cardiovascular outcomes in older men. *J Gen Intern Med* 2007;22(12):1661-7.
- [145] Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1-25 million people. *Lancet* 2014;383(9932):1899-1911.
- [146] Protogerou AD, Safar ME, Iaria P, Safar H, Le Dudal K, Filipovsky J, et al. Diastolic blood pressure and mortality in the elderly with cardiovascular disease. *Hypertension* 2007;50(1):172-180.
- [147] Qin X, Zhang Q, Yang S, Sun Z, Chen X, Huang H. Blood pressure variability and morning blood pressure surge in elderly Chinese hypertensive patients. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2014;16(7):511-7.
- [148] Garcia FA, Fidale B, Ferreira-Filho SR. Blood pressure variability in the elderly. Association between postprandial and sleeping periods. *J Bras Nefrol* 2017;39(2):147-53.
- [149] Chowdhury EK, Nelson MR, Wing LMH, Jennings GLR, Beilin LJ, Reid CM, et al. Change in Blood Pressure Variability Among Treated Elderly Hypertensive Patients and Its Association With Mortality. *J Am Heart Assoc* 2019;8(21):e012630.
- [150] Messerli FH, Streit S, Grodzicki T. The oldest old: does hypertension become essential again? *Eur Heart J* 2018;39(33):3144-6.
- [151] Okumiya K, Matsubayashi K, Wada T, Osaki Y, Doi Y, Ozawa T. J-curve relation between blood pressure and decline in cognitive function in older people living in community, Japan. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):1032-3.
- [152] Skoog I, Andreasson LA, Landahl S, Lernfelt B. A population-based study on blood pressure and brain atrophy in 85-year-olds. *Hypertension* 1998;32:404-9.
- [153] Verghese J, Lipton RB, Hall CB, Kuslansky G, Katz MJ. Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals. *Neurology* 2003;61(12):1667-72.
- [154] Ruitenberg A, den Heijer T, Bakker SL, van Swieten JC, Koudstaal PJ, Hofman A, et al. Cerebral hypoperfusion and clinical onset of dementia: the Rotterdam Study. *Ann Neurol* 2005;57(6):789-94.
- [155] Li G, Rhew IC, Shofer JB, Kukull WA, Breitner JC, Peskind E, et al. Age-varying association between blood pressure and risk of dementia in those aged 65 and older: a community-based prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(8):1161-7.
- [156] Richmond R, Law J, Kay-Lambkin F. Higher blood pressure associated with higher cognition and functionality among centenarians in Australia. *Am J Hypertens* 2011;24(3):299-303.
- [157] Corrada MM, Hayden KM, Paganini-Hill A, Bullain SS, DeMoss J, Aguirre C, et al. Age of onset of hypertension and risk of dementia in the oldest-old: The 90+ Study. *Alzheimers Dement* 2017;13(2):103-10.
- [158] Moran C, Xie K, Poh S, Chew S, Beare R, Wang W, et al. Observational Study of Brain Atrophy and Cognitive Decline Comparing a Sample of Community-Dwelling People Taking Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers Over Time. *J Alzheimers Dis* 2019;68(4):1479-88.
- [159] Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, et al. Association of Patient Priorities-Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2019;179(12):1688-97.
- [160] Tinetti ME, Esterson J, Ferris R, Posner P, Blaum CS. Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Clin Geriatr Med* 2016;32(2):261-75.

- [161] Hajjar I. Postural blood pressure changes and orthostatic hypotension in the elderly patient: impact of antihypertensive medications. *Drugs Aging* 2005;22(1):55-68.
- [162] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a diabetes mellitus kórismezéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban. *Egészségügyi Közlöny*. 2020; 70(12): 1759-1856.
<https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/> Accessed August 25. 2020.
- [163] Cho NH, Colagiuri S, Distiller L, Dong B, Dunning T, Gadsby R, et al. Managing Older People with Type 2 Diabetes. Global Guideline. Brussels, Belgium, International Diabetes Federation, 2013
<file:///C:/Users/TULAJD~1/AppData/Local/Temp/idf-guideline-older-people-T2D.pdf> Accessed August 25. 2020.
- [164] Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Staum E, Desrochers L, Sternthal A, et al. Frequent hypoglycemia among elderly patients with poor glycemic control. *Arch Intern Med* 2011;171:362-4.
- [165] Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Follow-On (ACCORDION) Eye Study Group and the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Follow-On (ACCORDION) Study Group. Persistent Effects of Intensive Glycemic Control on Retinopathy in Type 2 Diabetes in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Follow-On Study. *Diabetes Care* 2016;39(7):1089-100.
- [166] Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care* 2012;35(12):2650-64.
- [167] Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J* 2017;38(32):2459-2472.
- [168] Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *Lancet* 2019;393(10170):407-415
- [169] Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.
- [170] Okeowo D, Patterson A, Boyd C, Reeve E, Gnjjidic D, Todd A. Clinical practice guidelines for older people with multimorbidity and life-limiting illness: what are the implications for deprescribing? *Ther Adv Drug Saf* 2018;9(11):619-630.
- [171] Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;73(24):3168-3209.
- [172] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010;376(9753):1670-81.
- [173] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*. 2015;385(9976):1397-405.
- [174] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*. 2012;380(9841):581-90.
- [175] Barna I. A hypercholesterinaemia kezelése idős korban *Lege Artis Medicinae* 2020;30:247-56.
- [176] Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360(9326):7-22.
- [177] Zhang H, Plutzky J, Skentzos S, Morrison F, Mar P, Shubina M et al. Discontinuation of statins in routine care settings: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2013;158(7):526-34.
- [178] Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid* 2014;24(12):1670-751.
- [179] Calsolaro V, Niccolai F, Pasqualetti G, Tognini S, Magno S, Riccioni T, et al. Hypothyroidism in the Elderly: Who Should Be Treated and How? *J Endocr Soc* 2018;3(1):146-58.
- [180] Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016;26(10):1343-421.

- [181] Thirion M, Percheron S, Mira JP. hyrotoxicose. *Réanimation* 2006; 15(6), 497-505.
- [182] Karlin NJ, Weintraub N, Chopra IJ. Current controversies in endocrinology: screening of asymptomatic elderly for subclinical hypothyroidism. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5(5):333-6.
- [183] Tariska P. Gerontopszichiátria. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina; 2003. p. 833-42.
- [184] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (CG91). <http://guidance.nice.org.uk/CG91> Accessed August 25, 2020.
- [185] Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(24):2595-603.
- [186] Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol* 2018;19(6):e305-16.
- [187] Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol* 2018;36(22):2326-47.
- [188] Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012;23(8):2166-72.
- [189] Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(12):1691-9.
- [190] Luciani A, Biganzoli L, Colloca G, Falci C, Castagneto B, Floriani I, et al. Estimating the risk of chemotherapy toxicity in older patients with cancer: The role of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *J Geriatr Oncol* 2015;6(4):272-9.
- [191] Rowbottom L, Loucks A, Jin R, Breunis H, Syed AT, Watt S, et al. Performance of the Vulnerable Elders Survey 13 screening tool in identifying cancer treatment modification after geriatric assessment in pre-treatment patients: A retrospective analysis. *J Geriatr Oncol* 2019;10(2):229-34.
- [192] Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol* 2015;26(2):288-300.
- [193] University of California San Francisco. ePrognosis. <https://eprognosis.ucsf.edu/> Accessed January 7, 2021.
- [194] Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2011;29(25):3457-65.
- [195] Cancer and Aging Research Group (CARG). <https://www.mycarg.org/?page id=166> Accessed January 7, 2021.
- [196] Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer* 2012;118(13):3377-86.
- [197] Moffitt Cancer Center. CRASH Score. <https://moffitt.org/eforms/crashscoreform/> Accessed January 7, 2021.
- [198] Zhang J, Liao X, Feng J, Yin T, Liang Y. Prospective comparison of the value of CRASH and CARG toxicity scores in predicting chemotherapy toxicity in geriatric oncology. *Oncol Lett* 2019;18(5):4947-55.
- [199] Ortlund I, Mendel Ott M, Kowar M, Sippel C, Jaehde U, Jacobs AH, et al. Comparing the performance of the CARG and the CRASH score for predicting toxicity in older patients with cancer. *J Geriatr Oncol* 2020;11(6):997-1005.
- [200] Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect* 2014;20 Suppl 2:1-26.
- [201] Crobach MJ, Planche T, Eckert C, Barbut F, Terveer EM, Dekkers OM, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect* 2016;22 Suppl 4:S63-81.
- [202] McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, et al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). *Clin Infect Dis* 2018;66(7):987-94.
- [203] Tschudin-Sutter S, Kuijper EJ, Durovic A, Vehreschild MJGT, Barbut F, Eckert C, et al. Guidance document for prevention of *Clostridium difficile* infection in acute healthcare settings. *Clin Microbiol Infect* 2018;24(10):1051-4.
- [204] Kurcz A, Hajdu Á, Milassin M, Nagy E, Ludwig E, Fried K, et al. Módszertani levél. A *clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről. (2. átdolgozott kiadás). Budapest: Országos Epidemiológiai Központ; 2016.
- https://www.antsz.hu/data/cms76397/OEK_CDI_ML_2016_07_08.pdf Accessed August 16, 2020.

- [205] Marshall LL, Peasah S, Stevens GA. Clostridium difficile Infection in Older Adults: Systematic Review of Efforts to Reduce Occurrence and Improve Outcomes. *Consult Pharm* 2017;32(1):24-41.
- [206] Kelly CP, LaMont JT. Clostridium difficile—more difficult than ever. *N Engl J Med* 2008;359(18):1932-40.
- [207] Kassam Z, Lee CH, Yuan Y, Hunt RH. Fecal microbiota transplantation for Clostridium difficile infection: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2013;108(4):500-8.
- [208] Vigvári S, Sipos D, Solt J, Vincze Á, Kocsis B, Nemes Z, et al. Faecal microbiota transplantation for Clostridium difficile infection using a lyophilized inoculum from non-related donors: A case series involving 19 patients. *Acta Microbiol Immunol Hung* 2019;66(1):69-78.
- [209] Sartelli M, Di Bella S, McFarland LV, Khanna S, Furuya-Kanamori L, Abuzeid N, et al. 2019 update of the WSES guidelines for management of Clostridioides (Clostridium) difficile infection in surgical patients. *World J Emerg Surg* 2019;14:8.
- [210] Pressure ulcers: prevention and management. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749> Accessed September 5, 2020.
- [211] Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015;52(11):1754-74.
- [212] Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International Clinical Practice Guideline Recommendations. *Adv Skin Wound Care* 2020;33(3):123-36.
- [213] Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr* 2019;38(2):485-521.
- [214] Plauth M. Nutrition support in liver disease. In: Sobotka L. *Basics in Clinical Nutrition*. Prague: Gallén; 2011. p. 466-72.
- [215] Druml W, Cano N, Teplan V. Nutrition support in renal disease. In: Sobotka L. *Basics in Clinical Nutrition*. Prague: Gallén; 2011. p. 473-85.
- [216] Moukhtar L. Néhány praktikus tanács a testileg és szellemileg leépült beteg otthoni ápolásához. In: Boga B. *Idősgondozási kézikönyv*. Budapest: Geriáter Service Kiadó Kft.; 2012. p. 131-7.
- [217] Pék Gy. Speciális kommunikáció és gondozási szükségletek az időskori kétnyelvűséggel és az időős családtagok gondozásával kapcsolatban. In: Kállai J, Kaszás B, Tiringner I. *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2013. p. 289-302.
- [218] Szabó L. Szociális munka az idősellátásban. In: Boga B. *Az idősgondozás kézikönyve*. Budapest: Geriáter Service Kiadó Kft.; 2014. 185-91.
- [219] American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94.
- [220] Bakó, G.: A gyógyszeres kezelés szempontjai időskorban, kiemelve a „FORTA”-elvet. *Mozgásszervi Továbbk. Szle.* 1 (2), 84-86, 2018.
- [221] Székács B. Geriátria. *Az időskor gyógyászata*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2005.
- [222] Lázár I, Túry F. Az orvos-beteg kapcsolata. In: Kopp M, Berghammer R. *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2005. p. 254-80.
- [223] Pilling J. *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2018. p. 109-27.
- [224] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185: 914-9.
- [225] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3): 179-86.
- [226] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3): 189-98.
- [227] Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:1-2: 165-73.
- [228] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4): 415-21.
- [229] Gasparik AI, Demián MB, Pascanu IM, Merlan I, Hodinka L, Vereckei E. A SARC-F sarcopeniaszűrő kérdőív magyar változatának értékelése. *Orv Hetil* 2020;161(47): 20002005.

- [230] Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6): 649-55.
- [231] Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989;2(3): 24-31.
- [232] Interprofesszionális Demencia Alaprogram. Órarájzolósi teszt.
https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/2.sz.Mell%C3%A9klet_%C3%93rarajzol%C3%A1si%20teszt.pdf
Accessed January 7, 2021.
- [233] Pharmindex Online. <https://www.pharmindex-online.hu/gyogyszerek/atc> Accessed January 7, 2021.
- [234] Gyuris J. Pseudodementia. In: Gyuris J, Szilárd J. *Organicus pszichiatria az orvosi gyakorlatban*. Gyula; 1991. p. 39.
- [235] Bakó G. Geriátria és krónikus ellátás. In: Kosztolányi G, Csiba L. *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I*. Budapest: MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya; 2019. p. 62-65.
- [236] Reisberg B, Shulman MB, Torossian C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement* 2010;6(1):11-24.
- [237] Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly patient. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:119-126.
- [238] Vekerdy Nagy Zs. *Rehabilitációs orvoslás*. Budapest: Medicina könyvkiadó; 2010.
- [239] Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol* 1984;2(3): 187-93.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozására a Geriátriai és krónikus ellátás Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozata kapott megbízást. Az irányelvek kidolgozásában a Tagozat által felkért személyek fejlesztőként, valamint a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT), a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság (MEAT) és a Magyar Dietikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) tanácskozási joggal vettek részt.

A fejlesztőcsoport együttes ülésén fogadta el az irányelv vázlatát, a kidolgozásban való részvétel felkérés és önként vállalás alapján történt. A tervezet véglegesítésekor rögzítésre kerültek a technikai részletek, a fejezetek megírásához határidő került meghatározásra.

Az egészségügyi szakmai irányelv elkészülése után, a véleményező tagozatok által véleményezésre került az irányelv. Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítási folyamat során a fejlesztőtagok önálló munkája a tagok közt elektronikus úton folyamatosan megosztásra és véleményezésre került, az irányelv hangsúlyos és problematikus kérdéseiben pedig személyes, csoportos konzultációk zajlottak.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés lezárásának ideje 2021. első negyedév. A multimorbiditás (polimorbiditás) témával kapcsolatosan csak limitált számú, megfelelő minőségű szakmai ajánlás és kutatás volt elérhető, ezért az irodalomkeresés kiterjesztésre került az időskorban leggyakrabban előforduló betegségekre (osteoporosis, kardiológiai kórképek, hipertonia, diabetes mellitus, zsíryanagcsere betegségek, pajzsmirigy betegségek, depresszió, demencia, malignus daganatok, *Clostridium difficile* fertőzések) és állapotokra (malnutrició, szarkopénia, esendőség (frailty) szindróma, decubitus), valamint a geriátria területén használatos felmérésekre, kérdőívekre, indexekre is. Az ajánlásokhoz történő keresés során a legutóbbi 15 év került áttekintésre.

Az angol nyelvű irodalomkutatás a Medline és PubMed motorok segítségével történt, az előzőekben felsorolt kulcsszavak segítségével: betegségek (osteoporosis, cardiac disorders, hypertension, diabetes mellitus, lipid metabolism, thyroid disease, depression, dementia, malignancies, *Clostridium difficile* infections), időskori állapotok (malnutrition, sarcopenia, frailty syndrome) és geriátriai felmérések/kérdőívek/indexek (geriatrics surveys/questionnaires/indexes). Az egyes betegségek/állapotok szempontjából releváns európai és amerikai szakmai társaságok honlapjain elérhető szakmai ajánlások is áttekintésre kerültek.

A magyar nyelvű irodalomkeresés egyrészt a Google Tudós keresőmotor segítségével történt, másrészt a szakmai irányelveket összefoglaló honlap segítségével (<https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>), valamint az egyes betegségek esetén a hazai folyóiratok honlapjain is történt keresés.

Az irodalomkeresések kapcsán kizárásra kerültek az esettanulmányok és a kis mintaszámú kutatások, továbbá azok a régi szakmai ajánlások, amelyekből már készültek frissebbek.

Hazai szakmai irányelv multimorbiditással kapcsolatosan még nem készült.

A geriátriai szakirodalomban a NICE guideline a legátfogóbb irányelv. Ez az irányelv teljes mértékben online, hivatkozási alapú, rendkívül bonyolult, bár teljességre törekvő rendszer. Az irányelv készítésekor felhasználásra és részben adaptálásra más releváns hazai és külföldi irányelv ajánlásai, illetve a nemzetközi irodalomban található, releváns áttekintő szakirodalmi tanulmányok felhasználásra kerültek.

A fellelt adatok a fejezetekben feltüntetésre, illetve külön fejezetben kiemelésre kerültek a multimorbiditás diagnosztikájával és terápiájával kapcsolatos irányelvek vonatkozásában. Ezért a fejlesztőcsoport a szakterületen megtalálható összefoglaló értékű hivatkozások alapján járt el az ajánlások megfogalmazásakor. A tárgykör hatalmas méreteinél fogva a fejlesztőcsoport nem törekedett a teljesség megközelítésére.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az irányelv fejlesztésében résztvevő csoport arra törekedett, hogy a szakirodalom releváns közléseire alapozza ajánlásait, melyek végső soron konszenzus teremtésével kerültek megfogalmazásra, ha az adott esetben más szakterületek elfogadott ajánlási szintjei nem álltak rendelkezésre.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A végső döntés döntően konszenzuson alapult, kis részben elfogadott ajánlás került figyelembevételre.

5. Véleményezés módszere

Az ajánlások kialakításának megfelelő eljárást került alkalmazásra.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem működött közre.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. számú kérdőív: A napi élettevékenység aktivitását felmérő kérdőív (ADL kérdőív) [221, 224].

Kérdés	Válasz	Pontszám
1. Tisztálkodás	Segítség nélkül;	3 pont
	Részleges segítséggel (a hát és a lábak tisztítása);	2 pont
	Teljes körű segítséget igényel	1 pont
2. Continentia	Teljes vizelet- és székletkontroll;	3 pont
	Néha előfordulnak „balesetek”;	2 pont
	Incontinencia	1 pont
3. Öltözködés	Teljesen önállóan öltözködik;	3 pont
	Önállóan öltözködik, de a cipő felvételéhez segítség kell;	2 pont
	Segítség nélkül nem tud felöltözni vagy levetkőzni	1 pont
4. Táplálkozás	Önállóan táplálkozik;	3 pont
	Önállóan táplálkozik, kivéve a hús felvágását vagy a kenyér megvajazását;	2 pont
	Segítséget igényel vagy enterálisan táplált	1 pont
5. WC-használat	Önállóan megy WC-re, majd segítség nélkül tisztálkodik, öltözik fel;	3 pont
	Részleges segítséget igényel a fentiek közül valamelyik funkcióban	2 pont
	Nem képes a WC-használatra	1 pont
6. Helyváltoztatás	Segítség nélkül fel az ágyból vagy áll fel a székről;	3 pont
	Csak segítséggel tud felkelni az ágyból, illetve a székből;	2 pont
	Nem kel fel az ágyból	1 pont
Összesített pontszám:		max. 18 pont

Értékelés:

A fenti értékelés elsősorban a beteg szükségleteinek megállapítását segíti elő, az abszolút pontszámérték pedig az adott beteg állapotváltozásának objektív megítélését teszi lehetővé.

2. számú kérdőív: A mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználatot felmérő kérdőív (IADL kérdőív) [221, 225].

Kérdés	Válasz	Pontszám
1. Telefonhasználat	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen a telefon használatára	3 pont 2 pont 1 pont
2. Utazás (busz, vonat, taxi)	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen egyedül utazni	3 pont 2 pont 1 pont
3. Bevásárlás	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen bevásárolni	3 pont 2 pont 1 pont
4. Ételek elkészítése	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen ételeket elkészíteni	3 pont 2 pont 1 pont
5. Takarítás, mosás	Segítség nélkül; Segítséggel Képtelen takarítani, mosni	3 pont 2 pont 1 pont
6. Ház körüli apróbb javítások (pl. villanykörte kicserélése, szög beverése)	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen az apróbb ház körüli feladatok elvégzésére	3 pont 2 pont 1 pont
7. Mosás	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen ruháit kimosni	3 pont 2 pont 1 pont
8. Gyógyszerbevétel	Segítség nélkül; Segítséggel (ha valaki előre kikészíti); Képtelen gyógyszereit magától előkészíteni és bevenni	3 pont 2 pont 1 pont
9. Pénzügyek	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen a pénzzel bánni	3 pont 2 pont 1 pont
Összesített pontszám:		max. 27 pont

Értékelés:

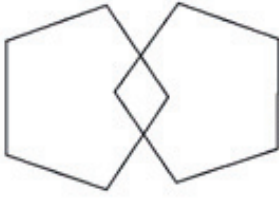
Mindegyik kérdés esetében az első válasz függetlenséget, a második segítséggel való kivitelezhetőséget, a harmadik függőséget jelent.

A pontszám csak egy bizonyos betegre vonatkozik, de követhető az időbeli állapotváltozás.

A 9–27 pont közötti változás az önellátóképesség javulására vagy romlására utal az időközönként elvégzett felmérésekkel.

A 4–7. kérdésekre a vizsgált beteg nemétől függően módosíthatók.

3. számú kérdőív: Mentális állapotot vizsgáló mini kérdőív (MMSE, Mini Mental State Examination, Folstein skála) [226].

Kérdés	Kifejtés	Pontszám
1. A mai napon,	melyik évben melyik évszakban melyik hónapban a hét melyik napján vagyunk hányadikát írunk?	1 pont 1 pont 1 pont 1 pont 1 pont
2. Hol vagyunk?	Melyik országban megyében városban épületben, emeleten mi a cím?	1 pont 1 pont 1 pont 1 pont 1 pont
3. Megjegyző emlékezés	Három tárgyat meg kell nevezni, másodpercenként egyet felsorolva és felkérni a beteget, hogy ismétlje el azokat. Addig kell a felsorolást ismételni, amíg a beteg meg nem tanulja mind a hármat.	3 pont
4. Figyelem és számolás	Kérjük meg a beteget, hogy számoljon hetesével. Minden helyes válasz egy pontot ér. Öt válasz után meg kell állítani. Másik lehetőség, hogy betűzzön egy szót visszafelé pl.: v-i-l-á-g - g-á-l-i-v	5 pont
5. Felidéző emlékezés	Kérjük meg a beteget, hogy ismétlje el a harmadik pontban megtanult három tárgy nevét. Minden helyes válasz egy pontot ér.	3 pont
6. Beszéd	Mutassunk rá egy írószerszámmra és egy órára. Kérjük meg a beteget, hogy nevezze meg azokat.	2 pont
7. Ismételtetés	Ismételtessük meg a beteggel a következő mondatot: „Semmi de és semmi ha”.	1 pont
8. Adjunk a betegnek három lépéses utasítást:	„Fogja ezt a papírlapot a jobb kezébe, hajtsa félbe, és tegye le a földre”	3 pont
9. Szólítsuk fel a beteget, olvassa el a következő mondatot:	„Csukja be a szemét!” és hajtsa végre az abban foglalt utasítást.	1 pont
10. Kérjük meg a beteget, hogy írjon le egy tetszés szerinti mondatot.	A mondatnak legyen alánya, állítmánya és értelme. (A pontozásnál a nyelvtani hibáktól el kell tekinteni.)	1 pont
11. 1-5 cm-es méretben rajzoljuk le a mellékelt ábrát és kérjük fel a beteget arra, hogy azt pontosan másolja le.	Egy pont akkor adható, ha a szögekből és az oldalakból egy sem hiányzik és megvan a két közös metszéspont által bezárt négyszög.	1 pont
		
Összesített pontszám:		max. 30 pont

Értékelés:

Az eredmény kóros és kognitív hanyatlást tükröz, ha < 23 pontot ér el a páciens.

4. számú kérdőív: Geriátriai depresszió skála (GDS, Yesavage) [227]

A geriátriai depresszió skála mentálisan egészséges vagy enyhe/közepes fokú kognitív romlást mutató betegek depresszió-szűrésére szolgál. A kérdések a legutóbbi egy hétre vonatkoznak.

Kérdés	Karikázza be a megfelelő választ!	
	Igen	Nem
1. Elégedett alapvetően az életével?	Igen	Nem
2. Sokat csökkent-e az aktivitása és az érdeklődése?	Igen	Nem
3. Üresnek érzi az életét?	Igen	Nem
4. Gyakran unatkozik?	Igen	Nem
5. Többnyire jókedvű?	Igen	Nem
6. Fél attól, hogy valami rossz történik Önnel?	Igen	Nem
7. Többnyire boldognak érzi magát?	Igen	Nem
8. Gyakran érzi elhagyatottnak magát?	Igen	Nem
9. Jobban szeret otthon lenni, mint elmenni hazulról és új dolgokat csinálni?	Igen	Nem
10. Érzése szerint több gondja van az emlékezőképességével mostanában?	Igen	Nem
11. Véleménye szerint csodálatos dolog most élni?	Igen	Nem
12. Meglehetősen értéktelennek érzi azt az állapotot, amiben most van?	Igen	Nem
13. Ereje teljében lévőnek érzi magát?	Igen	Nem
14. Reménytelennek érzi a helyzetét?	Igen	Nem
15. Véleménye szerint a legtöbb ember jobb helyzetben van, mint Ön?	Igen	Nem
Összesítés:		

Értékelés: 1 pontot ér minden „Nem” válasz az 1, 5, 7, 11, 13 kérdésekre és szintén 1 pontot ér minden „Igen” válasz a többi kérdésre.

Normális	3 ± 2
Enyhe depresszió	7 ± 3
Súlyos depresszió	12 ± 2
Maximális pontszám:	5 pont.

Fenntartással kezelendő a GDS eredmény, ha a MMSE eredmény < 15.

5. számú kérdőív: Tápláltsági állapottal kapcsolatos kockázatfelmérő kérdőív idősek számára (MNA, Mini Nutritional Assessment) [228].

Kérdőív a kezdeti szűréshez			
	Kérdés	Válasz	Pontszám
A	Csökkent a tápanyagbevitel az elmúlt 3 hónapban étvágytalanság, emésztési problémák, rágás vagy nyelési nehezítettség miatt?	súlyos étvágytalanság áll fenn mérsékelt étvágytalanság áll fenn nincs változás	0 pont 1 pont 2 pont
B	Testtömegcsökkenés történt az elmúlt hónapokban?	a testtömegcsökkenés több, mint 3 kg nem lehet tudni testtömegcsökkenés: 1–3 kg nincs testtömegcsökkenés	0 pont 1 pont 2 pont 3 pont
C	Milyen a mozgásképesség?	ágyhoz vagy székhez kötött képes felállni a székől/kiszállni az ágyból szabad mozgású	0 pont 1 pont 2 pont
D	Fizikai stresszt vagy akut betegség fennállt az elmúlt 3 hónapban?	igen nem	0 pont 2 pont

Kérdőív a kezdeti szűréshez			
	Kérdés	Válasz	Pontszám
E	Fennállnak neuro-pszichológiai problémák?	súlyos demencia vagy depresszió enyhe demencia nincs neuro-pszichológiai probléma	0 pont 1 pont 2 pont
F	Testtömegindex (BMI) $\text{BMI} = \frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagaság (m}^2\text{)}}$	BMI < 19 kg/m ² BMI 19–21 kg/m ² között BMI 21–23 kg/m ² között BMI > 23 kg/m ²	0 pont 1 pont 2 pont 3 pont
Összesített pontszám:			max. 14 pont

Értékelés:

> 12 pont: normál, rizikó nélküli állapot, nem szükséges kiegészítő felmérés

< 11 pont: feltehetően malnutrició áll fennezzen kiegészítő vizsgálatokat

Maximális pontszám: 14 pont

6. számú kérdőív: Sarc-F kérdőív [229].

Gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére

Komponens	Kérdés	Válasz	Pontszám
Erő	Mekkora nehézséget okoz Önnek egy körülbelül öt kilogramm súlyú csomag felemelése és arrébb vitele?	Nem okoz nehézséget; Közepes nehézséget okoz; Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	0 pont 1 pont 2 pont
Járási nehézség	Mekkora nehézséget okoz Önnek közlekedni a lakásban?	Nem okoz nehézséget; Közepes nehézséget okoz; Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	0 pont 1 pont 2 pont
Székről való felállás	Mekkora nehézséget okoz Önnek felállni egy székről, vagy felkelni az ágyból?	Nem okoz nehézséget; Közepes nehézséget okoz; Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	0 pont 1 pont 2 pont
Lépcsőzés	Mekkora nehézséget okoz Önnek felmenni tíz lépcsőfokon?	Nem okoz nehézséget; Közepes nehézséget okoz; Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	0 pont 1 pont 2 pont
Esések	Hányszor esett el Ön az elmúlt évben?	Egyszer sem 1–3 alkalommal > 4 alkalommal	0 pont 1 pont 2 pont
Összesített pontszám:			

Értékelés:

> 4 pont szarkopéniára utal

7. számú kérdőív: ECOG skála (Eastern Cooperative Oncology Group) [230].

Az ECOG-skála rosszindulatú daganatos betegek teljesítőképességének felmérésére szolgál. A daganatellenes kezelések alkalmazhatóságának megítélése mellett prognosztikai célra is használható

Funkcionális státusz	Értékelés
normál állapot, teljes, korlátozás nélküli aktivitás	0
tünetek jelentkeznek, a megerőltető fizikai tevékenységekben korlátozott, de ülő jellegű munkákat vagy az otthoni feladatokat képes ellátni	1
mozgásképes, önellátásra képes, de munkára nem; az idő több mint 50 százalékában aktív, éber	2
önellátásában is korlátozott, az idő kevesebb mint 50 százalékában aktív	3
teljesen magatehetetlen, önellátásra nem képes, ágyhoz kötött	4
halál	5

Értékelés:

Az ECOG-skála terjedelme 0-5 (0 a legjobb). Első megközelítésben az ECOG 0-1 teljesítőképességű betegek alkalmasak aktív onkológiai, kemoterápiás kezelésre.

8. számú kérdőív: G8 szűrővizsgálati kérdőív az átfogó geriátriai értékelés szükségességének megítélésére [192].

Kérdés	Válasz	Pontszám
Csökkent a táplálékfelvétele az utóbbi 3 hónapban, akár étvágyromlás, akár emésztési zavar, akár rágási-nyelési problémák miatt?	kifejezetten csökkent;	0 pont
	mérsékeltlen csökkent nem;	1 pont
	csökkent	2 pont
Csökkent a testtömege az utolsó 3 hónapban?	igen, több mint 3 kg-mal	0 pont
	nem tudja;	1 pont
	igen, 1–3 kg között;	2 pont
	nem csökkent	3 pont
Milyen a mozgáskészsége?	ágyhoz vagy székhez kötött	0 pont
	ágyból/székből felkel, de a lakásból nem megy ki;	1 pont
	kimegy a lakásból	2 pont
Neuropsychológiai probléma fennáll?	súlyos demencia vagy depresszió;	0 pont
	enyhe demencia;	1 pont
	nincs probléma	2 pont
A beteg testtömegindexe (kg/m ²)	< 19 kg/m ²	0 pont
	> 19 és < 21 kg/m ²	1 pont
	> 21 és < 23 kg/m ²	2 pont
	> 23 kg/m ²	3 pont
Szed háromnál több receptköteles gyógyszert rendszeresen?	igen	0 pont
	nem	1 pont
A kortársakhoz viszonyítva, hogy értékeli a beteg a saját egészségügyi állapotát?	0,0 = rosszabb	0,0 pont
	0,5 = nem; tudja	0,5 pont
	1,0 = azonos;	1,0 pont
	2,0 = jobb	2,0 pont
Életkor	> 85	0 pont
	80-85	1 pont
	< 80	2 pont
Összesített pontszám:		

Értékelés:

Átfogó geriátriai értékelés szükséges, ha a teszt eredménye 0–13 pont közötti.

Maximális pontszám: 17 pont.

9. számú kérdőív: CARG kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [194]

Vizsgált terület	Válasz	Pontszám
Életkor (év)	> 72	2 pont
	< 72	0 pont
Daganattípus	gastrointestinalis vagy genitourinális	2 pont
	egyéb	0 pont
Kemoterápia intenzitás	standard	2 pont
	csökkentett dózis	0 pont
Kemoterápiás szerek száma	> 2	2 pont
	1	0 pont
Haemoglobin (g/l)	férfi < 110, nő < 100	3 pont
	férfi > 110, nő > 100	0 pont
Creatinin clearance (ml/min) (Jeliffe módszerével)	< 34	3 pont
	> 34	0 pont
Hallás	Közepes/rossz/teljesen süket	2 pont
	jó/kiváló	0 pont
Esések száma/utóbbi 6 hónap	> 1	3 pont
	0	0 pont
	igen	0 pont
Be tudja venni a gyógyszereit?	nem/csak segítséggel	1 pont
	igen	0 pont
Tud sétálni egy utcaközt?	nem vagy talán	2 pont
	könnyedén	0 pont
Korlátozott az ismerősökkel való kapcsolattartás?	igen	1 pont
	nem vagy csak időnként	0 pont
Összesített pontszám:		

A CARG modell a 3–5. fokozatú – azaz súlyos – kemoterápiás szövődmény kockázatát adja meg.

