

DILEME OSEBNEGA ZDRAVNIKA PRI OBRAVNAVU BOLNIKA S PLJUČNIM RAKOM

Danica Rotar Pavlič

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani,
Ambulanta družinske medicine

IZVLEČEK

Izhodišča. Izbrani zdravnik se srečuje pri obravnavi pljučnega raka z vrsto nalog in težav: od zgodnjega odkrivanja raka pljuč do spremljanja bolnika in njegove družine med zdravljenjem.

Zaključki. Pomembno je izboljšanje interdisciplinarnega sodelovanja. Tako bi bilo mogoče dodatno okrepiti kvaliteto skrbi za bolnika in njegove svojce. Bolnike s pljučnim rakom dodatno bremenijo spremljajoče bolezni, izbrani zdravnik pa ob vsej zavzetosti rešuje še administrativne zaplete.

UVOD

Rak je bil leta 2011 drugi najpogostejši vzrok smrti v evropskih državah in je k umrljivosti prispeval kar 26 %. Rak pljuč je bil tedaj še vedno daleč najpogostejši razlog smrti pri rakah med moškimi, sledila pa sta mu kolorektalni rak in rak prostate. Glede na umrljivost evropskih žensk se je rak pljuč leta 2011 uvrščal med rakom dojk (16,3 %) in kolorektalnim rakom (12,5 %). Najvišja stopnja umrljivosti zaradi pljučnega raka je bila leta 2011 zabeležena na Madžarskem, Poljskem in Hrvaškem.

Analiza umrljivosti, ki jo je objavila Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (OECD, *Organisation for Economic Cooperation and Development*) za področje raka pljuč, vključuje kode mednarodne klasifikacije bolezni ICD-10. Analitiki poudarjajo, da lahko mednarodno primerljivost med različnimi državami zavajajo razlike v medicinski izobrazbi ter praksi, pa tudi sistemi certificiranja smrti. Slovenija je glede na starostno standardizirano stopnjo umrljivosti za pljučnim rakom na 100.000 prebivalcev takoj za evropskim povprečjem.¹

POMEN ZGODNJEGA ODKRIVANJA

Zdrav človek si težko predstavlja stisko bolnika, ki ve, da bi mu bolezen lahko odkrili že prej, zaradi česar bi imel večje možnosti za ozdravitev in bi bil deležen manj agresivnega zdravljenja. Čeprav se je stanje na mnogih področjih že izboljšalo, se še vedno srečujemo z bolniki, ki predolgo čakajo na preiskave in zdravljenje. Zato je zelo pomembno, da zdravnik, ki sumi na možnost pljučnega raka, izda ustrezne napotnice in z osebnim angažiranjem prispeva k čimprejšnji diagnostiki.

Zdravniki družinske medicine kljub velikim obremenitvam še vedno premalo poudarjamo pomen opustitve kajenja med bolniki, ki obiskujejo naše ambulante. Bolj bi se morali zavzeti pri razlagah, da so v cigaretnem katranu našli prek 4000 snovi, med njimi kar 40 rakotvornih. Prav tako bi morali še dejavneje ozaveščati ljudi, da je obolenje in umiranje za pljučnim rakom povezano s številom pokajenih cigaret in s trajanjem kajenja. Vsi skupaj bi si morali prizadevati za manj onesnažen zrak v mestih, ki je povezan z nekoliko višjim tveganjem za nastanek pljučnega raka. Pri obravnavi bolnikov (teh je na eno ambulanto zdravnika družinske medicine v povprečju prek 2000) ne smemo pozabiti na delavce, ki so bili v preteklosti zaposleni v obratih azbesta, prav tako pa tudi na vse tiste, ki so (bili oz. so še) izpostavljeni arzenu, radioaktivnemu sevanju, policikličnim ogljikovodikom, plastičnim snovem, vinilkloridu in mnogim drugim kemikalijam. Na večjo pojavnost pljučnega raka moramo pomisliti pri bolnikih s kroničnimi pljučnimi boleznimi, ki jih spremlja brazgotinjenje.²

