

## Preživetje bolnikov z rakom

*Je po evropskih kazalcih Slovenija res padla na izpitu iz onkologije?  
Poročilo s posveta o preživetju bolnikov z rakom v Sloveniji*

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani smo 6. 12. 2003 pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS izvedli posvet o preživetju bolnikov z rakom, ki se ga je udeležilo prek 60 predstavnikov zdravstvene politike, vodstev zdravstvenih ustanov, strokovnjakov, ki se ukvarjajo z diagnostiko in zdravljenjem raka, ter predstavnikov civilnih društev. K temu nas je vzpodbudila predstavitev rezultatov mednarodne študije EUROCORE-3 na evropskem kongresu onkologov (ECCO) oktobra 2003 v Københavnu na Danskem, ki obravnava podatke o preživetju 1,8 milijona bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1990–94. Iz rezultatov te študije, ki temelji na podatkih 60 populacijskih registrov iz 20 evropskih držav, sledi, da Slovenija po preživetju bolnikov z rakom zaostaja za evropskim povprečjem. Na omenjeni lestvici zasedamo mesto za vsemi severnimi in zahodnimi evropskimi regijami in državami, smo pa uvrščeni pred tistimi državami (oz. njihovimi regijami), ki so na seznamu za vstop v EU. Ne glede na vrstni red gre za pomembno odstopanje od evropskega povprečja – pri ženskem raku znaša 6 %, pri moškem pa kar 9 %. Na prvi pogled rezultati kažejo, da je zdravljenje bolnikov z rakom v Sloveniji bistveno manj uspešno kot v večini evropskih držav.

Podatke o pojavljanju raka v Sloveniji zbiramo in vsako leto objavljamo s pomočjo Registra raka na Onkološkem inštitutu že prek 50 let, v zadnjih letih pa sta bili objavljeni tudi dve publikaciji o preživetju bolnikov z rakom. Neprijetno smo bili presenečeni nad ugotovitvami raziskave EUROCORE-3, ki med posvetom (razen v izvlečkih kongresa ECCO 2003) v strokovni publicistiki še ni bila uradno objavljena. Kako je mogoče, da smo po vestnosti sledenja trendov pojavljanja vseh tumorskih lokalizacij lahko celo pred bolj razvito Evropo, po drugi strani pa vidno zaostajamo pri uspešnosti zdravljenja, katere končni (ne pa tudi edini) kazalec je preživetje bolnikov? Dejstvo je, da sta zapisovanje in ukrepanje

dve ločeni kategoriji. In prepogosto hvaljena majhnost Slovenije se v tem pogledu ni obnesla. Majhnost sama po sebi namreč ne zagotavlja tudi enotnosti pogledov.

Zaradi naštetega smo se na Onkološkem inštitutu odločili za posvet, na katerem bi skušali ugotoviti vzroke za omenjeno zaostajanje, hkrati pa nakazati tiste ukrepe, s katerimi bi v prihodnosti lahko dosegli evropsko raven.

Ker gre pri raku za številne med sabo popolnoma različne bolezni, je ugotavljanje nekaterih povsem splošnih izhodišč nesmiselno. Že v pripravljalnem obdobju sestanka smo se zato odločili, da analiziranje stanja in pripravo morebitnih dejavnosti osredotočimo na ugotovitve pri vzorčnih skupinah bolnikov s tistimi tumorskimi lokalizacijami, kjer od evropskega povprečja v nekem oziru pomembno odstopamo. Tako smo se odločili, da zaradi **odstopanja pri preživetju bolnikov** obravnavamo **rak dojke, debelega črevesa in danke, mehurja in prostate**. Za uvrstitev problematike **raka materničnega vratu** v program posveta pa smo se odločili, ker je v Sloveniji izrazito **višja incidenca** kakor v Evropi. Za vsak organski sklop smo imenovali koordinatorja, ki je k sodelovanju pritegnil še druge strokovnjake s tega področja.

V nadaljevanju najprej objavljamo uvodni predstaviti o izvajanju raziskav EUROCORE ter temeljna načela pri obravnavanju preživetja rakavih bolnikov v Sloveniji, nato pa poročila o problematiki pri posamičnih prej naštetih tumorskih lokalizacijah, ki so bile obravnavane v sklopu okroglih miz na posvetu 6. 12. 2003. V sklepih smo poskušali dogovorjeno združiti po tistih dejavnostih, ki smo jih na posvetu obravnavali.

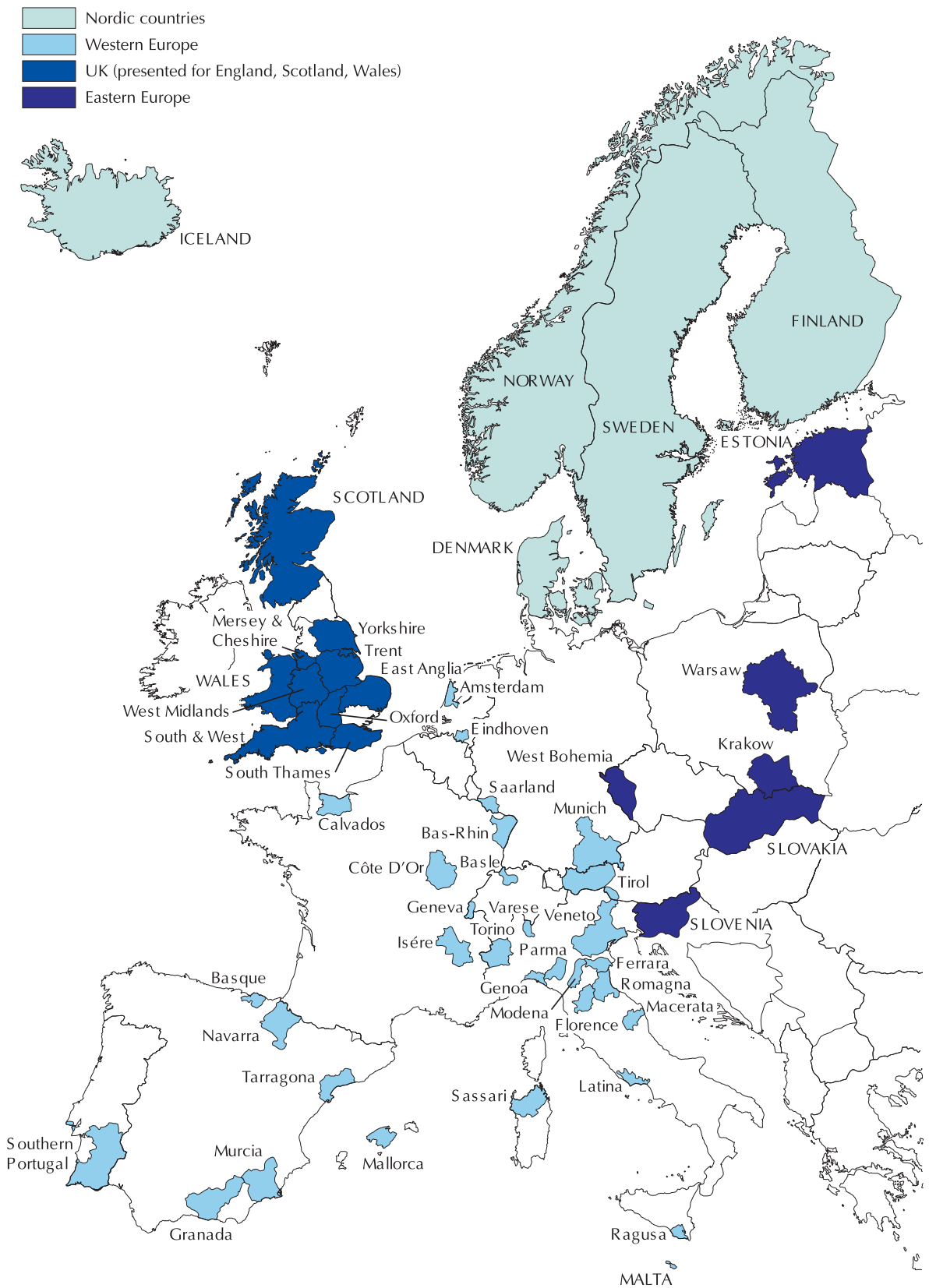
**Hotimir Lešničar**

### Eurocare raziskave

25. septembra 2003 je na sestanku ECCO prof. Michel Coleman poročal o izsledkih raziskave EUROCORE-3. Z navedenimi ugotovitvami in mestom Slovenije med drugimi evropskimi državami je presenetil slovenske novinarje, ki so ta sestanek spremljali. Izsledke raziskave EUROCORE-3 smo za primerjavo in komentarje upoštevali tudi v svoji zadnji knjigi o preživetju bolnikov z rakom v Sloveniji (1), ki je izšla junija 2003.

