

PREVENTIVA RAKA DOJK IN GINEKOLOŠKEGA RAKA V PROJEKTU CINDI

Marjan Mramor

- PREDSTAVITEV PROJEKTA CINDI
- PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREVENTIVA DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA RAK DOJK IN GINEKOLOŠKI RAK
- URESNIČEVANJE PROJEKTA V DOBI PREOBRAZBE ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

PREDSTAVITEV PROJEKTA CINDI

The Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme

Countrywide: program naj bi se uresničeval v predelu dežele, administrativno omejenem in epidemiološko dovolj velikem, da je število dogodkov v zvezi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (KNB) dovolj majhno. Metodologija in protokol to opredeljujeta kot demonstracijsko področje. To pomeni področje, na katerem se spremlja in ocenjuje uspešnost interventnih programov. Tiste programe, ki so v tem področju ocenjeni za uspešne, se potem izvaja v celotni državi. Program intervencij v demonstracijskem področju postane tako državni interventni program. Programi, ki ne dajejo pričakovanih rezultatov, se izboljšajo. Pri državah z maloštevilnim prebivalstvom se intervencijski del programa z majhno verjetnostjo napak lahko izvaja v celi državi (Malta, Izrael, Slovenija). Na demonstracijskem področju naj bi obenem z zbiranjem podatkov o nivojih dejavnikov tveganja (DT), o obolevanju in umrljivosti spremljali učinke interventnih programov v vzorcu populacije na vsakih 5 let in sproti, v teku izvajanja.

Integrated: Etiološko se DT združujejo kot vzroki več bolezni; in na posamezno bolezen združeno vpliva več DT.

Združene so tudi sorodne bolezni: obtočil, raka, nesreč, kroničnih obstruktivnih pljučnih bolezni, sladkorne bolezni in hipertenzije.

Poleg tega se pri preprečevanju umrljivosti združujejo institucije primarnega, sekundarnega in tercialnega zdravstvenega varstva.

Program združuje poleg medicinskih tudi številne nemedicinske sektorje, ki vplivajo na razširjenost dejavnikov tveganja med ljudmi: šolstvo, kmetijstvo, trgovina, finance.

Program združuje različne ravni: od posameznika, njegovega primarnega socialnega okolja (družina, sosede, sodelavci, prijatelji), do države in

meddržavnih programov. Potreba po združenem delovanju zahteva ustvarjanje partnerstev, koalicij, lobiranje in je v sodobni preventivi *conditio sine qua non*.

Noncommunicable Disease: Program vključuje skupino nenalezljivih kroničnih bolezni, ki so s socialno medicinskega vidika nacionalno pomembne zaradi visokega deleža umrljivosti, jih je mogoče preprečevati, dogodki v zvezi z njimi so merljivi, z ekonomskega vidika pa so najdražje.

Intervention Programme: Načrtne intervencije se usmerjajo v spremembe sloga življenja in okolja ter v spremembe zdravstvenega varstva prebivalcev. Poskušajo spremeniti negativne vplive na zdravje, ki so v družbi vedno prisotni. Uspešnost načrtnih intervencij se meri z različnimi metodami in sredstvi tako, da so mednarodno primerljive.

SODELUJOČE DRŽAVE 1995

Avstrija, Belorusija, Bolgarija, Češka, Estonija, Finska, Hrvaška, Islandija, Izrael, Kanada, Kazahstan, Kyrgystan, Latvija, Litva, Madžarska, Malta, Nemčija, Poljska, Portugalska, Rusija, Slovaška, Slovenija, Španija, Turkmenistan, Ukrajina, Velika Britanija.

CINDI - PROJEKT PROTI KRONIČNIM NENALEZLJIVIM BOLEZNIM PO STRATEGIJI: ZDRAVJE VSEM DO LETA 2000

CILJ 4

Zmanjšanje števila kroničnih bolezni

Do leta 2000 naj bi se v Evropi obolevnost in invalidnost zaradi kroničnih bolezni vztrajno in nenehno zmanjševali.

