



REHABILITACIJA BOLNIKOV S PLJUČNIM RAKOM

mag. Olivera Masten Cuznar, dr. med.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Ljubljana

UVOD

Rak pljuč je najpogostejši rak v svetu. V Sloveniji vsako leto na novo zboli okrog 1200 ljudi, med temi polovica v starosti od 55 do 75 let in tretjina žensk. Delež kadičev med moškimi pada, kadi pa vse več mlajših žensk in prav med slednjimi obolenost za rakom pljuč narašča. Po pogostnosti je ta bolezen pri nas na 4. mestu, s čimer se Slovenija uvršča nekje v sredino evropske lestvice. Okrog 50 % bolnikov ima že ob odkritju znake in simptome napredovale bolezni, kar napoveduje slabo prognozo, saj predstavlja glavnega krivca za smrt med bolniki z rakom. Povezava med kajenjem in nastankom raka na pljučih je dokazana, vpliv imajo tudi genetski dejavniki ter delovno in bivalno okolje. Pomembna je primarna preventiva. V tujini so na voljo presejalni programi. Ob sumu na bolezen je potrebna pospešena diagnostika, ustrezno zdravljenje in rehabilitacija v skladu s stadijem bolezni.^{1,2}

NAČRT, CILJI IN SODELOVANJE ZA BOLJŠI POTEK REHABILITACIJE

Z izboljšanjem diagnostike in načinov zdravljenja se preživetje bolnikov z rakom pljuč podaljšuje. Ustrezen načrt s cilji rehabilitacije ter dobra koordinacija in sodelovanje med strokovnjaki različnih področij se mora prilagajati stadiju bolezni, bolnikovemu psihofizičnemu stanju, njegovim potrebam in počutju. Pozno odkrita bolezen pomeni, da so zasevki razširjeni že po vsem telesu, kar lahko pripelje do nevroloških okvar in patoloških zlomov, ter zahteva individualno izvajanje vaj in eventualno oskrbo z ortozami.³

Ob postavitvi diagnoze in pred pričetkom specifičnega zdravljenja je potrebna ocena prehranjenosti in ob izgubi več kot 5 % telesne teže dodatna specializirana prehranska podpora. Respiratorna in lokomotorna fizioterapija, ročna limfna drenaža in elektroterapija pomagajo lajšati simptome zastajanja sluzi, nezadostnega izkašljevanja z znaki respiratorne insuficience in utrujenosti. Pomemben del fizioterapije v napredovali fazi so različne sprostitvene tehnike v povezavi z dihalnimi vajami. Bolnik s pljučnim rakom ima neozdravljivo bolezen z relativno kratko prognozo preživetja, ob respiratorni insuficienci pa ima zagotovljeno tudi terapijo s kisikom na domu.

Bolniki z rakom v napredovali fazi so prestrašeni, psihično in fizično izčrpani, brez volje do življenja, pri izvajanju fizioterapije pa slabo sodelujejo. Po kirurškem zdravljenju raka pljuč se pri 10–15 % bolnikov pojavi bolečina kot posledica operativne poškodbe interkostalnih živcev,

reber in ostalega tkiva. Po izključitvi napredovanja bolezni bolnik čim prej potrebuje zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine, saj 6 mesecev po torakotomiji ta postane kronična in težje ozdravljiva. Protibolečinska terapija mora biti dovolj zgodnja in optimizirana, da so bolniki sploh lahko zmožni fizioterapije.

Rehabilitacija tako ne predstavlja samo zdravljenja v zdravilišču (Strunjan, Zreče, Rimske terme), ampak gre za proces od samega začetka zdravljenja pa do konca življenja, ki vključuje učenje novih vedenjskih vzorcev in uporabo medicinskih pripomočkov za zmanjševanje telesnih in duševnih posledic bolezni.

