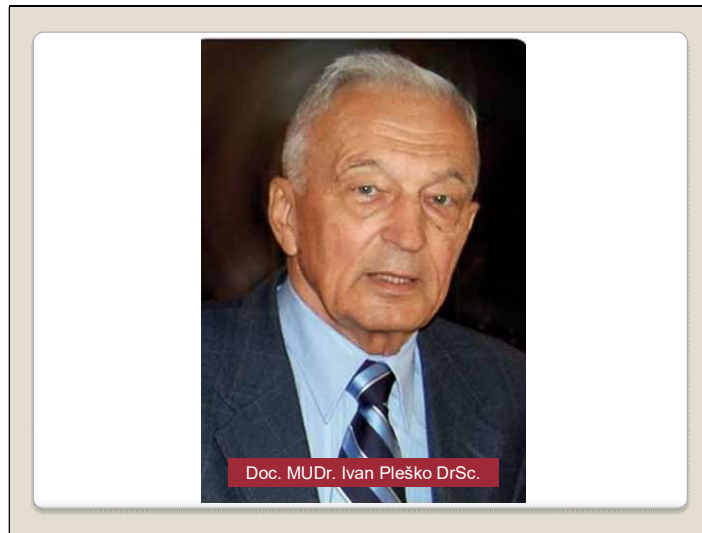


Snímka 1



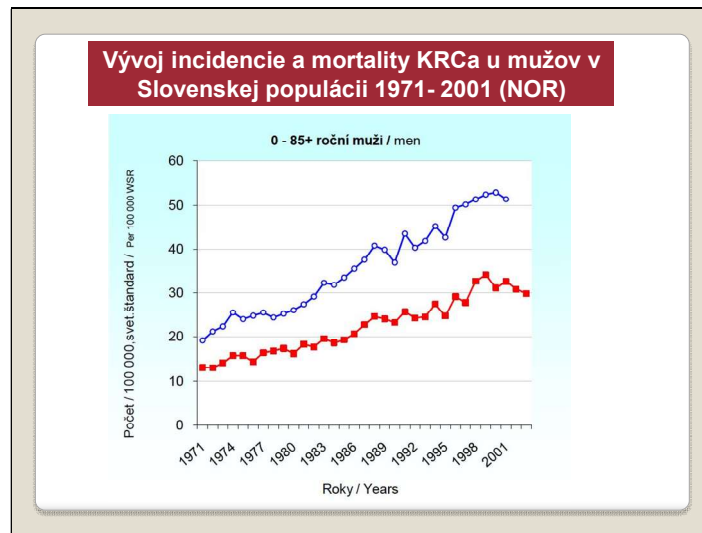
Vážené dámy vážení páni chcem sa poďakovať organizátorom Gastrofóra 2019 za zaradenie témy. Pokúsím sa heslovite skomentovať počas 30 minút jednotlivé okienka filmu o kolorektálnom karcinóme na Slovensku, ktorý začal vznikať pred 20 rokmi.

Snímka 2



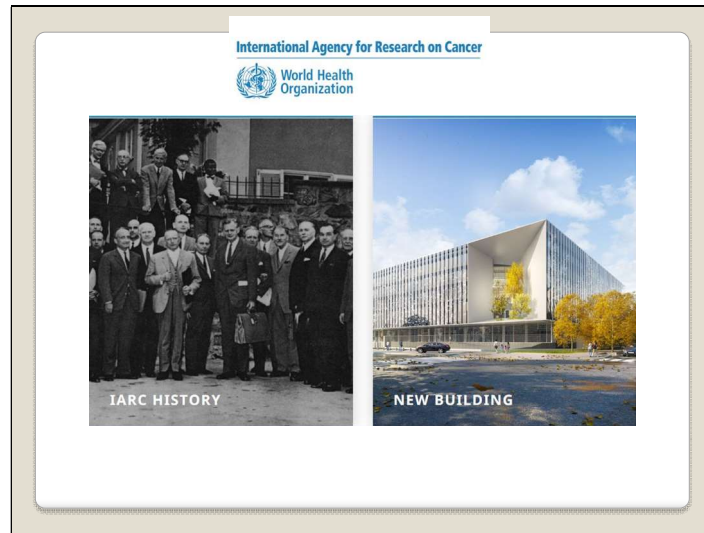
Tento muž položil základy modernej onkologickej epidemiológie nielen u nás ale aj vo svete. V roku 1976 vyzval prof. Turzo vtedajší riaditeľ onkologického ústavu doc. Plešku aby založil na ich pôde niečo na spôsob NOR. Išlo o šikovného, sčítaného, komunikatívneho lekára epidemiológa, ktorý to prijal. Už predtým sa venoval epidemiológii onkologických ochorení a všimol si aj nepriaznivý trend vývoja incidence kolorektálneho karcinómu.

Snímka 3



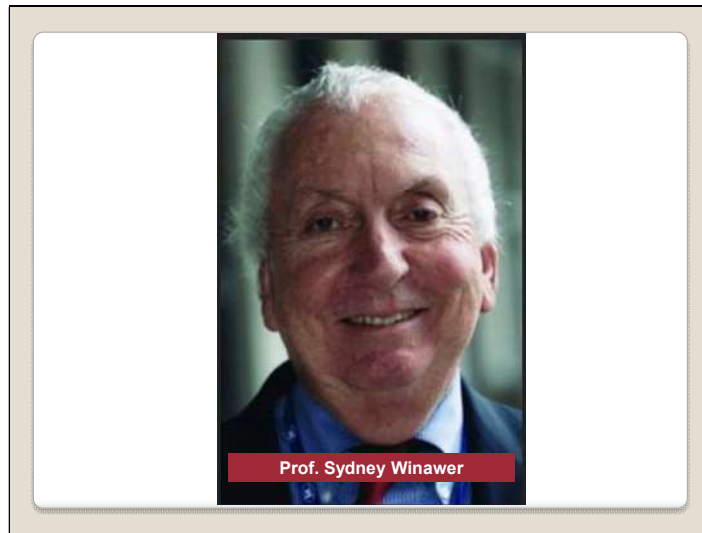
30 rokov sa venoval zbieraniu údajov o onkologických ochoreniach a vytvoril tak jednu z najreprezentatívnejších svetových databáz onkologických ochorení. Ak si všimneme vývoj incidencie a mortality kolorektálneho karcinómu (KRCa) u mužov (modrá krivka) a žien (červená krivka) na Slovensku, vidíme že každých 10 rokov stúpala incidencia KRCa u mužov o 10 a približne o 6 u žien. To bol veľmi dramatický vývoj.