V Sloveniji bomo do leta 2000 zmanjšali obolevnost in invalidnost zaradi kroničnih bolezni vsaj za 10 %.

Cilj 4 je del strategije Zdravje vsem do leta 2000, CINDI se usmerja v uresničevanje tega cilja po metodologiji, politiki in strateških načelih, ki veljajo za celotno strategijo. Gre torej za projekt uresničevanja strategije Zdravje vsem v praksi.

Sedež CINDI v Evropi je v Evropskem uradu SZO v Kopenhagnu, v Sloveniji je sedež v ZD Ljubljana, demonstracijsko področje je Ljubljana z okolico, Slovenija pa je država udeleženka na osnovi sporazuma med Ministrstvom za zdravstvo in SZO.

STRATEGIJA CINDI

Strateški način obravnave temelji na ugotovitvi, da so KNB v veliki meri posledica vplivov DT. Zniževanje deleža ljudi, ki so pod vplivi DT, s programi in politiko promocije zdravja (PZ) in s preventivo DT je edina znana metoda za zmanjševanje incidence KNB. Zgodnje odkrivanje, zdravljenje in spremljanje bolnikov s KNB zmanjšuje mortaliteto.

Strategija CINDI torej temelji na kombinaciji politike programov PZ s preventivo DT in medsektorskim sodelovanjem v lokalni skupnosti. S tega vidika govorimo

o preventivi posledičnih obolenj. Zmanjšanje umrljivosti kot končni cilj je torej lahko le posledica načrtnih vplivov in dogodkov.

POSLEDICA

Uresničitev cilja je posledica nujnih sprememb v stilu življenja ljudi, v okolju in v zdravstvenem varstvu.

NAČIN DELOVANJA CINDI

Z uresnitvijo skupnih interventnih projektov in programov v lokalni skupnosti:

- promocije zdravja
- preprečevanja dejavnikov tveganja
- odkrivanja in zdravljenja kroničnih bolezni

PREDNOSTNE NALOGE

Omejitev kajenja, znižanje visokega krvnega tlaka in povišanih maščob v krvi, navajanje k uravnoteženi prehrani, telesni aktivnosti, boj proti debelosti.

PREDNOSTNE SKUPINE PREBIVALCEV

Sem sodijo: ženske, otroci in mladina, prebivalstvo, ki živi v manj ugodnih razmerah in zaposleni prebivalci.

IZVAJALCI:

- Medicinski strokovnjaki v spremenjeni vlogi in zdravstvene institucije, ki se ukvarjajo s preventivo in kurativo s središčno vlogo primarnega zdravstvenega varstva, ob podpori sekundarnega in terciarnega.
- Medicinska in nemedicinska področja v sodelovanju / partnerstvu na vseh treh ravneh: na ravni posameznika, socialne skupine, občine in države.
- Strategija, politika in projekti so uspešni edino v tistih okoljih, kjer imajo podporo štirih ključnih sistemov: trga proizvodov, trga preventivnih programov z istimi cilji, zdrave javne politike in sredstev javnega obveščanja.

MERJENJE

Schema spremljanja uspešnosti interventnih programov in rezultatov

1980	1990	1995	2000	Spremljanje
stanje pred projektom	↓	↓	↓	interventni preventivni programi
	začetek CINDI	pregledi		prevalenca DT incidenca KNB mortaliteta KNB vzorca

Uspešnost projekta merimo periodično vsake 5 let z epidemiološkimi podatki o incidenci in mortaliteti (spremljanje rezultatov). Podatki o incidenci raka so zbrani samo v Sloveniji, ki ima edina od vseh 25 držav udeleženk register incidence raka v Onkološkem inštitutu.

