

Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Balorda, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:599782>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-07**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ana Balorda

BOLESNIK S MALIGNOM BOLESTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Diplomski rad

Rijeka, 2018

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ana Balorda

BOLESNIK S MALIGNOM BOLESTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Diplomski rad

Rijeka, 2018

Mentor rada:

Doc. dr. sc. Leonardo Bukmir, dr. med. spec. obiteljske medicine

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Rad sadrži _____ stranica, _____ slika, _____ tablica, _____ literaturnih navoda.

Zahvaljujem svom mentoru Doc. dr. sc. Leonardu Bukmiru na pomoći i savjetima pri izradi diplomskog rada.

Zahvaljujem mojoj obitelji na potpori koju su mi pružili tijekom školovanja.

Sadržaj

Uvod	1
Svrha rada	4
Metode i materijali	4
Rezultati	5
Maligne bolesti u svijetu	7
Maligne bolesti u Republici Hrvatskoj	10
Povećanje preživljenja oboljelih od malignih bolesti	12
Maligne bolesti zabilježene u djelatnosti opće medicine u Hrvatskoj	14
Specifičnosti skrbi za bolesnika sa malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	15
Najčešći simptomi oboljelih od malignih bolesti nakon kemoterapije i radioterapije	26
Rasprava	31
Zaključak	33
Sažetak	35
Summary	36
Literatura	37
Životopis	41

Uvod

Važnost postavljanja primarne zdravstvene zaštite u središte dobre kontrole zdravstvene skrbi te dobrih socijalnih ishoda, Svjetska zdravstvena organizacija je još jednom naglasila u svom dokumentu iz 2008. godine „Primary health care - now more than ever“. Zdravstveni sustavi se svagdje u svijetu mijenjaju i prilagođavaju brojnim promjenama. Također je važno naglasiti da su sve veća sredstva potrebna za populaciju koja sve više stari i zahtjeva puno veća ulaganja u liječenje, zdravstvenu njegu i palijativnu skrb. U tom svijetlu potrebno je dati na važnosti primarnoj zdravstvenoj zaštiti u borbi protiv malignih bolesti. Primarna zdravstvena zaštita je okrenuta pojedincu, komprehenzivna je i pruža kontinuitet tijekom života pojedinca. Samo dovoljno jaka primarna zdravstvena zaštita može pridonijeti boljim zdravstvenim ishodima i reducirati troškove (1, 2).

Primarna zdravstvena zaštita obuhvaća unaprjeđenje i očuvanje zdravlja kroz savjetovanje osoba u skrbi, dijagnostiku i liječenje, kroz rad u ambulanti te u kućnim posjetima. Obiteljska medicina je djelatnost koja ima za cilj promicanje zdravlja i liječenje bolesti te pruža sveobuhvatnu zdravstvenu skrb bez obzira na spol, dob i vrstu bolesti. Djelatnost opće medicine integrirana je u jedinstveni zdravstveni sustav na razini primarne, sekundarne i tercijarne djelatnosti, a zbog svog neposrednog kontakta sa populacijom nositelj je integriranog pristupa zdravlju kroz preventivne, kurativne i socijalne aktivnosti (3).

Prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje: „U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita iz obaveznog zdravstvenog osiguranja provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:

- opće/obiteljske medicine
- zdravstvene zaštite predškolske djece
- zdravstvene zaštite žena
- patronažne zdravstvene zaštite

- zdravstvene njege u kući bolesnika
- stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne)
- higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- laboratorijske dijagnostike
- ljekarništva
- hitne medicinske pomoći“ (4).

Prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje: „Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obuhvaća obavljanje najslabijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti“ (4).

Bolesnik sa malignom bolesti može biti dijelom, zbog svoje osnovne bolesti ili zbog komplikacija, liječen u bilo kojem dijelu zdravstvenog sustava. No njegovo putovanje od prevencije do terminalne skrbi je vođeno i koordinirano iz primarne zdravstvene zaštite.

Iako je ostvaren ogroman napredak u liječenju onkoloških bolesnika, Hrvatska se nalazi među zemljama sa najvećom incidencijom u Europi, što pred zdravstvene radnike stavlja važne zadatke u prevenciji faktora rizika, pravovremenom upućivanju na dijagnostičke i terapijske postupke, a s obzirom da liječenje traje godinama, skrb o ovoj skupini bolesnika poprima oblike skrbi slične onoj kod kroničnih bolesti. Stoga, skrb treba biti planirana, bolesniku usmjerena, proaktivna, holistička, preventivna i koordinirana. Bolesnik i članovi obitelji trebaju biti aktivno uključeni u skrb, a komunikacija s njima treba biti pažljivo vođena da bi se postigla bolja suradljivost i zadovoljstvo pacijenta, a kad je potrebno, započeti i sa palijativnom skrbi. Multidisciplinarna suradnja je u ovakvih bolesnika jako važna (5).

Iako zapise o postojanju zloćudnih bolesti nalazimo još u davnim vremenima, napredak u kontroli zloćudnih bolesti seže kroz tek nekoliko zadnjih desetljeća. Otkrivanje ključnih

faktora rizika za nastanak raka pridonio je boljoj primarnoj i sekundarnoj prevenciji, te boljem liječenju i rehabilitaciji. Dobri primjeri primarne prevencije raka pluća se bilježe kroz smanjenje incidencije i mortaliteta u sjevernim i zapadnim europskim zemljama koje imaju višegodišnje kampanje protiv pušenja. Sličan uspješan primjer primarne prevencije se bilježi nakon identifikacije HPV virusa kao uzročnika raka vrata maternice i razvojem cjepiva protiv kancerogenih sojeva. U sekundarnoj prevenciji važan napredak je ostvaren u većini europskih zemalja gdje se od ranije provode organizirani skrining programi ranog otkrivanja raka dojke i raka vrata maternice, a u posljednje vrijeme i raka debelog crijeva. Ogroman napredak učinjen je i u dijagnostici, slikovnim pretragama, kemoterapijskom i radioterapijskom liječenju te u kirurškim zahvatima. Kod pojedinih vrsta karcinoma kao što su leukemija, Hodgkinov limfom, rak dojke i testisa, učinjen je vrlo važan napredak u farmakološkom liječenju te se kod ovih bolesti postižu dobri rezultati u liječenju i preživljenju (6).

Programi ranog otkrivanja i znanstveno tehnološki napredci doprinijeli su i utjecali na povećanje rano otkrivenih karcinoma te su utjecali na smanjenje smrtnosti i povećanje kvalitete života oboljelih, tako da kod nekih vrsta karcinoma sve češće govorimo o karcinomu kao kroničnoj bolesti. No usprkos sve boljoj kontroli predviđa se daljnje povećanje broja oboljelih od karcinoma, jer bilježimo sve veći porast udjela starijeg stanovništva u Europi, ali i u nerazvijenim zemljama. Upravo 3/4 oboljelih je starije od 60 godina. Također su brojni faktori koji doprinose povećanju broja oboljelih od karcinoma, a većina ih je vezana za nezdrave životne stilove kao što su pušenje, štetna uporaba alkohola, nepravilna prehrana, pretilost, tjelesna neaktivnost i ekscesivno izlaganje suncu. Rak pluća je vodeći karcinom u muškaraca i uglavnom se čak 80 do 90% povezuje s pušenjem, kao i 40 do 60% sa karcinomima ezofagusa, grkljana i usne šupljine. Usprkos brojnim kampanjama koje se provode, rak pluća u muškaraca je još uvijek na prvom mjestu. Kampanje su doprinijele stabilizaciji ili, čak u nekim zemljama blagom smanjenju stopa oboljelih od raka pluća u

muškaraca, a u žena se posljednjih godina bilježi porast umrlih od raka pluća osobito u Južnoj i Istočnoj Europi (6).

Svrha rada

Svrha ovog rada je prikazati kretanje broja umrlih i oboljelih od malignih bolesti u svijetu i u Hrvatskoj, prikazati kolika je opterećenost primarne zdravstvene zaštite ovom skupinom bolesti te prikazati neke od izazova u budućem radu.

Metode i materijali

Za potrebe ovog rada pretražena je dostupna literatura o kretanju malignih bolesti u svijetu i u Hrvatskoj, kao i radovi o ulozi primarne zdravstvene zaštite u kontroli malignih bolesti. Prikazani su i statistički pokazatelji o radu s pacijentima oboljelima od malignih bolesti te o broju timova opće/obiteljske medicine koji skrbe o njima u Hrvatskoj, koji su prikazani kao apsolutni brojevi i udjeli.

Rezultati

Karcinomi su skupina bolesti koje obuhvaćaju veliku grupu bolesti koje mogu pogoditi bilo koji dio tijela. Osim naziva karcinom koriste se i drugi nazivi kao što su maligne bolesti ili neoplazme. Stanice karcinoma se brzo dijele i rastu i nemaju obilježja pravilnog rasta i diobe kao zdrave stanice te se lako šire u okolna tkiva, ali i u udaljene organe pa govorimo o metastazama. Karcinomi su drugi vodeći uzrok smrti u svijetu. Jedna trećina umrlih osoba od karcinoma povezuje se sa pet vodećih bihevioralnih rizika: povećana tjelesna masa, nizak unos voća i povrća, nedovoljna tjelesna aktivnost, pušenje i štetna upotreba alkohola. Pušenje je važan faktor rizika za velik broj karcinoma i odgovorno je za 22% smrti. Na pojavnost nekih karcinoma djeluju i faktori iz okoliša, kao što su ultravioletno i ionizirajuće zračenje, neki kemijski spojevi iz okoliša, azbest, komponente iz dima cigarete, aflatoksin iz hrane, arsen iz tla i vode. Također na pojavnost nekih vrsta raka mogu utjecati biološki agensi kao što su bakterije i virusi, a među njima su najčešći: *Helicobacter pylori*, Humani papilloma virus (HPV), virus Hepatitisa B i C te Epstein Barr virus. No jedan od najznačajnijih faktora je starenje, jer se tijekom starenja iscrpljuju mehanizmi za oporavak oštećenih stanica. Karcinomi predstavljaju i veliko ekonomsko opterećenje te se procjenjuje da je u 2010. godini za liječenje potrošeno oko 1,16 trilijuna US\$. U svijetu od karcinoma umre nešto više od 8 milijuna osoba, najviše od karcinoma pluća, čak 1,69 milijuna; od karcinoma jetre 788.000; od kolorektalnog karcinoma 774.000; od karcinoma želudca 754.000 i od karcinoma dojke 571.000 osoba. Između 30 i 50% karcinoma može se prevenirati promjenom do sada poznatih faktora rizika. Opterećenje se može dodatno smanjiti ranim otkrivanjem i adekvatnim liječenjem (7).

Faktori rizika na koje možemo utjecati i smanjiti rizik za nastanak karcinoma su: pušenje, prekomjerna tjelesna težina, nepravilna prehrana, nedovoljan unos voća i povrća, tjelesna neaktivnost, prekomjerna upotreba alkohola, spolno prenosive bolesti s HPV infekcijom,

smanjenje broja oboljelih od hepatitisa, smanjenje izloženosti UV i drugim ionizirajućim zračenjima. Cijepljenjem protiv HPV i hepatitisa B moguće je prevenirati milijun novih slučajeva raka godišnje (7).

