

UREDBA O NACIONALNOM PROGRAMU RANOG OTKRIVANJA KOLOREKTALNOG KARCINOMA

Sl. glasnik RS, br. 73/2013

Član 1

Ovom uredbom utvrđuje se Nacionalni program ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma i sprovođenje zdravstvene zaštite kojom se obuhvataju aktivnosti na unapređenju zdravlja, smanjenju smrtnosti od raka debelog creva i poboljšanja kvaliteta života građana.

Član 2

Aktivnosti na unapređenju i očuvanju zdravlja sprovode se po Nacionalnom programu iz člana 1. ove uredbe, koji sadrži utvrđeni cilj, aktivnosti i očekivani rezultat.

Nacionalni program iz člana 1. ove uredbe odštampan je uz ovu uredbu i čini njen sastavni deo.

Član 3

Danom stupanja na snagu ove uredbe prestaje da važi Uredba o Nacionalnom programu za prevenciju kolorektalnog karcinoma ("Službeni glasnik RS", broj 20/09).

Član 4

Ova uredba stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom glasniku Republike Srbije".

NACIONALNI PROGRAM RANOG OTKRIVANJA KOLOREKTALNOG KARCINOMA

1. UVOD

U razvijenim zemljama tokom života od raka debelog creva oboli 1,2 miliona ljudi, odnosno 9,8% svih obolelih od malignih tumora. Sa približno pola miliona novoobolelih, 250.000 umrlih lica i srednjim petogodišnjim preživljavanjem od 54%, ova bolest je drugi vodeći uzrok smrtnosti od karcinoma u Evropi.

S obzirom na važnost problema i činjenicu da u Republici Srbiji, maligni tumori debelog creva predstavljaju drugu najčešću lokalizaciju malignih tumora kod oba pola, od koje svake godine približno oboli 4200 i umre 2600 lica, Ministarstvo zdravlja je uz pomoć stručnih radnih grupa, uvažavajući preporuke Svetske zdravstvene organizacije (SZO), sačinilo program organizovanog skrininga za karcinom kolorektuma u našoj zemlji. Ovaj program usvojila je Vlada, a objavljen je u "Službenom glasniku Republike Srbije", broj 20/09 kao Nacionalni program za prevenciju kolorektalnog karcinoma. On je predstavljao kontinuitet konsenzus konferencije "Dijagnostika i lečenje karcinoma debelog creva", nekadašnjeg društva Koloproktologa Jugoslavije, održanog u

Beogradu, decembra meseca 2003. godine, kojom je utrt put ka osmišljenoj strategiji otkrivanja karcinoma debelog creva kod lica bez simptoma, registraciji svih lica sa povećanim rizikom i sekundarnoj prevenciji u ovim grupama bolesnika. Program je bio u skladu sa Strategijom razvoja zdravstva i odrednicama deklaracije: Evropa protiv kolorektalnog karcinoma (*Europe against Colorectal Cancer. Declaration of Brussels. 2007*) i Rezolucijom o prevenciji i kontroli karcinoma (VHA 58.22) "Prevencija i kontrola kancera", koju je usvojila Svetska zdravstvena organizacija na zasedanju u Ženevi 2005. godine.

Unapređenje Nacionalnog programa za prevenciju kolorektalnog karcinoma urađeno je tokom 2012. i 2013. godine uz podršku EU i projekta "Podrška uvođenju Nacionalnog programa za borbu protiv raka u Srbiji", stručnog tima saradnika i radne grupe pri Ministarstvu zdravlja.

Nacionalni program ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma bazira se na postojećem programu, a u skladu je sa "Evropskim smernicama za osiguranje kvaliteta skrininga kolorektalnog karcinoma" (Evropske smernice) iz 2010. godine, koji se primenjuje u većini evropskih zemalja.

2. PRIKAZ SITUACIJE

2.1. Epidemiološka situacija kolorektalnog karcinoma

Od svih karcinoma 15% čini kolorektalni karcinom. Po učestalosti, kolorektalni karcinom je treći (10%) najčešći karcinom kod muškaraca i drugi (9,4%) vodeći maligni tumor kod žena. Približno 60% slučajeva kolorektalnog karcinoma dijagnostikuje se u razvijenim regionima sveta. U svetu od kolorektalnog karcinoma godišnje umre preko 600.000 ljudi, što ga čini četvrtim (8%) vodećim uzrokom smrti od karcinoma.

Sa standardizovanim stopama incidencije (27,0 na 100.000) i mortaliteta (16,6 na 100.000) od malignih tumora debelog creva, Republika Srbija se već duži niz godina nalazi u grupi zemalja Evrope sa srednje visokim stopama obolevanja i visokim stopama smrtnosti od navedenih lokalizacija karcinoma.

2.2. Prevencija kolorektalnog karcinoma

2.2.1. Faktori rizika

Nepravilna ishrana (hrana bogata životinjskim mastima i proteinima, a oskudna vlaknima), gojaznost, pušenje, pozitivna porodična anamneza, postojanje crevnih polipa (rizik se povećava posle pedesete godine starosti) i nedostatak fizičke aktivnosti predstavljaju faktore rizika za nastanak kolorektalnog karcinoma.

Rizik od nastanka karcinoma debelog creva se povećava sa starošću i značajno raste nakon 40 godine života. Više od 90% svih karcinoma otkrije se kod lica starijih od 50 godina. Sva lica starija od 50 godina nose 4,8% rizika da će do 74 godine života imati karcinom debelog creva, odnosno 2,3% rizika da će umreti zbog karcinoma debelog creva. Simptomi koji upućuju na karcinom debelog creva su prikriveno (okultno) ili vidljivo (manifestno) krvarenje, izmene u

crevnom pražnjenju, bolovi u trbuhu i malokrvnost. Jedna četvrtina (25%) obolelih ima pozitivnu porodičnu anamnezu karcinoma debelog creva, od kojih više od pola kod rođaka prvog reda.

2.2.2. Oblici prevencije kolorektalnog karcinoma

Prevencija kolorektalnog karcinoma usmerena je na smanjenje broja obolelih, na poboljšanje kvaliteta života obolelih i na smanjivanje troškova lečenja.

Primarna prevencija podrazumeva mere i postupke koji se sprovode pre pojave karcinoma s ciljem da do njegovog nastanka ne dođe. Eliminisanjem ili smanjivanjem stepena izloženosti čoveka faktorima rizika za karcinom debelog creva (neadekvatna ishrana, prekomerna telesna težina, slaba fizička aktivnost, pušenje, prekomerno konzumiranje alkohola i dr.) doprineće smanjivanju incidence ovog malignoma.