Poleg te metode je v rabi tudi metoda spremljanja uspešnosti programov v teku (ocenjevanje učinka). Obe obliki in metodologiji sta mednarodno poenoteni in segata na tri ravni:

- državno raven: spremljanje gibanja umrljivosti za kronična obolenja srca in ožilja, raka, sladkorne bolezni in splošne umrljivosti
- področno raven (demonstracijsko področje): periodično pregledovanje naključno izbranega vzorca odraslih in mladine po protokolu SZO in epidemiološki podatki o KNB.
- krajevno raven: lokalni informacijski sistem omogoča redno letno spremljanje gibanj ravni dejavnikov tveganja za KNB naključno izbranega vzorca iz ambulantne prakse enega ali več zdravnikov.

POT DO CILJEV PO STRATEGIJI

PROMOCIJA ZDRAVJA:

- zdrava javna politika
- zdrav način življenja:
samospoštovanje, dobri medsebojni odnosi, premagovanje stresov, opuščanje kajenja, uravnotežena prehrana, telesna aktivnost
- zdravo okolje:
doma, v prometu, na delu, v mestu, v šoli

PREPREČEVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA:

- kajenje, droge in alkohol
- zvišan krvni tlak
- zvišan krvni sladkor
- zvišan holesterol
- zvišana telesna teža
- telesna neaktivnost
- neuravnotežena prehrana
- ultravioleto žarčenje
- spolno izkoriščanje in nasilje

POSLEDICE:

- znižano število kadičev od 35% na 20%
- zmanjšan povprečni krvni tlak za 2mm Hg
- zmanjšan povprečni index telesne mase za 10%
- znižan povprečni nivo holesterola za 5% na 5,4 mmol/l
- povečano število telesno aktivnih za 10%

Posledice projektov PZ in preprečevanja DT so znižani deleži ljudi z DT. Padec incidence za KNB velja kot eno pomembnih meril njihove uspešnosti in učinkovitosti.

ODKRIVANJE, ZDRAVLJENJE IN KONTROLA OBOLELIH ZA KNB

- raka: pljuč, dojk, maternice, prostate, prebavil
- srca in ožilja
- sladkorne bolezni
- hipertenzije

POSLEDICE OMENJENIH SPREMEMB

- zmanjšana umrljivost zaradi raka in zaradi bolezni srca in ožilja ljudi, mlajših od 65 let za 15%
- zmanjšana umrljivost zaradi nesreč za 25%

Padec umrljivosti je v veliki meri posledica programov in projektov zgodnjega odkrivanja (screening), spremljanja in zdravljenja ljudi s KNB in je obenem merilo njihove učinkovitosti.

PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREVENTIVA DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA RAK DOJK IN MATERNIČNEGA VRATU (GINEKOLOŠKI RAK)

a/ Promocija zdravja (PZ)

pomeni usposobiti ljudi za zdravo življenje in jim omogočiti zavesten, vsakodneven, svoboden izbor zdravega.

To je najmanjši skupni imenovalac vseh projektov in programov, katerih cilj je zmanjšanje števila ljudi s tveganim slogom življenja. Temeljni problem PZ v vseh deželah je prepričati ljudi o koristnosti spremembe nezdravega sloga življenja v zdravega. Slog življenja se oblikuje v osnovni socialni skupini, ki obkroža ljudi: prijatelji, družina, sosedje in sodelavci. Socialne skupine pa so pod vplivom medijev, politike, trga proizvodov in trga preventivnih programov. Opredelitev za zdravo življenje je torej na osebni, socialni, državni in mednarodni ravni politična usmeritev, ki jo opredeljuje pojem "zdrava javna politika".

Za zdravo življenje se odločajo ljudje, ki so za to motivirani, seznanjeni z dejavniki tveganja, s posledičnimi obolenji, z načini izogibanja in preprečevanja bolezni in ki živijo v zdravju naklonjenem okolju, v državi z zdravo javno politiko. Pogoji za oblikovanje takih osebnosti so samospoštovanje, dobri medsebojni odnosi, zmožnosti za premagovanje stresov, ki jih je ljudem treba priučiti in privzgojiti, in znanja za preprečevanje DT.