Rano otkrivanje može značajno doprinijeti smanjenju opterećenja. Sastoji se od dvije komponente; jedna je rano postavljanje dijagnoze, a druga je organizacija i provođenje skrining programa. Rano postavljanje dijagnoze doprinosi efikasnijem liječenju, boljem preživljenju, manjem morbiditetu i manjim troškovima liječenja, te boljom kvalitetom života oboljelog pacijenta. Da bi se postavila rana dijagnoza pacijenti moraju biti osviješteni o simptomima koji mogu upućivati na malignu bolest te trebaju imati adekvatan pristup zdravstvenoj skrbi, mora postojati mogućnost kliničke evaluacije i određivanja stadija bolesti, i na kraju mogućnost pristupa adekvatnom liječenju. Ova tri ključna koraka moraju biti integrirana i vremenski adekvatno usklađena. Skrining ima za cilj identificirati osobe koje imaju neke abnormalnosti koje mogu upućivati na mogućnost postojanja nekog karcinoma ili prekanceroze, ali bez simptoma bolesti. Takve osobe se izdvajaju i upućuju na daljnju dijagnostičku obradu i liječenje. Skriningi mogu biti vrlo efektivni za pojedina sjela karcinoma za koja su dostupni testovi; implementacija mora biti efektivna, faze provođenja dobro posložene te osigurana kontrola kvalitete. Sama organizacija i provođenje je vrlo kompleksna javnozdravstvena intervencija. Primjer takvih skrininga je mamografija za rano otkrivanje raka dojke te PAPA test i HPV testiranje za rano otkrivanje raka vrata maternice. Neki od najučestalijih karcinoma današnjice imaju vrlo dobre rezultate liječenja ukoliko se rano otkriju: rak dojke, karcinomi usne šupljine, rak vrata maternice te kolorektalni karcinom. Nakon kvalitetno provedene dijagnostike slijedi liječenje koje može biti kirurško, nakon kojeg može uslijediti kemoterapija i radioterapija. Cilj je postići adekvatno liječenje, produžiti život i koliko je moguće osigurati i kvalitetu života. Ovisno o fazi liječenja cijelo vrijeme pacijent

treba biti u centru pažnje, skrb treba biti integrirana te osim liječenja treba osigurati i oblike suportivne terapije, psihoterapije, a kad je potrebno i palijativne skrbi (7).

Palijativna skrb je dio liječenja pacijenata oboljelih od karcinoma koja pomaže pacijentu ublažiti neke od najčešćih simptoma same bolesti ili terapije, te održati kvalitetu života. Potrebno je u određenoj mjeri uključiti i same članove obitelji, koliko god je to moguće. U svijetu je sve veća potreba za ovom vrstom skrbi osobito u onih pacijenata gdje je bolest otkrivena u podmaklom stadiju i gdje nema dovoljno učinkovitih metoda liječenja. U 90% slučajeva palijativna skrb može pomoći u olakšanju fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih poteškoća pacijenata oboljelih od karcinoma. Efektivnu palijativnu skrb moguće je organizirati osim kroz zdravstveni sustav, i kroz potporu zajednice, i kroz sustav skrbi u kući bolesnika. (7)

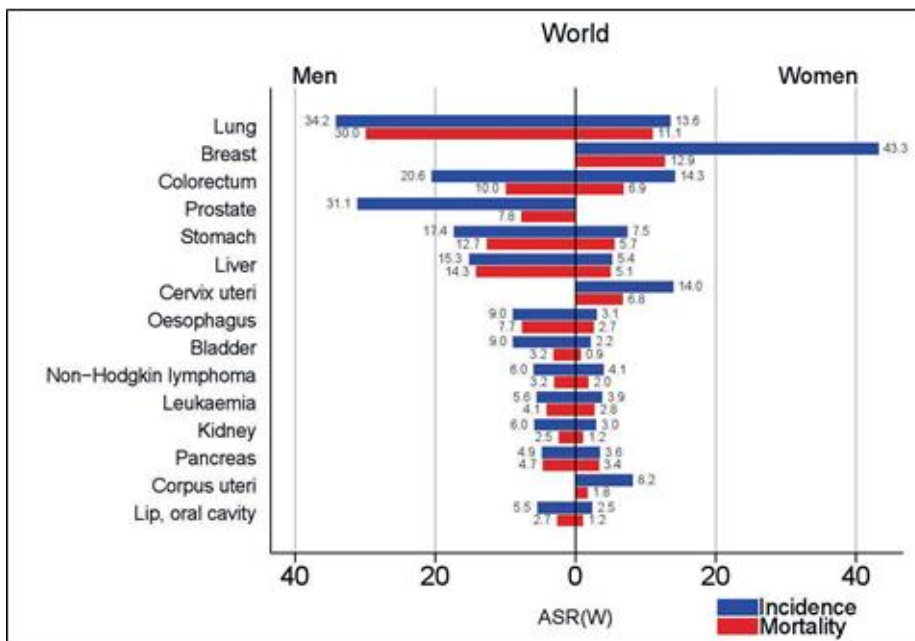
Primjer takve skrbi u Hrvatskoj vidimo u Primorsko goranskoj županiji koja je među prvima uvela organiziranu skrb u hospiciju „Marija Krucifiksa Kozulić“. Osnivač je Caritas Riječke nadbiskupije, pri čemu je Riječka nadbiskupija prostor adaptirala i uredila, dok su Grad Rijeka i PGŽ pomogli kod opremanja te dodatno putem mobilnih palijativnih timova, osigurali pacijentima kvalitetnu skrb (8, 9, 10).

Maligne bolesti u svijetu

Prema rezultatima GLOBOCAN-IARC (International Agency for Research on Cancer) procijenjeno je da je u 2012. godini dijagnosticirano 14,1 milijuna novih slučajeva raka u svijetu (karcinom kože nije uključen) te je 8,2 milijuna umrlih od raka. Također se procjenjuje da su se standardizirane stope incidencije kretale oko 182, a mortaliteta oko 102 na 100.000 stanovnika. Od ukupnog broja umrlih od novotvorina 57% otpada na muškarce, a od ukupnog broja novooboljelih 53% otpada na muškarce (11).

U muškaraca je po incidenciji najučestalija zloćudna novotvorina pluća sa 16,7%, slijede je novotvorine prostate sa 15%; kolorektalni karcinom sa 10% te želudac sa 8,5%. Iste novotvorine su najčešće i po mortalitetu u muškaraca, rak pluća sa 23,6%; slijede novotvorine jetre sa 11,2%; novotvorine želuca sa 10,1%; kolorektalni karcinom sa 8% i zloćudne novotvorine prostate sa 6,6%. U žena po incidenciji najučestalija je zloćudna novotvorina dojke sa 25,2%; slijedi kolorektalni karcinom sa 9,2%; zloćudna novotvorina pluća sa 8,7%; zloćudna novotvorina vrata maternice sa 7,9% te želudac sa 4,8%. Po mortalitetu u žena najučestalija je zloćudna novotvorina dojke sa 14,7%, slijedi zloćudna novotvorina pluća sa 13,8%; kolorektalni karcinom sa 9,0%; vrat maternice sa 7,5% te želudac sa 7,2% (11).

Sveukupno gledano pet najučestalijih sijela u oba spola su pluća sa 13,0%; dojka sa 11,9%; kolorektalni karcinom sa 9,7%; prostata sa 7,9% i želudac sa 6,8%. Ovih pet karcinoma čini više od pola opterećenja bolesti u svijetu (global cancer burden) (11).



Slika 1. Procjena stopa incidencije i mortaliteta u muškaraca i u žena po najčešćim sijelima (dobno standardizirane stope - svjetsko stanovništvo) na 100.000, 2012. godina.

Preuzeto iz: Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014. International Agency for Research on Cancer. Lyon, 2014.

U muškaraca su najviše stope incidencije raka pluća 34,2/100.000; sa mortalitetom 30,0/100.000; potom slijede stope incidencije raka prostate sa stopom 31,1/100.000; sa mortalitetom 7,8/100.000; potom slijede stope kolorektalnog karcinoma sa incidencijom od 20,6/100.000 i sa mortalitetom 10,0/100.000. Ovdje uočavamo kako su stope incidencije i smrtnosti kod raka pluća gotovo podjednake, a kod raka prostate vidimo da su znatno više stope incidencije nego mortaliteta što ukazuje na bolje preživljenje oboljelih od raka prostate, dok rak pluća i gušterače imaju najmanje preživljenje od svih sijela u muškaraca (11).

U žena su najviše stope incidencije raka dojke sa stopom od 43,3/100.000; potom slijede stope kolorektalnog karcinoma sa incidencijom od 14,3/100.000; karcinoma vrata maternice sa 14,0/100.000; pluća sa 13,6/100.000 i tijelo maternice sa 8,2/100.000. Stope mortaliteta u žena su najviše za rak dojke 12,9/100.000; potom slijede rak pluća sa 11,1/100.000; rak želudca sa 5,7/100.000; kolorektalni karcinom sa 6,9/100.000; karcinom vrata maternice sa 6,8/100.000 i karcinom tijela maternice sa 1,8/100.000 (11).

U većini zemalja koje pripadaju skupini OECD-a, zloćudne novotvorine su drugi vodeći uzrok smrtnosti i nalaze se iza kardiovaskularnih bolesti. U 2015. godini od raka je umrlo 25% od ukupnog broja umrlih, dok ih je u 1960. godini od raka umrlo 16% od ukupnog broja umrlih. U razvijenim zemljama kao što su Danska, Francuska, Japan, Nizozemska, Kanada, Velika Britanija, Španjolska, Belgija i Australija broj umrlih od raka je veći nego broj umrlih od kardiovaskularnih bolesti. Svega 5 do 10% zloćudnih novotvorina se povezuje sa genetskim nasljeđem, a rizik za nastanak raka raste sa starošću te na njegov nastanak utječu pušenje, pretilost, nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost, ekscesivno izlaganje suncu te nepovoljni utjecaj iz okoliša (12).

Maligne bolesti u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj rak je značajan zdravstveni problem i nalazi se na drugom mjestu po mortalitetu, iza kardiovaskularnih bolesti. Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo: „Incidenciju i mortalitet od raka u Republici Hrvatskoj prati državni registar za rak. Registar za rak Hrvatske je populacijski registar pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. Osnovan je 1959. godine te su se u početku prikupljani samo podaci o umrlima od raka, a od 1962. godine obrađuju se i podaci o novooboljelima. Od 1994. godine Registar za rak Hrvatske punopravni je član Međunarodnog udruženja registara za rak sa sjedištem u Lyonu (IACR)“ (13).