V Tabeli 1 so predstavljeni podatki o deležih zdraviliških zdravljenj po standardih, v Tabeli 2 pa o deležih za odobrena zdravljenja pljučnih bolnikov (od otrok do vključno bolnikov s pljučnim rakom), ki so jih odobrili imenovani zdravniki na ZZS.

Tabela 1. Delež odobrenih standardov glede na vse odobrene standarde.

OE	Standard 1 I-XII 15	Standard 2 I-XII 15	Standard 3 I-XII 15	Standard 4 I-XII 15	Standard 5 I-XII 15	Standard 6 I-XII 15	Standard 7 I-XII 15	Standard 8 I-XII 15	Standard 9 I-XII 15	Skupaj I-XII 15
CE	3,59 %	3,22 %	58,23 %	16,83 %	6,47 %	4,97 %	0,29 %	4,59 %	1,80 %	100,00 %
KP	1,73 %	0,54 %	74,39 %	6,49 %	6,79 %	3,57 %	0,71 %	2,62 %	3,16 %	100,00 %
KK	1,44 %	0,24 %	67,78 %	11,86 %	7,90 %	4,67 %	0,84 %	3,95 %	1,32 %	100,00 %
KR	0,56 %	0,10 %	71,83 %	11,19 %	7,64 %	4,46 %	0,72 %	2,26 %	1,23 %	100,00 %
LJ	1,32 %	2,26 %	63,50 %	12,31 %	8,01 %	5,02 %	1,04 %	2,95 %	3,59 %	100,00 %
MB	6,10 %	2,40 %	59,85 %	11,79 %	6,73 %	4,87 %	0,34 %	6,21 %	1,70 %	100,00 %
MS	4,91 %	1,67 %	62,19 %	10,35 %	8,68 %	5,09 %	0,44 %	4,21 %	2,46 %	100,00 %
NG	2,13 %	0,10 %	66,05 %	3,30 %	12,32 %	5,63 %	1,94 %	3,98 %	4,56 %	100,00 %
NM	0,93 %	0,19 %	70,58 %	9,31 %	10,06 %	4,47 %	0,65 %	2,70 %	1,12 %	100,00 %
RK	4,32 %	6,07 %	57,77 %	11,87 %	6,35 %	5,84 %	0,83 %	5,01 %	1,93 %	100,00 %
ZZS	2,80 %	2,15 %	63,73 %	11,52 %	7,67 %	4,91 %	0,76 %	3,91 %	2,53 %	100,00 %

Vir: analitični podatki ZZS



Legenda

STANDARD 1 – vnetne revmatske bolezni

STANDARD 2 – degenerativni izven-sklepni revmatizem

SATNDARD 3 – po poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu s funkcijsko prizadetostjo

SATNDARD 4 – nevrološke bolezni, poškodbe in bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema

SATNDARD 5 – bolezni srca in ožilja in stanja po operacijah srca in ožilja

SATNDARD 6 – ginekološke bolezni, po operativnih posegih v mali medenici, testisih in na prsih

SATNDARD 7 – kožne bolezni

SATNDARD 8 – bolezni prebavil in endokrinih žlez, stanja po operacijah

SATNDARD 9 – bolezni dihal

Tabela 2. Standard 9 – obolenja dihal (podatki za I-XII 2015).

OE	Standard 9	Skupaj	Delež odobrenega standarda 9 glede na vse odobrene standarde v OE	Delež odobrenih v OE glede na vse odobrene standarde 9 v ZZZS
I-XII 15	I-XII 15	I-XII 15	I-XII 15	I-XII 15
CE	43	2.394	1,80 %	6,84 %
KP	53	1.679	3,16 %	8,43 %
KK	11	835	1,32 %	1,75 %
KR	24	1.949	1,23 %	3,82 %
LJ	294	8.181	3,59 %	46,74 %
MB	75	4.411	1,70 %	11,92 %
MS	28	1.140	2,46 %	4,45 %
NG	47	1.031	4,56 %	7,47 %
NM	12	1.074	1,12 %	1,91 %
RK	42	2.174	1,93 %	6,68 %
ZZZS - skupaj	629	24.868	2,53 %	100,00 %

