A hospice-palliatív ellátással kapcsolatos ismeretek felmérése a magyar onkológusok körében és ennek hatása az előrehaladott daganatos betegek életvégi terápiájára

Doktori tézis

Dr. Kordáné Dr. Horváth Orsolya
Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Hegedűs Katalin PhD habil., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Feith Helga tanszékvezető főiskolai tanár
Dr. Busa Csilla PhD. tudományos főmunkatárs

Komplex vizsga szakmai bizottság:
Elnöke: Dr. Dank Magdolna Dsc. Prof. tanszékvezető egyetemi tanár
Tagok: Dr. Csikós Ágnes PhD. habil., egyetemi docens
Dr. Horváth Anna PhD., egyetemi adjunktus

Budapest
2026

1. Bevezetés

Az orvosok között sokszor még mindig tartja magát az a tévhit, hogy a palliatív ellátás az életvégi gondozással egyenértékű és az aktív kezelések végét, a beteg gyógyításának elengedését jelenti. Ezzel szemben kutatások sora igazolja, hogy optimális esetben a palliatív ellátás nem az aktív kezelés alternatívája, hanem annak életminőséget javító kiegészítője. Az időben bevezetett palliatív ellátás alapelve, hogy a betegek és családjaik a megfelelő időben, tehát a komplex, elhúzódó panaszaik jelentkezésekor részesülnek a megfelelő ellátásban, a speciálisan képzett palliatív csapat támogatásában. Bizonyított, hogy ha ez megvalósul akkor nem csak a betegek életminősége javul, hanem az élethossza is nő. A felmérések szerint a korai palliatív ellátásban részesülő betegek ritkábban és kevesebb ideig fekszenek aktív kórházi ágyakon, így a jobb egészségügyi mutatókat úgy érhetjük el, hogy az egészségügyi rendszer terheltsége nem nő. Ennek ellenére Magyarországon a Magyar Hospice és Palliatív Egyesület felmérése szerint 2023-ban a daganatos betegségben elhunytak csupán 38,76%-a részesül hospice-palliatív az ellátásban, ők is átlagosan csak életük utolsó 22,16 napjában.

Az itt ismertetett kutatásban a palliatív ellátás korai integrációjának orvosokhoz kötődő gátjait kutattuk.

Hui modellje szerint az időben elindított palliatív ellátás négy lépésből áll: 1. Intézményi kritériumrendszer felállítása. 2.

A kritériumok alapján a betegek folyamatos szűrése. 3. A szűréssel kiemelt betegek automatikus referálása a palliatív ellátó felé. 4. Megfelelő számú, elérhető palliatív ellátó biztosítása.

A modell ajánlásának megfelelően kutatásunk során az első lépésben egy olyan döntéstámogató pontrendszert állítottunk össze, amely alapján a klinikusok meghatározhatják azt az időpontot amikor a betegnek a legnagyobb előnye származik a palliatív ellátás bevezetéséből. Fókuszcsoportos beszélgetések során kértük ki a pontrendszerről az érintett szakorvosok véleményét és javaslataikat beépítettük a végleges változatba. A beszélgetések hanganyagának kvalitatív elemzésével mintázatokat kerestünk arra, hogy az onkológusok, háziorvosok és palliatív szakemberek hogyan viszonyulnak ahhoz a döntéshez amikor a betegnél a palliatív ellátás elindítása szükséges. A kutatás eredményei alapján ajánlásokat is megfogalmaztunk arra, hogy hogyan lehetne hazánkban segíteni a korai palliatív referálás megvalósulását.

2. Célkitűzés

A vizsgálat alapvető célja az volt, hogy feltárja: miért maradnak el a magyar orvosok a korai palliatív referálástól? A kutatás két fő pillérre épült:

Objektív eszköz létrehozása: Egy olyan döntéstámogató pontrendszer kidolgozása, amely számszerűsíthető klinikai

adatokkal segíti meghatározni azt az időpontot amikor a betegnek a legnagyobb előnye származik a palliatív ellátás bevezetéséből.

Az attitűdök mélyelemzése: Annak megértése, hogy az onkológusok, a háziorvosok és a palliatív szakemberek gondolkodásmódja és érzelmi reakciói hogyan gátolják vagy segítik a megfelelő időben történő palliatív beutalást.