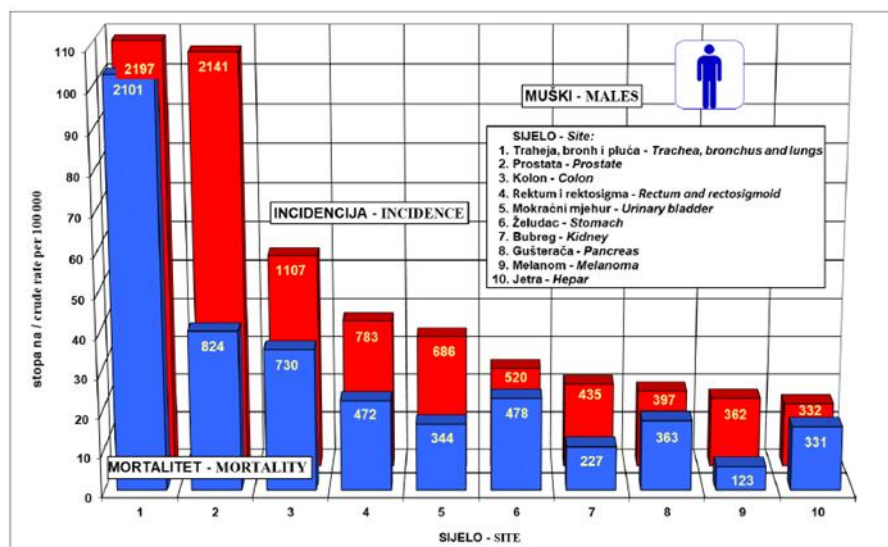
Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo podatci se prikupljaju sa dva osnovna izvora:

- a) iz bolnice, za otpuštene bolesnike se ispunjava „Bolesničko-statistički list - ONKO tip“ (obrazac JZ-ONK),
- b) iz PZZ se ispunjava izvanbolnička prijava „Prijava maligne neoplazme“ (obrazac JZ-NEO) (13).

Uz ove obrasce prilažu se i kopije histološkog i/ili citološkog nalaza. Slanje obrazaca u županijske, a potom i u Hrvatski zavod za javno zdravstvo regulirani su prema Godišnjem programu statističkih istraživanja Republike Hrvatske. Obavezno je za sve zdravstvene ustanove bez obzira na to da li su državne ustanove, da li su u koncesiji ili su u privatnom vlasništvu. Podaci o umrlima od raka se prikupljaju iz mortalitetne baze Državnog zavoda za statistiku i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (13).

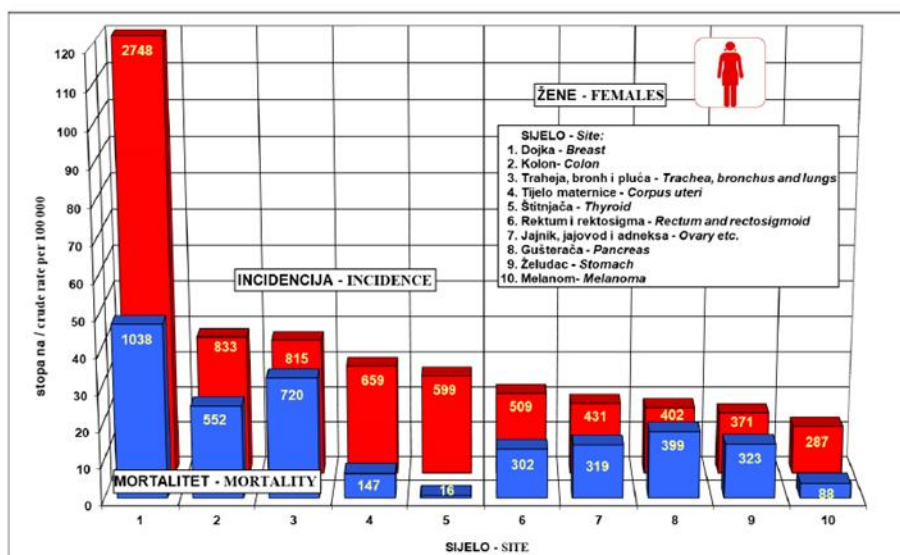
Prema podacima Registra za rak: „U Republici Hrvatskoj u 2015. godini zabilježeno je 22.503 novodijagnosticiranih zloćudnih bolesti (šifre po MKB 10, C00-C97, bez raka kože - šifra C44). Među oboljenjima je bilo 11.969 muškaraca i 10.534 žene. Stopa incidencije je iznosila 535,3/100.000 u ukupnoj populaciji, 590,0/100.000 za muškarce i 484,3/100.000 za

žene. Među oboljelima je nešto veći udio muškaraca pri čemu je odnos M:Ž iznosio 53:47⁶
(14).



Slika 2. Najčešća sjela raka u muškaraca u Hrvatskoj u 2015. godini

Preuzeto iz: *Incidencija raka u Hrvatskoj u 2015. godini. Bilten br. 40. HZJZ. Registar za rak. Zagreb, 2018.*



Slika 3. Najčešća sjela raka u žena u Hrvatskoj u 2015. godini

Preuzeto iz: *Incidencija raka u Hrvatskoj u 2015. godini. Bilten br. 40. HZJZ Registar za rak. Zagreb, 2018.*

Prema podacima Registra za rak: „Pet najčešćih sijela raka čine ukupno 58% novih slučajeva raka; u muškaraca: traheja, bronh i pluća (18%), prostata (18%), kolon (9%), rektum, rektosigma i anus (7%) i mokraćni mjehur (6%). Pet najčešćih sijela raka u žena su: dojka (26%), kolon (8%), traheja, bronh i pluća (8%), tijelo maternice (6%) i štitnjača (6%) te čine 53% novih slučajeva raka u žena. Za carcinoma in situ vrata maternice stope incidencije su najviše u dobi 30-34 godine. Odnos između ca in situ i invazivnog raka vrata maternice je u 2015. godini u Hrvatskoj bio 1,7:1“ (14).

U Republici Hrvatskoj je 2015. godine od raka umrlo 14.012 osoba, od čega su 8.030 muškarci i 5.982 žene. Stope mortaliteta za ukupnu populaciju su iznosile 333,3/100 000, za muškarce 395,8/100 000 te za žene 275,0/100 000, a odnos M:Ž je iznosio 57:43 (14, 15).

Povećanje preživljenja oboljelih od malignih bolesti

Prema podacima populacijskog istraživanja trendova petogodišnjeg preživljenja oboljelih od malignih bolesti, CONCORD-3, uočeno je da se preživljenje od raka u svijetu općenito poboljšava. Napredak u preživljenju je zabilježen i kod najmalignijih sijela kao što su jetra i pluća. Pri tom su obrađeni podaci iz 322 registra za rak iz 71 zemlje te je time obuhvaćeno 37,5 milijuna bolesnika. Obradeno je 18 najčešćih sijela raka u svim dobnim skupinama. Cilj je bio istražiti trendove preživljenja od 2000. do 2014. godine u navedenim zemljama koje čine 2/3 svjetske populacije. Za Republiku Hrvatsku u istraživanju je sudjelovao Registar za rak te su uključeni su podaci za više od 220.000 bolesnika iz Hrvatske. Iako se preživljenje od raka gotovo u većini zemalja poboljšava, razlike među pojedinim zemljama su velike, što možemo uočiti prema podacima o preživljenju od tumora mozga u djece kod kojih je dijagnoza postavljena 2014. godine. U Danskoj i Švedskoj preživljenje oboljele djece je iznosilo 80%, dvostruko više nego u Meksiku i Brazilu, gdje je iznosilo manje od 40%.

Dostupnost i kvaliteta dijagnostike i liječenja se jako razlikuju među zemljama. Preživljenje kod većine sijela raka najviše je u nekoliko zemalja: SAD-u, Kanadi, Australiji, Novom Zelandu, Finskoj, Norveškoj, Islandu i Švedskoj. Petogodišnje preživljenje žena s dijagnozom raka dojke u SAD-u i Australiji je između 2010. i 2014. godine oko 90%, dok je postotak preživljenja žena sa istom dijagnozom u Indiji 66%. U Europi je petogodišnje preživljenje od raka dojke u 16 zemalja oko 85%, dok je u zemljama Istočne Europe još uvijek oko 71%. Nordijske zemlje su postigle najveća povećanja preživljenja u gotovo svim sijelima u proteklih 15 godina zahvaljujući boljem ulaganju, ubrzanim protokolima za pacijente i javnom nadzoru usklađenosti bolnica s vremenima čekanja (16).

Najsmrtonosnija sijela raka su rak jetre, pluća i gušterače u zemljama s visokim i u onima s niskim primanjima. U protekla dva stoljeća je ipak došlo do poboljšanja u petogodišnjem preživljenju u nekim zemljama za rak jetre i pluća, ali za rak gušterače još uvijek nije. Od raka svake godine umre više od 100.000 djece širom svijeta. Preživljenje djece s najčešćim tipovima raka u dječjoj dobi (akutna limfoblastična leukemija, ALL) značajno varira u svijetu te je više od 90% u Kanadi, SAD-u i devet europskih zemalja (npr. Finska, UK i Danska), dok je u Kini, Meksiku i Ekvadoru ispod 60 posto, što ukazuje na značajne nedostatke dijagnosticiranja i liječenja bolesti koja se općenito smatra izlječivom (16).

U ovom istraživanju je Hrvatska sudjelovala po drugi put, te je pokazalo da je Hrvatska ispod europskog prosjeka. U istraživanje su uključeni podaci za više od 220.000 osoba kojima je dijagnosticirana zloćudna bolest u Hrvatskoj u navedenom razdoblju, za 15 sijela raka u odraslih i 3 sijela raka u djece. U usporedbi s drugim europskim zemljama, u Hrvatskoj je postignut napredak u petogodišnjem preživljenju u zadnjih 15 godina u svim sijelima raka, ali smo još uvijek za većinu sijela u donjoj polovici europskih zemalja prema postignutom preživljenju. Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo: „Hrvatska se nalazi među pet zemalja s najlošijim preživljenjem za rak pluća 10%, prostate 81%, želuca 20%, debelog

crijeva; kolon 51%, rektum 48% i mijeloidnih leukemija u odraslih 32%. Dok je preživljenje za zloćudne bolesti u dječjoj dobi sljedeće: limfomi 95%, tumori mozga 73% i akutna limfoblastična leukemiju 85% što je slično s preživljenjem u razvijenijim europskim zemljama. Za druga česta sjela raka u Hrvatskoj poput dojke 79%, melanoma kože 77% i raka vrata maternice 63% smo također u donjem rangu zemalja rangiranih po preživljenju“ (16).

Maligne bolesti zabilježene u djelatnosti opće medicine u Hrvatskoj

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo objavljenima u zdravstveno statističkom ljetopisu za 1998. godinu u djelatnosti opće medicine u 1998. godini od ukupnog broja 4.233.604 osiguranika u skrbi, zabilježeno je 1,7% (73.111) oboljelih od novotvorina (dijagnoze od C00 do D48 po MKB 10). Prema istom izvoru u 2016. godini od 4.145.872 osiguranika u skrbi 7,2% (300.026) ih je oboljelih od novotvorina. Broj osoba u skrbi po timu opće obiteljske medicine u promatranim godinama je bio isti, oko 1.800.

Tablica 1. Novotvorine zabilježene u djelatnosti opće medicine u 1998. i u 2016. godini u Hrvatskoj			
Godina	Broj timova u djelatnosti opće medicine	Broj osiguranika u skrbi	Zabilježene dijagnoze od C00 do D48
1998.	2.328	4.233.604	73.111
2016.	2.293	4.145872	300.026

Izvor podataka za tablicu 1:

Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 1998., godinu HZJZ, Zagreb, 1999.

Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2016. godinu, HZJZ, Zagreb, 2017.

Broj oboljelih od malignih bolesti u promatranom razdoblju prema evidenciji liječnika u djelatnosti opće medicine se povećao 4 puta. Tako da je 1998. godine dijagnozu novotvorina imao svaki 58. osiguranik u skrbi, a 2016. svaki 15. osiguranik u skrbi, dakle svaki liječnik u obiteljskoj medicini prosječno je skrbio za 31 osobu oboljelu od malignih bolesti u 1998. godini, a u 2016. godini za 131 osobu (17, 18).

Prema podacima Registra za rak za posljednju dostupnu godinu, 2015. u Hrvatskoj su zabilježene 22.503 novooboljele osobe od raka, što po timu opće/obiteljske medicine oko 10 novih pacijenata. U istoj godini ih je umrlo 14.012, što po timu iznosi 6 osoba te je isti broj umrlih po timu bio i u 2016. godini. U 1998. godini bilo je 7 novooboljelih i 5 umrlih po timu opće/obiteljske medicine (14, 17, 18, 19, 20).

Specifičnosti skrbi za bolesnika sa malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Skrb za bolesnika sa malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba biti sveobuhvatna, individualizirana, multidisciplinarna, s organiziranom i snažnom obiteljskom podrškom. Liječnik opće/obiteljske medicine je upoznat sa obiteljskim, radnim i socioekonomskim okruženjem osoba u skrbi te iz toga može na vrijeme posumnjati i na mogući utjecaj nekih od faktora rizika za razvoj maligne bolesti. Sve procese tijekom skrbi za pacijenta s malignom bolesti liječnik primarne zdravstvene zaštite procjenjuje, prati i koordinira. Dobrom suradnjom sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom nastoji smanjiti drugo izgubljeno vrijeme u procesu postavljanja dijagnoze (21).

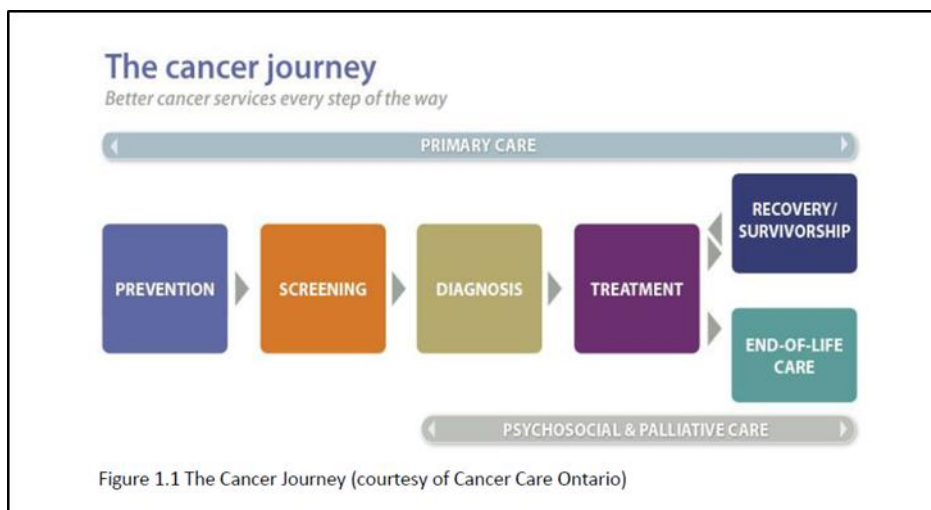
Zahvaljujući napretku medicine, liječnik opće/obiteljske medicine u skrbi ima sve više pacijenata koji uz svoje postojeće kronične bolesti, poput dijabetesa, astme ili bolesti cirkulacijskog sustava, imaju i malignu bolest. Odnos liječnika i pacijenta u obiteljskoj medicini temelji se na povjerenju, uzajamnosti, uvažavanju i zajednički dogovorenim

ciljevima i očekivanjima liječenja. Stoga je liječnik obiteljske medicine snažan oslonac pacijentu i obitelji od postavljanja dijagnoze do palijativne skrbi. U liječenju ovih bolesnika s komorbiditetima pažljivo se moraju odrediti prioriteti, osobito u farmakoterapiji, što zahtijeva dodatna znanja i vještine. Podršku je potrebno pružiti i članovima obitelji koji u liječenju pacijenta sa malignom bolesti nose značajan dio psihosocijalnog, radnog i ekonomskog tereta (22).

Kako navode Dobrila-Dintinjana i Šamija: „Liječnici opće/obiteljske medicine trebaju biti dobro educirani kako bi prepoznali rizične faktore za rak, simptome bolesti i komplikacije dijagnostičkih postupaka i same antitumorske terapije te hitna stanja koja zahtijevaju neodložnu hospitalizaciju.Očuvanje digniteta pacijenata te prevencija komplikacija bolesti, kao i psihosocijalna potpora, važni su čimbenici zdravstvene skrbi onkološkog pacijenta. Iako se većina pacijenata kontrolira u specijaliziranim ustanovama, znatan dio kontrola i praćenja mogu provesti liječnici primarne zdravstvene zaštite“ (23).

Zdravstvena skrb o oboljelima od malignih bolesti u većini zemalja je do sada bila uglavnom okrenuta samoj bolesti te tehnološkim i farmakoterapijskim obilježjima liječenja, dok je primarna zdravstvena zaštita imala u tome perifernu ulogu. Mijenjanjem paradigme u liječenju i okretanju ranoj dijagnostici, prevenciji faktora rizika te skrining programima, uloga primarne zdravstvene zaštite postaje važna u skrbi za ovu skupinu pacijenata, jer se time poboljšava kvaliteta života, postižu bolji rezultati u liječenju, povećava se preživljenje, a time se mogu smanjiti troškovi zdravstvenog sustava u liječenju ovih bolesti. Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju ključnu ulogu u prevenciji faktora rizika, posebno u prevenciji pušenja, prevenciji povećane konzumacije alkohola te pretilosti, koji su često povezani sa nekim vrstama raka. Sve više pacijenata ima sve duže preživljenje te većinu skrbi žele dobiti u svom domu, osobito palijativnu skrb, te je time ponovo naglašena skrb koju većinom pruža primarna zdravstvena zaštita (24).

U svijetu se i dalje očekuje povećanje broja oboljelih zbog starenja populacije, te zbog bihevioralnih i okolišnih faktora, i to ne samo u visokorazvijenim zemljama nego i u srednje razvijenim zemljama. U svijetu se u ordinacijama obiteljske medicine s prosječno 2.000 pacijenata očekuje od 6 do 8 novooboljelih, a desetogodišnje preživljenje koje je u sedamdesetima iznosilo jedan od četiri, sada iznosi jedan od dva. U prosjeku svaki tim se skrbi o 70 pacijenata sa dijagnozom maligne bolesti. Predviđa se da će se taj broj do 2040. godine udvostručiti (24).

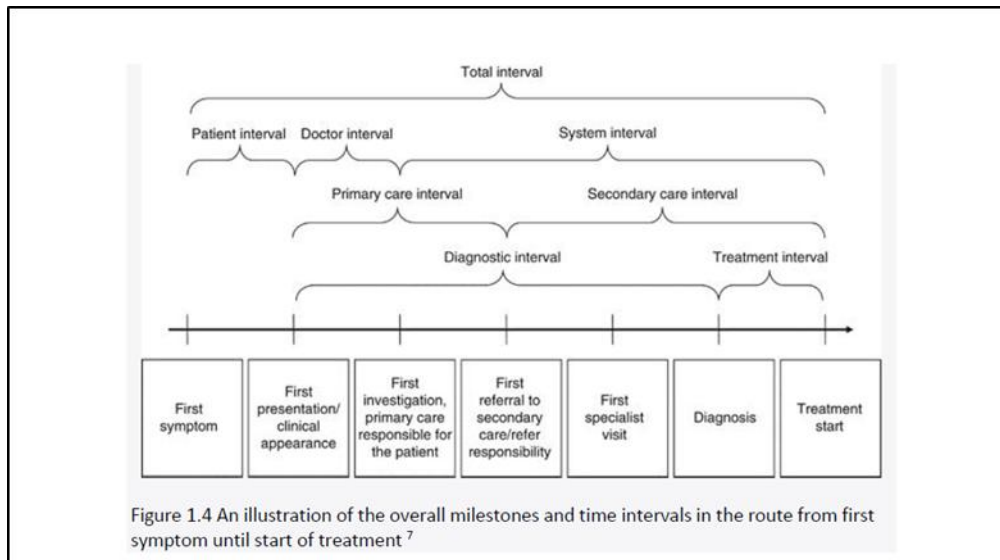


Slika 4. Ključni koraci u skrbi za bolesnika sa malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Preuzeto iz: Rubin G. et al. *The expanding role of primary care in cancer control. The Lancet Oncology Commission*. Preuzeto sa: <http://e.bangor.ac.uk/5260/1/32796.pdf>. Pristup: 10.6.2018.

Dijagnostički proces postavljanja dijagnoze maligne bolesti ima svoje ključne točke. Poznavajući ih, mogu se odrediti mjesta u kojima primarna i sekundarna zdravstvena zaštita mogu doprinijeti poboljšanju rane dijagnostike i skrbi za bolesnike oboljele od malignih bolesti (slika 4 i 5) te u nekim mjestima izbjeći kašnjenje u postavljanju dijagnoze ili liječenja, koji mogu biti uzrokovani samom kratkoćom dijagnostičkog intervala i nespecifičnim simptomima same maligne bolesti, zatim slabom osviještenosti pacijenta koji

odgađa ili zbog socioekonomskih razloga ima otežan pristup zdravstvenoj zaštiti, te na kraju i sam zdravstveni sustav ima čimbenike koji mogu doprinijeti kašnjenju i otežanoj dostupnosti zdravstvene skrbi za bolesnike sa malignom bolesti (24).



Slika 5. Vremenski intervali u procesu dijagnostike i liječenja pacijenta s malignom bolesti

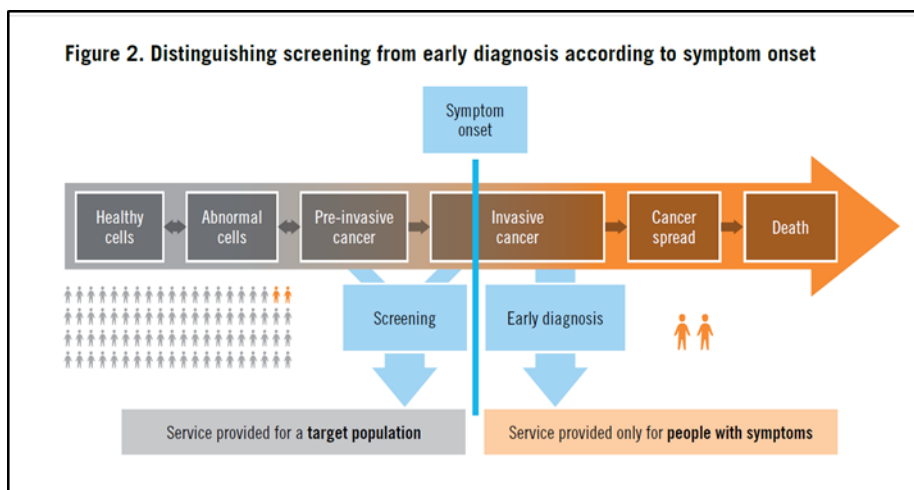
Preuzeto iz: Rubin G. et al. *The expanding role of primary care in cancer control. The Lancet Oncology Commission.* Preuzeto sa: <http://e.bangor.ac.uk/5260/1/32796.pdf>. Pristup: 10.6.2018.