Morda se bo stanje tudi na področju primarne in sekundarne preventivne dejavnosti kmalu izboljšalo, saj smo leta 2011 začeli uresničevati projekt referenčnih ambulant. V njih poleg zdravnika, zdravstvenega tehnika oz. srednje medicinske sestre dela še diplomirana medicinska sestra z večletnimi delovnimi izkušnjami in specialnimi znanji. Vsi naštetih v okviru kurativne dejavnosti obravnavajo bolnike, ki jih zdravimo zaradi ene ali več izmed naslednjih kroničnih bolezni: arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen, benigna hiperplazija prostate, depresija, koronarna obolenja in osteoporozna. Obravnava v referenčni ambulanti traja približno 45 minut in je individualna. Diplomirana medicinska sestra poleg drugih dejavnikov tveganja vsakega bolnika povpraša tudi glede kajenja.³

Kljub željam, da bi bila preventiva tudi na področju raka pljuč učinkovitejša, nobena od metod za presajanje skupin prebivalstva s povečanim tveganjem za nastanek pljučnega raka doslej ni pokazala zmanjšanja smrtnosti, razen ameriške raziskave pred 5 leti, ki je sicer že vplivala na preoblikovanje smernic, vendar priporočila še niso obvezujoča.⁴⁻⁶

NA PODLAGI PRIMEROV SE LAHKO UČIMO IZBOLJŠATI OSKRBO BOLNIKOV S PLJUČNIM RAKOM

Pljučni rak v zgodnjih stadijih bolnikom ne povzroča težav in ga zdravnik družinske medicine običajno odkrije po naključju. Najpogostejši simptom, ki ga navaja bolnik, je kašelj, ki postaja vedno intenzivnejši in bolj dražeč. Manj pogoste so hemoptize, ki pa z veliko verjetnostjo kažejo na pljučnega raka. Zaradi zoženja ali zapore velikih dihalnih poti se pojavita dispneja in stridor. Neredko zdravnik pomisli na rak pljuč pri bolnikih s ponavljajočimi se pljučnicami. Bolniki lahko opisujejo simptome in znake, ki so posledica lokalne rasti tumorja, zasevkov in sistemskih pojavov, ali pa tudi simptome drugih bolezni. Poudariti je potrebno, da se v družinski medicini zdravnik srečuje z najširšo paleto simptomov, stanj ter z multimorbidnimi bolniki in da se mora odločati »na prvi bojni črti«. Kako težka je včasih obravnava bolnika z rakom pljuč, ponazarjajo naslednji primeri.

82-letnega moškega, ki ni nikoli kadil, so obravnavali različni specialisti zaradi aortne stenoze, arterijske hipertenzije, mešane hiperlipidemije, hiperplazije prostate, katarakte, stanja po cerebrovaskularnem inzultu frontalno, hude gonartroze in stanja po pljučni emboliji. V starosti 30 let so ga obsevali zaradi Hodgkinovega limfoma. V redni terapiji je jemal 9 različnih zdravil. V okviru predoperativnih preiskav pred operacijo desnega kolena so na rentgenskem posnetku pljuč ugotovili 4 cm veliko spremembo. Pred tem pregledom je zanikal težko sapo, kašelj, mrzlico. Diagnosticalirali so slabo diferenciran ne-drobnocelični rak pljuč, ki ni zajemal vitalnih struktur; stadij T4 N0 M0.

Dileme, s katerimi se srečuje izbrani zdravnik, se nanašajo na bolnika samega, na svojce, specialiste različnih specialnosti ter na administrativne ukrepe, ki so za bolnika in svojce zelo pomembni. Vsekakor mora biti v središču pozornosti in zdravnikovega delovanja bolnik kot celovita oseba. Ob tem mora zdravnik oceniti breme sočasnih bolezni in kakovost življenja oz. bolnikov funkcionalni status. Če oceni, da je bolnikova psihofizična zmogljivost slaba, že ob diagnostiki omeni, da gre za dejavnik, ki ga ne smemo prezreti, da je treba oceniti dobrobit, ki jo prinaša morebitno dodatno zdravljenje, prav tako pa tudi vse s tem povezane slabosti. Pogovor z bolnikom je popolnoma drugačen v primeru dobre telesne in psihične zmogljivosti. Tako je tudi bolnik iz prej omenjenega primera kljub številnim sočasnim boleznim začel z zdravljenjem in po obsevanjih z radikalnim odmerkom 60 Gy nadaljeval še z obravnavo na ortopedski kliniki (bolnik je bil namreč v zelo dobri kondiciji).

Že ob začetku diagnostike pljučnega raka in tudi ves čas zdravljenja ali paliativne oskrbe je potrebno vključevati svojce.