3. Módszerek

3.1 A döntéstámogató pontrendszer kidolgozása

A nemzetközi ajánlások és a saját klinikai tapasztalatunk felhasználásával összeállítottunk egy döntéstámogató pontrendszert, mely konkrét klinikai tüneteken keresztül számszerűen jelzi a beteg és családja palliatív ellátással kapcsolatos igényét.

2022 nyarán három fókuszcsoportos interjút szerveztünk 30 szakember (11 háziorvos, 8 onkológus, 11 palliatív szakember) bevonásával. A 90 perces, irányított beszélgetések az 1+8 pontos döntéstámogató rendszer klinikai alkalmazhatóságára fókuszáltak. Felmértük, hogy van-e a szakembereknek javaslatuk a lista kiegészítésére, változtatására. Ahol a változtatásban egyetértés volt a résztvevők között, ott módosítottunk az eredeti kritériumokon. A végleges listát a 1. táblázatban mutatom be.

3.2. A fókuszcsoportos interjúk kvalitatív elemzése

Az interjúk anyagának szövegelemzéséhez a NarrCat narratív pszichológiai szoftvert használtuk. A NarrCat egy a Pécsi Tudományegyetemen fejlesztett magyar szoftver mely a NooJ nyelvészeti bázist és narratív pszichológia alapelveit felhasználva felismeri a szavak között kontextust és a morfológiai sajátosságokat, majd a szövegelemeket fix modulokba (ágencia, kogníció, érzelem) sorolja.

Az elemzés előtt az eltérő hosszúságú szövegek összevethetőségének érdekében a nyers gyakoriságokat relatív mutatóvá konvertáltuk, és az egyes modulokban mért relatív szószámokat statisztikailag is összehasonlítottuk SPSS programmal és $\chi 2$-próbákkal.

A szövegek exploratív elemzése során olyan témákat is kerestünk, melyek nem szerepeltek direkt kérdésként az eredeti interjúvázlatban, de mindhárom szakmacsoport beszélgetésében megjelentek. Ezek jelentőségét kettős mérőszámmal (százalékos arány és az érintett résztvevők száma) igazoltuk.

4. Eredmények

4.1Döntéstámogató pontrendszer

A nemzetközi példák, klinikai tapasztalat és az éritett szakmák javaslatait figyelembe vévő pontrendszert a 1. táblázatban mutatjuk be.

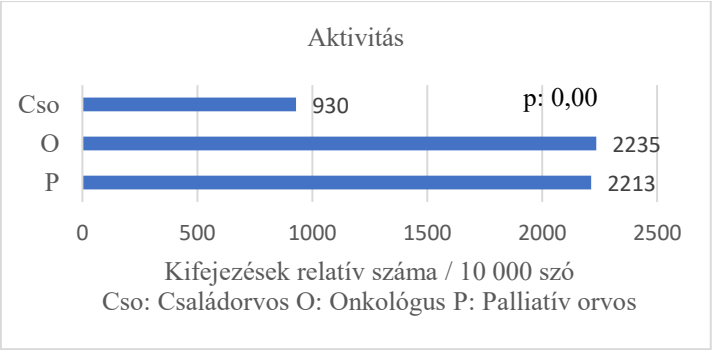
1. táblázat: A döntéstámogató pontrendszer

Gyógyíthatatlan daganatos betegének speciális palliatív ellátásra van szüksége,		igen	nem
ha az alábbi kérdésre a **válasza nem:**			
1.	„Meg lenne-e lepődve, ha a betege *6* hónapon belül meghalna?”	□	□
és fennáll a következők egyike:			
2.	Súlyos, nehezen uralható fizikai tünetek (pl. 10-es skálán 7-10-es erősségű fájdalom, légszomj, anorexia, gyengeség, *székrekedés, fogyás* vagy hányinger).	□	□
3.	Gerincvelői harántlaesio vagy cauda equina szindróma.	□	□
4.	Ismételt sürgősségi vagy nem tervezett kórházi felvételek *az onkológiai megbetegedéssel kapcsolatban* (3 hónapon belül legalább 2 nem tervezett kórházi felvétel) vagy *heti rendszerességű megjelenés a háziorvosi rendelésen.*	□	□
5.	A beteg és/vagy hozzátartozója segítséget kér a hospice-palliatív ellátás megszervezésében, életvégi rendelkezés, tervezés elkészítésében.	□	□
6.	Súlyos érzelmi tünetek (pl. depresszió, lehangoltság, szorongás, *alvászavar*).	□	□
7.	A beteg és/vagy környezete nehezen dolgozza fel a betegség tényét és a prognózisát. A beteg halálvágya, eutanázia iránti igénye fogalmazódik meg. *Nagy a komplikált gyász veszélye.*	□	□
8.	Kommunikációs problémák, egyet nem értés, bizonytalanság van az ellátó egészségügyi személyzet, *a beteg és családtagjai között* a terápiás tervvel kapcsolatban (pl. *nem fogadják el az aktív onkológiai kezelés lezárását*).	□	□
9.	Spirituális, egzisztenciális krízis, a beteg vagy a hozzátartozó szociális kiszolgáltatottsága.	□	□