Sekundarna prevencija podrazumeva otkrivanje bolesti u ranom stadijumu, što utiče na uspešnost lečenja. Otkrivanje bolesti u prekanceroznom stadijumu - stadijumu dobroćudnog polipa ili u stadijumu lokalizovane bolesti omogućava potpuno izlečenje u više od 85% (76%-90%) obolelih. Rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma (u daljem tekstu: skrining) predstavlja značajnu komponentu sekundarne prevencije.

2.2.3. Sprovođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma

Skrining predstavlja otkrivanje do tada neprepoznate bolesti, korišćenjem skrining testa u prividno zdravoj populaciji koja ne pokazuje znake bolesti. Cilj skrininga je smanjivanje incidencije i mortaliteta od bolesti za koju se skrining organizuje. Program skrininga može biti oportuni ili organizovani.

Oportuni skrining predstavlja nesistematsku primenu testova za skrining u okviru redovnih pregleda. On uključuje građane, koji se sami jave na pregled ili se jave lekaru iz drugih razloga.

Organizovani skrining je organizovano, masovno pozivanje ciljne populacije na testiranje i tumačenje testova, praćeno kontrolom kvaliteta i izveštavanjem.

Skrining omogućava ne samo otkrivanje raka debelog creva u ranoj fazi, već i otkrivanje prekanceroznih lezija (polipa) čijim se uklanjanjem sprečava nastanak malignih promena. U zemljama, uglavnom razvijenim, u kojima se skrining programi uspešno primenjuju već nekoliko decenija, zabeležen je pad smrtnosti od raka debelog creva.

Skrining test je test koji se primenjuje s ciljem ranog otkrivanja bolesti. Skrining test treba da bude visoko senzitiv, specifičan, lako primenjiv i relativno jeftin. Skrining test za organizovani skrining karcinoma debelog creva je najčešće test prisustva okultne (golim okom nevidljive) krvi u stolici (u daljem tekstu: FOB test).

Ciljna populacija u skriningu karcinoma debelog creva može biti različita i zavisi od mnogo faktora: epidemioloških, demografskih, kadrovskih, organizacionih i finansijskih. Preporuka

evropskih vodiča je da ciljna populacija treba da obuhvati muškarce i žene od 50 do 74 godina života.

Da bi skrining bio uspešan treba omogućiti:

- 1) veliku pokrivenost populacije (treba težiti obuhvatu od najmanje 75% populacije);
- 2) dalje zbrinjavanje lica sa pozitivnim testom i njihovo praćenje;
- 3) prikupljanje podataka putem informacionog sistema;
- 4) kontrolu kvaliteta.

Navedene uslove može obezbediti samo organizovani skrining u upravnim okruzima, odnosno na celoj teritoriji Republike Srbije. Smanjenjem mortaliteta i morbiditeta, poboljšanjem kvaliteta života obolelih, dolazi do rasterećenja ljudskih i finansijskih resursa zdravstvenog sistema.

Preporuke za skrining karcinoma debelog creva, odnose se na populaciju bez simptoma, kod koje se očekuje prosečni rizik od obolevanja. Kod lica sa povećanim rizikom potrebno je pridržavati se posebnih pravila, odnosno preglede treba započeti u ranijem životnom dobu i sprovesti ih u prethodno utvrđenim intervalima.

Skrining karcinoma debelog creva je svrsishodan zbog toga što se karcinom debelog creva najčešće javlja iz dobroćudnih izraštaja sluznice - adenoma tokom procesa kancerogeneze koji traje u proseku ne manje od deset godina. Taj dugotrajan proces omogućava pravovremeno otkrivanje i uklanjanje ovih promena. Otkrivanje bolesti u prekanceroznom stadijumu - stadijumu dobroćudnog polipa ili u stadijumu lokalizovane bolesti omogućava potpuno izlečenje u više od 85% (76%-90%) obolelih.

Upotreba testa na prisustvo okultne krvi u stolici kao inicijalnog testa u skriningu karcinoma debelog creva dovela je do pada relativne stope smrtnosti za 18%-33%. Najčešće se koriste testovi koji otkrivaju prisustvo okultne (golim okom nevidljive) krvi u stolici, a ređe fleksibilna rektosigmoidoskopija ili kolonoskopija.

Od primenjenog testa zavisi interval skrininga, koji može biti od jedne do više godina. U slučaju primene specifičnijeg imunohemijskog testa stolice na okultno krvarenje, ciklus se najčešće ponavlja na dve godine (Savezna Republika Nemačka, Republika Slovenija, Češka Republika, Republika Finska, Republika Francuska), a u slučaju manje specifičnog gvajak testa na jednu godinu (Republika Hrvatska, Država Izrael).

U slučaju drugih testova intervali su drugačiji. U Poljskoj primarni skrining je kolonoskopija koja se radi jednom u deset godina.

Drugi dijagnostički postupci, kao što su određivanje specifičnih DNK mutacija u stolici i virtuelna kolonoskopija su u fazi ispitivanja efikasnosti i pouzdanosti.

2.3.1. Test na okultno krvarenje u stolici

Rano otkrivanje karcinoma debelog creva testiranjem prisustva okultne krvi u stolici u asimptomatskoj populaciji prosečnog rizika, pokazao se kao prikladan metod zbog jednostavnosti primene i niske cene. Pozitivan test je indikacija za dalje gastroenterološko ispitivanje, odnosno kolonoskopiju.

U velikim populacionim i kontrolisanim studijama (nivo dokaza B) pozitivan test imalo je između 1% i 5% asimptomatskih ispitanika (u pilot programu na teritoriji sedam mesnih zajednica opštine Voždovac 3,6% ispitanika). Veliki broj populacionih skrining studija pokazao je da noviji imunohemijski test (imunohistohemijski FOB test) ima značajno veću senzitivnost i specifičnost za uznapredovale adenome i karcinom nego stariji gvajak test (gFOB test). Kod gvajak testa senzitivnost iznosi 37%, a specifičnost 87%, a kod imohemijskog testa 69% i 98%. Zbog senzitivnosti, a naročito specifičnosti (gvajak test ne razlikuje ljudske od životinjske krvi), pri njegovoj upotrebi treba testirati tri uzastopne stolice nakon prethodne "bele dijete" (dijeta bez mesa), dok kod imunohemijskog testa dovoljan je jedan uzorak i nisu potrebne restrikcije u ishrani.

