

Patient-centered care across the cancer continuum: sprawozdanie z Inauguracyjnego Sympozjum Opieki Paliatywnej Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Patient-centered care across the cancer continuum: report from the Inaugural Palliative Care Symposium of American Society of Clinical Oncology

W dniach 24–25 października 2014 r. w przyjaznych wnętrzach *Westin Waterfront Boston, MA, USA*, pod auspicjami Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) odbyło się Inauguracyjne Sympozjum Opieki Paliatywnej. Po raz pierwszy ASCO – wiodące towarzystwo onkologiczne o 50-letniej historii zrzeszające na całym świecie ponad 30 000 członków – zaprosiło specjalistów różnych dziedzin medycyny, by przedyskutować najbardziej aktualne zagadnienia opieki paliatywnej nad chorymi na nowotwory złośliwe, w szczególności dotyczące jak najwcześniejszego połączenia współpracy zespołów onkologicznych i medycyny paliatywnej.

Doktor Michael J. Fisch (*MD Anderson Cancer Center, University of Texas*) – przewodniczący komitetu naukowego konferencji – przypomniał, że historia nowoczesnej opieki paliatywnej sięga ostatniego pięćdziesięciolecia i wiąże się z założeniem w 1964 r. Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie przez Cicely Saunders. Mimo upływu półwiecza, w niewielu centrach onkologicznych na świecie opieka paliatywna wspierająca leczenie przeciwnowotworowe jest codziennym standardem – w większości postępowanie paliatywne stanowi element opieki schyłku życia. Zdaniem mówcy przełomowy dla stworzenia nowego spojrzenia środowiska onkologicznego na wartość wczesnego wdrożenia opieki paliatywnej u chorych w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej okazał się rok 2010. Wówczas na łamach „*New England Journal of Medicine*” zespół dr Jennifer S. Temel (*Massachusetts General Hospital, Boston, USA*) opublikował wyniki próby losowej nad znaczeniem wczesnej (w momencie rozpoznania nowotworu) lub odroczonej (na życzenie chorych, ich rodzin lub onkologa prowadzącego w momencie nasilenia objawów) współpracy zespołów opieki paliatywnej w skojarzeniu ze standardowym leczeniem przeciwnowotworowym chorych na rozsiały raka płuc. Zapewnienie chorym wcześniejszej opieki wielodyscyplinarnej miało wiele zalet: korzystny wpływ na wszystkie aspekty jakości życia, obniżenie częstości występowania depresji (16% vs 38% chorych) oraz konieczności zastosowania intensywnej opieki u schyłku życia (33% vs 54%); miało też korzystny aspekt rokowniczy – zaobserwowano

istotne statystycznie wydłużenie okresu przeżycia całkowitego z 8,9 do 11,6 miesiąca. Wyniki badania wzmocniły podjęte w 2009 r. przez najwyższe gremia ASCO starania celem zorganizowania spotkania integrującego środowiska specjalistów prowadzących leczenie przeciwnowotworowe i opiekę paliatywną, najlepiej o zasięgu międzynarodowym. Takie spotkanie – poza ASCO współorganizowane przez *American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Society for Radiation Oncology* oraz *Multinational Association of Supportive Care In Cancer* – odbyło się w październiku 2014 r. Wysoka frekwencja (ok. 700 osób) oraz prawdziwie międzynarodowa reprezentacja uczestników (przedstawiciele 24 krajów, w 17% spoza USA) potwierdziły ogromne oczekiwania środowiska praktyków na realizację takiej inicjatywy.

Tematyka sympozjum obejmowała kilka zasadniczych szlaków tematycznych: objawy niepożądane leczenia przeciwnowotworowego (mechanizmy, pomiar, postępowanie kliniczne; 64 streszczenia), umiejętności kliniczne i psychoonkologiczne w zakresie opieki końca życia (73 streszczenia), szeroko rozumiane zagadnienia psychoonkologiczne (21 streszczeń), wczesna integracja opieki paliatywnej z leczeniem onkologicznym (97 streszczeń). Najciekawsze zdaniem autora sprawozdania z przekazanych treści – wybrane spośród 272 zaakceptowanych prezentacji – zostaną przybliżone poniżej.

