

Život hodný žití: pro pacienty s depresí můžeme udělat mnohem více

LIZ BESTICOVÁ

Nový model péče o onkologické pacienty s depresí ukazuje, že mnohého lze dosáhnout i se skromným rozpočtem.

Nikoho asi neudivuje, že diagnóza onkologického onemocnění znamená vyšší riziko deprese. Co však leckoho překvapí, je efektivita, s níž je u pacientů s rakovinou možné i silnou depresi zvládat, pokud na to jdeme správně. Dokazují to závěry randomizované kontrolované studie z poslední doby, které ukazují působivé výsledky nového léčebného přístupu, jenž integruje léčbu deprese s ostatními aspekty onkologické péče o pacienty (*Lancet* 2014, 384: 1099–1108). Studie SMaRT Oncology-2 randomizovala 500 ambulantních onkologických pacientů s diagnózou těžké deprese do skupiny určené pro novou, integrovanou „léčbu deprese onkologických pacientů“ a do skupiny s běžnou péčí.

Výsledky se hodnotily podle sebeposuzovací škály deprese SCL-20. Téměř dvě třetiny pacientů (62 %) zařazených do skupiny pro integrovanou léčbu reagovalo na terapii pozitivně, což znamenalo snížení závažnosti deprese o 50 % a více. O poznání hůře si vedli pacienti ze druhé skupiny, z nichž na léčbu reagovalo pozitivně pouhých 17 %. Péče o tyto pacienty byla ponechána v rukou jejich onkologů a praktických lékařů, kteří byli informováni, že u pacientů byla diagnostikována těžká deprese a byli požádáni, aby je léčili jako obvykle.

Paralelní menší kontrolovaná randomizovaná studie – SMaRT Oncology-3 (*Lancet Oncology* 2014, 15: 1168–76) – se zaměřila na efektivnost téže procedury u onkologických pacientů se špatnou prognózou. Jako primární cílový para-

metr sledovala průměrnou závažnost deprese po dobu konání studie. Zjistila výrazně lepší výsledky u pacientů ze skupiny s integrovanou léčbou, třebaže psychická zátěž byla mnohem větší.

Tyto výsledky jsou důležité, neboť politikům ukazují důležitost začlenění psychoonkologie do sféry péče o onkologické pacienty a zároveň vyvracejí skeptické postoje vůči možnostem úspěšného zvládnutí deprese u těchto pacientů. „Nyní disponujeme nezvratnými důkazy a jsme přesvědčeni, že se vydáváme na správnou cestu k zajištění efektivní léčby pacientů trpících depresí,“ prohlásil Mike Sharpe, profesor lékařské psychologie na Oxfordské univerzitě a hlavní autor obou zmíněných studií.



Realizace léčebného programu leží především na bedrech sester se specializací v onkologické péči, které procházejí intenzivním dvanáctitýdenním výcvikem v oblasti péče o onkologické pacienty s depresí. Pracují ve společném týmu s dohlížejícím konzultantem z oboru psychiatrie a spolupracují s onkologickým týmem a praktickým lékařem.

Autoři studie připisují úspěch popísaného modelu více faktorům. Studie byla velmi intenzivní a zahrnovala kombinaci pravidelně vyhodnocované lékové terapie s psychoterapií, rozložené až do deseti individuálních sezení v období čtyř měsíců. Trénink a sezení probíhaly systematicky s pravidelnou supervizí s nahráváním a monitorováním výsledků u pacientů. Vše bylo začleněno do systému onkologické a primární péče, aby se podpořilo přijetí a dodržování léčebného režimu ze strany pacientů.

Autoři také upozornili na překvapivě špatné výsledky v kontrolní skupině, kde více než čtyři z pěti pacientů nereagovali na „obvyklou péči“.

