

kot pilotni program v ljubljanski regiji in leto dni pozneje še v primorski regiji. V letu 2002 smo organizirano presejanje za raka materničnega vratu kot državni program ZORA razširili na vso Slovenijo. Na preventivne ginekološke preglede in odvzem brisa materničnega vratu (BMV) v skladu z novimi smernicami tako lahko prihajajo ženske same. Če jih na pregled ni najmanj tri leta, ženske, ki imajo izbranega ginekologa, povabi njihov ginekolog, druge pa dobijo povabilo iz presejalnega centra na Onkološkem inštitutu. Na preventivni odvzem BMV so vabljeni ženske v starosti 20–64 let, v triletni program pa lahko vstopijo šele po tem, ko sta dva BMV v enem letu normalna. Prvi uspehi o večji pregledanosti žensk s testom PAP se kažejo v ljubljanski in primorski regiji, saj se je delež žensk, ki so v zadnjih treh letih prišle na ginekološki pregled in test PAP, že povečal na 70 %. Načrtujemo, da bomo do konca leta 2004 povabili na test PAP vse ženske iz Slovenije, ki ga v zadnjih treh letih niso opravile.

Na področju citopatologije sta bila objavljena Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu, ter Navodila za poenotenje izvidov brisov materničnega vratu in informacijskega sistema ginekološke citopatologije.

Ginekologi smo objavili Priporočila za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Leta 2002 smo opredelili kazalce kakovosti pri kolposkopiji, zdravljenju in nadzoru bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu in

predlagali ustrezne standarde. Prav tako smo opredelili strokovna izhodišča in predlagali algoritme za določanje onkogenih humanih virusov papiloma kot dodatne diagnostične metode za uspešnejše odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu.

Glede na podatke o bolnicah z rakom materničnega vratu, ki so zbolele, čeprav so hodile na ginekološke preglede, pa se zavedamo, da moramo še izboljšati vse postopke, od odvzema brisa materničnega vratu do pregleda v laboratorijih in zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu, saj so za zmanjševanje nastanka invazivnega raka materničnega vratu ključni. Kakovost dela na vseh ravneh je najpomembnejši sestavni del vseh presejalnih programov.

Sklepi okrogle mize

Pogostost raka materničnega vratu v Sloveniji bo mogoče zmanjšati le z nadaljevanjem državnega programa organiziranega presejanja. Naše delovanje bo zato v prihodnosti usmerjeno v doseganje večjega števila vseh pregledanih žensk v Sloveniji (najmanj 80 % v treh letih) in v zagotavljanje in učinkovito nadziranje kakovosti vseh postopkov na vseh področjih organiziranega presejanja: ginekologije, citopatologije in informacijskega sistema, tako pri presejanju kot tudi pri odkrivanju, zdravljenju in nadzoru bolnic s predrakavimi spremembami.

Marjetka Uršič Vrščaj in Maja Primic-Žakelj

Sklepi posveta o prečivetju bolnikov z rakom v Sloveniji

Problematika na področju raka je tako kompleksna, da ni rešljiva z eno samo potezo. Na podlagi ugotovitev moramo ukrepe načrtovati po sklopih.

1. REGISTRACIJA RAKA IN OBDELAVA PODATKOV

Ugotovitve

Ni razlogov, da v izsledke raziskave EURO CARE ne bi verjeli, češ da regijski registri (kjer gre verjetno za najrazvitejše regije v neki državi) niso primerljivi z državnimi, ki morajo vključevati tudi manj razvita območja. O tem nas prepričujejo rezultati, doseženi v skandinavskih državah, ki odstopajo celo od razvitejših regij zahodne Evrope. Da pa problem registracije obstaja, se je pokazalo pri uroloških rakih v Sloveniji, kjer zgodnje oblike praktično niso registrirane.

Sklepi

Izvajanje registracije rakavih bolnikov v Sloveniji ni popolno. Potrebno je natančnejše in podrobnejše prijavljanje. Doselej je to dejavnost izvajal izključno Onkološki inštitut. Skrajni čas je, da država prevzame odgovornost za financiranje kadrov in opreme ter nadzor nad izvajanjem registracije. Onkološki inštitut bo s svojim

bolnišničnim registrom še naprej v veliki meri sodeloval pri vzpostavljanju enotnih standardov pri registru raka. Načrtovanje številnih ukrepov pri sekundarni preventivi, diagnostiki, zdravljenju in paliativni oskrbi je neposredno odvisno od natančnega in sprotne sledenja trendov v obolevnosti za rakom pri nas.