Većina visoko razvijenih država ima skrining programe za rano otkrivanje raka dojke, debelog crijeva i vrata maternice, ali se vrlo mali broj karcinoma otkrije kroz njih. U Velikoj Britaniji i Australiji samo 3 od 10 karcinoma dojke budu otkriveni kroz skrining programe, te samo 1 od 20 karcinoma debelog crijeva. Stoga je važno redefinirati ulogu primarne zdravstvene zaštite u skrining programima. Oko 85% karcinoma bude dijagnosticirano nakon pojave nekog od simptoma zbog kojeg uslijedi posjeta liječniku primarne zdravstvene zaštite. U nekim slučajevima, kao što su rak dojke ili melanom, nakon prezentacije tipičnih simptoma pacijenta liječniku primarne zdravstvene zaštite, već nakon jednog do dva posjeta pacijent bude upućen u sekundarnu zdravstvenu zaštitu specijalistu. Dok kod primjerice karcinoma pluća, gušterače, ili mijeloma bude potrebno tri i više posjeta liječniku primarne zdravstvene zaštite. Za takve karcinome je čak i više vjerojatno da će dospjeti u specijalističku skrb kroz

neku od hitnih službi te da će zbog kasnog otkrivanja bolesti konačni ishod biti nepovoljniji (24).

Za neke vrste karcinoma više od pola pacijenata nema nikakve alarmantne simptome, te bi upravo za njih trebalo osmisliti promptne dijagnostičke obrasce, jer su zbog svoje kompleksnosti i kratkoće dijagnostičkog intervala najčešće otkriveni u uznapredovalom stadiju te imaju lošije preživljenje. Manje od 24% pacijenata s malignom bolešću se otkrije kroz hitne službe ili kroz hitne bolničke prijeme. Nije u potpunosti objašnjen nedostatak kontakta pacijenta sa liječnicima primarne zdravstvene zaštite, ali je uočeno da ti pacijenti dolaze iz depriviranih skupina koje se češće koriste hitnim službama za primarnu zdravstvenu zaštitu (24).

Za razliku od ranog otkrivanja simptoma i postavljanja dijagnoze, skrining ima veliku važnost jer obuhvaća cijelu populaciju koja je u riziku, ali nema simptoma. Populacija se testira, rezultati testa se očitavaju, prikupljaju, evidentiraju pozitivni te se nakon toga organizira njihovo upućivanje na daljnju dijagnostičku obradu, koja će potvrditi ili odbaciti dijagnozu maligne bolesti. U zdravstvenom sustavu se određuju dodatni kadrovi i oprema koji su važni za svaki dio skrining procesa. Skrining programi su dobro medijski popraćeni u smislu osvještavanja simptoma za pojedine maligne bolesti i faktore rizika za pojedine vrste karcinoma, a isto tako upućuju stanovništvo na odaziv na skrining i naglašavaju dobrobiti skrininga. Nužno je što više uključiti liječnike primarne zdravstvene zaštite u skrining programe, kako bi dodatno potaknuli svoje osiguranike u skrbi na testiranja. Prema nekim autorima, testiranjem cijele populacije u riziku, može se dobiti i jedan dio pozitivnih nalaza, kod kojih se u krajnjoj obradi ne dokaže maligna bolest te dolazi do prekomjernog korištenja dijagnostičkih sredstava i kadrova, ali i do psihološkog stresa kod osoba koje su sudjelovale u skriningu te su imale samo pozitivan dijagnostički skrining test, ali daljnjom obradom nije pronađena i potvrđena ni prekanceroza ni maligna bolest (24, 25).



Slika 6. Razlikovanje skrininga od rane dijagnoze s obzirom na pojavu simptoma

Preuzeto iz: World Health Organization. *Guide to cancer early diagnosis*. WHO. Geneva, 2017.

U Hrvatskoj se provode tri Nacionalna programa ranog otkrivanja raka: raka dojke, raka debelog crijeva i raka vrata maternice. Sva tri programa su započela sa provedbom u Primorsko goranskoj županiji te su se nastavili provoditi na nacionalnoj razini (26).

Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Europske Unije u borbi protiv zloćudnih bolesti se priključila i Republika Hrvatska koja se je prihvaćanjem Rezolucije o zloćudnim bolestima započela provedbu tih preporuka brojnim aktivnostima (27).

Prema preporukama Vijeća Europe, iz 2003. godine, za rano otkrivanje raka dojke preporuča se mamografski skrining u životnoj dobi od 50 do 69 godina. Vlada Republike Hrvatske, na 173. sjednici 2006. godine, usvojila je Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Program je započeo u listopadu i od 2006. godine se kontinuirano provodi. Obuhvaćene su sve žene u životnoj dobi od 50 do 69 godina, bez obzira da li su osigurane ili neosigurane, a pozivaju se u ciklusima od dvije godine. Provedbu Programa na županijskom nivou provode županijski zavodi za javno zdravstvo. Sve aktivnosti prate i koordiniraju županijski koordinatori imenovani od Ministarstva zdravstva. Žene na kućnu adresu dobivaju poziv sa unaprijed dogovorenim terminom mamografije u najbližoj mamografskoj jedinici. Termine

dogovaraju županijski zavodi za javno zdravstvo s najbližom jedinicom u domovima zdravlja ili u bolničkom sustavu. Cilj mamografskog skrininga je smanjiti mortalitet od zloćudne novotvorine dojke za 25% u vremenskom periodu od pet godina od početka provođenja Programa. U tijeku je provedba 5. ciklusa ovog nacionalnog skrining programa (27, 28).

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva donesen je od strane Vlade Republike Hrvatske u 10. mjesecu 2007. godine te je započeo je s provedbom u 11. mjesecu iste godine. Program je namijenjen osobama koje su u dobi od 50 do 74 godine, ali su bez simptoma bolesti. Svi građani imaju jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira bez obzira na status osiguranja. Provedba je također koordinirana iz županijskih zavoda za javno zdravstvo gdje su imenovani koordinatori. U probiru se koristi test na golim okom nevidljivu krv u stolici (FOBT - Fecal Occult Blood Test). Nakon odaziva i prikupljanja uzoraka, testiranja se provode u županijskim zavodima za javno zdravstvo, a u slučaju pozitivnog nalaza provodi se kolonoskopija. Kolonoskopija se dogovara iz županijskog zavoda za javno zdravstvo sa gastroenterolozima iz bolničkog sustava. Programom su obuhvaćeni muškarci i žene u dobi 50 do 74 godine života. Značajno je da je od početka provođenja programa do rujna 2012. godine kod 3.303 (38%) osoba koje su pozvane i koje su se nakon pozitivnog testa odazvale na kolonoskopiju, uklonjen jedan ili više polipa te je tako uklonjena osnova za eventualno daljnje razvijanje maligne bolesti iz tog polipa. Da bi se poboljšao odaziv građana potrebno ih je više poticati od strane liječnika opće/obiteljske medicine i patronažnih sestara. U tijeku je provedba 3. ciklusa (27, 28).

Treći je Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice. Nositelji programa su Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, a Zavodi koordiniraju njegovu provedbu na županijskoj razini. Program je započeo u prosincu 2012. godine, a obuhvaća žene u životnoj dobi od 25 do 64 godine koje posljednjih 3 i više godina nisu obavile PAPA test kod svog odabranog liječnika, primarnog ginekologa, kao i one žene

koje uopće nemaju izabranog ginekologa. Planirano je pozivati žene svake 3. godine ukoliko im je prethodni nalaz bio uredan. Zavodi za javno zdravstvo pozivaju žene koje nisu bile tri i više godina na pregledu te nisu obavile PAPA test, pripremaju i šalju pozivna pisma na kućne adrese žena. U kovrti je pismo s uputom, kupovnicom za pregled kod ginekologa koji uključuje PAPA test, kontakt podatci ginekologa i edukativni letak. Po primitku pozivnog pisma žene osobno dogovaraju termin pregleda s ginekologom. Cilj Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice je smanjenje pojavnosti raka vrata maternice i smanjenje smrtnosti od maligne neoplazme vrata maternice u dobnoj skupini od 25 do 64 godine te postizanje obuhvata od 85% ove populacije žena tijekom tri godine od početka Programa. Završen je prvi ciklus. Ovaj program se trenutno ne provodi jer je u tijeku reorganizacija u svrhu poboljšanja informatičkog programa i unaprjeđenja procesa pozivanja (26, 27, 28).

U provedbu Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka uključeni su timovi primarne zdravstvene zaštite, a njihova uloga je da motiviraju pacijente da se redovito odazovu na pozive koje dobiju od županijskih zavoda za javno zdravstvo i uključe u Programe (26, 27).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo kao koordinator na nacionalnoj razini za sva tri Programa, tiskao je brošuru o sva tri Nacionalna programa ranog otkrivanja raka za patronažne sestre, a županijski koordinatori su proveli edukaciju kroz predavanja i radionice. One su prepoznate kao važan sudionik u motivaciji stanovništva ciljnih dobnih skupina na odaziv i uključivanje u Programe, osobito u osoba sa: faktorima rizika za navedena sjela karcinoma, osobe slabijeg imovinskog stanja, neosigurane osobe, te one osobe koje nemaju odabranog liječnika obiteljske medicine (28).



Slika 7. Brošura za patronažne sestre za nacionalne programe ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj

Izvor: HZJZ, 2015. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Brosura-final-OK-NOVO-3.pdf>. Pristup: 8. 5. 2018.

Poticanje na imunizaciju ima važnu ulogu u prevenciji nekih vrsta raka. Australija bilježi 70% smanjenje oboljelih od raka vrata maternice od uvođenja cjepiva protiv HPV onkogenih virusa. Također bilježe i smanjenje broja oboljelih od karcinoma jetre nakon uvođenja cijepljenja protiv Hepatitsa B (29).

U Australiji se također provode ova tri nacionalna programa ranog otkrivanja raka, no postoje naznake o mogućnosti uvođenja programa za rano otkrivanje raka prostate, a do tada se preporuča kontrola PSA (Prostate specific antigen) kod liječnika primarne zdravstvene zaštite. Također potiču da se na razini primarne zdravstvene zaštite provode i dermoskopski pregledi u cilju ranog otkrivanja melanoma te potiču na dodatnu edukaciju iz dermoskopije, iako nisu još uveli skrining program za melanom. Osobito je važno poticati deprivirane skupine stanovništva na odaziv na nacionalne skrining programe jer je uočeno da se oni slabije odazivaju, a da češće imaju faktore rizika poput pušenja, smanjene konzumacije voća i povrća, pretilosti, tjelesnu neaktivnost i rizično seksualno ponašanje (29).