Értékelés:

0–5 pont között az esély alacsony, átlagosan 30%;

6–9 pont esetén közepes, átlagosan 52%;

10–19 pont között magas, átlagosan 83%.

10. számú kérdőív: CRASH kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [196].

	Válasz	Pontszám
Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	> 72	1 pont
	< 72	0 pont
IADL pontszám	10–25	1 pont
	26–27	0 pont
LDH (g/L)	> 459	2 pont
	0–459	0 pont
Általános állapot (ECOG)	3–4	2 pont
	1–2	1 pont
	0	0 pont
Mini Mental Status	< 30	2 pont
	30	0 pont

MNA	< 28	2 pont
	28–30	0 pont
Kemotoxicitási érték*	> 0,57	2 pont
	0,45–0,57	1 pont
	0–0,44	0 pont
Összesített pontszám:		

IADL = independent activities of daily living.

LDH = laktát dehidrogenáz.

MNA Mini Nutritional Assessment

*Az egyes kemoterápiás készítmények/kombinációk toxicitási értéke online található

Értékelés:

Grade 3-4 toxicitás esélye az alacsony kockázatú csoportban 50%,

a legmagasabb kockázatú csoportban 79%.

11. számú kérdőív: Norton-skálához kérdőív a decubitus rizikójának felméréséhez [231]

Kérdés	Válasz	Pontszám
Fizikai állapot	jó	4 pont
	elfogadható	3 pont
	gyenge	2 pont
	nagyon rossz	1 pont
Tudatállapot	éber	4 pont
	apatikus	3 pont
	zavart	2 pont
	eszméletlen	1 pont
Aktivitás	járóképes	4 pont
	segítséggel jár	3 pont
	székhez kötött	2 pont
	rossz	1 pont
Mozgásképesség	teljes	4 pont
	kissé korlátozott	3 pont
	nagyon korlátozott	2 pont
	mozgásképtelen	1 pont
Inkontinencia	nincs	4 pont
	alkalomszerű	3 pont
	vizelet	2 pont
	mindkettő	1 pont
Összesített pontszám:		

Értékelés:

20 pont a decubitus valószínűsége csekély;

15 pont a decubitus veszélye fennáll;

10 pont a nagy a decubitus veszélye;

5 pont decubitus

Maximális pontszám: 20 pont.

12. számú kérdőív: Órajzolósi teszt a kognitív hanyatlás gyors szűrésére [232].

A vizsgáló kört rajzol egy papírlapra. Megkéri a beteget, képzelje el, hogy a rajzolt kör egy óra számlapja, és rajzolja be a körbe a számokat, majd a kis- és nagymutatót úgy, hogy az óra például $\frac{3}{4}$ 3-at mutasson.

Szempontok az értékeléshez, egy lehetséges pontozási rendszerrel:

10. A számok és a mutatók helyzete pontos.
9. A nagymutató helyzete nem pontos (pl. a 11-re mutat).
8. Nagyobb pontatlanság a mutatók elhelyezésében.
7. A mutatók elhelyezése egyértelműen helytelen.
6. A mutatók nem megfelelőek, vagy digitális idő kijelzés.
5. A számok összezsúfolása, keverése, sorrendjük eltévesztése.
4. Súlyos hiba a számsorrendben, lapon kívüli számok.
3. A számok és a számlap nincsenek kapcsolatban, mutató nincs.
2. Megkísérelte a feladatot, de nincs értékelhető produktum.
1. Nem tett kísérletet a végrehajtásra.

Nincs jól definiált határvonal a mentálisan egészségesek és a kognitív hanyatlásban szenvedők között, ezért a teszt eredményét leghelyesebb egyszerűen a „normális” és a „kóros” kategóriák egyikébe sorolni.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: A malnutrició súlyosságának diagnosztikus kritériumai [5].

SÚLYOSSÁGI SZINTEK	TESTTÖMEG ÉS IZOMTÖMEG			ETIOLÓGIAI PARMÉTEREK	
	Testtömeg-vesztés 6 hónap alatt (%-ban)	Alacsony BMI	Alacsony izomtömeg (validált módszerrel felmérve)	Tápanyagbevitel-csökkenés	Gyulladás súlyossága
Közepes malnutrició	5–10%	2 < 20,0 kg/m (< 70 év) 2 < 22,0 kg/m (> 70 év)	Közepes deficit	Szükséglet kb. 50%-a kerül elfogyasztásra	Közepes gyulladás
Súlyos malnutrició	> 10%	2 < 18,5 kg/m (< 70 év) 2 < 20,0 kg/m (> 70 év)	Súlyos deficit	Szükséglet kb. 25%-a kerül elfogyasztásra	Súlyos gyulladás

2. táblázat: Szarkopénia diagnosztizálása [10].

Izomtömeg (vagy zsírintes testtömeg)			Izomerő			Teljesítő képesség	
Mérési módszerek	Férfiak	Nők	Mérési módszerek	Férfiak	Nők	Mérési módszerek	Férfiak és nők
Antropometria:			Ökölszorító erő:	< 30 kg	< 20 kg	SPPB teszt:	≤ 8 pont
CAMA:	< 21,6 cm ²	< 21,4 cm ²		BMI-től függően:	BMI-től függően:	Járássebesség (4 méteres):	< 0,8 m/s
BIA:				BMI ≤ 24 ≤ 29 kg	BMI ≤ 23 ≤ 17 kg	TUG teszt:	>10 s
FFMI:	≤ 17 kg/m ²	≤ 15 kg/m ²		BMI 24,1–26 ≤ 30 kg	BMI 23,1–26 ≤ 17,3 kg		
FFMI without bone:	≤ 14,6 kg/m ²	≤ 11,4 kg/m ²		BMI 26,1–28 ≤ 30 kg	BMI 26,1–29 ≤ 18 kg		
SMI:	< 8,87 kg/m ²	< 6,42 kg/m ²		BMI > 28 ≤ 32 kg	BMI > 29 ≤ 21 kg		
	Idősek (≥ 60 év):	Idősek (≥ 60 év):	Székből felállás:	>15 s öt felállás esetén			
	Súlyos: ≤ 8,50 kg/m ²	Súlyos: ≤ 5,75 kg/m ²					
	Enyhe: 8,51–10,75 kg/m ²	Enyhe: 5,76–6,75 kg/m ²					
DXA:							
ASM	< 20 kg	< 15 kg					
ASMI	< 7 kg/m ²	< 6 kg/m ²					
ALM	< 24,4 kg	< 14,1 kg					
ALM/BMI	< 0,725	< 0,591					
CT/MRI:							
LSMI	< 55 cm ² /m ²	< 39 cm ² /m ²					

Rövidítések: *CAMA* (corrected-arm-muscle area (is calculated from triceps skinfold thickness (TSF) and mid-upper arm circumference (MUAC) as follows: $MUAC - \pi \times (TSF/10)^2 / (4 \times \pi) - i$. Where $i = 10$ for men and 6,5 for women)); *BIA* (Bioelectrical impedance analysis); *FFMI* (fat-free mass index); *SMI* (skeletal muscle index); *DXA* (dual-energy X-ray absorptiometry); *ASM* (appendicular skeletal muscle mass); *ASMI* (appendicular skeletal muscle mass index); *ALM* (appendicular lean mass); *BMI* (body mass index); *CT* (computed tomography); *MRI* (magnetic resonance imaging); *LSMI* (lumbar skeletal muscle index (3rd lumbar vertebra)); *SPPB* (Short physical performance battery); *TUG* (timed-up-and-go test).

3. táblázat: Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői [99].

Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői
<p>Életkor.</p> <p>Nem.</p> <p>Alacsony testtömeg index.</p> <p>Megelőző kis-traumás csonttörés, különösen: csípőtáji, könyök- és csigolyatörés (utóbbi közé tartozik a tünetmentesen kialakult ún. morfometriás csigolyatörés is).</p> <p>A fiatalkori testmagassághoz képest 4 cm-t meghaladó magasságcsökkenés.</p> <p>Háti kyphosis.</p> <p>Egyik szülő csípőtáji törése.</p> <p>Három hónapot meghaladó, 5 mg prednizolon-ekvivalensnél nagyobb napi dóziszú glükokortikoid kezelés.</p> <p>Dohányzás (jelenleg is).</p> <p>Rendszeres alkoholfogyasztás (naponta > 3 egység).</p> <p>Szekunder osteoporosis.</p> <p>Rheumatoid arthritis.</p> <p>Kezeletlen hypogonadismus (mindkét nemből).</p> <p>Gyulladásos bélbetegség.</p> <p>Tartós immobilizáció.</p> <p>Szervtranszplantáció.</p> <p>Diabetes mellitus (1-es, 2-es típus).</p> <p>Kezeletlen hyperthyreosis, T4-szuppressziós kezelés.</p> <p>Krónikus obstruktív légúti betegség.</p> <p>HIV-fertőzés.</p>

4. táblázat: Osteoporoticus beteg kivizsgálása során elvégzendő laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok [100].

Rutinszerűen elvégzendő vizsgálatok
<p>teljes vérkép, vvt-süllyedés vagy CRP;</p> <p>szérum kalcium, foszfát, albumin, kreatinin, alkalikus foszfatáz és transzaminázok;</p> <p>TSH;</p> <p>DEXA.</p>
Kiegészítő vizsgálatok
<p>oldalirányú dorsális és lumbalis rtg.-felvétel vagy DEXA-alapú oldalirányú gerincvizsgálat;</p> <p>szérumfehérjék elektroforézise;</p> <p>25-hydroxy-D-vitamin;</p> <p>szérum parathormon;</p> <p>vizelet kalciumürítés;</p> <p>prolaktin;</p> <p>férfiakban: tesztoszteron, SHBG, LH, FSH;</p> <p>szérum/vizelet kortizol, dexamethason teszt;</p> <p>endomysium elleni vagy transzglutamináz elleni antitest;</p> <p>csontforgalom markerei;</p> <p>csontszcintigraphia.</p>

5. táblázat: A FRAX rendszerben szereplő csonttörési kockázati tényezők [101].

Életkor	40–90 év közötti adat bevitele lehetséges
Nem	férfi/nő
Testsúly	(kg)
Testmagasság	(cm)
Csonttörés az egyéni anamnézisben	Felnőttkorban bekövetkezett spontán vagy olyan enyhe traumára bekövetkezett csonttörés, ami egészséges egyénben rendszerint nem okoz törést. A klinikai tünetek nélkül bekövetkezett (rendszerint radiológiai vizsgálat során diagnosztizált) csigolyatörés is igen a válasz. A klinikai tüneteket okozó, illetve többszörös csigolyatörések még kifejezettebben növelik a jövőben bekövetkező törés esélyét.
Csípőtáji törés valamelyik szülő(k) anamnézisében	igen/nem
Dohányzás (jelenleg)	igen/nem
Glükokortikoid használat	Igen, ha a beteg jelenleg 5 mg-nál több prednizolont vagy prednizolon-ekvivalens dózisú egyéb glükokortikoidot használ.
Rheumatoid arthritis	Igen, ha laboratóriumi/szerológiai vizsgálat igazolja az RA-t. Ha laboratóriumi bizonyíték nincs, a válasz nem.
Szekunder osteoporosis	Igen, ha az alábbiak közül legalább egy jelen van: 1-es típusú diabetes mellitus, osteogenesis imperfecta, régóta fennálló kezeletlen hyperthyreosis, hypogonadismus vagy korai menopausa (< 45 év), krónikus alultápláltság vagy malabszorpció, idült májbetegség.
3 egységnél több alkohol-fogyasztás/nap	Egy egység 8-10 gramm tiszta alkoholnak felel meg (kb. 3 dl sör, 0,3 dl töményital, 1,2 dl bor).
Csontsűrűség (BMD)	Meg kell adni a combnyakon mért csontsűrűséget (BMD, gramm/cm ²) valamint a mérőeszköz gyártójának a nevét (rendszerint: Hologic vagy Lunar). Alternatív módon a combnyakon BMD alapján számított t-score is megfelel. Ha nem történt csontsűrűségmérés, a mezők üresen hagyandók.

6. táblázat: Az osteoporosis kezelésére hazánkban elfogadott hatóanyagok [233].

Antireszorptív készítmények
bisfoszfonátok
alendronat riserdonat ibandronat zolendronat
egyéb készítmények
ösztrogének raloxifen denosumab calcitriol alfacalcidol
Anabolikus kezelés
teriparatid

7. táblázat: A pszeudodemencia és a valódi demencia differenciálása [234].

	Pszudodemencia	Valódi demencia
Tünetek:	Rövid ideje állnak fent	Hosszabb ideje
Panaszkodás a kognitív károsodásra:	Sokat panaszodik	Keveset vagy nem panaszodik
Figyelem, koncentráció:	Jól megőrzött	Majdnem válaszok gyakoriak
Orientációs tesztek:	Tipikus a „nem tudom”	Téveszt
Feladatmegoldás:	Alig tesz erőfeszítést	Erőlködik, küszködik
Kudarcs:	Hangsúlyoz	Az eredményeit hangsúlyozza
Affektivitás:	Mélyreható affektív változás	Labilis affektus
Magatartás:	Inkongruens a kognitív diszfunkció súlyosságával	Megfelel a súlyosságnak
Verbális IQ teljesítmény:	Nincs szignifikáns eltérés	Van szignifikáns eltérés

8. táblázat: Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor [187].

Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor
1. A kemoterápiás kezelés várható toxicitásának felmérése (CARG- vagy CRASH-tesztek.)
2. A nem-daganatos betegségek által meghatározott várható élettartam becslése.
3. A beteg funkcionális értékelése (Karnofsky-index, ECOG-skála, IADL).
4. A társbetegségek felmérése.
5. Elesések száma az utóbbi 6 hónapban.
6. Depresszió szűrés, GDS vagy egyéb validált eszköz használatával.
7. Kognitív hanyatlás vizsgálata Mini-Cog vagy Blessed Orientation-Memory-Concentration (BOMC) tesztekkel.
8. Malnutritio szűrés: testsúlycsökkenés, testtömegindex.

9. táblázat: A CDI kezelése [200–202, 204, 205, 207, 208].

Definíció	Klinikai jellemzők	Javasolt kezelés
Tünetmentes hordozó	– hasmenés nincs – egyéb tünet nincs – fizikális vizsgálat negatív – endoszkópos eltérés nincs	Nem szükséges kezelés
Enyhe vagy közepes kezdeti epizód	– hasmenés – WBC szám < 15.000 sejt/mm ³ – SrCr < a beteg alapszintjének 1,5-szerese – albumin < 3 g/dl – hasi érzékenység	– metronidazol (per os, 3x500 mg, 10 napig) (A) , vagy – vancomycin (per os, 4x125 mg, 10 napig, ha a Metronidazol kezelés sikertelen, vagy a beteg nem tolerálja) (B) [200]
Súlyos, kezdeti epizód	– hasmenés – WBC szám > 15.000 sejt/mm ³ – SrCr > beteg alapszintjének 1,5-szerese – albumin < 3 g/dl – hasi érzékenység	– vancomycin (4x125 mg, 10 napig) (A) vagy – vancomycin (3x500 mg, 10 napig) (B) vagy – fidaxomicin (2x200 mg, 10 napig) (B) [200]

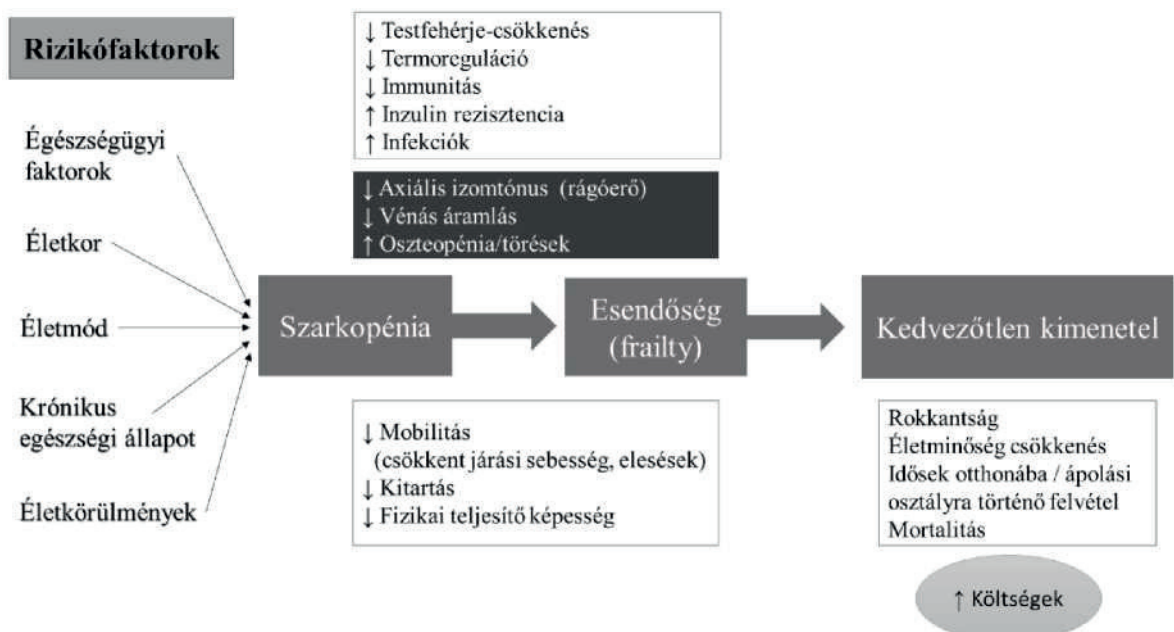
11. táblázat: Decubitus súlyossági szintjeinek besorolása [47].

Súlyossági szintek	Megjelenés
I. stádium	Nem kifehéredő erythema az arteriolák dilatációja miatt, lokális ödéma alakul ki a megnövekedett kapilláris permeabilitás következtében, a bőr kívülről még intakt.
II. stádium	Hámhiány alakul ki, az ödéma fokozódik, epidermis alatt folyadékgyülem, hólyagképződés jellemző.
III. stádium	Hám- és szövetsérülés, mely a fasciáig elérhet, izmok és inak láthatóvá válnak, a seb felszínét baktériumtartalmú exudátum borítja.
IV. stádium	Kékes-fekete száraz necrosis, tasakképződés és a mélyen fekvő területeken gyakran a csontokat is érintő szövetpusztulás jellemző. Fatális szövödményként septicus arthritis, osteomyelitis alakulhat ki.

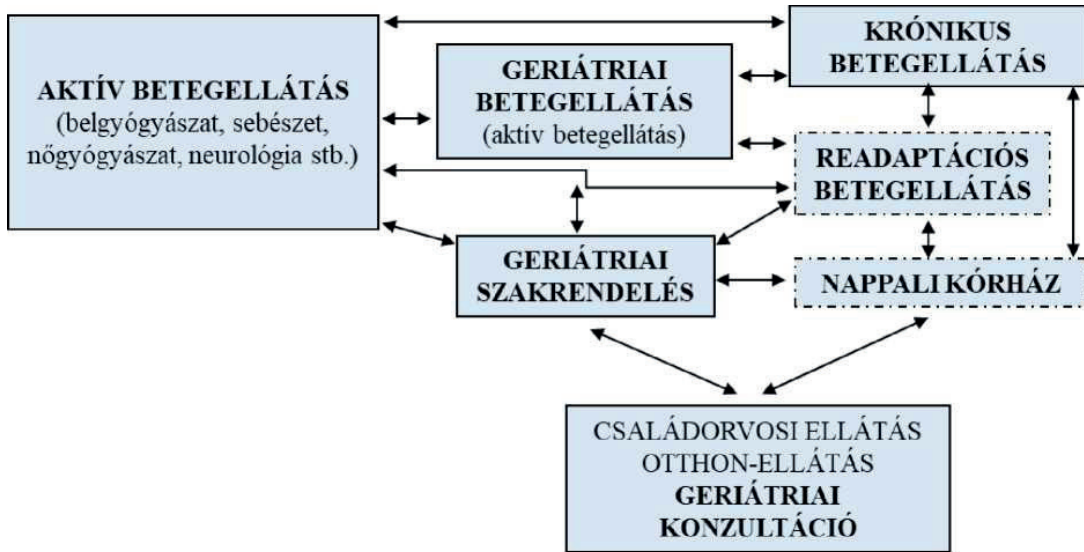
12. táblázat: Az ápolási szükséglet az egészségügyi és szociális ellátás szerint

Egészségügyi ellátás	Szociális ellátás
Alapellátás, gondozás	Jelzőrendszeres
Házi szakápoló szolgálat	Otthoni gondozás
Hospice ellátás	Napközi otthonos
Szakellátás, gondozás	Intézményi
Fekvőbeteg-ellátás	

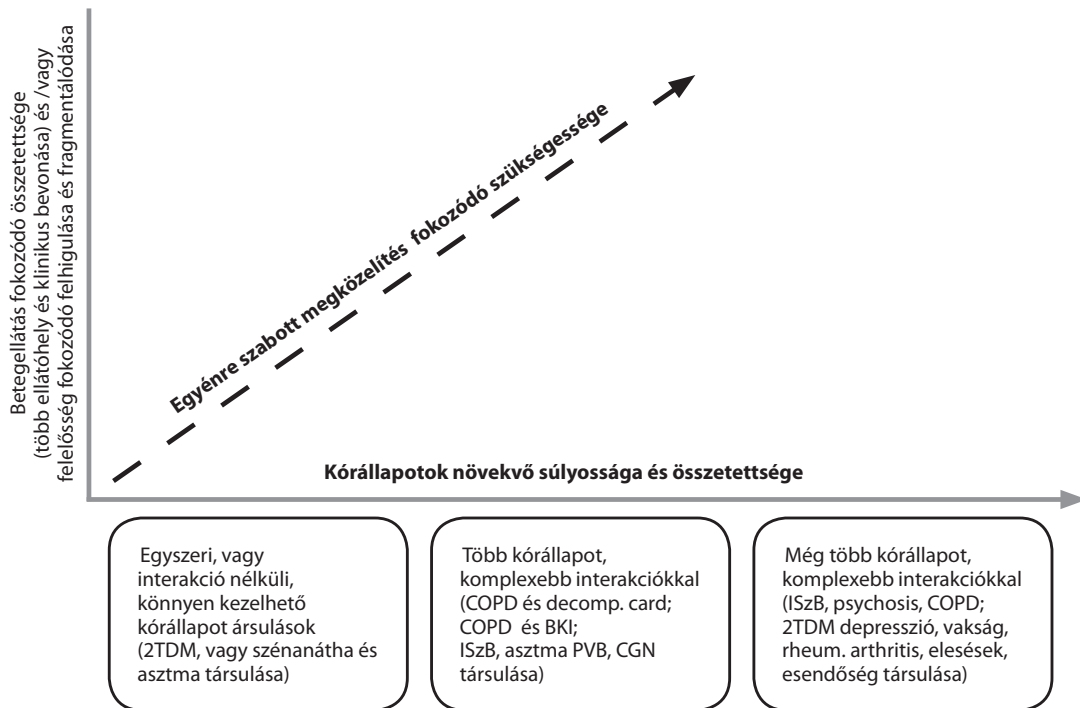
1.4. Algoritmusok

1. ábra: A szarkopénia és az esendőségi szindróma kapcsolata [9]

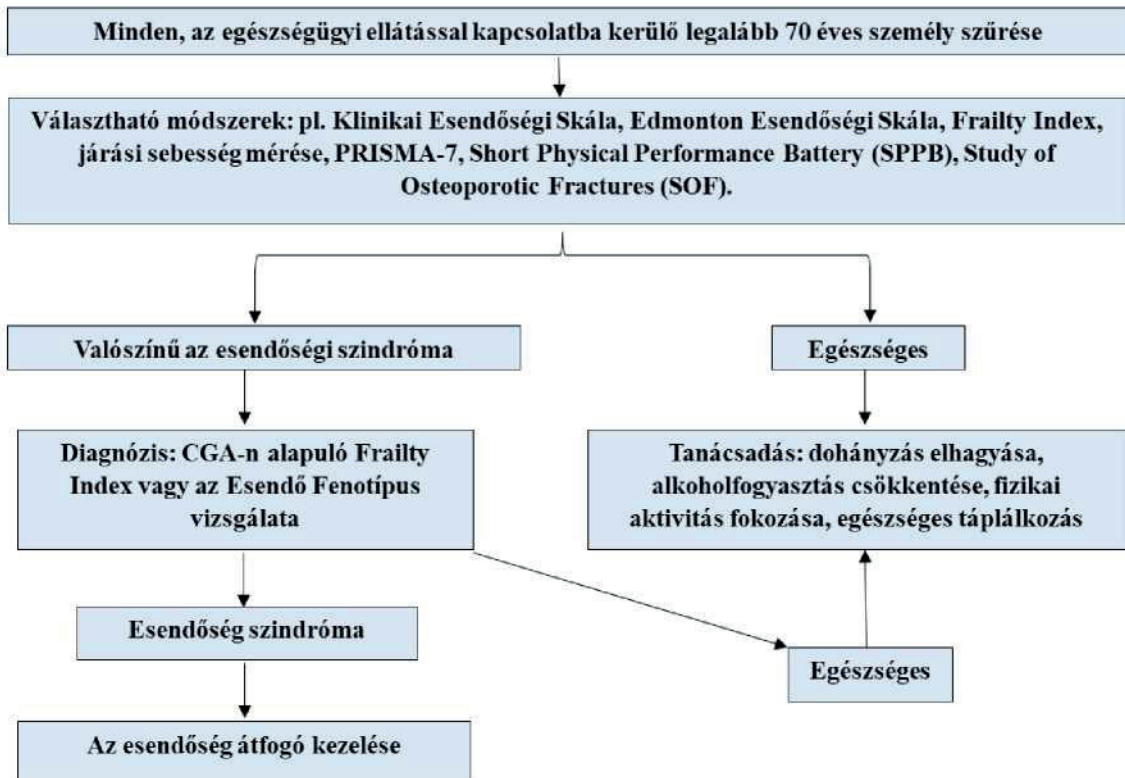
2. ábra: A geriátriai ellátás vázlata [235].



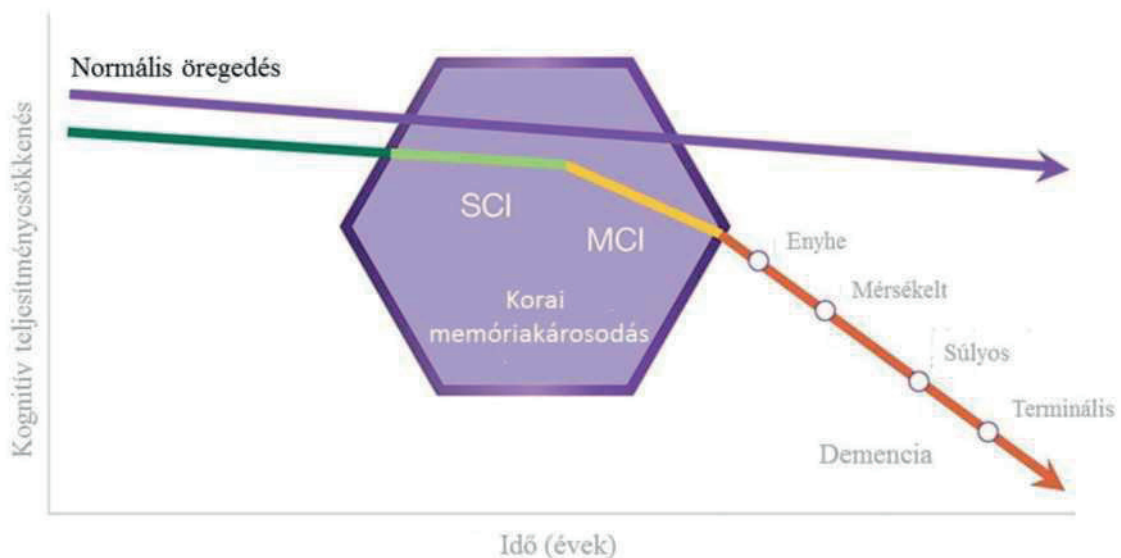
3. ábra: Az idős, több kór állapotban is szenvedő beteg klinikai értékelésének sajátossági foka, ellátásának egyénre szabottsága a kór állapotok számától és feltételezhető interakcióitól is függ (NICE 2016/National Guideline Center UK [48])



4. ábra: A frailty egyénre szabott kezelésének algoritmus [94].



5. ábra: A kognitív teljesítmény változása az életkorral egészséges öregedés és degeneratív betegségek során [236].



1.5. Egyéb dokumentum

1. számú teszt: Tinetti-féle funkcionális teszt [237]

A teszthez szükséges: egy karfa nélküli szék, stopper, 15 méter hosszú szabad terület.

Kivitelezés

1. Egyensúly teszt: Felszólítjuk a széken ülő páciens arra, hogy álljon fel, álljon meg, forduljon teljesen meg (360 fokot), majd újra üljön le. Behúnyt szemmel és dinamikusan is teszteljük az egyensúlyi állapotokat (a sternumra mért kis lökessel).

2. Járás teszt: Felszólítjuk a páciens, hogy néhány métert járjon normál sebességgel, majd forduljon meg, és maximális biztonságos sebességgel térjen vissza, majd üljön le.

Alépések hosszát, magasságát, a szimmetriát, folyamatosságot, valamint a törzs pozícióját figyeljük. A beteg a teszt alatt segédeszközeit (járókeret, mankó, bot stb.) használhatja.

2. számú teszt: TUG (Timed Up and Go) járásteszt [238]

A teszt a beteg mobilitását méri föl. Ezen belül a betegnek több olyan feladatot kell végrehajtania, amiknek az önálló végzése fontos a mobilitáshoz: ülésből felállás, elindulás, járás, fordulás, megállás, leülés.

A teszt végzéséhez szükséges eszközök:

- Stopperóra.
- Karfával rendelkező karosszék.
- A széktől 3 m-re a fordulópont jelölése.
- A beteg által használt segédeszköz kéznél legyen.

A teszt kivitele: A beteg a karosszékben helyet foglal, segédeszköze kéznél legyen, járáshoz használt biztonságos lábbeliben legyen, kezei a karfán nyugalomban legyenek. A betegnek el kell mondani, hogy

- az indulás szóra álljon fel, induljon el,
- a 3 m-re levő jel után forduljon meg,
- jöjjön vissza székhöz és üljön le, segédeszközt tegye le, kezeit tegye a karfára.
- Közlekedjen a lehetőleg minél gyorsabban, de biztonságosan.

Az időmérés az indulás szóra indul, és akkor fejeződik be, amikor kezei újra a karfán vannak.

Értékelés: 11–20 enyhe, 21–30 mérs mobilitási probléma, 30 fölött súlyos mobilitási probléma. A tesztet optimális esetben a beteg kezelésében résztvevő gyógytornász/terapeuta végzi a felvételt követő és a távozáskor végzett funkcionális vizsgálat részeként. A sebességértékek mellett az alkalmazott segédeszköz is dokumentálandó.

3. Idősek esendőségi indexe (FIFE, frailty index for elders) [83].

Kérdés	Karikázza be a megfelelő választ!	
	Igen	Nem
1. Igényel segítséget lefekvéshez, ágyból kikeléshez?	Igen	Nem
2. Igényel segítséget mosdáshoz, fürdéshez?	Igen	Nem
3. Nem szándékos 5 kg-os testtömegcsökkenés az elmúlt fél évben?	Igen	Nem
4. Fogászati, vagy szájüregi problémák, melyek az étkezést akadályozzák?	Igen	Nem
5. Csökkent étvágy, gyors teltségérzés étkezéskor?	Igen	Nem
6. Fizikai vagy emocionális problémák akadályozzák-e a társasági létet?	Igen	Nem
7. Egészségesnek, vagy betegnek érzi magát?	Igen	Nem
8. Gyorsan elfárad?	Igen	Nem
9. Volt kórházban ez elmúlt 3 hónap során?	Igen	Nem
10. Volt sürgősségi osztályon az elmúlt 3 hónap során?	Igen	Nem
Összesítés (igen válaszok száma):		

Értékelés:

0 pont nincs esendőség

1–3 pont az esendőség rizikója fennáll

> 4 pont esendőség fennállását jelzi

4. számú index: Karnofsky-index [239]

A Karnofsky-index az adott beteg funkcionális teljesítőképességének jellemzésére használható, a betegségek széles körében

Funkcionális státusz	Értékelés
tünetmentes, nincs akadálya a normál napi aktivitásnak	100
képes a normál napi aktivitás fenntartására, a betegségnek kisebb jelei, tünetei vannak	90
erőfeszítésbe kerül a normál aktivitás elvégzése, jelen vannak a betegség egyes jelei vagy tünetei	80
önellátó, de a normál napi aktivitásra, aktív munkavégzésre nem képes	70
rendszeres segítséget igényel, de nagyrészt önellátó	60
jelentős segítséget és gyakori orvosi ellátást igényel	50
speciális kezelésre, segítségre szorul	40
súlyos beteg, kórházi ápolásra szorul, de nincs közvetlen életveszély	30
nagyon beteg, aktív orvosi kezelést, kórházi ápolást igényel	20
haldoklás, visszafordíthatatlan, végleges leépülés	10
halál	0

Értékelés:

A Karnofsky-index 0-tól 100-ig terjed (a skála egyik végpontja a halál, a másik végpont a tünetmentesség, normál napi aktivitás)

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve az onkopszichológiai ellátásról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002181
Érvényesség időtartama:	2024. 10. 28.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Ozvald Gabriella, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Kovács Ágnes Anna, klinikai szakpszichológus, társszerző

Kanjo Nada, klinikai szakpszichológus, társszerző

Koncz Zsuzsa, klinikai szakpszichológus, társszerző

Dr. Mailáth Mónika, pszichiáter, gyermekpszichiáter, társszerző

Dr. Riskó Ágnes, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Lacsán Katalin, klinikai szakpszichológus, társszerző

Horváth Dóra, klinikai szakpszichológus, társszerző

Kóvári Réka Luca, pszichológus, társszerző

Esperger Zsófia, klinikai szakpszichológus, társszerző

Patyi Dániel, klinikai szakpszichológus, társszerző

Zsoldos Lili, klinikai szakpszichológus, társszerző

Palásti Flóra, klinikai szakpszichológus, társszerző

Maráz András, pszichológus, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Onkológia és sugárterápia Tagozat

Prof. Dr. Polgár Csaba, klinikai onkológus, elnök, véleményező

2. Pszichoterápia (szakorvosi képzéssel) Tagozat

Prof. Dr. Németh Attila, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, orvosi rehabilitáció szakorvosa, elnök, véleményező

3. Házirosvostan Tagozat

Dr. Szabó János, házirosvos, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Magyar Onkológusok Társasága (MOT)
2. Magyar Pszicho-onkológiai Társaság (MPOT)

Független szakértő(k):

Prof. Dr. Dégi László Csaba, Nemzetközi Pszicho-Onkológiai Társaság (IPOS) főtitkár, véleményező

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	onkopszichológia, pszicho-onkológia szakpszichológia pszichoterápia
Ellátási folyamat szakasza(i):	prevenció pszichodiagnosztika terápia, gondozás rehabilitáció
Érintett ellátottak köre:	felnőttkorú onkológiai betegek onkológiai betegek hozzátartozói llátásban részt vevő szakszemélyzet
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	6301 háziiorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7104 pszichoterápia 7106 neuropszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7108 alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia
Ellátási forma:	J1 járóbeteg-szakellátás, -szakrendelés J3 járóbeteg-szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozás végző szakellátás J4 járóbeteg-szakellátás, jellemzően nem orvosi szakfeladatot ellátó szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint
Egyéb specifikáció:	Az egészségügy szakmai irányelv útmutató kíván lenni az onkológiai ellátás során tapasztalható pszichoszociális jelenségekkel szembesülő szakemberek és az onkológiai ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (onkológusok, sebészek, radiológusok, sugárterapeuták stb.) számára.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

adherencia: Terápiahűség. Az egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlások betartása a gyógyszersedés, a diéta és az életmódváltozás területén. Azt fejezi ki, hogy a beteg mennyire hajlamos benne maradni az adott terápiában, illetve elköteleződni kezelés iránt (*időbeli elköteleződés*).

