

Autorzy od 12 lat prowadzą badania nad przyczynami opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. Celem obecnych badań była analiza przyczyn opóźnień leczenia w latach 2003–2004 (na przestrzeni jednego roku) oraz porównanie identycznych badań przeprowadzonych w latach 1991–1992. Badaniem objęto 260 chorych zgłaszających się do Centrum Onkologii w Krakowie oraz innych jednostek ochrony zdrowia w województwach: małopolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, śląskim i tarnobrzesckim. Obok analiz społeczno-socjalnych (wykształcenie, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, stan cywilny) badano główne przyczyny opóźnień leczenia, takie jak: opóźnienie z winy pacjenta, z winy lekarza (w tym opóźnienia w diagnostyce), z przyczyn organizacyjnych oraz z powodu leczenia metodami niekonwencjonalnymi. Wykazano, że ponad połowa chorych trafia do lekarza późno, tzn. gdy choroba jest bardzo zaawansowana i nie można już zastosować radykalnej terapii. Średnie opóźnienie z winy pacjenta wynosi 8,6 mies. i spowodowane jest głównie lekceważeniem objawów choroby oraz lękiem przed rozpoznaniem choroby nowotworowej. Średnie opóźnienie z winy lekarza oraz z przyczyn organizacyjnych wyniosło odpowiednio 2,9 oraz 0,8 mies. Natomiast opóźnienie z powodu leczenia metodami niekonwencjonalnymi wyniosło 4,7 mies. Średni czas opóźnienia ocenianych czynników w porównaniu z badaniami przeprowadzonymi w latach 1991/92 uległ istotnemu skróceniu z wyjątkiem opóźnień wynikających z powodu leczenia niekonwencjonalnego, które pozostały na tym samym poziomie.

Słowa kluczowe: opóźnienie leczenia, chorzy na nowotwory, medycyna niekonwencjonalna.

Badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe

Studies of the causes of treatment delay of cancer patients

Marek Pawlicki, Agnieszka Michalczyk

Klinika Chemioterapii, Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie

Wstęp

Prowadzone przez nas od 12 lat badania nad przyczynami złego stanu klinicznego chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych, mają na celu – poprzez wyartykułowanie zasadniczych powodów i opracowanie działań organizacyjnych – poprawę obecnej sytuacji. Przedstawione obecnie wyniki badań są kolejnym etapem powtarzanych analiz.

Materiał i metoda

Badaniem objęto pacjentów zgłaszających się do Kliniki Chemioterapii COI w Krakowie, Szpitala Powiatowego w Gorlicach, Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie, Szpitala w Tarnobrzegu od 1 maja 2003 r. do 1 maja 2004 r.

Metoda badania polegała na zbieraniu informacji od pacjentów za pomocą odpowiednio skonstruowanego kwestionariusza. Dane te następnie uzupełniano w oparciu o historie chorób.

Do badania zakwalifikowano 263 chorych. Jedna osoba nie wyraziła zgody na przeprowadzenie rozmowy. W dwóch przypadkach materiał nie nadawał się do interpretacji.

Ankietowano 260 osób, w tym 161 kobiet (61,9 proc.) i 99 mężczyzn (38,1 proc.). Były to osoby w wieku od 16 do 93 lat. Średnia wieku wyniosła 54,3 lat. Nieco ponad połowa ankietowanych (54,2 proc.) mieszkała w miastach, a 41,9 proc. miało wykształcenie co najmniej średnie:

- podział badanej grupy ze względu na **wykształcenie**:
 - podstawowe – 53 osoby (20,4 proc.),
 - zawodowe – 98 osób (37,7 proc.),
 - średnie – 85 osób (32,7 proc.),
 - wyższe – 24 osoby (9,2 proc.),
- podział badanej grupy ze względu na **miejsce zamieszkania**:
 - wieś – 119 osób (45,8 proc.),
 - miasto powiatowe – 78 osób (30 proc.),
 - miasto wojewódzkie – 32 osoby (12,3 proc.),
 - inne miasto – 31 osób (11,9 proc.).