Bralce Onkologije bo zanimalo, kaj sploh so raziskave EUROCORE. To so bili projekti, ki jih je financirala Evropska skupnost v devetdesetih letih, vodil pa jih je dr. Franco Berrino z Nacionalnega inštituta za raziskovanje in zdravljenje raka v Milanu.

Želeli so izmeriti in razložiti mednarodne razlike v populacijskem preživetju bolnikov z rakom v Evropi in tako



**Slika 1.** Države in regije, ki so bile s podatki o preživetju odraslih bolnikov vključene v raziskavo EUROCARE-3 (vir: *Annals of Oncology* 2003; Suppl. 5).

izboljšati primerjavo podatkov o ocenah preživetja s standardnimi definicijami, z osrednjim nadzorom podatkov ter s standardno metodologijo obdelave podatkov, upoštevajoč pri tem demografske podatke in podatke o umrljivosti v posameznih državah.

Prvi projekt, EUROCARE-1, je obravnaval podatke 800.000 bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1978–1985 v 12 evropskih državah, EUROCARE-2 podatke 1,300.000 bolnikov, zbolelih v letih 1985–1989 v 17 evropskih državah, in tretji, EUROCARE-3, podatke 1,800.000 bolnikov, zbolelih v letih 1990–1994 v 20 državah.

V sklopu projekta EUROCARE-3 so države, ki v prvi projekt niso bile vključene, dodale v skupno podatkovno bazo še podatke za obdobje 1978–1984. Tako so v sedanji podatkovni bazi podatki o 6,500.000 bolnikih z rakom.

V devetih oz. v enajstih državah, ker so Škotsko in Wales obravnavali kot državi in ne kot regiji, so bili zbrani podatki iz vse države, saj registri raka tam pokrivajo 100 % prebivalstva. V drugih 11 državah pa so bili zajeti podatki le za del (3–63 %) prebivalcev (Slika 1). Nekateri regijski registri Francije, Španije in Portugalske so prispevali podatke samo za bolnike z nekaterimi rakavimi boleznimi (npr. z levkemijo, rakom dojke, prebavil).

Podatki za otroke (0–14 let) in odrasle (15–99 let) so bili obdelani ločeno. Pri otrocih so ugotavljali preživetje za 24 bolezni, pri odraslih pa za 42.

Izsledki prvih dveh raziskav so bili tiskani kot posebni publikaciji v seriji IARC Scientific Publication (2,3), v skrajšani obliki v suplementu European Journal of Cancer

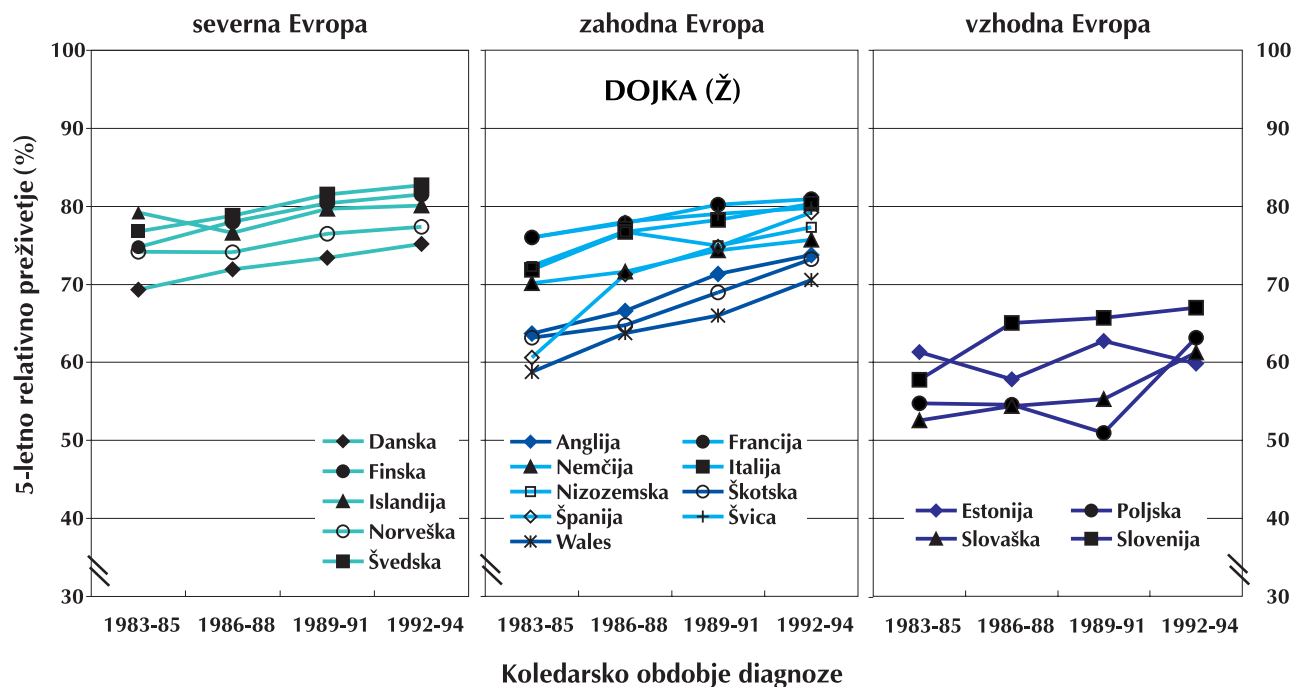
(4) in še v lepem številu člankov v različnih mednarodnih revijah, ki obravnavajo onkološko problematiko. Izsledki zadnje raziskave EUROCARE-3 pa so objavljeni v zadnjem suplementu revije Annals of Oncology (5).

Vse tri raziskave so ugotovljale, da so v preživetju bolnikov z rakom med sodelujočimi državami, pa tudi znotraj njih (npr. v Italiji), velike razlike. Za prikaz zadnjih izsledkov so države razvrstili v tri skupine (slike 2–4). V prvih dveh raziskavah jih je pri zahodnoevropskih državah presenetilo slabo preživetje v Veliki Britaniji in na Danskem, v tretji pa so v Angliji, na Škotskem in v Walesu pri nekaterih rakavih boleznih že zaznali strmejšo povečanje preživetja. Kot je razvidno iz priloženih slik, pa so se razlike med nekaterimi evropskimi državami v opazovanem obdobju še povečale.

