

Državni presejalni programi za raka

National cancer screening programs

Maja Primic - Žakelj, Mateja Krajc, Vesna Zadnik

Povzetek: Izhodišče: Presejanje za raka je javnozdravstveni ukrep, pri katerem s preprostimi preiskavami med ljudmi, ki še nimajo nobenih kliničnih težav, iščemo tiste, pri katerih je možno, da že imajo raka ali njegove predstopnje. Vsakemu pozitivnemu testu morajo slediti diagnostične preiskave. Svet Evropske zveze je državam članicam leta 2003 priporočil, da uvedejo presejanje za raka dojke, materničnega vratu in debelega črevesa in danke kot organiziran populacijski program. Le takšni programi zagotavljajo zadostno udeležbo ciljnih skupin prebivalcev, s tem pa zmanjšanje umrljivosti za rakom. Dodaten pogoj za uspeh je kakovost vseh postopkov, vključno s pravočasnim in kakovostnim zdravljenjem pri presejanju odkritih sprememb. Do leta 2007 je pretežni del držav Evropske zveze uvedel ali pa pripravlja te presejalne programe.

Stanje v Sloveniji: V Sloveniji je zaenkrat utečen populacijski presejalni program za raka materničnega vratu (Program ZORA). Presejalna programa za raka dojke (Program DORA) in za raka debelega črevesa in danke (Program SVIT) sta še v fazi zagona.

Abstract: Background: Cancer screening is a public health intervention, where simple tests are used across a healthy population in order to identify individuals who have disease, but do not yet have symptoms. Diagnostic examination must follow every positive test. In 2003, The Council of the European Union recommended member states to implement population based screening programs for breast cervical and colorectal cancer. Only such an approach can achieve sufficient participation of the target population, thereby reducing mortality from cancer. In addition, appropriate quality assurance at all levels with timely and quality assured treatment of screen detected cancers is indispensable for screening to be a success. Till 2007, many of the member states implemented or are starting to implement population based cancer screening.

The situation in Slovenia: In Slovenia, cervical cancer screening is the only implemented population based program, while breast (DORA program) and colorectal cancer screening (SVIT program) programs are in the stage of development.

1 Uvod

Rak je skupno ime za nekaj sto malignih bolezni, ki so po svetu, pa tudi v Sloveniji, različno pogoste. Bolnikov z njimi je povsod iz leta v leto vedno več, pa tudi med vzroki smrti so v razvitem svetu in v Sloveniji na drugem mestu, takoj za boleznimi srca in ožilja. Pomembno mesto pri obvladovanju raka ima sekundarna preventiva, ki je namenjena čim prejšnjemu odkrivanju raka ali predrakavih sprememb. Temelji na spoznanju, da je zdravljenje večine rakov uspešnejše, če so odkriti na začetni stopnji razvoja.

Čim prejšnjo diagnostiko pri že zaznavnih kliničnih znakih imenujemo zgodnje odkrivanje (1). Za odkrivanje nekaterih vrst raka pa so na voljo bolj ali manj preproste preiskave, testi, s katerimi se da pri ljudeh, ki še nimajo nobenih težav, ugotoviti, ali je možno, da že imajo raka ali njegove predstopnje. V angleščini za tak način odkrivanja raka uporabljajo izraz "screening", v slovenščini pa se uveljavlja prevod presejanje, saj nam take preiskave kot s sitom izmed navidezno zdravih izločijo tiste, ki bi lahko bili bolni. Nobena od presejalnih preiskav ne da končne diagnoze; presejalna preiskava samo odkriva tiste, pri katerih so smiselne in potrebne še dodatne, diagnostične preiskave (1).

Presejanje je lahko individualno, na pobudo posameznikov ali zdravnikov. Slaba stran individualnega presejanja je, da je večinoma tako pregledan le manjši, zdravstveno bolj osveščeni del ljudi, zato je

njegov učinek v zdravju prebivalstva nasploh majhen. Za zmanjšanje umrljivosti je treba pregledati pretežni del (vsaj 70 %) ciljne skupine prebivalstva, kar je mogoče doseči z organiziranim, populacijskim presejanjem. Na preiskave sistematično vabimo skupine ljudi bodisi z osebnimi vabilii bodisi z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja.