4.2 A kvalitatív szövegelemzés eredményei

A NarrCat program fix kódok alapján automatikusan megadta a három orvosszakma által használ különböző jelentésű kifejezések relatív gyakoriságát. A fix kódok alapján a következő eredményeket kaptuk:

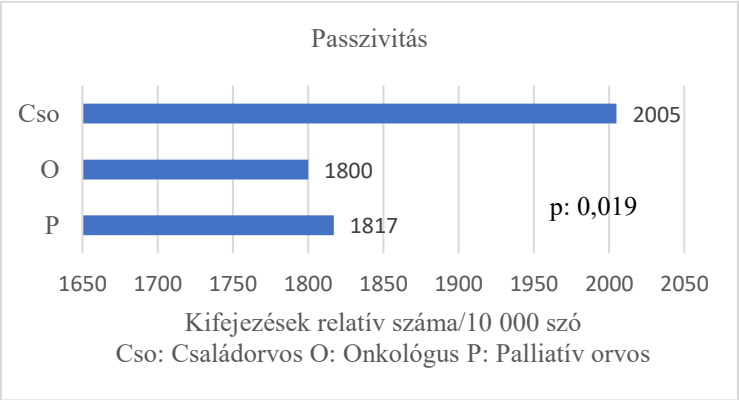
Az **aktivitás** kód alá azok a megnyilvánulások sorolódnak, amelyek az egyén vagy a csoport saját autonóm akaratán alapuló cselekedeteit írják le.



1. ábra: Aktivitást jelentő kifejezések relatív száma

A háziorvosok szignifikánsan alacsonyabb aktivitási mutatója (930; p:0,00) arra utal, hogy korlátozottabb kontrollt és csekélyebb aktív szerepet éreznek a palliatív betegút-menedzsmentben. Ezzel szemben az onkológusok (2235) és a palliatív szakemberek (2213) közel azonos, magas értékei proaktív attitűdöt és a terápiás terv autonóm alakítását tükrözik. (1. ábra)

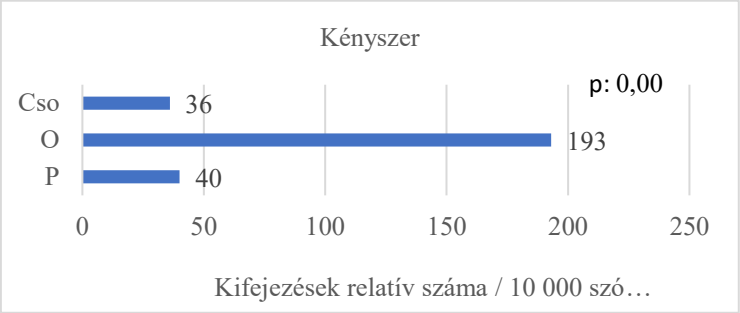
A **passzivitás** kategóriájába az aktivitás hiányát, illetve a cselekvői szerep háttérbe szorulását jelentő kifejezéseket számolja a program.



2. ábra Passzivitást jelentő kifejezések relatív száma

A háziorvosok magasabb passzivitási mutatója (2005) reaktív szerepkörre utal: proaktív alakítás helyett inkább úgy érzik, hogy csak követik az eseményeket. Ezzel szemben a palliatív specialisták (1817) és az onkológusok (1800) passzivitása szignifikánsan alacsonyabb (p: 0,19) (2. ábra).