Snímka 4



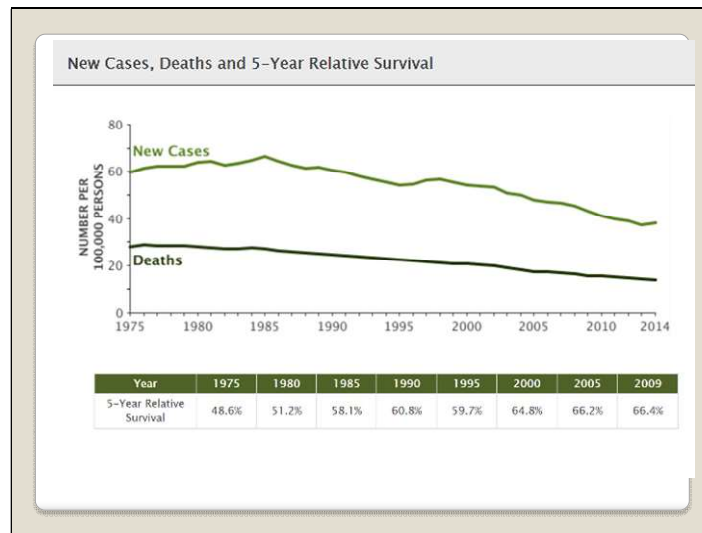
Pomáhal zakladať aj IARC, ktorá je dnes najuznávanejšou svetovou organizáciou ohľadne epidemiológie onkologických ochorení, no na fotografii zakladateľov som ho nenašiel. Zrejme práve vtedy nedostal vycestovaciu doložku... ?

Snímka 5



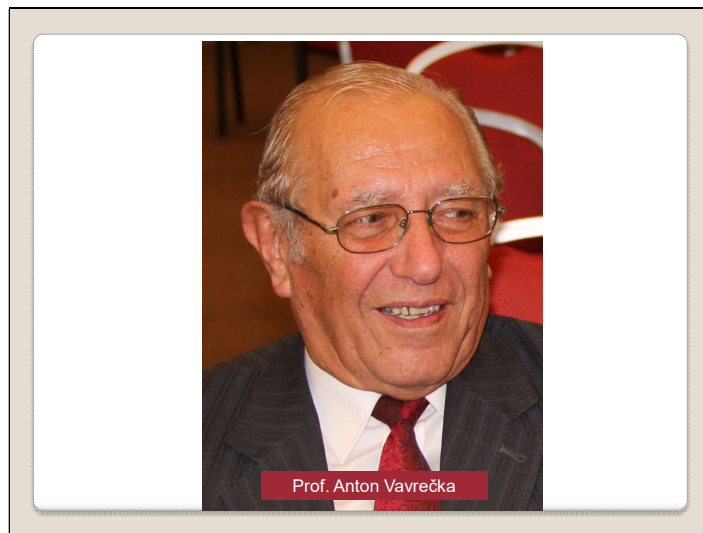
Že sa niečo deje vo vyspelých krajinách s KRCa si aj vďaka spomínaným údajom všimol Newyorčan prof. Winawer. V roku 1993 publikoval prvú veľkú review, dodnes jednu z najcitovanejších publikácií v tomto segmente o význame kolonoskopickkej polypektómie adenómov a jeho význame v sekundárnej prevencii KRCa. Stal sa tak nevyhláseným vodcom skríningu kolorektálneho karcinómu v celosvetovom merítke.

Snímka 6



Po spustení skríningu v USA vidíme, že v priebehu 30 rokov klesla incidencia o 25 a 5 ročné prežívanie po odstránení nádoru sa zvýšilo na 66% ľudí- predtým to bola ani nie polovica. Rovnako tak kontinuálne klesá úmrtnosť.

Snímka 7



Profesor Vavrečka, vtedajší môj šéf a predseda SGE spoločnosti ma vtedy zavolať a spýtal sa ma či som už niekedy bol v Hamburgu. Nebol som.“ Chcel by si ísť? Fritz zvoláva ľudí ohľadne kolorektálu.“ Chcem“. Nejakto takto sa začal odvíjať reálny film o kolorektále na Slovensku.

Snímka 8



O 5 rokov neskôr po USA sa v roku 1998 zobudila aj Európa. Prof. Hagenmüller vtedajší predseda Európskej gastroenterologickej spoločnosti, zvolal do Hamburgu predstaviteľov GE spoločností z celej Európy a blízkeho východu. 3 dni tam do nás nalievali všetko, čo sa vtedy vedelo o skríningu KRCa. Odchádzali sme domov s presvedčením, že v podstate ide o geniálne jednoduchú vec, ktorá musí fungovať. Boli sme ochotní uveriť, že do 5 rokov sa podarí skríningom znížiť incidenciu a mortalitu na toto ochorenie v jednotlivých krajinách a teda i v Európe. Ved' nato stačí predsa iba zakúpenie testov, ich rozdanie praktickým lekárom, ktorí ich budú dávať svojim pacientom nad 50 rokov. Takto sa podarí jednoducho vyselektovať v populácii ľudí podozrivých z KRCa a ak sa to zachytí včas, tak ich aj vyliečiť buď kolonoskopicky alebo chirurgicky.

Snímka 9



Proste praktický lekár to dá zadarmo pacientovi nad 50 rokov, ktorý to s vďakou príme. Ak sa to bude opakovať každé dva roky, tak je šanca na odstránenie KRCa z populácie temer úplne. Tento spôsob aj dostal názov tzv. oportúnny skrining.