Liječnici primarne zdravstvene zaštite imaju važnu ulogu u prepoznavanju i odabiru onih simptoma koji će odlučiti o daljnjem postupku obrade i upućivanja u specijalističku sekundarnu zdravstvenu skrb, no poteškoće nastaju kada su to nespecifični simptomi i osobito ako su zabilježeni kod mladih ljudi. Većina tih simptoma su česti i nisu specifični samo za karcinome. Na krajnji ishod utječe i dijagnostička infrastruktura, npr. u Australiji se postiže bolje preživljenje nego u Danskoj ili Velikoj Britaniji zbog bolje dostupnosti kompjuterizirane tomografije, jer je uočeno da dostupnost znatno skraćuje dijagnostičko kašnjenje. (29, 30)

Postoji nekoliko vrsta karcinoma koji imaju simptome koji mogu lako liječnika primarne zdravstvene zaštite uputiti na sumnju na malignitet, kao što su: krv u stolici, anemija, hematurija, hemoptiza, kvržica u dojci i postmenopauzalno krvarenje te postoje određeni algoritmi za dijagnostiku i obradu. Izrađeni su prema PPV (positive predictive value) te ukazuju na opravdanu sumnju ako je PPV 5% i više, te su stratificirani prema dobi i spolu. No ovo područje je još uvijek u procesu intenzivnih istraživanja, njihovom izradom uvelike bi se olakšalo postavljenje rane dijagnoze (24, 29).

S obzirom na otežanu dijagnostiku nekih karcinoma potrebno je uspostaviti daljnje algoritme i preporuke u pogledu biomarkera koji bi mogli doprinijeti skraćanju dijagnostičkog intervala u simptomatskih pacijenata ili u onih koji imaju visok rizik (24).

Nakon liječenja u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, pacijenti oboljeli od maligne bolesti zahtijevaju dugotrajno praćenje, česte kontrolne preglede i intenzivniji nadzor. Broj takvih pacijenata je u značajnom porastu u svijetu. Prema podacima u Velikoj Britaniji ima 2 milijuna osoba koje su preboljele neku malignu bolest i predstavljaju 3% populacije, a do 2030. godine se predviđa udvostručenje tog broja. Većina pacijenata se prvih nekoliko godina kontrolira u sekundarnoj specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti glede primarne bolesti, no kod njih je često povećan morbiditet i za druge bolesti, kao i ukupni mortalitet. Maligna bolest ostavlja brojne nuspojave i fizičke posljedice, npr. nakon maligne bolesti u području male

zdjelice mogu ostati problemi sa mokrenjem, limfedemi, seksualne poteškoće, nakon neke terapije endokrinim lijekovima dolazi do osteoporoze, neki od lijekova koji se koriste kod bolesnika sa rakom dojke su kardiotoksični i nastaju srčani problemi. Osim toga pacijenti s preboljenim malignim bolestima često imaju različite psihološke, socijalne i financijske posljedice, kako za pacijenta tako i za njegovu obitelj. Sve te posljedice su vidljive dugi niz godina nakon preživljenja i za njihovu skrb su uvelike odgovorni liječnici primarne zdravstvene zaštite. S posebnom pažnjom je potrebno pratiti mlade osobe koje su preboljele malignu bolest i koje su primale ili kemoterapiju ili radioterapiju. Oni imaju 4 puta veći rizik za novu malignu bolest, 5 puta veći rizik za kongestivno zatajenje srca i sve to u roku od 10 godina od primarne bolesti (24, 29, 30).

Sve veći broj pacijenata uzima određene oblike kemoterapije za liječenje malignih bolesti izvan bolnice, u kući, tako da i ti pacijenti sve češće traže skrb od svojih liječnika primarne zdravstvene zaštite i iz tog specijalističkog područja. U ruralnim područjima, a isto tako i deprivirani pacijenti, iz socioekonomskih razloga često ne mogu putovati u veće kliničke centre te traže rješenje za njihovo stanje, nuspojavu ili komplikaciju liječenja kod liječnika primarne zdravstvene zaštite. Osnaživanje i dodatno educiranje timova primarne zdravstvene zaštite je stoga jako važno (24, 29).

Potreba za palijativnom skrbi je u porastu, a mjesto za provođenje ove vrste zdravstvene skrbi je upravo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Palijativna skrb je multidisciplinarna, aktivna, ukupna skrb za bolesnika, koja teži očuvanju kvalitete života oboljelih. Ključnu ulogu ima liječnik primarne zdravstvene zaštite koji koordinira i vodi cijelu skrb, a po potrebi odlučuje i o aktivnom uključivanju članova obitelji. Palijativna skrb u Hrvatskoj najčešće uključuje skrb u domu oboljele osobe uz sudjelovanje članova obitelji i članova šire zajednice oboljelog. Palijativna skrb može biti organizirana i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. U pružanju palijativne zdravstvene skrbi osim liječnika sudjeluju i medicinske sestre, patronažne sestre,

sestre iz ustanova za kućnu njegu, udruge bolesnika, duhovnici te osposobljeni volonteri. U domovima zdravlja se organiziraju palijativni mobilni timovi, koji uključuju liječnika i medicinsku sestru. U palijativnoj skrbi ključna je koordinacija primarne i sekundarne razine zdravstvene skrbi kako bi palijativna skrb bila što učinkovitija te kako bi se očuvalo dostojanstvo pacijenta i njegove obitelji (31).

Potrebe za zdravstvenom njegom i skrbi u tom periodu su vrlo intenzivne i zahtijevaju određena znanja koja nisu do sada uobičajeno korištena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, npr. održavanje dišnog puta. Potreba za palijativnom skrbi u visoko razvijenim zemljama se u oko 85% slučajeva rješava kroz primarnu zdravstvenu zaštitu, a npr. u Australiji, Velikoj Britaniji i Japanu samo 50%. Razlike postoje također u odnosu na urbane i ruralne regije. Većina pacijenata u terminalnoj fazi bolesti želi biti u svom domu i u krugu obitelji te će ovaj vid skrbi ubuduće zahtijevati dodatni angažmani i edukaciju liječnika primarne zdravstvene zaštite za palijativne pacijente (24, 30).

Najčešći simptomi oboljelih od malignih bolesti nakon kemoterapije i radioterapije

Nakon liječenja u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi ili u dnevnoj bolnici, pacijenti se često javljaju liječniku zbog nuspojava kemoterapije ili radioterapije. Oko 70 do 80% pacijenata liječenih sa kemoterapijom imaju mučninu ili povraćanje, koja može biti akutna ukoliko se javlja nekoliko sati poslije kemoterapije, ili odgođena – ukoliko se javlja 24 ili više sati nakon kemoterapije. Kod nekih pacijenata se mučnina i povraćanje javljaju i pored terapije antiemeticima te se takva naziva refraktorna. Mučnina može biti blaga ili jaka, što često ovisi o dozi, rasporedu i načinu primjene kemoterapije, kao i samim obilježjima pacijenta. Terapija antiemeticima se može početi davati prije same kemoterapije, a primjena može biti parenteralna, oralna ili rektalna – ovisno o samom stanju pacijenta. Mučnina i povraćanje se

također mogu javiti i nakon radioterapije, ali se najčešće javlja kod pacijenata kod kojih je zraчено cijelo tijelo ili gornja abdominalna regija. Veća ukupna doza radijacije i veća ozračena površina tijela su faktori koji utječu na samu jačinu mučnine i povraćanja (32).

Povišena tjelesna temperatura čest je simptom nakon kemoterapije. Prema definiciji Američkog društva za zarazne bolesti, pod povišenom temperaturom ili vrućicom podrazumijevamo tjelesnu temperaturu iznad 38,3 stupnja celzijusa koja traje više od jednog sata. Čest simptom u pacijenata sa karcinomom je neutropenija. Ukoliko je broj neutrofila manji od $0,5 \times 10^9/L$. Pacijent koji ima neutropeniju zahtjeva daljinu laboratorijsku i radiološku obradu, te urinokulturu i hemokulturu. Nakon obrade, prema procjeni liječnika, pacijentu se može ordinirati antibiotik u trajanju od 10 do 14 dana, no ukoliko nema poboljšanja, nakon 3 do 4 dana potrebno je ponovno procijeniti pacijenta. Osim navedenih simptoma, kod pacijenata na kemoterapiji se često javlja i dijareja, alopecija i kemoterapijom inducirana anemija. Dijareja se javlja najčešće između 7 i 10 dana nakon kemoterapije, te se za daljinu procjeni najčešće radi bakteriološka analiza stolice, te ukoliko je *Clostridium difficile* pozitivan, može se dati metronidazol, a ukoliko je negativan nalaz mogu se koristiti antimotilitetni lijekovi. Alopecija se također javlja nakon 7-10 dana nakon početka kemoterapije te se pacijentima savjetuje da skrate kosu te da po želji mogu nositi pokrivala za glavu. Kemoterapijom inducirana anemija se najčešće javlja nekoliko tjedana nakon početka kemoterapije, te je prvenstveno potrebno isključiti druge moguće uzroke anemije kao što su krvarenje, hemoliza i nutritivni deficit. Ukoliko je hemoglobin manji od 110 grama/L, može se preporučiti primjena rekombinantnog eritropoetina. Nakon radioterapije se također mogu javiti različiti simptomi, ali su oni često vezani za područje koje je zraчено. Nakon zračenja područja usne šupljine mogu se javiti mukozitisi te je tada potrebno područje tretirati lokalnim anestheticima, antifungicidima ili se preporuča ispiranje slanom ili bikarbonatnom otopinom (32).

Umor je vrlo čest simptom kod svih bolesnika oboljelih od karcinoma, te se on nakon agresivne kemoterapije ili radioterapije još dodatno pojačava. Javlja se vrlo rano tijekom liječenja, te može perzistirati mjesecima, pa čak i godinama, nakon završetka liječenja. Za razliku od običnog svakodnevnog umora, nakon odmaranja, simptomi umora se ne povlače i mogu voditi do odustajanja od brojnih aktivnosti kod pacijenta. Oko 70% zaposlenih pacijenata sa karcinomom, upravo zbog umora izostaje s posla, dok čak 28% zbog istog simptoma u potpunosti prestaju sa radom. Sedam kliničkih faktora može biti uzrokom umora: bol, emocionalni distres, nesanicu, anemija, nutritivni disbalans i tjelesna neaktivnost. Prema nekim istraživanjima, tjelesna aktivnost koja uključuje šetnju i aerobni trening imaju pozitivne učinke na neke simptome povezane sa karcinomom, uključujući i: umor, emocionalni distres, anksioznost i depresivne simptome. Pritom trebamo imati na umu cjelokupnu povijest bolesti i fizičko stanje pacijenta. Također postoje dokazi da psihosocijalne intervencije poput sudjelovanja u suportivnim grupama, bihevioralno savjetovanje i nošenje sa stresom, imaju pozitivan utjecaj na liječenje umora kod pacijenata sa karcinomom (32).