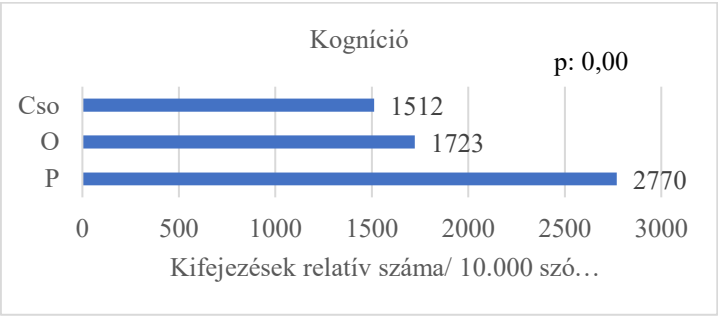
A **kényszer almodul o**lyan kifejezéseket tartalmaz, amelyek a cselekvést külső vagy belső kényszer hatására bekövetkező eseményként reprezentálják.



3. ábra: Kényszert jelentő kifejezések relatív száma

A **kényszer almodul** az onkológusoknál a legmagasabb (193), ami szignifikánsan eltér (p=0,00) a palliatív orvosok (40) és a háziorvosok (36) értékeitől. Ez azt tükrözi, hogy az onkológusok élik meg leginkább kikerülhetetlen kötelezettségként a palliatív ellátás indítását, úgy érezve, hogy az ellátási felelősséget nem delegálhatják tovább (3. ábra).

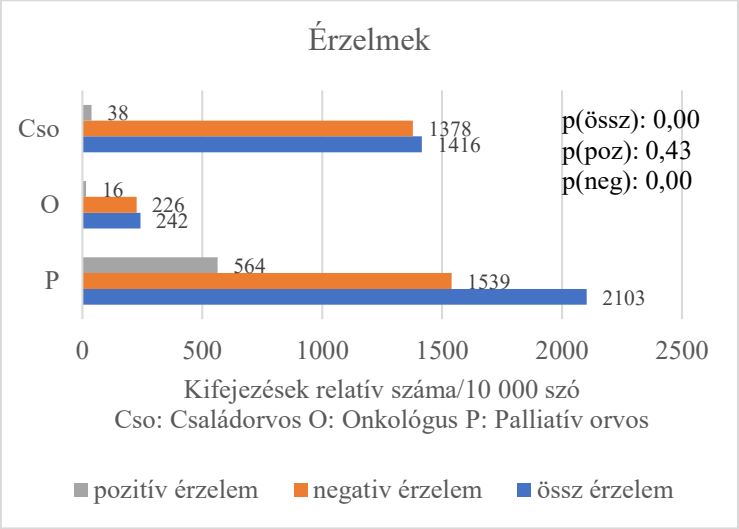
A **kogníció modul** a tudatosságot, a megismerési folyamatokat, valamint az információfeldolgozás mentális műveleteit reprezentáló szókapcsolatokat azonosítja.



4. ábra: Kogníciót jelentő kifejezések relatív száma

A **kognitív irányultság** a palliatív szakorvosoknál a legjellemzőbb (2770), ami tükrözi a témával kapcsolatos speciális képzettségüket, tapasztalatukat. A családorvosok (1512) és az onkológusok (1723) mutatói ennél szignifikánsan alacsonyabbak (p = 0,00) (4. ábra).

Az **érzelem modul** az affektív megnyilvánulások komplex elemzésére szolgál, és három fő egységre tagolódik: az összes érzelem, a negatív érzelmek, valamint a pozitív érzelmek almodulokra.



5. ábra: Érzelmet jelentő kifejezések relatív száma

Az onkológusokat rendkívül alacsony érzelmi kifejezéshasználat jellemzi (224), amely szinte teljes egészében negatív tartalmú. A háziorvosok gyakrabban verbalizálnak érzelmeket (1416), de szintén dominánsan negatív

kontextusban. A legnyitottabbnak a palliatív szakemberek bizonyultak (2103), bár náluk is magas a negatív érzelmek száma (1539) és egyedül ebben a csoportban jelenik meg számottevő pozitív tartalom is (564). Az onkológusok érzelmi szóhasználata szignifikánsan elmarad a palliatív csoportétól (p{össz.}: 0,00) (5. ábra).

Fontos hangsúlyozni, hogy a fentebb ismertetett eredmények nem az adott orvoscsoport képviselőinek személyiségjegyeit mutatják, hanem a reakciójukat arra a szituációra amikor a beteg palliatív ellátását el kell indítani.

