

PRESAJANJE ZA RAKA KOT JAVNOZDRAVSTVENI UKREP

Maja Primic-Žakelj

Sekundarna preventiva raka pomeni **čim prejšnje odkrivanje raka** ali sprememb, ki večinoma preidejo v to bolezen. Zdravljenje večine rakov je namreč uspešnejše, če so odkriti na začetni stopnji.

Sekundarna preventiva raka pozna dva postopka zmanjševanja bremena rakavih bolezni – že dolgo je znano **zgodnje odkrivanje**, novejša pa je **presejanje**.

Namen zgodnjega odkrivanja je čim prej diagnostično ovrednotiti za raka sumljive znake ali simptome. Za uspešno zgodnje odkrivanje je po eni strani treba ljudi seznanimi z **zgodnjimi simptomi in znaki rakavih bolezni**, zaradi katerih naj bi čim prej obiskali zdravnika, po drugi pa zdravnike usposobiti, da tovrstne znake čim prej diagnostično ovrednotijo. Seveda rakave bolezni nimajo povsem svojih, tipičnih znakov. V resnici se s temi znaki večinoma ne kaže rakava bolezen, ker pa se lahko, mora o naravi sprememb presoditi zdravnik. Izkušnje iz sveta, pa tudi naše, namreč kažejo, da ljudje predolgo odlašajo obisk pri zdravniku in s tem zamudijo čas, ko bi bolezen lahko še uspešneje zdravili. Pri zgodnjem odkrivanju imajo torej ljudje že prepoznavne klinične težave, ki motijo bodisi njih same ali pa jih pri pregledu brez vseh diagnostičnih pripomočkov opazi zdravnik.

Presejanje pa se uporablja pri ljudeh, ki še nimajo kliničnih težav, vendar je mogoče po nevarnostnih dejavnikih sklepati, da je verjetnost, da že imajo bolezen, dovolj velika, da jo je smiselno iskati s preprostimi preiskavami ali testi. Angleški izraz za tak način odkrivanja raka je screening, v slovenščini pa se je uveljavil prevod presejanje, saj so take preiskave nekakšno sito, ki izmed navidezno zdravih izločijo tiste, ki bi lahko bili bolni. V bistvu gre za preventivne preglede. Nobena od presejalnih preiskav ne da končne diagnoze; presejalna preiskava samo odkriva tiste, pri katerih so smiselne in potrebne še dodatne, diagnostične preiskave.

Osnovni cilj presejanja je preprečiti smrt zaradi raka, zato je najpomembnejše merilo učinkovitosti presejanja za raka zmanjšanje specifične umrljivosti; če testi pokažejo predrakave spremembe in je te mogoče odpraviti, se zmanjša tudi incidenca. Ob tem pa ima presejanje še številne druge posledice za posameznike in družbo. Na osebni ravni nedvomno lahko izboljša ali poslabša življenje udeležencev, na družbeni ravni pa večinoma zveča stroške zdravstvenega varstva.

Pri ocenjevanju, katera bolezen je primerna za presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger: bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, presejalna preiskava mora biti zanesljiva, poceni, preprosta za izvedbo in za preiskovance sprejemljiva, na razpolago je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko in zdravljenje sprememb, odkritih pri presejanju, predvsem pa mora biti zdravljenje uspešno. Presejanje je v skladu s temi merili smiselno za tiste rake, ki so pogosti, ki jih je mogoče s preiskavo preprosto odkriti, z znanimi načini dobro zdraviti in je tako možno zmanjšati umrljivost za njimi v celotnem prebivalstvu, če se le večina povabljenih odzove vabilu na preiskavo.

NAČINI IZVEDBE PRESEJANJA

Presejanje je individualno ali priložnostno (oportunistično), kadar želi katero od presejalnih preiskav opraviti človek sam ali pa mu jo priporoči njegov zdravnik na osnovi presoje individualne ogroženosti. V ogrožene skupine sodijo tisti, za katere vemo, da nanje deluje kateri od znanih nevarnostnih dejavnikov; za raka dojke npr. družinska obremenitev in prvi porod po 30. letu starosti. Za večino rakov pa je najpomembnejši nevarnostni dejavnik starost, saj zboli tudi veliko tistih, ki niso bili izpostavljeni nobenemu od drugih znanih nevarnostnih dejavnikov. Zato je za odločitev o tem, ali uporabiti presejalni test v večjih populacijskih skupinah ali ne, najpomembnejša starost preiskovancev.