Vítaný přístup

Princip poskytování psychologické podpory jako integrální součásti onkologické péče o pacienty má širokou podporu mezi sdruženími bojujícími za práva pacientů. Evropa Donna, Evropská koalice pro boj proti karcinomu prsu, již dlouho usiluje o to, aby certifikovaná specializovaná centra poskytovala komplexní péči při onemocnění rakovinou prsu. Požaduje, aby přístup k psychoonkologickému poradenství byl jednou z podmínek vydání certifikátu.

Bývalá předsedkyně Evropa Donna a členka kyperské Sněmovny reprezentantů Stella Kyriakidesová říká: „Je nezbytné, aby psychoonkologie byla

ww

Celkem 21 z 27 zemí zahrnuje psychosociální služby do svých národních onkologických programů, avšak pouze polovina z nich si na to vyhradila finanční prostředky

od samého počátku součástí multidisciplinárního přístupu," zároveň však přiznává, že se to u mnoha pacientů jednoduše neděje.

„Je pravda, že mnoha pacientům se nedostává potřebné péče. Velmi málo lékařských center nabízí multidisciplinární přístup k pacientům a ne všechny země disponují středisky tohoto typu.“ Kyriakidesová upozorňuje, že situace pacientů se vzácnými formami nádorových onemocnění je mnohem horší, neboť je málo pravděpodobné, že jim bude poskytnuta multidisciplinární péče. Někde je podle ní situace ještě vážnější, zvláště v jižní Evropě, kde se péče o duševní zdraví nezdá být považována za pouhý luxus a nevěnuje se jí žádná pozornost. „Nejedná se o žádný luxus, ale o právo pacientů,“ nesouhlasí Kyriakidesová.

Německý model

V některých zemích, jako je například Německo, již v praxi funguje integrovaný přístup podobný tomu, jež navrhuje studie SMaRT. Směrnice publikované v lednu tohoto roku o diagnostických a léčebných přístupech doporučují tříkrokový systém zahrnující screening, poradenství a celkovou péči.

Péče může v případech méně vážné úzkosti zahrnovat relaxační techniky nebo psychoedukaci, nebo psychoterapii spojenou s léčbou antidepresiv či farmakologickou léčbu zaměřenou na zvládnutí těžké deprese. Joachim Weis z katedry psychoonkologie na univerzitě ve Freiburgu vysvětluje: „Pokud deprese u pacienta překročí určitou

hranici, doporučíme mu návštěvu psychoonkologa. Pacientům, kteří se nacházejí pod tímto prahem, pouze podáme základní informace o jejich onkologickém onemocnění.“

Weis dodává, že německý systém psychoonkologické péče je založený především na psychologii a psychoterapii. Zapojuje se jen velmi málo psychiatrů. Ještě důležitější je však velký rozdíl mezi péčí o ambulantní a hospitalizované pacienty. Většina onkologicky nemocných je hospitalizována v certifikovaných onkologických centrech, kde je integrovaná psychosociální péče povinnou součástí péče o pacienty. V těchto centrech se pacienti mohou setkávat s psychoonkology, psychoterapeuty, psychology či speciálně vyškolenými sociálními pracovníky. Německé zdravotní sestry, především s vyšším vzděláním v psychosociálních dovednostech, se podílejí více na screeningu než na diagnostice.

Německo je jedinečné v tom, že onkologickým pacientům po ukončení léčby nabízejí třítydenní pobyt v některém ze 130 specializovaných rehabilitačních center, kde jsou jim k dispozici interdisciplinární týmy zahrnující psychoonkology, sociální pracovníky a zdravotní sestry.