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych rozmów uzyskano następujące dane demograficzne:

- podział badanej grupy ze względu na **zatrudnienie**:
 - pracujący – 54 osoby (20,8 proc.),
 - uczeń – 2 osoby (0,8 proc.),
 - student – 2 osoby (0,8 proc.),
 - emeryt/rencista – 190 osób (73 proc.),
 - bezrobotny – 12 osób (4,6 proc.),

The authors have been studying causes of treatment delay of cancer patients for 12 years. The aim of the present study was to analyze treatment delay in 2003-2004 (during 1 year) and compare it with results of the study performed in 1991-1992. 260 patients admitted to the Cracow Cancer Center and other public hospitals located in the regions of Małopolska, Podkarpacie, Świętokrzyskie, Śląskie and Tarnobrzeg were studied. Apart from social and economic analyses (education, place of living, employment, marital status) main causes of treatment delays such as patients' reasons, physician errors (including diagnostic delays), logistic reasons and unconventional treatment were studied. More than half of the patients see their doctor very late, i.e. at a very advanced stage of the disease when it is too late for any radical treatment. The mean delay due to the patient's reasons was 8.6 months and it was caused mainly by ignoring symptoms of the disease or due to fear of cancer diagnosis. The mean delay due to the physician error and logistic reasons was 2.9 and 0.8 months, respectively. However, the delay due to unconventional treatment was 4.7 months. Mean delay time of studied parameters was significantly shorter than in 1991-92 with the exception of delays due to unconventional treatment which remained on the same level.

Key words: treatment delay, cancer patients, unconventional medicine.

- podział badanej grupy ze względu na **stan cywilny**:
 - kawaler – 9 osób (3,4 proc.),
 - panna – 13 osób (5 proc.),
 - mężatka – 121 osób (46,5 proc.),
 - żonaty – 81 osób (31,1 proc.),
 - rozwiedziona – 3 osoby (1,1 proc.),
 - rozwiedziony – 3 osoby (1,1 proc.),
 - wdowa – 24 osoby (9,2 proc.),
 - wdowiec – 7 osób (2,6 proc.),
 - * podział badanej grupy ze względu na **województwo**:
 - małopolskie – 175 osób (67,3 proc.),
 - podkarpackie – 75 osób (28,8 proc.),
 - świętokrzyskie – 5 osób (1,9 proc.),
 - śląskie – 4 osoby (1,6 proc.),
 - tarnobrzeckie – 1 osoba (0,4 proc.).

Ponad połowa chorych (57,7 proc.) w momencie zgłoszenia się do lekarza miała zaawansowaną chorobę nowotworową. Także ponad połowę ankietowanych stanowili pacjenci z nowotworami piersi i płuca.

- Podział badanej grupy ze względu na **zaawansowanie kliniczne**:
 - I stopień – 12 osób (4,6 proc.),
 - II stopień – 78 osób (30 proc.),
 - III stopień – 72 osoby (27,7 proc.),
 - IV stopień – 78 osób (30 proc.),
 - nieokreślony – 17 osób (6,5 proc.),
 - DRP (ED+LD) – 3 osoby (1,2 proc.),
- podział badanej grupy ze względu na **rodzaj nowotworu**:
 - piersi – 78 osób (30 proc.),
 - płuca – 56 osób (21,5 proc.),
 - jelita grubego – 24 osoby (9,3 proc.),
 - układu limfatycznego – 20 osób (7,6 proc.),
 - jajnika – 19 osób (7,3 proc.),
 - mięsaki – 8 osób (3,1 proc.),
 - szyjki macicy – 8 osób (3,1 proc.),
 - czerniak – 6 osób (2,3 proc.),
 - odbytu – 5 osób (1,9 proc.),
 - trzonu macicy – 5 osób (1,9 proc.),
 - żołądka – 5 osób (1,9 proc.),
 - inne – 24 osoby (9,3 proc.).