Kod lica sa pozitivnim testom dalja dijagnostika otkriva karcinom debelog creva u 5%-10%, a adenom u 20%-30%.

Vodeći se preporukama "Evropskih smernica" u ovom skriningu se preporučuje primena imunohistohemijskog FOB test, kao skrining testa kod lica sa prosečnim rizikom, starosti između 50 i 74 godina.

Lice koje je testirano na prisustvo okultne krvi u stolici treba upozoriti da negativan test ne znači u potpunosti i sigurnost da lice nema polip ili kolorektalni karcinom.

2.3.2. Kolonoskopski pregled

Kolonoskopski pregled je kao početni metod znatno skuplji, ali istovremeno veoma osetljiv u otkrivanju i najmanjih lezija. Pored osetljivosti, endoskopske metode imaju i tu prednost da se uočene promene mogu ukloniti tokom samog pregleda i na taj način uštedeti i vreme i novac, a sam postupak postaje i metod lečenja. Kolonoskopski se, ukoliko je priprema adekvatna i endoskopista obučen da uradi totalnu kolonoskopiju, otkriva čak 90%-95% postojećeg karcinoma debelog creva.

Kolonoskopija se obavezno radi kao drugi test u skriningu kod svih lica, kod kojih je test na prisustvo okultnog krvarenja bio pozitivan, i tako se utvrđuje uzrok okultnog krvarenja.

Kod lica koja imaju povišen rizik od nastanka karcinoma debelog creva (zapaljenske bolesti creva, genetsko opterećenje, porodična ili lična anamneza postojanja adenoma i kolorektalnog karcinoma) skrining karcinoma debelog creva treba započeti ranije. Kod lica sa ličnom anamnezom adenoma niskog rizika za skrining se primenjuje kolonoskopija koja se ponavlja svakih pet godina. Kod lica sa ličnom anamnezom adenoma visokog rizika kolonoskopija se ponavlja na tri do pet godina. Kod lica sa pozitivnom porodičnom anamnezom kolorektalnog

karcinoma (rođaci prvog reda mlađi od 50 godina ili dva rođaka prvog reda bilo koje starosti) primarni skrining je kolonoskopija, a skrining počinje u 40-oj godini ili deset godina pre starosnog doba u kome je karcinom otkriven kod rođaka, a skrining interval je tri do pet godina. Kod lica sa porodičnom istorijom familijarne polipoze (FAP) skrining sigmoidoskopija ili kolonoskopija počinje u starosnoj dobi od 10 do 15 godina života i ponavlja se jednom godišnje. Kod lica sa naslednim nepolipoznim sindromom skrining kolonoskopija se radi počevši od 20 ili 25 godine ili deset godina pre najmlađeg obolelog u porodici. Kod lica sa zapaljenskim bolestima creva skrining kolonoskopija se radi svake ili svake druge godine.

2.3.3. Skrining karcinoma debelog creva u Republici Srbiji

Republika Srbija je do sada imala nekoliko (Voždovac, Subotica i Zrenjanin 2005. godine) organizovanih skrininga karcinoma debelog creva.

Uočeni su sledeći nedostaci:

- 1) nedovoljna informisanost ciljne populacije o efikasnosti mera prevencije karcinoma debelog creva;
- 2) nizak obuhvat ciljne populacije sa FOB testom;
- 3) visok postotak kolorektalnog karcinoma, koji je otkriven u poodmaklom stadijumu;
- 4) nepostojanje usmerene edukacije;
- 5) neodgovarajuće prikupljanje podataka i izveštavanje;
- 6) nedovoljna uključenost lokalne samouprave

3. CILJEVI NACIONALNOG PROGRAMA

3.1. Opšti cilj

Smanjenje morbiditeta i mortaliteta stanovništva od kolorektalnog karcinoma.

3.2. Specifični ciljevi

- 1) podizanje svesti stanovništva o značaju redovnih testiranja stolice na prikriveno krvavljenje i informisanje o značaju skrininga;
- 2) jačanje kapaciteta zdravstvenih ustanova za sprovođenje skrininga (obezbeđivanjem dovoljnog broja obučeni kadrova i opreme);
- 3) uspostavljanje sistema prikupljanja i upravljanja podacima;
- 4) uspostavljanje kontrole kvaliteta usluga u skriningu;

- 5) uključivanje lokalne samouprave i udruženja građana u sprovođenje skrininga;
- 6) obezbeđivanje održivosti sprovođenja skrininga podrškom društva u celini.

4. ZAKONSKA REGULATIVA I UČESNICI SKRININGA

4.1. Pravni okvir

Osnov za sprovođenje organizovanog skrininga predstavljaju sledeći propisi:

Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Službeni glasnik RS", br. 107/05, 72/09, 88/10, 57/11, 119/12 i 45/13 - dr. zakon);

Zakon o zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS", br. 107/05, 109/05, 57/11, 110/12 i 119/12);

Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine ("Službeni glasnik RS", broj 28/09);

Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite ("Službeni glasnik RS", br. 24/09 i 59/12);

Strategija javnog zdravlja Republike Srbije ("Službeni glasnik RS", broj 22/09);

Odluka o planu razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije ("Službeni glasnik RS", broj 88/10);

Odluka o utvrđivanju standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova ("Službeni glasnik RS", broj 28/11).

4.1.1. Društvena briga za zdravlje stanovništva na nivou Republike Srbije

U okviru ranog otkrivanja bolesti, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (u daljem tekstu: Zakon), obezbeđuju se i ciljani preventivni pregledi, odnosno skrining, prema odgovarajućim republičkim programima. Sprovođenje skrininga, prema članu 11. tačka 15) Zakona spada u društvenu brigu za zdravlje stanovništva na nivou Republike Srbije, a u skladu sa članom 45. tačka 1) Zakona o zdravstvenom osiguranju obezbeđuje se zdravstvena zaštita osiguranicima u punom obimu o trošku budžeta Republike Srbije kao i licima koja su obuhvaćena skriningom prema odgovarajućim republičkim programima.

4.1.2. Aktivnosti izabranog lekara u sprovođenju skrininga

Sistem zdravstvene zaštite i organizacija zdravstvene službe regulisani su Zakonom, u skladu sa kojim se zdravstvena delatnost obavlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou (čl. 79, 88, 89, 90. i 91.). U postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite u domu zdravlja izabrani lekar sprovodi sve aktivnosti koje su definisane Zakonom (čl. 95, 98. i 99.) uključujući i rad na otkrivanju i suzbijanju faktora rizika za nastanak bolesti, odnosno, na sprovođenju skrining programa u skladu s posebnim programima donetim u skladu sa Zakonom.