2. PRIMARNA PREVENTIVA

Ugotovitve

Na tem področju kratkoročnih uspehov ne moremo pričakovati. Naš posvet temu segmentu ni bil namenjen, saj na preživetje že zbolelih primarna preventiva ne more vplivati. Seveda pa sprememba življenjskih navad in razvad lahko močno vpliva na pojavljanje in umrljivost za rakom. V Sloveniji je skrb vzbujajoče, da na prvi pregled prihaja bistveno večji delež bolnikov v napredovali fazi bolezni kot drugod po Evropi.

Sklepi

Programi za promocijo zdravega življenja je začrtalo in jih že izvaja Ministrstvo za zdravje. Taki programi lahko privedejo do manjšega zbolevanja predvsem za kožnim in pljučnim rakom, rakom prebavil, ORL in sečnega mehurja.

Kar pa zadeva programe, ki naj bi povečali ozaveščenost prebivalstva glede rakavih bolezni, je potrebna koordinirana akcija organizacij civilne družbe. Pri ženskih oblikah raka je že precej storjenega; dejavnost društva Europa donna je močno navzoča v javnosti. Potrebovali pa bi tudi organizacijo, ki bi podobno povezovala aktivnosti v zvezi s problematiko za rakom obolelih moških. Trenutno mediji bistveno raje razkrivajo afere, promovirajo alternativne načine zdravljenja, v zvezi z uradno medicino pa objavljajo le slabe izkušnje posameznikov. Kljub dobrim namenom lahko s tako dejavnostjo odvrtačajo potencialne bolnike od pravočasne odločitve o zdravljenju. Poskrbeti je treba, da se v javnosti razkrijejo izkušnje tistih bolnikov, ki so bili uspešno ozdravljeni s pomočjo uradne medicine.

3. SEKUNDARNA PREVENTIVA

Ugotovitve

V Sloveniji trenutno poteka organizirano presejanje prebivalc le na področju raka materničnega vratu (projekt ZORA). Pri pripravi tega programa je bilo treba predvsem izboljšati standarde diagnostike, saj je slovenski problem to, da je pogost invazivni rak, smisel presejanja pa je zlasti odkrivanje neinvazivnega raka in predrakavih sprememb na materničnem vratu. Problem pri raku dojke je, da se delež bolnic z rakom v zgodnjih stadijih v zadnjih 15 letih ni izboljšal. Pripravljene so strokovne podlage za pričetek presejanja ogrožene populacije. Zaradi vse pogostejših rakov debelega črevesa in danke bi bilo smiselno presoditi, ali je možno presejanje tudi na tem področju, npr. s preiskavo blata na prikrito krvavitev (PBPK). Napovedna vrednost PSA pri presejanju moških za rak prostate pa je precej nejasna.

Sklepi

Program ZORA si že v tem letu obeta prek 80 % pregledanost žensk v Sloveniji v treh letih. Pričakovati je torej, da se bo incidenca invazivnega raka na tem področju v prihodnje zmanjševala v dobro več odkritih neinvazivnih rakavih sprememb, katerih zdravljenje je manj agresivno in izredno uspešno. Pri raku dojke je vsekakor treba zagotoviti finančna sredstva za pričetek pripravljenega programa presejanja z mamografijo. Zelo pomembno bo nadzorovanje kakovosti presejanja. Temeljni izračuni finančne obremenitve izvedbe pilotnega presejanja za rak debelega črevesa in danke s PBPK so pripravljeni in bi jih bilo morda dobro izvesti. Pred pričetkom pa je treba zagotoviti dovolj usposobljenih specialistov za izvajanje kolonoskopije, saj se bodo morali soočiti s precej večjimi potrebami po tej preiskavi.

Za izvajanje državnih programov presejanja za karcinom prostate s PSA ne v svetu ne pri nas za zdaj ni pravega konsenza. Dogovorjeno je bilo, da se bolj ogroženi skupini asimptomatskih moških, ki pa morajo biti seznanjeni z vsemi težavami pri terapevtskih odločitvah v primeru bolezenskih vrednosti PSA, ta preiskava omogoči.