Vir: analitični podatki ZZZS

Fizikalna terapija pri bolnikih z rakom pljuč je usmerjena k izboljšanju tehnike dihanja, vadbi tehnike maksimalne razteznosti prsnega koša, diafragmalnega dihanja, dihanja skozi našobljene ustnice, izkašljevanja, drenaže dihalnih poti in segmentnih dihalnih vaj.⁴ Z dihalnimi vajami in relaksacijskimi tehnikami se zniža frekvenca dihanja, poveča dihalni volumen, zmanjšajo se tesnoba, napetost in bolečina.⁵

DELOVNA ZMOŽNOST JE EDEN OD KAZALNIKOV USPEŠNOSTI ZDRAVLJENJA

Rehabilitacija že po svoji definiciji obravnava bolnika kot celoto, zato je njen nujen sestavni del delovna zmožnost in vrnitev na delo. Delovna zmožnost pa ni prav priljubljena tema, čeprav predstavlja pomemben pozitiven končni cilj rehabilitacije in je nedvomno eden od kazalnikov uspešnosti zdravljenja. Z njim sporočamo, kaj rehabilitiranec zmore in ne, česa ne zmore.

Ocena skladnosti med zahtevami delovnega mesta in odzivnostjo nanje (zmogljivostjo bolnika) ima razpon od popolne zmožnosti za delo prek različnih stopenj zmanjšane delovne zmožnosti do popolne nezmožnosti za delo (Tabela 3).

Tabela 3. Stanje zmogljivosti (PS) po lestvicah WHO in Karnofsky.

WHO	KARNOFSKY	OPIS
0	100	aktiven, brez znakov bolezni
1	90	aktiven, minimalni znaki bolezni
	80	zmanjšana aktivnost, zmerni znaki bolezni
2	70	ni normalne aktivnosti, skrbi zase
	60	potrebuje občasno pomoč
3	50	pogosto potrebuje pomoč in zdravniško oskrbo
	40	prizadet, potrebuje posebno oskrbo
4	30	močno prizadet, indicirana hospitalizacija
	20	zelo bolan, nujna hospitalizacija, aktivna terapija
	10	moribunden
5	0	exitus

Vloga koordinatorja zdravstvene oskrbe je zaupana splošnim oz. družinskim zdravnikom. Cilj dobrega sodelovanja ni le podaljševanje življenja bolniku z rakom pljuč, ampak spodbujanje bolnika k dejavnemu sodelovanju v zdravljenju, aktivno usmerjanje diagnostike in zdravljenja k ozdravitvi/ustavitvi napredovanja bolezni ter celoviti rehabilitaciji s čim manjšimi neželenimi učinki zdravljenja, spreminjanje odnosa do rakave bolezni v socialnem okolju in nudenje podpore svojcem, da prepoznajo bolnikove potrebe. Sestavni del oskrbe je tudi načrt postopnega vračanja na delo oz. dolgoročne prognoze zmožnosti za delo in ocene na Invalidski komisiji (Tabela 4).



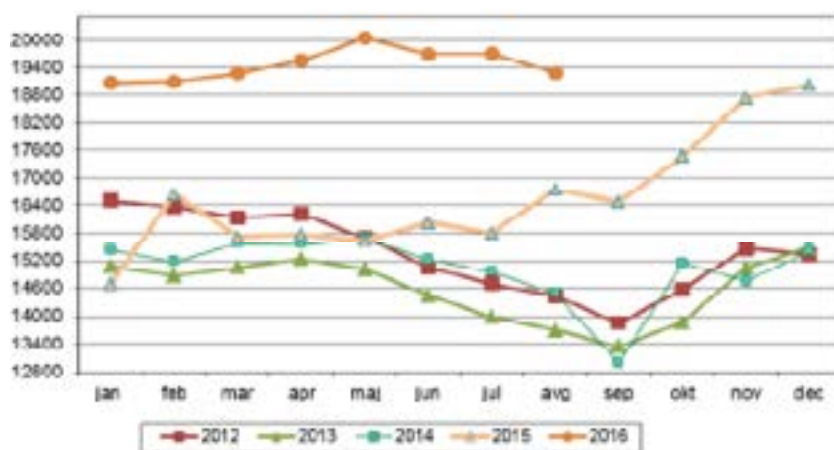
Tabela 4. Kazalniki nezmožnosti za delo po skupinah bolezni za moške in ženske, Slovenija 2015 – za odsotnost z dela za polni delovni čas.