Bol je čest simptom kod pacijenata sa karcinomom, te je prisutan kod 30-50% pacijenata koji su u aktivnom tretmanu liječenja, a čak 70-90% onih koji imaju uznapredovale solidne tumore imaju kroničnu bol. Adekvatno i pravilno liječenje boli se može postići u 90% pacijenata. Najčešća prepreka u postizanju kvalitetnog tretmana boli je neopravdan strah pacijenta od narkotičkih analgetika. Intenzivna bol predstavlja hitnoću i zahtjeva adekvatan tretman. (32)

Mentalno zdravlje u pacijenata sa karcinomom također može biti narušeno te se uočava povećanje prevalencije depresije. Drugi psihijatrijski i psihološki problemi su po učestalosti jednaki kao i u općoj populaciji. Oni su često kod pacijenata sa karcinomom nedovoljno prepoznati i neadekvatno liječeni. Iako su dosadašnji podaci limitirani, ipak postoje snažne preporuke da je depresiju kod pacijenata sa karcinomom potrebno liječiti sa medikamentima.

Psihološki distres u pacijenata sa karcinomom često varira od normalnog do tuge, prestrašenosti, duhovne krize, preosjetljivosti, anksioznosti i sličnog. Pravilna prehrana tijekom liječenja pacijenata oboljelih od karcinoma često je dodatan izazov zbog mučnine, anoreksije, promijenjenog osjeta okusa i mirisa hrane, koji doprinose malnutriciji. Mali i česti obroci nutritivno bogate hrane, kao i tekući suplementi mogu poboljšati nutritivni status. Prevelike doze suplemenata minerala i vitamina mogu negativno utjecati na učinkovitost radioterapije i kemoterapije. Posebnu pažnju treba posvetiti zdravstvenoj ispravnosti hrane, posebno kod pacijenata koji su na imunosupresivnoj terapiji. Usprkos svim nastojanjima, 80% pacijenata sa uznapredovalim karcinomom ima kaheksiju, koja je karakterizirana gubitkom masnog i mišićnog tkiva. Većina pacijenata oboljelih od karcinoma primjenjuju jedan ili više oblika komplementarne ili alternativne medicine, međutim dokazi o učinkovitosti su nedostadni, a prema Cochrane review kontroliranoj studiji – masaža i aromaterapija pokazuju kratkotrajne benefite na psihološkom polju, posebno u redukciji anksioznosti kod pacijenata sa karcinomom. Alternativna terapija nema značajan negativan utjecaj na pacijenta, jedino u slučaju da zbog alternativne terapije pacijent odbija konvencionalnu terapiju, tada se rizik za pacijenta povećava. Neki biljni pripravci mogu čak i negativno djelovati na učinkovitost kemoterapije. Usprkos stresu koji se povećava ukoliko u obitelji postoji osoba oboljela od raka, kvaliteta bračnih odnosa najčešće nije bitno narušena. Međutim, često žene sa karcinomom dojke imaju strah od napuštanja, a jedan manji dio pacijenata navodi kako ih je bolest još više zbližila. Djeca pacijenata oboljelih od raka vrlo često osjećaju strah, promjene raspoloženja, osjećaj krivnje i distresa. Psihosomatski poremećaji i promjene raspoloženja su češći u adolescentica oboljelih roditelja. Kako bolest napreduje, tako od članova obitelji zahtjeva i veću skrb te se samim time ujedno povećava i sam pritisak i opterećenost unutar obitelji. Liječnik obiteljske medicine ima važnu ulogu te može pomoći u savladavanju straha i

zabrinutosti članova obitelji, te može pružiti potrebnu skrb u pogledu liječenja i zbrinjavanja simptoma bolesti (32).

Maligna bolest je stresor koji intenzivno utječe na emocije, kogniciju i ponašanje bolesne osobe. Depresija je odgovor na percipirani gubitak i u onkoloških bolesnika se javlja četiri puta češće u usporedbi s općom populacijom iste dobi. Povećan je rizik od suicida, posebno u ranoj fazi bolesti. U onkoloških bolesnika nerijetko nalazimo gubitak samopoštovanja uz promijenjenu sliku o sebi. Obiteljski liječnik, kroz psihološku potporu ili psihoterapijski zahvat potiče oboljelu osobu na aktivo suočavanje sa stresom, a kad je potrebno uključuje anksiolitike i antidepresive (33).

Brojne su psihološke promjene kod oboljelih pacijenata, a nerijetko se mogu vidjeti i u članova obitelji oboljelog. Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite je ovdje od iznimne važnosti, jer poznaje pacijenta dugi niz godina kao i njegovu obitelj što kod pacijenta stvara dodatni osjećaj sigurnosti i povjerenja. Zabrinutost i strah mogu dodatno izazivati, osim same bolesti i straha za krajnji ishod liječenja, problemi sa zaposlenjem i radnim mjestom, socijalna stigmatizacija, u mlađih bolesnika i eventualni problemi i zabrinutost oko reproduktivnog zdravlja i moguće seksualne poteškoće (kod mladih osoba oboljelih od raka vrata maternice, raka dojke i testisa). Sve navedene poteškoće češće će se susretati kod pacijenata koji od ranije imaju neki od psiholoških poteškoća ili psihijatrijskih poremećaja, koji su inače lošiji u socijalnim kontaktima. Takve osobe treba intenzivnije nadzirati i pružiti im potreban potporu. Istraživanja su pokazala da 25 do 35% pacijenata razvije psihološki distres, a 15% ima simptome depresije sa utjecajem na kvalitetu života. (24)

Kaheksija je nenamjerni gubitak tjelesne težine koji se često sreće kod onkoloških pacijenata, i često je praćeno anoreksijom – smanjenjem teka. Kaheksiju je moguće suzbiti pojačanom primjenom pripravaka za enteralnu primjenu kod onkoloških bolesnika koji osiguravaju dostatan kalorijski i nutritivni unos. Pacijentu sa dispnejom i kašljem mogu pomoći dobra

hidracija, vlaženje zraka, promjena, položaja, vježbe disanja, antitusci i opioidi, a u akutnom napadu dispneje alprazolam (34).

Rasprava

Iako se zdravstveni sustavi u svijetu stalno mijenjaju i prilagođavaju promjenama, posebna pažnja treba biti posvećena skrbi o pacijentima sa malignim bolestima. Ova skupina bolesti je iz više razloga u stalnom porastu; zbog nezdravih životnih navika poput pušenja, pretilosti, niskog unosa voća i povrća, ekscesivnom izlaganju suncu i umjetnim izvorima UV zračenja, rizičnim seksualnim ponašanjima te drugim štetnim faktorima iz okoliša. U stalnom porastu je i broj starijih osoba u srednje i visoko razvijenim zemljama, a znamo da je jedan od najznačajnijih faktora za nastanak malignih bolesti dob - starenje. Skrininzi predstavljaju moćan alat u borbi za smanjenje učestalosti malignih bolesti, no odaziv na ove programe je vrlo različit u svijetu i najčešće ne postiže željene rezultate u potpunosti. Uloga liječnika opće/obiteljske medicine, kao i patronažnih sestara, je ključna kako bi se potaknulo stanovništvo na veće uključivanje u skrining programe. Oni su u svijetu na različite načine organizirani, ali je nužno veće uključivanje liječnika primarne zdravstvene zaštite kako bi potaknuli osiguranike u skrbi na bolji odaziv, osobito one koji imaju faktore rizika i obiteljsku sklonost za neku od malignih bolesti. Patronažne sestre su također važan sudionik skrining programa, jer one kroz svoj rad mogu potaknuti na sudjelovanje u skriningu one osobe koje nemaju zdravstveno osiguranje, jer i oni mogu besplatno sudjelovati u skrining programima. Isto tako u gotovo svim timovima primarne zdravstvene zaštite postoji određeni broj osoba u skrbi koji se po više godina ne javljaju svom odabranom liječniku i ne koriste zdravstvenu zaštitu. U tim situacijama uloga patronažne sestre je od iznimne važnosti te ih ona treba potaknuti, osobito one koji imaju faktore rizika za maligne bolesti, osobe koje su

socioekonomski ugrožene i osobe koje zbog invaliditeta imaju ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti.

U svijetu, zahvaljujući napretku u dijagnostici, dostupnosti zdravstvene zaštite, napretku u radioterapijskim i farmakoterapijskim dostignućima, sve je više pacijenata koji prežive malignu bolest. Skrb o takvim bolesnicima zahtijeva dodatna znanja i vještine koje se moraju stalno usavršavati i unaprjeđivati kako bi se takvi pacijenti mogli češće liječiti u svom domu, a sekundarnu zdravstvenu zaštitu koristiti samo kad je to nužno, osobito kod palijativnih pacijenata. Sve češće zbog dužine liječenja i kroniciteta nekih malignih bolesti, pacijenti ali i njihova obitelj, zahtijevaju liječenje u svom domu. U svijetu, a isto tako u Hrvatskoj, sekundarna zdravstvena skrb provodi većinu dijagnostičkih postupaka i liječenja te u tom segmentu liječnici primarne zdravstvene zaštite imaju ulogu koordinatora i trebaju intenzivnije pratiti druge komorbiditete, osobito u starijih osoba.

Iako je broj pacijenata po timu već duži niz godina manje-više isti, mijenja se dobna struktura osiguranika sa povećanjem populacije starije životne dobi, te liječnici primarne zdravstvene zaštite trebaju rješavati sve kompleksnije slučajeve u pogledu liječenja i dodatne dijagnostike. U edukacijskom smislu je potrebno češće organizirati potrebne kongrese i radionice kako bi se povećale vještine i kompetencije djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti usmjerene upravo ovoj skupini bolesnika. Liječnici obiteljske medicine imaju pacijente koji zahtijevaju puno češće kontrolne preglede i širu dijagnostičku obradu, te i to treba imati na umu kada se ugovaraju timovi u pogledu preporučenog broja osiguranika u skrbi, te potrebnog broja pregleda. U svijetu postoje određeni postupnici i algoritmi što u Hrvatskoj nije uvijek slučaj, te je stoga potrebno i u Hrvatskoj izraditi iste, ali namijenjene radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te zbrinjavanju pacijenata sa sumnjom na malignu bolest, pogotovu kod mlađih osoba i kod karcinoma koji imaju nespecifičnu simptomatologiju.

Multidisciplinarna suradnja između liječnika obiteljske medicine, specijalističke zdravstvene zaštite i patronažne službe sa zavodima za javno zdravstvo, ključna je kako bi se ostvarili bolji rezultati u skrining programima ranog otkrivanja raka dojke, vrata maternice i kolona koji se provode u Hrvatskoj kako bi se smanjio mortalitet i postigli bolji rezultati u liječenju, jer rano otkrivena zloćudna bolest povećava preživljenje i povećava kvalitetu života osobe oboljele od maligne bolesti.