4.3 Új szempontok a kvalitatív szövegelemzés során

A fókuszcsoportos anyagok kvalitatív elemzése során azonosítottuk azt a négy kritikus pontot, amelyeket a szakemberek az időben történő ellátás gátjának tartanak. Ezek a szempontok eredetileg nem szerepeltek a félig strukturált kérdések között, mégis mindhárom szakma képviselői lényegesnek tartották, hogy erről is beszéljenek. Ezek a pontok:

1. Hiányzik a konszenzus arról, hogy melyik szakmának és pontosan mikor kell kezdeményeznie a speciális palliatív ellátást.

2. Nem egyértelműen szabályozott a tüneti kezelés felelősségi köre a különböző ellátási szintek között.

3. Az előrehaladott állapotú betegek ellátása során szorosabb együttműködésre és a szakmai kompetenciák pontosabb leírására van szükség.
4. A palliatív ellátórendszer infrastrukturális és humánerőforrás-oldali megerősítése elengedhetetlen a növekvő igények kiszolgálásához.

5. Következtetések

A szakirodalom részletes feltérképezése és a kutatásunkból nyert adatok feldolgozása után azt tapasztaltuk, hogy az orvosok alapvetően támogatják a palliatív ellátás időben történő bevezetését a betegek kezelésébe, de annak, hogy ez a mindennapi betegellátás során meg tudjon valósulni rendszerszintű fejlesztésekre van szükség.

Így az eredményeink alapján az alábbiakban a magyarországi hospice-palliatív ellátás fejlesztésére hasznos ajánlásokat fogalmazunk meg:

1. Az orvosok kommunikációs és palliatív képzése

Folyamatos továbbképzésekkel és a tudományos eredmények terjesztésével kell eloszlatni azt a tévhitet, hogy a palliatív ellátás kizárja az aktív onkológiai kezelést.

Fejleszteni kell az onkológusok kommunikációs készségeit, megtanítani a módszereket, ahogy a prognózisról és

az aktív terápia lezárásáról szóló nehéz, de őszinte beszélgetéseket le tudják folytatni.

Az orvostanhallgatók egyetemi képzésében a palliatív szemlélet és a kapcsolódó kommunikációs készségek oktatását tovább kell erősíteni, elsősorban a magasabb évfolyamokon a klinikai tárgyak oktatása közben.

2. Döntéstámogató pontrendszerek kialakítása

A palliatív ellátás megfelelő időben történő indításához egy döntéstámogató pontrendszer rendszeres és széles körű alkalmazása szükséges. Az általunk kialakított 1+8 kérdésből álló kérdőív a szakmai kollégiumokkal történt egyeztetés után alkalmas lehet a széles körű bevezetésére.

3. Háziorvos szerepének növelése a palliatív ellátásban

Szükséges a háziorvosok palliatív ismereteinek növelése, a korai palliatív ellátás szemléletének megismertetése.

Javasolt a háziorvosok aktív bevonására az előrehaladott daganatos betegek palliatív igényeinek szűrésébe. Ehhez akár pénzügyi motiváció és betegmenedzsment programok kidolgozása.

Hasznos lehet a praxisban dolgozó kiterjesztett hatáskörű ápolók és betegút-menedzserek bevonása a palliatív betegút-szervezésbe.

4. A palliatív ellátórendszer megerősítése

A szűrőeszköz (pontrendszer) bevezetése csak akkor sikeres, ha az ellátórendszer képes fogadni a megnövekedett számú betegeket; ennek hiányában a rendszer gyorsan túlterheltté válik, ami az ellátás minőségének romlásához vezet.

Javasolt új ellátási formák a palliatív mobil team, a palliatív ambulancia és az aktív palliatív ágyak jogi szabályozása, az ellátáskód megalkotása és a hozzá tartozó finanszírozás bevezetése.

A hatékony betegúthoz elengedhetetlen a szakmák közötti egyértelmű munkamegosztás, amely feloldja a jelenlegi bizonytalanságot és a kompetenciaharcokat.

Evidencia alapú szakmai irányelveket és protokollokat kell létrehozni a korai palliatív ellátás indikációiról.