Skupine MKB-10	Vsi					
	Primeri	Kol.dnevi	%BS	ID	IF	R
1. Nekatere inf. in paraz. bolezni	94571	543090	0,18%	0,66	11,49	5,74
2. Nespečnost	11493	637404	0,21%	0,77	1,40	55,46
3. Bolezni krvi in krvotv. organov	1569	36204	0,01%	0,04	0,19	23,07
4. Endokrine, preči. in presn. bolezni	4547	89294	0,03%	0,11	0,55	19,84
5. Dusevne in vedenjske motnje	10215	747401	0,25%	0,91	2,21	41,00
6. Bolezni živčevja	6281	262934	0,09%	0,32	1,00	31,83
7. Bolezni ušesa in adneksov	8281	103812	0,03%	0,13	1,01	12,54
8. Bolezni ušesa in mastoida	6804	62102	0,02%	0,08	0,83	9,13
9. Bolezni oboči	14046	510542	0,17%	0,62	1,71	36,38
10. Bolezni dihal	123222	958630	0,32%	1,17	14,98	7,78
11. Bolezni prebavil	45337	442515	0,15%	0,54	5,27	10,21
12. Bolezni kože in podkožja	12665	170912	0,06%	0,21	1,57	13,19
13. Bol. mišičnega skl. in vez. tkiva	79884	2320495	0,77%	2,82	9,72	29,01
14. Bolezni sedil in spolvi	10910	278541	0,09%	0,34	2,42	13,08
15. Nespečnost, porod in gignol. obdobje	11484	601954	0,20%	0,73	1,40	52,37
16. Stanja, ki izv. v per. (občrod.) obdobju	-	-	-	-	-	-
17. <u>Pirsa, mača, slab. in hromota, omamlj.</u>	491	13072	0,00%	0,02	0,06	26,82
18. Simpt. znaki ter nensim. klin. lab. izv.	36289	432351	0,14%	0,53	4,41	11,91
19. A. Poškodbe in zastrupitve pri delu	14787	684080	0,23%	0,83	1,80	46,26
19. B. Poškodbe in zastrupitve izven dela	51807	1910500	0,60%	2,20	6,30	34,90
21. Dej. ki vsi. na zdr. sl. in na skl. z zdr. skl.	135017	540875	0,18%	0,66	16,41	4,01
22. Kode za posebna namena	-	-	-	-	-	-
Nega družinskega člana	162173	858013	0,22%	0,80	19,71	4,06
Nitazviridone	323	4990	-	-	-	-
Skupaj	850615	1109927	3,97%	14,48	104,48	13,65

Vir: NIJZ.