Vključili smo tudi svojce 64-letnega moškega, nekadilca, ki smo ga napotili na operativno desnostranskega plevralnega izliva. Njegove težave so se začele dva tedna pred obiskom izbranega zdravnika, ki je kot delovno diagnozo postavil pljučnico ter opravil

redno in kontrolno rentgensko slikanje pljuč. Obravnavani moški je bil pred leti večkrat izpostavljen prahu v Anhovem. Najprej se je zdravil na Golniku in pozneje še na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Zaradi napredovanja bolezni in bolečin je izbrani zdravnik kmalu začel s hišnimi obiski, v obravnavo bolnika pa je vključil tudi patronažno službo. Pri tem so bili timu na primarni ravni zelo v pomoč pravočasni izvidi Onkološkega inštituta, ki so vključevali tudi natančne opise (na primer sestavo analgetične mešanice elastomerne črpalke) in navodila za zdravljenje nevropatske bolečine. Svojci so bili ves čas seznanjeni s potekom bolezni, saj so bili ob hišnih obiskih prisotni in so spremljali stanje. V opisanem primeru je bilo torej sodelovanje s svojci idealno.

Vsi pa smo se že kdaj srečali tudi z drugačnimi situacijami. Nekateri bolnikovi sorodniki le s težavo sprejemajo ‚hudo diagnozo‘. Pri izbranem zdravniku se oglašijo brez vednosti obolelega in zahtevajo drugo mnenje, ponovne preiskave CT in MR, takojšnji sprejem v drugi bolnišnici ipd. Včasih s poslabšanji in potekom bolezni po njihovi pripovedi sploh niso seznanjeni. Tako se je že večkrat zgodilo, da so se svojci oglasili v ambulanti v petek popoldan z začasno odpustnico in s kopico vprašanj. Zdravnik se je tako znašel pred dilemo, kako naj se odzove. Ravno ob zaključkih tedna in delavnika je že tako ali tako pod dodatnimi pritiski, saj takrat v ambulanto pridejo številni nenaročeni bolniki, ki ‚lovijo zadnje minute‘. Zavedati se moramo, da pogovor s svojci, ki dvomijo v diagnozo ali sumijo v pravilnost zdravnikovih odločitev, zahteva veliko več časa od običajnega posveta. Vsaka naglica lahko privede do neizogibnih konfliktov.

Sodelovanje med različnimi specialisti ponazarja primer 70-letnega bolnika, ki je dolga leta skrbel za hudo bolnega sina. Težko doživljanje bolezni in prizadevanja, da sin ne bi trpel, so privedli do tega, da k zdravniku, če se je le dalo, ni zahajal. Po sinovi smrti so ga zaradi kašlja in kajenja napotili na nadaljnjo obravnavo k pulmologu, ki je ugotovil nezdravljen kronični kadilski bronhitis; začel je tudi z zdravljenjem sladkorne bolezni. Bolnik je bil tako voden pri treh zdravnikih – diabetologu, pulmologu na primarni ravni in izbranem zdravniku. V letošnjem letu ga je slednji zaradi spremenjenega načina kašlja in pokov v pljučnem krilu napotil na rentgensko slikanje pljuč. Nadaljnja diagnostika radiološko ugotovljenih sprememb je pokazala nedrobnocelični rak levega zgornjega pljučnega režnja, stadij T1b N0-1 M0. Bolnik zdaj že okreva po uspešno opravljeni operaciji. Vnovični kronološki pregled dogajanj je pokazal hitro in učinkovito zdravljenje po postavitvi diagnoze. Morda bi bilo mogoče nekaj časa pridobiti z zgodnejšo opredelitvijo diagnoze.

Predvsem na področju sodelovanja med različnimi specialisti, ki vodijo kronične bolezni, velja poudariti ključno vlogo izbranega zdravnika, ki naj bo tudi koordinator. Prav zato mora sprotno prejemati vse izvide, po drugi strani pa morajo sprejemni zdravniki upoštevati tudi vsa pooblastila, ki jih izbrani zdravnik napiše na napotnico. Naročanje dodatnih preiskav, ki jih bolnik ustno ali pisno posreduje izbranemu zdravniku, kljub že navedenemu prenosu pooblastil ni sprejemljivo.

