

MULTIDISCIPLINARNOST V ONKOLOGIJI

Janez Žgajnar

Onkološki inštitut Ljubljana

Izvleček

Multidisciplinarnost v onkologiji že desetletja velja za najprimernejši način obravnave bolnikov z rakom. Ob tem je zanimivo, da ta pojem obsega številne zelo različne organizacijske oblike, sestavo in načine dela, ki so se v preteklosti razvili v različnih okoljih. Čeprav do pred kratkim ni bilo mnogo zanesljivih podatkov o vplivu multidisciplinarne obravnave na kazalce kakovosti oskrbe bolnikov z rakom, je danes korist take obravnave nedvoumna. Pred kratkim so pomembna evropska onkološka združenja sprejela dokument, ki predstavlja izhodišča za organizacijo multidisciplinarne obravnave. Čeprav imamo na OI ter v Sloveniji obširno in razvejano multidisciplinarno dejavnost, je nujna analiza organizacije in načina dela multidisciplinarnih timov ter prilagoditev, posodobitev in poenotenje skladno z mednarodnimi priporočili.

Uvod

Multidisciplinarnost v onkologiji je že desetletja pojem, skoraj dogma, ki označuje edini pravi pristop k obravnavi bolnika z rakom. Zato preseneča, da se je ta koncept tako zelo uveljavil še preden so bile opravljene temeljite znanstvene analize uspešnosti oziroma »dodane vrednosti« take obravnave bolnikov. Danes lahko najdemo v literaturi vse več raziskav, ki potrjujejo pravilnost takega pristopa – vsem omejitvam navkljub –, z organizacijo in delovanjem multidisciplinarne obravnave pa se ukvarjajo tako nacionalne kot mednarodne zdravstvene politike ter razna strokovna združenja. V pričujočem prispevku nameravam na kratko povzeti trenutno veljavne poglede na multidisciplinarno obravnavo ter predloge, kako tako obravnavo standardizirati.

Razvoj različnih oblik multidisciplinarne obravnave

Zdravljenje raka nekoč se je začelo z napatitvijo bolnika k bolj ali manj pravemu specialistu za zdravljenje raka, ki je bolnika nato napolil k naslednjemu specialistu in tako naprej. Kot prva oblika multidisciplinarne obravnave so se zato razvili »konziliji« (angl. tumor board), kot poizkus, kako formalno združiti specialiste različnih strok predvsem za obravnavo težjih primerov. Praviloma so obravnavali bolnike – brez njihove navzočnosti – po postavitvi diagnoze in ob prvem zdravljenju. V tem primeru je bila večina bolnikov multidisciplinarno obravnavana le

enkrat med zdravljenjem. Sčasoma je bilo vse več bolnikov predstavljenih na konziliju pred začetkom zdravljenja (prospektivno); tako pododbor za raka ameriškega združenja kirurgov zahteva, da je vsaj 80 % vseh bolnikov obravnavanih prospektivno, vsak bolnik lahko tudi večkrat. Po ameriški literaturi je tak konzilij bolj ali manj posvetovalni sestanek, odločitev pa na koncu sprejme zdravnik, ki je bolnika predstavil. Tako obliko dela zamenjujejo sodobnejši miultidisciplinarni timi za celostno obravnavo. Za njih je značilna stalna multidisciplinarna oskrba bolnika, ki se sproti prilagaja potrebam, bolnik pa je v proces aktivno vključen. Po vsebini ločimo tri skupine ukrepov, za katere skrbi in se odloča tim: samo zdravljenje bolezni, nadzor po zdravljenju ter rehabilitacija in paliativna oskrba, kadar je ta potrebna. Timi so običajno usmerjeni na obravnavo enega organa ali organskega sistema (npr. dojka ali ORL-tim...). Po obliki, organizaciji in načinu dela pa so zelo različni, v veliki meri jih določajo kulturne vrednote nekega okolja in značilnosti zdravstvenega sistema.