Politika in programi PZ se načrtno usmerjajo v tiste skupine ljudi, ki so najbolj ranljive in od katerih je najbolj odvisno zdravje prebivalstva. V vseh dokumentih SZO je na prvem mestu zdravje žensk, otrok in mladine. Tako lahko ugotovimo, da je uspešna promocija zdravja v državi nujno povezana z učinkovitimi

programi in projekti PZ žensk. Cilj PZ je zmanjšanje deleža žensk, ki živijo z enim ali več dejavniki tveganja. Rečeno drugače: velikost deleža žensk z dejavniki tveganja je merilo uspešnosti PZ in merilo kakovosti zdrave javne politike v sleherni državi.

PZ in preventivno odpravljanje DT sta uspešna le tam in tedaj, ko zajame vse ženske, zlasti visoko rizične skupine in vsa področja, ki vplivajo na to, da postane uveljavljanje zdravega sloga življenja obvezna družbena norma. To je možno doseči s sodelovanjem medicinskih in nemedicinskih sektorjev, z ustvarjanjem partnerstev med sektorji in ustanavljanjem koalicij z istim ciljem. Partnerstva in koalicije med zdravstvenimi in nezdravstvenimi področji so nujne tudi za uresničevanje učinkovitih programov / projektov PZ žensk in preventive DT za rak dojk in za ginekološki rak.

b/ Preventiva dejavnikov tveganja za rak dojk in za ginekološki rak

Dejavniki tveganja

Rak materničnega vratu: starost ob prvem spolnem odnosu (pod 17-18 let)
odnosi z različnimi partnerji
kajenje
nizek socialnoekonomski status
slaba genitalna higiena ženske ali moškega
virusne spolno prenosljive okužbe

Rak dojke: družinska anamneza (mama ali sestra)
rak druge dojke
zgodnje prvo in pozno zadnje mesečno perilo
prva nosečnost po 28 letu starosti
preveč maščob v hrani
debelost
alkohol

Če izvzamemo tiste DT, na katere ne moremo vplivati, potem je merilo uspešnosti programov promocije zdravja in preprečevanja DT število na novo zbolelih (stopnja incidence).

Kazalci učinkov:

PROMOCIJE ZDRAVJA

CILJ IN MERO: ZNIŽANJE DELEŽA ŽENSK Z DT (PREVALENCIA DT)

PREVENTIVE DEJAVNIKOV TVEGANJA

CILJ IN MERO UČINKA: ZNIŽANJE ZBOLEVANJA (INCIDENCA)

Zdravstvo ima pri projektih PZ in pri preventivi DT vlogo partnerja z ostalimi sektorji, pri zgodnji detekciji in zdravljenju pa je glavni nosilec odgovornosti

c/ Presejalne metode

Presejalne metode so uspešen način odkrivanja novo obolelih v zgodnji asimptomatski stopnji razvoja bolezni. Zato imajo vpliv na stopnjo umrljivosti, ne pa na stopnjo obolevnosti. Pri preprečevanju umrljivosti gre za nujno sodelovanje preventivnih in kurativnih ustanov. Cilj namreč določa mesto in vlogo posameznim zdravstvenim inštitucijam. Preprečevanje umrljivosti vključuje poleg PZ in preprečevanja DT tudi zgodnje odkrivanje, zdravljenje, kontrolo in rehabilitacijo zbolelih.

