



FOT. PHILIPS

Postępowanie ginekologiczne wobec chorej onkologicznie

GABINET GINEKOLOGICZNY TO NIE TYLKO DIAGNOSTYKA I LECZENIE W ZAKRESIE GINEKOLOGII, to również odpowiednia pomoc psychologiczna osobom, u których wykryto nowotwór. Skuteczne leczenie często zapewnia właściwe podejście do pacjenta onkologicznego.

F pakiet onkologiczny nie jest programem zdrowotnym ani profilaktycznym, lecz zbiorem ustaw i rozporządzeń Ministra Zdrowia. Pakiet onkologiczny to potoczne określenie aktów prawnych wprowadzających szybką terapię onkologiczną. W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Zmiany wprowadzone przez pakiet zapewniają pacjentom z nowotworami złośliwymi kompleksową opiekę na każdym etapie choroby. Czas oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenia specjalistyczne nie wydłuży się, ponieważ zmiany dotyczą pacjentów onkologicznych, dla których powstaje osobna lista oczekujących na nielimitowane świadczenia.

Pacjent nie zgłasza się do szybkiej terapii onkologicznej, ani się do niej nie rejestruje. Również Ministerstwo Zdrowia ani NFZ nie kwalifikują pacjentów do udziału w szybkiej terapii onkologicznej. Decyzję o podjęciu leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej – na podstawie wyników badań pacjenta – podejmuje lekarz: lekarz rodzinny – POZ. Zatem współpraca między gabinetem ginekologicznym a lekarzem POZ, powinna być ścisła i szybka.

Pacjenci onkologiczni – ze względu na rodzaj schorzenia – muszą być otoczeni szczególną opieką. W ich przypadku czas ma bardzo duże znaczenie. To, czy pacjent chory na nowotwór złośliwy przeżyje, zależy przede wszystkim od wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stadium.

Jeśli lekarz ginekolog specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS) zdiagnozuje nowotwór złośliwy u pacjentki, którą leczy, może wydać kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, co oznacza podjęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej (także pacjenci hospitalizowani). W takim przypadku warunkiem wydania karty będzie potwierdzenie diagnozy.

Prywatne gabinety ginekologiczne nie mają możliwości wydania pacjentce zielonej karty, czyli dokumentu potwierdzającego leczenie onkologiczne. Muszą w pierwszej kolejności skierować pacjentkę do lekarza POZ, aby ten skierował ją następnie do lekarza specjalisty ginekologa w poradni ambulatoryjnej (AOS).

Lekarz ginekolog udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów.

LEK W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Jak pokazują różnego rodzaju badania, zaburzenia lękowe są najczęściej spotykanymi zaburzeniami psychicznymi wśród pa-

centów onkologicznych. Lekarz ginekolog powinien wykazać szczególną wrażliwość, jeżeli u pacjentki zauważy zmiany mogące nieść za sobą stwierdzenie nowotworu.

Jak pisze na łamach Medycyny Praktycznej dr n. hum. Marta I. Porębiak z Katedry Psychologii Klinicznej, diagnoza nowotworu złośliwego wywołuje najpierw szok i niedowierzanie: „To niemożliwe, to nie może być rak! Ktoś musiał się pomylić!”.

Powtarzające się doświadczenia badań, pobytów w szpitalu, zabiegów, pobrań krwi, podawania kroplówek itp. stają się pożywką dla lęku. Może on przyjmować postać ataków paniki – zwłaszcza w sytuacji powrotu do szpitala na kolejne zabiegi medyczne lub na samą myśl o konieczności poddania się dodatkowemu leczeniu. Podczas ataku paniki występują nasilone objawy, takie jak: przyspieszone

Pakiet onkologiczny to potoczne określenie aktów prawnych wprowadzających szybką terapię onkologiczną. W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii.

Na tym etapie niewiarygodna wydaje się informacja o rozpoznaniu choroby, a osoba słysząca taką diagnozę jest skłonna szukać innych wyjaśnień swoich objawów, mimo zapewnień lekarza, że choroba została potwierdzona i należy zaplanować kompleksowe leczenie. Następnie wielu pacjentów przeżywa złość. (...)”.

bicie serca, pocenie się, ucisk w głowie, bóle, zawroty, duszności. Nie jest to stan zagrażający życiu, jednak niektóre osoby go doświadczające mylnie rozpoznają w nim zawał serca, co wtórnie zwiększa niepokój i prowadzi do zwiększenia lęku. Inną częstą formą zaburzenia lękowego spotykanego u pacjentów onkologicznych

PRZYKŁAD I

Czy lekarz ginekolog w ramach AOS musi w zakresie diagnostyki wstępnej uzyskać pewność rozpoznania nowotworu złośliwego?

Tak. W ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lekarz ginekolog powinien: potwierdzić lub wykluczyć nowotwór u pacjentki, która zgłasza się do poradni specjalistycznej z wystawioną Kartą DILO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego)

PODSTAWA PRAWNA:

Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

PRZYKŁAD II

Jeżeli pacjentka zgłasza się do ginekologicznej poradni specjalistycznej z Kartą DILO, a lekarz na podstawie o przeprowadzonych badaniach nie może potwierdzić nowotworu złośliwego, ponieważ jedyną możliwością potwierdzenia nowotworu jest wynik biopsji wykonanej w warunkach szpitalnych, w jaki sposób należy rozliczyć udzielone świadczenie specjalistyczne?