Pri ocenjevanju, ali je bolezen primerna, da zanjo uvedemo presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger (2): bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, zdravljenje mora biti uspešno, na razpolago je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko pri presejanju odkritih sprememb in za njihovo zdravljenje, preiskava mora biti zanesljiva, cenovno ugodna, preprosta za izvedbo in za preiskovance sprejemljiva; za javnozdravstveni učinek je pomembno, da se večina povabljenih odzove vabilu na preiskavo.

Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, ima tudi svojo slabo stran: če drugega ne, lahko povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi sama preiskava je lahko neugodna ali boleča. Kot večina preiskav v medicini imajo tudi presejalne nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Njihov delež je sicer majhen, vendar če je rezultat napačno negativen, lahko preiskovancu nepravilno zagotovimo, da je zdrav, pa ima v resnici že začetno bolezen. Napačno pozitivni rezultati pa povzročajo po nepotrebnem zaskrbljenost in bremenijo zdravstveni sistem z nepotrebnimi nadaljnimi preiskavami. Prav zato je v

presejanju pomembna čim večja kakovost, ki zagotavlja kar najmanjši delež napačnih izvidov.

2 Priporočila Sveta Evropske zveze o presejanju za raka

Decembra 2003 je Svet Evropske zveze sprejel priporočila o presejanju za raka, ki obvezujejo države članice, da uvedejo priporočene presejalne programe za raka in čez najkasneje 4 leta poročajo o njihovi uvedbi (3). Priporočila Sveta Evropske zveze se nanašajo na implementacijo presejalnih programov, registracijo in upravljanje s podatki, nadzor, izobraževanje in uvajanje novih presejalnih testov.

Pri implementaciji so priporočili državam, naj uvedejo le tiste populacijske presejalne programe, za katere je znanstveno potrjeno, da zmanjšajo umrljivost za rakom. Ker je za uspeh programa pomembna vrhunska kakovost vseh postopkov, naj bodo programi organizirani v skladu z Evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti. Udeleženci programov morajo biti seznanjeni z vsemi prednostmi in pomanjkljivostmi presejanja. Pri odločanju o uvedbi presejalnih programov na državni ali regijski ravni naj države upoštevajo breme bolezni in zdravstvene zmožljivosti, ki so na voljo, možne stranske učinke presejanja in njegove stroške ter izkušnje iz raziskav in pilotnih projektov.

Za vodenje organiziranih presejalnih programov naj države zagotovijo centraliziran informacijski sistem in poskrbijo, da so vsi ljudje iz ciljne skupine povabljeni na presejalni pregled in da je udeležba čim večja. Posebej je treba paziti na to, da je presejanje enako dostopno vsem skupinam prebivalstva, pri čemer je treba upoštevati tudi posebne potrebe nekaterih skupin.

V skladu z zakonskimi predpisi o varovanju osebnih podatkov je treba zbirati in obdelati vse podatke, ki se nanašajo na izvide presejalne preiskave in diagnostičnih preiskav. Redno je treba spremljati in nadzirati kazalce uspešnosti programa in o njih seznanjati javnost in osebje, ki sodeluje pri presejanju.

Posebno pozornost je treba nameniti dodatnemu usmerjenemu izobraževanju osebja, ki sodeluje pri presejanju, saj mora biti ustrezno usposobljeno, da lahko zagotavlja čim kakovostnejše presejanje.

Svet Evropske zveze je priporočil državam, da v organiziranih presejalnih programih uporabijo naslednje teste:

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu. Začne naj se med 20. in 30. letom starosti, ne pa prej ali kasneje;
2. mamografski pregled za odkrivanje raka dojke pri ženskah v starosti 50–69 let v skladu z Evropskimi priporočili o zagotavljanju kakovosti (3);
3. test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka debelega črevesa in danke pri moških in ženskah, starih 50–74 let.

