



6. strateška konferenca

Življenje z rakom



SPOROČILO ZA MEDIJE

6. strateška konferenca Življenje z rakom – Uvajanje novih presejalnih programov in bolnikova pot skozi zdravstveni sistem

ZA ENAKOPRAVNO POT DO ZGODNJEGA ODKRIVANJA IN ZDRAVLJENJA RAKA

Ljubljana – 6. februar 2026 – Včeraj je potekala 6. strateška konferenca Življenje z rakom – Uvajanje novih presejalnih programov in bolnikova pot skozi zdravstveni sistem, na kateri so organizatorji Državni svet Republike Slovenije (RS), Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb – GIZ, Zdravniška zbornica Slovenije in Združenje Europa Donna Slovenija ob svetovnem dnevu boja proti raku predstavili uvajanje novih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje raka pljuč, prostate in želodca ter opozorili, da mora biti za vsakega bolnika, ne glede na to, ali prihaja v zdravstveno obravnavo prek presejalnega programa ali kot simptomatski bolnik, zagotovljena enako hitra in učinkovita klinična pot. Zagovorniki bolnikov, strokovnjaki ter predstavniki institucij so razpravljali o možnih rešitvah za enakopravno in učinkovito integrirano obravnavo onkoloških bolnikov.

V uvodnem nagovoru je **predsednik Državnega sveta RS Marko Lotrič** poudaril, da je pravočasno odkrivanje raka eden ključnih izzivov sodobne družbe. »Rak danes ne izbira – lahko pa mi izberemo, ali ga bomo odkrili pravočasno,« je dejal in izpostavil pomen presejalnih programov kot varnostne mreže, ki rešuje življenja. Ob tem je poudaril, da so obstoječi slovenski presejalni programi zgled tudi v mednarodnem prostoru ter da ima Slovenija znanje, izkušnje in voljo za uvajanje novih programov, ob nujnem sodelovanju stroke, odločevalcev in nevladnih organizacij.

Predsednica uprave Mednarodnega foruma znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb v Sloveniji – GIZ, mag. Tjaša Burnik je poudarila, da breme raka v Sloveniji narašča, naš skupen cilj mora biti izboljšanje preživetja in kakovosti življenja bolnikov z rakom. »Breme raka je mogoče zmanjšati s primarno preventivo, presejanjem, zdravljenjem in celostno obravnavo. Pri tem imajo odločilno vlogo državni programi obvladovanja raka. Zdravstvena oskrba onkoloških bolnikov terja koordinirano obravnavo od vstopa v zdravstveni sistem do zaključenega zdravljenja in reintegracije v običajno življenje. Ne sme biti pomembno, ali bolnika odkrijejo v okviru presejalnega programa, za vsakega bolnika mora biti enako hitra in učinkovita klinična pot – to je življenjskega pomena.«

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Bojana Beović, dr. med., specialistka infektologije, je pozdravila napredek znanosti, zaradi katerega se izboljšuje preživetje bolnikov in opozorila, da napredek povečuje tudi obseg dela zdravstvenih delavcev in zahteva njihov večji delovni angažma. *»Zato je odgovornost države, da na področje zdravja pritegne dovolj zdravnikov in medicinskih sester,«* je poudarila.

Dr. Tanja Španić, dr. vet. med., **izvršna direktorica Združenja Europa Donna Slovenija** je delila svojo izkušnjo, v kateri je povedala, da je po diagnozi raka izgubila vse druge vloge in postala zgolj bolnica z rakom. *»V idealnem svetu bolnikov z rakom ne bi bilo. Žal temu ni tako – sem ena od 130.000 oseb, ki v Sloveniji živimo po diagnozi rak. Živim dobro, ne vem pa, kako bi, če diagnoze ne bi imela,«* je dejala in pozvala k povezovanju predstavnikov bolnikov in strokovnjakov iz različnih ravni zdravstvenega varstva. Nadeja se, da bi z dogodki, kot je tudi ta strateška konferenca, na katerih se srečujejo posamezniki z različnih področij in institucij, uspeli doseči pomembne spremembe za bolnike.

Presejalni programi: hitra pot do diagnostike in zdravljenja predrakavih sprememb in raka

Prvi del konference je bil namenjen uvajanju novih presejalnih programov. Uveljavljeni državni presejalni programi Dora, Zora in Svit so dobro organizirani, mednarodno priznani in sprejeti med prebivalci ter pomembno prispevajo k zgodnjemu odkrivanju in boljšim izidom zdravljenja raka dojk, materničnega vratu in raka debelega črevesa in danke. Vsako leto v njih sodeluje več kot 400.000 ljudi. V pripravi so novi programi presejanja – za zgodnje odkrivanje raka pljuč, prostate in želodca. V tem sklopu so predavatelji predstavili, kako poteka uvajanje novih programov.

Da imajo referenčne ambulante izjemno pomembno vlogo v presejalnih programih, je poudarila **Saša Šajn Lekše**, mag. zdravstvene nege, iz **Zdravstvenega doma Ljubljana**. Izpostavila je, da bo pri delu s povabljenimi v program presejanja za raka pljuč ključno strokovno znanje in dobra komunikacija celotnega tima ambulante družinske medicine, predvsem medicinskih sester, da jih bodo prepričali k sodelovanju. *»Če s programom preprečimo vsaj eno prezgodnjo smrt, en zaplet ali odkrijemo raka pljuč dovolj zgodaj, smo naredili velik korak naprej – in če to uspe širše, smo kot družba na zelo dobri poti,«* je dejala.

Kako poteka načrtovanje, preverjanje učinkovitosti in razpoložljivih virov pri vpeljevanju nacionalnega programa presejanja, je predstavila **prim. Tatjana Bric Kofol, dr. med.**, specialistka javnega zdravja, z **Nacionalnega inštituta za javno zdravje**, koordinatorica evropskega projekta TOGAS. Izpostavila je pomembne mejnike, s katerimi se je oblikoval protokol presejanja na okužbo s *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) in zdravljenja okužbe ter orisala ključne korake na poti k uvedbi nacionalnega presejalnega programa za preprečevanje raka želodca. V okviru projekta TOGAS smo v Sloveniji že izvedli pilotno testiranje na okužbo *H. pylori* v Zdravstvenem domu Maribor, v Zdravstvenem domu Ljubljana pa projekt še poteka. *»Ocenjujemo, da je v Mariboru presejanje dobro teklo,«* je poudarila in dodala, da prvi rezultati iz Maribora kažejo, da se je na vabilo odzvala četrtnina vabljenih, med njimi pa so pri 14 % odkrili okužbo s *H. pylori*.

Mag. Janka Čarman, dr. med., spec. onkologije z radioterapijo, **vodja multidisciplinarnega konzilija za raka prostate na Onkološkem inštitutu Ljubljana in vodja Strokovne skupine za raka prostate pri Državnem programu za obvladovanje raka v Sloveniji (DPOR)**, je v svojem predavanju izpostavila, da neorganizirano, priložnostno merjenje za prostato specifičnega antigena (PSA) ne prinaša optimalnih rezultatov. Podatki jasno govorijo v prid organiziranemu, tveganju prilagojenemu presejanju. V sklopu priprave na uvedbo organiziranega državnega presejalnega programa za raka prostate PETER je predstavila raziskavo PRO-PETER, ki trenutno poteka na Onkološkem inštitutu Ljubljana in v UKC Ljubljana. Gre za prvo raziskavo organiziranega presejanja raka prostate pri nas, na katerega so vabljeni naključno izbrani moški, stari med 45 in 69 let z območja Ljubljane. Presejanje vključuje test PSA in oceno tveganja, s čimer se bo zmanjšal delež napredovalih stadijev bolezni in prekomerne diagnostike, z uveljavljanjem aktivnega sledenja bolnikov v skladu s priporočili pa se bo zmanjšalo tudi prekomerno zdravljenje, je poudarila. *»To je začetek. Naš končni cilj je boljša kakovost življenja moških in dolgoročno zmanjšanje umrljivosti zaradi raka prostate.«*

Izr. prof. dr. Jasna But Hadžić, dr. med., spec. onkologije z radioterapijo z **Onkološkega inštituta Ljubljana**, je razložila, da pri presejalnih programih ne govorimo le o presejalnem testu, temveč o celotni organizirani klinični poti, ki se začne še pred vstopom bolnika v zdravstveni sistem. V klinično pot vstopata dve skupini bolnikov: zdrava populacija prek presejanja ter simptomatski bolniki, ki poiščejo pomoč zaradi težav. Klinične poti teh dveh skupin se razlikujejo. Klinična pot bolnikov, ki v zdravstveno obravnavo vstopajo s simptomi, je lahko nezanesljiva, časovni okvir za diagnostiko in zdravljenje pa lahko nepredvidljiv. *»Če želimo izboljšati izide zdravljenja in preživetje bolnikov z rakom, moramo najprej zagotoviti učinkovito zgodnje odkrivanje in zdravljenje simptomatskih bolnikov. S presejalnimi programi in z uvajanjem novih presejalnih programov bomo dvignili incidenco, izboljšali preživetje bolnikov in dvignili prevalenco bolnikov z rakom – temu pa mora slediti celoten zdravstveni sistem,«* je poudarila radiologinja in dodala, da je treba vsem bolnikom zagotoviti enakost v dostopu do kakovostnih zdravstvenih storitev.

Kakšne so razlike v praksi, sta v nadaljevanju dogodka pričali izkušnji bolnikov. **Ambasador presejalnega programa Svit** in aktivni član **Združenja EuropaColon Slovenija Samo Podgornik** je povedal, da mu je udeležba v programu rešila življenje. *»Presejalni program je zame privilegij. Hvaležen sem samemu sebi, da sem se odzval vabilu,«* je dejal ter poudaril, da je zaradi vključitve v presejalni program obravnava, od diagnoze do zdravljenja, potekala hitro. *»To je edina prava pot, ki rešuje in ti daje občutek varnosti,«* je poudaril.

Darja Molan, predsednica **Združenja Europa Donna Slovenija**, pa je opisala drugačno izkušnjo. Kot mlada bolnica v zdravstveni sistem ni vstopila prek presejalnega programa, zato je do diagnoze ter operacije prišla kasneje. Opozorila je na nujnost poenotenja kliničnih poti. *»Ne smemo zanemarjati simptomatskih bolnikov – bolniki, diagnosticirani v presejalnih programih, imajo včasih tedne, mesece pa tudi leto prednosti v obravnavi,«* je dejala in ob tem dodala, da gre pri simptomatskih bolnikih pogosto za mlajše bolnike, katerih simptomov se ne jemlje dovolj resno.

Bolnikova pot skozi zdravstveni sistem skozi oči zdravnika

Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., spec. družinske medicine iz **Združenja zdravnikov družinske medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu**, je poudarila, da se pot večine bolnikov z rakom začne pri izbranem zdravniku družinske medicine, ki bolnika spremlja na vseh stopnjah bolezni – od prvih simptomov do obdobja po zaključenem zdravljenju. Ključni izzivi so časovni intervali do postavitve diagnoze, strah pred zamudami ter psihološke, socialne in ekonomske posledice zdravljenja, pri čemer bolniki kot najtežje obdobje pogosto izpostavljajo čakanje na diagnozo. Izpostavila je pomen zaupanja med bolnikom in zdravnikom ter celostne obravnave, ki ne zajema le biomedicinskih vidikov, temveč tudi duševno zdravje, podporo pri vračanju na delo in rehabilitaciji. Izbrani zdravnik ima osrednjo vlogo tudi pri spremljanju komorbidnosti, spremljanju po končanem zdravljenju ter pri paliativni oskrbi. Ob tem je pozvala k jasnim protokolom: *»Potrebujemo protokole glede napotitev, kazalnike prehoda oskrbe in predajanje informacij, teh standardov ne spremljamo, upamo, da jih bo Javna agencija RS za kakovost v zdravstvu začela uresničevati in bodo na tem področju izvedene spremembe.«*

Doc. dr. Andraž Perhavec, dr. med., spec. kirurgije, **vodja Pododdelka za kirurško onkologijo in Centra za bolezni dojke na Onkološkem inštitutu Ljubljana**, je poudaril, da so multidisciplinarni konziliji (MDK) ključni organizacijski element za zagotavljanje usklajene, strokovno utemeljene in individualizirane obravnave bolnikov, saj v odločanje povezujejo številne specialiste. *»Bolnik je danes v središču odločanja – upoštevamo ne le medicinske dejavnike, temveč tudi psihosocialne potrebe, kakovost življenja in aktivno vključevanje bolnika v proces zdravljenja.«* Kot je povedal, način organizacije in izvedbe MDK dokazano vpliva na natančnost diagnoz, skrajševanje čakalnih dob, pravičen vrstni red zdravljenja, skladnost s smernicami, vključevanje v klinične raziskave ter boljše preživetje in zadovoljstvo bolnikov. Kot dobre prakse je izpostavil standardizacijo postopkov prijave in obravnave, uporabo digitalnih orodij, vključevanje vseh ključnih strokovnjakov, vlogo koordinatorjev, redno izvajanje konzilijev ter vodenje prospektivnih baz s kliničnimi kazalniki za nadzor kakovosti. Med ključnimi izzivi pa navedel organizaci-

jske razlike med centri, pomanjkanje standardnih protokolov, omejeno informacijsko podporo, administrativne obremenitve, časovne in kadrovske omejitve ter neenak dostop do napredne diagnostike. »Za nadaljnje izboljšanje delovanja MDK so nujni standardizacija dokumentacije, jasna odgovornost za zapise in boljša informacijska podpora,« je zaključil.

Okrogla miza: Integrirana zdravstvena oskrba za učinkovito obravnavo raka

Udeleženci okrogle mize so se strinjali, da je za izboljšanje izidov zdravljenja raka nujno boljše povezovanje vseh ravni zdravstvenega sistema ter poenotenje kliničnih poti za bolnike, ne glede na to, ali v sistem vstopajo prek presejalnih programov ali kot simptomatski bolniki.

Predstavnika bolnikov sta izpostavila, da sistem še vedno prepogosto ni prilagojen bolniku – ta se sooča z negotovostjo, »tavanjem« po sistemu, socialnimi in psihološkimi stiskami ter izzivi pri vračanju na delo po zdravljenju. Integrirana oskrba mora zato poleg zdravstvene vključevati tudi socialno, psihološko in rehabilitacijsko podporo.

Darja Molan je poudarila, da se bolniki prepogosto izgubijo v sistemu: »O integrirani oskrbi bomo govorili, ko se bo bolnik lahko osredotočil samo na to, kako bo pozdravil bolezen. To pomeni, da bolniku ni treba skrbeti, kdaj bo dobil diagnozo, kako se bo vrnil na delo ali poskrbel za paliativno oskrbo. Dokler tega ne zagotovimo, ne moremo govoriti o resnično celostni obravnavi.«

Samo Podgornik pa je izpostavil, da ko integrirana oskrba deluje, lahko bolnik čuti varnost in zaupanje v sistem. »Žal ta izkušnja še ni enaka v vseh okoljih. Potrebujemo enoten model obravnave za vse centre ter povezljivost vseh ključnih členov zdravstvenega sistema, saj lahko s tem dosežemo bistveno boljši uspeh.«

Poseben poudarek je bil namenjen hitri diagnostiki, učinkoviti komunikaciji med ustanovami, vlogi MDK ter nujnosti boljše informacijske podpore. **Doc. dr. Andraž Perhavec, dr. med., spec. kirurgije, Onkološki inštitut Ljubljana** je poudaril, da je eden največjih potencialov za izboljšave »standardizacija dokumentacije in boljša informatizacija. Podatki se danes prepisujejo večkrat, kar jemlje čas in povečuje možnost napak. Avtomatiziran prenos podatkov in jasna koordinacija MDK bi bistveno izboljšala kakovost in hitrost obravnave.«

Strokovnjaki so opozorili tudi na ozka grla v sistemu, kot so dolge čakalne dobe za PET-CT, omejena dostopnost do nekaterih diagnostičnih preiskav v regionalnih bolnišnicah ter pomanjkanje zdravstvenega kadra, zlasti medicinskih sester. Poudarili so, da brez standardizirane dokumentacije, jasne odgovornosti in avtomatiziranega prenosa podatkov lahko prihaja do zamud, podvajanja dela in večje možnosti napak. **Andrej Gerljevič, dr. med., spec. urologije iz Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica** je povedal: »Potrebujemo boljšo povezljivost med ustanovami in centraliziran dostop do slikovne diagnostike, predvsem iz nekaterih zasebnih ustanov, saj podvajamo preiskave, kar podaljšuje obravnavo.«