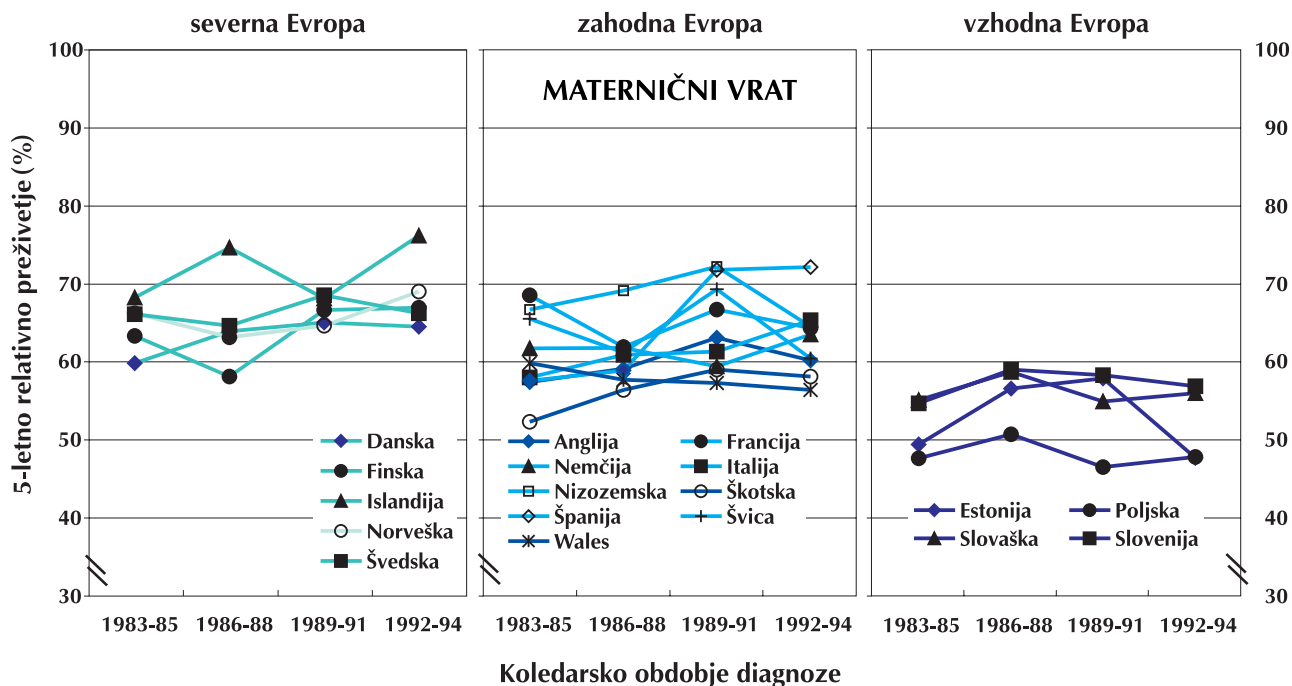
Zanimivo je tudi, da je po dosedanjih primerjavah tudi najboljše preživetje v Evropi slabše od tistega v ZDA, in sicer za večino rakov, zlasti za raka debelega črevesa in dojke, ne pa npr. za želodčnega (6, 7).

Na ugotovljene razlike v preživetju lahko vpliva več dejavnikov: od kakovosti podatkov, lastnosti bolnikov in narave maligne bolezni do zdravstvene oskrbe bolnikov. Slednja je zelo pomembna in prav gotovo pomembno vpliva na izsledke, kar so potrdile tudi posebne, poglobljene študije v okviru EUROCARE-2 in EUROCARE-3. Študije, ki so jih poimenovali »high resolution studies«, so kot glavni vzrok slabega preživetja bolnikov z rakom debelega črevesa in dojke nakazale prav pozno diagnozo (8, 9).

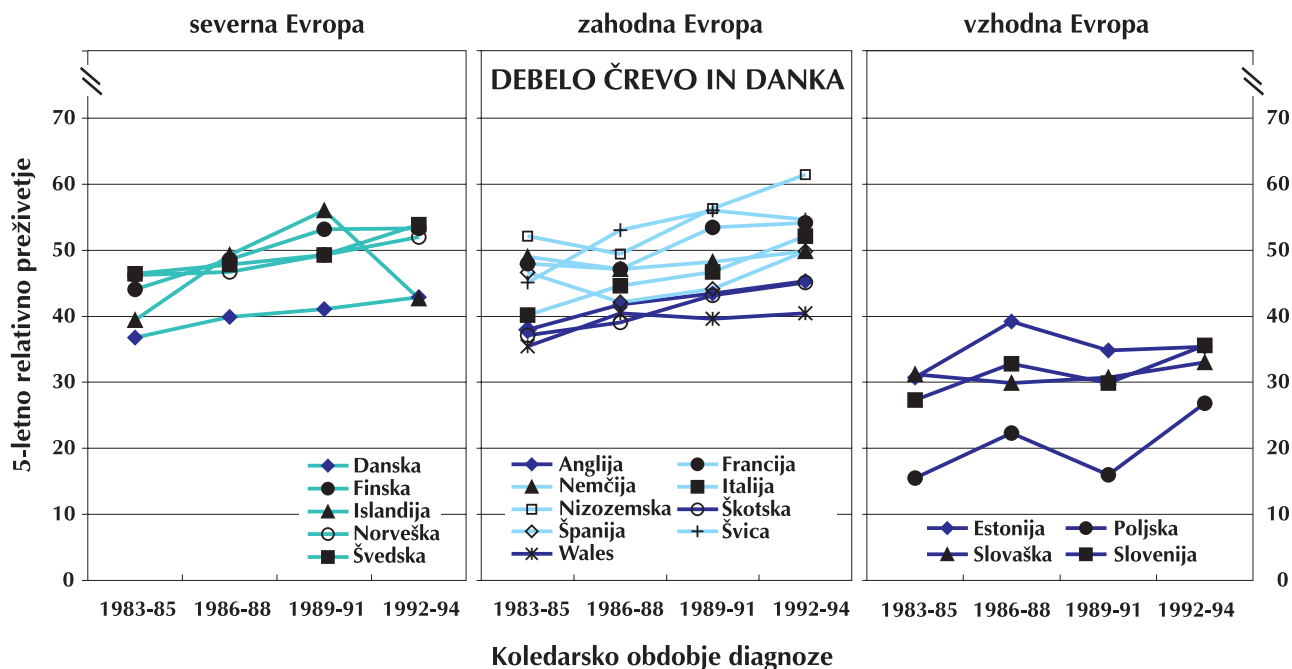
Kot lahko beremo v British Medical Journal (10), je prav to dejstvo spodbudilo zdravstvene oblasti v Veliki Britaniji, da so pričele izvajati programe, s katerimi bi skrajšali



Slika 2. Trend starostno standardiziranega petletnega relativnega preživetja bolnik z rakom dojke po skupinah držav, Evropa 1983-1994 (vir: Annals of Oncology 2003; Suppl. 5).



Slika 3. Trend starostno standardiziranega petletnega relativnega preživetja bolnic z rakom materničnega vratu po skupinah držav, Evropa 1983-1994 (vir: Annals of Oncology 2003; Suppl. 5).



Slika 4. Trend starostno standardiziranega petletnega relativnega preživetja bolnikov z rakom debelega črevesa in danke po skupinah držav, Evropa 1983-1994 (vir: Annals of Oncology 2003; Suppl. 5).

čakalno dobo za diagnostične preiskave in za pričetek specifičnega zdravljenja. Sproti merijo učinkovitost teh programov in pri tem so tudi populacijski registri raka dobili svojo dopolnilno vlogo. Upam, da bo tako tudi v Sloveniji.