ágencia: Aktív hatóképesség, hatékonyság.

alacsony intenzitású pszichológiai intervenció: Személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenció, technika. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (pl. kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások stb.), emiatt hatékonyan alkalmazhatóak az orvosi terápiákhoz kapcsolódóan (pl. pszichoedukáció, relaxáció, műtétre való lelki felkészítés stb.).

burnout: Kiegészítő szindróma. Hivatással, foglalkozással összefüggésben a nagyfokú érzelmi igénybevételből adódóan kialakuló fizikai, érzelmi, attitűdbeli stresszreakció. Fő tünetei: testi-lelki fáradtság, alvási problémák, csökkenő munkateljesítmény, irónia, cinizmus, társas beszűkülés.

compliance: Terápiás együttműködés. A beteg a számára előírt/javasolt terápiákkal való együttműködését, az együttműködés fokát jelenti (*minőségi elköteleződés*). A gyógyszersedés pontosságát fejezi ki. Az adherencia fogalmi körébe tartozik.

Damoklész kardja szindróma: Állandósuló félelem a betegség kiújulásától vagy pl. ismert genetikai mutációval rendelkező személyek esetén a betegség kialakulásától.

distressz: A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiáig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör és tapasztalat, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkkel való együttműködés valószínűségét. 2010 óta a distressz a hatodik életfontosságú vitális jel a fájdalom, a szívritmus, a hőmérséklet, a vérnyomás és a légzés mellett.

fájdalom: Olyan fizikai, emocionális, szociális és spirituális esemény, amely a diszkomfort érzéstől a mindennapi funkciók ellátásának súlyos limitációjáig vagy teljes cselekvőképtelenségig terjedhet. Elsősorban fizikai traumás behatásra (műtét, szövetroncsolódás stb.) alakul ki, azonban nem csak fizikai, hanem szociális, emocionális és spirituális dimenziókat is érinthet.

integrált ellátás: A kuratív és palliatív ellátás kombinált, minden esetben együttműködő modellje, amelyben a palliatív ellátásról mint a kuratív ellátást kiegészítő ellátásról gondolkodunk (pl. fájdalomcsillapítás, hányáscsillapítás, tápláltság biztosítása).

komprehenzív (korábban: holisztikus) szemlélet: A holizmus kifejezés (a görög „holosz” szóból) a teljesség figyelembevételét jelenti. A komprehenzív (holisztikus) szemlélettel gyógyító szakember nemcsak a betegséget, a megbetegedett szervet vagy testrészt, hanem a beteg embert gyógyítja, egészségét kívánja helyreállítani és fenntartani. A komprehenzív szemléletet a különböző kezeléseket összehangoltan alkalmazó szakembercsoport valósíthatja meg a beteg számára leghumánusabban és leghatékonyabban.

krízis: Intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti, sürgős beavatkozást szükségessé tevő lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűküléssel, fizikális, vegetatív és pszichés tünetekkel is járhat. A sokáig tartó intenzív krízis – intervenció nélkül – pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet.

megküzdés (coping): Azok a lelki műveletek, amelyekkel a személy a külvilágból jövő fenyegetéseket kezelni törekszik. A megküzdés tudatos folyamat és célja a külső fenyegetettséggel való szembezállás és az egyén pszichológiai egyensúlyának védelme. A személy többféle megküzdési stratégiát is használhat: konfrontáció, érzelmek regulációja, problémaközpontú gondolkodás, pozitív gondolkodás stb.

multidiszciplináris/pluridiszciplináris (onkológiai) team: Az időben gyakran elhúzódó, szakmailag sokrétű és teljeskörű onkológiai ellátás során a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek értő együttműködésére van szükség a betegközpontú gyógyítás megteremtéséhez. Ennek optimális közegét a prevenció, diagnosztikai, kezelési és/vagy rehabilitációs intervenciók végzése során aktuálisan is kialakuló kezelési teamek jelenthetik. A motivált dinamikus együttműködés a jobb eredmény záloga, hiszen a közös célt a feladatok megoszthatósága és az erőforrások optimális beosztása is segíti.

onkopszichológia: Az onkológiai betegségek, az onkomedikális kezelések és beavatkozások, az onkoterápiák során és azok következményeként kialakuló, lélektani értelemben is speciális helyzetek, pszichoszociális nehézségek,

pszichológiai, valamint pszichopatológiai állapotok és pszichiátriai betegségek azonosításával, kezelésével, terápiájával foglalkozó tudományos diszciplína, mely kiegészül a betegség prevenciójának egészségpszichológiai és szociálpszichológiai területeivel, illetve az onkomedikális kezelésben résztvevő személyek hozzátartozóinak, valamint az adott szakemberek mentális egészségének vizsgálatával, ellátásával és edukatív jellegű gondozásával is, mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten és szociológiai értelemben egyaránt.

onkopszichológus: Az a szakpszichológus (vagy jelölt), aki rugalmasan és fókuszáltan az adott rákbetegséggel, annak diagnosztizálásával, kezelésével, ellenőrzésével kapcsolatos onkológiai folyamat pszichoszociális aspektusaival foglalkozik. Ézelmi támogatást és segítséget ad olyan lelki problémák esetén, amelyek elsősorban a betegséghez és az onkoterápiákhoz való alkalmazkodásban, az együttműködésben, és az önelfogadásban, valamint az emberi kapcsolatokban jelennek meg. Az onkopszichológus az egyén számára legmegfelelőbb szintű pszichoszociális életminőség megvalósításának támogatója és elősegítője. Tekintettel a szakterület specifikusságára az onkopszichológus szakember feladatai közé tartozik az oktatás is.

onkopszichoterápia: A beteg szomatikus ellátásához térben és időben illesztett, fizikai állapotát szem előtt tartó módon, ahhoz alkalmazkzó keretrendszerrel és módszertannal végzett pszichoterápiás gyakorlat.

palliatív ellátás: A World Health Organization (WHO) meghatározása szerint az életet fenyegető betegséggel küzdő egyén és családja esetében a betegséghez kapcsolódó fizikális, pszichológiai, szociális és spirituális szenvedés megelőzését és enyhítését célzó támogató kezelések összessége. A palliatív ellátás az életminőséget kívánja javítani és magában foglalja a fájdalom, a szenvedés és a fizikális tünetek csillapítását, illetve azok megelőzését egyaránt, valamint a pszichoszociális és spirituális támogatást is mind a beteg, mind hozzátartozói számára. Célja nem elsősorban gyógyító, hanem tünetcsökkentő és szenvedéscsillapító.

pluridiszciplináris onkológiai team: lásd multidiszciplináris

poszttraumás növekedés (PTN, PTG: post-traumatic growth): Egy súlyos stresszes időszakot, vagy traumát nyereségtalálással feloldó pozitív pszichológiai folyamat. A személyes növekedés során, mind gondolkodásban, mind világnézeti viszonyulásban belső ártértékeléssel is járó változás következik be.

prevenció pszichoszociális szempontból: A megelőzésben az onkopszichológusok fontos feladata a megelőzhető pszichoszociális kockázati tényezők azonosítása és minél hatékonyabb uralásának elősegítése. Ide tartoznak: fokozott rizikót jelentő emberi magatartások és életmód, kedvezőtlen társadalmi hatások, bizonyos személyiségtényezők, krónikusan megterhelő érzelmi állapot és ezek kölcsönhatásai. A pszichoszociális megelőzés hatékonyságát az összes szakágazat (pszichológia, pszichiátria, szociológia stb.) irányított együttműködése biztosíthatja.

pszichoedukáció: Olyan betegség- vagy terápiaszpecifikus tájékoztatás, amely során a páciens a betegségével kapcsolatos információkat szerezhet. Pszichoszociális szempontú tájékoztatást kaphat az adott kezelésről, a kezelés technikai kivitelezéséről, a gyógyulást támogató teendőkről és a rizikófaktorokról egyaránt.

pszichológiai intervenciók/beavatkozás: Lélektani beavatkozások. Intervenciónak tekinthetjük a pszichodiagnosztikától (tesztfelvétel, anamnézis, heteroanamnézis) a különböző pszichoterápiás formákon (szupportív pszichoterápia, krízisintervenció stb.) keresztül a pszichoszociális prevencióban (dohányzásról való leszoktatás, pszichoedukáció stb.) alkalmazható és felhasználható eszközöket.

pszichoonkológia: lásd onkopszichológia. *A hazai szakmai gyakorlat ekvivalens terminusként alkalmazza a két fogalmat.*

pszichopatológia: Olyan a típusostól eltérő pszichológiai működés, amelynek hátterében biokémiai és/vagy anatómiai rendellenesség húzódik meg.

pszichoszociális: A rákbetegségeknek mentális, érzelmi, társadalmi és spirituális hatásai vannak. A rosszindulatú daganatos betegségeknek pszichoszociális hatásait felfedezhetjük a betegek gondolkodásmódjában, érzelmeiben, hangulatában, vélekedéseiben, megküzdési módjaiban, valamint a hozzátartozókkal, barátokkal, munkatársakkal való kapcsolatainak megváltozásában.

regresszió (lelki/pszichológiai): Visszaesés, visszacsúszás egy, a fejlődésben már meghaladott szintű személyiségműködésre pszichés túlterhelődés hatására. Az egyén számára elviselhetetlen helyzetben a regresszió által igyekszik kezelhetővé tenni a stresszt, a veszélyt, a szorongást. E lelki védekezés akaratlanul aktiválódik, fő feladata a személyiség védelme és működésének erősítése.

rehabilitáció: A rákbetegek komplex onkológiai rehabilitációja egyénre alakított, egymástól elválaszthatatlan, testi és lelki és emberi kapcsolati helyreállítási folyamatot jelent a normális, illetve közel normális állapot eléréséért. Magába foglalja a megfelelő, elérhető életminőség biztosítását is. Típusai: primordiális, primer, szekunder, terciér.

reziliencia: Rugalmas, alkalmazkodást segítő ellenállási képesség. A nehéz élethelyzeteket, traumákat, kríziseket követően a reziliens személy gyorsabban és kiterjedtebb körben tudja visszanyerni testi-lelki egyensúlyát.

stigmatizáció: Megbélyegzés. A betegséggel összefüggésben kialakuló, a beteget érő diszkrimináció, megkülönböztetés. A stigmatizáltságot a környezet felől érkező megkülönböztetett viszonyulás váltja ki, amely szubjektív élményként leggyakrabban halálszorongás, titkolózás, hallgatás, önhibáztatás, szemrehányás, szégyen és igazságtalanság érzések formájában jelenhet meg. A stigmatizációt az egyén betegséggel kapcsolatos tudása mellett szociológiai folyamatok is befolyásolják (pl. kirekesztés). A társadalmi környezet edukáltsága növelheti a betegséggel, a beteggel kapcsolatos elfogadást.

szorongás: Valamilyen veszély előérzetére vonatkozóan kialakuló tárgy nélküli félelem. Fizikai, vegetatív és érzelmi indulati állapot, amelyet nem pontosan meghatározható vagy körülírható fenyegetettség vált ki. A szorongást keltő veszély származhat a külvilágból, de intrapszichés (személyen belüli) eredete is előfordul. A szorongás patológias mértékű, ha meghaladja az egyén toleranciaszintjét és akadályozza a hétköznapi életvitelt. Sokszor kísértünete egyéb (pszicho)patológiáknak.

szuper/intervízió: Tanulási folyamat, a betegellátásból is fakadó gyakorlati tapasztalatokból indul ki és oda visszacsatoló procedúra eset/jelenség megbeszélés segítségével. Célja a segítő szakmákban dolgozók mentális védelme és szakmai kompetenciájuk fejlesztése a problémára való rálátás fejlesztésével, külső szemszögből. Csoportos és egyéni formában történhet.

trauma (pszichotrauma): Súlyos életeseményre adott fiziológias reakciókkal is kísért komplex érzelmi élmény, amelyet az adott személy képtelen érzelmileg feldolgozni. A pszichológiai traumára adott azonnali reakció lehet az érzelmi krízis. A lelki trauma – megfelelő kezelés nélkül akár hosszantartóan – megzavarja az adott személy érzelmi egyensúlyát és a lelki védekezési mechanizmusainak működését idézi elő.

túlélő: Onkológiai betegségek esetén túlélő az az ember, aki életben marad és funkcionál súlyos nehézségek vagy életveszélyes betegség leküzdése alatt és után. Onkológiai betegségekkel kapcsolatban a személyt túlélőnek tekintik a diagnózisközlés időpontjától az élet végéig.

2. Rövidítések

AKV:	Addenbrooke's Cognitive Examination (Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat)
BDI:	Beck Depression Inventory (Beck Depresszió Kérdőív)
BNO-10:	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 10. verzió
BNO-11:	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, 11. Verzió
CES-D:	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, 5. kiadás)
ECPC:	European Cancer Patient Colaition (Európai Rákbetagek Koalíciója)
EPA:	European Psychiatric Association
GAD-7:	Generalized Anxiety Disorder-7
HADS:	Hospital Anxiety and Depression Scale (Kórházi Szorongás és Depresszió Skála)
HPV:	humán papillomavírus
IPOS:	International Psycho-Oncology Society (Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság)
MAWI:	Magyar Wechsler Intelligenciateszt
MBCR:	Mindfulness-Based Cancer Recovery
MBSR:	Mindfulness Based Stress Reduction
MMPI I.:	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-1 (Minnesota Többfázisú Személyiségleltár-1)
MMPI II.:	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Minnesota Többfázisú Személyiségleltár-2)
MMSE:	Mini-Mental State Exam
MOT:	Magyar Onkológusok Társasága
NCCN:	National Comprehensive Cancer Network
NICE:	National Institute of Clinical Excellence (A kiváló klinikai minőség nemzeti intézete)
OOI:	Országos Onkológiai Intézet
PHQ:	Patient Health Questionnaire Screeners
PRISM:	Pictorial Representations of Illness and Self Measure
PTG:	post-traumatic growth (ld. PTN)
PTN:	poszttraumás növekedés (ld. PTG)
PTSD:	post-traumatic stress disorder (poszttraumás stressz zavar)
QoL:	Quality of Life (Életminőség)
SDS:	Support Dimension Scale (Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív)

STAI:	State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger Állapot- Vonás Szorongás Kérdőív)
WAIS:	Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt)
WÉK:	Williams ÉletKészségek
WHO:	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok mérlegelése az onkopszichológusi/szakpszichológiai döntéshozatalnak, bár fontos, de csupán egy komponensét jelenti. A beteg/páciens/kliens egyedi sajátosságai (pszichoszociális státusz, pszichopatológia, érzelmi és értelmi intelligencia, premorbid pszichopatológia, egyéb társuló betegségek, életkor és nem, várható élettartam, iskolázottsági szint, szocioökonomiai státusz, mozgáskorlátozottság, táplálkozási és tápláltsági jellemzők, egyéni szükségletek, preferenciák, addikciók, lelki működések egyedi jellemzői és mechanizmusai, társas támogatottság stb.) olyan körülmények, amelyek az ajánlásokban megfogalmazott kezelési evidenciák és terápiás stratégiák alkalmazása során minden esetben figyelembe veendő és szakértő módon integrálandók.

A bizonyítékok elsődleges forrásai a közvetlen klinikai eredményeken alapuló randomizált kontrollált tanulmányok és nemzetközi, illetve hazai kutatások, valamint a széles körű szakmai tapasztalaton alapuló szakértői konszenzusok. Az onkopszichológiai kutatások kivitelezése, az onkológiai betegség mentális egészségre gyakorolt hatásának/befolyásának vizsgálata rendkívül összetett és körültekintő megközelítést igényel. Bár születtek már a pszichoszociális intervenciók klinikai hatékonyságát alátámasztó vizsgálatok (pl. kognitív viselkedésterápiás beavatkozások) mégis azt mondhatjuk, hogy a beteg/páciens/kliens jelentős és viselkedési szempontból meghatározó egyedi jellemzői okán a gyógyszerkutatásoknál alapvetően alkalmazott kettősvak placebo kontrollált vizsgálatok alkalmazása a pszichoszociális tényezők egyetlen önkényesen kiemelt elemének tanulmányozása kapcsán kevésbé informatív, hiszen az onkopszichológiában nem pusztán az egyes tulajdonságok határozzák meg a mentális/pszichopatológiai és viselkedéses következményeket, hanem az érzelmi élet, a premorbid személyiség, a tudattalan motivációk/szorongások és sok egyéb a pszichés egységet dinamizáló tényező bonyolult és szövevényes egésze. Emiatt a tényeken alapuló gyakorlat elvének érvényesítése, a terápiás segítségnyújtás, a krízisintervenció és bármilyen egyéb pszichoszociális intervenció alkalmazása, illetve a területhez kapcsolódó tudományos kutatás az onkopszichológiai munkában speciálisan hozzáértő szaktudást és körültekintő, integratív szemléletű megközelítést igénylő folyamat és kihívás.

Bár születtek és születnek hatékonyságvizsgálatok, mégis fontos szem előtt tartani, hogy nem lehet minden onkopszichológiai vagy pszichoszociális beavatkozás létjogosultságát randomizált, (placebo) kontrollált klinikai vizsgálattal alátámasztani. Az egészségügyi szakmai irányelv sohasem egy adott betegre/páciensre/kliensre vonatkozó, mérlegelés nélkül alkalmazandó útmutatás, hanem a fentiek értelmében egy alapvetően gyakorlati tapasztalatból fakadóan szakmai konszenzuson alapuló, nemzetközi irányelveket és vonatkozó kurrens hazai és külföldi szakirodalmakat is figyelembe vevő, illetve azokat adaptálva alkalmazni kívánó szakmai javaslat és iránymutatás. A beteg/páciens/kliens individuális tulajdonságaira minden esetben tekintettel kell lenni, s az egészségügyi szakmai irányelvtől adott esetben – megfelelő indok alapján és dokumentált módon – el is lehet térni. Az onkopszichológiai ellátás, az onkológiai orvosi ellátás vagy gondozás bármely pontjához kapcsolódó pszichoszociális intervenció sohasem iktathatja ki és hagyhatja figyelmen kívül a gondos mérlegelés szükségességét, az etikai elvek teljes körű érvényesítését és a „ne árts” imperatívuszát.

4. Ajánlások rangsorolása

A New Zealand Guidelines Group NZGG [1] által javasolt besorolási rendszer alapján.

Szint	Ajánlások
A	Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hitelesített szakmai folyóiratokban publikált, megbízható statisztikán alapuló hazai környezetre adaptálható, klinikailag releváns vizsgálatok eredményei, mely evidenciákat és megállapításokat várhatóan újabb kutatás nem fogja módosítani.)
B	Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hiteles vizsgálatokon alapuló megállapítások, azonban a vizsgálatok nagyságával, relevanciájával, adott populáción kívüli egyéb populációra történő adaptációjával kapcsolatban bizonytalanságok merülhetnek fel.)

Szint	Ajánlások
C	Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely saját populációra, hazai környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.)
D	Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték, vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatóak, a hazai „legjobb gyakorlat” meghatározása az irányelvfejlesztő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja.)

Megjegyzés: Kötelező érvénnyel erősen megbízható ajánlás („A” szint) és/vagy szakértői konszenzuson alapuló ajánlás („C” és „D” szint) bírhat – minden más esetben az ajánlás javaslatként értelmezendő, tehát az ellátó az ellátási körülményeket figyelembe véve, azok függvényében dönthet.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A téma indokolása

A fejlett hazai onkológiai ellátás

A Magyarországon legmagasabb progresszivitási szinttel rendelkező és a kontinentális térségben egyedülállóan komprehenzív központ minősítéssel bíró Országos Onkológiai Intézet bázisán működő Nemzeti Rákregiszter adatai alapján kirajzolódó gyakorisági mutatók szerint az új daganatos esetek száma 2010 óta folyamatos emelkedést mutat (2014-ben 78413, a bőr tumoraival (C44) együtt 95034 új esetet azonosítottak), miközben a betegség következtében történő elhalálozások száma állandósulni látszik [2].

A növekvő esetszámok háttérében a javuló diagnosztikai metodikák, a lakosság részére kiterjesztésre kerülő kötelező szűrések tehát a hazai egészségügyi ellátórendszer innovációi és vívmányai, azon belül is a legmodernebb eszközökkel és szakértelemmel országosan kiépítésre került onkológiai ellátás áll. Egészségpszichológiai értelmezésben, ezen belül pedig onkopszichológiai vonatkozásban a növekvő esetszámok pszichoszociális okai között az alkohol és droghasználat, dohányzás, környezetszennyezés, túlsúly, egészségtelen életmód, edukátlanság, alacsony szocioökonómiai státusz egyaránt felismerhetők.

A legkorszerűbb orvosi kezelések és diagnosztikai eszközök elérhetőségének köszönhetően tehát növekvő esetszámokat látunk, ugyanakkor a betegségek korai és korábbi felismerése lehetőséget nyújt a megfelelő és időben történő terápia mihamarabbi megkezdésére és biztosítására is. A stabilizálódó mortalitási adatokhoz hozzájárulnak többek között a fejlődő orvostechnikai módszerek (új sebészi beavatkozások) és eszközök (precíz sugárterápiás lehetőségek), illetve a Magyarországon is elérhetővé váló legmodernebb és leghatékonyabb terápiás lehetőségek (pl. célzott és immunterápiák, illetve kombinációk). Ezek következtében megvalósul tehát a hatékonyabb gyógyítás lehetősége növelve így a túlélési időt, de elősegítve immáron sok esetben a teljes gyógyulást is. Hasonlóképpen korszakos jelentőségű és a megelőzést alapjaiban meghatározó és biztosító rendelkezést jelentett a HPV-oltás vagy a dohányzás elleni törvény bevezetése, valamint a vonatkozó szabályozások szigorítása [3]. Fontos továbbá, hogy a mortalitási adatok stabilan magas értékét a már említett pszichoszociális és társadalomlélektani okok is elősegíthetik és konzerválhatják: problematikus premorbid személyiség, addikciók, egészségtelen életmód, inaktivitás, edukátlanság, érzékenyítés hiánya, elfáradó coping, csökkenő adherencia stb.

Az onkopszichológiai ellátás jelentősége

A fejlett egészségügyi és kiépült onkológiai ellátás által megnövekvő túlélési idő, a növekvő gyógyulási arányok az életminőség (QoL) kérdéseit, különös tekintettel pedig a pszichoszociális tényezőket, kiemelt jelentőséggel helyezik fókuszba. Központi kérdéssé válik, hogy az orvosi beavatkozásokkal nyert túlélési idő minősége nem csupán élhető életszínvonalat kell, hogy jelentsen, hanem a társas és társadalmi szerepekben történő teljes értékű funkcionálást is lehetővé tegyen. A túlélés és a gyógyulás mellett a társadalmi reintegráció is célként tételeződik. A nagy esetszámmal azonosított, népegészségügyi jelentőségű onkológiai betegség a lakosság nagy részét valamilyen formában élete

során érinti: betegként, hozzátartozóként szinte minden állampolgár valamilyen formában kapcsolatba kerül onkológiai beteggel vagy onkológiai betegséggel.

Az onkológiai betegség, illetve az orvosi kezelések különböző időszakai jelentős testi-lelki kihívást jelentenek a betegek és hozzátartozóik számára egyaránt. Az adherencia és a compliance kritikus tényezőkké válnak az elhúzódo onkomedikális terápiák során. Az élhető minőségű élet egyik legjelentősebb feltétele, illetve mutatója a testi egészség mellett a lelki, pszichés és pszichoszociális *egészség* és jóllét. A rosszindulatú daganatos betegséggel küzdő személyek lelkiállapota, a kezeletlen pszichés tünetek befolyásolhatják a túlélést azáltal, hogy fokozzák a distresszt és a megélt szenvedés mértékét, gyengíti az életminőséget és csökkenti az adherenciát.

A pszichológiai és mentális státusz vizsgálata, a pszichopatológiai állapotok kezelése és terápiája, a lelki értelemben is vett rehabilitáció és a mentálhigiénés gondozás jelentősége megnő. Az onkopszichológiai feladatok már a diagnózisközlést megelőzően megkezdődhetnek: a prevenció szempontjából például a dohányzásról való leszokás támogatása, de a társadalom széles körben megvalósuló pszichoedukációja is hosszú távon jótékony hatásokkal bíró prevenció eszközök (primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, onkológiai betegségekkel összefüggő társadalmi programok, mozgalmak). Idetartoznak az onkopszichológiai prehabilitáció intervenciói is, melyek az onkológiai diagnózis közlésétől a kezelése megkezdéséig tartanak és amelynek során egyénre szabott mentális felkészítésben részesül a beteg/páciens/kliens fokozva ezzel az adherenciát és felkészítve őt a kezelésekre. Az orvosi kezelésekhöz és a testi folyamatokhoz kapcsolódóan a különböző módszereket alkalmazó onkopszichológiai ellátások a krízisintervenciótól, a szupportáción/támogatáson keresztül a rehabilitációig terjednek, sőt sok esetben a pszichotraumát jelentő betegségidőszakot követő években poszttraumás pszichopatológiák kialakulása okán válnak szükségessé.

Megállapítható tehát, hogy a teljeskörűsége törekvő, igazi modern és komprehenzív gyógyítói szemlélet nem nélkülözheti az onkopszichológiai ellátást.

A témakör nemzetközi és hazai helyzete

2017-ben egy 3724 onkológiai betegen végzett nemzetközi, multicentrikus vizsgálat során azt találták, hogy a daganatos betegek fele (52%) magas distressszel jellemezhető [4]. A distressz alapvetően a stressz spektrumának negatív aspektusát jelöli és többek között jellemzően tehetetlenségérzést, szorongást, depressziót, félelmet, szomorúságot, pánikreakciót, illetve egyéb fizikális és pszichés tüneteket foglalhat magába. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) meghatározásában a distressz pszichológiai (érzelmi, kognitív, viselkedéses), szociális és spirituális természetű, multifaktoriális kellemetlen érzelmi tapasztalatokat jelölő és az általános szomorúságtól a hétköznapi funkcionálást ellehetetlenítő pszichopatológiáig terjedő kontinuum mentén kifejeződő jelenségkör, amely megzavarhatja a betegséggel, illetve a betegség mellékhatásaival való hatékony megküzdést, valamint ronthatja az orvosi kezelésekkal való együttműködés valószínűségét [5].

A distressz tüneteinek vizsgálatakor daganatos betegek körében leggyakrabban fáradtságot/kimerültséget (fatigue, 56%) és alvási nehezítettséget (47%) találtak [4]. A vizsgálatból megállapítható volt, hogy három fizikális tünet fennállása esetén több mint 80%-os valószínűséggel kell súlyos mértékű szorongásos problémával és distressszel számolni az ellátás során az onkológiai betegek körében. A szomatikus betegségek kapcsán felmerülő és kialakuló distressz etiológiai tényezői között meghatározó szerephez jutnak a megváltozott testi funkcionálással (pl. emésztési nehezítettség, alvási problémák stb.) összefüggő vagy fizikális tünetekkel, mellékhatásokkal (pl. ízérzés elvesztése, hányás, hányinger, fájdalmak stb.) is járó folyamatok és jelenségek. A szorongás különböző szintjeit azonosította továbbá egy metaanalízis, mely szerint a kezelést megelőzően 19%, a kezelés alatt 23%, a kezelést követően 26%-os a szorongás előfordulása petefészekrákos nők körében [6]. A kezelést követő magas szorongást a csökkenő számú orvosi kontrollidőponttal, a kiújulástól való fokozódó félelemmel, valamint a palliatív ellátásként folytatódó, a betegséget követő időszak feszültségével magyarázza egy vizsgálat [7].

Heterogén magyar mintán súlyos szorongást találtak a vizsgált minta 24%-ánál. 127 fős heterogén melanomás mintában az adjuváns interferon terápiát megelőzően enyhén emelkedett szorongásértékeket mértek, illetve a terápia egy hónapos kontrolljánál a szorongás szignifikáns emelkedését találták [8].

Magyar mintákon végzett vizsgálatok alapján férfiak esetében enyhe depressziós értéket a vizsgált minta 17,4%-ánál, közepes értéket 10,5%-nál, súlyos, klinikailag jelentős depressziósintet pedig 16,9%-nál találtak [9]. Hasonló nagyságrendeket írt le a kutatás magyar daganatos nők körében is: enyhe depresszió 20,3%-nál, közepes depressziós pontérték a női minta 10,9%-ánál, súlyos depresszió pedig 17,6%-nál volt kimutatható.

Összességében megállapítható, hogy tulajdonképpen a betegek fele (férfiak 44,8%-a, nők 48,4%-a) érintett valamilyen fokú depressziós tünetek vonatkozásában. Heterogén diagnózisú, magyar daganatos betegekkel végzett

retrospektív kutatásban súlyos depressziót a vizsgált személyek 13,3%-ánál, közepes depressziós értéket pedig 18,4%-os előfordulással találtak. A heterogén minta 13%-ánál azonosítottak szuicid gondolatokat is [8].
Megnehezíti a pszichopatológiai problémák prevalenciájának megállapítását a meglévő kutatási paradigmákban vizsgált minták heterogenitása (mind stádiumban, mind daganattípusban, mind kezelésben stb.), valamint számolni szükséges az országoként eltérő mértékű előfordulással is [10].

A jelen Egészségügyi szakmai irányelv céljai:

- Meghatározni az onkológiai szakterületen dolgozó (szak)pszichológusok tevékenységének alapvető szempontjait és struktúráit, illetve az azokhoz kapcsolódó kompetenciákat az orvosi ellátási folyamat során és mellett.
- A pszichoszociális állapotuk miatt eleve veszélyeztetett vagy éppen az orvosi kezelésekhöz kapcsolódóan átélt distressz vagy krízisállapot miatt kezelésbe kerülő betegek/páciensek/kliensek ellátása elismert, hatékony és biztonságos szakmai elvek mentén történjen.
- A mindennapi felelős hivatásgyakorlás a folyamatosan bővülő, hiteles és konszenzuálisan elfogadott közös szakmai tudás bázisán épülhessen ki.
- A szakmagyakorlás ellenőrizhetősége által elősegítse elő a legmagasabb szintű minőségbiztosítás lehetőségét is.
- Az onkopszichológiai ellátás minél szélesebb körben történő elérhetőségének elő- és megteremtése.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv a megadott ellátók számára az ellátottak körére vonatkozó szakmai tevékenységük során javasolt felhasználásra, abból a célból, hogy az onkopszichológia szakterületén dolgozó szakpszichológus, pszichiáter és más pszichoszociális szakemberek tájékozódhassanak és iránymutatást találhassanak a hivatásgyakorlás kihívásait jelentő főbb kérdésekkel összefüggésben. Az egészségügyi szakmai irányelv célja továbbá, hogy minden szakpszichológiai területen szaktevékenységet végző szakember számára ajánlásokat fogalmazzon meg a mindennapos gyakorlat szakmailag helyes, a gyógyítást a leghatékonyabb mértékben és legemberibb módon etikusan elősegítő kialakításában.