4. ODKRIVANJE IN DIAGNOSTIKA

Ugotovitve

Del odgovornosti za slabše preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji gotovo lahko naprtimo slabostim odkrivanja in diagnostike. Poleg slabe ozaveščenosti prebivalcev, ki že sami zamujajo pri odločitvi za prvi pregled, na hitrost in ustrezno izbiro diagnostike vplivajo še reakcijski čas in zavzetost osebnega zdravnika, izbira, strokovnost in zavzetost specialista, h kateremu je bolnik napoten, čakalna doba za potrebne preiskave ter opremljenost, strokovnost in organizacija diagnostičnih središč. Prvi problem je seveda sum, da gre za maligno bolezen. Že tu se mnogokrat izgublja preveč časa. Od suma do diagnoze pri raku (razen v izjemnih primerih) ne sme preteči več kot 14 dni. Naslednji korak je določitev kliničnega stadija bolezni in opredelitev bolnikovega stanja sposobnosti, kar neposredno vpliva na izbiro zdravljenja. To je trenutek, ko bi moral biti bolnik praviloma že predstavljen v onkologijo usmerjenemu specialistu ali multidisciplinarnemu timu, ki bo odločal o nadaljnjem zaporedju preiskav. Žal tudi dostopnost do pravočasne in sodobne diagnostike v Sloveniji vsem bolnikom z rakom ni omogočena v enaki meri.

Sklepi

Algoritmi diagnostičnih postopkov pri malignih boleznih, ki bi obvezovali izvajalce v vsej Sloveniji, so izdelani le za nekatera področja. Vendar tudi tam, kjer so zapisani, ni jasno, s kakšno hitrostjo se morajo izvajati. Problem odzivnega časa (od odvzema do izvida) mora biti v citologiji in histologiji čim krajši. Pri naročanju slikovne diagnostike pa čakalna doba na preiskavo (npr. 1–2 meseca) mnogokrat presega smiselnost naročanja. Zato te preiskave velikokrat niso opravljene in je določitev stadija lahko podcenjena. Prav tako ni jasno, kaj opredeljuje kakovost preiskave in kaj mora vsebovati kakovosten izvid preiskave. Še največ je bilo na tem področju storjenega pri oblikovanju programov za presejanje raka materničnega vratu in dojke, kjer je bilo treba poenotiti temeljno diagnostiko. Še vedno pa v mnogih multidisciplinarnih timih niso sprejeta skupna načela o določitvi izbire in dinamike potrebnih preiskav pred določitvijo stadija, pred zdravljenjem in med njim ter med spremljanjem bolnika. Le na podlagi takih usmeritev je možno doseči, da bodo onkološki bolniki deležni prednostne in strokovne obravnave pri slikovni diagnostiki (predvsem UZ in CT) in nekaterih endoskopskih preiskavah, ki jih marsikje izvajajo zasebne ustanove z delno koncesijo. Podpreti je treba namestitve pozitronske emisijske tomografije (PET) na Onkološkem inštitutu, saj je klinična vrednost te metode prav v natančni ocenitvi stadija bolezni pri onkoloških bolnikih, kar omogoča pravilno izbiro prvega zdravljenja. Čim več bolnikom je treba omogočiti predstavitev multidisciplinarnemu timu čim prej po postavitvi diagnoze. Nadzor kakovosti izvajanja preiskav je znotraj takega tima najpreprostejši. Pravilna izbira zaporedja preiskav omogoča hitro in najcenejšo diagnostiko. Tistim ustanovam, ki so od multidisciplinarnih ustanov oddaljene, mora v prihodnosti

dostopnost do *on-line* konzilijev omogočiti računalniško-informacijski sistem.