Vera Pompe-Kirn

**Literatura:**

1. Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1983-1997. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2003.
2. Berrino F, Sant M, Verdecchia QA, Capocaccia R, Hakulinen T, Esteve J eds. Survival of cancer patients in Europe: the

- EUROCARE study. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.
- Berrino F, Capocaccia R, Esteve J et al, eds. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-2 study. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1999.
  - Coebergh JW, Sant M, Berrino F, Verdecchia A, eds. Survival of adult cancer patients in Europe diagnosed from 1978-1989: the EUROCARE-2 study. Eur J Cancer 1998; 2137–278.
  - Berrino F, Capocaccia R, Gatta G et al eds. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-3 study. Ann of Oncol 2003; Suppl 5.
  - Berrino F. Cancer patients survival and cure: time trends and comparison with the USA. In: Abstract book. 18. UICC International cancer congress, Oslo 2002.
  - Gatta G, Ciccolallo L, Capocaccia R. Differences in colorectal cancer survival between Europe and US populations: the importance of subsite and morphology. Eur J Cancer 2003; 39: 2214–2222.
  - Sant M, Allemani C, Capocaccia R, et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. Int J Cancer 2003; 106: 416-22.
  - Gatta G, Capocaccia R, Sant M et al. Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe: an EUROCARE high-resolution study. GUT 2000; 47: 533–8.
  - Kerr D, Bevan H, Gowland B, Penny J, Berwick D. Redesigning cancer care. BMJ 2002; 324: 164–6.

## Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji

### Uvod

#### Kaj vpliva na preživetje?

Na preživetje vplivajo biologija tumorja, stadij bolezni in zdravljenje. Stadij bolezni je odvisen od ozaveščenosti prebivalstva, dostopnosti zdravstvene službe in presejanja pri boleznih, kjer je to dokazano. Uspeh zdravljenja v onkologiji pa je odvisen od multidisciplinarnosti, usposobljenosti in opremljenosti terapevtske skupine. Za vse navedeno pa mora biti zagotovljen nadzor kakovosti dela, saj je pri raku zelo pomemben kazalec dobro opravljenega dela ravno preživetje.

#### Kaj ne vpliva na preživetje?

Na preživetje vsekakor ne vpliva primarna preventiva, ki je sicer zelo pomemben element celostne obravnave malignih bolezni. Tesno je povezana z umrljivostjo. Na preživetje vsekakor ne vplivajo nepreverjeni načini zdravljenja uradne in neuradne medicine, lahko pa imajo negativen vpliv, saj zaradi njihove uporabe in stroškov bolniki zdravljenja, ki jim bi koristilo, niso deležni. Ravno tako na preživetje ne vpliva paliativna oskrba, čeprav bistveno pripomore h kakovosti življenja in je danes pri velikem deležu bolnikov z malignimi boleznimi zelo pomemben element.

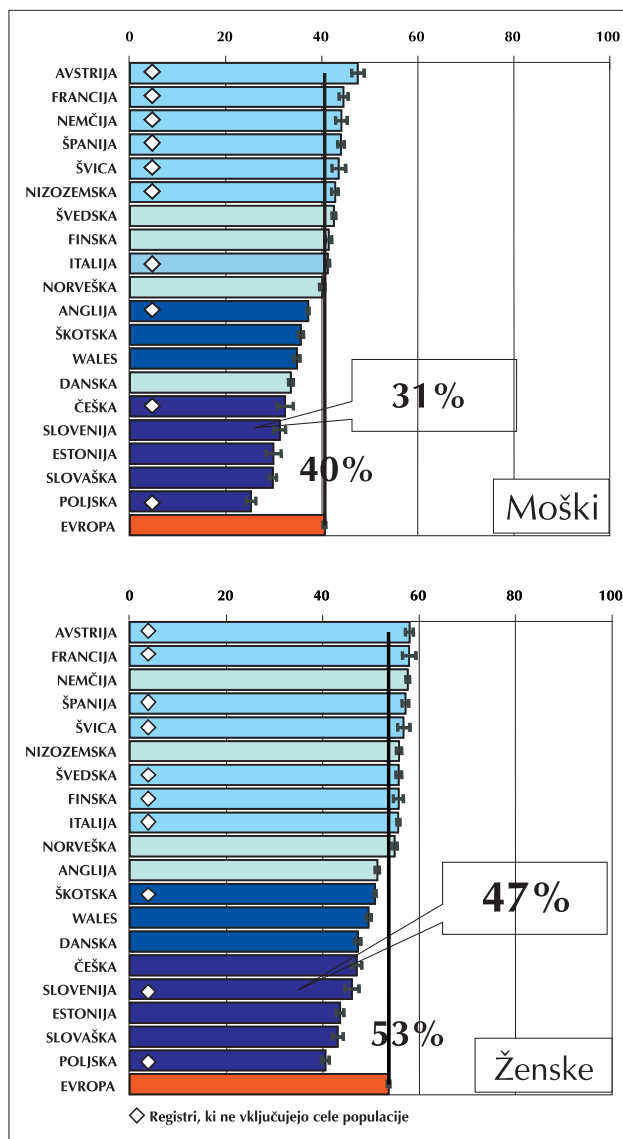
### Rezultati EUROCARE-3

Petletno starostno standardizirano relativno preživetje za bolnike, ki so zboleli v letih 1990–94 v evropskih državah, vključenih v raziskavo EUROCARE-3, je prikazano v Tabeli 1.

#### Preživetje v Sloveniji 1983–97

Natančni podatki o preživetju bolnikov v Sloveniji so prikazani v knjigi o preživetju (Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1983–1997. V. Pompe-Kirn s sod. Onkološki inštitut Ljubljana, 2003). Vidimo, da se pri večini malignih bolezni preživetje sčasoma izboljšuje. Če primerjamo Slovenijo z drugimi evropskimi državami, ki so vključene v EUROCARE-3, vidimo, da za vse maligne bolezni v

**Tabela 1.** 5-letno, starostno standardizirano preživetje bolnikov z rakom v državah, ki so vključene v EUROCARE-3, 1990-94



**Tabela 2.** 5-letno preživetje v evropskem povprečju

	Slovenija (%)	Evropa (%)
Modo	93	91
Ščitnica	M 85 Ž 78	71 83
Hodgkinova bolezen	M 76 Ž 76	74 80
Maternično telo	73	73
Maternični vrat	57	60
Grlo	M 55 Ž 78	59 56
Ledvica	M 44 Ž 48	53 56
NHL	M 46 Ž 46	46 51
Sarkomi mehkih tkiv	M 56 Ž 63	54 56
Sarkomi kosti	M - Ž 61	50 55
Ustna votlina	M 25 Ž 41	33 49
Jajčnik	31	31
Pljuča	M 8 Ž 10	10 10
AML	M 9 Ž 8	9 11
Požiralnik	M 6 Ž 10	9 11

**5-letno starostno standardizirano relativno preživetje 1990-1994**

Sloveniji ni enako poskrbljeno. Pri nekaterih je preživetje enako evropskemu povprečju ali je celo nad njim (tabela 2), pri nekaterih pa zaostajamo (tabela 3). Vsekakor je takšna primerjava zelo groba, saj ti podatki ne zajemajo vedno celotnih držav in veljajo za bolnike, ki so zboleli v letih 1990–94. Kljub temu nam ti podatki in tudi podatki iz knjige o preživetju pomagajo pri ukrepih, s katerimi bi izboljšali obravnavo malignih bolezni v Sloveniji.

Moderator: Tanja Čufer

Sodelavci: Jožica Maučec Zakotnik, Miljeva Rener, Janez Žgajnar, Borut Jug, Borut Gorišek, Mojca Senčar

**Ugotovitve**

1. Breme raka dojke v Sloveniji je veliko, vsako leto je na novo odkritih že skoraj 1000 novih primerov. Incidenca in umrljivost je v Sloveniji še vedno manjša kot v mnogih državah zahodne in severne Evrope, vendar pa tako incidenca kot umrljivost v Sloveniji vztrajno naraščata. Medtem ko incidenca bolezni narašča v vseh razvitih državah, pa je umrljivost zaradi te bolezni v nekaterih deželah, npr. v ZDA in Angliji, že pričela upadati. Razlog je v zgodnji diagnostiki bolezni in v ustreznem zdravljenju.

