

V posledných dekádach je liečba zhubných nádorov (ZN) charakterizovaná tým, že z pôvodne čisto chirurgického prístupu sa vyvinula komplexne koordinovaná a sofistikovaná chirurgická liečba, radiačná terapia a chemoterapia v širšom slova zmysle, teda včítane hormonálnej manipulácie a biologickej liečby. Patrí sem tiež manažment liečby bolesti, výživy a starostlivosť o psychosociálne otázky pacientov. Súčasne však rastie a prehlbuje sa nevyhnutná vedomostná báza, ktorá je predpokladom správnej indikácie a aplikácie často vysoko sofistikovaných terapeutických postupov. Výsledkom, je, že sa vytvorili subšpecializácie a tímy zaoberajúce sa jednou z liečebných modalít, prípadne liečbou niektorej nádorovej entity. Analýzy kvality jasne ukázali, že najlepšie terapeutické výsledky sa dosahujú vo veľkých centrách (ústavy, kliniky).

Odpoveďou na inherentné výzvy pri poskytovaní „state-of-the-art treatment“ („best current management“) je napr. „The American College of Surgeons“, ktorá certifikuje hospitalizačné onkologické programy („hospital-based cancer programs“); vyžaduje však spoluprácu s internistickými onkológmi, radiačnými onkológmi a chirurgmi pri tzv. „prospective treatment planning conferences“.

VZDĚLÁVÁNÍ V ONKOLOGII

Pre spoluprácu početných medicínskych disciplín pri onkologickej starostlivosti sa používajú 2 termíny: multidisciplinárny/interdisciplinárny – je však potrebné ich presne vymedziť.

Termín „multidisciplinary care“ znamená starostlivosť zahŕňajúcu spoluprácu viacerých odborníkov; táto však nie je väčšinou koordinovaná.

Termín „interdisciplinary care“ je vymedzený pre formálnu spoluprácu odborníkov tých klinických disciplín, ktorí sa podieľajú na plánovaní liečby u každého onkologického pacienta. Táto definícia odpovedá programu the American College of Surgeons.

Cieľom tejto kapitoly je podať prehľad o vedeckej báze a logistických výzvach týkajúcich sa zavedenia interdisciplinárnej onkologickej starostlivosti v porovnaní s konvenčným prístupom k liečbe.

Vynárajú sa preto nasledovné otázky:

- 1) Bola zmena chovania sa zhubných nádorov taká, že si zrazu vyžaduje koordinovanú starostlivosť?
- 2) Môže byť onkologická starostlivosť na základe klinických štúdií štandardizovaná, alebo musia byť terapeutické rozhodnutia individualizované?
- 3) Môže variabilita poskytovania onkologickej starostlivosti zásadne znížiť jej kvalitu?
- 4) Ako môže byť lekárovo chovanie modifikované v snahe poskytnúť najlepšiu starostlivosť?
- 5) Ako môže inštitúcia, ktorá menovala interdisciplinárny liečebný tím zvýšiť pravdepodobnosť, že bude aplikovaná „state-of-the-art treatment“?

Antineoplastická liečba je charakterizovaná komplexnosťou, nezriedkavo absenciou jediného správneho prístupu a vhodnosťou individualizovať liečebné rozhodnutia.

Sme teda svedkami variability v klinickej praxi. Je preto potrebné dať odpoveď na otázku v akom rozsahu je variabilita v onkologickej starostlivosti výsledkom ospravedlniteľných diferencií v interpretácii výsledkov klinických štúdií versus chýbajúcim/nedostatočným oboznámením sa časti lekárov s state-of-the-art treatment (medicínskymi informáciami).

Prehľad údajov týkajúcich sa variability liečebných postupov v jednotlivých medicínskych disciplínach, včítane onkológie ukázal, že v niektorých prípadoch táto variabilita odráža absenciu jedného správneho prístupu založeného na dôkazoch, kým v iných prípadoch odchýlka od stanovenej štandardnej praxe znamená pochybenie v kvalite zdravotnej starostlivosti.