Snímka 10



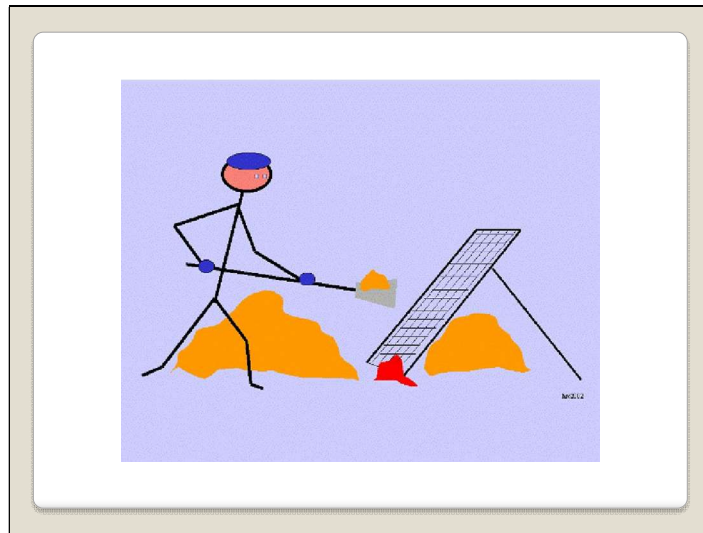
Na Slovensku trvalo ďalšie 4 roky kým sa tento problém vôbec dostal medzi priority MZ. Novo nastúpený minister Kováč relatívne rýchlo rozhodol, že sa hromadne nakúpia hemokulty, rozdájú sa praktickým lekárom, nakúpia sa kolonoskopy a rozdájú sa do štátnych zariadení. Vznikla vtedy zlá atmosféra, pretože keď je niečo zadarmo tak každý chce. Hlavne kolonoskopy. Každému sa neušlo a bolo zle. Program skríningu tak mal zaniknúť skôr než začal.

Snímka 11



V januári 2002 konečne MZ uvoľnilo 72 mil. SK na nákup hemokultov a kolonoskopov. Skrínig teda mohol po materiálnej stránke začať.

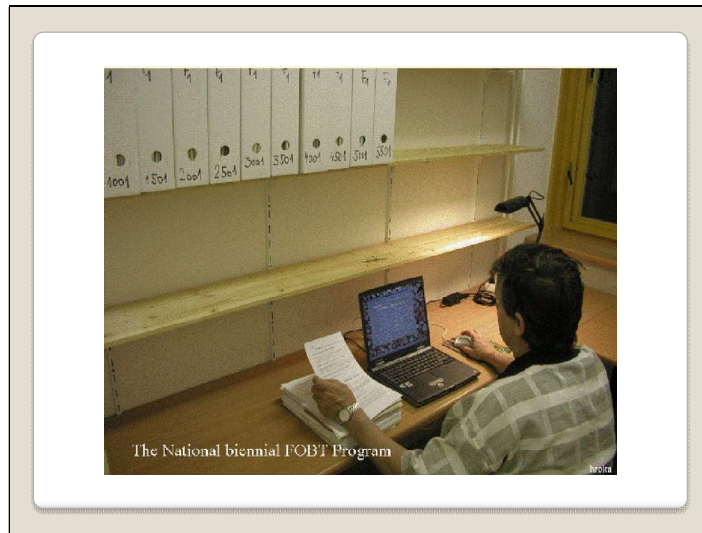
Snímka 12



V takejto atmosfére sme na jar 2002 chodili po všetkých dôležitých veľkých mestách Slovenska ako „vierozvestcovia“ v zložení, Kužela, Oltman, Hrčka a presviedčali sme praktických lekárov aké je to dôležité, aby robili aj niečo navyše bez navýšenia platieb, lebo je to vraj v rámci ich povinností robiť prevenciu aj takýmto novým spôsobom.

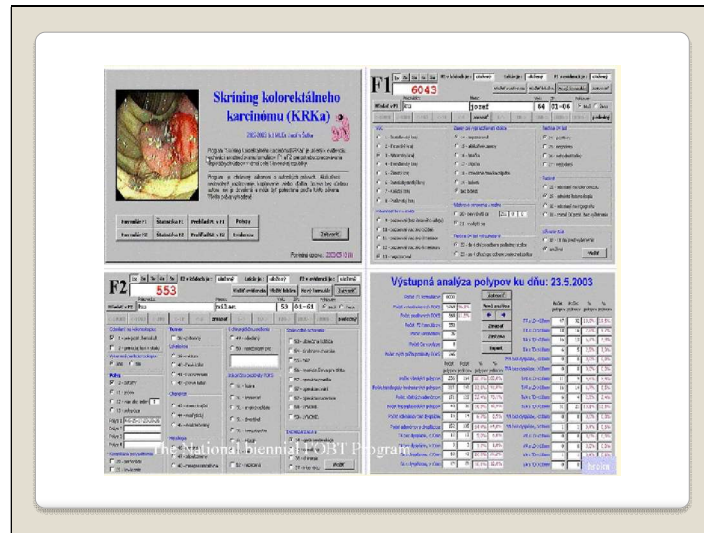
Asi sme v tom nadšení boli aj naivní. Predstavte si, že novovzniknutým malým kapitalistom, ktorými sa PL stali, začnete rozprávať ako sa majú tešiť, že dostanú od nás „lopatu s ktorou iba stačí pekne prehadzovať piesok a automaticky sa tým oddelia zdraví od chorých“. Z Prešova sme skoro museli utekať. Diskusné príspevky proti s hlasnou podporou publika veru neboli príjemné. V menších obmenách v závislosti od mentality v daných krajoch sa to opakovalo.

Snímka 13



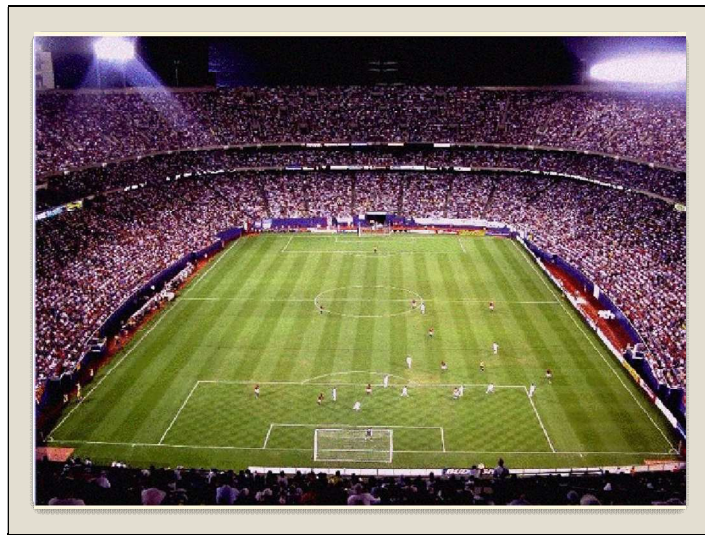
Napriek tomu sme sa rozhodli nevzdať. Vypratali sme na GE klinike v Petržalke jednu miestnosť, narobili tam police so šanónmi na formuláre, sponzorsky sme sa dostali k novému výkonnému počítaču a začalo fungovať tzv. skríningové centrum.