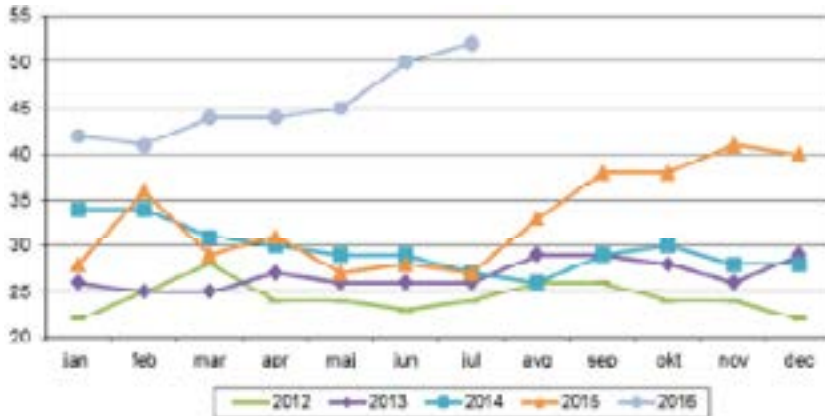
Vrednotenje delovne zmožnosti povzroča veliko različnih, tudi nasprotujočih mnenj in s tem veliko težav. Dober in učinkovit pristop vračanja na delo je rehabilitacija na delovnem mestu s postopnim delovnim obremenjevanjem in skrajšani delovni čas.⁶

Na Slikah 1 in 2 so predstavljeni podatki o trendih nezmožnosti za delo v letih 2012 do 2016.



Slika 1. Gibanje nezmožnosti za delo v letih od 2012 do 2016 - skupaj

Vir: analitični podatki ZZS.



Slika 2. Gibanje nezmožnosti za delo v letih od 2012 do 2016 – nad 5 let.

Vir: analitični podatki ZZS.

Delitev dela med primarno in sekundarno stopnjo še vedno ni strokovno dorečena. Komunikacija med osebnimi zdravniki in onkologi poteka pretežno prek napotnic, ki so prepogosto opremljene z vsemi pooblastili, za celoletno specialistično obravnavo in z naročilnicami za prevoze, kar v resnici ne predstavlja olajšanja niti za bolnika niti za zdravnika niti za sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁷

Nekoliko boljše je sodelovanje med osebnimi zdravniki in pulmologi na primarni stopnji, s fiziatri in fizioterapevti sodelovanja praktično ni. Fizioterapevtska obravnava in delovna terapija na bolnikovem domu nista pravici iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZAKLJUČEK

Temeljni cilj vsakega zdravstvenega sistema je maksimalno izboljšanje kakovosti zdravljenja ob racionalni in ekonomični uporabi razpoložljivih materialnih, prostorskih in kadrovskih zmogljivosti. Slabša organiziranost in učinkovitost se poleg slabšega preživetja posredno odražata v povečevanju stroškov – to še posebej dokazuje pljučni rak.

Strokovna, etična in ekonomska načela obravnave bolnikov z rakom pljuč in tudi drugih bolnikov z rakom naj bodo usmerjena v primarno preventivo, zanesljive presejalne programe, pravočasno diagnostiko, bolniku prijaznejše ambulantno in/ali v dnevni bolnišnici potekajoče zdravljenje ter koordinirano obvladovanje neželenih učinkov zdravljenja v domačem okolju ali vsaj v bližini doma.



LITERATURA

1. Duh S, Triller N. Are patients adequately informed prior to endoscopic procedure? *Eur Respir J Suppl* 2002; 20 : 623.
2. Zakotnik B. Rak v Sloveniji – incidenca, ozdravljivost in posledice. V: Marinček Č, Burger H, uredniki *Rehabilitacija bolnikov z rakom*. 19. Dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 28. in 29. marec 2008. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2008: 16–18.
3. Petrovič O. Zgodnja rehabilitacija bolnikov z rakom. *Rehabilitacija* 2010; 1: 48–52.
4. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al. Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003; 35: 153–62.
5. Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81: 400–10.
6. Fatur Videtič A. Ohranjanje delovne zmožnosti – izziv za rehabilitacijo v prihodnosti. *Rehabilitacija* 2009; 1: 71–6.
7. Državni program za obvladovanje raka v Sloveniji 2010 do 2015. Pridobljeno 29. 08. 2016 s spletne strani: <http://www.dpor.si/wp-content/uploads/2012/11/Dr%C5%BEavni-program-obvladovanja-raka-v-Sloveniji-2010-2015.pdf>