Za vse druge preiskave pa so strokovnjaki menili, da še ni dovolj dokazov, da bi jih uporabili v populacijskih presejalnih programih; izvajajo naj se samo kot raziskovalni programi, ki morajo šele ovrednotiti vpliv tovrstnih preiskav na zdravje prebivalstva.

3 Presejanje za raka v državah Evropske zveze

V skladu s priporočili Sveta so sodelavci Evropske komisije v drugi polovici leta 2007 opravili raziskavo med vsemi članicami Evropske zveze o tem, v kolikšni meri izpolnjujejo priporočila o presejanju (4). Izkazalo se je, da je bilo do tedaj populacijsko presejanje za raka dojk v starosti 50–69 let že uveljavljeno v 11 državah, v 11 so programe uvajali, v večini preostalih pa je bil ženskam na voljo vsaj preventivni mamografski pregled.

Čeprav je pregledovanje celic v brisu materničnega vratu za odkrivanje predrakavih in rakavih sprememb najdlje uveljavljena vrsta presejanja za raka, pa je imelo leta 2007 utečene populacijske programe samo 7 držav, v večini preostalih (razen dveh) pa so imeli vsaj priporočila o tem, kdaj naj se ženske udeležujejo preventivnih pregledov (4).

Populacijsko presejanje za raka debelega črevesa in danke se šele uvaja, zato je na tem področju še največ razlik med državami, tudi v tem, katero preiskavo uporabljajo kot presejalno. Ponekod so se odločili za endoskopsko preiskavo (kolonoskopijo ali fleksibilno sigmoidoskopijo), čeprav je za presejanje priporočen test za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu. Prve evropske smernice za zagotavljanje kakovosti še niso dokončane, tako da na ravni Evrope zaenkrat še ni enotnih priporočil. Organizirane presejalne programe je v letu 2007 uvajalo 12 držav (4).

4 Presejanje za raka v Sloveniji

V Sloveniji je zaenkrat utečen populacijski presejalni program za raka materničnega vratu (Program ZORA). Presejalna programa za raka dojke (Program DORA) in za raka debelega črevesa in danke (Program SVIT) sta še v fazi zagona.

Program ZORA: Rak materničnega vratu je ena od redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb. Preiskavo celic v brisu materničnega vratu sta že leta 1941 opisala Papanicolaou in Traut, zato se imenuje tudi test PAP. Preiskava se je v 50. letih prejšnjega stoletja začela uveljavljati kot presejalna za odkrivanje predrakavih sprememb pri na videz zdravih ženskah, bodisi kot sestavni del rednih ginekoloških pregledov (npr. v Sloveniji) ali kot del preventivnih programov, kjer bris lahko odvzame tudi drugo zdravstveno osebje, npr. splošni zdravniki (v Angliji) ali medicinske sestre (na Finskem).

Spremljanje zbolewnosti in umrljivosti za rakom materničnega vratu v Evropi in drugod po svetu je pokazalo, da je uspešnost pri zmanjševanju bremena te bolezni različna. Odvisna je od tega, koliko žensk prihaja na redne preglede in kakšni so postopki za zagotavljanje kakovosti od odvzema brisa do njegovega pregleda, in od tega, kako obravnavajo ženske s predrakavimi spremembami. Primerjava incidence in umrljivosti med državami zahodne in vzhodne Evrope nakazuje, da so razlike predvsem posledica različnih organizacijskih pristopov do reševanja tega problema.

Čeprav so bili v Sloveniji že leta 1960 uvedeni preventivni ginekološki pregledi z odvzemom brisa materničnega vratu za odkrivanje predrakavih sprememb, tj. individualno ali oportunistično presejanje, (neorganiziran program), ni kakovosti celotnega presejalnega