Jogszabályi Szabályozás: törvényi és rendeleti szinten kell rögzíteni a különböző egészségügyi szakmák (onkológus, háziorvos, palliatív specialista) pontos felelősségi köreit és feladatait a palliatív gondozás teljes spektrumában (tünetkezelés, beutalás, kommunikáció).

6. Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

Horváth O. , Rácz K., Jakus N., Kegye A., Hegedűs K. A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba ORVOSI HETILAP 163: 38 pp. 1520-1527. (2022) **IF: 0,6**

Horváth O., Földesi E, Hegedűs K Mikor és hogyan integráljuk az onkológiai és a palliatív ellátást? ORVOSI HETILAP 162: 44 pp. 1769-1775. (2021) **IF: 0,707**

Horváth O., Rácz K., Kegye A., Földesi E, Péley B., Csertő I, Hegedűs K Analysis of Hungarian oncologists', general practitioners', and palliative medicine specialists' attitudes toward patient transition in palliative care with narrative psychology PALLIATIVE MEDICINE IN PRACTICE Advance online publication Paper: Advance online publication, 10 p. (2025) **IF: 0,6**

Horváth O., Kegye A., Rácz K. Hegedűs K. A palliatív ellátás indítását segítő, döntéstámogató pontrendszer kidolgozása és fókuszcsoportos elemzése ORVOSI HETILAP 166: 41 pp. 1603-1610. (2025) **IF:0,9**

Horváth O., Kovács P A korszerű szupportív ellátás és az integrált korai palliatív gondozás jelentősége és fontosabb területei agydaganatos betegek kezelése során MAGYAR ONKOLÓGIA 68: 1 pp. 77-85. (2024)

Horváth O, Szántó I, Dudás R, Kapitány Zs, Koncz Zs, Mailáth M, Ötvös D, Kőműves Zs, Esperger Zs, Sahin P, Havelda L, Vámossy K, Makai Budai B, Kahán Zs Emlőráktúlélő program: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia, palliatív ellátás – Ajánlás az V. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján MAGYAR ONKOLÓGIA 69: 3 pp. 355-403. (2025)

Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények:

Váradi M, **Horváth O**, Soós E, Csizmarik A, Németh B, Győrffy B, Kenessey I, Reis H, Koll F, Oláh C, Hadaschik B, Krafft U, Grünwald V, Mairinger F, Wessolly M, Hoffmann M J, Grunewald C M, Niegisch G, Cotarelo C L, Maráz A, Kuthi L, Szász A M, Herold Z, Posta M, Bátai B, Nyirády P, Szarvas T Combining molecular patterns and clinical data for better immune checkpoint inhibitor prediction in metastatic urothelial carcinoma CANCER IMMUNOLOGY IMMUNOTHERAPY 74: 12 Paper: 370, 16 p. (2025) **IF: 5,1**

Fekete B, Biró K., Gyergyay F., Polk N., **Horváth O.**, Géczi L., Patócs A, Budai B Prediction of PSA Response after Dexamethasone Switch during Abiraterone Acetate + Prednisolone Treatment of Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Patients CANCERS 16: 15 Paper: 2760, 13 p. (2024) **IF: 4,4**

Váradi M., **Horváth O**., Módos O., Fazekas T., Grunewald C., Niegisch G., Krafft U., Grünwald V., Hadaschik B., Oláh Cs., Maráz A., Furka A., Szűcs M., Nyirády P., Szarvas T. Efficacy of immune checkpoint inhibitor therapy for advanced urothelial carcinoma in real-life clinical practice: results of a multicentric, retrospective study SCIENTIFIC REPORTS 13: 1 Paper: 17378, 11 p. (2023) **IF: 3,8**

Széles Á., Kovács P., Csizmarik A., Váradi M., Riesz P., Fazekas T., Váncsa Szilárd, Hegyi Péter, Oláh Csilla, Tschirdewahn Stephan, Darr Christopher, Krafft Ulrich, Grünwald Viktor, Hadaschik Boris, **Horváth Orsolya**, Nyirády Péter, Szarvas Tibor High Pretreatment Serum PD-L1 Levels Are Associated with Muscle Invasion and Shorter Survival in Upper Tract Urothelial Carcinoma BIOMEDICINES 10: 10 Paper: 2560, 12 p. **IF: 4,7**