Slaba stran individualnega presejanja je, da je večinoma tako pregledan le manjši, zdravstveno bolj osveščeni del ljudi, in to bistveno bolj, kot bi bilo treba; učinek individualnega presejanja na zdravje prebivalstva nasploh je zato majhen.

Z javnozdravstvenega vidika je za uspeh presejanja pomembno, da se ga udeleži čim večji del ciljne skupine ljudi. To pa je mogoče doseči z organizirano uporabo presejalnih preiskav v večjih skupinah prebivalstva, kar se imenuje **organizirano, populacijsko presejanje**. Na preiskave so povabljene skupine ljudi bodisi z osebnimi vabili bodisi z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja.

Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih mnogi sploh ne bodo zboleli ali umrli za rakom, je javnozdravstveni ukrep, za katerega morata prevzeti politika in stroka posebno odgovornost. Poleg koristi ima tudi slabe strani, ki jih je treba predvideti in kar najbolj zmanjšati. Najprej lahko povzroči zaskrbljenost ob misli na morebitno bolezen, pa tudi sama preiskava je lahko neugodna ali boleča. Nadalje imajo tudi presejalne preiskave – kot večina preiskav v medicini – nekaj napačno pozitivnih in napačno negativnih rezultatov. Čeprav je delež napačnih rezultatov majhen, pa še posebej na osebni

ravni ni nikoli zanemarljiv: napačno negativni rezultat lahko preiskovanca prepriča, da je zanesljivo zdrav, kljub temu da ima že začetno bolezen, napačno pozitiven rezultat pa povzroči zaskrbljenost, zmanjša kakovost življenja in človeka izpostavi nepotrebnim nadaljnjim preiskavam. Prav zato je v presejanju pomembna čim večja kakovost, ki zagotavlja kar najmanjši delež napačnih izvidov. Ne nazadnje pa bi bilo hudo neodgovorno, ko bi država uvedla presejanje, pozabila pa bi na sredstva in kadrovske zmogljivosti za takojšnjo diagnostiko in zdravljenje v presejanju odkrite bolezni.

PRIPOROČILA SVETA EVROPSKE UNIJE V ZVEZI S PRESEJANJEM ZA RAKA

Decembra 2003 je Svet Evropske unije objavil priporočila v zvezi s presejanjem za raka in državam članicam na osnovi dokazov iz številnih raziskav priporočil, pri katerih vrstah rakavih bolezni je smiselno uvesti organizirane populacijske presejalne programe, pri katerih pa uspešnost presejanja še ni dokazana in zato tudi ne bi bilo smiselno.

Pogoje iz teh priporočil izpolnjujejo naslednji testi oz. preiskave:

1. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu oz. test PAP za ugotavljanje predrakavih sprememb materničnega vratu, ki naj se ne začne pred 20. letom starosti in ne kasneje kot po 30. letu starosti;
2. mamografski pregled za odkrivanje raka dojk pri ženskah, starih 50–69 let;
3. test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka debelega črevesa in danke pri moških in ženskah, starih 50–74 let.

Poudariti je treba, da so starostne meje skupin le priporočene, države lahko same določijo starostni razpon glede na epidemiološke značilnosti bolezni in zdravstvene prednosti.

ORGANIZACIJA PRESEJALNIH PROGRAMOV IN EVROPSKE SMERNICE ZA ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V PRESEJALNIH PROGRAMIH

Že v priporočilih Sveta Evropske unije je poudarjeno, kako pomembna sta poleg zadostne udeležbe tudi dobra organizacija presejalnega programa in kakovost vseh postopkov. Za pomoč pri učinkoviti organizaciji programov so strokovnjaki Evropskega presejalnega mrežja pripravili **Evropske smernice za zagotavljanje kakovosti v presejalnih programih**. Te smernice so objavljene za vse tri presejalne programe: za raka materničnega vratu je po prvi izdaji leta 2008 izšla druga, za raka dojke leta 2006 že 4. izdaja, za

raka debelega črevesa in danke pa je leta 2010 izšla prva. Vsebujejo priporočila za organizacijo programa, ukrepe za zagotavljanje kakovosti in kazalnike za spremljanje učinkovitosti programov.

Izkušnje v Evropi kažejo, da so za uspešno izvajanje populacijskih presejalnih programov potrebni predvsem dolgoročna politična zaveza in odgovornost, dobra organizacija s celovitim programom vodenja in nadziranja kakovosti in trajnostni viri.

Priprava in uvajanje presejalnega programa sta dolgoročen proces, ki traja več let in prehaja skozi več faz: od začetne analize stanja in priprav za politično in strokovno odločitev o uvajanju programa do celovitega načrtovanja, ki ji sledi testiranje izvedljivosti, pilotno preverjanje, šele nato pa nadaljnje postopno uvajanje programa. Program mora izpolnjevati vsa načela in standarde kakovosti evropskih in ustreznih državnih standardov in smernic.