Multidisciplinarnost v Evropi

Kljub sorazmerno šibkim dokazom o neposredni koristi multidisciplinarne obravnave za bolnike z rakom v preteklosti se je taka organizacija dela širila v Evropi že pred mnogo desetletji v raznih oblikah. Med prvimi, ki so to zapisali tudi v smernice za organizacijo multidisciplinarnih konzilijev, so bili leta 1995 v Veliki Britaniji. Na evropski ravni je bil tak koncept obravnave posebej poudarjen med predsedovanjem Portugalske na okrogli mizi v Lizboni leta 2007. V okviru projekta Evropskega partnerstva proti raku (EPAAC), ki se je začel leta 2009 (vodila ga je Slovenija), je bila tema multidisciplinarne obravnave v eni od delovnih skupin (Work package 7) posebej obravnavana. Kot izrazit problem je bilo izpostavljeno, da kljub splošno sprejetemu načelu multidisciplinarnosti v onkologiji smernic za organizacijo takega načina dela doslej ni bilo. Kot prvi korak je bila opravljena sistematična analiza literature na tem področju s poudarkom na novih podatkih, zbranih od leta 2005 do 2012. V to analizo je bilo vključenih 22 člankov, ki so obravnavali klinične vidike multidisciplinarne obravnave, ter 29 člankov, ki so obravnavali vidike organizacije in procesov dela. Izsledki te raziskave kažejo na izjemno heterogenost v organizaciji, sestavi in načinu dela multidisciplinarnih konzilijev ali timov v pregledani literaturi. Najpomembnejše pa je, da so podatki potrdili (vsaj nekatere vključene raziskave) številne prednosti multidisciplinarne obravnave za bolnike: bolj primerno in hitrejše načrtovanje diagnostike ter zdravljenja, daljše preživetje bolnikov in izboljšanje kakovosti življenja bolnikov. Nenazadnje je okolje, kjer je organizirana multidisciplinarna obravnava, tudi odlično okolje za izobraževanje, dviga kulturo raziskovanja in pripomore k dvigu kakovosti tudi drugih dejavnosti v nekem okolju.

Izsledki raziskave so bili temelj priprave dokumenta, pri katerem so sodelovala vsa ključna evropska strokovna združenja (ESSO, ESMO, ESTRO, ECCO, EUSOMA, EONS, SIOG, OECl, ...) z naslovom »**Policy statement on multidisciplinary cancer care**«, ki je izšel leta 2014 v *European Journal of*

Cancer. Temelji na prepričanju, da je sodoben multidisciplinarni tim ključen za celostno obravnavo bolnika. Dokument vsebuje vse ključne elemente, ki naj bi jih za organizacijo in delo vključeval multidisciplinarni tim. Dokument je namenjen vsem zdravstvenim izvajalcem in načrtovalcem zdravstvene politike, odgovornim za celostno oskrbo bolnikov z rakom.

V nadaljevanju na kratko povzemam najpomembnejše poudarke tega dokumenta:

Definicija:

Dokument definira multidisciplinarni tim kot »Zvezo (*alliance*) vseh poklicnih skupin, ki se ukvarjajo z določenim rakom, ki sprejemajo svoje klinične odločitve na podlagi znanstveno potrjenih dokazov, sodelujejo v obravnavi bolnikov v vseh fazah bolezni in spodbujajo bolnike k aktivnemu sodelovanju«.

Cilji multidisciplinarne obravnave:

Bolnik naj bo vključen v multidisciplinarno obravnavo čimprej po postavitvi diagnoze, tako za dokončanje diagnostičnega postopka kot za načrtovanje prvega zdravljenja. Poseben poudarek je namenjen vključevanju bolnika v klinične raziskave. Vse odločitve, ki zadevajo kakovost življenja bolnika, morajo biti sprejete s sodelovanjem bolnika. Bolnik mora imeti ves čas dostop do psihosocialne in prehranske podpore. Po končanem zdravljenju je treba načrtovati celostno rehabilitacijo za vsakega bolnika posebej. Pomembno je tesno vključevanje osebnega zdravnika v vse faze obravnave bolezni.

Organizacija multidisciplinarnih timov:

Timi so dolžni poskrbeti za obravnavo vseh novih bolnikov ali pri ponovitvah bolezni. Vsi pristojni specialisti morajo imeti predviden čas za sodelovanje na konzilijih. Timi morajo sprejeti smernice zdravljenja in jih obnavljati vsaj enkrat na dve leti. Timi morajo imeti vodjo ter postaviti koordinatorje dela konzilijev. Zelo pomembna je tudi vključitev medicinskih sester v delo timov.