Priporočene presejalne metode

Rak dojk

a) CINDI WHO

klinični pregled, mamografija (na 1 do 3 leta) v starosti 50 - 69 let,
klinični pregled, mamografija v starosti 40 - 49 let; manjši vpliv na umrljivost,
samopregledovanje dojk (2)

b) KANADA:

klinični pregled dojk 1 krat letno po 40.letu starosti,
mamografija vsaki 1-2 leti po 50. letu starosti,
pred 50.letom starosti pri rizični skupini žensk (3)

Ginekološki rak

a) CINDI WHO

bris: ženske med 25.-60. letom starosti na 3-5 let (2)

b) KANADA

letni screening priporočajo:

- na začetku spolne aktivnosti ali v starosti 18 let,;
- po dveh normalnih brisih naj se ponavlja vsake 3 leta do starosti 69 let,
- pogosteje pri ženskah z visokim rizikom, to je, če je prvi spolni odnos pred 18. letom,
- pri pogostem menjavanju spolnih partnerjev, kadilkah in nizkem socialnem položaju (3)

ZGODNJE ODKRIVANJE: SCREENING

USTREZNO ZDRAVLJENJE

CILJ IN MERILO UČINKA: ZNIŽANJE UMRLJIVOSTI (MORTALITETE)

POSTOPKI, KI JIH PRIPOROČA CINDI (2) - prevod

A/ PROTI GINEKOLOŠKEM RAKU

SPLOŠNO

1. Zasnova preventive ginekološkega raka (vključujoč vlogo spolnega življenja, osebne intimne higiene, metod kontracepcije), opozorilni znaki za rak (kot npr. močno krvavenje) ter prednosti, ki jih zagotavlja zgodnje odkrivanje, bi morali biti vključeni v šolske programe pri spolni vzgoji.

2. Vse ženske med 25. - 60. letom starosti bi morale na odvzem brisa vsake 3-5 let. V te namene bi moral biti vzpostavljen računalniški sistem klicanja na kontrolne preglede..
3. Presejalne metode bi se morale opravljati na izredno pazljiv (human) način, na visoki kulturni ravni.
4. Ženske bi morale biti na pravi način seznanjene z možnostjo in koristnostjo skrininga. Prednost bi morale imeti ženske z največjim rizikom, ki na ta način še nikoli niso bile pregledane oz. ki zavračajo pregled.
5. Tisti, ki so odgovorni za zdravstvo, naj spodbujajo in podpirajo razvoj ali porast organiziranega skrininga ter poskrbijo, da bo zagotovljena kakovostna kontrola.
6. Postopki skrininga morajo potekati tako, kot to zahtevajo navodila za jemanje brisa, prav tako postopki in interpretacija v citološkem laboratoriju ter ravnanje z bolniki, katerih testi niso normalni.
7. Kolposkopija naj se ne uporablja kot primarna metoda skrininga, ampak kot diagnostični pripomoček za lokalizacijo in ocenitev predmaligne tvorbe in zgodnjega raka pri ženskah z nenormalnim brisom. Pregled naj izvajajo ginekologi in ostali zdravstveni delavci z zadovoljivo izobrazbo in izkušnjami.
8. V obdobju med dvema skriningoma naj se bris ne jemlje, razen če je klinično upravičen. V tem primeru je raba testa diagnostična in uporabna za klinično prakso. Bris, ki je odvzet iz takih razlogov, se mora ločeno zabeležiti in prijaviti programu za skrining.
9. S skriningom prenehamo po 60. letu starosti v primerih, ko sta bila v zadnjih 10 letih dva zaporedna prejšnja brisa negativna in ni bilo v tem obdobju več nobenega pozitivnega. V obratnem primeru se nadaljuje skrining do 65. leta starosti.
10. Skrining se lahko opravlja tudi v primarnem zdravstvenem varstvu, če ni drugače organiziranega programa. Zagotovljeni pa morajo biti:
 - register žensk, pri katerih je treba opraviti to preiskavo,
 - zadovoljiva oprema,
 - osebje z izkušnjami za opravljanje skrininga,
 - povezava s citološkim laboratorijem in zdravstvenimi institucijami.
11. Kadar ženska primerne starosti obišče splošnega zdravnika zaradi razlogov, ki niso povezani s cervikalno patologijo, naj zdravnik rutinsko kontrolira, kdaj in kako je bilo opravljeno presejanje. Če je od zadnjega jemanja brisa minilo več kot 3 leta, naj se ga vzame tedaj. Podatki in rezultati naj se zabeležijo. Občasni pregledi brisa so manj uspešni kot če jih opravljamo v organiziranem programu.