Snímka 14



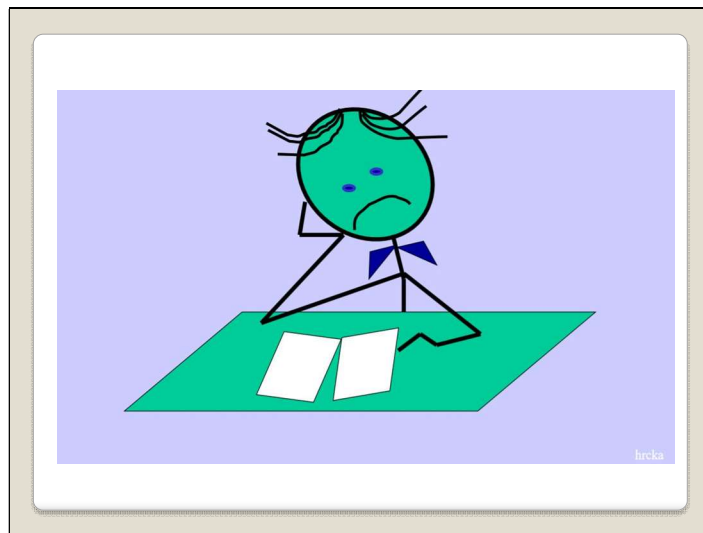
Vo vlastnej réžii sme vyvinuli počítačový program. MUDr. Šutka, lekár a zdatný softvérista - amatér ho pripravil v rekordnom čase. Mali sme teda už aj účinný program, ktorý vedel automaticky vyhodnocovať ručne z formulárov od PL a gastroenterológov nahodené údaje. Takto sme mali v reálnom čase akúsi prvú štatistickú spätnú väzbu o tom ako to celé beží.

Snímka 15



5 rokov sme takto zberali, ručne nahadzovali a vyhodnotili vyše 60 tis. Formulárov . Na prvý pohľad celkom slušná masa. Ako štadión Realu.

Snímka 16



Horšie to však vyzeralo štatisticky. Hlboko pod očakávanou hranicou 50% ako nám vraveli vtedy v Hamburgu. Ani 20 ani 30% ale od 12 – do 15 %. Osobne ma prepadla dosť hlboká pracovná depresia a chuť so všetkým praštiť. Tie noci nad počítačom predsa len dosť boleli.

Snímka 17



Aby to nestačilo. Zistil som, že kolorektál ma ráčil navštíviť aj osobne. Myslel som vtedy, že je definitívny koniec aj so skríningom. Kolegovia však pomohli. Vďaka Juraj, vďaka Dano a ďalší.



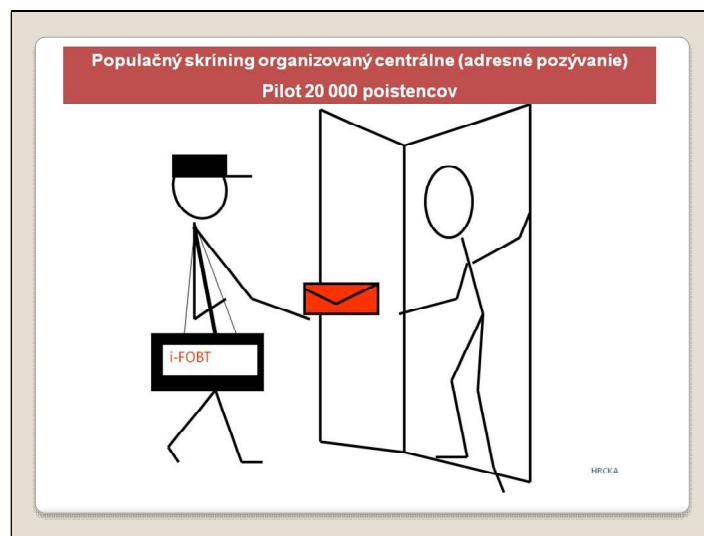
Na naše šťastie situácia v Európe ako celku bola síce trochu lepšia no v podstate obdobná. Nenaplnené očakávania. Múdre hlavy sa vtedy na úrovni Európskej GE spoločnosti zišli a po analýze situácie usúdili, že hlavné príčiny neúspechu sú tri. 1. Nedostatočná osвета laickej aj odbornej verejnosti. 2. Potreba sprístupnenia možnosti kolonoskopického vyšetrenia raz za 10 rokov zadarmo všetkým jedincom v populácii nad 50 rokov. 3. Zmeniť spôsob skríningu z oportúnneho na aktívny adresný pozývaci, populačný systém, ktorý sa osvedčil pri skríningu krčku maternice a skríningu prsníka hlavne v severských štátoch Európy.

Snímka 19



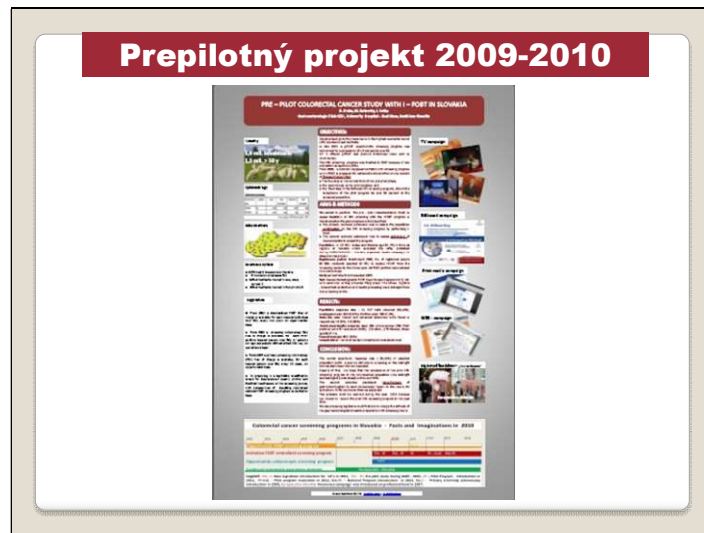
Odozvou na tieto závery bolo, že na pôde Európy vzniklo vtedy združenie Eurpacolon a už v roku 2007 aj na Slovensku jeho dcéra OZ Eurpacolon. Ich úlohou bolo zvyšovanie osvedy o KRCa v danej krajine. V roku 2007 sa v mojej pracovni zjavili jeho zástupcovia a presvedčili ma, že v úsilí aj s ich pomocou bude potrebné pokračovať. Opäť sa mi potvrdilo, že na depresiu je najlepšia zmysluplná práca.