5. IZVAJANJE ZDRAVLJENJA

Ugotovitve

Izsledki raziskave EURO CARE-3 Slovenijo po preživetju rakavih bolnikov umeščajo v spodnji del lestvice. Na prvi pogled to lahko pomeni predvsem, da so pri nas bolniki z maligno boleznijo zdravljeni slabše kot drugod v Evropi. Podrobnejša razčlenitev je pokazala nekoliko drugačno resnico. Preživetje bolnikov z nekaterimi oblikami raka, kot so ginekološki rak, rak ORL, rak moda in žleze ščitnice, maligni limfomi in sarkomi mehkih tkiv, je po uspehu primerljivo z evropskim povprečjem. Zakaj? Ker diagnostične in terapevtske postopke teh bolnikov že več desetletij izvajamo pod strokovnim nadzorom multidisciplinarnih timov, ki jih je motiviral Onkološki inštitut. (Izjema v tem pogledu so bolniki s pljučnim rakom, kjer je kljub multidisciplinarnosti uspeh zdravljenja v Evropi in pri nas enako slab. Vendar gre v tem primeru predvsem za problem zgodnje diagnostike.) Na drugi strani strani pa opažamo od evropskega povprečja slabše preživetje pri bolnikih z rakom prebavil, dojke in malignim melanomom. Zakaj? Ker so bili ti bolniki od nekdaj zdravljeni razpršeno po različnih ustanovah, od katerih je vsaka imela drugačne poglede na diagnostiko in zdravljenje. Bolniki pa so bili mnogokrat multidisciplinarnim timom predstavljeni šele po neuspešnem zdravljenju. Po drugi strani ugotavljamo, da pri primerjavi preživetja bolnikov po stadijih od evropskega povprečja ne odstopamo, kar pomeni, da slabše rezultate za vse stadije v Sloveniji lahko pripisujemo predvsem večjemu deležu napredovalih tumorjev ob prvem zdravljenju.

Obdobje raziskave EURO CARE-3 (1990–1994) sega v čas, ko so prve smernice zdravljenja pri nas šele nastajale, zaradi nejasne zdravstvene politike pa tudi niso naletele na pravo podporo. Finančna uspešnost zdravstvenih ustanov je temeljila na številu, ne pa na kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev. Nihče od ustanov ni zahteval podatkov o uspešnosti načinov zdravljenja. To stanje, ki še danes ni popolnoma preseženo, vodi v podvajanje diagnostičnih in terapevtskih posegov, ki bolnike in zdravstveno osebje dodatno obremenjujejo, izčrpavajo zdravstveno blagajno in slabšajo bolnikovo prognozo. Čeprav se je notranji strokovni nadzor v mnogih ustanovah že izkazal za nezadostnega, še vedno ni jasno, katera

krovna ustanova bo vršila strokovni nadzor tako, da bo omogočila in podprla izdelavo strokovnih smernic na državni ravni, neizvajanje dogovorjenih postopkov pa z ukrepi preprečevala.

Kljub naštetemu na podlagi podatkov Registra raka za Slovenijo ugotavljamo, da se je preživetje bolnikov s tistimi lokalizacijami bolezni, ki smo jih na posvetu obravnavali, v obdobju 1998–2000 v primerjavi z opazovanim v raziskavi EURO CARE-3 (1990–1994) izboljšalo 2–10 %. To lahko pripisujemo predvsem postopnemu izboljšanju na vseh ravneh, od večje ozaveščenosti do uvajanja novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Nenazadnje lahko boljše preživetje pripišemo tudi uspehom lastnega raziskovalnega dela. Podatkov o tem, kako se je v tem času spreminjalo preživetje bolnikov po Evropi, pa za zdaj nimamo.

Sklepi

Že zapisane smernice moramo posodobiti v skladu z navodili MZ in jim dati državno veljavo. Tudi za druga področja klinične onkologije je treba zapisati smernice. Njihovo izdelavo morajo podpirati MZ, ZZZS in ZZZ, ki morajo imenovati strokovnjake po posameznih področjih, da bodo pri tem sodelovali, in najti tudi možnosti za dodatno stimulacijo teh strokovnjakov. Seveda bi morale take smernice vsebovati tudi klinične poti na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Z določitvijo ustanov, ki bodo klinično delo sposobne kakovostno opravljati in nadzirati, lahko zagotovimo enako dostopnost bolnikom do sodobnega onkološkega zdravljenja. Če bodo nad izvajanjem smernic bedele omenjene državne ustanove tako, da bodo za izvajanje dogovorjenih načel ustanove izvajalke stimulirane, pri kršitvah pa bo prišlo tudi do finančnega odtegotovanja, lahko pričakujemo, da bodo taki postopki privedli tudi do boljšega preživetja rakavih bolnikov v Sloveniji. Po drugi strani je treba opozoriti, da lahko prav z lastnim raziskovalnim delom in nenehnih uvajanjem novih načinov diagnostike in zdravljenja pomembno izboljšamo uspešnost zdravljenja. Omejevanje na teh dveh področjih lahko zaostanek za Evropo še poveča.

Hotimir Lešničar