Gdy nie jest możliwe przeprowadzenie badania w warunkach poradni specjalistycznej (np. biopsja) to pacjent kierowany jest przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do szpitala (ze zwykłym skierowaniem) na wykonanie procedury. Z wynikiem pacjent wraca do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dokończenie diagnostyki wstępnej (jeśli pacjent posiada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego z POZ) polegającej na rozpoznaniu nowotworu złośliwego lub jego wykluczeniu.

PODSTAWA PRAWNA:

Zarządzenie nr 79/2014 DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.



U pacjentów, którzy z sukcesem zakończyli leczenie onkologiczne, często obserwuje się stan lękowy zwany syndromem Damoklesa. Jego typową cechą jest ciągłe poczucie, że zagrożenie – w tym wypadku choroba nowotworowa – prędzej czy później powróci i jest to jedynie kwestia czasu.

jest lęk, który – w przeciwieństwie do pojawiającego się w trakcie ataku paniki intensywnego odczucia strachu – cechuje się stałym nasileniem i towarzyszy choremu w codziennym funkcjonowaniu. Odczucie niepokoju i przeżywanie obaw przeradza się w stałe uczucie, a lęk taki nazywany jest lękiem uogólnionym lub wolno płynącym.

U pacjentów, którzy z sukcesem zakończyli leczenie onkologiczne, często obserwuje się stan lękowy zwany syndromem Damoklesa. Jego typową cechą jest ciągłe poczucie, że zagrożenie – w tym wypadku choroba nowotworowa – prędzej czy później powróci i jest to jedynie kwestia czasu. W rezultacie, osoba taka przeżywa lęk na samą myśl o tym, że to nastąpi, nie koncentrując się na tym, iż leczenie onkologiczne zostało zakończone sukcesem i obecnie nie ma medycznych powodów do niepokoju. Innym przykładem zaburzenia lękowego występującego u pacjentów onkologicznych i ich bliskich jest kancerofobia, czyli lęk przed zachorowaniem na nowotwór.

U pacjenta może dotyczyć obaw przed rozpoznaniem innej choroby nowotworowej, a u bliskich – przed zachorowaniem na raka. Typowym zachowaniem osób dotkniętych kancerofobią jest skłonność do interpretowania wszelkich objawów i reakcji organizmu, jako oznak choroby nowotworowej oraz do poddawania się wszelkim badaniom, także tym inwazyjnym, w kierunku diagnozy raka, gdy tylko zauważą te objawy.

Ryzyko wystąpienia depresji jest większe u pacjentów, u których ustalono rozpoznanie choroby nowotworowej lub otrzymujących informacje o nawrocie choroby albo niepowodzeniu zastosowanego leczenia. Cechą charakterystyczną jest utrzymywanie się przygnębienia i poczucia beznadziejności na samą myśl o sobie, o przyszłości i świecie. W niektórych badaniach przesiewowych objawy depresji stwierdza się u niemal 20% pacjentów onkologicznych, co wskazuje na dużą powszechność tej choroby. Wystąpienie depresji jest związane z ryzykiem samobójstwa, zaś same myśli samobójcze występują u pacjen-

tów onkologicznych nawet trzy razy częściej niż u osób zdrowych. Dlatego rozpoznanie i specjalistyczne leczenie depresji u pacjentów onkologicznych są tak istotne.

SIEĆ DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA

Lekarz specjalista ginekolog kieruje pacjentkę ze zdiagnozowanym nowotworem na tzw. konsylium, właściwe dla umieszczenia danego nowotworu. Minimalny skład konsylium wynika z rozporządzenia MZ z dnia 20.10.2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1441). Zespół konsylium ma składać się więc co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- zabiegowej, odpowiedniej dla danego rodzaju lub lokalizacji nowotworu,
- radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub medycyny nuklearnej w przypadkach dotyczących leczenia z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,
- rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej,
- onkologii klinicznej, lub w przypadku leczenia dzieci: onkologii i hematologii dziecięcej, lub hematologii w przypadku leczenia chorób układów krwiotwórczego lub chłonnego.

Członkami konsylium nie są obowiązkowo psycholog i fizjoterapeuta. Mają oni natomiast brać udział w procesie leczenia pacjenta. Udział ten musi zostać udokumentowany.

PODSTAWA PRAWNA:

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138 ze zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1442)



PRZEMYSŁAW GOGOJEWICZ

Absolwent Wydziału Prawa i Administracji na Uniwersytecie Jagiellońskim. Właściciel Kancelarii Usług Prawnych Gogojewicz & Współpracownicy Radcy Prawni i Doradcy Podatkowi. Specjalista prawa medycznego i prawa pracy. Autor licznych publikacji elektronicznych, których beneficjentami stały się szkoły wyższe, oraz instytucje rządowe. Z jego doświadczenia stale czerpią Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych.