

## 6.2. A PALLIATÍV ELLÁTÁS IRÁNTI NÖVEKVŐ KERESLET MUNKAPIACI ÖSSZEFÜGGÉSEI\*

FAZEKAS KÁROLY & TIR MELINDA

### A súlyos szenvedéssel járó betegségekben (SHS) szenvedők arányának és számának növekedése

Magyarországon 1900 és 2000 között a születéskor várható életkor 42 évről 76 évre növekedett, és ezzel párhuzamosan átalakult a halálhoz vezető leggyakoribb betegségek szerkezete. Az utóbbi évtizedekben a várható életkor növekedést már nem a csecsemőkori gyermekhalandóság csökkenése, hanem a 65 év feletti népesség várható élettartamának növekedése okozza. Mindez hozzájárul az időskorú népesség számának és arányának emelkedéséhez. 1900 és 2011 között a 60 év feletti aránya a népességben 7,5 százalékról 23,5 százalékra növekedett. A 65 év feletti aránya 2018-ban 20 százalék volt, ami az előrejelzések szerint 2050-re 30–35 százalékra fog növekedni.

Ma már jellemző módon nem fertőző betegségekben, nem balesetekben, hanem krónikus betegségekben, például daganatos, szív és érrendszeri, légzőszervi betegségekben, agyi érkatasztrófákban, demenciában, neuroorganikus betegségekben halunk meg. A krónikus betegségek által okozott halálesetek számának és arányának növekedése közismert. Kevésbé ismert viszont az a tény, hogy ezzel a folyamattal párhuzamosan megnövekedett a súlyos (fizikai és lelki) szenvedéssel járó betegségek (*serious health related suffering, SHS*)<sup>1</sup> miatt bekövetkező halálozások száma és aránya. Ez együtt járt a *palliatív*, azaz már nem a betegséget gyógyító, hanem a szenvedéseket enyhítő kezelésre, ápolásra szoruló *számának*, és az életvégi palliatív/hospice ápolás *időtartamának* növekedésével. A halálhoz vezető betegségek életvégi szakaszában már nincs mód a betegség leküzdésére. A cél a szenvedés megszüntetése, enyhítése és a beteg támogatása az élet végéhez kapcsolódó célok elérésében (*Hegedűs, 2006*). 1900-ban az életvégi szakaszban töltött idő átlagos időtartama egy-két hét volt. Alig több mint 100 év alatt ez az időszak átlagosan két és fél évre növekedett.

A palliatív ellátás iránti kereslet növekedéséhez meghatározó módon hozzájárult az életvégi periódushoz kapcsolódó köz- és szakpolitikai gondolkodás átalakulása. A múlt század hatvanas éveiben megindult modern hospice mozgalom világméretben megváltoztatta a betegek és az egészségügyben, az idősgondozásban dolgozók mind nagyobb részének az élet utolsó szakaszával kapcsolatos elvárásait és lehetőségeit (lásd például *LAHPC, 2019*).

A palliatív ellátás iránti igények felmérésében, azok kielégítésére irányuló cselekvési programok kidolgozásában fontos mérföldkövet jelentett a 2018-ban a publikált Lancet-jelentés (*Knaul és szerzőtársai, 2018*). 2017-ben a Harvard Egyetemen működő „Harvard Equity Initiative” elnevezésű projekt<sup>2</sup> ál-

\* Köszönetet mondunk *Ruzsa Ágnesnek* (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület) a fejezet készítéséhez nyújtott szakmai segítségéért.

<sup>1</sup> Lásd: [pallipedia.org](http://pallipedia.org).

<sup>2</sup> Lásd: [Harvard Equity Initiative](http://HarvardEquityInitiative).