**Tabela 3.** 5-letno preživetje pod evropskim povprečjem

	Slovenija (%)	Evropa (%)
Žrelo	ustno 22 spodnje 15	32 25
Želodec	M 44 Ž 48	53 56
Melanom	M 61 Ž 70	75 84
KLL	M 44 Ž 58	65 69
Mielom	M 20 Ž 21	31 35
Dojka	Ž 67	76
Debelo črevo	M 36 Ž 40	50 52
Rektum	M 34 Ž 35	46 50
Sečni mehur	M 45 Ž 56	71 69
Prostata	M 47	61

**Sklep**

Iz podatkov o preživetju bolnikov, vključenih v raziskavo EUROcare-3, in podatkov, objavljenih v knjigi o preživetju, lahko sklenemo:

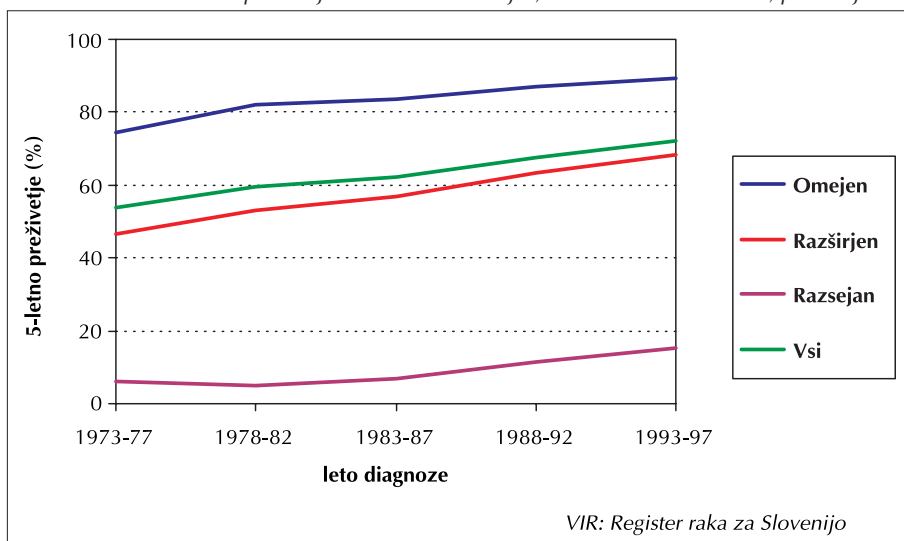
- oskrbo bolnikov z rakom v Sloveniji lahko izboljšamo
- enake možnosti je treba zagotoviti vsem bolnikom
- zagotoviti moramo pristope, ki dokazano vplivajo na pogostost raka, preživetje in umrljivost bolnikov
- izdelati je treba državni načrt za nadzor raka, z jasno začrtanimi cilji v primarni in sekundarni preventivi, diagnostiki, zdravljenju in paliativni oskrbi

**Branko Zakotnik**

**Rak dojke**

2. Preživetje bolnic, ki v Sloveniji zbolijo za rakom dojke, ni zadovoljivo.

- Njihovo preživetje je glede na izsledke raziskave Eurocare-3 pod evropskim povprečjem (5-letno povprečno preživetje v Evropi je bilo v obdobju 1990–94 74 %, v Sloveniji pa 65 %). Zlasti v skandinavskih državah je 5-letno preživetje bistveno boljše, 73–81 %.
- Preživetje bolnic v vseh stadijih se izboljšuje enako kot v Evropi. V letih 1993–97 je bilo petletno preživetje bolnic v Sloveniji za 10 % večje kot v letih 1983–87 (Slika 1).
- Razmeroma velik delež bolnic je odkrit v razširjenem ali razsejanem stadiju (v obdobju 1990–92 v Sloveniji okoli 47 %, v zahodni Evropi okoli 40 %). Delež

**Slika 1.** Relativno 5-letno preživetje bolnic z rakom dojke, zbolelih v letih 1973-97, po stadijih.

zgodaj odkritih rakov se v Sloveniji zadnjih 15 let žal ni povečal (obdobje 1983–87: 40,4 %, 1993–97: 43,5 %). Preživetje bolnic v istem stadiju bolezni pri nas je primerljivo z evropskim.

- Razlike v preživetju glede na bolnišnico prvega zdravljenja v Sloveniji obstajajo, vendar so majhne (Zdravstveni vestnik 1999).

#### Ukrepi, s katerimi bi lahko izboljšali preživetje bolnic z rakom dojke v Sloveniji

- ozaveščanje o pomenu zdrave prehrane, vzdrževanja primerne telesne teže in največjega možnega spoštovanja naravnih reproduktivnih navad pri Slovenkah
- uvedba organiziranega presejanja raka dojke z mamografijo pri najbolj ogroženi populaciji v celotni državi
- dostopnost do hitre in pravilne diagnostike sprememb v dojkah (tipnih in netipnih) v celotni državi
- izdelava državnih smernic za diagnostiko in zdravljenje raka dojke, multidisciplinarna obravnava bolnikov
- sprotno uvajanje novih načinov diagnostike in zdravljenja v državi
- spodbujanje kliničnoraziskovalnega dela na področju raka
- nadzor nad izvajanjem smernic in nadzor kakovosti dela (lažno pozitivni in lažno negativni izvidi presejalnih

mamografij, preživetje bolnic glede na stadij, mesto prvega zdravljenja itd.)

- natančnejša enotna prijava bolezni za Register raka (UICC pTNM, G, R, ustanova, način zdravljenja)

#### Sklepi okrogle mize

Napredek v obvladovanju raka dojke v Sloveniji je mogoč:

1. Z ozaveščanjem o pomenu zdrave prehrane, vzdrževanja primerne telesne teže in največjega možnega spoštovanja naravnih reproduktivnih navad.
2. Z diagnozo v zgodnejši fazi bolezni, in sicer z:

- organiziranim presejanjem raka dojke. Strokovna podlaga je pripravljena, država pa mora zagotoviti vire za pričetek pilotnega presejanja na izbranih območjih v letu 2004, v dveh naslednjih letih pa v vsej državi. Veliko pozornost je treba nameniti nadzoru nad kakovostjo presejanja;
  - boljšo dostopnostjo do hitre in ustrezne zgodnje diagnostike tipnih sprememb v vsej državi. Čas od suma, da gre za rak dojke, do dokončne diagnoze ne sme biti daljši od 5 dni. V pripravi je pravilnik o organizaciji sekundarnih središč za diagnostiko in zdravljenje raka dojke, ki bo v skladu s priporočili Evropskega združenja za senologijo (EUSOMA).
3. Z zagotavljanjem najboljšega možnega zdravljenja vsem bolnicam, ne glede na mesto zdravljenja. Zato je treba pripraviti državne smernice za diagnostiko in zdravljenje raka dojke ter zagotoviti, da jih bodo strokovne organizacije (Zdravniška zbornica) in državne ustanove za javno zdravstvo (Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje) uresničevale.
  4. Za ustrezno preživetje bolnic z rakom dojke je treba v Sloveniji sproti uvajati nove načine zdravljenja. Racionalizacija na račun uvajanja novih oblik zdravljenja lahko še poslabša preživetje bolnic z rakom dojke. Nujno je povečanje obsega raziskovalnega dela na področju raka dojke.