Oláh Csilla, Váradi Melinda, **Horváth Orsolya**, Nyirády Péter, Szarvas Tibor A béltartalom és a vizelet mikrobiom-összetételének onkológiai vonatkozásai ORVOSI HETILAP 162: 15 pp. 579-586. (2021) **IF: 0,707**

Krafft Ulrich, Oláh Csilla, Reis Henning, Kesch Claudia, Darr Christopher, Grünwald Viktor, Tschirdewahn Stephan, Hadaschik Boris, **Horváth Orsolya**, Kenessey István, Nyirády Péter, Váradi Melinda, Módos Orsolya, Csizmarik Anita, Szarvas Tibor

High Serum PD-L1 Levels Are Associated with Poor Survival in Urothelial Cancer Patients Treated with Chemotherapy and Immune Checkpoint Inhibitor Therapy CANCERS 13: 11 Paper: 2548, 11 p. (2021) **IF: 6,575**

Küronya Zsófia, Fröhlich Georgina, Ladányi Andrea, Martin Tamás, Géczi Lajos, Gyergyai Fruzsina, **Horváth Orsolya**, Kiszner Gergő, Kovács Ágnes, Dienes Tamás, Lénárt Enikő, Nagyiványi Krisztián, Szarvas Tibor, Szőnyi Mihály, Tóth Attila, Biró Krisztina Low socioeconomic position is a risk factor for delay to treatment and mortality of testicular cancer patients in Hungary, a prospective study BMC PUBLIC HEALTH 21: 1 Paper: 1707, 11 p. (2021) **IF: 4,135**

Kovács Péter, Esperger Zsófia, Horváth Dóra, Lacsán Katalin, Patyi Dániel, Stefanovits Nóra, Zsoldos Lili, **Horváth Orsolya**

Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során MAGYAR ONKOLÓGIA 65: 1 pp. 78-88. (2021)

Dienes Tamás, **Horváth Orsolya**, Géczi Lajos Az immunellenőrzőpont-gátlók okozta mellékhatások és kezelésük [Adverse events of immune checkpoint inhibitors and their treatment] MAGYAR ONKOLÓGIA 63: 3 pp. 246-255. (2019)

Kenessey I, Koi K, **Horvath O**, Cserepes M, Molnar D, Izsak V, Dobos J, Hegedűs B, Tovari J, Timar J

KRAS-mutation status dependent effect of zoledronic acid in human non-small cell cancer preclinical models ONCOTARGET 7: 48 pp. 79503-79514. (2016) IF: 5,168

Nagy Z, **Horváth O**, Kádas J, Valtinyi D, László L, Kopper B, Blaskó G D-dimer as a potential prognostic marker PATHOLOGY AND ONCOLOGY RESEARCH 18: 3 pp. 669-674. (2012) **IF: 1,555**

Amat-Fernandez Clara, Garin Olatz, Luer-Aguila Ricardo, Pardo Yolanda, Briseño Renata, Lizano-Barrantes Catalina, Rojas-Concha Leslye, S Y Thong Melissa, Apolone Giovanni, Brunelli Cinzia, Caraceni Augusto, Couespel Norbert, Bos Nanne, Groenvold Mogens, Kaasa Stein, Ciliberto Gennaro, Lombardo Claudio, Pietrobon Ricardo, Pravettoni Gabriella, Sirven Aude, Vachon Hugo, Gilbert Alexandra, Velikova Galina, Ferrer Montse, Costantini M., Pe M., Marzorati C., Tanzilli A., Petersen M., Machiavelli A., Widder J., Nina Helidon, Debruyne P., Petrov I., Ramljak V., Krini M., Valvere V., Mattson J., Bredart A., Boulec C., Brandts C., Erickson N., Arndt V., Balaoura O., **Horvath O**. , Donohoe C., Rizzo A., Pace A., Lejniece S., Dulskas A., Pogonet V., van de Poll Lonneke , Guren M., Ługowska I., Litwiniuk M., Bento M., Ciuleanu T., Mitrić M., Ratosa I., Chovanec M., Vieito M., Aguilar H., Ruiz E., Ahlberg K., Simsek Eda T., Gumus M., Minnée-van Braak I., Higgins C., Pinnavaia L., Dantas C.

Tapani , Martin Á. Systematic review of the needs and health-related quality of life domains relevant to people surviving cancer in Europe. QUALITY OF LIFE RESEARCH 34: 4 pp. 913-936. (2025) **IF: 2,7**