tal szervezett „Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Control”<sup>3</sup> nevű munkacsoport kidolgozott egy módszert, amellyel megbecsülték a világ országaiban SHS-betegségekben évente meghaltak számát és – több száz szakorvos tapasztalata alapján – az életvégi periódusban jellemző módon előforduló ápolási feladatok átlagos időtartamát az egyes betegcsoportokban. A kutatók ezekre alapozva egészségügyi közgazdászok segítségével előzetes esettanulmányokat készítettek, amelyekben megbecsülték, hogy a különböző régiókból kiválasztott alacsony és közepes jövedelmű országokban milyen költségei lennének annak, ha a nyugat-európai standardoknak megfelelő palliatív ellátást beillesztenék az egészségügyi alapellátás rendszerébe. A Lancet-jelentés becslése szerint 2015-ben-ban 56,2 millió haláleset történt a világban. Az elhunytak közel felének hosszabb-rövidebb ideig tartó és végül halálhoz vezető SHS-betegsége volt.<sup>4</sup> A jelentés szerint különösen a betegségekkel járó fájdalmak csillapításában hatalmas a szakadék a magas és az alacsony jövedelmű országok között. Ugyanakkor a becslések azt mutatták, hogy a mindenki számára elérhető palliatív alapellátási csomag költsége kiválasztott országokban (Ruanda, Vietnam és Mexikó) a nemzeti jövedelem mindössze 0,03–0,25 százalékából finanszírozható lenne (*Knaul és szerzőtársai*, 2018, 1421. o.).

Magyarország a palliatív ellátás színvonalára vonatkozó mutatók alapján az európai középmezőny alsó részében helyezkedik el. Annak ellenére, hogy az utóbbi években is jelentős fejlődés tapasztalható az intézményi és jogszabályi feltételekben (*Csikós és szerzőtársai 2018, Benyó–Lukács*, 2017) a nemzetközi rangsorokban egyre romló pozíciókkal rendelkezünk. Ennek oka, hogy jó néhány ország, köztük a kelet-közép-európai országok egy része e téren jóval gyorsabban fejlődött, mint Magyarország. Különösen aggasztó, hogy – hasonlóan a kelet-közép-európai országok többségéhez – azon országok csoportjába tartozunk, ahol a következő évtizedekben a növekvő palliatív ellátási igényhez alacsony ellátási kapacitások párosulnak (EIU 2015, 52. o.).

A palliatív ellátás színvonalát sokkal inkább a palliatív szemlélet hiánya vagy térnyerése, semmint a nemzeti jövedelem nagysága határozza meg. A palliatív ellátással kapcsolatos magyarországi szemlélet alakításában jelentős szerepe van a magyarországi<sup>5</sup> és az európai<sup>6</sup> hospice/palliatív egyesületek, alapítványok, egyetemek felméréseinek és állásfoglalásainak (*Hegedűs–Farkas* 2019, *Hege-dűs–Munk* 2018, *Arias-Casais és szerzőtársai*, 2019). A 2019-es és a korábbi felmérésekből kirajzolódó európai trendeket legutóbb *Arias-Casais és szerzőtársai* (2020) foglalta össze. A feldolgozott adatok szerint Magyarország azon országok csoportjába tartozik, amely az elért növekedés ellenére mindhárom ellátási formában elmarad a WHO által kitűzött céloktól.

Annak érdekében, hogy pontosabban lássuk a magyar társadalom előtt álló kihívásokat a harvardi kutatók módszertanát felhasználva, a KSH halálozási adatbázisának<sup>7</sup> segítségével megbecsültük a palliatív ellátás iránti kereslet ala-

<sup>3</sup> Lásd: [Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Control](#).

<sup>4</sup> Az International Association for Hospice & Palliative Care a projekt eredményeiből [interaktív honlapot](#) hozott létre, amelyen a becslések adatai országonkénti bontásban is elérhetők. Global Data Platform to Calculate SHS and Palliative Care Need.

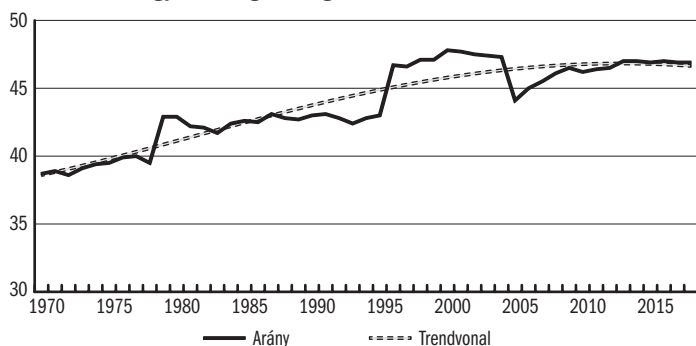
<sup>5</sup> [Magyar Hospice-Palliatív Egyesület](#).

<sup>6</sup> [European Association of Palliative Care](#).