Snímka 20



Na pôde Europacolonu sme vtedy zorganizovali prepilotnú štúdiu na 20 tis dobrovoľníkoch s tým, že dostali test domov. Bol to aj test ako sa toto OZ dokáže vyrovnáť s osvetovou kampaňou, ktorá by zmobilizovala obyvateľov. Dopadlo to nad očakávanie a chuť pokračovať po tejto hrbolatej ceste sa opäť objavila.

Snímka 21



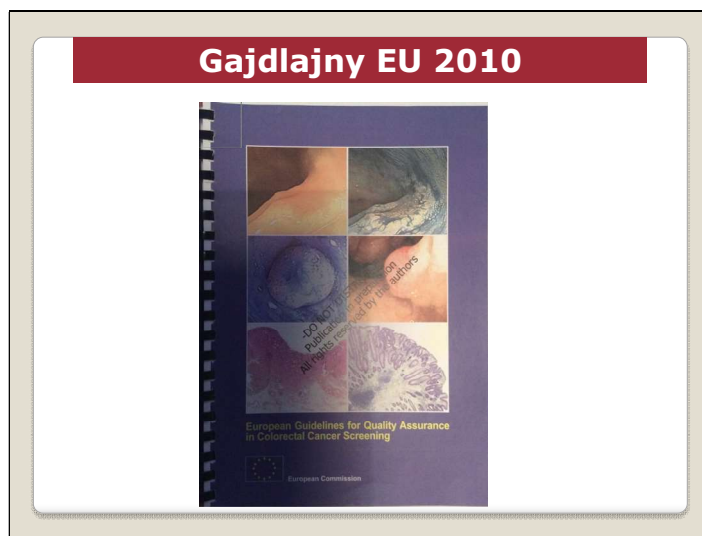
Účasť obyvateľstva na tomto projekte bola nad očakávanie dobrá. Zúčastnilo sa jej 56% dobrovoľne sa prihlásených jedincov nad 50 rokov. Získali sme tak presvedčenie, že dobrú kampaňou a zmenou v systéme distribúcie testov ako to odporúčali experti z Európskych odborných spoločností by to mohlo i na Slovensku fungovať. Výsledky mali pozitívny ohlas aj na medzinárodnej úrovni. Na Európskom gastroenterologickom kongrese v Barcelone sme si vyslúžili uznanie odbornej verejnosti.

Snímka 22



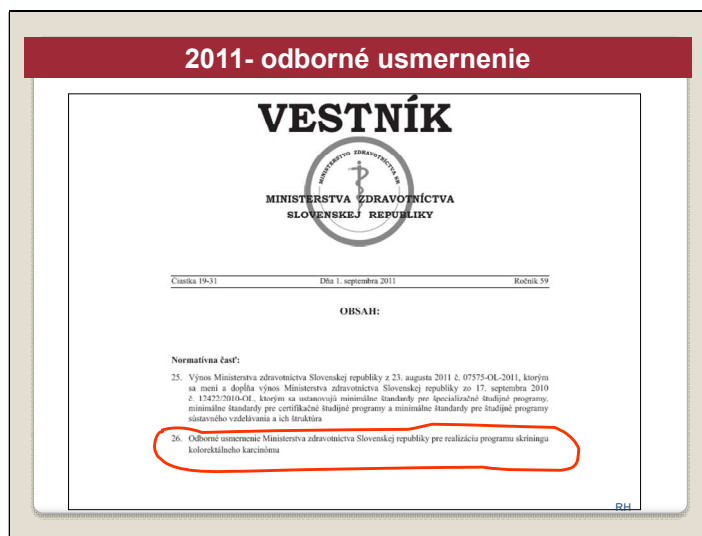
Posmelení úspechom sme sa vrhli do prípravy novely zákona, ktorá by umožňovala vykonávať preventívne kolonoskopie od 50 rokov. Vytvorili sme novelu zákona, ktorá umožňuje vykonať kolonoskopiu u ľudí nad 50 rokov veku raz za 10 rokov a zadarmo. Vytvoril sa tak nový pojem aj na Slovensku v podobe termínu **Primárna skrínigová kolonoskopia (PSK)**. Od roku je táto PSK dostupná širokej verejnosti a počty takto vyšetrených dodnes narastajú.

Snímka 23



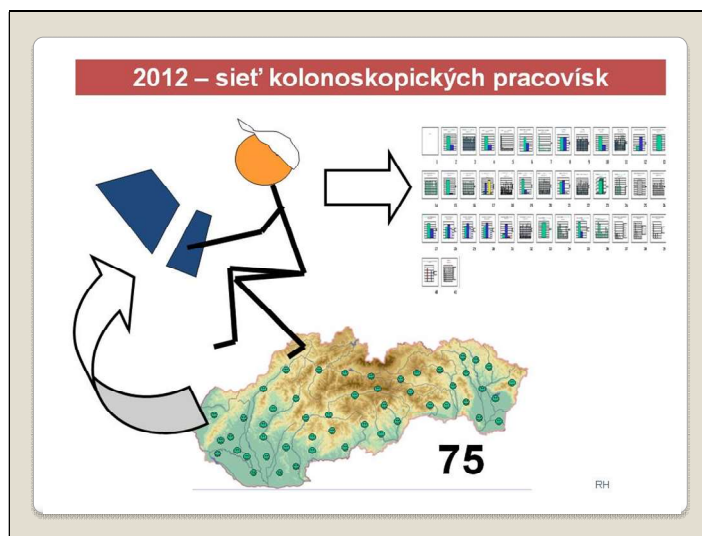
V roku 2010 vyšli aj oficiálne Gajdlajny v rámci Európy, ktoré všetky spomínané zásady obsahujú a dodávajú jednotný rámec na vykonávanie účinného skríningu KRCa . Na ich príprave sme sa tri roky podieľali aj my.

Snímka 24



V reakcii na tieto gajdlajny sme vytvorili odborné usmernenie, ktoré transformovalo zásady gajdlajnov na slovenské pomery od roku 2011.