postopka, od odvzema brisa do njegovega pregleda v laboratoriju, nihče sistematično spremljal, prav tako niso bila vzpostavljena merila, po katerih bi bilo mogoče spremljati kakovost presejalnih postopkov, diagnostična obravnava žensk pa je bila kljub strokovnim priporočilom neuskajana. Te pomanjkljivosti je bolj ali manj odsevala tudi incidenca raka materničnega vratu, ki jo od leta 1950 spremlja Register raka Republike Slovenije (RRS). V Sloveniji so začeli uvajati redne preventivne ginekološke preglede in odvzeme brisa materničnega vratu na območju Ljubljane, Kranja in Maribora že pred letom 1960, po njem pa po vsej takratni republiki. Učinkovitost preventivnih pregledov se je pokazala z zmanjševanjem zbolewnosti in umrljivosti za rakom materničnega vratu. Po podatkih RRS se je letna incidenca manjšala od leta 1962 (34/100.000 žensk) do leta 1979, ko je bila najmanjša doslej (14/100.000 žensk). Od takrat do leta 1993 v grobi incidenci ni bilo pomembnejših sprememb, leta 1994 pa se je začela znova večati in je leta 1997 dosegla vrh (23,1/100.000, 241 novih primerov). Incidenca se je večala predvsem med ženskami, mlajšimi od 54 let.

Neučinkovitost dotedanjega sistema preventivnih ginekoloških pregledov naj bi izboljšal organiziran presejalni program, ki je po začetni pilotni fazi v ljubljanski in obalni zdravstveni regiji stekel na državni ravni leta 2003. Državni program ZORA (po črkah iz naslova programa – Zgodnje Odkrivanje predRAKavih sprememb materničnega vratu; poslej: DP ZORA) je bil vzpostavljen zato, da bi zmanjšali zbolewnost in umrljivost za rakom materničnega vratu v Sloveniji. Program ima za cilj povečati delež žensk v ciljni starostni skupini od 20 do 64 let, ki se udeležujejo rednih presejalnih pregledov brisa materničnega vratu, na najmanj 70 %, tudi s pisnimi vabil tistim, ki se teh pregledov same ne udeležujejo. Za pošiljanje vabil ženskam, ki so si že izbrale svojega ginekologa (t. i. »opredeljenim ženskam«), a v določenem intervalu (3 leta) same ne pridejo na pregled, so zadolženi ginekologi, neopredeljenim pa jih pošilja Register ZORA. Ta deluje tudi kot varnostni mehanizem: vabila pošilja vsem ženskam ustrezne starosti, ki v štirih letih nimajo registriranega izvida. Ker mora vsak organizirani program stremeti tudi k vrhunski kakovosti vseh postopkov, so bile tudi za vse postopke programu ZORA izdelane smernice za zagotavljanje kakovosti. Poleg smernic so bile pripravljene tudi zakonske podlage, ki so jih potrdili ustrezni državni organi (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Pomemben dosežek programa je vzpostavitev centralnega informacijskega sistema (Registra ZORA) na Onkološkem inštitutu Ljubljana v službi Epidemiologija in register raka, v katerem se zbirajo vsi izvidi brisov materničnega vratu in izvidi patohistoloških preiskav iz vseh slovenskih laboratorijev za ginekološko citopatologijo. Skupaj s podatki Registra raka RS omogoča spremljanje stopnje pregledanosti, presejalnega in morebitnih diagnostičnih postopkov. Predpogoj za ta sistem pa je bila prvič doslej standardizirana dejavnost laboratorijev za ginekološko citopatologijo, kar omogoča spremljanje dela laboratorijev. Do leta 2003, odkar spremljamo rezultate večine laboratorijev, take ocene sploh niso bile dosegljive. Sprememba terminologije citoloških sprememb leta 2006 naj bi dodatno prispevala k boljšemu ločevanju bolj od manj nevarnih sprememb v brisu materničnega vratu. Eden od razlogov za razlike med laboratoriji je bil, da do leta 2006 v Sloveniji ni bilo organiziranega enotnega izobraževanja za presejalce. Spremembe v brisu so tako subtilne, da ni čudno, da jih laboratoriji ocenjujejo različno in po svojih merilih. V

letu 2006 je bila na Onkološkem inštitutu Ljubljana s pomočjo kanadske učiteljice ustanovljena *Šola za presejalce*.