SEZNAM PRIPOROČENIH POSTOPKOV

12. Za zagotovitev ustreznih informacij in praktičnih navodil vsake faze procesa skrininga velja:

- tim primarnega zdravstva mora razumeti organiziranost in postopke programa skrininga, vključno s postopki za ženske, ki potrebujejo spremljanje (kontrolne)
 - omogočati je treba medsebojne povezave (citološki laboratorij in zdravstvene institucije) in zagotoviti podporo temu sodelovanju .
13. Za povečanje števila žensk zajetih v presejalni program, mora primarni tim:
 - določiti osebo, odgovorno za zajetje žensk,
 - imeti spisek bolnic za prve in kontrolne preglede,
 - voditi kartoteko prejšnjih in načrtovanih skriningov,
 - izobraziti, motivirati in prepričati ženske, da se odzovejo vabilu na pregled ter preverjati razloge za morebitno neodzivnost,
 14. Za boljšo odzivnost na vabilo za pregled mora primarni tim:
 - svojim pacientkam razložiti pomen in postopek testa, koristi in možne nevarnosti ter jih prepričati, da imajo od pregleda več koristi kot škode,
 - pripraviti ženskam razumljivo informacijo o tem, kaj se dogaja na različnih stopnjah skrininga,
 - omogočiti razgovore z ženskami o morebitnih predsodkih v zvezi z pozitivnimi rezultati testa in pojasniti nadaljnje postopke.
 15. Primarni tim mora biti usposobljen za strokovno neoporečno jemanje brisa:
 - brise jemlje sredi menstrualnega ciklusa,
 - v primeru vnetja, je treba le-to najprej pozdraviti, nato vzeti bris,
 - uporabiti spekulum za odvzem pod kontrolo oči,
 - bris je treba odvzeti z ustreznim materialom, na strokoven način,
 - odvzeti bris se ustrezno označi, fiksira in transportira v citološki laboratorij.
 16. Primarni tim spremlja in vodi pacientke tako z negativnim kot tudi s pozitivnim rezultatom testa.

B/ PROTI RAKU DOJK

SPLOŠNO

1. Ženske v starosti nad 40 let je potrebno seznaniti s periodičnimi spremembami v normalnem tkivu dojk in z opozorilnimi znaki za rak dojke. Redno naj si pregledujejo dojke in če opazijo zatrdlino, naj gredo k zdravniku. čeprav učenja samopregledovanja dojk v tej starosti posebej ne priporočajo, ga ne kaže odsvetovati tistim, ki ga redno opravljajo.
2. Vse ženske v starosti 50-70 let naj opravijo mamografijo v rednih intervalih (na 1- 3 leta). Mamografije ne priporočajo ženskam do 50. let starosti.
3. Mamografijo naj izvajajo le posebej usposobljeni radiologi.
4. Ker kliničen pregled dojke sam po sebi ni presejalni test, naj le-tega zdravstveni delavec vključi v rutinski ginekološki pregled ženskam nad 40. letom.
5. Zdravstveni strokovnjaki naj redno spremljajo ženske z visokim tveganjem za razvoj raka. Pri tem jim je lahko v veliko pomoč spisek nedvomno ugotovljenih dejavnikov tveganja.