Zbiranje in obdelava podatkov:

Timi so dolžni prospektivno zbirati podatke (kazalce kakovosti), pomembne za analizo kakovosti dela tima, ter jih redno analizirati. Pri tem naj jim bo v oporo bolnišnični informacijski sistem, ki naj bo povezan z registri raka.

Bolnikove pravice:

Bolnik naj bo skozi cel proces multidisciplinarne obravnave aktivno vključen v odločitve tima na primeren način. Bolnik naj ima vselej možnost do drugega mnenja ali do menjave zdravstvenega osebja. Prav tako je pomembno, da

ima vselej določenega odgovornega zdravnika ter osebo, na katero se lahko obrne oziroma z njo komunicira. Izjemnega pomena so tudi že pripravljene tiskane ali elektronske informacije. Bolnik naj ima tudi dostop do društev bolnikov in prostovoljcev.

Podpora politik:

Usmeritev k opisani zasnovi multidisciplinarne obravnave morajo podpirati tako strokovna združenja, združenja bolnikov kot zdravstvena politika na vseh ravneh, vključno z državnimi programi obvladovanja raka.

Multidisciplinarnost na OI in v Sloveniji

Multidisciplinarna obravnava je kot načelo obravnave bolnikov z rakom vključena tudi v Državni program obvladovanja raka (DPOR), do nje in do enake obravnave pa naj bi imel dostop vsak bolnik v Sloveniji. Čeprav se lahko pohvalimo z dolgo (večdesetletno) tradicijo in tudi razvejano konziliarno dejavnostjo, pa smo še daleč od željenega, tako na OI kot v državi. Na OI imamo znotraj timov organizirane zelo različne načine konziliarnega dela, pogosto v povezavi z UKC Ljubljana, s katerimi pokrivamo večino bolnikov – vsaj zdi se tako – na kar smo lahko ponosni. Z veseljem lahko ugotovimo, da imajo številni timi v svoje delo že sedaj vključene številne zahteve, ki jih prinaša evropski dokument. In obratno, marsikje je mnogo priložnosti za izboljšave. Podobno velja za konziliarno dejavnost v Sloveniji, ki jo skupaj s kolegi drugih ustanov zagotavljamo bolnikom z rakom.

Prvi korak za izboljšavo je analiza, ki jo pripravljamo za 27. Onkološki vikend in je vsebina tega zbornika. Tisto, kar naj sledi, je pomembnejše: ukrepi, ki pomenijo približevanje sodobnim zahtevam celostne multidisciplinarne obravnave bolnikov z rakom.

Viri in literatura

1. Atun R, Ogawa T, Martin-Moreno JM. Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe. 2009(4204).
2. Borrás JM, Albrecht T, Audisio R, Briers E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. European journal of cancer. 2014;50(3):475-80.
3. Carey M, Sanson-Fisher R, Lotfi-Jam K, Schofield P, Aranda S. Multidisciplinary care in cancer: do the current research outputs help? European journal of cancer care. 2010;19(4):434-41.
4. Fennell ML, Das IP, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. Journal of the National Cancer Institute Monographs. 2010;2010(40):72-80.
5. Gouveia J, Coleman MP, Haward R, Zanetti R, Hakama M, Borrás JM, et al. Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007. European journal of cancer. 2008;44(10):1457-62.

6. <http://www.facs.org/cancer/coc/programstandards2012.pdf>
7. http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/preventiva_v_zdravstvenem_varstvu/drzavni_program_za_obvladovanje_raka/
8. Prades J vHE, Remue E, Borrás JM. . Multidisciplinary teams in cancer care: a systematic review of the evidence. Deliverable 1, specific objective 1.1; Work Package 7 of the EPAAC Available from: www.epaac.eu.
9. Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *European journal of cancer*. 2006;42(15):2459-62.
10. Saini KS, Taylor C, Ramirez AJ, Palmieri C, Gunnarsson U, Schmoll HJ, et al. Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2012;23(4):853-9.