Az egészségügyi szakmai irányelv útmutató kíván lenni továbbá az onkológiai ellátás során tapasztalható pszichoszociális jelenségekkel szembesülő szakemberek és az onkológiai ellátásban, illetve kezelésében részt vevő társszakmák (onkológusok, sebészek, radiológusok, sugárterapeuták stb.) számára. Az egészségügyi szakmai irányelv célja a szakmai kompetenciák megfogalmazása, a szűrés és felismerés javítása, a korszerű kezelési lehetőségek megvalósításával pedig a terápiás hatékonyság növelése.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Azonosító:	Version 2.2021 [5]
Szerző(k):	Riba MB, Donovan KA et al.
Cím:	Distress Management
Tudományos szervezet:	National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)
Megjelenés adatai:	2021. 01. 05.
Elérhetőség:	https://www.nccn.org/
Azonosító:	Version 2.2021 [11]
Szerző(k):	Denlinger CS, Sanft T et al.
Cím:	Survivorship
Tudományos szervezet:	National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)
Megjelenés adatai:	2021. 07. 01.
Elérhetőség:	https://www.nccn.org/

Azonosító:	ISBN: 1-84257-579-1 [12]
Szerző(k):	
Cím:	Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer
Tudományos szervezet:	National Institute for Clinical Excellence
Megjelenés adatai:	2004. 03.
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	002085 [13]
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek
Szerző(k):	Kéri Sz, Döme P, Rihmer Z, Bitter I, Gonda X, Herold R, Kurimay T, Osváth P, Purebl Gy, Szekeres Gy.
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 12. szám, pp. 970 - 1032; 2021. 07. 01.
Elérhetőség:	http://kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2021/12.pdf

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1 – Az onkopszichológiai ellátás szükségessége

Az onkológiai betegséggel diagnosztizált emberek esetében a pszichoszociális és onkopszichológiai ellátás (vizsgálat, edukáció, gondozás, terápia, rehabilitáció) a komplex, holisztikus szemléletű és modern onkológiai ellátás integrált részét kell képezze. A szakterületi ellátásba a beteg hozzátartozóinak szakmailag indokolt mértékű pszichoszociális támogatása is szükségszerűen beletartozik [5, 11, 95, 96, 104]. (A)

A daganatos betegséggel küzdők érzelmi problémáinak jelentőségét, a minőségi daganatterápia részeként alkalmazásra kerülő onkopszichológiai ellátás fontosságát nemzetközi (IPOS) és hazai szervezetek (MOT) egyaránt deklaráltan elismerték, továbbá a daganatos distresszt vitális jelként azonosítják [14, 15].

Ennek megfelelően megállapításra került, hogy:

1. Az onkológiai pszichoszociális ellátás egyetemes emberi jog.
2. Az onkológiai betegek minőségi kezelésébe a szokványos terápia részeként kell integrálni a pszichoszociális ellátást.
3. A daganatos distressz vitális jel, melynek szükség szerinti mérése a hőmérséklet, légzés, pulzus, vérnyomás és fájdalom mellett elengedhetetlen.

A betegek mellett hozzátartozóik, illetve a kezelőszemélyzet pszichoszociális vonatkozású gondozása (edukációja, érzékenyítése) is kapcsolódik az onkopszichológiai ellátáshoz.

Kiemelt jelentőséggel bír az érintett gyermekek onkopszichológiai támogatása: mind a betegséggel küzdő gyermekek, mind a hozzátartozóként érintett fitalkorúak pszichológiai követése javasolt és indokolt.

Javasolt minden onkológiai központban, illetve onkológiai osztályhoz kapcsolódóan biztosítani a betegek és hozzátartozóik számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét.

Ajánlás2 – A pszichoszociális distressz kockázati tényezői

Az onkológiai ellátás során az intervenció kiválasztása, illetve a terápiás terv kialakítása során is minden esetben szükséges felmérni és figyelembe venni a pszichoszociális distressz kialakulását növelő speciális kockázati tényezőket és az ellátás során azonosítható jellemző vulnérabilis időszakokat [5]. (A)

A distresszre hajlamosító időszakok és tényezők figyelembevétele az onkopszichológiai ellátás során kiemelten fontos, hiszen ezek meghatározzák a helyzethez és a beteg/páciens/kliens karakterisztikájához kapcsolható intervenció típusát, adott esetben módszertanát is, illetve kijelölik a terápiás terv és a pszichoszociális együttműködés tárgyát és irányát.

1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerábilis időszakok (NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve)

<u>Distressz kialakulásának kockázatát fokozó tényezők</u>	<u>Distressz kialakulásának és fokozódásának szempontjából kifejezetten vulnerábilis időszakok/történések</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Korábbi pszichiátriai zavar vagy szerhasználat. - Korábbi depresszió/öngyilkossági kísérlet. - Trauma és/vagy bántalmazás az anamnézisben (fizikai, szexuális, érzelmi, verbális). - Kognitív zavar, kognitív diszfunkció. - Kommunikációs zavarok, problémák. - Komorbid betegségek. - Szociális/szociológiai tényezők: <ul style="list-style-type: none"> - Családi konfliktusok, - nem megfelelő társas támogatás, - szociális elszigeteltség, izoláció, - egyedül élés, - pénzügyi problémák, - orvosi ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés, - fiatalok és/vagy eltartott gyermek(ek), - fiatalabb életkor, - szexuális egészséggel, illetve termékenységgel kapcsolatos problémák, - diszkrimináció (faji, nemi), - stabil lakhatás elvesztése, - szerhasználat, addikció, - egyéb stresszorok. - Lelki/vallási (bűntudati) konfliktusok. - Kontrollálhatatlan tünetek/mellékhatások. - Magasabb depressziókockázattal együttjáró daganatos megbetegedések: hasnyálmirigy-, fejtumorok. 	<ul style="list-style-type: none"> - Daganatgyanút keltő (testi) tünet kivizsgálásának időszaka. - Onkológiai diagnosztikai folyamat időszaka. - Diagnózisközlés. - Előrehaladott/áttétes daganatos betegség. - Genetikai hajlam felismerés és/vagy családi halmozódás lehetősége. - Kezelésre várakozás. - Tünetek okozta megterhelődés súlyosbodása során. - Alapvető kezeléssel kapcsolatos szövődmény(ek) jelentkezése esetén. - Felvétel a kórházba/Elbocsátás a kórházból. - Terápiákkal járó mellékhatások és tünetek megjelenése/fokozódása. - Kezelés sikertelensége, állapotrosszabbodás. - Aktív kezelés befejezésének szükségessége. - Orvosi utánpótlás és megfigyelés időszaka, illetve kontrollidőpontok. - Gyógyulás/rehabilitáció időszaka (Damoklész kardja szindróma). - Kiújulás/Progresszió/Visszaesés. - Palliatív kezelés(ek) szükségessége. - Hospice-ellátás időszaka.

Ajánlás3 – Az onkopszichológiai kivizsgálás tartalmi elemei

A járó- és fekvőbeteg-ellátás során végzett onkopszichológiai kivizsgálás, illetve a vizsgálatról készült dokumentáció az aktuális vizsgálati helyzethez, fennálló körülményekhez és lehetőségekhez (pl. beteg aktuális állapota, vizsgálatba vonhatóság lehetősége) illeszkedve, a szakember döntése alapján az alábbi tartalmi elemek teljes körű figyelembevételével, adott esetben és szükség esetén több ülésben, javasolt, hogy történjen és megvalósuljon [19]: (D)

Az onkopszichológiai szakvizsgálat kiterjed: a [1] bekerülés körülményeire, a (kért) vizsgálat okára/indokára, az indikációkra [2] a beteg pszichológiai/pszichiátriai anamnézisére (lásd pl. a DSM5-ben [19] részletezésre kerülő interjú), [3] a beteg szomatikus anamnézisére, [4] a beteg jelenlegi panaszaira és a vizsgálat során megfigyelhető/megfigyelt aktuális pszichés státuszára, [5] jelentősebb korábbi és jelenlegi biográfiai tényezőkre, eseményekre, [6] az összefoglaló véleményalkotásra, illetve diagnózisra és a [7] terápiás javaslatlételre egyaránt.

A betegvizsgálatról készülő egészségügyi dokumentáció (ambuláns lap, lelet, szakvélemény stb.) felépítésében magában foglalja, és javasoltan követi is a fentiekben ismertetett struktúrát, tartalmában pedig a kivizsgálás (interjú, tesztek stb.) során nyert adatok és információk értő és integráló összefoglalását tartalmazza.

Az onkopszichológiai exploráció során alábbi tényezők vizsgálata szükséges:

(a) *A bekerülés körülményei, illetve a vizsgálat oka:*

- Klinikai kérdés, a vizsgálat apropója/indoka,
- onkológiai diagnózis megjelölése,
- a vizsgálatot kérő kezelőorvos megjelölése,
- a beteg igénye a vizsgálattal kapcsolatban,
- a vizsgálat és az állapot szempontjából bármilyen fontos körülmény (pl. diagnózisközlést követő állapot, krízis, műtét utáni/előtti állapot, agyi áttét, fennálló fájdalom erőteljes fájdalomcsillapítás, mentős szállítás, sürgősségi beutalás stb.),
- a vizsgálatot indikáló, illetve a fennálló (szubjektív) pszichológiai panaszok/nehézségek/problémák/látványos viselkedési és/vagy érzelmi tünetek.

(b) *Pszichológiai/pszichiátriai anamnézis, illetve a premorbid személyiség vizsgálata:*

- Pszichológiai és/vagy pszichiátriai anamnézis (korábbi hospitalizáció, pszichoterápia stb.),
- jelenlegi vagy korábbi gyógyszer szedés (gyógyszerelést végző személy),
- szükség esetén, illetve indokolt esetben heteroanamnézis,
- korábbi krízishelyzetek (fejlődési és akcidentális) feltérképezése, különös tekintettel az alkalmazásra került megküzdési módokra.

(c) *A fizikális állapot áttekintő felmérése (orvosi dokumentáció, vagy a beteg elmondása alapján):*

- Szomatikus anamnézis, korábbi hospitalizációk,
- onkológiai betegségtörténet,
- egyéb (fennálló, krónikus) betegségek,
- aktuális fizikai panaszok (hányinger, fájdalom, légszomj, alvási problémák, étvágytalanság stb.).

(d) *Pszichológiai status: készítése pszichopatológiai alapfogalmakkal leírtan történik, melyekből a beteg/páciens/kliens pszichiátriai kórtünetei egyértelműen megérthetőek, beleértve a pszichológiai működés legfőbb területeit is (Kogníció: tudati működés, figyelem, érzékelés, észrevevés, emlékezés, gondolkodás, Affektus: ösztönök, érzelmi élet, hangulat, indulat, Magatartás: indíték, akarat, pszichomotilitás, kommunikáció, Globális jellegű működések: intellektus, személyiség, beállítódás):*

- A tudat vigilitása és integrációja, a tudat zavarai,
- auto-, allopszichés, illetve térbeli és időbeli orientáció,
- realitásban megtartottság, érzékcsalódásra vagy percepciózavarra utaló jegyek, illetve kóros tartalmak (delúziók, hallucinációk stb.) feltárhatósága, delírium,
- figyelem felkelthetősége, irányíthatósága, a célképzetet megtartása,
- észrevevés, érzékelési zavarok vagy erre utaló közvetett jelek észlelhetőek, vagy sem,
- gondolatok és a gondolkodás színvonala, intellektusa, a képzetek, a fogalmak használata az iskolázottsági szintnek megfelelő-e, vagy sem,
- a gondolkodás alaki és tartalmi épsége (kognitív funkciók),
- beszámíthatóság vizsgálata (döntéshozatalra való képesség),
- megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés megtartottsága (mnesztikus funkciók),
- a hangulatának fekvése és jellege (normatív, alacsony, közepes, magas),
- érzelmi reakciók adekvátsága (a helyzethez, illetve a közölt tartalomhoz illeszkedik e minőségben és intenzitásban),
- szorongásos tünetek: szubjektív, magatartásbeli, vegetatív jelek, vagy situációhoz illeszkedő mértékű szorongás,
- aktivitás és cselekvőkészség anamnézisben megismerthez képest történő változások (bénulás, lassultság, inaktivitás stb.),
- étvágy, tápláltság, cachexia, túlsúly, hányinger, testsúlyváltozás,
- el- és átválás minősége, pihentető alvás mennyisége, bármilyen változás,
- szexuális élettel összefüggésben tapasztalt változások, panaszok (aszexualitás, meddőség, impotencia, lubrikációs problémák stb.),
- a pszichomotorium (felgyorsul, átlagos/normál, meglassult), formai zavartsága nem mutat,
- beszéd sebessége (meglassult, elkent, átlagos, felgyorsult stb.) és formai szabályozottsága (logikusan szervezett, célirányosan szőtt stb.),
- tekintet-kontaktustartás (pontos, nem megtartott stb.),
- mimika, gesztusok (ezek illeszkedése a beszédhez, annak tartalmához),
- kritikai készség megtartottsága (helyzethez illő magatartás, magatartás megváltozása stb.),
- személyiség (változott, megtartott, karakterpatológiás jegyek) és önértékelés (megtartott, nem felismerhető stb.),

- szociális kapcsolatok mennyisége és minősége (rendezett, ép, izoláció stb.),
- betegségtudat (adekvát, reális, irreális, nem felismert, hártott),
- értékorientáció és személyes célok (helyzetnek megfelelően alakulóak, szocializációjához illeszkedőek, inadekvátak, bizonytalanok, elvesztek stb.),
- korábbi és/vagy jelenlegi addikciók (alkohol, drog, nikotin stb.).

(e) *Szuicid ideációk/gondolatok/késztetések:*

- Korábbi szuicid kísérletek,
- jelenlegi szuicid ideációk/gondolatok/késztetések/tervek felmérése.

(f) *Biográfiai adatok, fontos életesemények áttekintő felmérése:*

Például: Születés körülményei, családi szerkezet, kisgyermek-, kamasz-, serdülőkor meghatározó történései, pszichoszexuális fejlődés szakaszai, testi-szellemi fejlődési szakaszok, iskolák, illetve tanulmányi eredmények, munkavállalás, munkahelyi teljesítmény, szabadidős tevékenységek, hobbik, jelenlegi család, családalapítás időszaka, korábban előforduló pszichés traumák (lásd később), jelenlegi élethelyzet meghatározó tényezői (munkahely, családi viszonyok stb.).

(g) *Az onkológiai betegség kapcsán kiemelten releváns biográfiai tényezők:*

- Korábbi veszteségek, betegségek, halálesetek, pszichés traumák,
- megoldott, elakadt vagy patológiás gyász folyamatok az élettörténetből,
- korábbi betegséghez/hospitalizációkhoz kapcsolódó élmények (altatás, ébresztés, testi-lelki változások stb.),
- családban/ismerősi körben onkológiai betegség előfordulása,
- addikciók (alkohol, drog, nikotin, étel stb.),
- jelenlegi családi helyzet és viszonyok (pl. válás, kisgyermek[ek] a családban).

(h) *A lehetséges protektív tényezők:*

- Társas támogatottság (család, egyéb szociális kapcsolatok stb.),
- asszertivitás, reziliencia,
- lelki elhárítómechanizmusok,
- lelki megküzdési módok és stratégiák,
- stresszkezelő technikák (relaxáció, jóga, MBSR stb.),
- sport, szabadidős tevékenységek,
- vallási és spirituális erőforrások, közösségek,
- betegszervezetekkel való kapcsolat.

(i) *A felvétellel kerülő tesztek eredményei és értékelésük.*

(j) *A vizsgálat összefoglalása és (szak)vélemény.*

(k) *Diagnózis, iránydiagnózis.*

(l) *Terápiás terv és/vagy terápiás javaslat, további vizsgálatok indikálása.*

(m) *Következő időpont és a vizsgáló személy, terapeuta elérhetőségei.*

Az onkopszichológiai vizsgálat neurológiai problémák (pl. demencia kapcsán, vagy tünetet okozó agyi térfoglaló folyamatok, illetve például agyi besugárzás, vagy kemoterápiát követő kognitív működészavarok esetén) fennállása és kivizsgálása esetén neuropszichológiai eszközök alkalmazását (adott esetben neurológus, vagy neuropszichológiai szakpszichológus szakvizsgálatát) is magában foglalja. Az onkológiai betegek kezelése során, vagy azt követően fellépő neurokognitív zavarok (pl. chemobrain) jól ismert mellékhatások.

Az onkopszichológiai vizsgálatot és dokumentációt követően minden esetben javasolt konzultálni a beteg kezelőorvosával, indokolt esetben pedig további pszichiátriai/neurológiai/neuropszichológus kivizsgálást is szükséges (írásban is) javasolni.

Az onkopszichológiai ellátás keretében zajló hosszú távú gondozás során készülő betegdokumentáció szükséges, hogy teljes körű kivizsgálással kezdődjön. A későbbiekben az obszerváció, a kontrollok és a pszichoterápiás folyamatok ellátási alkalmi esetében a rendszeres dokumentáció szintén szükséges és a beteg pszichés státuszában bekövetkező, a pszichológiai és orvosi ellátása szempontjából lényeges új információkat (pl. ismételt felvett teszteredmények, explorálható hangulatváltozás, mellékhatások megjelenése stb.) és eltéréseket ajánlott a kezdeti vizsgálatra történő visszautalással összevetve rögzíteni.

Ajánlás4 – Az alkalmazandó pszichodiagnosztikai nomenklatúrák

A diagnosztikus kivizsgálás során a BNO 10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás 1993), mely a diagnosztikus kódolás alapja [16] vagy a DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual fifth edition 2013) Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) [17] kritériumait kell figyelembe venni. (A)

A diagnosztikus kivizsgálás során a szakembereknek a BNO-10 [16] és a DSM-5 [17] kritériumait kell figyelembe venniük. Ez növeli a diagnózis megbízhatóságát a kevésbé tapasztalt szakemberek esetében is. Jelenleg Magyarországon a pszichopatológiai problémák diagnosztikai besorolása a BNO-10 klasszifikációs rendszer alapján történik. A DSM-5 a BNO-10-nél újabb besorolási rendszer, emiatt didaktikusabb, jobban követhető a pszichopatológiai problémák azonosítása és besorolása. Mindkét betegségosztályozó rendszer világszerte használatos a fekvő- és a járóbeteg-ellátásban is, míg kutatási célokra elsősorban a DSM szolgál [18].

Ajánlás5 – Leggyakoribb pszichológiai problémák felismerése és ellátása

Onkológiai betegségek esetén fokozott figyelmet kell fordítani a pszichopatológiai jelenségek szűrésére, a specifikus tünetek azonosítására és mérlegelésére. A tünetek, a pszichoszociális szűrés eredményei és a pszichodiagnosztikai elemzés alapján szükséges mérlegelni a lehetséges onkopszichológiai intervenció útvonalaikat. Tekintettel kell lenni a hangulatot érintő problémákra, betegségekre különösképpen a szuicid veszélyeztetettségre, valamint a szorongásos zavarokra, illetve a pszichotikus állapotok és a személyiségzavarok felismerésére is [5]. (A)

Az ábrák az NCCN Guidelines Distress Management [5] irányelv alapján kerültek fordításra és adaptálásra.

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (DIS-5 [5] alapján)

Pszichológiai/pszichiátriai ellátás folyamatmodellje			
Jelek/tünetek/problémák/ panaszok/viselkedés	Értékelendő/mérlegelendő tünetek	Diagnosztika, pszichodiagnosztika	Utánkövetés
Az onkológiai orvosi team referál a mentális egészségügyi teamnek, pszichológusnak.	<ul style="list-style-type: none"> - Distressz. - Viselkedésbeli változások. - Problémák a kapcsolatokban. - Pszichiátriai előzmények/gyógyszerek. - Szerhasználati zavar. - Fájdalom- és tünetkezelés. - Fáradtság. - Testkép. - Hangulat. - Szexuális egészség. - Károsodott kognitív funkciók. - Biztonság. - Öngyilkosság kockázata. - Pszichológiai/pszichiátriai komorbiditás Orvosi okok. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neurokognitív zavarok (delírium, demencia). - Trauma és stresszbetegségek. - Obszesszív-kompulzív zavar. - Szerhasználat, addikciók. - Depressziós zavarok. - Bipoláris és kapcsolódó zavarok. - Szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok. - Szorongásos zavarok. - Személyiségzavarok. - Organikus és szimptomás mentális zavarok. - Nemi identitás és szexuális élet zavarai. 	Utánkövetés és folyamatos kommunikáció/konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal, háziorvossal

2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-11 [5] alapján)

Depressziós és szorongásos zavarok				
Diagnózis	Tünetek értékelése/mérlegelése	Önártalom veszélye	Kezelés	Utánkövetés
<p><u>DEPRESSZIÓ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betegséggel összefüggésben kialakuló depressziós állapotok. - Depressziós epizód. - Major depresszió. <p><u>SZORONGÁSOS ZAVAROK</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Általános egészségügyi állapot miatti szorongás. - Generalizált szorongásos zavar. - Pánikbetegség. - Specifikus fóbia. - Agorafóbia. - Szociális szorongásos zavar. - Szerhasználat/gyógyszerek okozta szorongásos zavar. - Anticipált hányinger/hányás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: <ul style="list-style-type: none"> - Daganatos betegség, - kezelés, - gyógyszerek, - Orvosi okok. - elvonási tünetek, - fájdalom, - fáradtság, - alvászavarok, - anorexia, - anhedónia, - csökkent érdeklődés tevékenységek iránt, - halálvágy, - öngyilkossági gondolatok, - hangulatingadozás, - gyenge koncentrációs képesség, - demoralizáció, - Vegyük figyelembe a pszichoszociális és lelki tényezőket. - A döntéshozatali képesség mérlegelése/felmérése. - Család/otthoni környezet szempontjai. - Biztonságos környezet. - Alkohol és rekreációs szerhasználat felmérése. <p><i>Pszichoszociális szűrés/felmérés fontossága.</i></p>	Nem jelent veszélyt önmagára vagy másokra	<ul style="list-style-type: none"> - Pszichoterápia. - A depresszióval együtt járó testi tünetek kezelése. - Pszichotróp gyógyszerek: <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresszánsok, - szorongásoldók. - Mentális egészségügyi kezelés és utánkövetés. - Beteg és család edukációja szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások vagy lelki pásztor bevonásának megfontolása. 	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
		Önártalom veszélye, vagy mások veszélyeztetése fennáll	<ul style="list-style-type: none"> - Öngyilkosság vagy gyilkosság kockázatának mérlegelése. - Kórházi kezelés. - A betegbiztonság kialakítása: <ul style="list-style-type: none"> - Pszichiátriai konzultáció szükségessége, - fokozott nyomonkövetés, - terápiás terv kialakítása, - fegyverek/veszélyes eszközök eltávolítása. - Mások/környezet biztonságának biztosítása. <p>A szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások, vagy lekipásztor bevonásának megfontolása.</p>	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-22 [5] alapján)

Személyiségzavarok			
Diagnózis	Tünetek értékelése/mérlegelése	Kezelés	Utánkövetés
Személyiségzavarok jelei és tünetei daganatos betegeknél: <ul style="list-style-type: none"> - Orvosi beavatkozásokhoz, vagy kezeléshez kapcsolódó, személyiségváltozás - borderline, - hisztrionikus, - skizoid, - kényszeres (OCD), - paranoid, - antiszociális, - nárcisztikus, - dependens, - skizotíp. 	Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: <ul style="list-style-type: none"> - Daganatos betegség, - kezelés, - gyógyszerek, - orvosi okok, - elvonási tünetek, - fájdalom, - manipulatív viselkedés, - düh, - fenyegető viselkedés, - hisztrionikus viselkedés, - követelő viselkedés, - félelem, - adóntéshozatali képesség felmérése, - család/otthoni környezet figyelembevétele, - önártalom veszélyének felmérése. 	<ul style="list-style-type: none"> - Összehangolt viselkedés- és pszichológiai, illetve orvosi kezelés kidolgozása az egészségügyi teammel (alapszichoterápiás + gyógyszeres kezelés kombinálása). - Személyzet és vezetőség érzékenyítése, edukációja. - A pszichiátriai ellátás mérlegelése. 	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-5 [5] alapján)

Szkizofrénia és egyéb pszichotikus kórképek				
Diagnózis		Vizsgálandó tényezők	Kezelés	Utánkövetés
Pszichotikus epizód a daganatos megbetegedés/kezelés során vagy szkizofrénia/pszichotikus zavar az anamnézisben: <ul style="list-style-type: none"> - Pszichózis, - szkizofrénia, - affektív pszichózis, - szerhasználat, - gyógyszeres kezelés, - neurológiai státusz. 	Pszichotikus tünet nem áll fenn			Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
	Pszichotikus tünetek fennállnak: <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinációk, - téveszmék, - stb. 	Mérlegelendő/vizsgálandó: <ul style="list-style-type: none"> o Daganatos betegség, o kezelés, o Gyógyszerek (szteroidok), o delírium, o demencia, o elvonási tünetek vagy szerhasználati zavar, o pszichotikus zavar új diagnózisa, o pszichotikus állapot kiújulása (pl. nem szedi az antipszichotikumot). - A döntés hozatali képesség kiértékelése. - A biztonság kiértékelése. A családi/gondviselői erőforrások felmérése, beleértve a fekvőbeteg pszichiátriai kórházi kezelés lehetőségét és a közösségi mentálhigiénés csapatot is.	<ul style="list-style-type: none"> - Betegbiztonság megteremtése. - Pszichiáter bevonása. - Antipszichotikus gyógyszeres kezelés. Egyéb gyógyszer beállítás: <ul style="list-style-type: none"> - Hangulatjavító, szorongásoldó, - pszichiátriai beutalás, kórházi befektetés/befekvés - elektrokonvulzív terápia. 	

Ajánlás 6 – Az onkológiai betegség, mint súlyos krízis és pszichotrauma

Az onkológiai betegség kialakulásának/megjelenésének hatására létrejövő élettörténeti szempontból pszichotraumát jelentő eseményének következtében kialakuló krízisállapot olyan szorongással járó bizonytalan lélektani állapot, mely mihamarabbi célzott krízisintervenció – szükség esetén javasoltan pszichiátriai és szakpszichológiai/onkopszichológiai – beavatkozást tehet szükségessé. (A)

Az egészségi állapot drasztikus megváltozása, a megbetegedés ténye, a betegség és a gyógyítási/gyógyulási folyamat következtében érzékelhető sokszor azonnali, de legalábbis rövid távon megjelenő testi-lelki változások traumaként azonosíthatók.

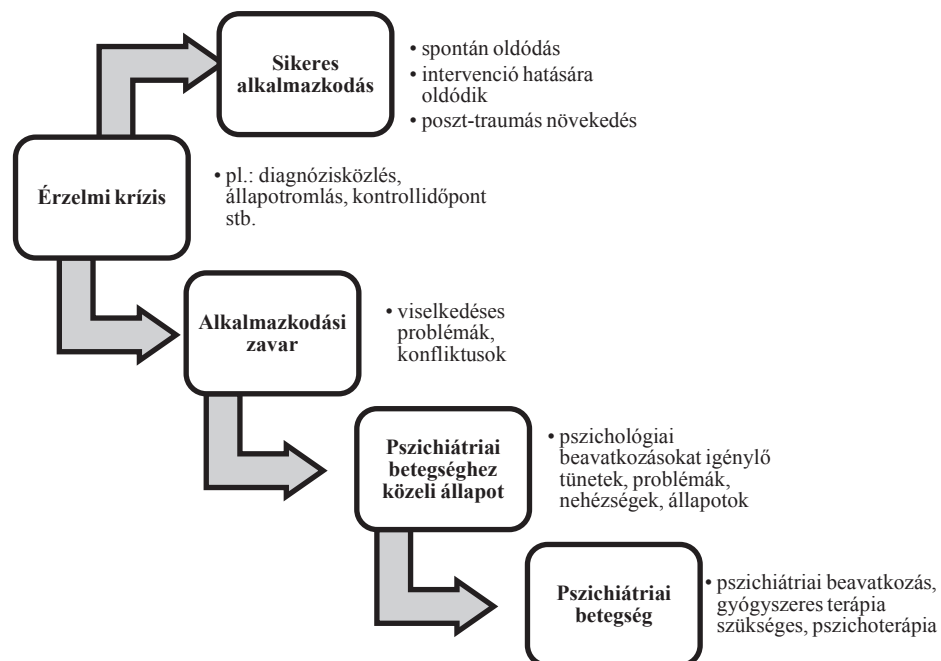
Ezek folyamatosan fennálló és ismétlődő úgynevezett ongoing jellege, a folyamat részeként átélt permanens bizonytalanság, illetve a kimenetel ismeretlenségének következtében krízishelyzet alakulhat ki [20].

A krízis intenzív szorongással járó bizonytalan, de alapvetően átmeneti lélektani állapot, mely időlegesen kognitív beszűkültséggel, fizikális és egyéb pszichés tünetekkel is járhat [21]. A sokáig tartó intenzív krízis – intervenció nélkül – pszichopatológiai tünetekben manifesztálódhat, pszichiátriai betegségekben is rögzülhet, illetve szuicid viselkedést is eredményezhet, emiatt igencsak kritikus a mielőbbi adekvát ellátás (pszichológiai intervenciók lehetőségei, pszichofarmakoterápiás eszközök).

Az általában akut stresszreakcióval induló, krízisként azonosítható megterhelő lélektani helyzetek a mentális stabilitást veszélyeztető állapotoknak a szomatikus gyógyászatban előforduló egyik leggyakoribb és egyben legkritikusabb kategóriáját jelentik. A krízist beszűkült figyelem, kommunikációs nehézségek, impulzív és ingadozó érzelmi állapot, csökkenő határfokú tevékeny aktivitások és kognitív tünetek is jellemezhetik [22].

Az érzelmileg kritikus állapotban tapasztalt krízis spontán vagy (krízis)intervenció (lásd vonatkozó ajánlás) hatására történő old(ód)ását követően sikeres viselkedéses és érzelmi alkalmazkodásról, hosszabb távon pedig poszttraumás növekedés (PTN/PTG) esetleges megjelenéséről is beszélhetünk.

5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])



Ajánlás7 – Szuicid veszélyeztetettség

Onkológiai betegségekhez társulóan azonosított hangulatzavarok, szorongásos zavarok, anamnézisben azonosított premorbid pszichiátriai kórképek, viselkedés alapján megfigyelhető súlyos karakterpatológiák esetén, továbbá kritikus élethelyzetek (negatív állapotváltozások, diagnózisközlés, állapotrosszabbodás) kapcsán a szuicid veszélyeztetettség vizsgálata kötelező, felmerülő szuicid készletés vagy ideáció esetén pszichiáter szakorvos bevonása, adott esetben a beteg pszichiátriai hospitalizációja szükséges [23, 24, 25]. (A)

- *A szuicid fenyegetettség és veszély felismerésével, kezelésével, megelőzésével kapcsolatban általánosan irányadó az EPA 2012-ben közreadott [24], 2017-ben magyarra adaptált [25], irányelve a felnőttkori szuicid viselkedés kezeléséről és prevenciójáról.*

A súlyos, különösen a központi idegrendszert érintő, valamint a fájdalommal, fizikai korlátozottsággal és szenvedéssel járó szomatikus, valamint anticipált/valós életveszéllyel járó betegségek fokozzák az öngyilkosság kockázatát [25]. Az öngyilkossági kockázatot leginkább a neurológiai és a daganatos betegségek fokozzák. Ugyanakkor fontos, hogy megfigyelések szerint a rákbetegség esetén az öngyilkossági késztetés főképpen a fennálló major depresszióval és nem elsősorban a betegség súlyosságával, várható kimenetelével vagy a fájdalom intenzitásával függ össze [26, 27, 28].

Bizonyos tartósan fennálló személyiségvonások, mint például az impulzív, agresszív, hosztilis tulajdonságok csak az akut stresszor (jellemzően például súlyos élethelyzeti krízis) jelenlétében váltanak ki öngyilkos magatartást [25]. A fentiek kivül a depresszív, ciklotím, irritábilis, szenzitív és szorongó affektív temperamentum, a pesszimista alaptermészet, akárcsak az alacsony problémamegoldó készség, valamint a szorongó egyénekre jellemző negatív kognitív triád (negatív énkép, világkép és jövőkép) szintén hajlamosítanak szuicid magatartásra különösen pszichiátriai betegségek vagy igen súlyos, akut, élethelyzeti krízis fennállása esetén [24, 25].

Daganatos betegek körében 20%-kal magasabb a kockázat az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok vagy az öngyilkos magatartás megjelenésére az átlag populációhoz és más betegpopulációhoz viszonyítva egyaránt [29]. Egy 2018-as brit, 20 évig tartó utánkövetéses vizsgálat eredményei szerint, melyben 4,7 millió onkológiai beteg adatait vonták statisztikai elemzés alá 2491 esetben találtak befejezett öngyilkosságot, amely a minta 0,08%-át jelentette. Célzott protokollok segítségével megfelelő pszichológiai szűrés és kezelés mellett ezek az esetek nagy arányban megelőzhetőek lennének [30].

Onkológiai betegség esetében a diagnózist követő 5 évben nagyobb a kockázat, de 15 évvel később is jelentős marad a veszélyeztetettség. Betegségtípus szerint, csökkenő sorrendben a gége- és tüdőrák, a gyomorrák, illetve a fej-nyaki daganatokkal küzdők követnek el nagyobb valószínűséggel öngyilkosságot – jellemzően a jelentős életminőségromlással összefüggő betegségtípusokkal küzdők tehát.

A passzív öngyilkosság előfordulásának formái:

- Műtét/kezelés visszautasítása, együttműködés megszakítása.
- Váratlanul felbukkanó alkoholizmus/drogabúzus (prolongált öngyilkosság).
- Súlyos étkezési zavarok (pl. drasztikus diéta, „tisztító kúrák”).

