

Stanje na področju presejanja raka dojk in vzpostavitev organiziranega programa v Sloveniji

Irena Kirar Fazarinc, Maja Primic Žakelj

Oddelek za epidemiologijo in registri raka, Onkološki inštitut, Ljubljana, Slovenija

Izhodišča. Epidemiološki podatki kažejo, da preventivne aktivnosti za zgodnje odkrivanje raka dojk v Sloveniji niso učinkovite, saj se umrljivost za rakom dojk ne zmanjšuje. Učinek presejanja, ki je za posameznico takoj očiten, se v zdravju populacije pokaže šele, če je pregledan zadosten delež ciljne populacije žensk, zato je potrebno zajeti v program presejanja vsaj 70% delež cilne populacije. Z večanjem deleža bolezni, odkrite na začetni stopnji razvoja se bo povečala možnost ozdravitve, s tem pa se bodo zmanjšali stroški zaradi pozno odkritih primerov rakave bolezni in zaradi prezgodnje smrti.

Zaključki. Obvezno je začetno in dodatno izobraževanje vseh, ki sodelujejo v procesu presejanja raka dojk ter vzpostavitev mehanizmov za zagotavljanje in nadziranje kakovosti. V organiziranih presejalnih programih so potrebna za vse stopke stroga merila kakovosti.

Ključne besede: rak dojk, presejanje, program, sekundarna preventiva

Uvod

Epidemiološki podatki kažejo, da kljub strokovnim priporočilom¹ preventivne aktivnosti za zgodnje odkrivanje raka dojk v Sloveniji niso učinkovite, saj se umrljivost za rakom dojk ne zmanjšuje.² Rak dojk je v svetu, Evropi in v Sloveniji najpogostejši ženski rak.^{3,4} Incidenca se v evropskih državah povečuje, med tem ko so preventivni programi s presejanjem različno razširjeni, pa tudi različno organizirani. V Sloveniji predstavlja rak dojk po podatkih slovenskega registra približno peti-

no vseh rakov pri ženskah. Število primerov, odkritih v stadiju in situ, je še majhno, leta 2000 jih je bilo le 50. Ti podatki kažejo, da sedanje oportunistično presejanje na populacijski ravni nima učinka in se kaže v slabih osnovnih epidemioloških kazalnikih: deležu bolezni, odkrite v omejenem stadiju, preživetju bolnic in umrljivosti za rakom dojk. Eden od razlogov za to stanje je tudi v tem, da je še vedno pregledan premajhen delež iz tiste ciljne populacije, kjer se učinek lahko pokaže (starost 50-69 let), po drugi strani pa zdravstveno službo čezmerno obremenjuje razjasnjevanje napačno pozitivnih primerov.

Učinek presejanja, ki je za posameznico takoj očiten, pa se v zdravju populacije pokaže šele, če je pregledan zadosten delež ciljne populacije žensk (vsaj 70%). Rak dojk izpolnju-

Avtorjev naslov: mag. Irena Kirar Fazarinc, dr.med., Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija; telefon: +386 1 5879 672; faks: +386 1 5879 400; e-pošta: ifazarinc@onko-i.si

je vsa merila, da je uvajanje presejanja zanj utemeljeno.⁵⁻⁸ Predlog za uvedbo organiziranega presejalnega programa za raka dojk v ciljni populaciji žensk je javnozdravstvena intervencija, ki ima za cilj zmanjšati umrljivost za rakom dojk v Sloveniji. Z večanjem deleža boleznih, odkrite na začetni stopnji razvoja se bo povečala možnost ozdravitve, s tem pa se bodo zmanjšali stroški zaradi pozno odkritih primerov rakave bolezni in zaradi prezgodnje smrti.

