

Bariéry a námitky v paliativní péči (nejen) onkologických pacientů

Bariéry

- Omezený přístup k paliativní péči – nedostatečná infrastruktura v rámci zdravotnictví, geografická (ne)dostupnost, nedostatečné povědomí laické a odborné veřejnosti o možnostech paliativní péče (20).
- Stigma – mylná představa, že paliativní péče se rovná „vzdání se“, nebo že je určena výhradně terminálním pacientům (21).
- Nedostatek odborníků v oblasti specializované paliativní péče – od zdravotníků je vyžadováno nejen hluboké porozumění principům paliativní péče, ale také dovednosti a citlivost k jejich aplikaci ve správném čase na správném místě (22).
- Sdílené rozhodování – začlenění hodnot pacienta do rozhodovacího procesu není obvykle běžnou součástí onkologické péče, pacienti by se neměli stávat jenom pasivními příjemci péče, ale měli by být aktivními účastníky rozhodovacího procesu (23).

Námitky

Paliativní péče může být chápána jako rezignace na kurativní léčbu

- Paliativní péče není alternativou onkologické léčby, jde o komplementární přístup, pacienti mohou být léčeni všemi dostupnými modalitami protinádorové léčby.
- Paliativní péče se zaměřuje na poskytování úlevy od symptomů vyvolaných nádorem a také zmírňování nežádoucích účinků onkologické léčby, a zároveň se zabývá emocionálními a psychologickými aspekty pacientovy zkušenosti.
- Některé studie kromě výše uvedeného prokázaly i prodloužení celkového přežití pacientů, když byla paliativní péče zahájena časně (1, 5, 24).

Paliativní péče přidává další vrstvu péče a zvyšuje zátěž zdravotnického systému

- ASCO a ESMO zdůrazňují, že paliativní péče by měla být bezproblémově integrována do kontinua péče o pacienty s rakovinou.
- Včasná paliativní intervence může vést k efektivní alokaci zdrojů.

- Poskytováním péče zaměřené na pacienta a ne jen nemoc je možné vyhnout se zbytečným, neúčelným či marným intervencím.
- Intervence paliativních týmů může vést ke snížení agresivity léčby, zvýšené adherence k léčbě a snížené potřebě nákladných či invazivních intervencí.

Časná paliativní péče může pacientům způsobit psychické obtíže

- Při sdělení závažné zprávy může dojít k přechodnému zhoršení psychického stavu. Špatné zprávy jsou často složité, nepředvídatelné, jejich vnímání je subjektivní a jejich chápání se rozvíjí v čase. Schopnost vnímání pacientů v průběhu sdělování závažné zprávy je omezená (36).
- Onkolog může nastalou situaci mírnit či řešit strukturovaným rozhovorem, komunikací přizpůsobenou schopnostem a stavu pacienta, zapojením empatie a podpory emocí, zapojením vizuálních či psaných pomůcek, prozkoumáním potřeb pacienta, podporováním naděje („step-by-step pairing“) (36).
- Komplexní přístup tedy může v čase snížit psychické potíže tím, že pacientům poskytne nástroje, jak se s jejich nemocí vyrovnat.
- Pocit zvýšené kontroly nad situací, který je dosažen sdíleným rozhodováním také může snížit úzkost a mírnit psychické potíže.
- Součástí týmu paliativní péče jsou psychologové, lékaři a sestry. Jsou školeni v základech psychologické a emoční podpory a aplikují přístup zaměřený na pacienta.

Specifika paliativní péče v moderní onkologii

Narůstající počet linií protinádorové léčby

European Academy of Cancer Sciences si dala v roce 2020 za cíl dosáhnout desetileté přežití u pacientů se zhoubnými nádory v Evropské unii na úrovni 75 % (25). Ilustrativním příkladem možností léčby je metastatický renální karcinom, kdy v současné době můžeme volit imunoterapii a cílenou léčbu. K dispozici je celkem sedm tyrozín-kinázových inhibitorů, dva mTOR inhibitory a 3 imunoterapeutika. Možné je nasazení třetí a vyšší linie (26). Výjimkou v nejsou ani pacienti

s pěti liniemi paliativní léčby a mnohaletým přežitím v terénu generalizovaného nádorového onemocnění.

Protinádorová léčba v posledních 30 dnech života

Pokroky v protinádorové léčbě posledních dvaceti let přinesly kromě prodloužení celkového přežití i možnost hlubokých a dlouhotrvajících odpovědí na léčbu, prozatím bez specifického markeru, který by umožňoval selektovat pacienty, kteří této odpovědi dosáhnou. V důsledku uvedeného se rozhodovací proces, který se týká zahájení, pokračování či ukončení protinádorové léčby, stal složitější. Vyžaduje pečlivé zvážení povahy nádorového onemocnění, dostupných dat, očekávání pacienta a rodiny.

První zpráva o úmrtnosti pacientů léčených protinádorovou léčbou v posledních 30 dnech života byla publikována v roce 2008 – National Confidential Inquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) ve Spojeném království. Hlášena byla míra úmrtnosti v posledních 30 dnech při probíhající protinádorové léčbě na úrovni 2 % (27). Od té doby byla zveřejněna data z několika center, kde se míra úmrtnosti pohybovala od 1 % v Austrálii do 38 % v Německu (28).

Imunoterapie

Prvním schváleným léčivem z této skupiny byl v roce 2011 ipilimumab v léčbě generalizovaného maligního melanomu (29). Od té doby pronikla imunoterapie do neoadjuvantní, adjuvantní i paliativní léčby mnoha zhoubných nádorů. Specifikem imunoterapie je dosažení fáze plateau v Kaplan-Meirově křivce celkového přežití u metastatických nádorů. Například u metastatického maligního melanomu v 5 letech přežívá 52 % pacientů, kteří podstoupili duální imunoterapii a křivka přežití je již ve fázi plateau (30). V současnosti neexistuje široce používaný marker s dostatečnou prediktivní schopností, který by umožnil selektovat pacienty, u kterých dojde k trvalým odpovědím. Z toho vyplývá vyšší míra léčby imunoterapií v posledních 30 dnech života (28). Moderní metody léčby vedou k větší míře prognostické nejistoty. Jak bylo zmíněno výše, této skutečnosti je třeba přizpůsobit komunikaci s pacienty a připustit, že v současné onkologii léčba pokročilých nádorových onemocnění v posledním měsíci života nemusí být známkou neadekvátní péče.