Snímka 25



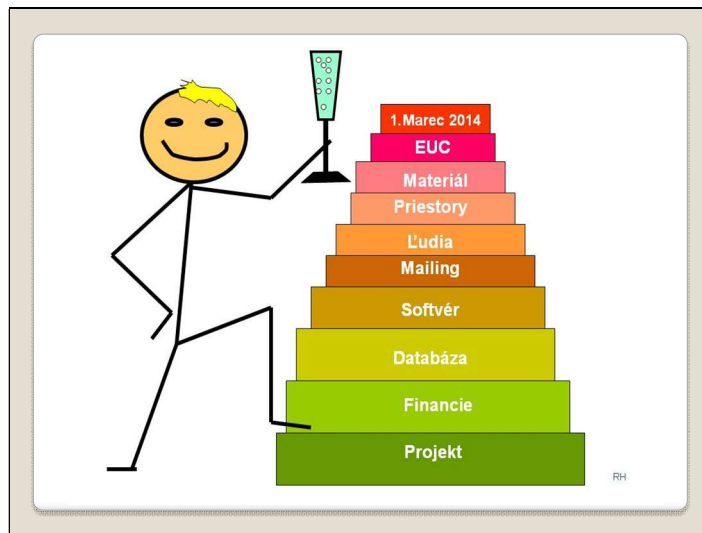
V náväznosti na odborné usmernenie sa nám podarilo na Slovensku pripraviť know - how o systéme certifikácie, organizácie, zberu a štatistického vyhodnocovania údajov o kvantite a kvalite parametrov súvisiacich so skríningovou a primárnou skríningovou kolonoskopiou vykonávanou na certifikovaných kolonoskopických pracoviskách. Od roku 2012 tento systém funguje cez webové rozhranie. Všetko čo súvisí s vytvorením webovej stránky www.krca.sk, s digitalizáciou, štatistickým vyhodnocovaním a administráciou systému súvisí s menom vzácneho človeka pána Romana Novotu, ktorý túto vysoko odbornú činnosť robí bez nároku na materiálnu odmenu a vo svojom voľnom čase. Jeho príklad mi tiež pomáhal nevzdať sa aj v ďalších rokoch pred ťažkosťami, ktoré nemali konca kraja. Do roku 2018 bolo týchto pracovísk na Slovensku 93.

Snímka 26

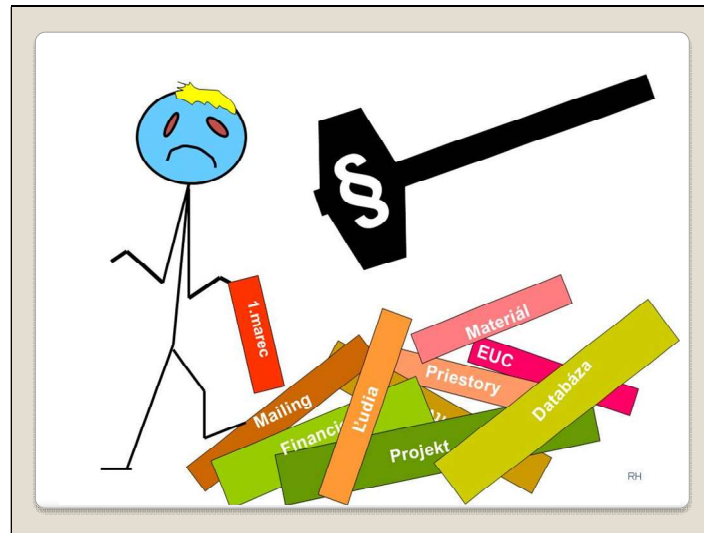


Po tejto legislatívnej a organizačnej príprave sme sa dali aj do splnenia tretieho bodu z Európskych odporúčaní, ktorým bolo vytvorenie nového systému na pozývanie ohrozenej populácie na skríning pomocou adresného zasielania testov na domácu adresu každé dva roky. Po dvoch rokoch intenzívnych príprav sme pripravili projekt, ktorý sme konzultovali s vedením odborných spoločností a s MZ. Bol prijatý bez závažných výhrad. Stanovili sme si teda aj termín jeho spustenia

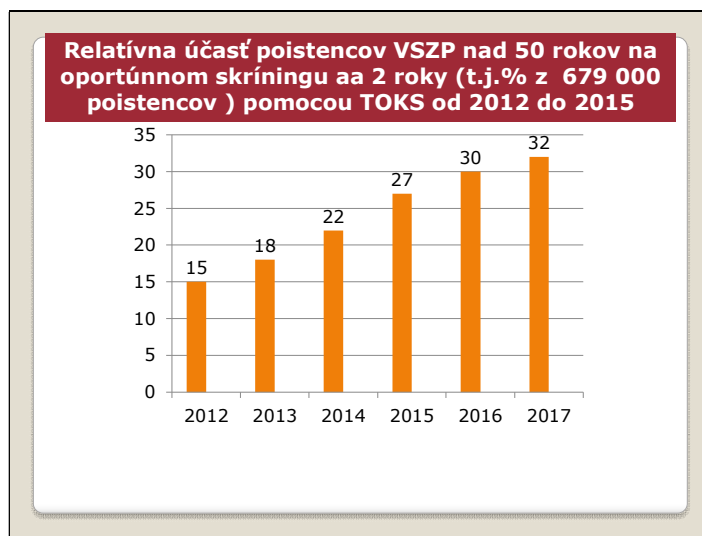
Snímka 27



Po dvoch rokoch bol teda pripravený na spustenie s termínom 1.3.2014.

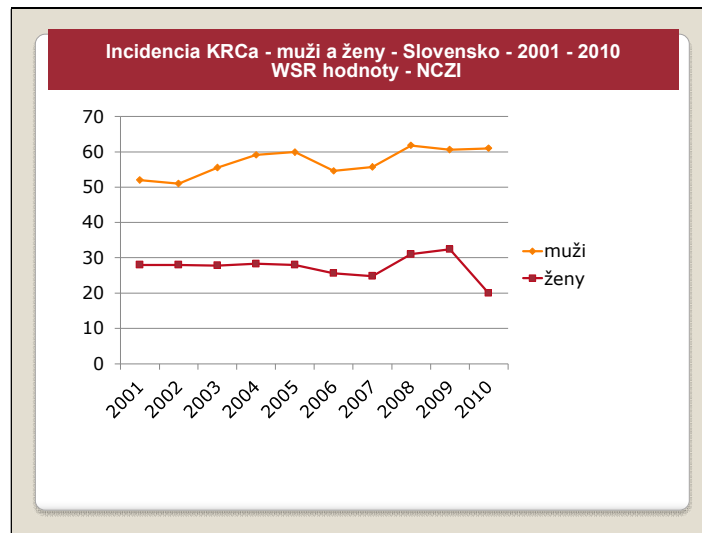


14 dní pred dátumom spustenia sme sa dočkali jeho zrušenia pre údajnú nekompatibilitu so zákonom o ochrane osobných údajov. Rozhodlo sa na pôde vtedajšieho vedenia najväčšej ZP. Bez databázy pacientov, ktorú mala a na poslednú chvíľu ju nebola ochotná poskytnúť, nebolo možné pilotný projekt na 20 000 poistencoch spustiť. Odchádzal som vtedy zo stretnutia na MZ obohatený skúsenosťou. Odvtedy viem ako sa asi cítia pacienti pred infarktom.