<sup>7</sup> Lásd [KSH](#).

kulását Magyarországon 1970 és 2018 között. A becslés alapján ez idő alatt a palliatív ellátást igénylő betegségekben elhunytak aránya az éves halálozásokban 38,7 százalékról 46,9 százalékra növekedett (6.2.1. ábra). A vizsgált időszakban az éves halálozások száma 9 százalékkal, a palliatív ellátást igénylő betegségekben meghaltak száma 32,3 százalékkal emelkedett.

6.2.1. ábra: A palliatív ellátást igénylők becsült arányának alakulása az adott évben Magyarországon meghaltak között, 1970–2018



Megjegyzés: 1976-ban, 1995-ben és 2004-ben változás következett be a betegségek nemzetközi osztályozási rendszerében (BNO), amelynek hatását az átkódolások során nem tudtuk teljesen kiküszöbölni.

Forrás: *KRTK Adatbank*, *KSH* halálozási adatbázis, saját számítás.

A halálhoz vezető leggyakoribb betegségek szerkezetének átalakulását érzékelteti az 6.2.1. táblázat, amely a tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoportot mutatja 1970-ben és 2018-ban.

6.2.1. táblázat: A halál okaként meghatározott tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoport Magyarországon

1970	2018
1. Rosszindulatú daganatok	1. Rosszindulatú daganatok
2. Agyi érrendszeri betegségek	2. Kardiomiopátia és szívelégtelenség
3. Kardiomiopátia és szívelégtelenség	3. Agyi érrendszeri betegségek
4. Érelmeszesedés	4. Légzőszervi betegségek
5. Légzőszervi betegségek	5. Demencia ^
6. Sérülés, mérgezés v	6. Májbetegségek ^
7. Tuberkulózis v	7. Krónikus isémiás szívbetegség
8. Vesezületett rendellenességek v	8. Érelmeszesedés
9. Krónikus isémiás szívbetegség	9. Leukémia
10. Leukémia	10. Neuroorganikus betegségek ^

Megjegyzés: Dőlten szedtük azokat a betegségcsoportokat, amelyek 1970-ről 2018-ra ki-, illetve bekerültek a tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoportból/betegségcsoportba.

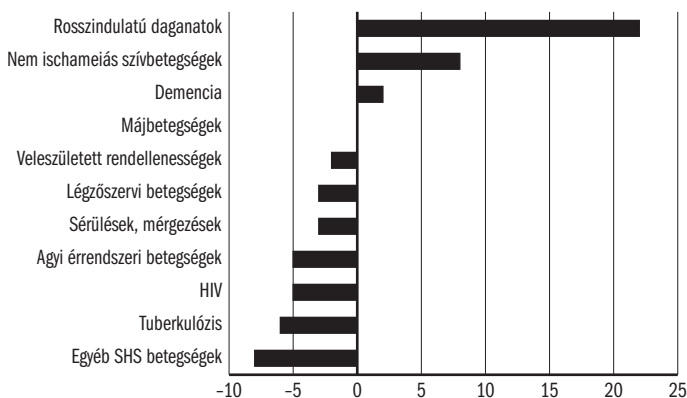
Forrás: *KSH* halálozási adatbázis, saját számítás.

Látható, hogy az első három helyen mindkét időpontban a rosszindulatú daganatok és a szív és érrendszeri betegségek álltak. 2018-ra kikerültek a ve-

zető halálokok közül a sérülések és mérgezések, a tuberkulózis, és a születési rendellenességek. Viszont bekerültek a felsorolásba az időskorúaknál gyakoribb neuroorganikus betegségek (például demencia, Parkinson-kór, Alzheimer-kór) és – jelentős részben az egyre túlzottabb alkoholfogyasztás miatt – a májbetegségek.

A palliatív ápolásra szorultak arányára vonatkozó magyarországi adatok nem térnek el lényegesen a Lancet-jelentésben vizsgált országok átlagáról. 2016-ban a palliatív ápolást igénylő betegségekben elhunytak becsült aránya Magyarországon 47 százalék, a Lancet-jelentés országaiban 45 százalék volt. Jelentős viszont az eltérés a palliatív ápolásra szorultak halálát okozó betegségek összetételében. Magyarországon a Lancet-jelentésben vizsgált országok átlagánál magasabb a palliatív ápolást igénylő rosszindulatú daganatos betegségekben, krónikus szívbetegségekben és demenciában meghaltak aránya (6.2.2. ábra).