V dobrih treh letih po začetku organiziranega presejanja za odkrivanje RMV se je v ciljni skupini žensk, zajetih v program ZORA (od 20 do 64 let), povečala stopnja pregledanosti (delež žensk z najmanj enim izvidom BMV v zadnjih treh letih) na ciljno vrednost, 70 %. Pregledanost je zadovoljliva le do 50. leta starosti, ko je ogroženost žensk največja, premajhna pa je pri starejših, med 50. in 64. letom. Več skrbi bo treba posvetiti tudi regijskim razlikam in povečati odziv tam, kjer je še vedno premajhen (12, 13).

Podatki Registra raka za Slovenijo kažejo, da se incidenca RMV zmanjšuje; leta 2007 je bilo registriranih 151 novih primerov, kar je za 23 % manj kot leta 2003. Incidenca je manjša predvsem v najbolj ogroženi skupini žensk med 35. in 49. letom starosti, pri katerih je tudi največ patoloških izvidov brisov materničnega vratu (13).

Program DORA: Podobno kot drugod v razvitem svetu je tudi v Sloveniji rak dojke najpogostejši rak pri ženskah. V zadnjih letih zbolijo v Sloveniji letno več kot 1000 žensk (14). Čeprav se preživetje bolnic izboljšuje, pa ostaja rak dojke pri ženskah na prvem mestu med vzroki smrti zaradi raka (14). Eden od razlogov je zagotovo ta, da je pri nas premalo boleznih odkrite v omejenem stadiju, ko je zdravljenje najuspešnejše. Zato stroka že več kot 10 let opozarja, da je stanje mogoče izboljšati le z organiziranim, populacijskim presejalnim programom z mamografijo (15).

Leta 2004 je Zdravstveni svet sprejel in potrdil Predlog za uvajanje programa organiziranega presejanja za raka dojke v Sloveniji in Onkološkemu inštitutu Ljubljana poveril pripravo strokovnih in organizacijskih temeljev za državni program in za izvedbo projekta presejalnega programa. Program DORA, kot smo ga poimenovali po zgledu programa ZORA, je bil dokončno organizacijsko zastavljen s pomočjo evropske svetovalne skupine januarja 2007, Zdravstveni svet pa je dopolnitve potrdil marca 2007. Program predvideva centralno vodenje, dva presejalno–diagnostična centra v Ljubljani in Mariboru in dodatne mobilne presejalne enote.

Načrt programa DORA sledi Evropskim smernicam za zagotavljanje kakovosti v mamografskem presejanju (4). V skladu s temi smernicami so ključni elementi kakovostnega presejalnega programa za raka dojke ustrezna izobraženost in strokovna usposobljenost multidisciplinarnega tima, ki sodeluje v presejanju in diagnostiki, predvsem radiologov in radioloških inženirjev, patologov, kirurgov, medicinskih sester in administrativnega osebja. Za mamografske naprave so predpisani parametri tehnične kakovosti, ki jih je treba preverjati dnevno. Vse mamografske slike neodvisno odčitavata po dva radiologa; s tretjim, nadzornim, pa se na posebnem sestanku skupaj odločijo, kakšen naj bo postopek pri ženski, pri kateri sta prva dva odčitovalca zapisala različen izvid. Če je potrebna diagnostična obravnava, je vključen multidisciplinarni tim. Za program smo vzpostavili poseben informacijski sistem – aplikacijo DORA, ki omogoča redno spremljanje kazalcev kakovosti programa in nemoten potek dela. Ciljna populacija žensk, ki jo vsaki dve leti vabimo na presejalno mamografijo, je stara 50–69 let. S posebnimi metodami promocije programa skušamo pri njih doseči ustrezno odzivnost. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami, kar je tudi končni cilj programa DORA.

Glavne novosti in prednosti, ki jih med zdravstvene storitve prinaša presejalni program DORA, so ločena obravnava simptomatskih in zdravih žensk, ki prihajajo na presejalno mamografijo, ločen način financiranja in uvedba plačevanja po številu opravljenih mamografij in odčitavanj ter uvedba mobilnih enot. Novost je tudi digitalna mamografija v presejanju in centralizacija organizacije - osebje, stalno zaposleno v presejanju, je pod enotnim strokovnim in organizacijskim nadzorom. Pomembna je še uvedba dnevnega preverjanja tehnične kakovosti digitalnih mamografskih aparatov.