Skrining se kao aktivnost pominje u Strategiji javnog zdravlja Republike Srbije dok se u uredbama o skriningu govori u Uredbi o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine, kao o načinu realizacije cilja - očuvanja i unapređenja zdravlja žena reproduktivnog doba.

4.1.3. Zaštita na radu

Zaštita na radu u oblasti skrininga uređuje se sa više propisa. Radi zaštite na radu primenjuje se standard kvaliteta SRPS ISO 15189:2008 Medicinske laboratorije - posebni zahtevi za kvalitet i kompetentnost.

Zaštita od kancerogenih materija i bioloških materijala ostvaruje se u skladu sa Zakonom o bezbednosti i zdravlju na radu ("Službeni glasnik RS", broj 101/05), Pravilnikom o preventivnim merama za bezbedan i zdrav rad pri izlaganju biološkim štetnostima ("Službeni glasnik RS", broj 96/10), Pravilnikom o preventivnim merama za bezbedan i zdrav rad na radnom mestu ("Službeni glasnik RS", broj 21/09) i Pravilnikom o preventivnim merama za bezbedan i zdrav rad pri izlaganju karcinogenima ili mutagenima ("Službeni glasnik RS", broj 96/11).

4.2. Učesnici u sprovođenju skrininga

Skrining za rak grlića materice sprovodi se na teritoriji Republike Srbije u vidu organizovanog decentralizovanog programa.

4.2.1. Republička stručna komisija za sprovođenje programa ranog otkrivanja malignih bolesti

Republička stručna komisija za sprovođenje programa ranog otkrivanja malignih bolesti (u daljem tekstu: RSK), obrazovana je od strane ministra zdravlja radi stručnog nadzora nad sprovođenjem organizovanog skrininga i kroz definisan godišnji plan obavlja sledeće aktivnosti:

- 1) daje smernice za skrining programe i vrši stručnu verifikaciju skrining programa, razmatra i usvaja modele i promene u skrining programima;
- 2) daje smernice za organizaciju, koordinaciju, praćenje i procenu skrining programa;
- 3) utvrđuje liste pokazatelja u procesu sprovođenja skrininga;
- 4) utvrđuje i daje saglasnosti na planove u oblasti sprovođenja skrininga i usvaja izveštaj o izvršenju plana i iste dostavlja na usvajanje Ministarstvu zdravlja kao i na modele u sprovođenju skrining programa i na njihove promene;
- 5) sprovodi aktivnosti u skladu sa planom aktivnosti;
- 6) utvrđuje nacrt kriterijuma, standarda i normativa koji se odnose na skrining programe;
- 7) obezbeđuje stručnu podršku Kancelariji za prevenciju malignih bolesti;

8) procenjuje program edukacije u oblasti skrininga;

9) utvrđuje programe promotivnih aktivnosti vezanih za skrining programe, kao i planove istraživanja u oblasti skrining programa;

10) daje predloge za angažovanje pojedinaca ili grupa stručnjaka za rešavanje određenih pitanja iz oblasti skrininga i sprovodi druge aktivnosti u skladu sa Zakonom i po nalogu ministra zdravlja;

11) o svom radu RSK dostavlja Ministarstvu zdravlja izveštaje na tromesečnom, polugodišnjem i godišnjem nivou.

4.2.2. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", pruža potrebnu stručnu i logističku (tehničku) podršku Kancelariji za prevenciju malignih bolesti.

Informacioni sistem Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" čini informatičku podršku u sprovođenju skrining programa, odnosno prikuplja podatke iz instituta i zavoda za javno zdravlje, obrazuje odgovarajuće elektronske baze podataka i stalno ih ažurira. Ažurirane baze podataka stavlja na raspolaganje Kancelariji za prevenciju malignih bolesti.

4.2.3. Kancelarija za prevenciju malignih bolesti

Kancelarija za prevenciju malignih bolesti obrazovana je pri Institutu za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut".

Kancelarija za prevenciju malignih bolesti je nadležna za sprovođenje organizovanog skrininga i obavlja sledeće aktivnosti:

1) koordinira, organizuje, prati i procenjuje sprovođenje organizovanog skrininga i obezbeđuje stručnu podršku ostalim učesnicima u njegovom sprovođenju;

2) koordinira edukacije u oblasti skrininga, u skladu sa planom za sprovođenje skrininga;

3) priprema predlog plana za sprovođenje skrininga;

4) sprovodi aktivnosti iz petogodišnjeg i godišnjeg plana u oblasti sprovođenja skrininga iz svoje nadležnosti (koordinacija edukacije u oblasti skrininga, organizovanje promotivnih aktivnosti);

5) dostavlja Ministarstvu zdravlja i RSK predlog petogodišnjeg i godišnjeg plana u oblasti sprovođenja skrininga, uključujući i finansijski plan, i podnosi periodične i godišnje izveštaje o izvršenju plana Ministarstvu zdravlja;

6) predlaže RSK izmene, dopune i nove programe skrininga i modele za njihovo sprovođenje;

- 7) priprema i predlaže RSK nacrt kriterijuma, standarda, normativa i pokazatelja koji se odnose na sprovođenje skrininga;
- 8) priprema i predlaže RSK predloge uputstava i propisa za skrininge;
- 9) priprema i predlaže RSK jedinstveni obrazac za prikupljanje podataka o skriningu (odaziv populacije, rezultati testiranja i dr);
- 10) izrađuje uputstvo za pripremu izveštaja instituta i zavoda za javno zdravlje i domova zdravlja o sprovođenju skrininga;
- 11) planira i sprovodi istraživanja u oblasti skrininga;
- 12) priprema predloge programa promotivnih aktivnosti vezanih za skrininge;
- 13) dostavlja izveštaje o sprovođenju skrininga Ministarstvu zdravlja najmanje jednom mesečno;
- 14) sprovodi druge aktivnosti iz oblasti skrininga, uz saglasnost RSK.