Izkušnje kažejo, da je vzpostavitev programa uspešnejša tam, kjer imajo koordinatorja s posebno strokovno skupino, katere člani so pooblaščenici za implementacijo celotnega programa, od načrtovanja do zagona. Predvsem je pomembno, da vzpostavijo nadzor nad kakovostjo prav na vseh točkah presejalnega procesa, od vabljenja ciljne populacije do presejalnega testiranja, diagnostične obdelave in zdravljenja. Ker morata osebe in oprema v presejalnih programih ustrezati zahtevnim standardom kakovosti (osebe se mora za presejanje posebej usposobiti), presejanje praviloma ne poteka v običajnem diagnostičnem zdravstvenem sistemu, pomembno pa je, da je vgrajeno v sistem zdravstvenega varstva. Kot kažejo izkušnje iz uveljavljenih evropskih presejalnih programov, se kakovost, predvsem osebj, preliva v diagnostični sistem, s tem pa se izboljša tudi obravnava že simptomatskih primerov.

Za vodenje organiziranih presejalnih programov je treba zagotoviti centraliziran informacijski sistem in poskrbeti, da so vsi ljudje iz ciljne skupine povabljeni na presejalni pregled in da je njihova udeležba čim večja. Za uspeh presejanja je namreč pomemben velik odziv ciljne skupine (vsaj 70 %). Seveda mora biti ciljna skupina seznanjena z vsemi postopki, prednostmi pa tudi morebitnimi tveganji. Posebej je treba paziti, da je program enako dostopen za vse skupine prebivalstva in da je brezplačen oz. plačan iz sredstev zdravstvenega zavarovanja.

V presejalnem informacijskem sistemu je treba zbirati in obdelovati vse podatke, ki se nanašajo na izvide presejalnega testa in diagnostičnih preiskav. Za vrednotenje učinkovitosti presejanja je pomemben tudi obstoj in povezava z registri raka. Seveda je pri zbiranju in obdelavi podatkov treba upoštevati zakonske predpise o varovanju osebnih podatkov.

PRESEJANJE ZA RAKA V DRŽAVAH EVROPSKE UNIJE

V skladu s priporočili Sveta so sodelavci Evropske komisije v drugi polovici leta 2007 opravili prvo raziskavo med vsemi članicami Evropske unije, koliko izpolnjujejo priporočila o presejanju. Izkazalo se je, da je bilo dotlej populacijsko presejanje za raka dojk v starosti 50–69 let 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, kdaj naj se ženske udeležijo preventivnih pregledov.

Populacijsko presejanje za raka debelega črevesa in danke se šele uvaja, zato je na tem področju še največ razlik med državami. Tudi presejalna preiskava je različna: čeprav je priporočeno ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu, ponekod uporabljajo endoskopsko preiskavo (kolonoskopijo ali fleksibilno sigmoidoskopijo). Organizirane presejalne programe je v letu 2007 uvajalo 12 držav, prve evropske smernice za zagotavljanje kakovosti pa so izšle leta 2010.

SKLEP

Uvajanje populacijskih organiziranih presejalnih programov za raka je zapleten in dolgotrajen proces, za katerega sta potrebni strokovna in politična podpora. Izkušnje drugih držav, pa tudi naše, kažejo, da je za učinkovito pripravo in izvedbo vsakega populacijskega presejalnega programa potreb tudi 10 ali več let. Poleg podrobnega načrta za neposredno izvedbo je namreč za vsak program treba usposobiti tudi primerno število osebja, ga povezati v multidisciplinarne skupine, zagotoviti računalniško podporo za spremljanje in ocenjevanje programa, jo povezati z registrom raka in poskrbeti za primerno opremo ne le za presejanje, ampak tudi zdravljenje v presejanju odkritih pacientov. Namen današnjega srečanja je pregledati posebnosti posameznih presejalnih programov za raka, ki že tečejo v Sloveniji (ZORA, DORA in SVIT), in njihove dosedanje rezultate.

PRIPOROČENA LITERATURA

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al., editors. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd edition. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 2008.

Commission of the European Communities: Proposal for a council recommendation on cancer screening. Brussels: COM, 2003.

Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 2006.

Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Publication office of the European Union, 2010.

von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, et al. Cancer screening in the European Union. Luxembourg: European Communities, 2008.

Wilson JMG, Junger JJ. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968: 34.