6.2.2. ábra: Magyarországon és a Lancet-jelentés országaiban SHS-betegségekben meghaltak arányának különbsége, 2016 (százalékpont)



<sup>8</sup> A kumulált palliatív ellátási idő hossza nem a palliatív ellátás valós ideje, hanem a különböző ellátási formák becsült idejének összege. Mivel egyes ellátásokat gyakran egymással párhuzamosan kell elvégezni, ez a mutató hosszabb a palliatív ápolási igény valós hosszánál. Használatát az indokolja, hogy érzékelteti az ellátási rendszerre háruló feladat nagyságának alakulását. A maximum palliatív ellátási idő a leghosszabb palliatív ellátási forma időtartama és az adott betegségben meghaltak szorzata. Ez valamivel jobban közelíti a valós ellátási idő hosszát, de annál alacsonyabb (Knaul és szerzőtársai, 2018).

Forrás: KRTK Adatbank, KSH halálozási adatbázis adatai, valamint Knaul és szerzőtársai (2018) alapján, saját számítás.

A Lancet-jelentés módszertanát felhasználva becsülni tudtuk az adott évben elhunytak kívánatos palliatív ellátásának ápolási napokban mért hosszát. A becsült ellátási igény a vizsgált időszakban közel 50 százalékkal növekedett annak következtében, hogy növekedett a hosszabb palliatív ellátást igénylő betegségek aránya a halálokok között. Az SHS-betegségekben elhunytak száma 132 százalékkal, a kumulált palliatív ellátási igény becsült hossza 147 százalékkal, a maximum palliatív ápolási idő 153 százalékkal növekedett.<sup>8</sup>

A halálhoz vezető betegségek szerkezetében végbement változások hatásával voltak a palliatív ápolási feladatok szerkezetére is. Magyarországon a vizsgált időszakban leginkább a fájdalomcsillapításhoz, a légzési nehézségekhez és a kóros fizikai, szellemi fáradtságához kapcsolódó ápolási feladatok mértéke növekedett.

Ezek a változások a halálhoz vezető betegségek szerkezetének átalakulásából következő tendenciákat mutatják. A palliatív ellátási igény növekedésének döntő része azonban nem ebből, hanem a palliatív ellátás fejlődéséből és a palliatív ellátáshoz való jog felismeréséből és elismeréséből származik. Aból a felismerésből, hogy az egészségügyi rendszernek nem csupán a gyógyítás a feladata, hanem az életvégi szakaszban lévő betegek támogatása a méltó halál, az életvégi célok elérésében. A társadalom nem tűrheti, hogy a betegek és családtagjaik testi és lelki szenvedések között, magukra hagyva éljék meg saját vagy hozzátartozójuk életének utolsó szakaszát. Másrészt annak tudatosításából, hogy a társadalom képes megteremteni annak intézményi, emberi, anyagi feltételeit, hogy erre ne is legyenek rákényszerülve.

### **A palliatív ellátás iránti kereslet növekedésének munkaerőpiaci összefüggései**

A palliatív ápolás térnyerése feltételezi annak elfogadását, hogy a betegség életvégi szakaszában a hangsúly a betegség gyógyításáról áttevéődik a palliatív célok elérésére. Ez a váltás nem csupán a beteg életminőségét javítja, de a felmérések szerint növeli a várható élettartamot, és csökkenti az ápolás költségeit (*Higginson és szerzőtársai*, 2003, *Gardiner és szerzőtársai*, 2016). Az otthon, hospice házban történő palliatív ápolás terjedése éppen a legköltségesebb és munkaerőigényes kórházi ellátások területén tehermentesíti az egészségügyi rendszert (*Dózsa és szerzőtársai*, 2013). E folyamatnak ezúttal két olyan elemét emeljük ki, amelyek különösképpen fontosak a munkapiaci kereslet és kínálat összehangolása szempontjából.

#### *A palliatív ellátásban dolgozók kulcskompetenciáinak fejlesztése*

A palliatív ellátás kulcskompetenciáinak elsajátítása és gyakorlása olyan nem kognitív készségeket is igényel, amelyek elengedhetetlenek a palliatív ellátás céljainak eléréséhez. Ilyenek például a lelkiismeretesség, barátságosság, kiegyensúlyozottság, nyitottság, extrovertáltság (*Roberts és szerzőtársai*, 2015). Ezek egy része velünk született, de folyamatosan fejleszthető készség. Más részük a szülői és az iskolai nevelés során szilárdul meg bennünk. Ezért a közoktatásnak nem csupán abban van szerepe, hogy tudatosítsa a fiatalokban a palliatív ellátási szemlélet fontosságát, de erősítenie tudja azokat a nem kognitív készségeket, amelyek szükséges feltételei a palliatív ellátás eredményességének.