Zmeny v praxi lekárov

V úsilí o uniformitu zdravotnej starostlivosti (ak je najlepšia klinická prax pri jednotlivých chorobných entitách definovaná) boli použité viaceré stratégie:

- Kontinuálne didaktické medicínske vzdelávanie formou prezentácie – obmedzený efekt
- Distribúcia odporúčaní konsenzuálnych konferencií
- Aktívna účasť pri príprave guidelines
- Spätná väzba lekára versus liečebné rozhodnutie – mix efekt
- Pripomienky zaznamenané lekárom v priebehu aktívnej starostlivosti o chorého – väčšinou efektívne

Viaceré štúdie ukázali, že ani tradičné kontinuálne didaktické edukačné programy, ani distribúcia metodických listov (guidelines) nie sú efektívne pri zmene odborného správania (postojov) lekárov.

Napr. chirurgovia sa pri manažmente karcinómu prsníka málo pridŕžovali metodických listov (guidelines). Efektívnejšie boli niektoré ďalšie intervencie. Osvedčila sa individuálna edukácia kolegov; viedlo to k zmene odborného správania (postojov). Pripomienky v chorobopisoch jednotlivých chorých sa tiež ukázali ako oveľa efektívnejšie než prednášky, alebo referované všeobecné pripomienky.

Stretnutia vedúcich pracovníkov tlmočiacich mienky miestnych lekárov a konfrontácia s opatreniami metodických listov predstavuje spätnú väzbu; táto forma môže zmeniť správanie (postoje) lekárov. Ako účinné sa javí zahrnutie lekárov do procesu vývoja lokálnych guidelines.

Viacerí autori sa snažili vysvetliť ťažkosti, s ktorými sa stretávame pri pokuse zmeniť prax lekárov. W. Smith naznačil, že mnohé roky formálneho vzdelávania a postgraduálnej praxe, ktorým sa lekári podrobujú, rovnako ich vlastné rigidné praktické vzory, je ťažké zmeniť. Všimol si tiež, že množstvo tlačенých materiálov, ktorým sú lekári vystavení ich skutočne môže odradiť od novších edukačných obsahov.

R. Grol navrhuje nasledovné stratégie za účelom zmeny prístupu k lekárskej praxi:

- Dostatok vedeckých dôkazov pri vývoji guidelines
- Interaktívna edukácia má prednosť pred „top down“, doškoľovania lekárov – väčšinou efektívna
- Prebiehajúci monitoring klinickej výkonnosti a opatrenia za účelom získania spätnej väzby – mix efekt

P. Greco pridáva ďalšie vplyvné parametre (finančné motívy; finančné pokuty; administratívne pravidlá).

Interdisciplinárny terapeutický tím a plánovanie onkologickej liečby

Na základe doteraz uvedeného predkladáme sumarizáciu kontroverzií a variability pri konštituovaní interdisciplinárneho tímu a plánovaní antineoplastickej liečby:

- Vedomostná báza nutná pre poskytovanie „state-of-the-art“, onkologickej starostlivosti je rozsiahla
- Onkologická literatúra spočíva na špecifických časopisoch orientovaných na viaceré medicínske špecializácie a žiaden lekár sa nemôže oboznámiť so všetkými aspektami ich vedeckého dôkazu
- Potrebné je poznanie priebehu aktívnych štúdií a vychádzajúcich vedeckých dát pri všetkých nádorových entitách
- Lekári iných špecializácií podieľajúcich sa na protinádorovej liečbe v onkológii majú nezriedkavo odlišné postoje týkajúce sa liečby a prognózy.
- Pri mnohých medicínskych a spoločenských významných ZN sú ustanovené liečebné odporúčania slúžiace ako štandard, kým pri mnohých ďalších ostávajú kontroverzné
- I keď nie sú k dispozícii údaje, ktoré by vyčíslili v akej miere klinickí onkológovia dodržiavajú štandardné liečebné odporúčania, štúdie v iných medicínskych disciplínach naznačujú, že miera je suboptimálna.
- V prípade vynorenia sa nových medicínskych poznatkov prezentovaných lekárom didaktickým štýlom, je ich prenos do klinickej praxe pomalý
- Obyčajné rozširovanie terapeutických protokolov/postupov/guidelines medzi lekárov nemení ich liečebné rozhodnutia

S cieľom zmeny štýlu praxe lekárov je nutné akceptovať nasledovné kroky:

Interaktívne doškoloovanie

Angažovanie lekárov na tvorbe vývoja guidelines

Zahrnutie „thought leaders“ do postgraduálneho vzdelávania

Zaopatrienie priebežných výsledkov

Akceptovanie týchto záverov umožňuje rozvinúť spoluprácu. Ak lekár niektorej z početných cancer-related specialties má referovať, diskutovať nového onkologického pacienta a prospektívne plánovať optimálny liečebný plán zohľadňujúci výskyt niekoľkých dôležitých udalostí:

- Špecifické vedomosti špecializácie sa prezentujú medzi zúčastnenými lekármi
- Nové informácie z medicínskej literatúry vlastnené niektorým členom skupiny musia byť prezentované a využité pri plánovaní liečby
- Diskrepancie medzi jednotlivými špecialistami musia byť diskutované kým nie je formulované spoločné stanovisko; umožňuje to poskytnúť pacientovi jasnú a konzistentnú informáciu

Guidelines lokálne aplikovateľnej liečby sú vyvinuté zúčastnenými lekármi; zvyšuje to pravdepodobnosť dodržania „state-of-the-art treatment“ Interdisciplinárny tím je ideálne fórum pre identifikáciu kľúčových výsledkov a ich využitie pri výstavbe liečebného plánu

Tí istí lekári môžu revidovať údaje a modifikovať liečebný proces; ide o cyklus manažmentu totálnej kvality

Medicínske inštitúcie zahrnuté do klinického výskumu môžu využiť tieto mítingy pri určovaní kritérií vhodnosti (eligibility criteria) a zaradenia do štúdie a informovať liečiacich lekárov o dodržiavaní protokolu

Modely interdisciplinárnej starostlivosti

Je zrejmé, že existuje široká podpora pre interdisciplinárny prístup k onkologickej starostlivosti nielen zo strany profesionálnych medicínskych organizácií, ale tiež zo strany patientskej advokátskej skupiny. Interdisciplinárna starostlivosť je charakterizovaná účasťou početných špecialistov na formulácii

individualizovaného liečebného plánu pre každého chorého. Žiaľ, napriek tomu optimálna štruktúra tohto procesu nateraz nebola jasne definovaná.

The Advisory Board Company publikovala v roku 2002 monografiu, v ktorej predstavila „interdisciplinary gastrointestinal cancer care model“. Najjednoduchší model pozostáva z „prospective treatment planning conference“. Ďalší model, rádovo vyššej komplexnosti predstavuje „virtual clinic“, v ktorej koordinátor urýchljuje pohyb chorého cez početné lekárske vizity a diagnostické procedúry. Najvyššiu hladinu integrácie predstavuje založenie „comprehensive clinic“, v ktorej všetci lekári zainteresovaní na starostlivosti o pacienta pôsobia v jednej lokalite (Tab. 26.1)

Tab. 26.1 **Modely interdisciplinárnej starostlivosti**

Model	Štart interdisciplinárnej kliniky	Plánovanie liečby v spolupráci
Konferencia prospektívneho plánovania liečby	Vizity koordinované neformálne	Interdisciplinárna liečbu plánovacia konferencia
Virtuálna GI klinika	Pacientov vidia početní odborníci počas osobitných, ale koordinovaných vizít	Interdisciplinárna liečbu plánovacia konf. ale koordinovaných v separátny deň
Komprehensívna GI klinika	Pacienti stretnú množstvo špecialistov počas single vizity	GI špecialisti diskutujú liečebný plán počas vizity

Za hranicou chirurgie, rádioterapie a chemoterapie

Doteraz sme analyzovali integrovanú starostlivosť, ktorej princípom je koordinácia činnosti lekárov rôznych odborov so vzťahom k onkológii. Definícia interdisciplinárnej liečby neobsahovala všetky komponenty onkologickej starostlivosti. Onkologickí chorí trpia komorbiditou (srdcovicovne a metabolické ochorenia, ochorenia dýchacieho, uropoetického systému, atď.) Vážne sú tiež komplikácie ochorenia (trombembolická choroba, nádorová kachexia, chronická patologická únava – fatigue, atď.). K tomu prístupujú závažné nutričné, psychosociálne a ďalšie problémy. Viaceré klinické štúdie testovali hypotézu, že psychoterapia môže predĺžiť prežívanie onkologických pacientov; výsledky sú nateraz kontroverzné. Psychoterapia však môže významne zlepšiť kvalitu života chorých. Rovnako nutričné intervencie (enterálne/parenterálne) prispievajú k zlepšeniu kvality života. Interdisciplinárny tím má byť preto rozšírený o psychiatra a/alebo psychológa a dietológa. Za úvahu stojí projekt the Ireland Cancer at University Hospitals of Cleveland pomenovaný Safe Conduct. Členom interdisciplinárneho tímu je aj duchovný poradca, sociálny pracovník a odborník v ošetrovatelstve. Chronickú nádorovú bolesť kontroluje algeziológ. Rozšírený interdisciplinárny tím takto rieši aj spirituálne, emocionálne a logistické potreby participujúcich pacientov.