4.2.4. Instituti i zavodi za javno zdravlje

Instituti i zavodi za javno zdravlje koordiniraju sprovođenje skrininga na teritoriji za koju su osnovani i sprovode sledeće aktivnosti:

- 1) imenuju koordinatora za skrining i njegovog zamenika;
- 2) preko imenovanog koordinatora i njegovog zamenika obezbeđuje se svakodnevna komunikacija i saradnja sa predstavnicima domova zdravlja;
- 3) koordiniraju i organizuju domove zdravlja i jedinice lokalne samouprave (predstavnike populacionih grupacija) radi edukacije, motivacije i povećanja odaziva građana na skrining;
- 4) imenuju svog predstavnika u tim za koordinaciju skrininga doma zdravlja;
- 5) pružaju pomoć domovima zdravlja pri izradi akcionih planova za sprovođenje skrininga i daju saglasnost na akcione planove;
- 6) prikupljaju i ažuriraju podatke iz zdravstvenih ustanova u kojima se sprovodi skrining (domovi zdravlja, bolnice) prema jedinstvenom obrascu, obrađuju te podatke i prosleđuju ih u vidu izveštaja Kancelariji za prevenciju malignih bolesti najmanje jednom mesečno;
- 7) pripremaju godišnji izveštaj o sprovođenju organizovanog skrininga i dostavljaju ga Kancelariji za prevenciju malignih bolesti.

4.2.5. Dom zdravlja

Dom zdravlja je nosilac skrininga na teritoriji za koju je osnovan.

Dom zdravlja obrazuje tim za koordinaciju sprovođenja skrininga, čiji je član i predstavnik instituta ili zavoda za javno zdravlje. Među članovima tima za koordinaciju sprovođenja skrininga imenuju se lica odgovorna za skrining.

Dom zdravlja pruža informacije učesnicima skrininga, motiviše pozvane građane za odaziv na skrining, prima pozive učesnika i evidentira vreme dolaska na skrining.

Dom zdravlja obavlja i sledeće aktivnosti:

- 1) svake godine u saradnji sa nadležnim institutom, odnosno zavodom za javno zdravlje donosi akcioni plan za sprovođenje skrininga;
- 2) organizuje i sprovodi pozivanje ciljne populacije;
- 3) vodi evidenciju pozivanja, koja treba da sadrži (po datumima i smenama) broj: pozvanih građana, uspostavljenih kontakata, građana koji su odbili učešće u skriningu, pregledanih građana, onih koji nisu nađeni na datoj adresi i ponovljenih poziva;
- 4) sprovodi organizovani skrining u različito vreme od pružanja zdravstvene zaštite drugim pacijentima;
- 5) tim za koordinaciju sprovođenja skrininga vodi bazu podataka i jednom nedeljno dostavlja izveštajne obrasce nadležnom institutu, odnosno zavodu za javno zdravlje.

4.2.6. Zdravstvena ustanova sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite

Kolonoskopija se radi u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog ili tercijarnog nivoa, a izvode je edukovani doktori medicine - specijalisti gastroenterologije, interne medicine i hirurgije.

Zdravstvena ustanova sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite obavlja sledeće aktivnosti:

- 1) izvodi kompletnu kolonoskopiju sa visokom postotkom intubacije cekuma;
- 2) evidentira u toku kolonoskopije svaku otkrivenu leziju i uklanja je u istom aktu;
- 3) izvodi biopsiju svake otkrivene lezije, koja nije pogodna za polipektomiju;
- 4) vodi papirnu i/ili elektronsku dokumentaciju potrebnu za evidentiranje svih zadataka u oblasti sprovođenja skrininga;
- 5) sve bioptirane i uklonjene promene šalje na patohistološku analizu;

6) izveštava izabrane lekare iz domova zdravlja o rezultatima kolonoskopije pomoću jedinstvenog standardizovanog izveštaja.

Muškarci i žene, kod kojih je u okviru programa skrininga utvrđen pozitivan rezultat FOB testa i kolonoskopski nalaz, koji nije definitivno zbrinut za vreme kolonoskopije, upućuju se na dodatno zbrinjavanje u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

Vremenski period od izdavanja uputa iz doma zdravlja do posete specijalisti treba da je što kraći, a ne duži od šest nedelja.

U zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite pružaju se usluge, koje su potrebne da se završi dijagnostika i sprovede potrebno lečenje. Ove usluge ne predstavljaju deo skrininga, nego deo rutinskih usluga ovih zdravstvenih ustanova, ali je izveštavanje o njima potrebno zbog analize rezultata skrininga. Ustanove, koje ih pružaju, popunjavanju odgovarajuću papirnu i/ili elektronsku dokumentaciju i prosleđuju je domovima zdravlja, nadležnim institutima, odnosno zavodima za javno zdravlje na propisanom jedinstvenom obrascu.

Zdravstvene ustanove sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite imenuju koordinatora i medicinsku sestru koji su odgovorni za sprovođenje skrininga. Vode evidenciju o broju i rezultatu pregledanih pločica, o broju upućenih i pregledanih žena u skriningu, krajnjem ishodu skrininga, prate sprovođenje kliničkog puta i izveštavaju nadležni institut ili zavod za javno zdravlje jednom mesečno.

4.2.7. Lokalna samouprava

U koordinaciji sa institutima, odnosno zavodima za javno zdravlje, domovima zdravlja, predstavnicima verskih i manjinskih zajednica, udruženjima građana i sredstvima javnog informisanja, predstavnici lokalne samouprave sprovode akcije sa ciljem edukacije i motivacije građana da se odazovu pozivu za organizovani skrining program u što većem broju.

4.2.8. Sredstva javnog informisanja

U dogovoru sa učesnicima organizovanog skrininga, kao i sa Ministarstvom zdravlja, sredstva javnog informisanja imaju značajnu ulogu u procesu edukacije, motivacije i povećanju odaziva stanovništva, kroz aktivnosti: nacionalne i lokalne medijske kampanje ("lifleti", brošure, poster, bilbordi, radio džinglovi, TV spotovi, prilozi na sajtu Ministarstva zdravlja i Kancelarije za prevenciju malignih bolesti, društvene mreže i dr.); konferencije za štampu; saopštenje za javnost; intervjui; gostovanja i posebno pripremljene emisije.

5. METODOLOŠKO UPUTSTVO ZA SPROVOĐENJE SKRININGA

5.1. Model skrininga u Republici Srbiji

Skrining za kolorektalni karcinom se sprovodi na teritoriji Republike Srbije u vidu organizovanog decentralizovanog programa.

Ciljna populacija: muškarci i žene od 50 do 74 godina života.

Pokrivenost populacije: teži se obuhvatu od najmanje 75%.