**Tanja Čufer**

## Rak debelega črevesa in danke

Moderator: Stane Repše

Sodelavci: Saša Markovič, Maja Primic-Žakelj, Janja Ocvirk, Vaneja Velenik, Ibrahim Edhemović, Miran Rems

### Ugotovitve

1. Breme raka debelega črevesa in danke (DČD) je v Sloveniji veliko, na leto je na novo odkritih že prek 1000 novih primerov. Po incidenci tega raka je Slovenija na desetem mestu v Evropi (od držav, ki so sodelovale v študiji EUROCORE-3), po umrljivosti pa na tretjem (podatki Globocan 2000, obdobje od 1990 do 1994).
2. Relativno starostno standardizirano 5-letno preživetje bolnikov z rakom DČD je po poročilo EUROCORE-3, ki vključuje bolnike, zbolele v letih 1990–94, v Sloveniji za 13 % slabše od evropskega povprečja. V primerjavi s študijo EUROCORE-2, ki je zajela bolnike, zbolele med 1978–89, je ta odstotna razlika približno enaka, saj se je preživetje enako izboljšalo v Sloveniji in v drugih evropskih državah.

Tudi podatki Registra raka za Slovenijo, objavljeni v dveh samostojnih publikacijah, kažejo, da se je relativno petletno preživetje pri raku DČD izboljšalo. Tako je bilo pri moških to preživetje v obdobju 1968–72 20 %, med letoma 1978 in 1982 26 % in v obdobju 1993–97 43 %; podobno se je izboljševalo tudi preživetje žensk (42 % pri moških in 45 % pri ženskah z rakom debelega črevesa; 40 % pri moških in 42 % pri ženskah z rakom danke).

Zadnji trenutno dosegljivi podatki o preživetju bolnikov z rakom DČD v Sloveniji, zbolelih med letoma 1998 in 2000 kažejo, da se izboljševanje preživetja nadaljuje. Tako se je relativno 5-letno preživetje bolnikov z rakom debelega črevesa izboljšalo še za 10 %, pri raku danke pa še za 6 %.

### Ukrepi, s katerimi bi lahko izboljšali preživetje bolnikov z rakom debelega črevesa in danke v Sloveniji

- presejanje (test na prikrito krvavitev v blatu po 50. letu in kolonoskopija v primeru pozitivnega testa)
- sledenje bolj ogroženim skupinam (familiarna polipoza, kronična vnetna črevesna bolezen, polipi, rak DČD pri starših, operiranci zaradi raka DČD)

- obvezna celotna standardna diagnostika in zamejitev bolezni
- multidisciplinarna obravnava bolnikov in multimodalno zdravljenje
- kirurško zdravljenje samo na kirurških oddelkih z dovolj izkušnjami, kjer je dovolj bolnikov (kontrola rezultatov zdravljenja oz. kontrola kakovosti)
- enotna patološka zamejitev vseh reseciranih preparatov po standardih UICC (pTNM, G, R)
- obvezno spremljanje lastnih rezultatov (resektabilnost, 5-letno preživetje)
- nadzor nad izvajanjem kliničnih smernic raka DČD
- natančnejša enotna prijava bolezni za Register raka (UICC pTNM, G, R, ustanova, operater)

### Sklepi okrogle mize

Napredek v zdravljenju bolnikov z rakom DČD v Sloveniji je mogoč:

1. Z diagnozo v zgodnejši fazi bolezni in ustreznim kirurškim zdravljenjem. Potrebujemo več endoskopskih enot, ustreznih kadrov in opreme. Do zgodnejše diagnoze je mogoče priti s stalnim ozaveščanjem prebivalstva in uvedbo presejanja s testom na prikrito krvavitev v blatu ter obveznim spremljanjem bolj ogroženih skupin.
2. Z enako dostopnostjo vseh bolnikov do sodobnega onkološkega in kirurškega zdravljenja, ki mora biti multidisciplinarno in multimodalno.
3. S kirurškim zdravljenjem potencialno resektabilnih bolnikov samo na oddelkih, kjer je dovolj bolnikov in usposobljenih kirurgov za kolorektalno kirurgijo (Klinične poti in ustreznejše plačevanje storitev – Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije).
4. Z učinkovitim nadzorom, kako se uresničujejo državne smernice za to obliko raka v vseh ustanovah, kjer zdravijo te bolnike (Zdravniška zbornica Slovenije, Ministrstvo za zdravje).

**Stane Repše in Maja Primic-Žakelj**

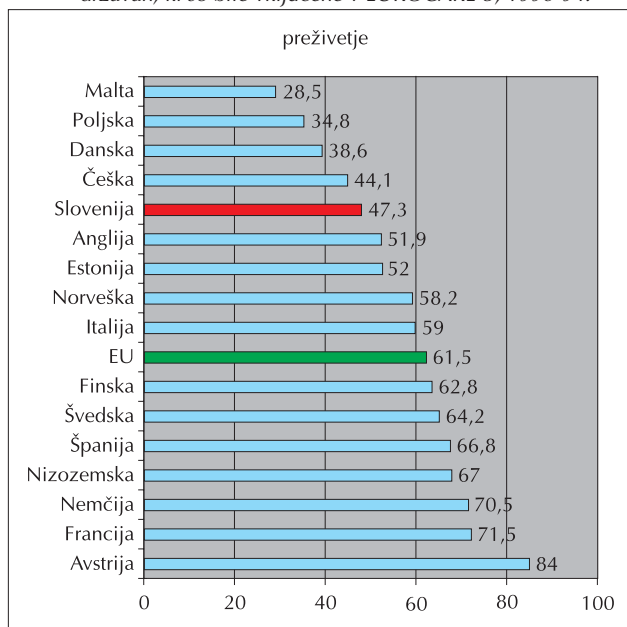


## Rak prostate

### Ugotovitve

Rak prostate je za pljučnim rakom drugi najpogostejši rak pri moških v Evropi in tretji najpogostejši v Sloveniji. Rezultati raziskave EUROCORE-3 kažejo, da je eno- in petletno (odvisno od starosti) standardizirano preživetje v Sloveniji tudi statistično značilno slabše od povprečja (Slika 1). V nasprotju z večino držav, ki so bile v to raziskavo vključene že v obdobju 1983–1985 in pri katerih so ugotovili, da se je preživetje v tem času izboljšalo, je relativno preživetje bolnikov z rakom prostate v Sloveniji nespremenjeno.

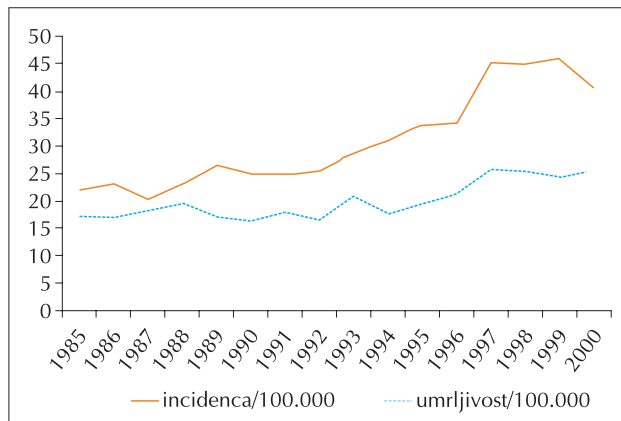
**Slika 1.** Relativno 5-letno preživetje bolnikov z rakom prostate v državah, ki so bile vključene v EUROCORE-3, 1990-94.



Najpomembnejši razlog za slabše preživetje bolnikov z rakom prostate v Sloveniji je kasnejše odkrivanje bolezni. Verjetnost preživetja je odvisna predvsem od stopnje diagnostične aktivnosti, usmerjene v zgodnje odkrivanje klinično asimptomatskih bolnikov. Posledica te aktivnosti, ki v zadnjih letih temelji na določanju serumske koncentracije PSA, je ne samo večja ozdravljivost bolnikov, temveč tudi odkrivanje bolnikov z lokaliziranimi karcinomi, ki imajo počasen naravni potek. Relativen prispevek teh bolnikov lahko zato pomembno vpliva na oceno preživetja. Razlike v stopnji diagnostične aktivnosti zato tudi med drugimi evropskimi državami povzročajo velike razlike v preživetju.