Stanje na področju presejanja raka dojk v Sloveniji

Uspešnost zgodnjega odkrivanja raka dojk zagotavljajo prava izbira presejalne preiskave, pregledanost ciljne starostne skupine žensk ter pravilno strokovno ukrepanje. Preventivne preglede dojk in oportunistično presejanje z mamografijo v Sloveniji trenutno opredelujeta Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni: Reprodukativno zdravstveno varstvo¹ in Strokovne smernice za preventivne preglede dojk v Sloveniji z dne 1. 4. 2001, dopolnjene s pripombami Razširjenega strokovnega kolegija za onkologijo v juniju 2001. Po Navodilu ginekologi na primarni ravni v okviru zgodnjega odkrivanja raka dojk pri ženskah v starosti 20-50 let opravljajo klinične preglede dojk na tri leta. Vloga kliničnega pregleda je pri zgodnjem odkrivanju raka dojk s strokovnega vidika vprašljiva, saj trenutno ni dokazov o učinkovitosti te metode pri presejanju. Ženske v ginekoloških dispanzerjih tudi učijo samopregledovanja dojk ter jih vzpodbujajo k večji ozaveščenosti. Po 50. letu starosti naj bi se v skladu s priporočili preglede in mamografije izvajali vsaki dve leti v centrih za dojke na primarni ravni. Navodilo natančno opredeljuje ukrepe pri ženskah z večjim tveganjem za rak dojk. Presejanje z mamografijo poteka »oportunistično«, po nasvetu osebnega izbranega zdravnika ali osebnega izbranega gine-

kologa. Trenutno prihajajo le bolj ozaveščene ženske, zunaj ciljne starostne skupine, slika nja se izvajajo pogosteje kot je strokovno utemeljeno, ni povratnega pretoka informacij in ni zagotovljena sledljivost. Naročanje na mamografije praviloma ženskam povzroča mnogo težav, saj je ponekod čakalna vrsta daljša od 1 leta. Mnogokrat mamografije in preglede opravijo na pobudo žensk, lahko tudi kot množično akcijo, kadar se ponudi sponzor za te preiskave. Ker je osnovna prednost presejanja, da je bolezen odkrita na zgodnji stopnji razvoja, ker so s tem večje možnosti ozdravitve z manjšim kirurškim posegom, kar je za ženske zelo pomembno, se vsa učinkovitost tako organiziranega presejanja izniči z dolgimi čakalnimi vrstami, z neupoštevanjem že sprejetih smernic, v katerih starostnih skupinah žensk je presejanje z mamografijo smiselno ter s slabim povezovanjem izvajalcev med seboj, kar je nujno za strokovno obravnavo.

Zaradi takšnih okoliščin je Ministrstvo za zdravje imenovalo multidisciplinarno delovno skupino za pripravo strokovnih in organizacijskih osnov za celostno obravnavo raka dojk v Sloveniji. Delovna skupina je utemeljila strategijo preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja raka dojk kot multidisciplinarno in interdisciplinarno nalogo. Izvedla je presečno analizo o stanju kadrovske sestave (izobrazba, usposobljenost, pogostnost izobraževanja, programi izobraževanja), opremljenosti ter varnosti in kakovosti opreme v ambulantah. Podatke so posredovali iz 28 centrov. Centrov na primarni ravni, kot so opredeljeni v Navodilih,¹ zaenkrat še ni, pač pa v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji trenutno delujejo ambulate za dojke in ambulate za mamografije na sekundarni ravni, skoraj v razmerju 1:1. V ambulantah pregledujejo ženske, ki se za pregled odločijo same (kot samoplačnice) ali pa jih tja napoti zdravnik z napotnico, opravljene dejavnosti pa statistično ne evidentirajo.

Iz analize je razvidno, da je opremljenost centrov z mamografi dobra in primerljiva,

nadzor nad tehnično kakovostjo in varnostjo pa pomanjkljiv ter potreben ukrepanja. Statistično evidentiranje je metodološko povsem neprimerljivo, zato podatki niso primerni za analizo dejavnosti, t.j. oceno, koliko preventivnih pregledov in mamografij se trenutno izvaja preventivno in koliko zaradi sumljivih tipnih sprememb in kakšna je populacija pregledanih žensk, itd. Večina zaposlenih v ambulantah je zaposlenih po pogodbi. Zdravniki so po specializaciji in dodatni usposobljenosti medsebojno zelo raznoliki. V večini ambulant delujejo radiologi, klinične preglede pa opravljajo kirurgi, onkologi, ginekologi, zdravniki družinske medicine. Dejansko število razpoložljivih ustrezno izobraženih zdravnikov iz ankete ni razvidno, ker so večinoma pogodbeno zaposleni ter delujejo na več lokacijah, dejanska ocena razpoložljivega zdravniškega kadra po specialnosti pa prav tako ni bilo mogoče oceniti, ker nekateri niso natančno poročali o specialnosti svojih pogodbenih zaposlenih zdravnikov. Skoraj vse ambulante so opremljene tudi z ultrazvočnim aparatom, opremljenost z merilni instrumenti,⁹ ki omogočajo nadzor nad tehnično kakovostjo in varnostjo pa je zelo pomanjkljiv.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije so bile v pogodbenem letu 2002 sklenjene pogodbe za ambulante za mamografije in ambulante za bolezni dojk, ki določajo plan s točkami. Izvajalci programa niso smiselno geografsko razporejeni, razmerje med kliničnimi pregledi in mamografijami ni primerno.