Pravdepodobné budúce smerovanie

Štúdium nie príliš bohatej literatúry venovanej ustanoveniu interdisciplinárnych tímov pre multimodálnu liečbu ZN ukázalo, že ich optimálna štruktúra nie je jasne definovaná. Jestvuje však konsensus týkajúci sa ich úlohy a významu. Nateraz nie je definovaný dopad interdisciplinárnej starostlivosti na bezrelapsové, celkové prežívanie a kvalitu života chorých. Sú preto potrebné obozretne dizajnované výsledkové štúdie, ktoré by mali dať na tieto položky odpoveď.

The American Society of Clinical Oncology (ASCO) a the European Society for Medical Oncology (ESMO) dlhodobo venovali pozornosť opatreniam na zaistenie kvality onkologickej starostlivosti pre pacientov na celom svete. Je známe, že zdroje (finančné a iné) varirujú od krajiny po krajinu, podobne systémy poskytujúce medicínsku starostlivosť sú podobne variabilné. Napriek tomu ASCO a ESMO predsa verí, že plány zdravotnej starostlivosti by mali usilovať o dosiahnutie istých základných a spoločných cieľov zaisťujúcich prístup a kontinuitu kvality onkologickej starostlivosti. Výstupom tejto bilaterálnej snahy je ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality Cancer Care pozostávajúci z 10 – ich článkov:

1. Prístup k informáciám
Pacienti by mali dostať primerané informácie o ich chorobe, možných intervenciách a o známych ziskoch a rizikách liečby. Pacient by mal mať možnosť zistiť mená, postavenie a kvalifikáciu tých, ktorí ho liečia.
2. Súkromie, dôvernosc a dôstojnosť
Pacienti majú mať, pokiaľ ide o ich diagnózu a liečbu, zaistené súkromie. Ak je však prístup k informáciám potrebný pre klinické/epidemiologické štúdie alebo iný klinický výskum, pacienti majú dostať možnosť súhlasiť s použitím jeho osobných informácií. Pacient má byť liečený po celý čas s dôstojnosťou.
3. Prístup k medicínskym záznamom
Pacientom sa má dovoliť prezrieť chorobopis, ev. urobiť si kópie. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú byť dostupní s vysvetlením obsahu chorobopisu.
4. Preventívne služby
Pacientom sa majú poradiť preventívne opatrenia (ak sú podložené evidence-based medicine)

VZDĚLÁVÁNÍ V ONKOLOGII

5. Nediskriminácia

Prístup k zdravotníckej starostlivosti musí byť poskytnutá bez diskriminácie ohľadom rasy, náboženstva, pohlavia, národnosti, handicapu. Pacienti nesmú byť diskriminovaní na základe ich choroby, s ohľadom na zamestnanie a dostupnosť zdravotného poistenia.

6. Súhlas s liečbou a možnosť voľby

Pacienti sa podieľajú na rozhodovaní o liečebnom pláne. Majú mať prístup k druhej mienke, s možnosťou voľby liečby i poskytovateľa

7. Multidisciplinárna onkologická starostlivosť

Optimálnu liečbu môže poskytnúť len tím pozostávajúci z internistického onkológa, radiačného onkológa, experta na paliatívnu starostlivosť, onkologických sestier a sociálneho pracovníka

8. Inovačná onkologická starostlivosť

Pacientom sa má ponúknuť účasť v klinických triáloch, ktorá môže zlepšiť ich zdravotný stav.

9. Plánovanie starostlivosti o prežívajúcich pacientov

Prežívajúcim onkologickým pacientom sa má poskytnúť komprehensívne vyšetrenie po primárnej liečbe a majú byť monitorovaní kvôli neskorej toxicite. Súčasťou follow-up plánu je potreba rehabilitačného servisu

10. Manažment bolesti, podporná a paliatívna starostlivosť

Quality Cancer Care vyžaduje zvládnuť manažment bolesti a podpornú liečbu. Ak už efektívna liečba nie je aktuálna, pacienti majú mať paliatívnu starostlivosť.

Literatúra

1. Hornig SJ, Mellstedt H Introduction:
2. ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality Care. J Clin Oncol 2006; 24(21): 3497-3498