V letu 2007 je bil vzpostavljen prvi presejalni in diagnostični center na Onkološkem inštitutu Ljubljana, program pa je začel delovati v mestni občini Ljubljana. Poteka tako, da ženska dobi tri tedne pred naročenim pregledom pisno vabilo. Ko pride na pregled, jo v presejalnem centru sprejme zdravstveni administrator, radiološki inženir pa opravi presejalno mamografijo. Če je rezultat mamografije pozitiven, opravi odgovorni radiolog dodatne preiskave, ki so lahko neinvazivne (povečava, kompresija, druge projekcije, ultrazvočni pregled) in/ali invazivne (debeloigelna biopsija). Odgovorni radiolog mora biti izkušen v mamografskem odčitavanju in v vseh metodah nadaljnje diagnostike, za kar mora opraviti predpisan program usposabljanja. Radiolog odčitovalec mora letno odčitati najmanj 5000 presejalnih mamografij. Nadaljnja obdelava v okviru programa DORA poteka zaenkrat v presejalno-diagnostičnem centru na Onkološkem inštitutu Ljubljana, ko bo presejanje steklo v vsej Sloveniji, pa bo imel to nalogo tudi center v Mariboru (UKC Maribor). Osrednjo vlogo pri presejanju ima ženska. Kakršna koli komunikacija z njo poteka tako, da ne povzroča posredne ali neposredne škode. Pomembno je, da so ženske seznanjene s koristimi in tveganji presejanja. Informacije, ki jih ženska prejme, morajo biti uravnotežene, iskrene, primerne, utemeljene na z dokazi podprti medicini, dosegljive, spoštljive in prirejene individualnim potrebam, kjer je to le mogoče. Ženske zato poleg vabila prejemajo tudi zgibanko, v kateri sta razložena potek in namen presejanja, na voljo pa je tudi telefonska številka, kamor lahko pokličejo za spremembo datuma pregleda ali za dodatna pojasnila.

Program DORA je poslal prva vabila na presejalni pregled marca 2008. Odziv vabljenih žensk je dober; presejalnega pregleda se v prvem letu udeležilo 66 % od vseh naročenih žensk. Program je stekel brez večjih tehničnih ovir in je dobro pripravljen, kar je potrdila tudi evropska strokovna komisija, ki je pred začetkom preverila organiziranost programa pred presejalnim slikanjem prve ženske in med samim potekom dela. Nadaljnje širjenje programa je odvisno predvsem od novih investicij za opremo, pa tudi razpoložljivosti usposobljenega osebja.

Program SVIT: Program je namenjen odkrivanju in zdravljenju predrakavih sprememb in začetnega raka debelega črevesa in danke. V zadnjih letih zbolijo za rakom debelega črevesa in danke več kot 1200 Slovencev. Po pogostosti je ta bolezen pri obeh spolih skupaj na drugem mestu med vsemi rakavimi boleznimi, takoj za kožnim rakom in je zato pomemben javnozdravstveni problem. Ta je še bolj pereč zato, ker danes pretežni del teh rakov odkrivajo v razširjenem stadiju, ko so možnosti zdravljenja bistveno manjše, kot če je bolezen odkrita v omejenem stadiju, ko še ni zasevkov v bezgavkah ali oddaljenih organih. Po podatkih Registra raka RS je petletno relativno preživetje bolnikov, diagnosticiranih v omejenem stadiju, več kot 92-odstotno; žal je v tem stadiju odkritih le nekaj več kot 12 % vseh primerov (16).