W trakcie przeprowadzania rozmów uzyskano informacje dotyczące współwystępowania innych chorób i ich wpływu (bądź braku wpływu) na czas zgłoszenia się do lekarza. 163 pacjentów (62,7 proc.) do momentu wystąpienia objawów choroby nowotworowej było osobami zdrowymi i nie leczyło się z żadnych innych powodów. Ponad 1/3 pacjentów (34,6 proc.) podała współistnienie chorób somatycznych, a 6 osób było leczonych wcześniej z powodu choroby psychicznej. 1 osoba poinformowała o współwystępowaniu u niej zarówno choroby somatycznej, jak i psychicznej.

Wpływ chorób współistniejących na opóźnienie leczenia wykazano u 21 osób. U 75 osób nie wpłynęły one na czas zgłoszenia do lekarza.

U 17 osób (6,5 proc.) objawy chorób somatycznych miały wpływ na opóźnienie leczenia, a u 73 osób (28,1 proc.) objawy tych chorób nie miały wpływu na opóźnienie.

U 4 osób (1,5 proc.) objawy choroby psychicznej wpłynęły, a u 2 osób (0,8 proc.) nie miały wpływu na opóźnienie podjęcia leczenia.

W badaniach przesiewowych brało udział 69 osób (26,5 proc.). U 11 osób (4,2 proc.) na podstawie tych badań rozpoznano chorobę.

U 89 osób (34,2 proc.) w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa. Czynniki ten nie miał wpływu na opóźnienie podjęcia leczenia.

89 osób (34,2 proc.) nie zgłosiło zainteresowania profilaktyką zdrowotną. 171 osób (65,8 proc.) potwierdziło zainteresowanie profilaktyką zdrowotną.

Informacje na ten temat czerpano z:

- telewizji – 151 osób (58,1 proc.),
- czasopism – 124 osoby (47,7 proc.),
- radia – 64 osoby (24,6 proc.),
- pogadanki – 18 osób (6,9 proc.),
- ulotki – 50 osób (19,2 proc.).

Najczęstszą przyczyną opóźnionego zgłoszenia się do lekarza podawaną przez ankietowanych było lekceważenie objawów. Pacjenci często zgłaszali więcej niż jeden powód opóźnienia:

- lekceważenie objawów – 151 osób (58,1 proc.),
- lęk przed rozpoznaniem – 95 osób (36,5 proc.),
- metody niekonwencjonalne – 55 osób (21,2 proc.),
- lęk przed utratą pracy – 5 osób (1,9 proc.),
- pozostawienie za granicą – 1 osoba (0,4 proc.),
- brak czasu – 22 osoby (8,5 proc.),
- brak pieniędzy – 6 osób (2,3 proc.),
- inne powody – 17 osób (6,5 proc.).

124 osoby (47,7 proc.) podały 1 powód opóźnienia. 101 osób (38,8 proc.) podało więcej niż 1 powód opóźnionego zgłoszenia się do lekarza, 35 osób (13,5 proc.) zgłosiło się bez opóźnienia. Wśród osób zgłaszających się bez opóźnienia 1 chora była pod stałą kontrolą onkologiczną. 5 osób (1,9 proc.) zgłosiło się do lekarza z innych powodów, bez objawów choroby nowotworowej. Rozpoznano u nich następujące schorzenia:

- I stopień zaawansowania – nowotwór jajnika,
- IV stopień zaawansowania – nowotwór jajnika (2 osoby), nowotwór limfatyczny (1 osoba),
- postać LD DRP.

55 osób (21,2 proc.) jako przyczynę opóźnionego podjęcia leczenia podało leczenie metodami niekonwencjonalnymi, takimi jak:

- zioła – 39 osób,
- maści – 8 osób,
- okłady – 12 osób,
- vilcacora – 1 osoba,
- bioenergoterapia – 19 osób.

20 osób stosowało różne metody.

Informacje na temat metod niekonwencjonalnych pochodziły:

- od zielarza – 8 osób,
- z ulotek – 2 osoby,
- od rodziny – 15 osób,
- od znajomych – 23 osoby,
- z gazety – 12 osób,
- od energoterapeuty – 1 osoba.