Jeannine Brant i Dorothy Keefe (*Billings Clinic, Billings, MO*) przewodniczyły sesji *Three Ms of Symptom Science: mechanisms, measurement and management*. Podkreślono potrzebę inicjowania badań nad patomechanizmem i zasadami postępowania we wczesnych i odległych objawach niepożądanych nowoczesnych terapii onkologicznych, zwłaszcza ukierunkowanych na cele molekularne. Doktor Keefe przypomniała wyniki wielu badań wskazujących na fakt istotnych różnic w raportowaniu znaczenia działań niepożądanych leków oraz objawów progresji nowotworu między chorymi a personelem medycznym sprawującym opiekę. Z analizy *Patient Reported Outcomes* przeprowadzonej wśród chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną wynika, że z różnych powodów chorzy nie zgłaszają opie-

kunom nieformalnym wielu dolegliwości – wśród przyczyn wskazuje się chęć pozostania „dobrym chorym” w tradycyjnym tego słowa znaczeniu oraz obawę przed obniżeniem dawki lub zaprzestaniem leczenia onkologicznego, ograniczenia czasowe, zaniepokojenie związane z przykrymi objawami, w tym ze strony układu moczowo-płciowego, obawa przed koniecznością wprowadzenia nowych leków lub zastosowaniem procedur medycznych. Przedstawiono także doświadczenia z prób rozwiązania problemów ze zgłaszaniem działań niepożądanych z wykorzystaniem nowszych technologii, w tym internetu i platform informatycznych. Jako ich potencjalną zaletę wskazano możliwość raportowania objawów ubocznych w czasie rzeczywistym, co miałyby wpływać na większą rzetelność kliniczną i wcześniejsze wdrożenie właściwego postępowania klinicznego. Przytoczono również wyniki badania ENABLE z 2009 r., w którym wykazano, że poradnictwo telefoniczne dotyczące objawów w zakresie medycyny paliatywnej w jej wczesnych etapach pozwala na wykorzystanie personelu o mniejszym doświadczeniu medycznym i przez to na zwiększenie dostępności opieki. Perspektywa szerokiego zastosowania technik pośredniego kontaktu z chorym i rodziną wzbudziło żywą dyskusję dotyczącą postępującej depersonalizacji kontaktów chory – rodzina – personel medyczny i możliwych zagrożeń związanych z tym faktem. Jako potencjalny punkt poszukiwań najbardziej skutecznych metod predykcji, zapobiegania i leczenia powikłań leczenia onkologicznego wskazano indywidualizację postępowania na podstawie testów farmakogenetycznych, po części dotychczas już wykorzystywane w onkologii klinicznej. W omawianej sesji wskazano ponadto na konieczność intensyfikacji badań klinicznych nad możliwościami prowadzenia kontroli objawów u chorych w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Krytycznie podsumowano, że jedynie 3% badań w literaturze światowej z zakresu radioterapii onkologicznej ocenia właściwości tej metody leczenia dla uzyskania paliatywnej kontroli objawów. Podobnie – w grupie chorych na nowotwory hematologiczne – w większości kolejnym etapem po zakończonym leczeniu radykalnym jest zaproponowanie chorym opieki hospicyjnej u schyłku życia z powodu braku badań klinicznych ukierunkowanych na łagodzenie objawów procesu podstawowego lub następstw przeprowadzonego leczenia. Takie postępowanie jest często oceniane przez lekarzy i chorych jako przedwczesna rezygnacja z terapii.

Doktor Arif Kamal (*Duke University Medical Center, Durham, NC*) ciekawie przedstawił wyniki badania oceniającego częstość występowania i uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego w grupie klinicystów prowadzących opiekę paliatywną w USA. Autor stwierdził, że wzrastający odsetek lekarzy

zgłaszających objawy zespołu wypalenia zawodowego wymuszają podjęcie „działań antykryzysowych” – wśród 1241 klinicystów objętych anonimowym badaniem ankietowym aż 62% podawało objawy wypalenia zawodowego (wobec odsetka rzędu 40–50% wśród onkologów klinicznych, uważanych dotychczas za grupę szczególnie wysokiego ryzyka wypalenia zawodowego), obejmujące cechy depersonalizacji i/lub wyczerpania emocjonalnego. Czynniki ryzyka wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego były: młodszy wiek, większe obciążenie pracą (ponad 50 godzin tygodniowo), praca w mniej licznych zespołach (poniżej 4 członków). Bardziej nasilone objawy wypalenia zawodowego dotyczyły osób pracujących w pojedynkę i pracujących więcej. Zaplanowano kontynuację badania dla oceny zależności między warunkami pracy, zespołem wypalenia i jakością prowadzonej opieki paliatywnej, satysfakcją z życia zawodowego i prywatnego oraz możliwościami interwencji w tym zakresie.