Az öngyilkosság specifikus rizikófaktorai onkológiai betegeknél:

1. *Demográfiai változók:* 60-as 70-es éveikben járók és a férfiak rizikócsoport. A légzőszervi daganatban szenvedőknél magasabb az öngyilkossági rizikó (feltételezhetően ebben a csoportban nagyobb számban előforduló egyéb problémák miatt pl. alkohol, dohányzás, egyéb kezeletlen pszichés probléma).
2. *Depresszió:* Erős prediktor, az öngyilkosságot elkövetők 50%-a depresszióban szenved.
3. *Reménytelenség:* Kifejezetten erős prediktor, a depresszió ezen tünete erősebben korrelál az öngyilkossággal a depresszióval is.
4. *Kontrollvesztettség és tehetetlenség:* Erősebb kontrolligény például onkológiai betegség következtében kialakuló kontrollvesztett állapot esetén a szuicid viselkedés, mint a kontroll visszaszerzésének egyik lehetősége jelenhet meg. Mind az önrendelkezés elvesztésének érzése, mind a tehetetlenség erős rizikófaktorok. A fizikai állapotromlás fokozza a tehetetlenséget.
5. *Kontrollálatlan és/vagy permanens (adott esetben pszichogén) fájdalom.*
6. *Egyéb fizikai tünetek.*
7. *Kognitív diszfunkció, delírium:* Hozzávetőlegesen az öngyilkossági kísérletet elkövetők harmada delirált állapotban kísérelte meg tettét, továbbá a kognitív diszfunkciók a helyzet következményeinek valós kiértékelését, reális megítélését is ellehetetlenítették. A fokozottá váló kognitív diszfunkciók pszichotikus tüneteket, organikus mentális zavarokat, depressziót okozhatnak.
8. *Társas támogatottság:* Protektív tényező, az alacsony szubjektív társas támogatottság nagyobb rizikót jelent.

9. *Pszichiátriai előzmény:* Kifejezetten erős prediktor, az öngyilkosságot megkísérlők fele karakterpatológias működésű. Növelik a rizikót az egyéb mentális kórállapotok: depresszió, szorongásos zavarok, szenvedélybetegség, szkizofrénia, evészavarok.
10. *Spirituális és egzisztenciális válság:* Az élet értelmességébe vetett hit elvesztése felerősítheti a halálvágyat („Mi értelme bárminek?“, „Miért éppen én?“ stb.).
11. *Korábbi vagy családi öngyilkossági előtörténet:* Kifejezetten erős prediktor.
12. *Biográfiai tényezők:* Például negatív életesemények, korábbi/aktuális veszteségek (munkanélküliség, válás stb.).

A szuicid viselkedésre hajlamosító egyéb lényeges tényezők onkológiai betegek körében:

- Nagyfokú szorongás, agitáció.
- Nagyfokú beszűkültség.
- Realitáskontroll elvesztése.
- Kognitív diszfunkció, delírium.
- Alkohol-drog-gyógyszerabúzus/dependencia.
- Kritikus évforduló (pl. közeli családtag halála), ünnepek.
- Spirituális és egzisztenciális nyugtalanság.
- Fokozódó testi tünetek, mellékhatások.
- Rosszul kontrollált fájdalom.
- Kifejezett mellékhatások.
- Száji, fejnyci tumorok.
- Előrehaladottabb betegség.
- Delírium (kezelés következtében).
- Deficit tünetek/deficittel járó változások a betegség során (pl. amputáció, fatigue, béleltávolítás, evési nehézség, nyelési nehézség, mobilitás elvesztése, ürítési funkciók elvesztése).
- Mások megterhelésétől való szorongás.
- Bűnösségi érzések, gondolatok.

Fontos, hogy a szuicid veszély megállapítását a felsorolt rizikótényezők klinikai konstellációjára kell alapozni! Minden jelzést komolyan kell venni!

A szuicid hajlam/készítés operacionalizált vizsgálatára a beteg alapos pszichológiai explorációját kiegészítendő a pszichodiagnosztikai céllal is széles körben alkalmazott önkítöltős személyiségtesztek (MMPI és MMPI2), a projektív tesztek (Rorschach Projektív Próba bizonyos táblái, a képzetáramlás jellege, vagy az acting out levezetésének módja alapján), illetve Tízjegyes szuicid konstelláció, Hertz-féle konfigurációs technika, Pietrowski féle predikciós skála, Szondi teszt: 2 és 10 profillal) egyaránt alkalmasak lehetnek [25, 31–35]. Hasonlóképpen kiegészítésül és nem a pontos kórisme kialakítását célzandó, de alkalmazható a szuicid készítés/hajlam/rizikó felmérésére és szűrésére a 4 kérdést tartalmazó Beck Reménytelenség Kérdőív [36], illetve a 9 kérdéses Beck Depressziószűrő Skála is [37].

Az öngyilkossági krízisben lévő beteg vizsgálatának mindig ki kell térnie a háttérben meghúzódó pszichiátriai, személyiség- és szomatikus zavarok detektálására, a beteg, illetve a családtagok esetében előforduló öngyilkos magtartás feltárására, az esetlegesen fennálló életuntság, halálvágy vagy szuicid szándék, valamint az implicit és explicit szuicid kommunikáció vizsgálatára. Az öngyilkossági kockázatot a beteg pszichológiai és társas funkcióját vizsgáló klinikai interjúk során is célzottan keresni kell [32]. A specifikus pszichometriai skálák hasznosak lehetnek az öngyilkossági rizikó meghatározásában, de nem helyettesítik a páciens szakszerű kikérdezését.

Ajánlás8 – Lehetséges onkopszichológiai vizsgálati eszközök

A típusos és legjellemzőbb pszichopatológiai állapotokat jelző pszichológiai tünetek operacionalizált felismerésében és lehető legkorábbi azonosításában önkítöltős vagy szakember által kitöltendő, de minden esetben lehetséges szerint validált és standardizált (szűrő) tesztek és interjúk használata javasolt [5]. (A)

Pszichodiagnosztikai kivizsgálásra önmagában és kizárólagosan kérdőív nem alkalmas, azokat szűrő jelleggel a korai, illetőleg a mihamarabbi felismerést segítő és azt célzandó érdemes és javasolt alkalmazni. A kérdőíveket a szakpszichológiai/onkopszichológiai kivizsgálást és interjút kiegészítendő, pszichoszociális szűrés esetén azt megelőzően javasolt felvenni.

Pszichodiagnosztikai, illetve a differenciáldiagnosztikai folyamat során, valamint a szakvélemény kialakításánál, és az ehhez kapcsolódó terápiás terv elkészítésénél mind az alkalmazott kérdőívek eredményei, mind pedig a vizsgálati interjú, a (szak)pszichológiai exploráció információinak integráló összesítése szükséges.

2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei ([66] alapján, saját szerkesztés)

Problémakör, vizsgálni kívánt konstruktum	Kérdőív
Szorongás	STAI [47, 48], Zung [49], Hamilton [50], HADS [38], GAD-7 [39, 102], Betegségteher Index [51]
Depresszió	BDI (hosszú és rövid verzió) [40, 37], HADS [38], Zung [49], Hamilton [50], CES-D [52],
Distressz	Distress Thermometer [42], Érzelmi hőmérők [41]
Életminőség	FACIT [46], QLQ-C30[100],
Neurológiai tünetek, demencia	Óra teszt [53], MMST [55], AKV [54], Rey-szólista [43], Wisconsin kártyaválogatási teszt [57]
Személyiség komplex vizsgálata	Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], MMPI I [60] és II [61]
Öngyilkosság	Reménytelenség skála [36], MMPI I [60] és II [61], Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], Blazsek-Wernigg [101],
Intelligencia	MAWI [44, 45], WAIS és WAIS-R [62]
Társas támogatottság	SDS [63], Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás [64]
Trauma	PDS [65]
Komplex szűrőrendszerek	PHQ-Screener [103]
Egyéb	PRISM [105]

Minden esetben szükséges meggyőződni a felhasznált eszközök alkalmazhatóságáról jogdíjak és egyéb engedélyek tekintetében. Javasolt továbbá egészségügyi ellátás során az ágazatilag finanszírozásra kerülő battériák alkalmazása.

Ajánlás9 – Pszichoszociális szűrés fontossága és eszközei

Az onkopszichológiai ellátás keretében végzett pszichoszociális szűrésbe minden onkológiai gondozásba kerülő beteget javasolt bevonni. Szükség esetén (pl. nyomonkövetés, obszerváció céljából, onkológiai kontroll alkalmazásával vagy állapotváltozás, relapszus esetén stb.) a (szűrő)vizsgálatot javasolt megismételni. A pozitívan kiszűrt beteget/pácienst/klienst minden esetben, a szűrővizsgálat során azonosított pszichoszociális állapota által indokoltá tett mértékben, a megfelelő szakterületi és módszertani gondozásba szükséges venni a beteg compliance és a rendelkezésre álló humán erőforrások figyelembevételével [5]. (A)

Az onkopszichológiai szűrés, a distressz, a szorongás, a depresszió (stb.) felmérése szükséges, hogy megfelelő módszertani vizsgálatok által hazai mintán is validált eszközökkel történjen (lásd lehetséges vizsgálati eszközök).

Az NCCN Guideline által alkalmazásra javasolt Distress Thermometer (DT) [5, 42] nevű ultrarövid szűrővizsgálati eszköz és a hozzá tartozó tünetlista magyar mintán történő együttes validálása jelenleg folyamatban van [72]. Az eszköz gyors szűrőeszközként azonban, a szakember körültekintő mérlegelését követően, jelenleg is használható.

A szűréshez is alkalmazható eszközöket (kérdőívek, tesztek) a vizsgálati eszközökről szóló ajánlás mutatja be.

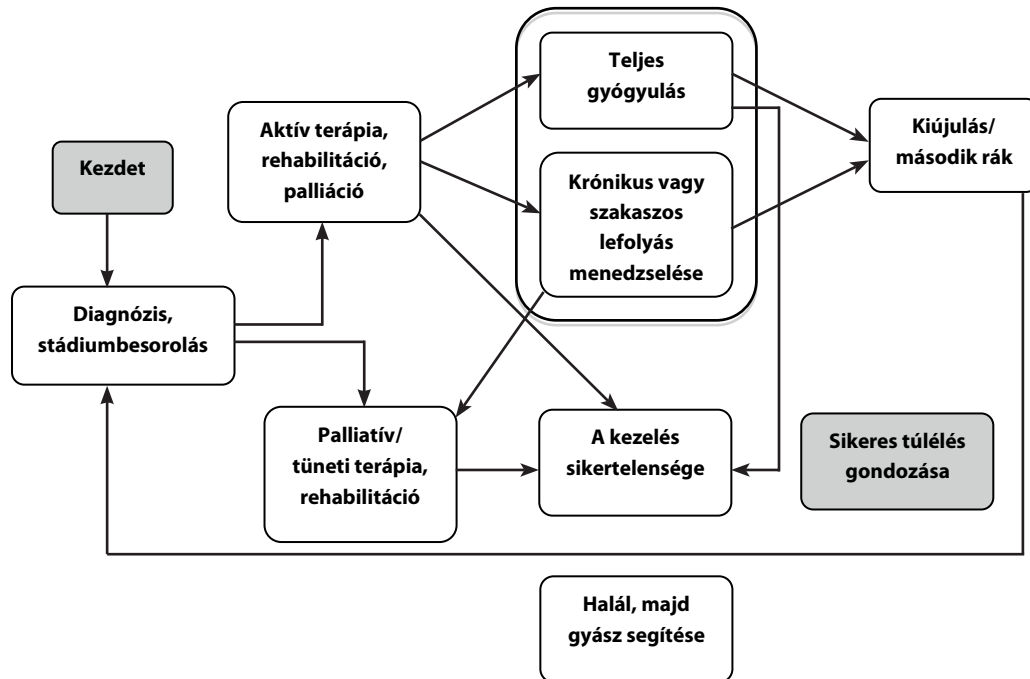
Ajánlás10 – Az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei

Az onkopszichológiai intervenciók minden esetben az onkomedikális ellátás szakaszaihoz illesztetten, a beteg állapotát és ezirányú motivációját minden esetben integrálón figyelembe vevő módon alkalmazandók. Ennek érdekében szoros együttműködés szükséges a kezelőorvos, a szakszemélyzet és a pszichoszociális ellátást végző szakember között, aki tehát szintén a gyógyító team tagja [5, 67, 68]. (A)

Az onkopszichológiai intervenciók a betegség változatosságához és a beteg aktuális állapotához, személyiségműködéséhez illeszkedve széles spektrumon helyezkednek el. Nonverbális terápiák, általános pszichés szupportív betegvezetés vagy érzelmileg támogató tanácsadás, pszichoedukatív beavatkozások, krízisintervenció,

egyéni vagy csoportos pszichoterápiás folyamatok, pár- és családterápia egyaránt az eszközkészlet részét képezi. Jellemzően kevésbé expresszív, feltáró jellegű az onkopszichológiai intervenció, mint inkább támogató, szupportív célzatú.

6. ábra: A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)



A beavatkozásnak minden esetben illeszkedni szükséges a beteg fizikális állapotához is, kapcsolódva, így a gyógyulási/ gyógyítási/betegséglefolyás folyamat legfőbb történéseihez is.

3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján)

Betegséglefolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Szűrővizsgálatok (sine morbo)	Sine morbo állapot, genetikai hajlam megléte, önvizsgálatok, normatív és rendszeres orvosi vizsgálatok. <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> halogatás, egészségsszorongás, kommunikációs nehézségek, stigmatizációtól/betegségtől/genetikai hajlamtól való félelem, szorongás	Prevenációs beavatkozások, egészségtudatos életmód elősegítése, primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, pszichoedukáció, asszertivitás támogatása.
Onkológiai kivizsgálás	Célzott kivizsgálás, primer tumor és/vagy metasztázis keresés, korábbi vizsgálatok indukálják. <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Szorongás, egészségügygel kapcsolatban szerzett tapasztalatok imprintingje, betegszerep, testi integritás elvesztésétől való szorongás, krónikussá váló stressz, szorongás mentén kognitív beszűkülés, deperszonalizáció.	Krízisintervenció, szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, orvos-beteg kommunikáció támogatása.

Betegségfolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Diagnózis	<p>Diagnózisközlés időszaka, terápiás terv kialakítása, további orvosi vizsgálatok (pl. képalkotó vizsgálatok).</p> <p><i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Krízis, kognitív folyamatok beszűkülése, diagnózis, mint pszichotrauma, halálszorongás, szorongásos és depresszív zavarok, érzelmi sokk, heves érzelmi reakciók, szuicid veszélyeztetettség.</p>	<p>Intenzív krízisintervenció, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, pszichodiagnosztika, pszichoszociális szűrés, orvos-beteg kommunikáció támogatása.</p>
Onkológiai terápiák	<p>Sugárterápia, kemoterápia, sebészeti beavatkozások.</p> <p><i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Frusztráltság, alkalmazkodási nehézségek, lelki regresszió, halálfélelem, belső/külső testképzavar, depresszív tünetek (pl. egészség elvesztése miatt, de biológiai/szer indukálta/ központi idegrendszeri alapú is lehet), szorongás, pszichoszomatikus tünetek, PTSD, kapcsolati-szexuális problémák, pszichogén mellékhatások, kognitív kapacitás csökkenése (kemobrain), hányás, hányinger, alvászavarok, evészavarok, addikciós problémák, premorbid pszichiátriai problémák eszkalálódása, emelkedő distressz szint, fáradékonyság, hospitalizáció, anticipált gyász stb.</p>	<p>Pszichoedukáció (terápiákra történő lelki felkészítés fokozott támogatása), disztressz csökkentése, szupportív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, párterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák.</p>
Tünetmentesség	<p><i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott pszichogén mellékhatások fennmaradása, kognitív zavar, krónikus fáradtság, Damoklész kardja szindróma, PTSD, szexuális zavarok, szenvedélybetegség kialakulása, felerősödése; biztonságérzet elvesztése, pszichoszomatikus tünetek, hangulatzavar (depresszió), szorongásos zavar (pánikzavar, hipochondria, karcinofóbia), szuicídium veszélye.</p>	<p>Szupportív és/vagy expresszív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, pár- és családterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), adherencia növelése és támogatása.</p>
Relapszus, állapotromlás, mellékhatások, visszaesés	<p><i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem, alkalmazkodási/megküzdési nehézségek, bűntudat fokozódása, érzelmi labilitás, feszültség, harag, nyílt vagy rejtett ellenségesség, intellektuális gátlás, lelki regresszió, deperszonalizáció, pszichológiai/ pszichiátriai jelenségek, mint mellékhatások.</p>	<p>Krízisintervenció, pszichoedukáció, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, tanácsadás, adherencia növelése.</p>

Betegségfolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Palliatív ellátás, haldoklás, halál, hospice	Halálfélelem, halálszorongás, elutasítás (tagadás), harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás, feladás, anticipált gyász, gyász, hozzátartozók gyászreakciói.	Gyászterápia, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkipozozás, krízisintervenció, családtagok támogatása, tanácsadás, méltóságterápia, krízisintervenció, pszichoterápiába ágyazott gyászfeldolgozás, gyászcsoporthoz, önszorgító gyászcsoporthoz.
Gyógyulás, rehabilitáció	Damoklész kardja szindróma, PTSD, PTN.	PTN támogatása, stresszcsökkentő technikák (relaxáció, MBCR), expresszív és/vagy szupportív pszichoterápia, nonverbális terápiák.

Ajánlás11 – Az onkopszichológiai intervenciók típusai és fajtái

Az onkopszichológiai ellátás a pszichoszociális intervenciók többféle típusát és a pszichoterápiás módszerek kínálatát lehetőségek széles spektrumát felölelheti. A pszichoszociális beavatkozás intenzitása, és a választott módszertan javasoltan szuper- és/vagy intervízióval kísértén, képzett szakértelmen alapuló körülmények mérlegelése tárgya kell, hogy legyen [68, 70, 71, 73, 74, 97]. (D)

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában leggyakrabban alkalmazott beavatkozások típusai:

- Nonverbális terápiák.
- Általános pszichés szupportáció.
- Pszichés edukáció (pszichoedukáció).
- Érzelmileg támogató tanácsadás.
- Krízisintervenció/krízisterápia.
- Egyéni szupportív fókuszú pszichoterápia.
- Pár- és/vagy családterápia.
- Csoportos (pszicho)terápia, csoportterápia.
- Csoportos edukáció, önszorgító csoportok.
- Egyéni expresszív fókuszú pszichoterápia.

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában alkalmazott beavatkozások intenzitásuk spektruma szerint:

- Edukáció, pszichoedukáció, (hatékony) orvosi kommunikáció (küszöb alatti intenzitás).
- Alacsony intenzitású intervenciók betegséget kísérő gyakori pszichés problémák kezelésére (alacsony intenzitás).
- Rövid pszichoterápia (mentális zavarok esetén, alacsony intenzitású beavatkozások elégtelensége esetén) (közepes intenzitás).
- Hosszú (feltáró) pszichoterápia (intenzív).

Az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás gyakorlatában alkalmazott beavatkozások lehetséges pszichoterápiás/pszichológiai módszerei:

- Rogersi személyközpontú pszichoterápia.
- Pszichoanalitikusan orientált terápia.
- Kognitív viselkedésterápia.
- Hipnózis.
- Jungi analitikus komplex pszichoterápia.
- Relaxáció és szimbólumterápia (autogén tréning, katahym imaginatív képélmény, biofeedback, Simonton-tréning).
- Mindfulness.
- Egzisztenciális pszichoterápia.
- Williams ÉletKészségek módszer (WÉK módszer).

- Pszichodráma (elsősorban hozzátartozók és gyászt segítő csoportok esetén).
- Nonverbális terápiás (művészetterápia, mozgásterápia, játékterápia, irodalomterápia, testi dialógus stb.).
- Bálint-csoport (az ellátó személyzet számára tartott, az érzelmi nehézségek csökkentését és a munka során jelentkező konfliktusok megoldását célzó csoport).

Bármely elfogadott/akkreditált, a minimumfeltételekben is rögzített, pszichoterápiás módszer vonatkozó gyakorlata alkalmazható, amely a beteg támogatását, panaszainak enyhítését, azok megoldását biztosítja és bizonyítottan hatékony vagy széles szakmai konszenzus alapján a pszichoterápiás gyakorlatban elfogadott és alkalmazott terápiás intervenció, és amelyben az ellátást biztosító szakember megfelelő képzettséggel és jártassággal rendelkezik.

Az onkopszichológiai intervenciók várható pozitív hatásai:

- a fokozott lelki védekezések normalizálódása,
- realitásérzék növekedése,
- az önerőből feldolgozhatatlan, ongoing traumatizáció és krónikus stressz csökkenése, és a megküzdőképesség erősödése,
- az alkalmazkodóképesség, ezen belül a szakemberekkel való együttműködés erősödése,
- adherencia támogatása,
- az életminőség javulása,
- kedvező, egyre inkább mérhető pszichoneuroimmunológiai változások bekövetkezése,
- pszichológiai/pszichiátriai prevenció/kezelés megvalósulása.

Ajánlás 12 – Az onkopszichológiai beavatkozások kötelező kívánalmi (D)

Az onkopszichológiai beavatkozás megválasztása során és alkalmazása esetén kötelezően érvényesítendő szempontok:

- A beavatkozás minden esetben a beteg érdekét szolgálja és az ő szempontjait védje. Ne árts!
- A beavatkozás során minden esetben tekintettel kell lenni a mentális állapot mellett a beteg aktuális testi állapotára és onkológiai kezelésének jellemzőire is.
- A beavatkozás szakmaiságát a szakember (ki)képzettsége, az etikus szakmagyakorlást a folyamatos továbbképződése garantálja.
- A beavatkozás hitelességét szuper- és/vagy intervíziós gyakorlat, a szakember hitelességét önismereti folyamata biztosítja.
- Az érzelmi támogatást nyújtani kívánó professzionális segítő jelenlét a burnout kialakulásának kockázatát jelentősen megnöveli.

Ajánlás 13 – Nonverbális terápiák lehetőségei

Az onkopszichológiai ellátás során a nonverbális terápiák alkalmazása, a szakember végzettségének megfelelően, a betegségfolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon javasolt lehet. (D)

A nonverbális terápiás intervenciók előnyei:

- Lehetőséget ad a beszélni nem tudó páciensek kapcsolódására, segítésére.
- Együttműködési nehézségek esetén kapcsolatot teremt a gyakorlatok mentén pl. művészetterápia.
- Alexitímia és egyéb az érzelmek verbalizálását nehezítő állapot esetén kifejezési lehetőséget teremt.
- Gyakori csoportos forma a valahova tartozás élményét adja.
- Például mozgásterápia, relaxáció, művészetterápia, zeneterápia, meditáció stb.

Pszichoterápiás célzatú mozgásterápia indokolt:

- Testsémát és/vagy testfunkciót megváltoztató műtétek után.
- Rossz közérzet, érzelmi labilitás, szorongás, depresszió, pszichogén szexuális zavar/tünet kialakulása, fennmaradása esetén.
- A valósághoz való alkalmazkodás, és a lelki megbirkózó képesség javítása, valamint a kialakult szociális izoláltság csökkentése érdekében.

Ajánlás14 – Általános pszichés szupportáció és tanácsadás

Az általános pszichés támogatás, illetve tanácsadás az egyik leggyakrabban alkalmazott beavatkozási forma és egyben terápiás/segítő attitűd az onkológiai ellátás során. A jellemző hatótényezők elősegítése a szakember részéről speciális és alapos önismereti tudáson alapuló, tehát érzelmileg stabil jelenlétet kíván meg. (D)

- Nonspecifikus hatótényezők: empátia, elfogadás, kongruencia

Aktív figyelem, ráhangolódás, szavak nélkül kifejezett empátia, barátságosság, bátorítás, a találkozás biztonságának nyújtása, az ösbizalom átélési lehetőségének erősítése.

- Hatótényező:

- A pszichológus mint „elég jó” tárgy és a beteg fragmentált belső világát pszichésen befogadó, azt reparálni szándékozó felületet nyújtó és azokat tartalmazni tudó személy („velem van” élmény),
- érzelmi konténer és holding funkciók [75, 94]: a terapeuta képes tartalmazni a beteg/páciens/kliens szorongásait. A terápia/intervenció során a beteg/páciens/kliens tudattalanul kivetíti szorongásait – a konténer nyújtó szakember a beteg rossz közérzetét érzelmi értelemben befogadja, feldolgozza és visszatükrözi verbális/nonverbális eszközökkel/módon,
- a terápiás hatékonyság: terapeutaváltozók (empátia, elfogadás, kongruencia) és páciensváltozók (pl. motiváltság) összhatásából áll. A terápiák hatására általában nő az önfogadás, javul az önértékelés és a környezet észlelése, illetve csökken a szorongás.

Krizistanácsadás érzelmi támogatással

Szükség esetén (pl. rossz hír megtudása, kezelésváltás, hirtelen döntés szükségessége, krízishelyzet), a kivizsgálás, a sebészeti beavatkozások, a kezelések folyamán, illetve állapotromlás esetén stb. **érzelmi szupportációval összekötött tanácsadással** segíthetünk a betegnek/hozzátartozóinak emocionális problémáik kifejezésében, megértésében és ezáltal a probléma önálló, tudatos rendezésében.

A körütekintő, megalapozott „megelőző tanácsadás” megfelelőbb lehet a betegek, hozzátartozók és a kezelőszemélyzet számára, mint az aktuális, problémamegoldást segítő, érzelmileg támogatott tanácsadás.

A tanácsadók lehetnek szaknővérek, gyógytornászok, asszisztensek, szociális munkások, pszichológusok, erre kiképzett önkéntesek is stb.

A fokozott érzelmi igénybevétellel járó empatikus és tartalmazó jelenlét a szakember kiégésének kockázatát (burnout) jelentősen növeli!

Ajánlás15 – Onkopszichológiai krízisintervenció

A krízis a szomatikus, így az onkológiai ellátás során is gyakori, jellemző, ugyanakkor kritikus lélektani állapot, melynek felismeréséhez és kezeléséhez fokozott figyelem és körütekintő helyzetértékelés szükséges a szakember részéről. A krízisintervenció az egyik leggyakrabban alkalmazott sürgősségi pszichoszociális beavatkozási forma az onkológiai ellátás során, melynek alkalmazni tudása az onkopszichológiai és pszichoszociális ellátás alapvető, így szükségszerű elvárása. (D)

Az általában akut stresszreakcióval induló, krízisként azonosítható megterhelő lélektani helyzetek a mentális stabilitást veszélyeztető állapotok a szomatikus gyógyászatban – így az onkológiai ellátás során is – előforduló egyik leggyakoribb és egyben legkritikusabb kategóriáját jelentik.

A krízist beszűkült figyelem, kommunikációs nehézségek, impulzív és ingadozó érzelmi állapot, csökkenő határfokú tevékeny aktivitások és további kognitív tünetek is jellemezhetik [22].

A krízisintervenciót jellemzően kritikus időszakokban szükséges alkalmazni, lehetőség szerint sürgősséggel:

- Diagnózisközlést követően.
- Lelkileg is megterhelő orvosi beavatkozások kapcsán.
- Állapotromlás esetén.
- stb.

A krízisintervenció alapelvei:

- Azonnaliság.
- Elérhetőség.
- Elfogadó és támogató attitűd az intervenciót végző részéről.
- Konfrontáció készletetésére törekszik.

- Az „itt és most”-tal foglalkozik.
- Probléma- és cselekvésorientált.
- Nem csupán pszichológus végezheti.

4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció, illetve a pszichoterápia gyakorlati jellemzői és főbb különbségei

KRÍZISTERÁPIA/KRÍZISINTERVENCIÓN jellemzői	PSZICHOTERÁPIA* jellemzői
<ul style="list-style-type: none"> - Elsősegélynyújtó jellegű kezelés. - Részcélra irányul. - Fókuszában a kiváltó okok és az aktuális tünetek állnak. - Jelenre koncentrálnak (nem hibáztat). - Inkább intellektuális belátásra irányul. - 1-6 ülés. - Kötetlen időtartam. - Időpontja illeszkedik a krízishelyzethez (egyáltalán nem, vagy kevésbé halasztható). - Telefonon is történhet. - A szakember bevonódására a beteg által kívánt mértékben van szükség. - Direktív. - Családtagok, barátok bevonása is szükséges lehet. - Aktuális problémákra fókuszál. - Cselekvésorientáltság jellemzi. - Reflektív és empatikus jelenléttel bárki végezheti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiképzett szakember végezheti. - Egészségügyi beavatkozás/tevékenység. - Célja: <ul style="list-style-type: none"> - Alapvető lelki konfliktusok tisztázása. - A személyiség fejlesztése, rekonstrukciója. - Az emocionális átélés megváltoztatása. - Teljesítmény és képességfejlesztés. - Tartós személyiség-, élménymód és viselkedésváltozás elérése. - Rehabilitációs időszakra jellemzőbb. - Tervezett ülések. - Jellemzően hosszabb folyamat. - Módszerfüggően standard hosszúságú ülések. - Telefonon kevésbé célszerű. - Nondirektív. - Jellemzően kétszemélyes helyzet. - Kivárási attitűd. <p><i>A klasszikus pszichoterápia formális és tartalmi jellemzőit a vonatkozó szakirodalom részletezi [76].</i></p>

* A pszichoterápia meghatározásában és a pszichoterápiás gyakorlat szabályozásában a vonatkozó szakterületi és ágazati törvénykezés a mérvadó [98, 99]. Meghatározás szerint a pszichoterápia olyan gyógyító terápiás beavatkozás, amely pszichés, pszichoszomatikus, indokolt esetben pszichiátriai zavarok kezelésében, illetve az érzelmi és hangulati élet patológiás elakadásai és betegségei esetén egyéni vagy csoportos formában, meghatározott interakciós repertoár és kommunikációs eszközök révén (interakció, kommunikáció stb.), tudományosan és tapasztalati alapon kialakult és pontosan definiált keretek között, meghatározott időtartamú és számú ülésben az élménymegélésben, az élményfeldolgozásban, az érzelmi inter- és intrapszichés életben és működésben, illetve a viselkedésben és magatartásban változást előidéző célzattal interveniál, és amelyet ráépített pszichoterapeuta szakképzéssel rendelkező szakorvos és/vagy szakpszichológus végezhet önállóan. Módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakorvos, vagy szakpszichológus által végzett pszichoterápia az adott módszer szakpszichoterápiája. A terápiás folyamat ellenőrzött, dokumentált, diagnosztikára épülő intervenciókon alapul és elvártan minőségbiztosítással valósul meg.

A krízisterápia végzése kifejezetten nagy érzelmi erőfeszítést és figyelmi koncentrációt igényel a szakember részéről. Az érzékeny helyzetértelmezés a krízisben lévő személy empatikus és feltétel nélküli elfogadását, szorongásainak, félelmeinek és sokszor irracionálisnak imponáló gondolatainak ítéletmentes meghallgatását is megkívánja.

Ajánlás 16 – Csoportterápiák lehetőségei

Az onkopszichológiai ellátás során a csoportos beavatkozás, illetve csoportterápiák és családterápia alkalmazása a szakember végzettségének megfelelően, a betegségelfolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon szintén javasolt lehet.

Az onkológiai ellátáshoz kapcsolódó csoportos intervenciók célkitűzése meghatározza a csoportfolyamat formális és tartalmi elemeit is.

A csoportos intervenciók célkitűzései lehetnek:

- Szocializációs csoport: életvezetés megújítása, új viselkedésmódok kialakítása.
- Problémafeldolgozó csoport: betegség következményeinek átdolgozása.
- Önismereti (kis)csoport: inadaptív reakciók háttérében lévő képzetek, gondolatok, minták korrekciója, tudattalan szorongások, sérült realitás percepció, diszfunkcionális kapcsolati működések tudatosítása stb.
- Önségítő csoport: a tagok egymásnak nyújtanak érzelmi és gyakorlati segítséget, sorsközösséget (szabad interakciós csoportok).
- Pszichoedukációs csoportok.
- Pár- és családterápia.
- Egyéb pszichoterápiás önismereti (kis)csoport (pszichodráma, pszichoanalitikus csoport stb.).
- Gyászfeldolgozó csoportok, Hozzátartozói csoportok.

Hatótényezői:

- Hangulati állapot javítása.
- Információbővítés (hiteles források).
- Praktikus tanácsok szakember(ek)től, betegtársaktól.
- Ventilációs lehetőség.
- Kontrollézés fokozódása.
- Korrekció (primer családi kapcsolatok, szocializációs hatások).
- Társas szerepek átlátása, tisztázása.
- Társas támogatottság élmény („Nem vagyok egyedül” érzés).

Onkopszichológiai ellátás során végezhető csoportos intervenciók: *Autogén tréning, Műtére való felkészítés, Sugárterápiás pszichoedukációs csoport, Kognitív-Viselkedésterápiás csoportok (MBCT, KLOÉ csoport), Hozzátartozói csoportok, Gyászfeldolgozás, Dohányzásról leszokást segítő csoport stb.*

Az onkopszichológiai ellátáshoz kapcsolódó csoportfolyamatok megkezdését megelőzően, a tagok beválogatását illetően minden esetben tájékoztató interjú, illetve körültekintő pszichoszociális felmérés szükséges (testi-lelki állapot felmérése, motiváció vizsgálata, csoporthomogenitás biztosítása stb.).

A csoportos intervenciók végzéséhez szükséges a szakember részéről:

- megfelelő szakirányú végzettség,
- gyakorlatban elsajátított kompetencia,
- önismereten alapuló érzelmi stabilitás,
- lehetőség szerint: koterapeuta, kettős vezetés.

A csoportterápiás beavatkozásokkal kapcsolatban a pszichoterápiás szakirodalom vonatkozó iránymutatásai és az adott terápiás módszerek metodikai ismeretei mérvadóak.