6 osób podało więcej niż jedno źródło informacji.

W trakcie leczenia onkologicznego 29 osób (11,2 proc.) stosowało równocześnie metody niekonwencjonalne, w tym u 1 osoby doszło do przerwania leczenia przyczynowego.

Stosowane środki niekonwencjonalne w trakcie leczenia przyczynowego:

- zioła – 18 osób,
- bioenergoterapia – 3 osoby,
- okłady – 3 osoby,
- novit – 2 osoby,
- inne – 7 osób.

Średni czas leczenia środkami niekonwencjonalnymi wśród osób je stosujących wyniósł 35,8 tyg. 4 osoby stosowały więcej niż 1 środek. Leczenie przyczynowe prowadzone było:

- w szpitalu rejonowym – 98 osób (37,7 proc.),
- w ośrodku onkologicznym – 154 osoby (59,2 proc.),
- inne – 8 osób (3,1 proc.). Inne to: Oddział Torakochirurgiczny Szpitala w Zakopanem, Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego w Katowicach, I Klinika Chirurgii CM UJ, Oddział Torakochirurgiczny Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie.

21 osób (8,1 proc.) było leczonych w szpitalach rejonowych po konsultacji w Instytucie Onkologii w Krakowie.

Po rozpoznaniu raka 2 osoby zrezygnowały z leczenia; jedna bez podania przyczyny; jedna z powodu trudności z dojazdem.

Po ustaleniu rozpoznania 6 osób zgłosiło się do leczenia z opóźnieniem:

- 1 osoba zgłosiła się na operację 4 tyg. od skierowania bez podania przyczyny,
- 1 osoba zgłosiła się na leczenie operacyjne z 7-tygodniowym opóźnieniem z powodu leczenia zakrzepowego zapalenia żył,
- 1 osoba nie zgłaszała się przez 6 lat, ponieważ bała się operacji,
- 1 osoba przez 3 tyg. była leczona z powodu zaostrzenia astmy oskrzelowej,
- 1 osoba zgłosiła się z 10-letnim opóźnieniem z obawy przed utratą piersi,
- 1 osoba nie zgłosiła się do szpitala przez 4 mies. bez podania przyczyny.

Po zaobserwowaniu niepokojących objawów pacjenci zgłaszali się najczęściej do lekarza pierwszego kontaktu. Tylko 6,5 proc. badanych zgłosiło się bezpośrednio do onkologa. Pierwsze badanie lekarskie wykonał:

- lekarz poz – 154 osoby (59,2 proc.),
- ginekolog – 41 osób (15,7 proc.),
- chirurg – 31 osób (11,9 proc.),
- onkolog – 17 osób (6,5 proc.),
- inny specjalista – 17 osób (6,5 proc.).

Po pierwszym badaniu pacjent został skierowany do innego specjalisty w 112 przypadkach (43,1 proc.). 33,1 proc. pacjentów skierowano do onkologa. Pozostała ponad 1/5 chorych nie została nigdzie skierowana. Pacjenci ci byli albo leczeni w rejonie, albo zostali pozostawieni bez leczenia. Diagnostyka choroby nowotworowej prowadzona była w:

- przychodni – 48 osób (18,4 proc.),
- gabinecie prywatnym – 25 osób (9,6 proc.),
- szpitalu – 196 osób (75,4 proc.),
- brak – 12 osób (4,6 proc.).

Tabela 1. Porównanie średnich opóźnień u pacjentów badanych w latach 1991/92 i 2003/04
Table 1. Comparison of mean values of treatment delay of patients studied in years 1991/92 and 2003/04

| | 1991–1992 (mies.) | 2003–2004 (mies.) |
|---|-------------------|-------------------|
| średnie opóźnienie z winy pacjenta | 14,8 | 8,6 |
| średnie opóźnienie z winy lekarza i opóźnienie diagnostyki | 7,2 | 2,9 |
| średnie opóźnienie z przyczyn organizacyjnych | 1,5 | 0,8 |
| średnie opóźnienie z powodu leczenia metodami niekonwencjonalnymi | 5,7 | 4,7 |

U 86,5 proc. pacjentów wykonano diagnostyczną biopsję aspiracyjną cienkoigłową lub pobrano wycinek. Niejednokrotnie konieczne było kilkakrotne wykonanie badania, aby można było postawić rozpoznanie:

- 1-krotne badanie – 181 osób (69,5 proc.),
- 2-krotne badanie – 34 osoby (13,1 proc.),
- 3-krotne badanie – 8 osób (3,1 proc.),
- 5-krotne badanie – 2 osoby (0,8 proc.).