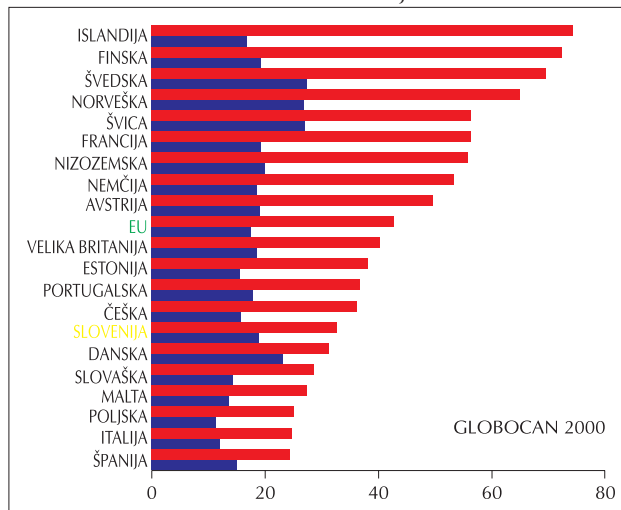
Glede na izrazito razširjenost asimptomatskih rakov prostate pride zaradi večje aktivnosti, usmerjene v iskanje začetnih karcinomov prostate, do večje incidence. Porast testiranja s PSA in uporabljanje diagnostičnih postopkov, povezanih z zgodnjim odkrivanjem bolezni, se v Sloveniji kaže v večji incidenci po letu 1994 (Slika 2). Kljub temu ostaja incidenca raka prostate v Sloveniji, glede na podatke raziskave Globocan 2000

**Slika 2.** Rak prostate v Sloveniji: groba incidenca in umrljivost, 1985-2000.



(Slika 3), še vedno izrazito pod evropskim povprečjem. Zaradi tega lahko v naslednjem 5-letnem obdobju verjetno tudi v Sloveniji pričakujemo izboljšanje preživetja, čeprav bo to še ostalo slabše od evropskega povprečja.

**Slika 3.** Rak prostate v evropskih državah, ki so sodelovale v EUROCORE-3: incidenca in umrljivost.



### Ukrepi

Presejanje karcinoma prostate na podlagi testa PSA spremlja vrsta zadreg, povezanih z napovedno vrednostjo testa PSA, učinkovitostjo (zmanjšanjem umrljivosti), zapleti zdravljenja in tudi s pomanjkanjem raziskav, ki bi jasno potrjevale vrednost presejanja s PSA. Ne glede na to je v našem okolju presejanje s PSA edina možnost, da zgodaj odkrijemo raka prostate in tako podaljšamo preživetje oz. ozdravimo bolnika. Prav tako lahko z boljšim poznavanjem prognostičnih dejavnikov, zdravljenjem, ki je prilagojeno dejavnikom tveganja pri bolniku, in izboljšanimi tehnikami zdravljenja zmanjšamo zaplete zdravljenja in izboljšamo kakovost življenja bolnikov po zdravljenju.

## Sklepi okrogle mize

Na posvetu je bil zato oblikovan predlog, da se bolj ogroženi skupini – to je moškim po 50. oziroma po 40. letu starosti, ki so družinsko obremenjeni z rakom prostate, so seznanjeni s prednostmi in slabostmi presejanja ter se odločijo za presejanje – omogoči določanje PSA. Če zanemarimo odkrivanje bolezni pri asimptomatskih moških,

vsekakor ne moremo pričakovati, da bo prišlo do izboljšanja kratkoročnega preživetja, dolgoročno pa verjetno lahko pričakujemo, primerjalno z deželami s presejalnimi programi (ali lažje dostopnim t. i. oportunističnim presejanjem), tudi manjšo umrljivost zaradi raka prostate.

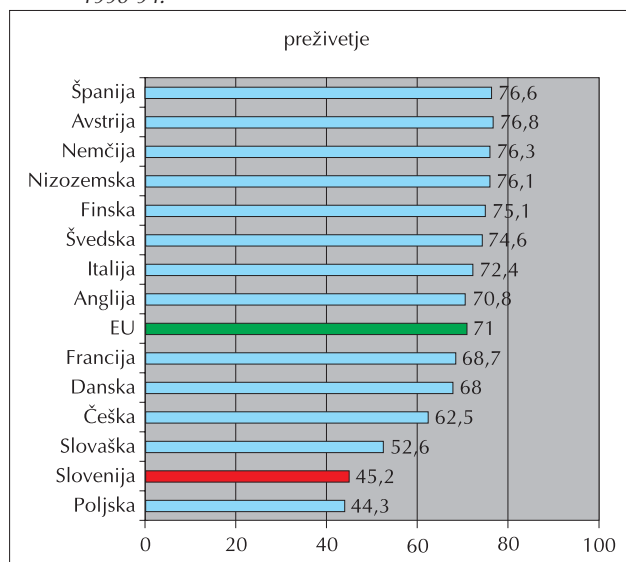
**Borut Kragelj**

## Rak sečnega mehurja

### Ugotovitve

Po podatkih Registra raka za Slovenijo je rak sečnega mehurja tako glede na število novo odkritih bolnikov kot tudi glede na umrljivost na 8. mestu med malignimi tumorji pri moških. Epidemiološke značilnosti kažejo izrazito prevlado moških bolnikov, pri katerih je rak sečnega mehurja 3- do 4-krat pogostejši kot pri ženskah. Po rezultatih raziskave EUROCORE-3 je glede na starost standardizirano 5-letno preživetje v Sloveniji, ne glede na spol, izrazito slabše od evropskega povprečja in tudi slabše kot v večini evropskih držav (Sliki 1, 2). Vsaj del teh razlik je posledica različnih pogojev pri vključevanju bolnikov v raziskavo. Medtem ko so bili v Sloveniji vključeni le bolniki z invazivnimi oblikami raka sečnega mehurja, so bili vsaj v delu drugih državnih oziroma pokrajinskih registrov raka vključeni tudi bolniki z neinvazivnimi karcinomi. Vključevanje takih bolnikov – ki le redko umrejo zaradi tega – lahko pomembno vpliva na rezultate preživetja, zato postaja primerljivost rezultatov EUROCORE-3 vprašljiva.

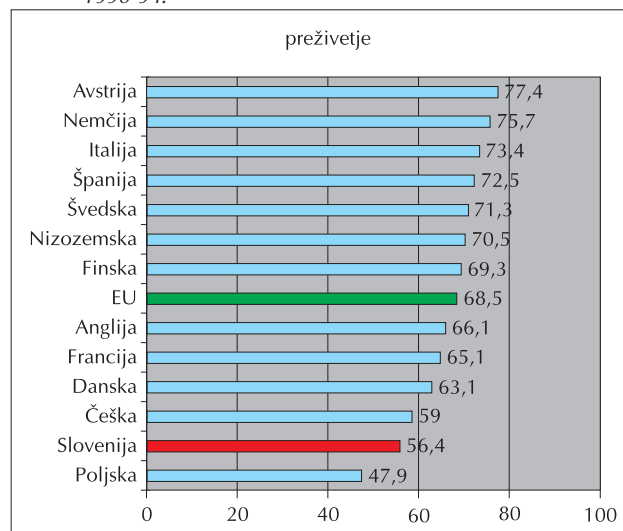
**Slika 1.** Relativno 5-letno preživetje moških z rakom sečnega mehurja v državah, ki so bile vključene v EUROCORE-3, 1990-94.