Katja Mohročič, dr. med., spec. pnevmologije z Univerzitetne klinike Golnik je izpostavila, da je »pri pljučnem raku je čas ključen. Če bolnika pustimo v neurejenem sistemu, izgublja dragocene tedne. Zato smo na Golniku uvedli jasno koordinirano pot diagnostike in zdravljenja, ki omogoča hitro obravnavo, a se še vedno soočamo z ozkimi grli, zlasti pri dostopu do PET-CT preiskav.«

Da je hitrost v obravnavi pomembna, se je strinjala tudi **Renata Šibli, dr. med., spec. interne medicine in gastroenterologije iz Splošne bolnišnice Celje**. Program Svit kaže, kako pomembna je organizirana pot – bolniki so odkriti prej in hitreje pridejo do zdravljenja. »Sistem bi moral biti organiziran tako, da bi vsakemu bolniku omogočil hitro obravnavo.« Velik izziv, še opozarja zdravnica, je tudi pomanjkanje medicinskih sester, brez katerih programov ne moremo izvajati.

Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič je izpostavila, da zdravstveni sistem ni vedno prijazen, zlasti za starejše, ki se težko znajdejo pri naročanju, poudarila pa je tudi potrebo po sistematičnem vključevanju najnovejših informacij o presejalnih programih in onkološki obravnavi v izobraževanju medicinskih sester, saj se dogaja, da bolnik prejme različne informacije pri zdravniku in medicinskih sestrah, kar zmanjšuje zaupanje in povečuje zmedo. Izrazila je podporo vzpostavitvi nacionalnih mrež za obravnavo najpogostejših rakov. Ocenjuje, tudi da velik delež zapletov izvira iz pomanjkljive komunikacije med nivoji zdravstvenega sistema. Velika pričakovanja so povezana tudi z uvedbo elektronskega zdravstvenega kartona, ki bi omogočil boljši vpogled v podatke in večjo povezanost vseh izvajalcev. *»Ključen pogoj za bolj integrirano obravnavo je poenotenje kliničnih poti in jasna opredelitev postopkov za bolnike na vseh ravneh. Potrebujemo javno dostopna, jasna priporočila za napotovanje, saj bi ta olajšala delo zdravstvenim delavcem in zmanjšala administrativne zaplete za bolnike,«* je poudarila v razpravi.

Katja Mohorčič je na koncu okrogle mize kot pot do integrirane oskrbe izpostavila pomen strokovno pripravljenih priporočil za vsako vrsto raka, oblikovanih v sodelovanju širokega kroga strokovnjakov. Izpostavila je tudi nujnost dostopnih diagnostičnih preiskav, validiranih citopatoloških laboratorijev, obravnave v visoko specializiranih centrih, standardiziranih izvidov ter digitaliziranega sistema kliničnih poti, ki bi preprečeval nepotrebno ponavljanje invazivne diagnostike. Kot ključen element izboljševanja sistema je navedla tudi redno analizo lastnega dela.

Sklepna misel konference: nahajamo se na prelomni točki

»Rak je bolezen vseh življenjskih obdobj, zavedanje o tem, da je rak med nami, je zelo pomembno. Prizadevajmo si za zgodnje odkrivanje, za presejanje,« je v zaključku strateške konference povedal **prof. dr. Tit Albreht** iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Slovenija na področju obravnave raka dosega napredek, vendar se nahaja na prelomni točki. Zaradi naraščajočega bremena raka bo mogoče izboljševati preživetje in kakovost življenja bolnikov le z resnično integrirano, povezano in bolniku prilagojeno zdravstveno oskrbo, ki bo podprta z ustreznimi kadri, informatizacijo in jasno organizacijo celotne poti bolnika skozi sistem. Ob tem je treba podpreti tudi zdravstvene delavce, ki skrbijo za najtežje bolne bolnike.

ORGANIZATORJI:



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

MEDNARODNI FORUM
ZNANSTVENORAZISKOVALNIH
FARMACEVTSKIH DRUŽB, GIZ



EUROPA
DONNA
SLOVENIJA