Ciklus skrininga: na dve godine.

Skrining test: imunohistohemijski FOB test.

Tumačenje testova: laboratorije u domu zdravlja (edukovani laboratorijski tehničari i medicinske sestre).

Dodatna pretraga kod pozitivnog imunohistohemijskog FOB testa: kolonoskopija.

Kraj procesa skrininga: proces skrininga se završava negativnim imunohistohemijskim FOB testom, a u slučaju pozitivnog imunohistohemijskog FOB testa kolonoskopijom i histopatološkim nalazom u slučaju uzimanja bioptičkog materijala.

Dalji tretman i praćenje, koji nije deo skrininga: opšte bolnice i klinički centri.

Kontrola kvaliteta i evaluacija programa: Kancelarija za prevenciju malignih bolesti.

Saopštavanje rezultata, određivanje dinamike i sadržaja daljeg praćenja, uključujući i upućivanje na dalju dijagnostiku sprovodi izabrani lekar.

5.2. Informisanje, edukacija, komunikacija i socijalna mobilizacija

Pre započinjanja sprovođenja skrininga neophodno je definisati strategiju informisanja, edukacije, komunikacije i socijalne mobilizacije, operativni plan za njenu realizaciju, njen vremenski okvir i odrediti odgovorna lica za sprovođenje navedenih aktivnosti na nivou Republike Srbije i nivou upravnih okruga.

Strategija za područje opština koje pokriva dom zdravlja predstavlja deo godišnjeg akcionog plana aktivnosti doma zdravlja koji priprema tim za koordinaciju skrininga doma zdravlja i dostavlja ga nadležnom institutu ili zavodu za javno zdravlje na usvajanje.

5.3. Identifikacija ciljne populacije

Na početku ciklusa skrininga identifikuje se ciljna populacija lica starosti od 50 do 74 godine života. Evidencija u skriningu je bazirana na listi osiguranika Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje i ostalih građana koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu, uz poštovanje propisa koji uređuju oblast zaštite ličnih podataka.

Iz evidencije u skriningu se isključuju lica koja su već obolela od kolorektalnog karcinoma, lica u terminalnoj fazi neke druge bolesti i lica sa povišenim rizikom od nastanka karcinoma debelog creva (zapaljenske bolesti creva, genetsko opterećenje, porodična ili lična anamneza postojanja

adenoma i kolorektalnog karcinoma), kod kojih program ranog otkrivanja karcinoma debelog creva treba započeti ranije, a skrining test je kolonoskopija.

Ako taj podatak nije poznat i ta lica su bila uneta u evidenciju u skriningu, onda se isključuju na osnovu anamneze prilikom prve posete u skriningu.

Tim za koordinaciju skrininga karcinoma u domu zdravlja, u saradnji sa nadležnim institutima i zavodima za javno zdravlje priprema spisak ciljne populacije.

5.4. Plan pozivanja

Plan pozivanja sačinjavaju nadležni instituti i zavodi za javno zdravlje u saradnji sa domovima zdravlja.

Domovi zdravlja u skladu sa svojim kadrovskim i prostornim mogućnostima, a po planu pozivanja organizuju pozivanje i testiranje građana i van njihovog radnog vremena, kao i preuzimanja FOB testa.

Pozivima je potrebno obuhvatiti najmanje polovinu ciljne populacije tokom jedne godine.

5.5. Pozivanje

Pozivno pismo dostavlja se poštom.

Pozivno pismo sadrži:

- 1) poziv sa brojem telefona doma zdravlja radi zakazivanja termina za testiranje;
- 2) informaciju o cilju i značaju skrininga (informativni liflet).

Pozivanje se izuzetno može vršiti i telefonom. U tom slučaju lice dobija informativni liflet za vreme testiranja.

Tim za koordinaciju sprovođenja skrininga u domu zdravlja u dogovoru sa nadležnim institutom ili zavodom za javno zdravlje, periodično (svakih jedan do dva meseca) proverava odaziv građana na pozive za skrining, koristeći evidenciju u skriningu, koja se stalno ažurira.

Ponovljeni poziv dostavlja se u roku ne dužem od šest meseci od dana dostavljanja prvog poziva.

U slučaju da kontakt nije uspostavljen ni posle šest meseci, dom zdravlja je dužan da obezbedi neposredno pozivanje uz pozivno pismo. Ukoliko se i nakon pokušaja neposrednog pozivanja od strane doma zdravlja ne uspostavi kontakt, to lice se isključuje iz skrininga i poziva u sledećem ciklusu.

5.6. Tačno određivanje vremena testiranja

Učesnici skrininga potvrđuju učešće i termin testiranja telefonom, SMS-om, elektronskom poštom ili lično.

5.6.1. Izvođenje testiranja

Navedenog datuma građanin koji je pozvan da učestvuje u skriningu (u daljem tekstu: učesnik u skriningu) se sa pozivnim pismom javlja službi za zdravstvenu zaštitu odraslih u domu zdravlja. Zaduženi zdravstveni radnik ga prihvata, uzima pozivno pismo, obavi evidentiranje i upućuje izabranom lekaru, ali u odvojeno vreme od redovnih pacijenata.

Izabrani lekar obavlja sledeće aktivnosti:

- 1) prima zakazane učesnike u skriningu;
- 2) pruža potrebne informacije o skriningu;
- 3) daje učesniku u skriningu da potpiše izjavu ako ne želi da učestvuje u skriningu;
- 4) uzima anamnezu i popunjava standardni protokol (klinički put) u papirnom ili elektronskom obliku;
- 5) predaje set sa uputstvima za uzimanje uzorka stolice i obaveštava učesnika u skriningu da test uradi kod kuće;
- 6) daje učesniku u skriningu uput za laboratoriju doma zdravlja u koju će doneti urađen FOB test u roku od sedam dana;
- 7) saopštava učesniku skrininga rezultate imunohistohemijskog FOB testa (ukoliko je negativan, rezultat se može saopštiti i telefonom, a pismeni izveštaj učesnik preuzima u domu zdravlja; u slučaju pozitivnog nalaza poziva učesnika na posetu u periodu ne dužem od tri nedelje);
- 8) ukoliko je rezultat testa nejasan, poziva učesnika i predaje mu drugi set za uzimanje stolice;
- 9) ukoliko je rezultat testa pozitivan, informiše učesnika o neophodnosti kolonoskopije i izveštava ga usmeno i pismenim uputstvom o toj pretrazi, potrebnim priprema i mogućim komplikacijama;
- 10) zakazuje kolonoskopiju, pri čemu maksimalno vreme između pozitivnog skrining testa i kolonoskopije treba da je kraće od dva meseca;
- 11) u slučaju da učesnik odbije kolonoskopiju, traži od učesnika da potpiše izjavu o tome;
- 12) saopštava učesniku rezultat patohistološke analize; ako je rezultat negativan, dalje prati pacijenta po preporuci endoskopiste i/ili protokolu;

13) poziva učesnika na ponavljanje FOB testa, ukoliko on nije pristao na kolonoskopiju, u roku od dva meseca;

14) upućuje učesnika na druga ispitivanja ako za to postoji indikacija na osnovu pozitivnog rezultata kolonoskopije;

15) nedeljno izveštava odgovornu osobu iz tima za koordinaciju za sprovođenje skrininga na nivou doma zdravlja o ispunjavanju dinamike akcionog plana.

