

EDITORIAL

Transition between healthcare services for cancer patients

Daniela Moşoiu^{1,2}

¹Universitatea Transilvania Braşov, România

²Fundația HOSPICE Casa Speranței, Braşov, România

Coming from a healthcare system that emphasises hospital care and where community care is poorly developed, it is difficult to conceive a smooth transition between care settings that ensures continuity of care.

A major barrier to achieving a smooth transition between services is the suboptimal communication between different professionals or different healthcare services^{1,2}, and lack of clarity in communication with families³. The most accessible tools for inter-sectoral communication are medical letters which most often go beyond a medical summary of the patient's situation, the analyses and treatments in the hospital, the medication to be followed, have standard formulations concerning the main post-treatment toxicities (febrile neutropenia, emesis, diarrhoea) and possibly some references to diet. Also mentioned here are details of the next course of treatment. The implicit message is that the hospital is able to manage patient care without the support of community care services.

On top of this, patients form an attachment to the hospital professionals who are there for them during their cancer treatment and it is difficult to believe that, when patients' palliative needs become predominant and patients are referred to palliative care service, they will not perceive this transfer as abandonment.

The elements necessary for the smooth transfer of cancer patients to palliative care in the community are multiple and I will focus on just a few: identification of the patient with palliative needs, advance care planning, honest and compassionate communication and terminal care.

The identification of patients with palliative needs also depends on the model of palliative care applied: early integration where palliative care is offered alongside curative treatment or where palliative care is provided in the last months/year of life. In the latter situation, an easy screening tool to use is the surprise question: "Would you be surprised if your patient dies in the next 6 months/year?" Using this question is easy and allows

for quick identification of potential patients with palliative care needs. Its specificity and accuracy regarding prognosis varies widely in different population groups and therefore more recently, specialists propose the use of the double surprise question, i.e. alongside "Would you be surprised if your patient dies in the next 6 months/year?" and the question "Would you be surprised if your patient is still alive after the next 6 months/next year?"⁴

Along with these questions, hospital professionals must be able to make also holistic assessment of the patient's needs, considering alongside physical needs, also those in the psycho-emotional, spiritual and social domains. Honest and compassionate communication is the key element in any medical act, and especially when sensitive subjects such as values, life plans, hopes, fears are being discussed. Advance care planning is a much debated topic, there is legislation in many states and standard documentation for advance care planning. However a European ACTION study in 6 countries showed that "advance care planning discussions had no impact on patient quality of life, coping or involvement in decision making" in patients with colorectal or lung cancer and other modalities should be explored.⁵

Health care services in the community are not prepared to provide terminal care, and therefore training and support provided through specialized palliative services is vital.

In conclusion, in order to have a smooth transfer between hospital and community care services, palliative care and the family doctor need to be involved early in the disease trajectory with well defined roles so that the patient does not experience abandonment. Palliative care services need to play an active role in training, both community and hospital professionals, in identifying palliative care needs in cancer patients, communication and care planning, and provide support to other community care services.

¹ Oosterveld-Vlug MG, Custers B, Hofstede J, et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):96. doi:10.1186/s12904-019-0485-7

² Aamodt IMT, Lie I, Hellesø R. Nurses' perspectives on the discharge of cancer patients with palliative care needs from a gastroenterology ward. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(8):396-402. doi:10.12968/ijpn.2013.19.8.396

³ Wilson DM, Birch S. Moving from place to place in the last year of life: A qualitative study identifying care setting transition issues and

solutions in Ontario. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):232-239. doi:10.1111/hsc.12513

⁴ Ermers DJ, Kuip EJ, Veldhoven C, et al. Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine*. 2021;35(3):592-602. doi:10.1177/0269216320986720

⁵ Korfage IJ, Carreras G, Arnfeldt Christensen CM, Billekens P, Bramley L, Briggs L, Bulli F, Caswell G, Červ B, van Delden JJ, Deliens L. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS medicine*. 2020 Nov 13;17(11):e1003422.

Transferul între serviciile de sănătate pentru pacienții oncologici

Venind dintr-un sistem de sănătate care pune accent pe asistența medicală spitalicească și în care asistența comunitară e slab dezvoltată e dificil de conceput o tranziție lină între locațiile de îngrijire care să asigure continuitatea îngrijirii.