A palliatív ellátás fejlesztése a palliatív szemlélet megismertetésével és elfogadtatásával kezdődik. A palliatív szemlélethez tartozó fontos alapértékek például az autonómia, a méltóság, az empátia, az életminőség, az élet és a halál holisztikus szemlélete. A WHO, a nemzetközi és az európai palliatív szövetségek az elmúlt években igen részletesen kidolgozott elemzésekben, útmutatókban foglalták össze azokat a kulcskompetenciákat, amelyekkel a palliatív ellátás különböző területein dolgozóknak rendelkezniük kell (*Ryan és*

*szerzőtársai*, 2014). E kulcskompetenciák közül a csapatmunkához szükséges kooperációs és kommunikációs készségeket emeljük ki.

A palliatív ápolás komplex, multiprofessionális feladat, amely szoros együttműködést tételez fel az ápolásban részt vevő családtagok, az ellátásban részt vevő különböző foglalkozású szakemberek és a paciens között. Számos elemzés támasztja alá, hogy különböző szakmákhoz tartozó palliatív ápolási csoportok összehangolt munkája sokkal hatékonyabb, mint a hagyományos elkülönült szolgáltatókra építő ápolás (*Higginson és szerzőtársai*, 2003). A WHO az elmúlt években részletes kézikönyveket állított össze, amelyek célja a palliatív kulcskompetenciák fejlesztésének beillesztése az országok képzési rendszerében (*Radbruch és szerzőtársai*, 2010).

### *A palliatív ellátás igényeihez alkalmazkodó decentralizált intézményrendszer kiépítése*

A palliatív ellátás intézményrendszerének fejlesztésével kapcsolatban a palliatív ellátás elérhetőségére vonatkozó követelményeket emeljük ki. Olyan intézményrendszer képes a palliatív ellátás alapvető céljait kielégíteni, amely a legtöbb elemében területileg decentralizált. Az emberek életük életvégi időszakát – ha lehetséges – családjuk körében vagy hospice házban szeretnék eltölteni (*Arnold és szerzőtársai*, 2013). Ezzel szemben ma jellemző módon a betegek életvégi időszakuk nagy részét kórházban töltik. Ennek oka egyrészt az, hogy a palliatív ellátásra szorulóok között magas az idősotthonokban és egyedül élők aránya, másrészt a családtagok többnyire nem rendelkeznek a palliatív ellátáshoz szükséges készségekkel, ismeretekkel, és nem jutnak hozzá a szükséges szakmai, anyagi támogatásokhoz. Azokban az országokban, ahol magas azok aránya, akik életvégi periódust családjuk körében töltik, nagyon gondosan tervezett decentralizált intézményhálózat támogatja a családokat ennek a feladatnak az ellátásában. Ez a támogatás azt is lehetővé teszi, hogy a palliatív ápolásban részt vevő családtagok teljes vagy részmunkaidőben munkát vállaljanak (*Guerrierea1 és szerzőtársai*, 2015).

A palliatív ellátás intézményrendszerének fejlesztését ezért összhangba kell hozni a kereslet területi, elérhetőségi jellemzőivel. A palliatív ellátási rendszernek úgy kell felépülnie, hogy a paciens betegségéhez, családi helyzetéhez igazodva támogassa az otthoni palliatív ellátást vagy speciális hospice intézményben való elhelyezését. Ehhez szükség van arra, hogy ismerjük a palliatív ellátásra szorulóok területi eloszlását, ismerjük az egyes régiók közlekedési viszonyait, és meg tudjuk határozni az általános és speciális palliatív ellátási intézmények megfelelő területi eloszlását annak érdekében, hogy ahol lehetséges, biztosítva legyenek az otthoni palliatív ellátás feltételei.<sup>9</sup>

Az Európai Hospice-Palliatív Egyesületnek a palliatív ellátások standardjait tartalmazó kétkötetes fehér könyve ajánlásokat fogalmaz meg az európai országok számára a különböző szintű palliatív szolgáltatások (palliatív ellátási