Zaključak

Maligne bolesti predstavljaju značajan javnozdravstveni problem u svijetu. Broj oboljelih je u stalnom porastu, a isto tako i očekivano trajanje života uz sve veće starenje stanovništva. Zbog toga se očekuje daljnje povećanje oboljelih od malignih bolesti, a zahvaljujući napretku medicine povećava se i preživljenje. Stoga će skrb za ovu skupinu bolesnika zahtijevati jačanje organizacijske strukture, programe ranog otkrivanja, racionalno liječenje, organizaciju palijativne skrbi, psihosocijalnu potporu oboljelima i članovima obitelji te povećanje kadrova i sredstava za liječenje ove skupine bolesti. Uloga primarne zdravstvene zaštite u skrbi za bolesnike oboljele od malignih bolesti je od iznimne važnosti i odnosi se na cijeli proces; od primarne prevencije, sudjelovanja u skrining programima, ranog otkrivanja i dijagnostike, poticanja na odaziv u skrining programe, upućivanje na dijagnostičke i terapijske postupke, praćenje stanja nakon terapije te zbrinjavanje nuspojava terapije. U cijelom procesu dijagnostike, terapije i palijativne skrbi, uloga liječnika opće/obiteljske medicine je od iznimne važnosti i u simptomatskoj, psihosocijalnoj i palijativnoj skrbi, kako pacijentu tako i članovima obitelji kada to bude potrebno. Organizacijski nedostaci kao što su velik broj pacijenata po timu, postaju očitiji u svijetlu stalnog povećanja broja oboljelih od malignih bolesti. Same maligne bolesti postaju kronična stanja koja zahtijevaju dugotrajno i učestalo

praćenje, te treba uzeti u obzir i starenje stanovništva koje sa sobom nosi sve više osoba sa brojnim komorbiditetima. Sve to zahtijeva dodatnu edukaciju liječnika primarne zdravstvene zaštite, jasne protokole i postupnike, širu multidisciplinarnu suradnju i smanjenje broja pacijenata po timu.

Sažetak

U svijetu se povećava broj oboljelih od malignih bolesti te se i dalje predviđa njihov porast u incidenciji i prevalenciji. U razvijenim zemljama mortalitet stagnira, a u nekim najrazvijenijima zahvaljujući napretku medicine se i smanjuje. Primarna zdravstvena zaštita ima vrlo važnu ulogu u prevenciji malignih bolesti kroz poticanje zdravih stilova života koji uključuju pravilnu prehranu, redoviti unos voća i povrća, redovitu tjelesnu aktivnost, a smanjenje faktora rizika kao što su: pušenje, pretilost, prekomjerna konzumacija alkohola, ekscesivno izlaganje suncu te drugi štetni faktori iz okoliša. Poticanje pacijenata na odaziv u nacionalne skrining programe također doprinosi ranom otkrivanju bolesti, boljem ishodu, poboljšanju preživljenja i boljoj kvaliteti života. Rana dijagnostika, prepoznavanje simptoma te upućivanje na stacionarno liječenje zahtijevaju od liječnika primarne zdravstvene zaštite pažljivu koordinaciju u praćenju bolesti, prepoznavanje nuspojava i liječenju komorbiditeta. Palijativna skrb zahtijeva intenzivno uključivanje djelatnika primarne zdravstvene zaštite, sve češće se provodi u domu oboljele osobe, a koordinira je liječnik opće/obiteljske medicine. Kontinuirana edukacija o prevenciji ove skupine bolesti i skrbi za bolesnika oboljelog od maligne bolesti je nužna uz izradu postupnika i algoritama za najčešća sijela raka. Multidisciplinarnu suradnju je potrebno primjenjivati u cijelom procesu prevencije, skrininga, dijagnostike i liječenja, a osobito u palijativnoj skrbi kako bi se osigurao dostojanstven život osobe oboljele od maligne bolesti.

Ključne riječi: maligne bolesti, faktori rizika, palijativna skrb, primarna zdravstvena zaštita, prevencija, skrining programi

Summary

The number of malignant diseases is increasing in the world, and their incidence and prevalence is expected in the future. Mortality stagnates in developed and even decrease in some of the most developed countries thanks to the advancement of medicine. Primary health care plays a very important role in malignant diseases prevention by stimulating healthy lifestyles choices including proper nutrition, regular intake of fruits and vegetables, regular physical activity, and reducing risk factors such as: smoking, obesity, excessive alcohol consumption, excessive exposure to sunlight and other harmful environmental factors. Encouraging patients to respond to national screening programs also contributes to early detection of disease, a better outcome, improved survival and improved quality of life. Early diagnosis, recognition of symptoms, and referral to a specialist treatment require from primary health care physicians a careful medical attention, recognition of side effects, and treatment of comorbidity. Palliative care requires an intensive involvement of primary health care workers, being increasingly carried out in the home of a sick person, and coordinated by a primary health care physician. Continuous education on prevention of this disease group and care for patients suffering from malignant diseases is necessary along with the development of procedures and algorithms for the most common cancer site. Multidisciplinary collaboration needs to be applied throughout the prevention, screening, diagnosis and treatment process, especially in palliative care, to ensure dignified life of a person suffering from malignant disease.

Key words: malignant diseases, risk factors, palliative care, primary health care, prevention, screening programs

Literatura

1. Gunn J, Pirotta M. Recognising the role of primary care in cancer control. *The British Journal of General Practice*. 2015;65(640):569-570.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever) 2008*. Dostupno na: <http://www.who.int/whr/2008/en/>. Pristup: 8.6.2018.
3. Jonjić A. i ostali. *Socijalna medicina*. Rijeka, 2007.
4. HZZO. *Zdravstvena zaštita i pružatelji*. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-i-pruzatelji/>. Pristup: 17.5.2018.
5. Bukmir L. *Bolesnik s malignom bolesti u ambulanti PZZ-e*. Knjiga sažetaka: Riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Katedra za obiteljsku medicinu. Rijeka, 2017.
6. Alexe DM, Albrecht T, McKee M, Coleman MP. Cancer control in Europe today: challenges and policy options. *Eurohealth* Vol 14, No 3, 12-15; 2008.
7. WHO. *Cancer. Key facts*. 2018. Dostupno na: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Pristup: 8.6.2018.
8. Golčić M. *Hospicij i znanstveno-istraživački rad: (ne)spojiva kombinacija?* Knjiga sažetaka: Riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Katedra za obiteljsku medicinu. Rijeka, 2017.
9. Topić M, Papić-Polić M, Delić M. *Palijativno liječenje onkoloških bolesnika*. Knjiga sažetaka: Riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Katedra za obiteljsku medicinu. Rijeka, 2017.

10. Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“. Dostupno na: <http://hospicij-marijakozulic.hr/>.
Pristup: 8.6.2018.
11. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. U: Forman D, Ferlay J. The global and regional burden of cancer. IARC Lyon, 2014.
12. Health at a glance 2017. Health status - Mortality from cancer. OECD, 2017.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za maligne bolesti. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-maligne-bolesti/>. Pristup: 10.5.2018.
14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj u 2015. godini. Bilten br. 40. Zagreb, 2018.
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Služba za epidemiologiju. Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2015. godini. Zagreb, 2016.
16. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Svjetsko istraživanje preživljenja od raka: Hrvatska ispod europskog prosjeka. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetsko-istrazivanje-prezivljenja-od-raka-hrvatska-ispod-europskog-prosjeka/>. Objavljeno: 31. siječnja 2018. Pristup: 10.5.2018.
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 1998. godinu. Zagreb, 1999.
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2016. godinu. Zagreb, 2017.
19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2015. godinu. Zagreb, 2016.
20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj u 1998. godini. Bilten br. 23. Zagreb, 2001.

21. Gmajić R. Zadatci liječnika obiteljske medicine u tercijarnoj prevenciji bolesnika sa zloćudnim bolestima. Kongres društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb, 2015.
22. Katić M. Specifičnosti pristupa onkološkom bolesniku u obiteljskoj medicini. Kongres društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb, 2015.
23. Dobrila-Dintinjana R, Šamija M. Onkološka edukacija liječnika i medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite. *Medicina Fluminensis*, Vol.51 No.3;324-325. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=toc&id_broj=11638. Pristup 4.5. 2018.
24. Rubin G. et al. The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*. September 2015. Volume 16, No. 12, p1231–1272.
25. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. WHO. Geneva: 2017.
26. Janković S, Glibotić Kresina H, Gašparović Babić S. Nacionalni preventivni programi za borbu protiv raka – provedba i implementacija u svakodnevni rad liječnika PZZ-e. Knjiga sažetaka: Riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Katedra za obiteljsku medicinu. Rijeka, 2017.
27. Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo zdravlja. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. Zagreb, rujan 2012.
28. Antoljak N; Balorda Lj; Hranilović B; Jelavić M; Kutnjak Kiš R; Lazarić Zec D; Nakić D; Resanović B; Santo T; Stevanović R et al. Patronažne sestre u provedbi nacionalnih programa ranog otkrivanja raka / Stevanović, Ranko (ur.). Zagreb, 2015: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015.

29. Moloney E. Cancer in General Practice. University of Sydney. Dostupno na: <https://www.cancer.org.au/content/pdf/HealthProfessionals/OncologyEducation/EmmaMoloney.pdf>. Pristup 17.5.2018.
30. McAvoy BR. General practitioners and cancer control. *Med J Aust* 2007; 187 (2): 115-117. Published online: 16 July 2007. Dostupno na: <https://www.mja.com.au/journal/2007/187/2/general-practitioners-and-cancer-control>. Pristup 16.5.2018.
31. Pribić S. Palijativna skrb onkoloških bolesnika u domu bolesnika. Kongres društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb, 2015.
32. Smith GF, Toonen TR. Primary Care of the Patient with Cancer. *Am Fam Phys*. 2007;75:1207–14.
33. Ljubotina A. Psihijatrijski poremećaji u onkoloških bolesnika i psihosocijalna podrška. Knjiga sažetaka: Riječki dani primarne zdravstvene zaštite „Bolesnik s malignom bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Katedra za obiteljsku medicinu. Rijeka, 2017.
34. Šimunović R. Potporno liječenje onkoloških bolesnika u obiteljskoj medicini. Kongres društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb, 2015.

Životopis

Ana Balorda, rođena 16.11.1992. godine u Zadru, gdje je završila Osnovnu školu Bartola Kašića 2007. godine i Gimnaziju Juraj Baraković u Zadru 2011. godine, opći smjer. Medicinski fakultet, Sveučilišta u Rijeci upisala je 2011. godine. Govori engleski i talijanski jezik. Tijekom studija sudjelovala je aktivno na nekoliko domaćih i međunarodnih kongresa na kojima je prezentirala svoje radove iz područja ranog otkrivanja dijabetesa, debljine, kardiovaskularnih bolesti, komunikacijskih vještina i ginekoloških karcinoma. Područje interesa joj je prevencija i rano otkrivanje kroničnih nezaraznih bolesti kao što su kardiovaskularne i maligne bolesti, kroz usvajanje zdravih životnih stilova, pravilnu prehranu, održavanje poželjne tjelesne težine i redovitu tjelesnu aktivnost te kroz sprječavanje štetnih faktora rizika za nastanak kroničnih nezaraznih bolesti, u prvom redu sprječavanje pušenja, pretilosti, nezdrave prehrane, te tjelesne neaktivnosti. Rekreativno se bavi odbojkom i plesom.