U 35 osób nie wykonywano BAC. Było to najczęściej związane z zaawansowaniem procesu nowotworowego i brakiem możliwości leczenia przyczynowego.

Wykonane badania obrazowe były:

- prawidłowe – 201 osób (77,3 proc.),
- nieprawidłowe – 4 osoby (1,5 proc.),
- niediagnostyczne – 54 osoby (20,8 proc.),
- brak – 1 osoba (0,4 proc.).

U 145 osób (55,8 proc.) możliwe było podjęcie leczenia radykalnego. 43,4 proc. chorych leczonych było paliatywnie lub objawowo. W zdecydowanej większości (240 osób) pacjenci leczeni byli zgodnie z obowiązującymi standardami. W 17 przypadkach było to postępowanie suboptymalne, a 1 osoba była leczona źle.

Opóźnienie z winy pacjenta:

- do 4 tyg. – 109 osób (42 proc.),
- 4–12 tyg. – 64 osoby (24,6 proc.),
- powyżej 12 tyg. – 87 osób (33,4 proc.).

Średnie opóźnienie z winy pacjenta wyniosło **34,5 tyg. (8,6 mies.)**.

Opóźnienie z winy lekarza i opóźnienie diagnostyki:

- do 4 tyg. – 144 osoby (55,4 proc.),
- 4–12 tyg. – 58 osób (22,3 proc.),
- powyżej 12 tyg. – 58 osób (22,3 proc.).

Średnie opóźnienie z winy lekarza i opóźnienie diagnostyki wyniosło **11,8 tyg. (2,9 mies.)**.

Opóźnienie z przyczyn organizacyjnych (czas oczekiwania na miejsce w placówkach onkologicznych):

- do 4 tyg. – 144 osoby (55,4 proc.),
- 4–12 tyg. – 34 osoby (13,1 proc.),
- powyżej 12 tyg. – 8 osób (3,1 proc.).

Średnie opóźnienie z przyczyn organizacyjnych wyniosło **2,7 tyg. (0,8 mies.)**. 74 osoby (28,4 proc.) **nie były** leczone w Instytucie Onkologii.

Opóźnienie z powodu leczenia metodami niekonwencjonalnymi:

- do 4 tyg. – 5 osób (1,9 proc.),
- 4–12 tyg. – 11 osób (4,2 proc.),
- powyżej 12 tyg. – 39 osób (15 proc.).

Średnie opóźnienie z powodu leczenia metodami niekonwencjonalnymi wyniosło **18,7 tyg. (4,7 mies.)**. 205 osób nie stosowało niekonwencjonalnych metod leczenia.

Omówienie wyników

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że nadal ponad połowa (57,7 proc.) pacjentów trafia do lekarza w momencie, gdy choroba jest zaawansowana i często niemożliwe jest przeprowadzenie leczenia z zamiarem radykalnym.

Wśród przyczyn opóźnień z winy pacjenta dominujące znaczenie ma lekceważenie objawów choroby (58,1 proc.) oraz lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (36,5 proc.).

Choroby współistniejące wpłynęły na opóźnione zgłoszenie do lekarza u 21 osób, u 75 osób leczących się wcześniej nie miały one znaczenia.

Występowanie choroby nowotworowej w rodzinie nie miało wpływu na opóźnienie. Średnie opóźnienie z winy pacjenta wynosi 8,6 mies. i zmniejszyło się w porównaniu z latami ubiegłymi.