### Ukrepi

Primerjava 5-letnega relativnega preživetja Slovenije z državami, ki so imele podobna vključitvena merila

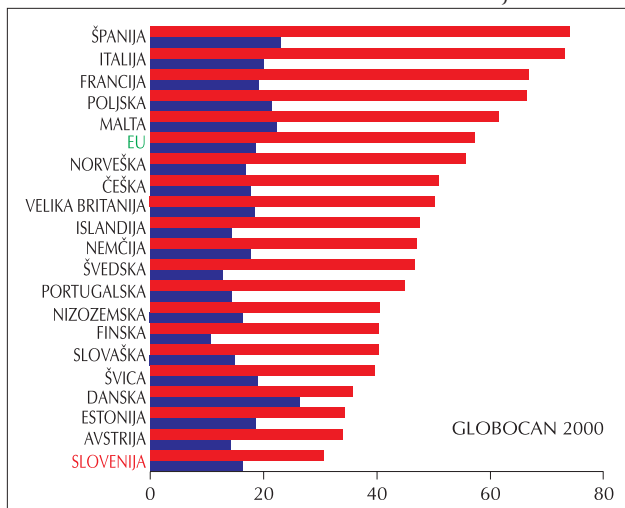
**Slika 2.** Relativno 5-letno preživetje žensk z rakom sečnega mehurja v državah, ki so bile vključene v EUROCORE-3, 1990-94.



(Švedska), kaže na manjšo verjetnost preživetja v Sloveniji. Glede na podatke Registra raka, ki kažejo, da je pri 66 % bolnikov že ob diagnozi ugotovljena invazija v mišični sloj mehurja in da je bil velik del teh bolnikov zdravljen le s transuretralno odstranitvijo (52 %), se možnosti za izboljšanje preživetja kažejo tako v pravočasnejši diagnozi (in lažji dostopnosti do preiskav za zamejitev bolezni) kot tudi ustrežnejšem zdravljenju – na podlagi sprejetih smernic za zdravljenje bolnikov s tumorji sečnega mehurja.

Kot dodatna težava se je pokazala vprašljiva kakovost podatkov, s katerimi razpolaga Register raka za Slovenijo. Na to kaže nizka incidenca raka sečnega mehurja, saj je glede na podatke Globocana 2000 izrazito pod evropskim povprečjem in je tudi izrazito nižja glede na sosednje države (Slika 3). Da je treba nujno izboljšati prijave bolnikov, kaže tudi rezultat ponovnega pregleda podatkov Registra, na podlagi katerega je bilo možno oceniti stadij bolezni le pri polovici bolnikov. Ti podatki ne kažejo samo, da niso prijavljeni vsi bolniki, temveč tudi to, da so skoraj pri polovici prijavljenih bolnikov podatki nepopolni. Izboljšanje kakovosti podatkov – s tem, da se prijavijo vsi bolniki takoj, ko je postavljena diagnoza raka sečnega mehurja, in tudi z jasno ocenjenim stadijem bolezni – je zato nujno izhodišče za naslednje primerjave, podobne EUROCORE-3, in za vrednotenje lastnega dela.

**Slika 3.** Rak sečnega mehurja pri moških v evropskih državah, ki so sodelovale v EUROCARE-3: incidenca in umrljivost.



## Sklepi

S presejalnimi programi na podlagi ugotavljanja mikrohematurije in pravočasnim zdravljenjem sicer lahko preprečimo razvoj v mišično invaziven karcinom (ko postane ogroženo tudi življenje), predvsem glede na razmeroma nizko prevalenco raka sečnega mehurja pa je (in ostaja) pravočasna diagnoza raka sečnega mehurja odvisna od pravočasnega prepoznavanja začetnih znakov bolezni in dostopnosti diagnostičnih preiskav.

## Borut Kragelj

## Rak materničnega vratu

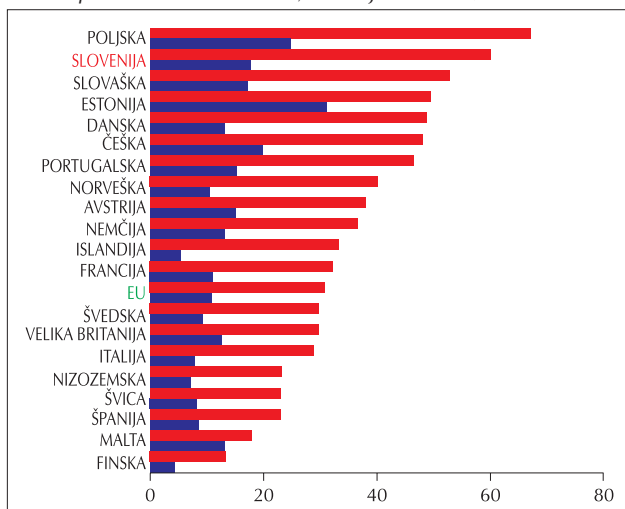
Moderator: Marjetka Uršič Vrščaj

Sodelavci: Maja Primic Žakelj, Stelio Rakar, Alenka Repše Fokter, Iztok Takač.

### Ugotovitve

Slovenija je med državami, ki so sodelovale v raziskavi EUROCARE-3, glede incidence raka materničnega vratu (RMV) na drugem mestu. S 16,9/100.000, kolikor je bila incidenčna stopnja v letih 1983–87, se je v letih 1993–97 povečala na 19,7/100.000 žensk. V Sloveniji je štirikrat večja kot na Finskem, kjer je organiziran program za zmanjševanje pogostosti raka materničnega vratu

**Slika 1.** Rak materničnega vratu: incidenca in umrljivost (incidenca – podatki EUROCARE-3, obdobje 1990–94; umrljivost – podatki Globocan 2000, obdobje 1990–94).



najuspešnejši. Po podatkih Registra raka za Slovenijo je bilo v letih 1993–97 med mikroskopsko potrjenimi RMV 78 % ploščatoceličnih, 17 % žlezni in 4 % neopredeljenih karcinomov. Čeprav nas podatki o incidenci RMV v Sloveniji še vedno uvrščajo na vrh med evropskimi državami, pa smo glede umrljivosti blizu evropskega povprečja (Slika 1).

Preživetje bolnic z RMV je v Sloveniji razmeroma dobro, podobno povprečju drugih evropskih držav. Po podatkih raziskave EUROCARE-3 je bilo povprečno starostno standardizirano relativno petletno preživetje za RMV v Evropi 59,9 %, v Sloveniji pa 56,2 %. Po podatkih Registra raka za Slovenijo je bilo v letih 1993–97 relativno petletno preživetje bolnic z RMV za 9 % večje kot v letih 1983–87. Delež omejenega stadija se je v primerjavi z obdobjem 1983–87 v letih 1993–97 povečal za 13,5 %. Dobro preživetje bolnic z RMV v Sloveniji je posledica odkrivanja bolezni v zgodnejših, omejenih stadijih in uspešnega zdravljenja. Radikalno kirurško zdravljenje poteka le v treh najbolj strokovno usposobljenih ustanovah.

Tudi zadnji podatki Registra raka o preživetju bolnic z RMV v Sloveniji, zbolelih med letoma 1998 in 2000, kažejo, da se trend večanja deleža omejenega stadija in boljšega preživetja nadaljuje. Delež omejenega stadija se je povečal za 2 %. Prav tako se je za 5,5 % povečalo relativno petletno preživetje bolnic z RMV, odkritim v lokalno razširjenem stadiju. Za enak odstotek sta se izboljšala tudi relativno in opazovano preživetje vseh bolnic z RMV.

### Do zdaj sprejeti ukrepi za organizirano reševanje problema visoke incidence RMV v Sloveniji

Leta 1998 smo v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje začeli priprave za organiziran presejalni program, imenovan ZORA – najprej

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 odvrta 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 prebivalcev 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**