Izbrani zdravnik je v sklopu obravnave onkološkega bolnika izpostavljen tudi številnim administrativnim opravilom. Če gre za bolnika, ki je še v delovnem razmerju, mora skrbeti za pravočasne vloge imenovanemu zdravniku glede bolniškega staleža. Pri tem se še vedno dogaja, da se pozneje z odločbo pri njem oglasi bolnik, ki sprašuje, ali mora biti med bolniškim staležem res ves čas doma. Kadar sčasoma bolezen napreduje, se pojavi vprašanje invalidske upokojitve. Izbrani zdravnik je sicer dolžan vložiti vlogo, kadar traja bolniški stalež več kot eno leto, vendar se v primeru rakavih boleznih odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje običajno glasijo, da zdravljenje ni končano.

Zdravnik bolniku, pri katerem je bolezen napredovala, v skladu s pravili ZZZS izda naročilnico za higienske in tehnične pripomočke, na primer negovalno posteljo, trapez, varovalno ograjo, mizice ipd. Tako poleg zdravniškega opravlja tudi zavarovalniško delo. Pisanje različnih naročilnic je za izbranega zdravnika brez dvoma dodatna časovna obremenitev. Čeprav dodatek za pomoč in postrežbo po novem vlagajo bolniki ali njihovi svojci sami,⁷ se še vseeno dogaja, da ostareli svojci niso sposobni sami dokončati postopka, ki je potreben pri vlogi, zato se po pomoč ali nasvet obrnejo na izbranega zdravnika.

ZAKLJUČKI

Komunikacija je ključni element dela v družinski medicini. Kot enega od najpomembnejših elementov ga vse bolj prepoznavamo tudi v obravnavi bolnikov z rakom. Še vedno ugotavljamo, da svojci ali bolnik izbranemu zdravniku povedo, da so jim ob odpustu z oddelka le vročili pismo in da pravzaprav sploh ne vedo, kaj se dogaja (včasih v stresni situaciji večino navodil tudi preslišijo). Zdravnik družinske medicine mora razmisliti, kakšen način seznanjanja z diagnozo najbolj ustreza posameznemu bolniku. Temu je vsekakor potrebno posvetiti dovolj časa, da lahko postavi vprašanja in se temeljito pogovori o svoji bolezni. Prav tako sta pomembna ustrezen čas in kraj seznanitve z diagnozo.

Predvsem pa je potrebno izboljšati timsko delo ter sporazumevanje med terciarno, sekundarno in primarno ravni.

Področja, ki zahtevajo izboljšave, so:

- Hitra in učinkovita napotitev bolnikov s sumom na rakavo obolenje.
- Zgodnji odpust bolnikov z rakom zahteva učinkovitejšo povezavo z izbranim zdravnikom na primarni ravni. Nepričakovan in zgoden odpust včasih povzroči velike organizacijske težave: od tima osnovnega zdravstva pričakujejo, da dodatno ob rednem delu izvaja še *ad hoc* delo na domu.
- Vzpostavitev protokolov za primere hujših akutnih poslabšanj.

- Povečanje aktivne vloge bolnikov in negovalcev v procesu obravnave.
- Izboljšanje spretnosti izvajalcev na področju izgradnje medsebojnih odnosov.
- Izboljšanje koordinacije obravnave med posameznimi izvajalci.

LITERATURA

1. Health at a glance: Europe 2014. [Internet]. OECD Publishing, 2014. [citirano 2015 Avg 23]. Dosegljivo na http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
2. Debeljak A, Triller N, Kecelj P, Pompe-Kirn V, Rott T, Osolnik K, et al. Smernice za internistično obravnavo bolnika s pljučnim rakom. Zdrav Vestn 2001; 70: 751-70.
3. Presekar U. Že poznaš referenčne ambulante? [Internet]. Med.Over.Net. Delamo s srcem. [citirano 2015 Avg 20]. Dosegljivo na <http://med.over.net/clanek/ze-poznas-referencne-ambulante/>
4. Debeljak A. Zgodnja diagnostika začetnih oblik pljučnega raka. Zdrav Vestn 2005; 74: 717-20.
5. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 2011; 365: 395-409.
6. Detterbeck FC, Mazzone PJ, Naidich DP, Bach PB. Screening for lung cancer. Diagnosis and management of lung cancer. 3rd edition. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. [Internet]. Chest 2013; 143(5 Suppl): e78S-92S. [citirano 2015 Avg 30]. Dosegljivo na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749713/>
7. ZPIZ. Dodatek za pomoč in postrežbo [Internet]. [citirano 2015 Avg 21]. Dosegljivo na <http://www.zpiz.si/cms/?ids=content&inf=333>