Priprava pogojev za vzpostavitev organiziranega presejanja žensk za odkrivanje raka dojk

Delovna skupina Ministrstva za zdravje je pripravila vsebinski predlog pogojev bodočih primarnih centrov za dojke ter organizacijski model bodoče organiziranosti centrov. Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati pri-

marni centri za dojke¹⁰ bo že v prihodnjem letu omogočil spremenjeno organizacijo dela dosedanjih v ambulantah za dojke, ker bodo pogoji in pravila delovanja predpisani. Pravilnik je izdelan v skladu z Evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti v mamografskem presejanju. Pravilnik bo omogočil izboljšanje kakovosti dela, ustrezno izobraževanje zaposlenih, strokovno poenotenje ter zagotovil osnovne pogoje za kakovost vseh postopkov v zvezi s presejanjem in zdravljenjem raka dojk ter spremljanja kakovosti. Pred uvedbo organiziranega programa bo potrebna ustanovitev Enote za presejanje na Onkološkem inštitutu, kjer bo potrebno zgraditi centralni informacijski sistem in pripraviti organizacijski načrt z vso potrebno dokumentacijo ter Centra za nadzor tehnične kakovosti in varnosti skladno z zakonodajo za področje varovanja pred ionizirajočimi sevanji. Za vodenje programa pa bo potrebno pripraviti številne dokumente: navodila za izvajalce, pravila za pošiljanje vabil, smernice za spremljanje kakovosti vseh postopkov v zvezi s presejanjem, obrazce za poročanje in obveščanje, načrt postopnega vključevanja centrov ter povezava med centri različnih nivojev, standarde za spremljanje kratkoročnih in dolgoročnih kazalcev kakovosti in učinkovitosti programa, standarde za stalno izobraževanje itd.

V organiziran program bodo vključene ženske, stare 50-69 let, ženske stare 40-49 let, ki sodijo v ogroženo skupino, pa bomo zajeli sistematično. V skladu z evropskimi smernicami jih bodo pregledovali na dve leti. Cilj je pregledati vsaj 70% žensk v starosti 50-69 let v dveh letih. Program organiziranega presejanja bo vplival tudi na organizacijo zdravstvene službe, saj bodo centri po novem delali na primarni ravni. Primarni in sekundarni centri za dojke se bodo morali povezati v funkcionalno in/ali organizacijsko enoto, kar bo zagotavljala celostno obravnavo raka dojk ter hitro ukrepanje. Program časovno ne bo omejen.

Pričakovane prednosti po uvedbi organiziranega presejanja so:

- boljša notranja organiziranost dela in preglednost dejavnosti; racionalna raba sredstev, manj ponavljanja preiskav, ki so za ženske povsem nepotrebne, lahko tudi nevarne in neprijetne;

- uporaba smernic za zagotavljanje in spremljanje kakovosti preventivnih pregledov dojk, vključno z dvojnim pregledovanjem; te smernice bodo skupaj z smernicami za delo diagnostičnih centrov in klinično smernico za zdravljenje bolnic zagotavljale celovito obravnavo žensk v postopku odkrivanja in zdravljenja raka dojk;

- zmanjšanje čakalnih dob; geografska uravnoteženost mreže centrov ter njihova medsebojna strokovna povezanost;

- presejanje žensk z mamografijo iz ciljne starostne skupine (50-69 let), organizirano pošiljanje vabil iz koordinacijskega centra, večja dostopnost presejanja, zagotovljena sledljivost;

- bolj kakovostna obravnava ter hitrejša triaža žensk s kliničnimi znaki;