VSZP sa rozhodla túto situáciu riešiť finančnou podporou praktických lekárov . Predpokladali, že účasť po stimulácii PL podstatne zvýši účasť ohrozenej populácii na skríningu. Za tri roky sa naozaj podarilo i za pomoci zlepšenia osvetu cez Europacolón, ktorá spolupracovala s VSZP zvýšiť účasť na skríningu nad 30 %. Bol to nesporne veľký úspech hlavne ak to porovnáme so snahami v Českej republike riešiť obdobný problém cez pozývanie obyvateľstva iba listami bez testov a aj vzhľadom na vynaložené fin. prostriedky z Európskych zdrojov. U nás sa rovnaké výsledky dosiahli bez externých zdrojov. Stále to však nebola vytúžená méta účasti 50%, ktorá je zásadná ak chceme dosiahnuť pokles v incidencii a mortalite na populačnej úrovni.

Snímka 30



Napriek relatívne nízkej účasti obyvateľstva na oportúnnom skríningu sa podarilo po počiatocnom náraste incidencie tzv.- harvesting efekt vid' rok 2002 až 2005- dosiahnuť už ďalšie nezvyšovanie incidencie KRCa v populácii nad 50 rokov. Tento efekt trvá dodnes.

Snímka 31

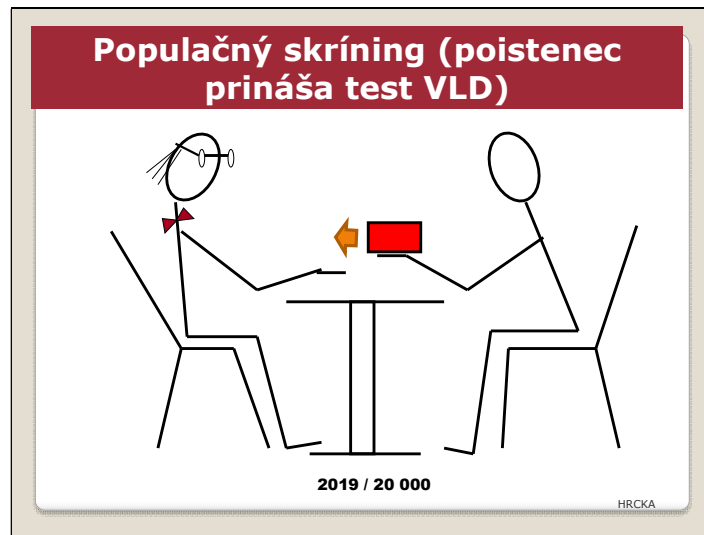
Z databáz poisťovní na základe údajov z odd. patologickej anatómie

	2015	2016	2017
Výskyt vzoriek pacientov s DG C18*,C19*,C20* alebo C21* na pracovisku patologickej anatómie "029" prvý krát v roku, resp. incidencia:	3 914	4 025	3 651
--z toho incidencia C18	2356	2387	2160
--z toho incidencia C19	452	525	488
--z toho incidencia C20	1157	1188	1113
--z toho incidencia C21	51	66	76

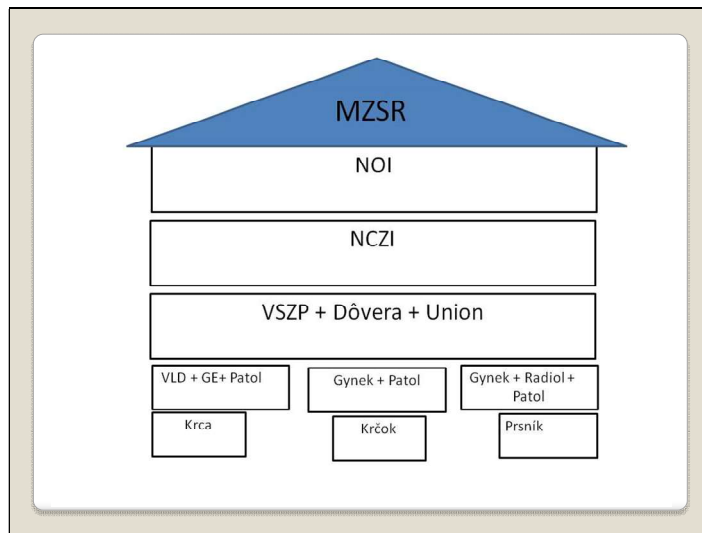
Najobjektívnejším údajom sú v databázach poisťovní údaje priamo z oddelení patologickej anatómie, pretože histológia vystavuje „ krstný list“ kolorektálnemu karcinómu. Od roku 2015 máme aj tieto údaje a získali sme tak veľmi rýchlu a spoľahlivú spätnú väzbu o incidencii KRCa prakticky za predošlý rok. Ako vidieť, čísla sa pohybujú okolo 4000 nových prípadov ročne. Posledný údaj z roku 2017 dokonca môže naznačovať už pokles. Ak sa to potvrdí aj za rok 2018 bude to dôvod na optimizmus do budúcnosti.



Po troch rokoch keď sme sa venovali predovšetkým kolonoskopickému skríningu sa zmenilo aj personálne obsadenie na MZ. Okolo štátneho tajomníka prof. Špánika sa vytvoril tím mladých ľudí, ktorí rozumejú onkológii a táto sa stala ich prioritou. Už sa proste tento problém nedal nekonečne odkladať pre iné dôležitejšie úlohy. Vzniklo prostredie kedy sa začalo uvažovať o zavedení skrínigových programov onkologických ochorení do praxe. Boli sme oslovení i my ako SGS i ako tím okolo skrínigu KRCa a začali sme pripravovať realizáciu pilotného projektu skrínigu KRCa na Slovensku. Spoluprácu na projekte prijali všetky tri zdravotné poisťovne i odborné spoločnosti pre všeobecných lekárov pre dospelých VLD. Pani ministerka zdravotníctva MUDr. Kalavská tak mohla oficiálne oznámiť spustenie skrínigu kolorektálneho karcinómu – jeho prvej fázy t.j. pilotného projektu na 20 tis. poistencoch nad 50 rokov.