5.7. Tumačenje imunohistohemijskog FOB testa

Imunohistohemijski FOB test tumači odgovorni laborant ili medicinska sestra u laboratoriji doma zdravlja.

Laboratorija izveštava izabranog lekara o rezultatu testa u roku od dva dana od predaje uzorka.

Ukoliko je rezultat testa nejasan, učesnik se poziva telefonom na ponovno testiranje.

5.8. Izvođenje kolonoskopije

Kolonoskopija se radi u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Kolonoskopiju izvode obučeni gastroenterolozi, internisti i hirurzi. Svaki kolonoskopista koji učestvuje u skriningu treba da uradi najmanje 300 kolonoskopija godišnje da bi se obezbedila neophodna kompetentnost.

Kolonoskopista obavlja sledeće aktivnosti:

- 1) izvodi kompletnu kolonoskopiju, koja uključuje otklanjanje polipa i uzimanje biopsija;
- 2) ispunjava papirni i/ili elektronski jedinstveni izveštaj u delu koji služi evidentiranju svih podataka o kolonoskopiji;
- 3) šalje uklonjene promene i biopsije na patohistološku analizu;
- 4) prima patohistološki izveštaj i šalje ga zajedno sa kopijom jedinstvenog standardizovanog izveštaja izabranom lekaru, koji je uputio učesnika u skriningu na kolonoskopiju.

Ako je identifikovano više od jedne lezije, kao rezultat skrininga se uzima onaj sa najlošijom prognozom ili onaj koja zahteva najinvazivniju proceduru.

Pri kolonoskopiji mora se evidentirati svaka lezija sa koje se biopsijom uzima uzorak, svaki adenom ≥ 10 mm, kao i sve komplikacije.

5.9. Patohistološki nalaz

Patolog obavlja sledeće aktivnosti:

- 1) pregleda dostavljene uzorke uzete za vreme kolonoskopije i nalaz upisuje u patohistološki izveštaj. Za svaku promenu popunjava se novi patohistološki izveštaj;
- 2) patohistološki izveštaj se šalje kolonoskopisti;
- 3) ukoliko je patohistološki nalaz pozitivan, pacijent se upućuje na dalje lečenje u skladu sa rezultatom i medicinskim indikacijama;
- 4) histopatološki nalaz zajedno sa zaključkom kolonoskopiste pacijent vraća izabranom lekaru koji u zavisnosti od nalaza postupa u skladu sa preporukama Vodiča dobre kliničke prakse.

Objašnjenje patološkog nalaza, obavljene intervencije i uputstvo o daljim postupcima i intervalu praćenja dužan je da specijalista koji je uradio kolonoskopiju ili izabrani lekar.

5.10. Upućivanje pacijenata na dalju dijagnostiku

Pacijenti sa otkrivenim karcinomom debelog creva dopunski se dijagnostički obrađuju (ultrazvučni pregled abdomena, snimak srca i pluća, CT abdomena) i upućuju na dalju terapiju (hiruršku ili drugu, po odluci konzilijuma).

Na dalje dijagnostičke postupke pacijenta upućuje izabrani lekar, u zavisnosti od indikacije na osnovu rezultata kolonoskopije i po preporukama Vodiča dobre kliničke prakse.

Potrebne dijagnostičke procedure moraju biti preduzete najkasnije šest nedelja od momenta upućivanja.

Maksimalno vreme između pozitivnog nalaza kolonoskopije i definitivnog lečenja treba da bude mesec dana.

Izuzetno je važno obezbediti odgovarajuću komunikaciju sa pacijentom na svakom nivou. Ona podrazumeva saopštavanje svih mogućnosti lečenja i ishoda i dobijanje informisanog pristanka pacijenta za dalji postupak.

5.11. Prikupljanje podataka i izveštavanje

Podaci o ciljnoj populaciji, poslatim pozivima, odazivu na skrining, rezultatima skrining testiranja, svim neophodnim dijagnostičkim i terapijskim procedurama čine bazu podataka u domu zdravlja. Ova baza podataka je potrebna za praćenje i procenu sprovođenja skrininga.

Evidenciju poslatih poziva, uručenih poziva i odaziva na testiranje vodi tim za koordinaciju sprovođenja skrininga doma zdravlja. Navedene aktivnosti obavlja medicinski tehničar prema preporučenim standardima.

5.11.1. Standardni protokol (klinički put)

Izveštavanje o rezultatima skrininga temelji se na minimalnom setu podataka koji se moraju obavezno prikupljati, da bi se pomoću njih izračunali procesni i ishodni indikatori programa skrininga.

Podaci, koji su neophodni za ocenu efikasnosti skrininga, nastaju u svakoj fazi sprovođenja skrininga, pa je potreban standardizovan i koordinisan način njihovog prikupljanja. Da bi izbegli gubljenje podataka, treba ih prikupljati u vreme kada nastaju. Zbog toga se u skriningu upotrebljava standardizovan protokol (klinički put) koji prati učesnika u skriningu u svim fazama skrininga, od početka do završetka, što se odnosi na pozivanje, sve posete lekaru i drugim zdravstvenim radnicima, pa i izvođenje i analizu skrining testa i drugih procedura koje su sastavni deo skrininga i to na svim nivoima zdravstvene zaštite.