Okolo 30–40 % německých onkologických pacientů si vybírá jeden z těchto následných programů, poskytujících vysoce kvalitní péči, říká Weis. „Během této doby máme často lepší příležitost zjistit, zda na ně vysokou měrou doléhá psychosociální tíseň nebo trpí psychiatrickou poruchou. ... Často právě během této rané rehabilitace zjišťujeme, kteří pacienti trpí depresí nebo špatně zvládají svou situaci.“

Podobně jako jinde také v Německu je rozpočet na zdravotnictví velmi napjatý a z úhrady psychoonkologických služeb se stává velký problém. Mezi zdravotními pojišťovnami a německým ministerstvem zdravotnictví probíhá diskuse o zajištění možnosti platit tyto výlohy zvláště, říká Weis, protože se pohybují nad běžný rozpočet. „V Německu se zdravotní systém zaměřuje spíše na technické aspekty, takže nikdy není problém sehnat peníze na lékařské přístroje. Vzhledem k hospodářskému poklesu však bojujeme o peníze na psychoonkologii, protože je na nákupním seznamu onkologické péče až někde u konce.“

Pohled do Evropy

V jiných částech Evropy je situace zcela odlišná. Nedávný průzkum provedený Mezinárodní psychoonkologickou společností (International Psycho-Oncological Society, IPOS) v rámci akce Evropské partnerství pro boj proti rakovině (European Partnership for Action Against Cancer, EPAAC) zmapoval potřeby a možnosti komunikačních dovedností a psychosociální péče v celkem sedmadvaceti zemích celé Evropy.

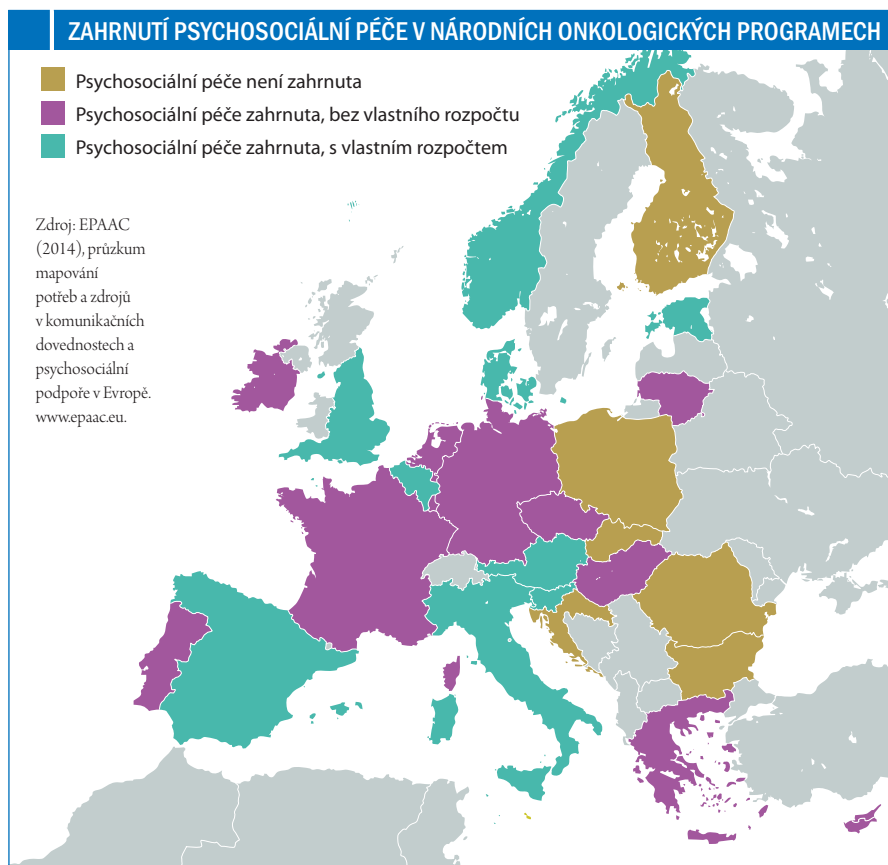
„Třebaže mnoho evropských zemí úspěšně integrovalo psychosociální péči do svých národních onkologických programů, je nepochybně co zlepšovat, zvláště v oblasti alokace zdrojů a rovného přístupu k lékařské péči,“ říká Luzia Travadová, nově zvolená ředitelka IPOS. Travadová se významnou měrou podílela na realizaci celého průzkumu a je přesvědčená, že navzdory

intenzivním národním a mezinárodním kampaním profesionálních organizací stále ještě čelíme silnému odporu proti uznání mentálního zdraví a stresu za podstatné součásti onkologické péče.