SEZNAM PRIPOROČIL

6. Za zagotovitev ustreznih informacij in praktičnih navodil za vsako fazo postopka skrininga velja, da mora tim v osnovnem zdravstvu:
 - razumeti organiziranost in postopke programa skrininga, vključno s postopki za ženske, ki potrebujejo spremljanje (kontrolne)
 - ustanoviti in omogočati medsebojne povezave med institucijo za presejanje, ki opravlja tudi mamografijo, in med multidisciplinarnim timom za diagnostiko in zdravljenje bolezni.
7. Za povečanje zajetja žensk v skrining program mora zdravnik osnovnega zdravstva:
 - uporabljati primerno podatkovno bazo (ki registrira paciente po starosti in spolus kartoteko ali računalnikom), da bi identificiral ženske za mamografijo,
 - voditi seznam prejšnjih in načrtovanih skriningov,
 - natančno preverjati in dopolnjevati seznam prijavljenih, kot osnovo za vabljenje in hkrati za izločitev tistih, ki spremljanja ne potrebujejo več,
 - izobraziti, motivirati in prepričati ženske, da se odzovejo vabilu.
8. Za boljše sprejetje programa naj tim osnovnega zdravstva:
 - ustrezno svetuje in informira ženske o postopku, koristi in stranskih učinkih pregleda, da bi se ženske zanj laže in številčneje odločale za pregled,
 - poišče in spremlja naj ženske, ki se vabilu ne odzovejo, odkrije razloge za to, se pogovori z njimi o njihovem mnenju, odporu, strahu pred rakom in skriningom samim,
 - ženskam s patološkim izvidom naj svetuje in jih kliče na mamografsko kontrolo in/ali na nadaljnje preiskave, ter na razgovore o rezultatih testov in nadaljnjih postopkih kot so biopsija, druge možne oblike zdravljenja, zagotovitev psihološke podpore.
9. Osnovna zdravstvena enota naj ženske seznanja s tem, da bodo znale ločiti normalne spremembe med menstrualnim ciklusom od patoloških znakov, o katerih morajo obvestiti zdravnika. Te spremembe so: nenavadna sprememba obrisa, oblike in velikosti dojke, zatrdline ali bule v dojki ali pod pazduho, gube ali vdrtine na koži, spremembe bradavic in nenavadna bolečina ali neugodje.
10. Vloga zdravnika osnovnega zdravstva v diagnostiki:
 - pošiljanje pacientkz otipljivimi zatrdlinami dojke (kljub negativni mamografiji) ali spremembami bradavic neposredno v kirurško oceno. Zavedati se mora, da je naglo ukrepanje življenjskega pomena,
 - pošiljanje pacientk na diagnostično mamografijo, kadar so prisotni znaki obolenja dojke, čeprav ni nobenih otipljivih sprememb v dojki,
 - naročanje pacientk na kontrolni pregled čez 14 dni, če je klinični ali palpatorni izvid nejasen,
 - spremljanje pacientk v času kliničnih preiskav z mamografijo ali brez nje, kadar je v anamnezi naznačen katerikoli dejavnik tveganja za nastanek raka dojke (konec prevoda).

URESNIČEVANJE PROJEKTA V DOBI PREOBRAZBE ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

Zdravstveno varstvo v Sloveniji je v obdobju socialnopolitičnih sprememb, v prehodnem obdobju preobrazbe. Preobrazba poteka večji del spontano, brez načrta in vizije končnega stanja. Za ta čas je značilno rušenje starega sistema, brez načrtno hkratne izgradnje novega.

Za PZ in preventivo na splošno je ta ugotovitev pomembna zato, ker se zna zgoditi, da bo preventivna dejavnost v kratkem prepuščena institucijam sekundarne ravni zdravstva, pobudam posameznikov, bolnikom samim ali pa celo laični javnosti. Po priporočilih SZO sodeč, velja ugotovitev, da je preventiva raka dojke in ginekološkega raka veliko uspešnejša, če deluje kot sistem. Uresničevanje programov v praksi je možno edinole tedaj, če seže do tiste ravni zdravstvenega varstva, kjer ženske živijo, to je v osnovno zdravstvo.

Preobrazba zdravstva je najbolj temeljito pretresla ravno primarno, manj pa sekundarno (bolnice) in terciarno (klinike) zdravstveno službo. Pregled priporočenih postopkov CINDI za boj proti ginekološkemu raku in raku dojke nam narekuje vsebino dela dosedanjih dispanzerjev za ženske in dispanzerjev splošne medicine.