5.11.2. Unos podataka

Protokol može biti štampan na papiru, ali je optimalan unos podataka u protokol elektronskim putem pri čemu je neophodno:

- 1) postojanje protokola za elektronski unos podataka sa pripadajućom programskom opremom;
- 2) postojanje kompjuterske opreme na svakom radnom mestu gde se kreće učesnik skrininga;
- 3) umreženje svih radnih mesta, tako da svi izvodioci skrininga imaju uvid u prethodne faze procesa;
- 4) povezanost sa institutima i zavodima za javno zdravlje i Kancelarijom za prevenciju malignih bolesti.

U slučaju, da takav sistem postoji, svi podaci se unose samo jednom i to na radnom mestu gde nastaju, a umreženje omogućava da oni budu dostupni na svim drugim radnim mestima pa i centrima za prikupljanje podataka gde se preko baza podataka pretvaraju u tražene indikatore.

5.12. Podaci i pokazatelji sprovođenja programa

5.12.1. Lista podataka koji se prikupljaju u skriningu

Svi podaci, koji se prikupljaju, prikazani su u protokolu (kliničkom putu).

5.12.2. Pokazatelji sprovođenja skrininga

Indikatori za praćenje sprovođenja skrininga jesu: niža stopa populacije obolele od karcinoma debelog creva, broj izveštaja o obavljenim preventivnim pregledima planiranim skriningom, broj edukovanih zdravstvenih radnika, broj zdravstvenih ustanova koje su opremljene za sprovođenje sistematskih pregleda, odštampani promotivni materijal i broj poslatih individualnih poziva na skrining.

Za kratkoročnu procenu uspešnosti sprovođenja skrininga vrednuje se: odaziv, vreme proteklo od pozivanja pacijenta na pregled, obaveštavanja o pozitivnom nalazu do pregleda (kolonoskopije), kakav je odnos lica koja su bila "pozitivna" na testu prema daljem ispitivanju i koji je stepen korišćenja angažovanih resursa (kolonoskopija, analgesedacija, endoskopskih intervencija uspešnost izvedenog pregleda, praćenje patoloških nalaza i lečenje).

Dugoročno, procena sprovođenja Programa odnosi se na procenu smanjenja stope obolevanja (morbidity i incidencije) i smrtnosti (mortaliteta).

Procesni pokazatelji sprovođenja skrininga su:

- 1) procenat lica (ciljne populacije) koja su se odazvala pozivu i javila u dom zdravlja nakon prvog i naknadnih poziva;
- 2) procenat lica koja su predala uzorak stolice;
- 3) procenat lica sa pozitivnim FOB testom koja su pristala na kolonoskopiju;
- 4) procenat lica sa pozitivnim FOB testom koja su uradila kolonoskopiju;
- 5) procenat lica koje se nisu odazvala na dostavljene pozive na skrining;
- 6) procenat lica koja nisu pristala na skrining;
- 7) procenat lica koja nisu pristala na kolonoskopiju.

Pokazatelji ishoda skrininga su:

- 1) procenat neadekvatnih FOB testova (od svih FOB testova);
- 2) procenat pozitivnih testova (od svih FOB testova);
- 3) procenat pozitivnih kolonoskopija (od svih izvedenih skrining kolonoskopija);
- 4) prisustvo adenoma bilo koje veličine (od svih izvedenih skrining kolonoskopija);
- 5) prisustvo neuznapredovalih adenoma (od svih izvedenih skrining kolonoskopija);
- 6) prisustvo uznapredovalih adenoma (od svih izvedenih skrining kolonoskopija);
- 7) prisustvo karcinoma po stadijumu (od svih izvedenih skrining kolonoskopija);
- 8) procenat nekompletnih kolonoskopija;
- 9) procenat hospitalizacija zbog neželjenih reakcija na dan kolonoskopije u odnosu na broj kolonoskopija;

10) procenat neplaniranih hospitalizacija u odnosu na broj kolonoskopija u roku od osam dana od dana skrininga, ukoliko se ona može povezati sa skriningom;

11) smrtnost lica u roku od 30 dana od kolonoskopije, ukoliko se ona može povezati sa skriningom;

12) pozitivna prediktivna vrednost FOB testa u odnosu na pozitivne kolonoskopije.

Dugoročni indikatori:

1) intervalni karcinomi (postotak karcinoma koji se jave posle negativne skrining epizode, u periodu pre sledećeg poziva na skrining);

2) incidenca kolorektalnog karcinoma u populaciji;

3) stopa detektovane uznapredovale bolesti (*Dukes C i D*) u populaciji;

4) stopa smrtnosti od kolorektalnog karcinoma u populaciji.

5.13. Obezbeđivanje kvaliteta

Od visokog kvaliteta svakog koraka u organizovanom skriningu zavisi kvalitet i uspešnost celog programa skrininga u jednoj zemlji.

Svaki korak skrininga mora biti detaljno objašnjen uputstvima kako bi organizacija skrininga na teritoriji zemlje bila što uniformnija.

Socijalna mobilizacija zahteva odgovarajući stručni pristup široj populaciji usklađen sa demografskom, socijalnom, obrazovnom i verskom strukturom stanovništva. Posebna pažnja se mora usmeriti ka marginalizovanim grupama i manjinama. Pozivanje i davanje informacija tokom svakog koraka skrininga moraju biti vođeni etičkim, pravnim i moralnim načelima, usklađeni sa obrazovnim i socijalnim statusom pozvanih lica i u skladu sa uputstvima.

Neophodni su uniformni imunohistohemijski FOB testovi na nivou čitave Republike Srbije, koji su opšte prihvaćeni u zemljama Evrope kao validni.

Za praćenje i procenu neophodno je uniformno sakupljanje podataka putem jedinstvenih protokola i izveštaja.

Na osnovu praćenja i procene, a na osnovu podataka, vrši se kontrola kvaliteta svih kokarcinoma skrininga: odazivanja, izvođenja i tumačenja skrining testova (FOB testa i kolonoskopije) i same edukacije na nivou države.

5.14. Praćenje i procena sprovođenja skrininga

Praćenje i procenu sprovođenja skrininga planira i sprovodi Kancelarija za rano otkrivanje malignih bolesti pomoću baze podataka organizovanog skrininga i periodičnih izveštaja instituta i zavoda za javno zdravlje. Završnu procenu sprovođenja skrininga sačinjava na osnovu izveštaja i podataka Kancelarije za rano otkrivanje malignih bolesti, Ministarstvo zdravlja za svaku kalendarsku godinu, na osnovu podataka i izveštaja Kancelarije za rano otkrivanje malignih bolesti.

6. NAČIN FINANSIRANJA

Nacionalni program za rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma finansira se u skladu sa zakonom.