- zgodnejše odkrivanje manjših rakov dojk bo vplivalo na skrajševanje ležalne dobe, saj bo zdravljenje manj obsežno;

- nadzor nad tehnično kakovostjo mamografskih aparatov in slikanja;

- zmanjšanje števila napotitev na sekundarni nivo zlasti pri ženskah, mlajših od 40 let;

- zgodnejša diagnostiko netipnih sprememb, še preden le ti pokažejo klinične znake;

- zgodnejše in manj radikalno zdravljenje, krajše obdobje bolnišničnega zdravljenja;

- boljše preživetje, zmanjšana invalidnost, krajša odsotnost z dela in manjša umrljivost;

- zmanjšano breme bolezni in večja kakovost življenja žensk.

Ob uvedbi programa se poleg boljše organiziranosti dejavnosti pričakuje tudi boljši izkoristek opreme in sredstev.¹¹ Organizirano presejanje pa bo povečalo obseg diagnosti-

čnih pregledov netipnih sprememb, ki so zahtevnejši, saj je zanje potrebna dodatna opremljenost in izurjenost osebja. Pred uvedbo programa na vsa območja bo ponovno potrebno analizirati vse vidike pripravljenosti centrov na vseh ravneh ter oceniti prihranke in nova vlaganja oz. stroške. Povečanja nekaterih diagnostičnih preiskav pa ni pričakovati čez noč, ker se bo organiziran program postopoma uvajal v obdobju treh let. Za vzpostavitev organiziranega programa na ravni države bo potrebno v prehodnem obdobju izobraziti primerno število radiologov, ki pa bodo morali biti enakomerno porazdeljeni.

Zaključki

Učinek presejanja se s populacijskega vidika lahko pokaže samo, če je redno pregledovan zadosten delež žensk v tistih starostnih skupinah, kjer incidenca presega 100/100.000 (najmanj 70%), zato je pričakovati, da ima organizirano presejanje večji javnozdravstveni učinek kot oportunistično, še zlasti, če ga spremlja primeren nadzor kakovosti vseh postopkov,¹² od presejalnega pregleda do zdravljenja pri presejanju odkritih sprememb.

Presejanje ima poleg številnih prednosti namreč tudi pomembne pomanjkljivosti, med katere sodijo napačno pozitivni in napačno negativni izvidi. Prav zato, da bi bilo teh čim manj, je treba zagotoviti primerno kakovost postopkov, kar je mogoče le v organiziranem programu.

Obvezno je začetno in dodatno izobraževanje vseh, ki sodelujejo v tem procesu in vzpostavitev mehanizmov za zagotavljanje in nadziranje kakovosti. V organiziranih presejalnih programih imajo za vse postopke postavljena stroga merila kakovosti.¹²

Literatura

1. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni: Reprodukativno zdravstveno varstvo. Ljubljana 2002. Uradni list RS, št. 33/2002: 3122-9.
2. Register raka za Slovenijo. *Incidenca raka v Sloveniji* 2000. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2003.
3. Advisory Committee for Cancer Prevention. *Recommendations on cancer screening in the European Union. Third action plan to combat cancer.* Luxembourg: Programme "Europe Against Cancer"; 2000. p. 1-14.
4. Breast cancer screening. *IARC handbooks on cancer prevention* 2002; 7: 179-81.
5. Zoetelief J, Fitzgerald M, Leitz W, Sabel M. *European protocol on dosimetry in mammography.* Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities; 1996.
6. Commission of the European communities. *Proposal for a council recommendation on cancer screening.* Brussels: COM(2003) 230 final; 2003.
7. European Parliament, Committee on the Environment, Public Health and Consumer Policy. *Amendments 17-47. Draft report. Cancer screening.* PE 331.672, 2003.
8. Perry N, Broeders M, deWolf, Tornberg S, editors. *European guidelines for quality assurance in mammography screening.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
9. Eusoma. The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2288-93.
10. Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. *EUCAN: Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union 1998, version 5.0.* IARC CancerBase No. 4. Lyon: IARCPress; 1999.
11. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, Version 1.0.* IARC CancerBase No. 5. Lyon, IARCPress; 2001.
12. *Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati primarni centri za dojke.* Ljubljana 2004. Uradni list RS št. 110/2004:13131-5.