Ajánlás17 – Alacsony intenzitású onkopszichológiai intervenciók hatékonysága

A daganatos megbetegedésekkel összefüggésben kialakuló pszichoszociális nehézségek kapcsán, illetve szubklinikai szintű mentális zavarok esetén az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia hatékonysága igazolt, emiatt alkalmazása is a betegségfolyás időszakához és a beteg állapotához illesztett módon javasolt [73, 74, 77]. (A)

A folyamatosan mélyülő kapcsolat alakulása során, általánosságban és nagy gyakorisággal előforduló pszichológiai jelenségekkel foglalkoznak az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók. Az alacsony intenzitás a pszichoterápiához való hozzáférhetőség sajátosságait fejezi ki: magas terápiás hatást kíván rövid idő alatt kiváltani gyors és rugalmas, helyzethez illesztett intervenciók alkalmazásával. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól illeszkednek a krónikus szomatikus betegségek specifikumaihoz (kiszámíthatatlanság, fluktuáló tüneti kép, hirtelen állapotváltozások). A hatékony és empátián alapuló, figyelmes kommunikáció és az edukáció, illetve pszichoedukáció célzó speciális beavatkozások (pl. felkészítő csoportok) a kapcsolatteremtés felszíni, de igencsak lényeges fokozatát jelentik.

Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia céljai:

- A célcsoport körének kiterjesztése olyanok felé is, akik a standard pszichoterápiákat nem tudják igénybe venni (pl. betegségükből fakadóan vagy távolságból adódóan).
- Magas terápiás hatékonyság elérése rövidebb idő alatt, gyorsabb és rugalmasabb intervenciók segítségével/a maximális változás elérése minimális intervenció alkalmazásával.
- Az egyén maladaptív helyzetértelmezéseinek korrekciója, önmagáról, világról, jövőről alkotott kép reális értelmzésének kialakítása, helyzet adaptívabb értelmzése.
- Önszegítő készség növelése (önmenedzselés, énhatékonyság fejlesztése).

Felépítése:

- rövid (6-12 ülés), 30-35 perces időtartamban,
- strukturált,
- problémafókuszú,
- standardizált intervenciókat alkalmaz,
- edukatív,
- jellemzően házi feladat alapú,
- e-mail, telefon, csoportos, önszegítő anyagok alkalmazása,
- az ülések jellemzően inkább flexibilisek, támogatóak és nem feltárák vagy szembesítőek,
- a beteg/páciens/kliens állapotához igazítottan olyan technikákat alkalmaz, amelyet a páciens fizikai állapota elbír,
- bevonhatók a családtagok és egyéb szakemberek is,
- a terápiás célok körülírtak.

Például:

- mindfulness alapú stresszcsoökkentés (MBSR- mindfulness-based stress reduction),
- kognitív viselkedésterápiás szemléletű csoportterápia- KLOÉ program.

Ajánlás 18 – Pszichoedukációs beavatkozások jelentősége az onkopszichológiai ellátás során

Az onkológiai ellátáshoz kapcsolódóan végzett egyéni és/vagy csoportosan, személyesen vagy telemedicinális eszközök segítségével történő pszichoedukációs intervenciók alkalmazása a gyógyítási folyamat szakaszaihoz illesztetten, információadáson alapuló jelentős distresszcsoökkentő hatásuk miatt, lehetőség szerint javasolt [74, 78]. (D)

A pszichoedukációt célzó egyéni vagy csoportos intervenciók alacsony intenzitású beavatkozásként széles körben, ugyanakkor célzottan és a lehető leggyorsabb onkológiai ellátási menethez igazodva tudnak pszichológiai szempontból is hatékonyak lenni. Az edukációs beavatkozások például az orvosi kezeléseket megelőzően segítenek praktikus megfontolások mentén információk átadásával a következő kezelési lépésre centrálva támogatni a betegeket gyógyulási folyamataikban. Műtetre, sugárterápiára vagy kemoterápiás beavatkozásra történő felkészítés során vizualizációval (pl. fotók, képek), információadással (pl. helyszín, térkép, kezelési menetrend), közvetlen stresszoldással (pl. relaxáció, mindfulness), a jellemző pszichoszociális tünetek vagy pszichogén eredettel is bíró jelenségek (pl. fájdalom, hányinger) tematizálásával és ventilációjával jó határfokkal lehet optimális lélektani állapotba segíteni a beteget. A preventív célzatú edukáció növeli az orvosi kezelésekkal való együttműködés valószínűségét, illetve javítja és gyorsítja a beavatkozások utáni pszichológiai rehabilitációt, ezáltal pedig a testi felépülés időszakát is jelentősen lerövidítheti, megkönnyítheti.

A gyakorlatban alkalmazni javasolt pszichoedukációs beavatkozási pontok az aktív szomatikus ellátás fő pontjaihoz illesztett onkopszichológiai intervenciók:

- műtetre történő lelki felkészítés,
- sugárterápiás pszichoedukációs csoport,
- kemoterápiás kezelésre való lelki felkészítés,
- pszichés felkészítés a lelki adaptációra.

A pszichoedukációs fókuszú beavatkozásokat a társszakmák (pl. diétetika, gyógytorna, szociális munka stb.) vonatkozó, adott helyzethez specializált edukációs intervencióival kiegészítve, azokkal társulva javasolt végezni.

A pszichoszociális edukáció lehetséges pozitív hatásai:

- Biztonság- és magabiztosság érzetet megteremtése/növelése.

- Kezelésekhez kapcsolódó feszültség enyhítése.
- Orvosi kezelésekkal való együttműködés növelése.
- Ismeretek biztosítása az adott kezelés hatásairól, esetleges mellékhatásairól.
- Hozzáértők bevonásával a bizalom, együttműködés fokozása.
- Adott esetben lehetőség nyílik a beavatkozás/terápia előtt (személyesen, vagy virtuálisan) ellátogatni a kezelés egyes állomásaira (kezelő helyiség, műtő, osztály stb.) csökkentendő a prekoncepciókat, félelmeket, szorongásokat és bizonytalanságot.
- Egyéb aktivitásra történő motiválás a kezeléseknél (séta, szellemi tevékenységek, egészségtudatos életvitel kialakítása, hobbik stb.).

Ajánlás19 – A teammunka jelentősége

Az onkopszichológiai ellátást szükséges a beteg/páciens/kliens onkológiai kezelésében érintett szakemberrel, illetve az egészségügyi ellátónál elérhető pszichológus kollégákkal is szorosan együttműködve, közös csapat/teameket alkotva végezni [79, 80]. (D)

A pluridiszciplináris teammunkában megvalósuló gyógyítási és egyénre szabott gondozási folyamat a beteg számára a trauma és a krízisidőszak optimális integrációjának megteremtése által a diagnózisközléstől induló holisztikus szemléletű rehabilitációját jelentheti, mely együttműködés az egészségügyi dolgozók számára az érzelmi élmény megoszthatósága és a betegek pszichés működésének jobb megértése által, az egészségügyi ellátórendszerben fenntartott szakmai elhivatottság és lélektani stabilitás előteremtésén keresztül a kiégés (burnout) prevenciójának egyik sarokköve is.

Kiemelten fontos, hogy az onkopszichológiai munka során a (szak)pszichológus kollégák saját teamként is kooperálni tudjanak. A mindennaposan jelentős érzelmi megterhelődést jelentő munkát támogató pszichológusi teammunka (intervízió, team-szupervízió, külső szakember által vezetett rendszeres esetszupervízió stb.) a burnout és a gyakori személyi fluktuáció hatékony megelőzésének záloga.

Ajánlás20 – Telemedicinális eszközök alkalmazhatósága

Az onkopszichológiai ellátás során a beteg érdekeit mindenkor és minden előtt szem előtt tartva, illetve a körülmények körülbekötő mérlegelését követően, a szakember döntése alapján javasolt lehet telemedicinális eszközök alkalmazásának bevezetése. A személyes jelenléttel zajló onkopszichológiai intervenciók mellett az online megvalósuló segítségnyújtás lehetséges előnyei (távolság áthidalása, kimaradó alkalom pótlása, rendszeresség biztosítása, szűrőteszt kitöltése stb.) egyértelműen igazolják ezen eszközök alkalmazhatóságát [81–84]. (D)

Az onkológiai betegek/páciensek/kliensek számára történő pszichoszociális intervenciók, azok közül is leginkább az alacsonyabb intenzitású, pszichoedukációt célzó beavatkozások hatékonyan megvalósulhatnak nem csupán személyes, face-to-face módon, hanem telemedicinális eszközökkel egyaránt.

A teleonkológia (teleoncology) nem csupán az internetalapú videó- vagy hangtovábbító platformokat jelenti, hanem applikációk, online adatbázisok (felhőtárhelyek), online konzultációt lehetővé tevő alkalmazások és programok használatát egyaránt.

Ezen eszközök széles tárháza és könnyű alkalmazhatósága lehetővé teszi azt, hogy a betegséghez kapcsolódóan megjelenő vagy éppen fokozódó mellékhatások, egyéb betegségek mellett, az ellátóhelytől való jelentős fizikális távolság esetén, kritikus, szorongást fokozó körülmények közepette (pl. pandémia) is indítható, illetve folytatható lehessen egy már megkezdett pszichológiai folyamat, terápia.

Az ellátás telemedicinálisan végzett tevékenységeire az adminisztrációs kötelezettség, a személyes jelenléttel megvalósuló beavatkozásokhoz hasonlóan, vonatkozik.

Ajánlás21 – Onkopszichológiai obszerváció

Az onkopszichológiai kivizsgálást (exploráció, diagnózis) követő monitorozás, obszerváció, későbbi felülvizsgálat/kontrollvizsgálat lényeges és kulcsfontosságú az onkopszichológiai ellátás minőségbiztosításához és ellenőrizhetőséghez, valamint a biztonságos betegvezetéshez. (D)

Az intervenció hatására bekövetkezett változások, eredmények összegyűjtésével és dokumentálásával a pszichológusok által végzett terápiás beavatkozás, a betegellátás minősége által a betegek/páciensek/kliensek életminősége egyaránt magasabb színvonalúvá válhat. A kimeneti eredményekben bekövetkezett változások detektálása és dokumentálása meghatározza a további terápiás beavatkozásokat és a betegedukáció további lépéseit. Az onkopszichoterápia egyes lépéseinek és eredményességének dokumentálása továbbá adatot szolgáltathat többek között a finanszírozóknak

– például az elvégzett tevékenységekről is. Az elvégzett beavatkozások hatásosságát csak a folyamat lépéseinek és kimeneti pontjainak (eredményeinek, indikátorainak) következetes használata teszi mérhetővé.

Az obszervációt segítik az önvezérelhető (*self-managed care*), de akár távvezérelt módon monitorozást, követést lehetővé tevő (egészségügyi) applikációk (lásd telemedicinális onkopszichológia).

Ajánlás22 – A palliatív ellátáshoz kapcsolódó onkopszichológiai támogatás

Az aktív onkológiai ellátáshoz kapcsolódó palliatív onkopszichológiai gondozás a komprehenzív szemléletben történő pluridiszciplináris gyógyítás tekintetében a palliatív gondozás szempontjából az egészségügyi szolgáltatás szükséges és indokolt esetben, alkalmazandó eleme [85, 86, 87]. (A)

A hospice-palliatív ellátást és gondozást a kapcsolódó ágazati szabályozás rögzíti, mely jelen irányelvnek emiatt tehát nem képezi szorosan tárgyát.

A pszichoszociális prevenció, a célzott krízisintervenció, az edukációt célzó beavatkozások, a szupportív pszichológiai ellátás különböző típusai, valamint az expresszív pszichoterápiás folyamatok mellett a daganatos betegek lelki támogatásánál is felmerülnek a palliatív ellátás kihívásai. Az onkológiai ellátás vitathatatlan elemét jelenti a palliatív ellátás, melyet kórházi konzultatív csoportok (úgynevezett mobil teamek), vagy hospice-palliatív ellátásra dedikált osztályok és intézmények, illetve otthonápolási szakellátói rendszerben működő teamek és szakemberek végeznek. A palliatív mobil teamek a komprehenzív onkológiai ellátás során nélkülözhetetlen teammunka hatékony példái – működési, személyi és szervezeti feltételeit az ágazati szabályozás rögzíti.

A célzott palliatív ellátást elősegítő szakmai együttműködés integrálja a teljeskörű ellátáshoz szükséges orvosi, szakápolói, szociális és pszichológiai tevékenységeket egyaránt, illetve gyógytornász, dietetikus és egyéb társszakmák közreműködését is alkalmazza. A multidiszciplinaritás jelen esetben is a betegek holisztikus ellátásának záloga. Az időben sokszor már az aktív kezeléssel párhuzamosan megkezdődő palliatív ellátás előnyét a túlkezelés megelőzése által előálló egészségügyi költségcsökkentés mellett a jobb fizikális és pszichoszociális életminőség, a célzott és állapothoz igazodó fájdalomcsillapítás és egyéb tünetek csökkentésének lehetősége, a családok nagyobb fokú bevonhatósága, a támogatói rendszer elérhetőségének biztosítása és spirituális aspektusok megjelenése egyaránt jelenti.

Ajánlás23 – Szexuális rehabilitáció jelentősége az onkopszichológiai gondozás során

Az onkopszichológiai ellátásnak, különösen bizonyos onkológiai betegségek kapcsán, javasoltan érdemes kitérnie a beteg/páciens/kliens megváltozó szexuális viselkedésére és a szexushoz kapcsolódó egyéb változásokra (pl. meddőség, testképzavar stb.) egyaránt [88]. (D)

A szexualitás a szubjektív jóllétet jelentős mértékben meghatározó és befolyásoló tényező: hatással van az önképre, önértékelésre, személyiségre, testképre és a szociális szerepekre, párkapcsolatokra egyaránt. Ugyanakkor a daganatos betegség kezelési elsőbbsége mellett tabuként a szexus kevésbé kerül(het) előtérbe, és tematizálását sokszor a beteg/páciens/kliens részéről szégyen is kísérheti.

A megváltozó szexuális szokások okozói és tünetei is lehetnek az izoláció, a szégyen, a düh, magányosság és frusztráció érzései, az intimitástól való eltávolodás következtében kialakuló párkapcsolati elégedetlenség okán és rajtuk keresztül depresszív folyamatoknak, a depressziós kórállapotnak egyaránt. A folyamat önmagát tartja fenn: a cirkulárisan mélyülő depresszív állapot a partner számára tovább nehezíti a kapcsolódást.

Javasolt már a kezelés/rehabilitáció megtervezésénél felmérni:

- Korábban már meglévő szexuális és kapcsolati karakterisztikumokat: korábbi testkép, szexuális működés(zavarok), komorbiditás, kapcsolati erőforrások.
- Betegséggel és kezeléssel kapcsolatos specifikus hatások: fenyegetettség, roncsolódás, eltorzulás, szabályozászavarok, képességek/funkciók sérülése, gyógyszerek hatásai.
- Az egyén és a partner megküzdési mintázatai a betegséggel kapcsolatban: passzív/aktív megküzdés, partnerkapcsolati dinamika változásai, depresszió, szorongás, reménytelenség érzése.

Kiemelt jelentősége van a témát, illetve a probléma tematizálását illetően a párkapcsolatnak (intimitás, transzparencia, s.e.: párterápia), illetve az orvos-beteg kapcsolat (kommunikáció) minőségének.

Szempontra kell legyenne továbbá az onkopszichológiai szexuális rehabilitáció vonatkozásában az (1) adott betegség jellege (nemi szerveket érintő folyamatok, meddőség, impotencia stb.), (2) a kezelések hatásainak és mellékhatásainak következményei (csontkító műtét, funkciózavarok, testkép változások stb.) is.

Ajánlás24 – Vesztesség, haldoklás, halál, gyász

A szomatikus, különösen az onkológiai megbetegedés, az egészség és a kezelés következtében átélt számos egyéb változás (pl. hajzat elvesztése, testi változások stb.) vesztességélményt jelent, emiatt gyászreakciót vált ki, mely folyamattal az onkopszichológiai ellátást végzőnek szükségszerűen foglalkoznia kell. Az onkopszichológiai ellátás során a szakember a halál és a haldoklás kihívásaival, kérdéseivel is óhatatlanul találkozik, mely érzelmileg is megterhelő folyamatok kísérésére mind szakmailag, mind önismeretileg felkészültnek, szakmagyakorlásában pedig szupervideáltként kell lennie [17, 85, 89, 90]. (D)

A gyász valamely érzelmi vesztesség következtében létrejövő magatartási formák összessége (mély fájdalom, szomorúság, kiüresedtség, düh, tiltakozás, tehetetlenség, bűntudat): összetett és természetes folyamat, különböző szakaszait nem lehet egymástól élesen különválasztani. Megkülönböztethetünk normális és patológiás gyászt, illetve anticipált és reaktív gyászt.

A komplikált gyász krónikussá váló, időben elhúzódó vagy késleltetett formában megjelenő, intenzitásában pedig bagatellizáló, vagy éppen eltúlzott lehet.

A komplikált gyászra hajlamosító tényezők:

- Váratlan vesztesség,
- dependencia (hozzátartozók esetében erős kötődés a halotthoz),
- ambivalens érzések,
- gyermek vagy fiatal halála,
- halmozott és/vagy feldolgozatlan korábbi vesztések,
- egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek,
- hiányos szociális kapcsolatok,
- a halál erőszakos úton következett be (pl. öngyilkosság),
- a baleset okozójaként veszít el valakit,
- rossz testi/lelki egészség,
- depresszió a gyászoló anamnézisében.

Fontos a gyász és a depressziós kórkép egymástól való megkülönböztetése.

5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei

GYÁSZ	DEPRESSZIÓ
Tünetkép: sírás, étvágyváltozás, csökkent libidó, szociális visszahúzóds, insomnia/hipersomnia, a koncentrációképeség csökkenése, fokozott fogékonyág testi betegségekre	
<ul style="list-style-type: none"> - Üresség és vesztesség, mint domináns affektus, - önbecsülés megtartott, - lehetnek pozitív érzelmek vagy humor, - normál mértékű identifikáció és enyhe ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban, - az öngyilkossági gondolatok ritkák, - az önvád az elhunyttal való bánásmódra irányul, - az értéktelenség érzése nem általános, - a környezet empátiát, szimpátiát tanúsít, - tünetek csökkenése, hangulati javulás általában 6 hónapot követően, - megnyugtatóra, biztatásra reagál, - szociális kapcsolatokba vonható, - antidepresszívumok nem segítenek. 	<ul style="list-style-type: none"> - Öröm érzésének képtelensége, - tartósan nyomott hangulat mint domináns affektus, - önkritikus, - pesszimista rágódás, - kóros túlazonosulás, - fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunyttal kapcsolatban, - az öngyilkossági gondolatok gyakoriak, - az önvád széles körű, illetve az egyén azt gondolja, hogy egészségében rossz vagy értéktelen, - gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt interperszonális kapcsolataiban, - egyre súlyosbodó vagy stagnáló tünetek, - megnyugtatóra, biztatásra nem reagál, - szociális kapcsolatokról elzárkózó, - antidepresszívumok segítenek.

A beteg haldoklása, halála a kezelőszemélyzet számára is érzelmi megterhelődést jelentő folyamat, mely hatással lehet a kezelő-beteg kapcsolatra, a munkahelyen tapasztalható feszültségekre, emocionális folyamatokra, de a szakemberrel intra- és interperszonális érzelmi életére és kapcsolataira egyaránt, emiatt tehát szükséges lehet növelni a negatív folyamatokkal kapcsolatos (ön)reflektivitást.

Ajánlás25 – A szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia) gyakorlata

Az onkopszichológiai ellátás során a klasszikus pszichoterápiás keretek adott helyzethez rugalmasan illeszkedően és szakmailag körültekintően, kreatív módon, de minden esetben reflektáltan módosítandók. Az onkopszichoterápia a beteg szomatikus ellátásához térben és időben illesztett, illetve fizikai állapotát szem előtt tartó módon, ahhoz alkalmazkodó keretrendszerrel és módszertannal végzett pszichoterápiás gyakorlat. (D)

Az onkológiai ellátás során a klasszikus pszichoterápiás keretek sérülhetnek, sokszor teljeskörűen nem is kialakíthatóak. A szakember felkészültségére és helyzetfelismerő szakértelmére, valamint a multidiszciplináris team együttműködésére van szükség ahhoz, hogy a beteg/páciens/kliens számára minden helyzetben meg tudja teremteni az érzelmileg biztonságot jelentő, az onkopszichológiai vizsgálat elvégzéséhez alkalmas körülményeket. Ezen körülmények szükség esetén javasolt, hogy kedvezzenek az interszubjektív pszichoterápiás kapcsolódás kialakulásának is.

6. táblázat – A klasszikus pszichoterápia és a szomatikus pszichoterápia főbb különbségei

Klasszikus pszichoterápia	Szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia)
Saját motiváció alapuló jelentkezés (nem küldött beteg).	ellátó team által „küldött”, önszántából jelentkezett beteg (motiváció tisztázása szükséges).
45-50 perc időtartam heti 1 vagy több ülés.	Változó időtartamú és rendszerességű ülések.
Módszertani keretek következetes és pontos betartása.	A keretektől való eltérést fizikális állapot vagy az onkológiai terápia erősen befolyásolhatja.
Ugyanazon helyen és időben történik.	Onkológiai kezeléshez illeszkedő rugalmas téri és idői keret.
Terápiás szerződésen alapul.	Orvosi kérésen vagy megegyezésen alapul.
Csak a megadott keretrendszerben történik találkozás.	A keretrendszer illesztett a beteg aktuális fizikális állapotához (sz.e.: ágy melletti konzultáció).
Családtagok és hozzátartozók nem kerülnek kapcsolatba a terapeutával (kivéve módszerspecifikus esetekben).	Családtagok és hozzátartozók bevonása/bevonódása sok esetben nem elkerülhető, adott esetben: javasolt is (pl. kisgyermekes családok esetén, szexuális problémák kapcsán, családra is kiterjedő pszichoedukáció stb.).
Telemedicinális eszközök használata alkalmasszerűen a terápiás szerződés kiegészítésével lehetséges.	Telemedicinális eszközök (teleonkológia) használata a beteg állapotát szem előtt tartva esetileg és rugalmas alkalmazással lehetséges és javasolt.
Más szakemberrel történő konzultáció csupán a beteg hozzájárulásával történhet (kivéve önvészélyes állapotok).	A szomatikus ellátókkal, az onkológiai teammel konzultáció folyamatosan történik, illetve a beteg állapotát betegdokumentáció is rögzíti.
Találkozás jellemzően (a szakmai kívánalomnak megfelelően) csak a terápiás szituációban történik.	Találkozás történhet egyéb osztályos helyzetekben: vizit, referáló, onkoteam, kórházi folyósó/társalgó.

Ajánlás26 – Burnout

Tekintettel arra, hogy az onkológiai ellátás minden szintje, szakterülete és történése, illetve a beteggel/pácienssel/klienssel való kapcsolattartás és kommunikáció érzelmileg is jelentős kihívást és komoly lelki nyomást gyakorol a kezelő- és szakemberrel minden tagjára, szükséges folyamatosan elősegíteni az önreflektív munkavégzés lehetőségét és megteremteni lelki értelemben is biztonságos szakmagyakorlás körülményeit. Az onkopszichológus saját kiegészésén túl a munkakörnyezetében dolgozók burnoutjával

kapcsolatban is kellően érzékeny és érzékenyítő, illetve szükség szerint támogatólag kompetens kell, hogy legyen [5, 91–93]. (A)

A burnout az adott személy érzelmi, lelki és fizikai kimerülésével, illetőleg csökkent teljesítményével és deperszonalizációval jellemezhető állapota, melyet a (foglalkozási) stressz és/vagy a (munkahelyen átélt) tartós érzelmi megterhelés vált ki, amit az egyén a szokásos módokon nem tud megoldani.

7. táblázat – A kiegészítés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere

A kiegészítés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere			
Az egyén szempontjai	Kapcsolati szempontok	Szervezeti szempontok	Társadalmi szempontok
<ul style="list-style-type: none"> – Idealisztikus munkakép. – Túlmotivált személy. – Nagy érzelmi bevonódottság. – Stresszkezelési technikák. – Copingtechnikák. – Hivatástudat. – Munka mint egzisztenciális megerősítés képzete (küldetéstudat). – Vizsontáttételi jelenségek, szomatikus vizsontáttétel. – Helfer szindróma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok. – Kompetitív munkakörnyezet. – Konkurencia. – Aszimmetrikus viszonyok. – Társas összehasonlítás jelentősége (<i>emocionális fertőzés jelensége</i>). – Segítő és segített közötti kiegyenlítetlen kapcsolat – reciprocitás hiánya (<i>túlvállalás, túlgondoskodás, túltámogatás, hála nélküliség stb.</i>). – Deperszonalizáció. – Érzelmi áttételi jelenségek. – Vikariáló traumatizáció. 	<ul style="list-style-type: none"> – Intézményi szervezeti struktúra. – Kórház mint totális intézmény. – Munkahelyi elvárások és egyéni képességek diszcrepanciája. – Túlterhelődés. – Kontrollvesztés. – Elismerés hiánya. – Közösség hiánya. – Méltányosság hiánya. – Értékkonfliktusok. 	<ul style="list-style-type: none"> – Szociokulturális jelenség. – Hagyományok átalakulása. – Támogató rendszerek eltűnése. – Társas/társadalmi értékválság: – Közöny, – idegesség, – kiábrándultság.

A burnout prevenció lehetőségei:

- Támogató rendszerek a munkahelyen: stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szakmai továbbképzések, szupervízió, kollegiális konzultáció.
- Anyagi-erkölcsi megbecsültség.
- Szakmai túlterhelődés szabályozása.
- Személyes motiváció monitorozása (önreflexió növelése).
- Szakmaválasztás előzetes átgondolása.
- (Reális) önértékelés kialakítása.
- Egyéni célok megfogalmazása/találása (részcélok).
- Motivációk rendszeres tisztázása.
- Örömet okozó tevékenységek megtalálása (személyre szabottan, időszakosan újragondolva).
- Bálint-csoport, önismereti egyéni/csoportos terápia.

Vész- és/vagy veszélyhelyzetben a segítséget nyújtó személy és a helyszín biztosítása, biztonsága az első! Csak ez után indulhat a segítség! Önmagában már a nehéz érzések verbalizálása és megosztása, tehát reflektálttá tétele is preventív jelentőségű! A teammunka jelentős protektív erővel bír!

Ajánlás27 – A szakmai szupervízió jelentősége

Az onkológiai betegekkel/páciensekkel/kliensekkel végzett bármilyen, de különösen a pszichoszociális/pszichológiai/pszichoterápiás, segítő munka folyamatos és rendszeres szupervíziót tesz szükségessé. Javasolt, hogy a szupervízió lehetőség szerint nem teamtag szakember által támogatott folyamat legyen. A szupervízió történhet csoportos formában, de javasolt egyéni módon is igénybe venni. A szakvizsgával nem rendelkező (képződés előtt álló vagy éppen képződő) pszichológus esetében a szakpszichológus/pszichoterapeuta által végzett szakmai felügyelet minden klinikai területen kötelező. (D)

A szupervízió olyan, szabályozott formában, szakmailag kiképzett (szupervízor) és képződő, vagy továbbképződő szakember (szupervideált) között, rendszeres időközönként végzett tanulási-tanítási folyamat és szakmai együttműködés, melynek során a szupervízor a szupervideált szakmai munkáját legjobb szakmai tudása szerint felügyeli, meglátásaival kiegészíti, tanácsaival támogatja, korrekciós javaslataival ösztönzi.

A szupervíziós kapcsolat szakmai kapcsolat és a szakmai szerepben történő működéssel foglalkozik.

A szupervízió során nem feltétlenül direktív problémamegoldásra kerül sor, hanem a szupervideált szakmai szerepének erősítésével, szakmai személyiségének kibontakoztatásával oktatási, szakmai személyiséget fejlesztő, szakmai hozzáértést kibontakoztató célokat szolgál.

Az onkopszichológus szakember számára munkája során személyisége és érzései jelentik a legfontosabb munkaeszközt – különösen igaz ez az intenzív szorongást és emocionális kihívást jelentő esetekben. Emiatt az onkopszichológiai ellátást támogató **szakmai szupervízió** az érzelmileg gyakran óhatatlanul is involválódó szakember számára nyújt a biztonságos, etikus és magas színvonalú szakmagyakorlás szempontjából létfontosságú segítséget.

Az **intervízió** a teamen belül megvalósuló, jellemzően külső szupervízor által nem kísért módon történő esetmegbeszélés.

A (nem teamtag) szakember(ek) által vezetett **team-szupervízió** a munkahelyi együttműködés során, a csoport és a szervezet működésének dinamikájából fakadó feszültségekkel, konfliktusokkal foglalkozik – a szupervízióhoz és a Bálint-csoporthoz hasonlóan protektív jelentőséggel, és burnout prevenciók hatásával is bír.

Ajánlás28 – Onkopszichológiai vizsgálatok beutaló és kéréslap fontossága és szükségessége

Az adott egészségügyi szolgáltató helyi eljárásrendjében és minőségbiztosítási rendszerében meghatározottak szerint a pszichológushoz szóló beutaló alapvetően szükséges az onkopszichológiai vizsgálat elvégzéséhez, az ellátás megkezdéséhez. A dokumentált betegút javítja a team munkát és a biztonságos betegellátás feltétele is. (D)

A szakpszichológusi ellátást illetően a szakmai minimumfeltételeket rögzítő rendelet [98, 99] vonatkozó szakaszai az irányadóak. A szakpszichoterápiás folyamat megkezdését a minimumfeltételekről szóló rendelet orvosi vizsgálatokhoz köti. Az orvosi vizsgálat ugyanakkor nem szükségszerűen célzott – tehát már ellátásban lévő onkológiai beteget az onkopszichológus kezelésbe/gondozásba vehet adott egészségügyi szolgáltató ellátórendszerében.

Ajánlás29 – Az onkopszichológiai dokumentáció jelentősége és szükségessége

Szükséges, hogy a betegről az onkopszichológiai ellátása során születő adatok egységes szerkezetben és módon, a társszakmák számára is elérhetőek lehessenek, azok indokolt esetben zárójelentésben is megjelenjenek. (A)

A szakpszichológiai dokumentáció kötelező elemeit a szakmai minimumfeltételek határozzák meg, [98, 99], illetve annak javasolt tartalmi elemeit jelen egészségügyi szakmai irányelv vonatkozó ajánlása is részletesen és szakterületre specializáltan taglalja.

Ajánlás30 – Az onkológiai konszenzusok fontossága

A folyamatosan fejlődő onkológiai ellátás rendszeres szakmai konszenzusok kialakítása és kidolgozása mentén tud gyakorlati szinten is folyamatosan megújuló és a friss tudásanyagot is azonnal integráló maradni. Emiatt az adott onkológiai betegségekhez kapcsolódó onkológiai konszenzusok vonatkozó tartalmi (onkopszichológiai) részeit minden esetben figyelembe szükséges venni a pszichoszociális ellátás során. A pszichológusnak a beteg legmagasabb szintű ellátásának érdekében feltétlenül szükséges ismernie az orvosi kezelések szakterülete szempontjából releváns és legújabb ismereteit. (D)

Az egyes betegségekhez kapcsolódó protokollok és konszenzus anyagait a szakmai szervezetek honlapjain, illetve azok kiadványain keresztül ismerheti meg a szakember. Az onkopszichológiai ellátás során a pszichológusnak is szükséges követnie és ismernie az onkológiai ellátás legkorszerűbb vívmányait és legújabb eredményeit, tudását betegek érdekében és a terápiás ellátás magas szintű művelése okán állandó továbbképződések által is szükséges naprakészen tartania.

A szakmai konszenzusok (külföldi és hazai) konferenciákon, szakmai szervezetek hitelesített kiadványaiból ismerhetők meg.

Az emlőrák onkoterápiájának, gondozásának, rehabilitációjának és pszichológiai ellátásának legfrissebb tudásanyagát, és a követendő szakmai ajánlásokat a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján a Magyar Onkológia folyóirat 64. száma közölte 2020-ban [69].

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Szakpszichológusok: Az onkopszichológiai problémák, illetve a pszichopatológiai kórképek felismerésében, ellátásában és gondozásában, valamint a rehabilitáció során a fekvő-, és járóbeteg-ellátásban dolgozó szakpszichológusok kompetensek. Ezenkívül számos más társszakma is érintett: pszichiátria, addiktológia, neurológia, belgyógyászat/intenzív betegellátás, de például a prevenció, a felismerés és az utógondozás szempontjából is kiemelt szerephez jut a háziorvosi praxis is. Az egészségügyi ellátásban egészségügyi tevékenységet végző szakpszichológus minden esetben csak és kizárólag működési engedély birtokában, kamarai (MOK) tagként végezheti munkáját. Egészségügyi tevékenységhez szükséges működési engedéllyel nem rendelkező pszichológus egészségügyi szolgáltatónál történő munkakezdését követő két éven belül köteles megkezdenie szakképzését és tevékenységét a szakvizsga megszerzéséig egészségügyi végzettségű szakpszichológus szupervíziója mellett végezheti, véleményt tutora/mentora/szupervizora ellenjegyzésével adhat ki. Szakpszichológusok önállóan, illetve szakpszichológus-jelöltek felügyelettel többek között alapszichoterápiát, relaxációt, pszichoeducációs tevékenységet egyaránt végezhetnek. A szakpszichológusok tevékenységi köreit a minimumfeltételekről szóló rendelet részletezi.

Szakpszichológus pszichoterapeuták, orvos pszichoterapeuták: a pszichoterápia szakvizsgával rendelkező szakember módszerspecifikus szakpszichoterápia önálló végzésére jogosult. A módszerspecifikus pszichoterápiák körébe tartozó tevékenységeket a minimumfeltételekről szóló rendelet sorolja fel.

Onkológusok és az onkológiai szakszemélyzet: Az onkológiai beteg számára pszichológiai problémát, vagy kihívást jelentő helyzetek onkológiai gondozás során történő felismerésében, szűrésében és a beteg megfelelő helyre történő irányításában kulcsszerepe van a kezelőorvosoknak és a szakszemélyzetnek, hiszen ezen szakemberek találkoznak rendszeresen és nagy gyakorisággal a beteggel/pácienssel/klienssel, de sokszor a hozzátartozó jelzése is rajtuk keresztül tud célt érni. Kiemelten fontos tehát a szakszemélyzet továbbképzése és érzékenyítése az onkopszichológiai jelenségek felismerésével kapcsolatban.

Pszichiáter szakorvos: pszichopatológiai állapotok diagnosztizálása, gyógyszeres kezelése és egyéb biológiai terápiája, gondozása, pszichoeducáció nyújtása, közösségi pszichiátriai ellátás, posztgraduális képzés után család-gondozás, stresszkezelés és más közösségi gondozás keretében tartozó intervenciók, alapszichoterápiás megközelítés alkalmazása a kezelés során.

Társszakmák képviselői: Az onkopszichológiai jelenségek előfordulási köre széles spektrumú: az egészségügyi ellátórendszerben komorbiditások okán sokszor nem csak és kizárólag onkológiai osztályon találkozik a kezelő onkopszichológiai jelenségekkel, továbbá a különböző pszichopatológiai állapotok sem feltétlenül és mindig onkológiai etimológiájúak. Konzultatív szinten szinte minden orvosi szakmával együttműködést szükséges kialakítani.

Egyéb szakemberek, ellátók: A fentiekén kívül szoros együttműködés szükséges még a mentálhigiénés szakemberekkel, a szociális ellátó szférában dolgozókkal (szociális munkások) és az egészségügyi ellátást segítő egyéb egyházi és civil szervezetekkel, valamint a médiával.

Oktatás

Az ellátók kompetenciájának bővítése érdekében javasolt az egészségügyi szakmai irányelv tartalmának oktatása:

- pszichológus alap- és szakképzésben,
- pszichoterapeuta-képzésben,
- orvos és/vagy szakorvos képzésekben,
- pszichiáter/háziorvos/klinikai onkológus szakképzésben és továbbképzésben,
- *továbbképzésben:* kötelező szintentartó tanfolyamokon szakpszichológusoknak, pszichoterapeutáknak, pszichiátereknek, háziorvosoknak, klinikai onkológusoknak stb.
- mentálhigiénés szakemberek képzésében,

- szakápolók, gyógytornászok, szociális munkások képzésében és továbbképzésében,
- helyi képzéseken (pl. osztályos, illetve klinikai tudományos referálók, érzékenyítő oktatások),
- pszichológiai, rehabilitációs és orvostudományi kongresszusokon.

Az Országos Onkológiai Intézet, a Magyar Onkológusok Társasága és a Magyar Pszichoonkológiai Társaság, illetve vonatkozó és kapcsolódó társszervezetek, valamint pszichológus- és orvosképző egyetemek bevonásával, kooperációban, többnapos, rendszeres, akkreditált felnőttoktatást szerveznek az onkopszichológiai ismeretek és intervenciók oktatására, valamint a klinikai gyakorlatban történő alkalmazhatóságra.

Publikáció

Az egészségügyi szakmai irányelv rövidített változatát a szerzők szükségesnek tartják pszichológiai/pszichoterápiás/onkológiai szaklapokban (Psychiatria Hungarica, Magyar Onkológia, Magyar Pszichológiai Szemle, Pszichoterápia, Orvosi Hetilap) is megjelentetni a későbbiekben.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A szakmagyakorlás tárgyi feltételeit a vonatkozó rendeletek, szabályozások és a minimumfeltételek nevesítik és rögzítik.

Kiemelt jelentőséggel bíró tárgyi feltételek:

- egyéni (két-, vagy háromszemélyes) onko-pszichoterápiás intervencióra alkalmas iroda/helység,
- csoportos (családterápia, 10-15 fős csoport) onko-pszichoterápiás intervencióra alkalmas helység,
- terápiás ülés, vagy vizsgálat végzésére alkalmas bútorzat (pl. relaxáció tanítására alkalmas berendezés),
- számítógép, szükséges szoftverek (tesztekhez stb.),
- tesztek,
- hozzáférés nemzetközi szakirodalmakhoz.

Egyéb javasolt személyi feltételek:

- szupervizor,
- adminisztrációs munkatárs/asszisztens.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés további javítása szükséges a hátrányos helyzetű régiótól a nagyvárosokig egyaránt: a primer prevenciótól a rehabilitációs lehetőségekig. A teljes körű testi-lelki egészség szempontjából jelentős szerepe van az életmód mellett az életminőségnek, a pszichológiai és mentális egyensúly fenn- és megtartásának kritikus helyzetekben különösen. Az onkopszichológusnak szerepe van a megfelelő, bizonyítékon alapuló ismeretek átadásában, ami hozzájárul a lakosság egészségmagatartásának javításához, illetve a betegséghez kapcsolódó téves hiedelmek eloszlításában, valamint a betegséggel járó stigmatizáltság csökkentésében, megszüntetésében. Az érzékenyítés során a társadalom szélesebb rétegei élhetnek egészség tudatosabb életet, illetve probléma, panasz észlelése esetén nagyobb valószínűséggel fordulhatnak megfelelő segítséghez, orvoshoz. Az időben igénybe vett egészségügyi ellátás költségcsökkentő hatással bír a betegséglefolyás során igénybe vett egészségügyi szolgáltatások (pl. [szak]pszichoterápia) szükséges mennyiségének (óraszám) csökkenése által.

1.4. Egyéb feltételek

Az egészségügyi szakmai irányelv hatását növelheti a társadalmi felvilágosítás, rövid tájékoztató anyagok készítése, mely eloszlatja az alaptalan hiedelmeket pszichológiai problémákkal, pszichiátriai betegségekkel kapcsolatban, helyette azonban korrekt és hiteles információt közvetít, megszüntetve a sztereotíp gondolatokat és csökkentve mind a mentális, mind pedig az onkológiai betegséghez kapcsolódó stigmatizációt.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincs.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. adatlap: Alkalmazni javasolt vizsgálati eszközök.

2.3. Táblázatok

1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerabilitásidőszakok (*NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve*)
2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei (*[66] alapján, saját szerkesztés*)
3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján).
4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció jellemzői (saját szerkesztés)
5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei (saját szerkesztés)
6. táblázat: A klasszikus pszichoterápia és az onkopszichoterápia főbb különbségei (saját szerkesztés)
7. táblázat: A kiegészítés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere (saját szerkesztés)

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján*)
2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-11 [5] alapján*)
3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-22 [5] alapján*)
4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (*DIS-5 [5] alapján*)
5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])
6. ábra: A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A megfelelő szakmai ellátás indikátorai egyedi és statisztikai szinten ragadhatók meg.

Az ellátás egyedi indikátorai

Egyedi szinten a beteg állapotának javulását különböző pszichológiai (objektív, tehát a vizsgáló által kitöltött) becslőskálákon, vagy a beteg által megválaszolt, szubjektív, ún. önkitöltő kérdőíveken lehet rögzíteni.

A mindennapi klinikai gyakorlatban ezen módszerek (részben az időhiány miatt) nem alkalmasak az ellátás színvonalának objektíválására, azért sem, mert a beteg saját állapotának szubjektív értékelése (pl. állapota romlott, változatlan, kicsit javult, sokat javult, teljesen tünetmentes) önmagában a legautentikusabb vélemény.

- Betegelégedettség.
- Szubjektív értékelőskálák.

Az ellátás statisztikai indikátorai

- Onkológiai (szak)ellátásba kerülő betegek pszichoszociális állapotának felmérése és nyomonkövetése validált eszköz segítségével: rizikószűrés (kívánalom: 100%).
- A nagy rizikóval rendelkező kiszűrt betegek onkopszichológiai ellátásba kerülésének aránya (kívánalom 100%).
- Dokumentált onkopszichológiai eljárások (tesztvizsgálat, terápia, vizsgálat, konzultáció stb.).
- Pszichopatológiai diagnózisok (dgn, db).
- Pszichoszociális és pszichoterápiás intervenciók száma:
 - o terápiás ülések száma,
 - o gondozott/ellátott betegek száma.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Tervezett felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv érvényességének lejártakor esedékes.

Soron kívüli felülvizsgálat: az egészségügyi szakmai irányelv érvényességén belül bármikor, ha a szakmai irodalomban, vagy az ellátói környezetben olyan mértékű változás következne be, amely indokolná azt, hogy a felülvizsgálatra a tervezett felülvizsgálat időpontjánál korábban kerüljön sor.

A felülvizsgálat megkezdésének szükségességére az egészségügyi szakmai irányelvet benyújtó tagozat aktuális irányelvfelkészítő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztő csoport minden tagját, illetve a Tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

A fejlesztőcsoport vezetői folyamatosan követik az egészségügyi szakmai irányelv alapján szolgáló külföldi és hazai szakmai irányelveket és releváns szakirodalmi forrásokat.

IX. IRODALOM

- [1] New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of Early Colorectal Cancer. Appendix 1: Guideline development Evidence and recommendation grading system. 2011;102.
- [2] Központi Statisztikai Hivatal. Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990-); 2019 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html Accessed August 7, 2021.
- [3] Kásler M, Ottó S, Kenessey I. A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orv Hetil* 2017;158:84-89.
- [4] Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-oncology* 2018;27:75-82.
- [5] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2021-Distress Management; 2021 <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431>. Accessed August 7, 2021.
- [6] Watts S, Prescott P, Mason J, et al. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open* 2015;5:e007618.
- [7] Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013;7:300-322.
- [8] Rohánszky M, Konkoly-Thege B, Bodoky Gy. „Akik túléltek a betegséget” – Daganatos betegek életminősége egy retrospektív vizsgálat tükrében. *Magy Onkol* 2011;55:193-198.
- [9] Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M. Magyar lelkiállapot. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2008. p. 557-568
- [10] Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* 2019;19:1-8
- [11] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2021-Survivorshi; 2021 <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1466> Accessed August 7, 2021.
- [12] National Institute for Clinical Excellence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer; 2004 <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005> Accessed August 7, 2021.
- [13] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. *Egészségügyi Közlöny* 2021;71(12):970-1301
- [14] Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 2006;15:93-95.
- [15] Holland JC, Bultz BD. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw* 2007;5(1):3-7.
- [16] WHO (World Health Organization). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. London: World Health Organization; 1992
- [17] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
- [18] Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* 2018;392:2299-312.
- [19] Perczel-Forintos D, Kiss Zs, Csigó K. A pszichológiai és laboratóriumi vizsgálatok. In: Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p.147-158.
- [20] Schwartz LA, DeRosa BW, Kazak AE. Adult survivors of childhood cancer. In: Holland JC et al. *Psycho-Oncology* (2nd edition). New York: Oxford University Press; 2010. p. 562-568.
- [21] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
- [22] Kovács P, Konz Zs, Peti J, et al. Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. *Magy Onkol* 2017;61:284-291.

- [23] Zaorsky NG., Zhang Y, Tuanquin L, et al. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019;10:207. doi:10.1038/s41467-018-08170-1
- [24] Wasserman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27:129-41.
- [25] Rihmer Z, Németh A, Kurimay T, et al. A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiat Hung* 2017;32:4-44
- [26] Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2012.
- [27] Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 293-299.
- [28] Sokero P, Eerola M, Rytala H, et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord* 2006;95:95-102.
- [29] Pessin H, Amakawa L, Breitbart W S. Suicide In: Holland JC, et al. *Psycho-Oncology*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- [30] Henson KE, Brock R, Charcock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitma A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *Jama Psychiatry*; 2018 doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181.
- [31] Chan MKY, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and scales. *Br J Psychiatry* 2016;209:277-283.
- [32] Perczel-Forintos D. A klinikai pszichológus szerepe az öngyilkossági veszélyeztetettség felismerésében és ellátásában. In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 319-333.
- [33] Perczel-Forintos D. Célzott pszichoterápiák és szuicid prevenció In: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest: Medicina Kiadó; 2012. p. 280-297.
- [34] Rihmer Z, Torzsa P. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2016;21:584-589.
- [35] Gonda X, Rózsa S. Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J, Németh A. *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p. 159-172.
- [36] Perczel-Forintos D, Rózsa S, Kopp M. A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiat Hung* 2007;22:379-389.
- [37] Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiat Hung* 2001;16:379-397.
- [38] Muszbek K, Szekely A, Balogh E, et al. Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 2006;15:761-766.
- [39] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Gen Intern Med*, 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- [40] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-571.
- [41] Harju E, Michel G, Roser K. A systematic review on the use of the emotion thermometer in individuals diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology* 2019;28:1803-1818.
- [42] Hinz A, Mitchell AJ, Dégi CL, et al. Normative values for the distress thermometer (DT) and the emotion thermometers (ET), derived from a German general population sample. *Qual Life Res* 2019;28:277-282.
- [43] Kónya A, Versegly A. *Rey-Emlékezeti vizsgálati eljárások*. Budapest: Pszicho-Teszt Szerviz; 1995.
- [44] Wechsler D. *Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised*. New York: The Psychological Corporation; 1981.
- [45] Kun M, Szegedi M. *Az intelligencia mérése*. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1996
- [46] Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1(1):1-7.
- [47] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.
- [48] Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. A STAI magyar változata. In: Mérei F, Szakács F. *Pszichodiagnosztikai Vademecum (Vol. 2.)* Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó; 1994. p. 123-148.
- [49] Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
- [50] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- [51] Divens, et al. Differences in illness intensity across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease and multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1994;181:377-381.

- [52] Radloff LS. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1997;1(3):385-401
- [53] Brodaty H, Moore CM. The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: A comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(6):619-627.
- [54] Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 2000;55(11):1613-1620.
- [55] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. MMSE: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res.* 1975;12:189-198.
- [56] Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935;18(6):643.
- [57] Grant DA, Berg E. A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in Weigl-type card-sorting problem. *J Exp Psychol* 1948;38:404-411.
- [58] Rorschach H. *Psychodiagnostics, a diagnostic test based on perception, including Rorschach's paper, The application of the form interpretation test (published posthumously by Dr. Emil Oberholzer).* New York: Huber; Grune & Stratton Inc.; 1942.
- [59] Szondi L, Moser U, Webb MW. *The Szondi Test.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1959.
- [60] Hathaway SR, McKinley JC. A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *J Psychol* 1940;10(2):249-254.
- [61] Graham JR. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology.* New York: Oxford University Press; 1993
- [62] Wechsler D. *Wechsler adult intelligence scale.* Arch Clin Neuropsychol; 1955.
- [63] Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Pers Soc Psychol Bull* 1987;13(1):5-17.
- [64] Orsolya P, Zoltán K, Szilvia J. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika* 2017;18(3):230-262.
- [65] Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess* 1997;9(4):445.
- [66] Perczel-Forintos D. *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.* Budapest: Semmelweis Kiadó; 2012.
- [67] Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-oncology* 2011;20:677-680.
- [68] Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-oncology* 2019;28:1394-1407.
- [69] Kahán Z, Szántó I, Dudás R, Kapitány Z, Molnár M, Koncz Z, Mailáth M. Emlórak: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia Ajánlás a IV. Emlórak Konszenzus Konferencia alapján. *Magy Onkol* 2020;64:384-398.
- [70] Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai protokollja. In: Bagdy E, Túry F. *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja (második, átdolgozott változat).* Budapest: Animula Kiadó; 2005.
- [71] Horti J, Riskó Á. *Onkopszichológia a gyakorlatban.* Budapest: Medicina Kiadó; 2006.
- [72] Mailáth M, Laczkóné MR, Horváth Zs, Szabó GS. A pszichés morbiditások korai felismerése a pszichoonkológiai ellátás során. *Magy Onkol* 2017;61:276-283.
- [73] Purebl Gy. *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018.
- [74] Vizin G, Farkas K. A kognitív viselkedésterápia lehetőségei az onkológiai ellátásban. *Magy Onkol* 2020;64:62-69.
- [75] Finlay L. *Relational Integrative Psychotherapy: Process and Theory in Practice,* Chichester, Sussex: Wiley; 2015.
- [76] Szőnyi G. *A pszichoterápia tankönyve.* Budapest: Medicina Kiadó; 2015.
- [77] Moorey S, Greer S. *Oxford guide to CBT for people with cancer.* New York: Oxford University Press; 2011.
- [78] Gódný A, Horváth D. A pszichoedukáció jelentősége sugárterápiában részesülő betegek ellátásában. In: Gerlinger L, Kovács P. *Egy hajóban...* Budapest: Medicina Kiadó; 2018. p. 123-136
- [79] Tari A. *Pszichoszociális folyamatok az onkológiai teamben.* In: Horti J, Riskó Á. *Onkopszichológia a gyakorlatban.* Budapest: Medicina Kiadó; 2006.
- [80] Kovács P, Esperger Z, Horváth D, Lacsán K, Patyi D, Stefanovits N, Zsoldos L, Horváth O. *Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során.* *Magy Onkol* 2021;65:78-88.
- [81] Hong YA, Hossain MM, Chou WYS. Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review. *Psycho-oncology* 2020;29:591-603.
- [82] Kircher SM, Mulcahy M, Kalyan A, et al. Telemedicine in oncology and reimbursement policy during COVID-19 and beyond. *J Natl Compr Canc Netw* 2020;1:1-7.

- [83] Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Intern Med* 2018;178:745-746.
- [84] van Der Lee ML, Schellekens MP. Bridging the distance: Continuing psychooncological care via video consults during the COVID-19 pandemic. *Psycho-oncology* 2020;29:1421-423.
- [85] Hegedűs K. A palliatív ellátás alapjai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2009.
- [86] Yennurajalingam S, Zhang T, Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2007;15:471-475.
- [87] Benyó G, Lukács M, Busa Cs, et al. A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magy Onkol* 2017;61:292-299.
- [88] Peti J. Nőgyógyászati daganatos betegek pszichés vezetése. In: Pete I, Kásler M. Nőgyógyászati onkológia – gyakorlati kézikönyv. Budapest: Zafír Press; 2012. p. 3-10.
- [89] Pilling J. A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás lehetőségei. In: Hegedűs K. A palliatív ellátás alapjai. 2. kiadás. Budapest Semmelweis Kiadó; 2009. p. 178-191.
- [90] Pilling J. Támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2021. p. 935-941.
- [91] Kovács M, Kovács Zs, Hegedűs K. Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2012;13 (2):219-241.
- [92] Szemerey M. A viszontlátétel és az empátia terhei. Budapest: Imágó 2016;5(3-4):25-40.
- [93] Kollár, Cs. A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa. *Fluentum-Nemzetközi gazdaság- és társadalomtudományi folyóirat* 2014;1(3):1-19.
- [94] Riskó Á. Pszichoanalitikus onkopszichológia. Budapest: Riskó Ágnes; 2021. <https://en.calameo.com/read/0040046558df60cd08f43>
- [95] Nemzeti Rákellenes Program. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet 2006. http://www.oncol.hu/rtg/2016/nemzeti_rakellenes_program.pdf
- [96] Riskó Á. Az onkológiai betegeket gondozó hozzátartozókra ható kihívások és a megoldási lehetőségek. In: Urbán R, Demetrovics Zs, Rigó A, Oláh A. Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II. Budapest: Eötvös Kiadó; p. 206-217. <https://www.eltereader.hu/media/2020/12/Egeszsegpszichologia-II-1.pdf>
- [97] Stauder A, Balog P, Kovács M, Susánszky É. A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2016;17(2), 81-95.
- [98] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- [99] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- [100] Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, Moum T, Wist E, Hagen S, Kvikstad A. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *Eur J Cancer* 1995 Dec;31A(13-14):2260-3. doi: 10.1016/0959-8049(95)00296-0. PMID: 8652253.
- [101] Blazsek P, Wernigg R. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015.
- [102] Yang Y, Cameron J, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017;26(6):738–746. doi:10.1002/pon.4224
- [103] Patient Health Questionnaire (PHQ) <https://www.phqscreeners.com/>
- [104] Márta C, Péter M. Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Kiadó, 2009
- [105] Sándor Z, Csabai M. A PRISM-D rajzteszt alkalmazása a daganatos betegséggel összefüggő érzelmi és kognitív reprezentációk komplex vizsgálatára (Application of the PRISM-D drawing test to the complex examination of cancer-related emotional and cognitive representations). *Orvosi Hetilap*, 2018;159(48):2021-2030.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával.

Ezt követően az irányelvfejlesztői csoport kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése.

Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltokról, Irányelvfejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, Egyéni Összeférhetlenségi Nyilatkozatok és azok Összefoglalója, Csoportos Összeférhetlenségi Nyilatkozat, Módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), Tagozatvezetői Nyilatkozatok a egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

A fejlesztőcsoport vezetője a fejlesztőcsoport tagjaival szóban egyeztetett, az elkészített egészségügyi szakmai irányelv tervzetet elküldte nekik. A csoport tagjai korrekciós javaslatot tettek, melyek a szövegbe kerültek, majd konszenzus alapján elfogadták a tervzetet.

Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet összeállításának menete:

- Tájékozódás a hazai onkopszichológiai ellátás sajátosságairól, jelenleg alkalmazott lépésekről, dokumentált tevékenységekről a Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat, valamint a vonatkozó társtagozatok és a MOT, valamint az MPOT tagjainak bevonásával.
- Társszakták egészségügyi szakmai irányelveinek tanulmányozása.
- Vonatkozó nemzetközi irányelvek (NCCN stb.) áttanulmányozása.
- A képzési, kimeneti követelmények, kompetenciák összegyűjtése, összehasonlítása a külföldi gyakorlattal.
- Irodalomkutatás: külföldi példák gyűjtése az onkopszichológiai ellátás folyamatáról.
- További kapcsolódó szakirodalom felkutatása.
- Az egészségügyi szakmai irányelv struktúrájának kialakítása-szerkezeti vázlat kidolgozása a szakirodalmi adatok felhasználásával.
- Konzultációk a szakmai szervezetek képviselőivel, az elkészült anyag véleményezése, javaslatok és ajánlások megfogalmazása és kidolgozása.
- Az egészségügyi szakmai irányelv tervzet részletes megfogalmazása, kiegészítése a megfogalmazott javaslatok figyelembevételével.
- Az elkészült egészségügyi szakmai irányelv szélesebb körű szakmai véleményezésre bocsátása.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban elsősorban az utóbbi 10 év (2010–2021) publikációit vizsgálta. A keresőszavak a következők voltak: psycho-oncology, oncopsychology, psychosocial screening, stress management, cancer related distress. Kizárólag angol, illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a vonatkozó fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével és az irányelvkészítés során megjelenő szakmai konszenzussal a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető. A fejlesztőcsoport az angol nyelvű randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok mellett a magyar nyelvű hivatkozások esetén jogszabályokat, reprezentatív, validált módszertanon alapuló kutatások eredményeit, szakterületi konszenzusokat, szakkönyveket, szakfolyóiratokat, cikkeket is felhasználtak az irányelvhez.

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A felhasznált bizonyítékokat a fejlesztő csoport kritikus szemmel értékelte, kitérve az adott vizsgálat módszertanára, elemszámára, jellegére, tartalmára és klinikai relevanciájára.

A vonatkozó fejezetben bemutatott bizonyítékbesorolást módosítás nélkül vettük át. Azokon a szöveghelyeken, ahol külön nem jelöltük az evidenciaszinteket, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás. Az ajánlásokat alátámasztó bizonyítékokat az ajánlások szakmai részletezésénél tárgyaltuk.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye.

Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása megjelölésre került.

Az ajánlásokat a **New Zealand Guidelines Group NZGG által javasolt besorolási rendszer alapján** a fejlesztőcsoport A, B, C, D kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőikkel kialakított konszenzusnak.

Az egészségügyi szakmai irányelv az ellátásban érintett Szakmai Kollégium Tagozatok összegyűjtött javaslatainak és véleményének összegzésén alapul. A javasolt módosításokat a fejlesztő csoport áttekintette, véleményezte, majd az elfogadott módosítások beépítette, az elutasított módosításokat átvezette. A beillesztésről, ill. módosításról szóló döntést a fejlesztők egyhangúan hozták meg.

A módszertani szempontoknak való megfelelést a fejlesztési folyamat leírásával teljesítette a fejlesztőcsoport.

6. Független szakértői véleményezés módszere

A véleményezés során független szakértő is bevonásra került. Tekintettel arra, hogy a szakterületen korábban nem készült egészségügyi szakmai irányelv, a nemzetközi illeszkedést a nemzetközi szakmai világszervezet (IPOS) titkárnak kiegészítései és meglátásai, valamint véleménye is szavatolja.

Ezenkívül a vonatkozó hazai szakmai szervezetek képviselői a fejlesztőcsoport tagjaiként társszerzőként vettek részt, teljesítve és megteremtve így a széles körű szakmai konszenzus kívánalmát is.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Aktuálisan magyar nyelven, minden klinikai ellátóhelyen egységesen alkalmazott és szabadon hozzáférhető betegtájékoztató nem áll rendelkezésre.

Az egyes ellátóhelyek, valamint a vonatkozó betegszervezetek honlapjain szabadon hozzáférhetőek az onkológiai ellátáshoz kapcsolódó betegtájékoztatók – azon belül pedig az onkopszichológiai gondozás lehetőségeit bemutató információk.

A betegtájékoztatók, oktatási anyagok az alábbi honlapokon érhetőek el.

Rákellenes szervezetek:

- Magyar Rákellenes Liga – <https://rakliga.hu/>,
- Ráktúlélőkért, hozzátartozókért Egyesület – <https://www.raktulelok.hu/hu/>,
- Rákbetegek Országos Szervezete – http://rakszovetseg.hu/test_jml2/index.php,
- Nézőpontváltó Egyesület – <http://nezopontvalto.hu/hu/fooldal>,
- Mellrákfórum – Nem vagy egyedül Alapítvány – <https://mellrakforum.hu/>,
- Mellrákinfo Egyesület – <https://www.mellrakinfo.hu/>,
- Mályvavirág Alapítvány – <https://malyvavirag.hu/>,
- Gyermekrák Alapítvány – www.gyermekrak.hu,
- CML és GIST Betegek Egyesülete – www.cmlgist.hu,
- Egészség Hídja Összefogás az Egészségért a Mellrák Ellen Egyesület – www.egeszseghid.hu,
- Breath" Association – www.leleketegyesulet.hu,
- További, hitelesített és jegyzett, betegszervezetek az Európai Rákbeteg Koalíció (European Cancer Patient Coalition – ECPC) honlapján találhatóak: www.ecpc.org.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Az alkalmazni javasolt vizsgálati eszközöket (teszteket és kérdőíveket) a vonatkozó ajánlás taglalja.

A vizsgálat/felmérés/szűrés során javasolt lehet egységes adatlapot alkalmazni, melynek tartalma, többek között, az alábbi információkra terjed ki:

1. Név:
2. Kitöltés dátuma:
3. Születési dátum:
4. Végzettség: *Általános iskola – Középsiskola – Egyetem/főiskola – Egyéb:*
5. Családi állapota: *egyedülálló – párkapcsolatban élő – házas – elvált – özvegy egyéb:*
6. Volt-e korábban bármiféle pszichiátriai/pszichés (lelki) panasza? igen – nem
7. Szedett-e korábban valamilyen pszichiátriai gyógyszert (pl. szorongásoldó, nyugtató, altató, antidepresszáns, antipszichotikum)? igen – nem
8. Van-e jelenleg bármiféle pszichiátriai/pszichés (lelki) panasza? (pl. rossz hangulat, alvásproblémák, levertség, feszültség, pánik stb.)? igen – nem
9. Szed-e jelenleg valamilyen pszichiátriai gyógyszert (pl. szorongásoldó, nyugtató, altató, antidepresszáns, antipszichotikum)? igen – nem

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Pszichoszociális distressz kialakulását növelő kockázati tényezők és vulnerábilisidőszakok (NCCN Distress Management irányelv [5] alapján szerkesztve)

<u>Distressz kialakulásának kockázatát fokozó tényezők</u>	<u>Distressz kialakulásának és fokozódásának szempontjából kifejezetten vulnerábilis időszakok/történések</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Korábbi pszichiátriai zavar vagy szerhasználat. - Korábbi depresszió/öngyilkossági kísérlet. - Trauma és/vagy bántalmazás az anamnézisben (fizikai, szexuális, érzelmi, verbális). - Kognitív zavar, kognitív diszfunkció. - Kommunikációs zavarok, problémák. - Komorbid betegségek. - Szociális/szociológiai tényezők: <ul style="list-style-type: none"> - Családi konfliktusok, - nem megfelelő társas támogatás, - szociális elszigeteltség, izoláció, - egyedül élés, - pénzügyi problémák, - orvosi ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés, - fiatalkorú és/vagy eltartott gyermek(ek), - fiatalabb életkor, - szexuális egészséggel, illetve termékenységgel kapcsolatos problémák, - diszkrimináció (faji, nemi), - stabil lakhatás elvesztése, - szerhasználat, addikció, - egyéb stresszorok. - Lelki/vallási (bűntudati) konfliktusok. - Kontrollálhatatlan tünetek/mellékhatások. - Magasabb depressziókockázattal együttjáró daganatos megbetegedések: hasnyálmirigy-, fej-nyaki tumorok. 	<ul style="list-style-type: none"> - Daganatgyanút keltő (testi) tünet kivizsgálásának időszaka. - Onkológiai diagnosztikai folyamat időszaka. - Diagnózisközlés. - Előrehaladott/áttétes daganatos betegség. - Genetikai hajlam felismerés és/vagy családi halmozódás lehetősége. - Kezelésre várakozás. - Tünetek okozta megterhelődés súlyosbodása során. - Alapvető kezeléssel kapcsolatos szövődmény(ek) jelentkezése esetén. - Felvétel a kórházba/Elbocsátás a kórházból. - Terápiákkal járó mellékhatások és tünetek megjelenése/fokozódása. - Kezelés sikertelensége, állapotrosszabbodás. - Aktív kezelés befejezésének szükségessége. - Orvosi utánkövetés és megfigyelés időszaka, illetve kontrollidőpontok. - Gyógyulás/rehabilitáció időszaka (Damoklész kardja szindróma). - Kiújulás/Progresszió/Visszaesés. - Palliatív kezelés(ek) szükségessége. - Hospice-ellátás időszaka.

2. táblázat: Az onkopszichológiai állapotfelmérés/vizsgálat/szűrés alkalmazni javasolt eszközei ([66] alapján, saját szerkesztés)

Problémakör, vizsgálni kívánt konstruktum	Kérdőív
Szorongás	STAI [47, 48], Zung [49], Hamilton [50], HADS [38], GAD-7 [39, 102], Betegségteher Index [51]
Depresszió	BDI (hosszú és rövid verzió) [40, 37], HADS [38], Zung [49], Hamilton [50], CES-D [52],
Distressz	Distress Thermometer [42], Érzelmi hőmérők [41]
Életminőség	FACIT [46], QLQ-C30[100],
Neurológiai tünetek, demencia	Óra teszt [53], MMST [55], AKV [54], Rey-szólista [43], Wisconsin kártyaválogatási teszt [57]
Személyiség komplex vizsgálata	Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], MMPI I [60] és II [61]
Öngyilkosság	Reménytelenség skála [36], MMPI I [60] és II [61], Rorschach próba [58], Szondi teszt [59], Blazsek-Wernigg [101],
Intelligencia	MAWI [44, 45], WAIS és WAIS-R [62]

Problémakör, vizgálni kívánt konstruktum	Kérdőív
Társas támogatottság	SDS [63], Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás [64]
Trauma	PDS [65]
Komplex szűrőrendszerek	PHQ-Screener [103]
Egyéb	PRISM [105]

3. táblázat: Az onkológiai ellátás szakaszai és a jellemző tünetek, valamint az alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók (készült [5, 22, 68, 69, 70, 71] alapján)

Betegséglefolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Szűrővizsgálatok (sine morbo)	Sine morbo állapot, genetikai hajlam megléte, önvizsgálatok, normatív és rendszeres orvosi vizsgálatok. <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> halogatás, egészségsszorongás, kommunikációs nehézségek, stigmatizációtól/betegségtől/genetikai hajlamtól való félelem, szorongás	Prevenációs beavatkozások, egészségtudatos életmód elősegítése, primordiális és primer prevenció, társadalmi érzékenyítés, pszichoedukáció, asszertivitás támogatása.
Onkológiai kivizsgálás	Célzott kivizsgálás, primer tumor és/vagy metasztázis keresés, korábbi vizsgálatok indukálják. <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Szorongás, egészségüggyel kapcsolatban szerzett tapasztalatok imprintingje, betegszerep, testi integritás elvesztésétől való szorongás, krónikussá váló stressz, szorongás mentén kognitív beszűkülés, deperszonalizáció.	Krízisintervenció, szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Diagnózis	Diagnózisközlés időszaka, terápiás terv kialakítása, további orvosi vizsgálatok (pl. képalkotó vizsgálatok). <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Krízis, kognitív folyamatok beszűkülése, diagnózis, mint pszichotrauma, halálszorongás, szorongásos és depresszív zavarok, érzelmi sokk, heves érzelmi reakciók, szuicid veszélyeztetettség.	Intenzív krízisintervenció, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), szupportív (pszicho)terápia, tanácsadás, pszichodiagnosztika, pszichoszociális szűrés, orvos-beteg kommunikáció támogatása.
Onkológiai terápiák	Sugárterápia, kemoterápia, sebészeti beavatkozások. <i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Frustráltság, alkalmazkodási nehézségek, lelki regresszió, halálfélelem, belső/külső testképzavar, depresszív tünetek (pl. egészség elvesztése miatt, de biológiai/szer indukálta/központi idegrendszeri alapú is lehet), szorongás, pszichoszomatikus tünetek, PTSD, kapcsolati-szexuális problémák, pszichogén mellékhatások, kognitív kapacitás csökkenése (kemobrain), hányás, hányinger, alvászavarok, evészavarok, addikciós problémák, premorbid pszichiátriai problémák eszkalálódása, emelkedő distressz szint, fáradékonyság, hospitalizáció, anticipált gyász stb.	Pszichoedukáció (terápiákra történő lelki felkészítés fokozott támogatása), disztressz csökkentése, szupportív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, párterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák.

Betegségfolyás és onkológiai ellátás szakaszai	Főbb onkológiai történések és a kapcsolódó pszichoszociális tünetek	Alkalmazásra ajánlott pszichoszociális intervenciók
Tünetmentesség	<i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Alkalmazkodási nehézségek, kondicionálódott pszichogén mellékhatások fennmaradása, kognitív zavar, krónikus fáradtság, Damoklész kardja szindróma, PTSD, szexuális zavarok, szenvedélybetegség kialakulása, felerősödése; biztonságérzet elvesztése, pszichoszomatikus tünetek, hangulatzavar (depresszió), szorongásos zavar (pánikzavar, hipochondria, karcinofóbia), szuicídium veszélye.	Szupportív és/vagy expresszív (pszicho)terápiák, kognitív és viselkedésterápiák, pár- és családterápia, életvezetési tanácsadás, „imaginatív” terápiák, stresszcsökkentő technikák (MBCR, MBSR, relaxáció), adherencia növelése és támogatása.
Relapszus, állapotromlás, mellékhatások, visszaesés	<i>Jellemző pszichoszociális problémák:</i> Érzelmi krízis, düh, szorongás, depresszió, halálfélelem, alkalmazkodási/megküzdési nehézségek, bűntudat fokozódása, érzelmi labilitás, feszültség, harag, nyílt vagy rejtett ellenségesség, intellektuális gátlás, lelki regresszió, deperszonalizáció, pszichológiai/pszichiátriai jelenségek, mint mellékhatások.	Krisisintervenció, pszichoedukáció, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, tanácsadás, adherencia növelése.
Palliatív ellátás, haldoklás, halál, hospice	Halálfélelem, halálszorongás, elutasítás (tagadás), harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás, feladás, anticipált gyász, gyász, hozzátartozók gyászreakciói.	Gyászterápia, szupportív (pszicho)terápia, preventív lelkigondozás, krízisintervenció, családtagok támogatása, tanácsadás, méltóságterápia, krízisintervenció, pszichoterápiába ágyazott gyászfeldolgozás, gyászcsoporthoz, önszorgató gyászcsoporthoz.
Gyógyulás, rehabilitáció	Damoklész kardja szindróma, PTSD, PTN.	PTN támogatása, stresszcsökkentő technikák (relaxáció, MBCR), expresszív és/vagy szupportív pszichoterápia, nonverbális terápiák.

4. táblázat: A krízisterápia/krízisintervenció, illetve a pszichoterápia gyakorlati jellemzői és főbb különbözőségei

KRÍZISTERÁPIA/KRÍZISINTERVENCIÓ jellemzői	PSZICHOTERÁPIA* jellemzői
<ul style="list-style-type: none"> - Elsősegélynyújtó jellegű kezelés. - Részcélra irányul. - Fókuszában a kiváltó okok és az aktuális tünetek állnak. - Jelenre koncentrálnak (nem hibáztat). - Inkább intellektuális belátásra irányul. - 1-6 ülés. - Kötetlen időtartam. - Időpontja illeszkedik a krízishelyzethez (egyáltalán nem, vagy kevéssé halasztható). - Telefonon is történhet. - A szakember bevonódására a beteg által kívánt mértékben van szükség. - Direktív. - Családtagok, barátok bevonása is szükséges lehet. - Aktuális problémákra fókuszál. - Cselekvésorientáltság jellemzi. - Reflektív és empatikus jelenléttel bárki végezheti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiképzett szakember végezheti. - Egészségügyi beavatkozás/tevékenység. - Célja: <ul style="list-style-type: none"> - Alapvető lelki konfliktusok tisztázása. - A személyiség fejlesztése, rekonstrukciója. - Az emocionális átélés megváltoztatása. - Teljesítmény és képességfejlesztés. - Tartós személyiség-, élménymód és viselkedésváltozás elérése. - Rehabilitációs időszakra jellemzőbb. - Tervezett ülések. - Jellemzően hosszabb folyamat. - Módszerfüggően standard hosszúságú ülések. - Telefonon kevéssé célszerű. - Nondirektív. - Jellemzően kétszemélyes helyzet. - Kivárási attitűd. <p style="text-align: right;"><i>A klasszikus pszichoterápia formális és tartalmi jellemzőit a vonatkozó szakirodalom részletezi [76].</i></p>

5. táblázat: A gyász és a depresszió jellemző jelenségei és különbözőségei

GYÁSZ	DEPRESSZIÓ
Tünetkép: sírás, étvágyváltozás, csökkent libidó, szociális visszahúzódás, insomnia/hipersomnia, a koncentrációképesség csökkenése, fokozott fogékonyság testi betegségekre	
<ul style="list-style-type: none"> - Üresség és veszteség, mint domináns affektus, - önbecsülés megtartott, - lehetnek pozitív érzelmek vagy humor, - normál mértékű identifikáció és enyhe ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban, - az öngyilkossági gondolatok ritkák, - az önvád az elhunytval való bánásmódra irányul, - az értéktelenség érzése nem általános, - a környezet empátiát, szimpátiát tanúsít, - tünetek csökkenése, hangulati javulás általában 6 hónapot követően, - megnyugtatóra, biztatásra reagál, - szociális kapcsolatokba vonható, - antidepresszívumok nem segítenek. 	<ul style="list-style-type: none"> - Öröm érzésének képtelensége, - tartósan nyomott hangulat mint domináns affektus, - önkritikus, - pesszimista rágódás, - kóros túlazonosulás, - fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunytval kapcsolatban, - az öngyilkossági gondolatok gyakoriak, - az önvád széles körű, illetve az egyén azt gondolja, hogy egészségesen rossz vagy értéktelen, - gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt interperszonális kapcsolataiban, - egyre súlyosbodó vagy stagnáló tünetek, - megnyugtatóra, biztatásra nem reagál, - szociális kapcsolatoktól elzárkózó, - antidepresszívumok segítenek.

6. táblázat – A klasszikus pszichoterápia és az szomatikus pszichoterápia főbb különbségei

Klasszikus pszichoterápia	Szomatikus pszichoterápia (onkopszichoterápia)
Saját motiváción alapuló jelentkezés (nem küldött beteg).	ellátó team által „küldött”, önszántából jelentkezett beteg (motiváció tisztázása szükséges).
45-50 perc időtartam heti 1 vagy több ülés.	Változó időtartamú és rendszerességű ülések.
Módszertani keretek következetes és pontos betartása.	A kerektől való eltérést fizikális állapot vagy az onkológiai terápia erősen befolyásolhatja.
Ugyanazon helyen és időben történik.	Onkológiai kezeléshez illeszkedő rugalmas téri és idői keret.
Terápiás szerződésen alapul.	Orvosi kérésen vagy megegyezésen alapul.
Csak a megadott keretrendszerben történik találkozás.	A keretrendszer illesztett a beteg aktuális fizikális állapotához (sz.e.: ágy melletti konzultáció).
Családtagok és hozzátartozók nem kerülnek kapcsolatba a terapeutával (kivéve módszerspecifikus esetekben).	Családtagok és hozzátartozók bevonása/bevonódása sok esetben nem elkerülhető, adott esetben: javasolt is (pl. kisgyermekes családok esetén, szexuális problémák kapcsán, családra is kiterjedő pszichoedukáció stb.).
Telemedicinális eszközök használata alkalomszerűen a terápiás szerződés kiegészítésével lehetséges.	Telemedicinális eszközök (teleonkológia) használata a beteg állapotát szem előtt tartva esetileg és rugalmas alkalmazással lehetséges és javasolt.
Más szakemberrel történő konzultáció csupán a beteg hozzájárulásával történhet (kivéve önvészélyes állapotok).	A szomatikus ellátókkal, az onkológiai teammel konzultáció folyamatosan történik, illetve a beteg állapotát betegdokumentáció is rögzíti.
Találkozás jellemzően (a szakmai kívánalomnak megfelelően) csak a terápiás szituációban történik.	Találkozás történhet egyéb osztályos helyzetekben: vizit, referáló, onkoteam, kórházi folyósó/társalgó.

7. táblázat – A kiegészítés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere

A kiegészítés legfontosabb rizikótényezői és szempontrendszere			
Az egyén szempontjai	Kapcsolati szempontok	Szervezeti szempontok	Társadalmi szempontok
<ul style="list-style-type: none"> – Idealisztikus munkakép. – Túlmotivált személy. – Nagy érzelmi bevonódottság. – Stresszkezelési technikák. – Copingtechnikák. – Hivatástudat. – Munka mint egzisztenciális megerősítés képzete (küldetéstudat). – Viszontáttételi jelenségek, szomatikus viszontáttétel. – Helfer szindróma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatok. – Kompetitív munkakörnyezet. – Konkurencia. – Aszimmetrikus viszonyok. – Társas összehasonlítás jelentősége (<i>emocionális fertőzés jelensége</i>). – Segítő és segített közötti kiegyenlítetlen kapcsolat – reciprocitás hiánya (<i>túlvállalás, túlgondoskodás, túltámogatás, hála nélküliség stb.</i>). – Deperszonalizáció. – Érzelmi áttételi jelenségek. – Vikariáló traumatizáció. 	<ul style="list-style-type: none"> – Intézményi szervezeti struktúra. – Kórház mint totális intézmény. – Munkahelyi elvárások és egyéni képességek diszkrpanciája. – Túlterhelődés. – Kontrollvesztés. – Elismerés hiánya. – Közösség hiánya. – Méltányosság hiánya. – Értékkonfliktusok. 	<ul style="list-style-type: none"> – Szociokulturális jelenség. – Hagyományok átalakulása. – Támogató rendszerek eltűnése. – Társas/társadalmi értékviszály: – Közöny, – idegesség, – kiábrándultság.

1.4. Algoritmusok

1. ábra: A pszichiátriai/pszichológiai ellátás folyamatmodellje (DIS-5 [5] alapján)

Pszichológiai/pszichiátriai ellátás folyamatmodellje			
Jelek/tünetek/problémák/ panaszok/viselkedés	Értékelendő/mérlegelendő tünetek	Diagnosztika, pszichodiagnosztika	Utánkövetés
Az onkológiai orvosi team referál a mentális egészségügyi teamnek, pszichológusnak.	<ul style="list-style-type: none"> - Distressz. - Viselkedésbeli változások. - Problémák a kapcsolatokban. - Pszichiátriai előzmények/gyógyszerek. - Szerhasználati zavar. - Fájdalom- és tünetkezelés. - Fáradtság. - Testkép. - Hangulat. - Szexuális egészség. - Károsodott kognitív funkciók. - Biztonság. - Öngyilkosság kockázata. - Pszichológiai/pszichiátriai komorbiditás Orvosi okok. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neurokognitív zavarok (delírium, demencia). - Trauma és stresszbetegségek. - Obszesszív-kompulzív zavar. - Szerhasználat, addikciók. - Depressziós zavarok. - Bipoláris és kapcsolódó zavarok. - Szkizofrénia spektrum és egyéb pszichotikus zavarok. - Szorongásos zavarok. - Személyiségzavarok. - Organikus és szimptomás mentális zavarok. - Nemi identitás és szexuális élet zavarai. 	Utánkövetés és folyamatos kommunikáció/konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal, háziorvossal

2. ábra: A depresszió és a szorongásos zavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-11 [5] alapján)

Depressziós és szorongásos zavarok				
Diagnózis	Tünetek értékelése/mérlegelése	Önárthatalom veszélye	Kezelés	Utánkövetés
<p><u>DEPRESSZIÓ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Betegséggel összefüggésben kialakuló depressziós állapotok. - Depressziós epizód. - Major depresszió. <p><u>SZORONGÁSOS ZAVAROK</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Általános egészségügyi állapot miatti szorongás. - Generalizált szorongásos zavar. - Pánikbetegség. - Specifikus fóbia. - Agorafóbia. - Szociális szorongásos zavar. - Szerhasználat/gyógyszerek okozta szorongásos zavar. - Anticipált hányinger/hányás. 	<ul style="list-style-type: none"> - Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: - Daganatos betegség, kezelés, - gyógyszerek, - Orvosi okok. - elvonási tünetek, - fájdalom, - fáradtság, - alvászavarok, - anorexia, - anhedónia, - csökkent érdeklődés tevékenységek iránt, - halálvágy, - öngyilkossági gondolatok, - hangulatingadozás, - gyenge koncentrációs képesség, - demoralizáció, - Vegyük figyelembe a pszichoszociális és lelki tényezőket. - A döntéshozatali képesség mérlegelése/felmérése. - Család/otthoni környezet szempontjai. - Biztonságos környezet. - Alkohol és rekreációs szerhasználat felmérése. <p><i>Pszichoszociális szűrés/felmérés fontossága.</i></p>	Nem jelent veszélyt önmagára vagy másokra	<ul style="list-style-type: none"> - Pszichoterápia. - A depresszióval együtt járó testi tünetek kezelése. - Pszichotróp gyógyszerek: <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresszánsok, - szorongásoldók. - Mentális egészségügyi kezelés és utánkövetés. - Beteg és család edukációja - szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások vagy lelki páásztor bevonásának megfontolása. 	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
		Önárthatalom veszélye, vagy mások veszélyeztetése fennáll	<ul style="list-style-type: none"> - Öngyilkosság vagy gyilkosság kockázatának mérlegelése. - Kórházi kezelés. - A betegbiztonság kialakítása: <ul style="list-style-type: none"> - Pszichiátriai konzultáció szükségessége, - fokozott nyomonkövetés, - terápiás terv kialakítása, - fegyverek/veszélyes eszközök eltávolítása. - Mások/környezet biztonságának biztosítása. <p>A szociális munkás, tanácsadó szolgáltatások, vagy lelkipásztor bevonásának megfontolása.</p>	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

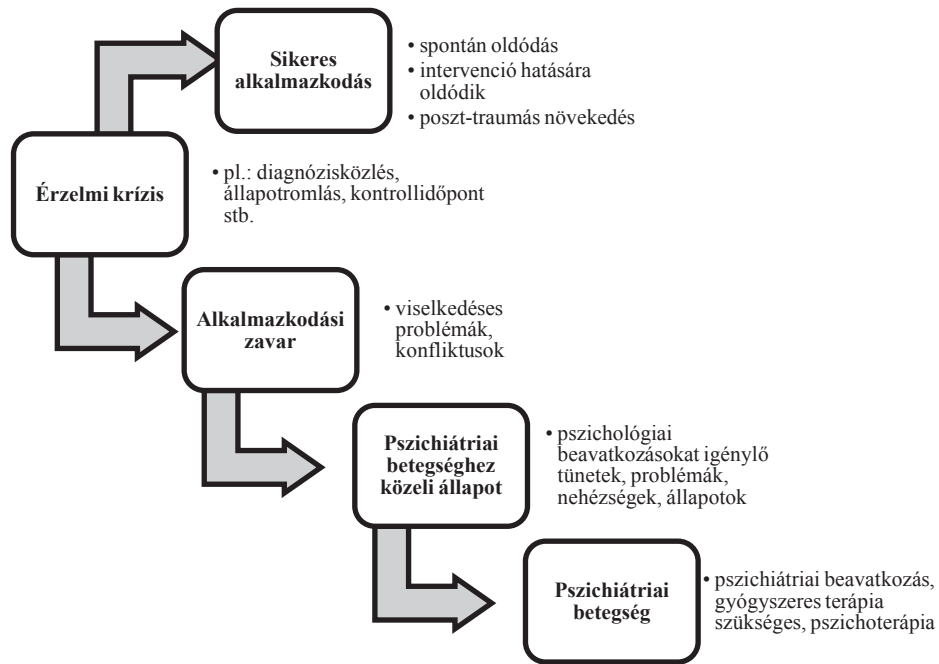
3. ábra: A személyiségzavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-22 [5] alapján)

Személyiségzavarok			
Diagnózis	Tünetek értékelése/mérlegelése	Kezelés	Utánkövetés
Személyiségzavarok jelei és tünetei daganatos betegeknél: <ul style="list-style-type: none"> - Orvosi beavatkozásokhoz, vagy kezeléshez kapcsolódó, személyiségváltozás - borderline, - hisztrionikus, - skizoid, - kényszeres (OCD), - paranoid, - antiszociális, - nárcisztikus, - dependens, - skizotíp. 	Az alábbiakkal összefüggésben történő differenciáldiagnosztika: <ul style="list-style-type: none"> - Daganatos betegség, - kezelés, - gyógyszerek, - orvosi okok, - elvonási tünetek, - fájdalom, - manipulatív viselkedés, - düh, - fenyegető viselkedés, - hisztrionikus viselkedés, - követelő viselkedés, - félelem, - adóntéshozatali képesség felmérése, - család/otthoni környezet figyelembevétele, - önártalom veszélyének felmérése. 	<ul style="list-style-type: none"> - Összehangolt viselkedés- és pszichológiai, illetve orvosi kezelés kidolgozása az egészségügyi teammal (alapszichoterápiás + gyógyszeres kezelés kombinálása). - Személyzet és vezetőség érzékenyítése, edukációja. - A pszichiátriai ellátás mérlegelése. 	Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal

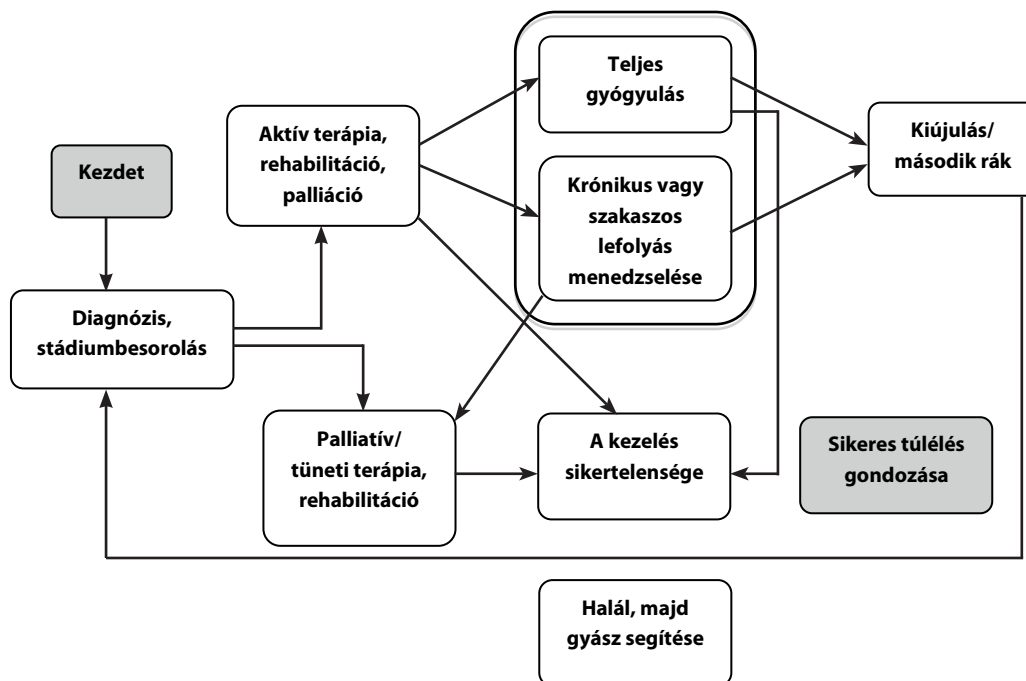
4. ábra: A szkizofrénia és a pszichotikus zavarok ellátási folyamatmodellje (DIS-5 [5] alapján)

Szkizofrénia és egyéb pszichotikus kórképek				
Diagnózis		Vizsgálandó tényezők	Kezelés	Utánkövetés
Pszichotikus epizód a daganatos megbetegedés/kezelés során vagy szkizofrénia/pszichotikus zavar az anamnézisben: <ul style="list-style-type: none"> - Pszichózis, - szkizofrénia, - affektív pszichózis, - szerhasználat, - gyógyszeres kezelés, - neurológiai státusz. 	Pszichotikus tünet nem áll fenn			Utánkövetés és konzultáció az onkológiai teammel, kezelőorvossal, családdal/gondozókkal
	Pszichotikus tünetek fennállnak: <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinációk, - téveszmék, - stb. 	Mérlegelendő/vizsgálandó: <ul style="list-style-type: none"> o Daganatos betegség, o kezelés, o Gyógyszerek (szteroidok), o delírium, o demencia, o elvonási tünetek vagy szerhasználati zavar, o pszichotikus zavar új diagnózisa, o pszichotikus állapot kiújulása (pl. nem szedi az antipszichotikumot). - A döntés hozatali képesség kiértékelése. - A biztonság kiértékelése. A családi/gondviselői erőforrások felmérése, beleértve a fekvőbeteg pszichiátriai kórházi kezelés lehetőségét és a közösségi mentálhigiénés csapatot is.	<ul style="list-style-type: none"> - Betegbiztonság megteremtése. - Pszichiáter bevonása. - Antipszichotikus gyógyszeres kezelés. Egyéb gyógyszer beállítás: <ul style="list-style-type: none"> - Hangulatjavító, szorongásoldó, - pszichiátriai beutalás, kórházi befektetés/befekvés - elektrokonvulzív terápia. 	

5. ábra: Az érzelmi krízis lehetséges kimenetelei (készült: az Országos Onkológiai Intézet munkacsoportjának ábrája alapján [22])



6. ábra: A betegség lefolyásának és a kezelések hálózatos ábrája (készült [22, 67] alapján)



1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs.

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet közleménye orvostechikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezet feljogosításáról

Az orvostechikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet 27. § (3) bekezdése alapján az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet határozatával az alábbi szervezetet a felsorolt eszközcsoportok tekintetében az időszakos felülvizsgálatok elvégzésére feljogosította:

Endo-Plus-Service Javító, Szolgáltató és Kereskedelmi Kft. (Endo-Plus-Service Kft.)

A cég címe: 1162 Budapest, Marcell utca 15.

Tel.: (06-30) 467-9614

e-mail: es@endoservice.hu

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	Száma	érvényességi ideje
04. Altató-lélegeztető berendezés	OGYÉI/57575-5/2021/04.eszk	2026. október

VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ Vegyes közlemények

Pályázati hirdetmény betölthető állásokra

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

Tisztelt Hirdetők, Olvasók!

A pályázati hirdetményeket terjedelmi okokból és a jobb áttekinthetőség érdekében táblázatos formában közöljük. Kérjük, hogy álláshirdetéseik szövegezésénél vegyék figyelembe, hogy a rovatok csak a legszükségesebb információk közlésére adnak *lehetőséget*. **A hirdetményeket külön ez irányú kérelemre legfeljebb 3 alkalommal ismételjük meg, további közlésre csak újabb kérés esetén van lehetőség.** A gyors megjelenés érdekében a pályázati hirdetményeket közvetlenül a szerkesztőségnek küldjük meg **levélben (1051 Bp., Széchenyi István tér 7–8. V. em. 514., illetve 1245 Budapest, Pf. 987), vagy e-mailben (eszerk@emmi.gov.hu).**

Az Egészségügyi Közlöny szerkesztőségének telefonszáma 795-1347.

A közléssel kapcsolatban a fenti telefonszámon tudunk tájékoztatást adni.

Tájékoztatjuk tisztelt hirdetőinket, hogy a pályázati hirdetmények szövegéből kénytelenek vagyunk elhagyni azokat a pályázati feltételeket, amelyek közzététele jogszabályba ütközik, nem hatályos jogszabályon alapul, illetve indokolatlan diszkriminációt tartalmaz (pl. életkori, nemhez kötött, a magyar végzettséget vagy állampolgárságot preferáló előírások).

A jogszabály alapján kötelezően meghirdetendő pályázatok térítésmentes közzétételére egy alkalommal van lehetőség, az ismételt közzététel az általános hirdetési áron történik, amelyről az Egészségügyi Közlöny kiadója (a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, telefonszám: 266-9290 vagy 266-9294) ad felvilágosítást.

A pályázatoknál kérjük – a hatályos jogszabályokra is figyelemmel – feltüntetni, hogy a pályázati határidő kezdő időpontjának a hirdető a megjelenés melyik helyét tekinti. Eltérő közlés hiányában a pályázati határidő hirdetmény szerinti kezdő időpontja az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés. A Közigazgatási Személyzetfejlesztési Főigazgatóság honlapján is megjelenő hirdetések esetén a honlapon feltüntetett határidők az irányadók, eltérő közlés esetén is.

Amennyiben a közlésnél más időpontot nem jelöltünk meg, úgy a hirdetett állás a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető. Az állások bérezése a hatályos jogszabályok alapján történik.

A szerkesztőség felhívja a hirdetők figyelmét arra, hogy a tévesen, hiányosan vagy félreérthető módon megfogalmazott és így megküldött hirdetésekből adódó esetleges hibákért felelősséget nem vállal. Az esetleges hibák elkerülése érdekében kérjük, hogy hirdetéseiket ne kézírásos formában juttassák el a szerkesztőség részére. Az olvashatatlanul megküldött hirdetések közzétételét nem vállaljuk.

PÁLYÁZATI HIRDETMEYNEK EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYVEZETŐI ÉS ORVOSVEZETŐI ÁLLÁSOKRA

A **Tatabányai Szent Borbála Kórház** (2800 Tatabánya, Dózsa György út 77.) főigazgatója pályázatot hirdet a **Tatai Telephelyen** működő **Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályára osztályvezető főorvosi** beosztásra, szakorvosi munkakör ellátása mellett.

A vezetői megbízás időtartama: határozatlan időre szól.

Bérezés: Eszjtv. szerint.

Pályázati feltétel:

- rehabilitációs szakorvosi képesítés (orvosi rehabilitáció, mozgásszervi rehabilitáció),
- legalább 5 éves szakorvosi gyakorlat,
- büntetlen előélet.

Előnyt jelent:

- vezetői gyakorlat,
- további szakvizsga megléte,
- tudományos fokozat,
- idegen nyelv ismerete.

Feladata: a Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon és a hozzátartozó Járóbeteg Szakellátásban szakorvosi feladatok ellátása és ügyeletben való részvétel munkaköri leírás szerint. Az osztály szakmai vezetése, vezetésével összefüggő szervezési feladatok végrehajtása, az osztályt érintő szakmai protokollok betartása, a változások nyomon követése. A jogszabályi előírásoknak, valamint a területi ellátási kötelezettségnek megfelelő működtetés.

A jelentkezéshez csatolandók:

- végzettséget igazoló okmányok másolata,
- részletes szakmai önéletrajz,
- vezetői koncepció,
- előadások, publikációk listája,
- működési nyilvántartás érvényesítéséről szóló határozat,
- kamarai tagság igazolása,
- 3 hónapnál nem régebbi hatósági bizonyítvány (erkölcsi),
- hozzájárulás a pályázati anyag elbírálásában résztvevők betekintési jogához, valamint vagyonyilatkozat-tételhez.

Jelentkezési határidő: 2021. november 30.

A pályázat elbírálása: a benyújtási határidőt követő 30 napon belül.

Az állás betölthető: a pályázat elbírálását követően azonnal betölthető.

Egyéb információ: a pályázati anyagot az intézmény Humánpolitikai Osztályára (a fentiekben megjelölt másolatokkal, önéletrajzzal együtt), a 2800 Tatabánya, Dózsa György út 77. címre, vagy elektronikusan a toncsa.ildiko@tatabanyakorhaz.hu e-mail-címre kérjük benyújtani. Telefon: 06 (34) 515-469. A borítékra kérjük írják rá: „Pályázat osztályvezető főorvosi álláshelyre”.

A **Tatabányai Szent Borbála Kórház** (2800 **Tatabánya**, Dózsa György út 77.) főigazgatója pályázatot hirdet egészségügyi szolgálati jogviszonyban **Sürgősségi Osztályára** osztályvezető főorvosi beosztásra, szakorvosi munkakör ellátása mellett.

A vezetői megbízás időtartama: határozatlan időre szól.

Bérezés: Eszjtv. szerint

Pályázati feltétel:

- oxológia és sürgősségi orvostan, vagy sürgősségi szakorvosi képesítés,
- legalább 5 éves szakorvosi gyakorlat,
- büntetlen előélet,
- hozzájárulás vagyonyilatkozat-tételhez.

Előnyt jelent:

- vezetői gyakorlat,

Feladata: szakorvosi munkaköre mellett ellátja a Sürgősségi Betegellátó Osztály osztályvezető főorvosi feladatait, szakmailag felügyeli, szervezi és irányítja a munkavégzést.

A jelentkezéshez csatolandók:

- végzettséget igazoló okmányok másolata,
- részletes szakmai önéletrajz,
- vezetői koncepció,
- előadások, publikációk listája,
- működési nyilvántartás érvényesítéséről szóló határozat,
- kamarai tagság igazolása,

- 3 hónapnál nem régebbi hatósági bizonyítvány (erkölcsi),
- hozzájárulás a pályázati anyag elbírálásában résztvevők betekintési jogához.

Jelentkezési határidő: 2021. november 30.

A pályázat elbírálása: a benyújtási határidőt követő 30 napon belül.

Az állás betölthető: a pályázat elbírálását követően azonnal betölthető.

Egyéb információ: a pályázati anyagot az intézmény Humánpolitikai Osztályára (a fentiekben megjelölt másolatokkal, önéletrajzzal együtt), vagy elektronikusan a toncsa.ildiko@tatabanyakorhaz.hu e-mail-címre kérjük benyújtani (2800 Tatabánya, Dózsa György út 77.). Telefon: 06 (34) 515-469.

A Siklói Kórház Humán-Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft. (7800 Siklós, Baross Gábor utca 6.) pályázatot hirdet *orvosigazgató vezetői megbízással* szakorvos munkakör betöltésére.

A vezetői megbízás időtartama: a vezetői megbízás határozott időre, 5 évre szól.

Betöltendő munkakör: orvosigazgató.

A foglalkoztatási jogviszony: munkaviszony.

A foglalkoztatás jellege: teljes munkaidő.

Próbaidő: 3 hónap.

A megbízási/munkáltatói jogkör gyakorlója: ügyvezető igazgató.

A munkavégzés helye: 7800 Siklós, Baross Gábor utca 6.

A vezetői megbízással járó lényeges feladatok: a gyógyintézetben nyújtott szakorvosi tevékenység, valamint annak felügyelete és a tevékenységek összehangolása a Siklói Kórház Nonprofit Kft. Szervezeti és Működési Szabályzatában meghatározott feladatok, a munkáltató belső szabályozó dokumentumaiban foglaltak, valamint a munkaköri leírás alapján.

Bérezés: megegyezés szerint.

Pályázati feltételek:

- orvostudományi egyetemi végzettség, szakorvosi képesítés, legalább 5 év gyakorló orvosi tevékenység,
- előnyt jelent egészségügyi menedzser szakképesítés,
- legalább 3 éves vezetői gyakorlat,
- büntetlen előélet, egészségügyi alkalmasság,
- vezető beosztás ellátására megbízást az kaphat, aki a munkáltatóval munkajogviszonyban áll.

A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások:

- részletes szakmai önéletrajz,
- végzettséget, képzettséget igazoló dokumentumok másolata,
- kamarai tagság érvényességét igazoló dokumentum másolata,
- működési nyilvántartás érvényességét igazoló dokumentum másolata,
- nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy a jelentkező által benyújtott dokumentumokat az azt véleményező, elbíráló személyek megismerhetik, és a jelentkező az általa benyújtott iratanyagban foglalt személyes adatainak az eljárással összefüggésben szükséges kezeléséhez hozzájárul,
- eredeti, 3 hónapnál nem régebbi hatósági erkölcsi bizonyítvány.

A pályázat elbírálásánál előnyt jelent:

- egészségügyi intézményben szerzett vezetői tapasztalat,
- egészségügyi hatósági eljárásokban szerzett tapasztalat.

A pályázatok benyújtásának módja:

- postai úton, a pályázatnak a Siklói Kórház Humán-Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft. címére történő megküldésével (7800 Siklós, Baross Gábor utca 6.),
- elektronikus úton a kanizsai@siklosikorhaz.hu e-mail-címre; kérjük a tárgyban a munkakör megnevezését feltüntetni a mellékletek csatolásával.

A pályázattal kapcsolatban további információt nyújt Kanizsai István ügyvezető igazgató a 06 (30) 683-6224-es telefonszámon.

Szerkeszti az Emberi Erőforrások Minisztériuma Kodifikációs Főosztály Egészségpolitikai Jogi Osztálya.
Szerkesztőség: 1051 Bp., Széchenyi István tér 7–8. Telefon: 1/795-1347.
Kiadja a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft., 1085 Bp., Somogyi Béla u. 6., www.mhk.hu
Felelős kiadó: Németh Balázs ügyvezető.

A pályázati hirdetésektől eltérő hirdetések felvétele a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft.-nél (1085 Bp., Somogyi Béla u. 6.) történik.

Amennyiben a megrendelő a hirdetésében emblémát kíván megjelentetni, azt tartozik a megrendeléséhez fotózásra alkalmas módon mellékelni.

HU ISSN 2063-1146