Bardzo ciekawy przebieg miała sesja dotycząca umiejętności komunikacji w opiece paliatywnej przeprowadzona przez doktora Antoniego Backa (*Seattle Cancer Care Alliance*) i doktora B.J. Millera (*Zen Hospice, San Francisco*). Zauważono, że w USA lekarze sprawujący opiekę onkologiczną przeprowadzają rozmowę dotyczącą opieki u schyłku życia zbyt późno, zwykle w chwili, gdy chorzy są już w stanie terminalnym, a rodzina przeżywa głęboki kryzys z tym związany. W przedstawionym w tej sesji badaniu *Serious Illness Care Trial: Would a prompt help?* oceniono wartość kliniczną różnych metod informowania lekarzy prowadzących leczenie przeciwnowotworowe o konieczności przeprowadzenia z chorymi rozmów informujących o rokowaniu i planowanym postępowaniu na wczesnych etapach opieki paliatywnej lub wręcz w czasie prowadzenia leczenia przeciwnowotworowego. Wykazano, że wiadomość elektroniczna przypominająca lekarzowi onkologowi o konieczności przedyskutowania powyższych problemów z chorym i wczesnego zaplanowania opieki odgrywa szczególnie korzystną rolę w grupie chorych o przewidywanym okresie przeżycia krótszym niż rok. Wizyta informacyjna dotycząca planu leczenia i rokowania odbyła się w 79% po pierwszej wiadomości przypominającej, tylko dwie były konieczne dla realizacji 92% wizyt. Wśród przyczyn niezrealizowania spotkania mimo przypominającej wiadomości elektronicznej lekarze onkolodzy wskazali przede wszystkim: brak czasu (26%), brak przekonania co do wartości takiego spotkania („zabieranie nadziei”, wizyta przedwczesna wobec stanu klinicznego chorego), czynniki związane ze stanem chorego (46%: aktualne pogorszenie stanu, nastawienie lękowe/depresyjne, chory zdaniem onkologa nie jest gotowy na takie spotkanie), inne (8%). Doktor Back w bardzo edukacyjnej,

momentami wręcz humorystycznej formie zestawiał trzy proste zalecenia ułatwiające kontakt z chorymi w zaawansowanej chorobie nowotworowej: „rzeczy złe mogą się okazać mniej przerażające, jeśli zaczniesz o nich mówić”, „unikaj opóźniania rozmowy o sprawach trudnych aż do momentu, kiedy to jest niezbędnie konieczne”, „odpowiednie wczesne przejście do sedna problemu oszczędza twój czas i obniża poziom stresu chorych”.

W sesji podsumowującej Inauguracyjne Sympozjum Opieki Paliatywnej Towarzystwa Onkologii Klinicznej gremium eksperckie wskazało, że dla uzyskania najbardziej optymalnej opieki nad chorymi na nowotwory złośliwe konieczne jest zapewnienie im leczenia przeciwnowotworowego zgodnego z obowiązującymi standardami i osiągnięciami onkologii, ale w integracji z zasadami opieki paliatywnej – od momentu rozpoznania nowotworu do opieki u schyłku życia. Założeniem jest monitorowanie oraz obniżenie ryzyka wystąpienia obciążeń związanych z rozpoznaniem choroby nowotworowej i jej leczeniem, w tym ograniczenie ich wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne. W świetle wyników badań o najwyższym stopniu wiarygodności klinicznej wskazano, że opieka paliatywna nad chorym na nowotwory może wpłynąć na poprawę leczenia onkologicznego poprzez: zwiększenie stopnia satysfakcji chorych i ich rodzin, wydłużenie okresu przeżycia w określonych lokalizacjach nowotworu, obniżenie kosztów sprawowania opieki, poprawę stopnia kontroli bólu, obniżenie odsetka chorych z depresją i lękiem. Zdaniem Ekspertów ASCO opieka paliatywna powinna być elementem opieki onkologicznej. Wyrażono przekonanie, że zintegrowana opieka onkologiczna i paliatywna od momentu pierwotnej diagnostyki nowotworu po opiekę schyłku życia stanie się standardem w większości ośrodków onkologicznych przed końcem 2020 r. Drugie Sympozjum Opieki Paliatywnej ASCO odbędzie się w Bostonie na początku października 2015 r.

dr med. Janusz Wojtacki