O barieră importantă în realizarea unei tranziții bune între servicii este reprezentată de comunicarea suboptimală între diferiți profesioniști sau diferitele servicii medicale^{1,2}, precum și neclaritatea în comunicarea cu familiile³. Instrumentele la îndemână pentru comunicarea intersectorială sunt scrisorile medicale care cel mai adesea, dincolo de o sinteză medicală a situației pacientului, analizele și tratamentele din spital, medicația de urmat, au formulări standard vizând principalele toxicități post tratament (neutropenia febrilă, emeza, diareea) și eventual câteva referiri la regimul alimentar. Tot aici sunt menționate și date legate de următorul ciclu de tratament. Mesajul implicit este acela că spitalul este capabil să gestioneze fără suportul serviciilor din comunitate îngrijirea pacientului.

Pe lângă acestea, pacienții creează un atașament față de profesioniștii din spital care le sunt alături pe parcursul tratamentului oncologic și este dificil de crezut că, atunci când nevoile paliative ale pacienților devin predominante și pacienții sunt îndrumați spre paliative, aceștia nu vor percepe acest transfer ca un abandon.

Elemente necesare pentru transferul lin al pacienților oncologici spre îngrijire paliativă în comunitate sunt multiple și mă voi opri doar asupra câtorva: identificarea pacientului cu nevoi de paliative, planificarea în avans a îngrijirii, comunicarea onestă și cu compasiune și îngrijirea terminală.

Identificarea pacienților cu nevoi de paliative depinde și de modelul de paliative adoptat, cel de integrare precoce în care paliativele sunt oferite în paralel cu tratamentul curativ sau cel în care paliativele se oferă în ultimele luni/ an de viață. În situația din urmă un instrument de screening ușor de folosit este întrebarea surpriză: „Ați fi surprins dacă pacientul dvs. decedează în următoarele 6 luni/ următorul an?” Utilizarea acestei întrebări este facilă și permite rapid identificarea potențialilor pacienți cu nevoi de îngrijire paliativă.

Specificitatea ei și acuratețea vizând prognosticul variază mult în diferite grupe populaționale și de aceea mai recent, specialiștii propun utilizarea întrebării surpriză duble, adică alături de „Ați fi surprins dacă pacientul dvs. decedează în următoarele 6 luni/ următorul an?” și întrebarea „Ați fi surprins dacă pacientul dvs. este încă în viață după următoarele 6 luni/ următorul an?”⁴ Răspunsul *nu* la prima și *da* la a doua întrebare oferă o acuratețe de 77%.

Alături de aceste întrebări, profesioniștii din spital trebuie să fie capabili și să evalueze holistic nevoile pacientului, luând în considerare alături de nevoile fizice, și cele din domeniul psihonoțional, spiritual și social. Comunicarea onestă și cu compasiune este elementul cheie în orice act medical, și mai ales atunci când subiecte sensibile ca valori, planuri de viață, speranțe, temeri sunt puse în discuție. Planificarea în avans a îngrijirii este o tematică mult dezbătută, există legislație în multe state și documentație standard pentru planificarea în avans a îngrijirii. Cu toate acestea, un studiu european ACTION, realizat în 6 țări, a arătat că „discuțiile privind planificarea anticipată a îngrijirii nu au avut niciun impact asupra calității vieții pacienților, a capacității de adaptare sau a implicării în luarea deciziilor” la pacienții cu cancer colorectal sau pulmonar și că ar trebui explorate alte modalități.⁵

Serviciile din comunitate nu sunt pregătite să ofere îngrijire terminală, și de aceea instruirea și suportul oferit prin servicii de paliative specializate este vital.

În concluzie, pentru a avea un transfer lin între serviciile de spital și cele din comunitate, paliativele și medicul de familie trebuie să fie implicați precoce în traectoria bolii cu roluri bine definite pentru ca pacientul să nu resimtă abandonul. Serviciile de paliative trebuie să joace un rol activ în instruirea atât a profesioniștilor din comunitate, cât și din spital, în ceea ce privește identificarea nevoilor de paliative la pacienții oncologici, comunicare și planificarea îngrijirii, și să ofere sprijin celorlalte servicii comunitare.