Istotne miejsce zajmuje również stosowanie niekonwencjonalnych sposobów leczenia, które były przyczyną opóźnień u 55 osób. Informacje o nich uzyskiwano głównie od rodziny i znajomych, ale ok. 20 proc. osób stosujących metody niekonwencjonalne dowiedziało się o nich z mediów (głównie z prasy). Średnie opóźnienie spowodowane stosowaniem niekonwencjonalnych metod leczenia wyniosło 4,7 mies. W porównaniu z latami ubiegłymi kształtuje się ono na tym samym poziomie.

Pacjenci zaniepokojeni objawami choroby zgłaszali się w 59,2 proc. przypadków do lekarza pierwszego kontaktu. Tylko 17 osób zgłosiło się bezpośrednio do onkologa. Tylko 33,1 proc. pacjentów zostało skierowanych do onkologa, a 1/5 chorych nigdzie nie została skierowana i byli oni albo leczeni w rejonie, albo nie byli leczeni w ogóle.

U 196 osób diagnostyka choroby prowadzona była w szpitalu. U 86,5 proc. pacjentów wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową. Jednak u 17 proc. chorych badanie to musiało być powtórzone co najmniej 2-krotnie. U 20,8 proc. chorych wyniki badań były niediagnostyczne.

Po ustaleniu rozpoznania 109 osób (41,9 proc.) było leczonych w rejonie; 2 osoby zrezygnowały z leczenia. Średnie opóźnienie z winy lekarza i diagnostyki wyniosło 2,9 mies. Wykazuje ono tendencję spadkową od początku lat 90.

Średnie opóźnienie z przyczyn organizacyjnych wyniosło 0,8 mies. i również się zmniejsza.

Wnioski

1. Przeprowadzone analizy wykazały, że na przestrzeni ostatnich 12 lat znacząco skrócił się czas opóźnienia z winy pacjenta, czas opóźnienia z winy lekarza i opóźnienia diagnostyki. Skróceniu uległ także czas oczekiwania pacjenta na miejsce w placówkach onkologicznych.
2. Z przeprowadzonych badań wynika, że czas opóźnienia z powodu stosowania niekonwencjonalnych metod leczniczych pozostaje na tym samym poziomie.

W związku z tym, że duża część informacji o medycynie niekonwencjonalnej pochodzi z mediów, a szczególnie z prasy, każdy artykuł o *cudownym uzdrowieniu* powinien być opatrzone komentarzem osoby będącej niekwestionowanym autorytetem medycznym w danej dziedzinie. Być może przedstawienie 2 różnych poglądów przyczyni się do rozważenia podanych informacji i ułatwi podjęcie właściwych decyzji.

Piśmiennictwo

1. Pawlicki M, Rachtan J, Żuchowska B. Ocena przyczyn opóźnionego leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Nowotwory* 1989; 39, 1: 31-6.
2. Pawlicki M, Rachtan J, Żuchowska B i wsp. Przyczyny opóźnionego leczenia u chorych na raka sutka. *Zdrowie Publiczne* 1990; 101, 45.
3. Pawlicki M, Brandys A, Rachtan J. Przyczyny opóźnienia w leczeniu chorych na drobnokomórkowego raka płuca. *Pneumonologia Polska* 1990; 58: 11-2.
4. Pawlicki M, Rachtan J, Brandys A i wsp. Przyczyny opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. *Postępy Nauk Medycznych* 1992; 5: 35-6.
5. Pawlicki M, Żuchowska B, Rysz B i wsp. Wyniki badań nad przyczynami opóźnień w leczeniu u chorych na raka sutka z próbą oceny wpływu czynników psychologicznych. *Współcz Onkol* 1999; 6: 253-8.
6. Pawlicki M, Rysz B. Badania nad przyczynami opóźnień w rozpoczęciu leczenia na nowotwory złośliwe. *Nowotwory* 2001; 51, 5: 494-8.

Adres do korespondencji

prof. dr hab. med. **Marek Pawlicki**
Klinika Chemioterapii
Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Oddział w Krakowie
ul. Garncarska 11
31-115 Kraków