<sup>9</sup> A KRTK Közgazdaságtudományi Intézetében 2020-ban indult „A palliatív ellátáshoz való hozzáférés esélyei Magyarországon” című kutatás célja a palliatív ellátásra szoruló betegek területi, társadalmi jellemzőinek feltárása.

osztályok, hospice osztályok/házak, kórházai palliatív mobil munkacsoportok, otthoni palliatív ápolási csoportok) lakónépességhez viszonyított számával, létszámával, időbeli és térbeli elérhetőségével kapcsolatban (*Radbruch és szerzőtársai*, 2010). Az elmúlt évek fejlesztéseinek ellenére a magyarországi palliatív ellátó intézmények még nem képesek teljesíteni ezeket az ajánlásokat (*Hegedűs–Farkas*, 2019).

## Hivatkozások

- ARIAS-CASAS, N.–GARRALDA, E.–RHEE, J. Y.–DE LIMA, L.–PONS, J. J.–CLARK, D.–HASSELAAR, J.–LING, J.–MOSIOU, D.–CENTENO, C. (2019): *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. EAPC Press.
- ARIAS-CASAS, N.–GARRALDA, E.–RHEE, J. Y.–DE LIMA, L.–PONS, J. J.–CLARK, D.–HASSELAAR, J.–LING, J.–MOSIOU, D.–CENTENO, C. (2020) Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative Medicine*. Vol. 34. No. 8. 1044–1054. o. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>.
- ARNOLD, E.–FINUCANE, A. M.–OXENHAM, D.–ARIAS-CASAS, N. (2013): Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service. *BMJ Support Palliative Care*. Vol. 5. No. 3. 294–296. o. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000338>.
- BENYÓ GÁBOR–LUKÁCS MIKLÓS–BUSA CSILLA–MANGEL LÁSZLÓ–CSIKÓS ÁGNES (2017): *A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai*. *Magyar Onkológia*, 61. évf. 3. sz. 292–299. o.
- CSIKÓS ÁGNES–BUSA CSILLA–MUSZBEK KATALIN (2018): Hospice Palliative Care Development in Hungary. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 55. No. 2. S30–S35. o. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.034>.
- DÓZSA CSABA–KRENYÁZC ÉVA–CSIKÓS ÁGNES (2013): *A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 51. évf. 2. sz. 22–30. o.
- EIU (2015): *The 2015 Quality of Death Index: Ranking of Palliative Care Across the World*. Economic Intelligence Unit, London.
- GARDINER, C.–INGLETON, C.–RYAN, T.–WARD, S.–GOTT, M. (2016): What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. *Palliative Medicine*, 31. No. 4. o. 323–337. o. <https://doi.org/10.1177/0269216316670287>.
- GUERRIEREA, D.–KENNEDY, J. B.–COYTE, P. C. (2015): Preparing for the Aging Population: Family Caregiving and Labor Force Matters. *Journal of Palliative Care Medicine*. Vol. 5. No. 3. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000e131>.
- HEGEDŰS KATALIN (2006): *A palliatív ellátás alapjai*. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió. Budapest, 196 o.
- HEGEDŰS KATALIN–FARKAS ATTILA (2019): *Hospice betegellátás 2018 a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése alapján*. Magyar Hospice Palliatív Egyesület. Budapest.
- HEGEDŰS KATALIN–MUNK KATALIN (2018): *Hospice Magyarországon 2017*. Kharon – Thanatológiai Szemle, 2. sz. 1–8. o.
- HIGGINSON, I. J.–FINLAY, I. G.–GOODWIN, D. M.–HOOD, K.–EDWARDS, A. G. K.–COOK, A.–DOUGLAS, H.–R.–NORMAND, C. E. (2003): Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 25. No. 2. 150–168. o. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00599-7](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00599-7).
- IAHPC (2019): *International Association of Hospice and Palliative Care*. 2020–2024 Strategic Plan. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).
- KNAUL, F. M. és szerzőtársai (2018): Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, Vol. 391. No. 10121. 1391–1454. o. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
- RADBRUCH, L. és szerzőtársai (2010): *Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról*. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai, 1–2. rész. Kharon.
- ROBERTS, R. D.–MARTIN, J. E.–OLARU, G. (2015): *A Rosetta Stone for Noncognitive Skills*. Understanding, Assessing, and Enhancing Noncognitive Skills in Primary and Secondary Education. Asia Society.
- RYAN, K. és szerzőtársai (2014): *Palliative Care Competence Framework*. Health Service Executive, Dublin.