Pred obdobjem preobrazbe je bila uveljavljena organizacijska shema dispanzerjev: klinika ali inštitut za varovanje zdravja - državna raven; občina, zdravstveni dom - lokalna raven in dispanzer za žene - osebna raven. Ta shema ne deluje več in jo bo v prihodnje še bolj nadomestila nova, ki jo predstavljata svobodno izbrani ginekolog in splošni zdravnik. Poleg prej monopolnega zdravstvenega varstva v zdravstvenem domu in dispanzerju bo v prihodnje naraslo število zasebnikov. Institucija izbranega zdravnika tako izpodriva dispanzersko metodo.

ZD in dispanzer sta postala medicinski instituciji za zdravstveno varstvo tistih žensk, ki imajo tam izbranega zdravnika in ginekologa zase in za svoje otroke.

Za uspešno preventivo se postavlja resno vprašanje, ali so dispanzerji še tista organizacijska oblika, ki bo sposobna tudi v bodoče nositi breme organizacije, izvedbe in kontrole projektov preventive ali pa kaže oblikovati državni projekt po metodah projektnega načrtovanja in spremljanja.

V novem družbenem okolju ima verjetno večjo perspektivo projektna metoda. Teško je pričakovati uspešnost teh programov v spremenjeni socialnopolitični podobi Slovenije s staro metodologijo preventive, zlasti če analiziramo tok sprememb v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Za naloge v zvezi s preventivo bolezni rizičnih skupin žensk (lokalni nadzor, lokalni podatki, povezava z lokalno politiko, vabljenje zdravih, spremljanje socialnega položaja itd.) po priporočenih postopkih SZO ni več niti naročnika, še manj plačnika.

Novo nastajajoča mreža številnih ginekoloških ambulant, v katero se spreminjajo nekdanji dispanzerji za ženske, zahteva že sedaj najmanj programe in sredstva za načrtno vabljenje na presejalne preglede tistih skupin žensk, ki ne bodo izbrale svojega ginekologa ali splošnega zdravnika, obenem pa zahteva oblikovanje, sprejetje, uresničevanje in kontroliranje uspešnosti natančno opredeljenih vsebin preventivnih programov na državni ravni, z znanim naročnikom / plačnikom.

ZAKLJUČEK

Za promocijo zdravja in preventivo dejavnikov tveganja so odgovorni vsi sektorji družbe. Za zgodnje odkrivanje raka dojk in ginekološkega raka pa nosi zdravstveni sektor še posebno odgovornost.

Zgodnje odkrivanje asimptomatskih stanj je učinkovito samo, če je organizirano na državni, regionalni in lokalni ravni in če zajame vsako posamezno žensko, zlasti pa tiste, ki so posebej ogrožene.

V tem času v Sloveniji nimamo nacionalnih programov PZ žensk in državnih programov za boj proti raku dojk in ginekološkemu raku, ki bi zadovoljili kriterije in priporočila SZO.

Zaradi sprememb zdravstvenega sistema je potrebno spremeniti, to je na novo oblikovati, sprejeti, uresničevati in kontrolirati učinke projektov in programov PZ žensk, preventive DT, zgodnjega odkrivanja raka dojk in ginekološkega raka po strategiji oz. metodologiji, ki je uveljavljena na področju kroničnih nenalezljivih bolezni v razvitih državah.

CINDI projekt nudi ustrezno strategijo, metodologijo, mednarodne povezave s podatkovno bazo za partnerja v državnem projektu. Obenem je slovensko osnovno zdravstvo še vedno sposobno z modernimi pristopi zajeziti epidemijo raka dojk in ginekološkega raka.

LITERATURA

1. E.Leparski, E.Nüssel: Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures, CINDI, WHO 1987
2. WHO: Prevention in Primary Care, CINDI, Copenhagen 1995
3. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care, Ottawa, Canada 1994
4. Ministrstvo za zdravstvo Slovenije: Plan zdravstvenega varstva RS do leta 2000, Ljubljana, 1993