Slogan „úzkost je šestou známkou života“ se stal tématem kampaní za lepší psychosociální péči po celé Evropě. IPOS ve svém Standardu kvality onkologické péče zakotvil požadavek, že onkologická péče musí zahrnovat psychosociální oblast jako součást běžné péče a že je třeba vedle teploty, tlaku, pulsu, dechu a bolesti zjišťovat také úzkost jako šestou známku života.

„Pokud chceme dosáhnout lepších výsledků, musí se psychoonkologie stát běžnou součástí standardní rutinní onkologické péče. Musí začít již s určením diagnózy a pokračovat během terapie a všech fází onkologického onemocnění včetně následného života jako vitální součást komplexní vysoce kvalitní onkologické péče,“ říká Travadová. Celkem 21 z 27 zemí sledovaných během průzkumu EPAAC již sice zahrnuje psychosociální služby do svých národních onkologických plánů, avšak pouze polovina z nich si na to vyhradila potřebnou část rozpočtu.

Průzkum objevil celou řadu dalších překážek. Mnoho psychosociálních služeb je v Evropě dostupných pouze v onkologických střediscích, univerzitních nemocnicích a onkologických rehabilitačních centrech, pouze zřídka ve všeobecných nemocnicích. Jejich kvalita je velmi kolísavá a v některých zemích jsou nedostupné či dokonce úplně chybějí.



Podle Travadové je jedním z důsledků tohoto stavu větší neochota lékařů sdělovat pacientům pravdu o jejich diagnóze. Jako příklad uvádí Bulharsko: „Když je zde psychosociální onkologická péče nedostupná, mají lékaři tendenci diagnózu zamlčovat. Cítí se při sdělování diagnózy sebejistěji, mohou-li pacienta odkázat na nějaké místní psychoonkologické služby.“

Průzkum EPAAC rovněž ukázal, že pouze 16 evropských zemí má nějakou psychoonkologickou společnost přičleněnou k IPOS, což může

částečně vysvětlovat nedostatek odborníků a nízký zájem o psychoonkologii v těchto zemích. „V psychosociální onkologické péči je nepochybně nutné zlepšit proces tréninku a certifikace a vytvořit národní programy naléhající na využívání existujících klinických doporučených postupů,“ zdůrazňuje Travadová.

V roce 2013 IPOS v Rumunsku zorganizovala tréninkové workshopy jako součást svých aktivit v rámci EPAAC. Workshopy zahrnovaly demonstraci nejlepších praktických

Je nezbytně nutné zlepšit proces tréninku a certifikace v psychosociální onkologické péči

Je evidentní, že bychom měli část financí přesunout ze snahy o prodlužování života k úsilí o odpovídající kvalitu života onkologických pacientů

postupů v komunikaci a psychosociální péči, založených na odstupňovaných modelech, které spojují úroveň intervence s různými úrovněmi potřeb. „Workshopy probíhaly s pomocí místní vlády po celé zemi. Zahrnovaly výcvik budoucích školitelů, včetně psychologů a onkologů, kteří byli posláni schopni rozšířit výcvikový program do všech regionů Rumunska. Zvali jsme k účasti také zdravotní sestry, jejich angličtina ale nebyla dostatečně dobrá, takže jsme si uvědomili, že musíme připravit samotné Rumuny, aby mohli trénovat ostatní,“ říká Travadová.

Financování psychosociální péče

Panují obavy, že tlak na zdravotnické rozpočty ztěžuje vyčleňování potřebných finančních prostředků na zajištění přístupu všech onkologických pacientů k potřebným psychosociálním službám – nebo na zachování již existujících služeb, jako je tomu v Německu. Vědecký tým, který stojí za studiem SMArT, si byl tohoto problému dobře vědom, a proto provedl analýzu nákladů spojených s poskytováním navrhovaného integrálního přístupu k léčbě deprese onkologických pacientů. Výsledkem je překvapivě nízká částka kolem 600 liber (750 euro) na jednoho pacienta.