Prikrita krvavitev v blatu je lahko zgodnji znanilec morebitnih resnih sprememb v debelem črevesu in danki, številne raziskave pa so pokazale, da redno pregledovanje blata v starosti 50–74 let, pri pozitivnih pa dodatna kolonoskopija in zdravljenje odkritih sprememb, zmanjšajo umrljivost za tem rakom med preiskovanci za najmanj 16 % (17). Za ta presejalni program smernice za zagotavljanje kakovosti v Evropski zvezi še pripravljajo, trenutno pa države uporabljajo različne pristope, od klasičnega testa gvajak do preiskave s fleksibilnim sigmoidoskopom ali kolonoskopom (4). Program SVIT, ki ga vodijo in koordinirajo v Zdravstvenem domu Ljubljana, bo vsako drugo leto povabil moške in ženske, stare 50–69 let, da po predhodnem pisnem soglasju doma dvakrat vzamejo vzorec blata in ga pošljejo v centralni laboratorij programa SVIT. Tam bodo opravili preiskavo na prikrito krvavitev po imunokemični metodi, vsi pozitivni pa bodo opravili kolonoskopijo in če bo treba, bodo usmerjeni na zdravljenje (18).

5 Sklep

Uvajanje populacijskih organiziranih presejalnih programov za raka je kompleksen in dolgotrajen proces, za katerega je potrebna strokovna in politična podpora. Izkušnje drugih držav, pa tudi naše kažejo, da je za učinkovito pripravo in izvedbo vsakega populacijskega presejalnega programa potreben določen čas, ponekod tudi 10 let in več. Poleg neposredne izvedbe je za vsak program namreč treba usposobiti primerno število osebja, ga povezati v multidisciplinarno timo, izdelati računalniško podporo za spremljanje in ocenjevanje programa, jo povezati z registri raka in zagotoviti primerno opremo ne le za presejanje, ampak tudi zdravljenje v presejanju odkritih sprememb. V Sloveniji je vsaj eden od priporočenih presejalnih programov, program ZORA, že utečen, čeprav ga je treba nenehno dopolnjevati in izpopolnjevati; upamo, da bosta kmalu v večjem obsegu zaživela tudi programa DORA in SVIT.

6 Literatura:

1. Hakama M, Coleman MP, Alexe DM, Auvinen A. Cancer screening. In: Coleman MP, Alexe DM, Albrecht T, McKee M. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of RS, 2008.
2. Wilson JMG, Junger JJ. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968:34.
3. Commission of the European Communities: Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. Official Journal of the European Union 2003; L327/34.
4. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E, eds. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth Edition. European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
4. von Karsa L, Anttila A, Ronco G et al. Cancer screening in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2008.
5. Kirar-Fazarinc I, Uršič-Vrščaj M, Pogačnik A et al. Navodila za odvzem brisa materničnega vratu in za izvajanje programa ZORA. 4. prenovljena izdaja. Ljubljana: Onkološki inštitut-Register ZORA, 2005.

6. Pogačnik A, Kirbiš Srebotnik I, Repše-Fokter A et al. Navodila za poenotenje izvidov brisov materničnega vratu. 2. prenovljena izdaja. Ljubljana: Onkološki inštitut-Register ZORA, 2005.
7. Uršič Vrščaj M et al. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo, 2007.
8. Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu. Ur I RS 2001; 68: 7033-8.
9. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu. Ur I RS 2004; 128: 15312-3.
10. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur I RS 2002; 33: 3122-9.
11. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Ur I RS 2000; 65: 8093-129.
12. Primic Žakelj M, Pogačnik A, Uršič Vrščaj M. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2006 in 2007. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008.
13. Primic Žakelj M, Pogačnik A, Uršič Vrščaj M. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2007 in 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, 2009 (v tisku).
14. Incidenca raka v Sloveniji 2005. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka republike Slovenije, 2008. Dostopno na: <http://www.onko-i.si/rrs>.
15. Primic-Žakelj M, Krajc M, Maučec-Zakotnik J. Presejanje za raka dojk – kje smo danes. Radiol Oncol 2006; 40 (Suppl 1): S25-30.
16. Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1991-2005 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana 2009 (v tisku).
17. Boyle P, Levin B eds. World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2008. Dostopno na: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/>
18. Štern B ed. Program Svit: slovenski program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki. Ljubljana: Zdravstveni dom, Enota preventive CINDI, 2008.