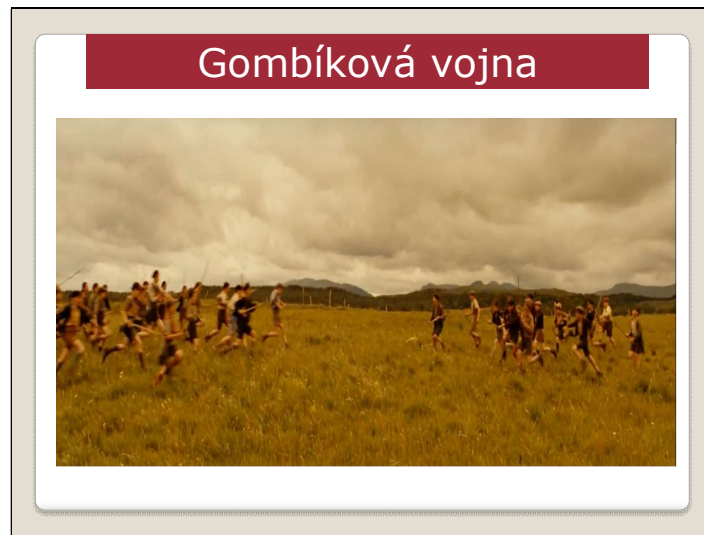


Od 1.1. 2019 sme tak mohli oficiálne za podpory legislatívy a médií oznámiť verejnosti, že im v priebehu januára príde domov obálka zo svojej zdravotnej poisťovne s testom na odobratie si stolice. Test potom zanesú svojmu praktickému lekárovi, ktorý test odčíta, povie im výsledok a oznámi ďalší postup.



Podarilo sa teda vytvoriť komplexný systém nielen pre skríning KRCa, ale aj krčku maternice a prsníka. Zapojiť do neho VLD, gastroenterológov, gynekológov, radiológov a patológov. Údaje v podobe databázových riadkov putujú od zúčastnených lekárov do databáz poisťovní. Na pôde NCZI sa vytvoril odborný tím mladých zameraných ľudí, ktorí dokázali z databáz poisťovní získať potrebné informácie pre všetky tri skríningové programy a posunúť ich do novovytvoreného pracoviska Národného onkologického inštitútu. Toto pracovisko vytvorené pod gesciou MZ SR bude v prvej fáze v podstate skríningovým centrom, v ktorom sa budú informácie z NCZI ďalej spracovávať nielen zo štatistického ale hlavne z medicínskeho hľadiska. Bude tak konečnou stanicou spätnej väzby skríningových programov. Tieto informácie budú potom slúžiť na odborné ovplyvňovanie ďalších legislatívnych, medicínskoekonomických, medicínskopolitických, strategických i propagačných rozhodnutí týkajúcich sa onkologickej problematiky a prevencie predovšetkým.

Táto dvojročná záverečná fáza patrila v celej 20 ročnej histórii asi k najzložitejším. Nie ani tak z materiálneho a ideového hľadiska ale z organizačne-kompetenčného hľadiska. Ukázalo sa opäť, že najťažšie je asi zladať do jedného spolupracujúceho tímu veľa ľudí s tak vysokým egom. O to viac sa tešíme po toľkých rokoch, že sa to podarilo.



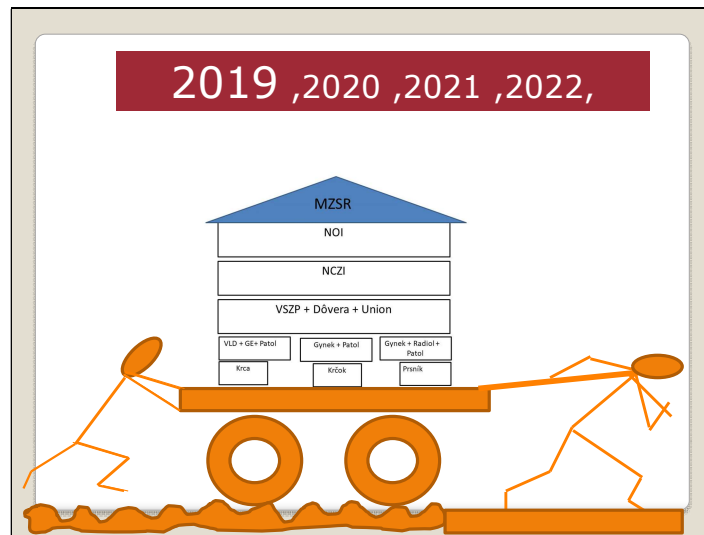
Pri spätnom pohľade na uplynulých 20 rokov sa mi neustále vynáral v hlave kultový film z mojich detských rokov s názvom Gombíková vojna. Bojovali tam proti sebe detské bandy zo susedných francúzskych dedín rôznymi spôsobmi. Porazení prišli o všetky gombíky, traky aj opasky. Výsledkom bola banda porazených držiaca si nohavice. Víťazi oslavovali porazení s hanbou utekali preč.



Dodnes si pamätám český dabing vety malého chlapca, ktorý to obvykle schytil vždy prvý. Zhodnotil to vetou. “Kdybich to byl vědel, tak bych tam byl nechodil.”

Veľakrát ma táto veta napadla počas tých predlhých 20 rokov snáh o spustenie skríningu kolorektálneho karcinómu na Slovensku.

Až teraz na koniec si však uvedomujem, že koľko užitočných vecí by nebolo, keby sme vopred vedeli do čoho ideme. A tak je to asi správne.



Dožili sme sa toho, že i na Slovensku je možné skordinovať množstvo organizácií a ľudí s vysokým egom, ktorí nakoniec pochopia, že ak ide o spoločnú vec, tak treba ťahať za spoločný povraz a ťažká kára sa dá do pohybu správnym smerom.

Snáď sa tiež dožijeme toho, že incidencia týchto ochorení a mortalita začnú klesať a naše úsilie nebolo zbytočné.

Dúfame tiež, že naši pokračovatelia už budú ťahať tento voz po menej hrbolatých cestách a riziko zrútenia tejto novostavby bude na vyasfaltovanej ceste minimálne.

Ďakuje v mene tímu spolupracovníkov a sympatizantov

MUDr. Rudolf Hrčka CSc

Vedúci skupiny pre skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku pri SGS-SLS.