Vedoucí vědeckého týmu Mike Sharpe tvrdí, že se jedná o velmi dobře vynaložené peníze. „Jestliže u onkologických pacientů neléčíte depresi, je výsledkem onkologická péče, která je bolestivá, strašlivě ničivá, drahá a pacienti si budou říkat ‚kež bych raději zemřel‘. To přece není dobrý výsledek, nemyslíte?“

Léčba deprese nemusí přispívat pouze k vyšší kvalitě života onkologických pacientů. Lepší psychický stav jim dovolí aktivně se zapojovat do rozhodování o vlastní péči, lépe dodržovat léčebný režim, budou lépe fungovat v práci a doma, což se může promítnout do nižších nákladů na léčbu a dalších ekonomických úspor. Navrhovaný model integrované péče vřele přivítal ředitel resortu zdravotnictví Velké Británie, a hovoří se dokonce o pilotním projektu, jenž by měl být spuštěn v důležitých londýnských fakultních nemocnicích.

Teprve se uvidí, zda podobné nadšení projeví i jiné země. Pro udržení nízkých nákladů na péči je klíčová role specializovaných onkologických sester, které mají obvykle nižší plat než psychologové a psychiatři. V mnoha zemích však pro onkologické sestry neexistují specializované výukové a tréninkové programy.

Stella Kyriakidesová je přesvědčená, že přiznání centrální role onkologickým sestrám je rozumnou strategií. „Zdravotní sestry, nikoli onkologové, jsou v první linii péče o onkologické pacienty, a proto je pochopitelné, že jsou součástí každého integrovaného přístupu k onkologické péči. Na Kypru a v dalších částech Evropy již existují zdravotní sestry specializované na pacientky s rakovinou prsu a představují jejich nezbytnou emocionální podporu. Myslím si, že sestry se staly důležitou součástí podpory a léčby v mnoha oblastech zdravotnictví, včetně duševního zdraví. Dobře vyškolená zdravotní sestra je pro onkologické pacienty

nesmírně důležitá a tento poznatek by se měl rozšířit do celé Evropy.“

Zajištění finančních prostředků pro tento typ péče v rámci celého spektra onkologické péče však vyžaduje oslovit a přesvědčit politiky, zvláště v těch zemích, jež nemají žádné prostředky vyhrazené pro psychosociální péči.

„V roce 2014 jsme se všichni shodli na tom, že výsledky léčby by se neměly hodnotit pouze na základě délky života, ale také na základě jeho kvality. Zdá se proto zcela evidentní, že bychom měli část finančních prostředků přesunout ze snahy o prodlužování života k úsilí o odpovídající kvalitu života onkologických pacientů,“ říká Mike Sharpe.

S jeho názorem souhlasí i Lizia Travadová. „Musíme politiky přesvědčit, že je pro ně výhodnější lépe se starat o občany postižené onkologickým onemocněním, než nevěnovat jejich potřebám žádnou pozornost. Jestliže péči o onkologické pacienty obohatíme o psychoonkologickou dimenzi, náklady se ve skutečnosti sníží, neboť menší počet lidí ukončí zaměstnání v důsledku psychického strádání,“ říká.

Sharpe se však domnívá, že přesvědčit není třeba jen politiky. Zavedení integrovaného přístupu do komplexní onkologické péče se neobejde bez zdravotnických pracovníků, kteří tuto myšlenku přijmou za vlastní a budou ochotni změnit dosavadní praxi a prosazovat nové pracovní metody. Travadová je s ním zajedno: „Nemůžeme prostě vtrhnout do dalších evropských zemí s novými idejemi, aniž bychom tam měli sympatizanty, kteří je budou chtít dále rozvíjet.“ ■