

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
SVEIKATOS POLITIKOS IR VADYBOS IŠTĚSTINIŲ
MAGISTRANTŪROS STUDIJŲ PROGRAMA

Audrius Dulskas

**Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių
vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
prof. Marija Čaplinskienė

Vilnius

2025

TURINYS

PAVEIKSLŲ SAŖAŠAS	4
LENTELIŲ SAŖAŠAS	5
PRIEDŲ SAŖAŠAS	6
SANTRAUKOS	7
ĮVADAS	8
1. STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO PREVENCIJOS IR ANKSTYVOS DIAGNOSTIKOS BŪTINYBĖ	16
1.1 SŽV epidemiologija Lietuvoje ir pasaulyje.....	16
1.2 SŽV programos tarptautinis pagrindimas.....	20
1.3 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos organizavimas.....	25
1.3.1 SŽV ankstyvos diagnostikos teisinis reglamentavimas.....	25
1.3.2 SŽV ankstyvos diagnostikos programos pilotinis tyrimas.....	29
1.3.3 SŽV patikrai naudojami testai ir jų ekonominė nauda.....	34
1.3.4 SŽV ankstyvos diagnostikos programos ekonominis vertinimas.....	34
1.4 SŽV ankstyvos diagnostikos programos aprėptys Europoje ir Lietuvoje.....	40
1.4.1 SŽV ankstyvos diagnostikos programa Europoje, Lietuvoje ir kitose šalyse.....	40
1.4.2 Socialinės problemos susijusios su SŽV patikros programa.....	47
2. TYRIMO METODOLOGIJA	56
3. STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO ANKSTYVOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOS VERTINIMO TYRIMAS	60
3.1 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: dalyvavusių ir nedalyvavusių joje asmenų požiūris.....	60
3.2 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: specialistų (bendrosios praktikos gydytojų) požiūris.....	64

3.3 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: politikos formuotojų požiūris.....	67
3.4 Storosios žarnos patikros programos efektyvumo vertinimas panaudojant duomenų apvilkimo analizės metodą.....	68
DISKUSIJOS/ TYRIMO APŽVALGA.....	72
IŠVADOS.....	74
REKOMENDACIJOS.....	77
LITERATŪROS ŠALTINIAI.....	81
ANOTACIJA.....	88
ANOTATION.....	89
SANTRAUKA.....	90
SUMMARY.....	91
PRIEDAI.....	92

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Storosios žarnos vėžio pasiskirstymas lyginant su kitais vėžiais. 16 psl.
- 2 pav. Storosios žarnos vėžio nustatymo dažniai lyginant skirtingus pasaulio regionus. 18 psl.
- 3 pav. Mirtingumas nuo gaubtinės žarnos vėžio Lietuvoje. 19 psl.
- 4 pav. Storosios žarnos vėžio patikros programų veikla (efektyvumas) Europoje, 2019 metai. 22 psl.
- 5 pav. Storosios žarnos vėžio patikros programos finansavimo dinamika. 35 psl.
- 6 pav. Storosios žarnos patikros programos iniciacijos metai Europos sąjungos šalyse 37 psl.
- 7 pav. Dalyvavimo storosios žarnos vėžio patikros programoje aktyvumas skirtinguose Lietuvos regionuose. 52 psl.
- 8 pav. Respondentų, dalyvavusių patikros programoje išsilavinimas (A) vs nedalyvavusieji (B). 60 psl.
- 9 pav. Respondentų, dalyvavusių patikros programoje amžiaus grupės (A) vs nedalyvavusieji (B). 61 psl.
- 10 pav. Nedalyvavusieji programoje į klausimą kas paskatintų dalyvauti SŽV patikros programoje. 62 psl.
- 11 pav. Ar turite pakankamai žinių apie patikros programą, jos tikslą ir eigą? 62 psl.
- 12 pav. Laikas iki kolonoskopijos atlikimo, remiantis respondentų atsakymais. 64 psl.
- 13 pav. Respondentų darbo patirtis. 65 psl.
- 14 pav. Iš kur gavote informaciją apie storosios žarnos vėžio patikros programą? 65 psl.
- 15 pav. Ar pacientus aktyviai kviečiate dalyvauti programoje ar tik tuos, kurie ateina vizitui? 66 psl.
- 16 pav. Kas suteikia informaciją, kad pacientas turi dalyvauti patikros programoje? 66 psl.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Šalys, kuriose 2022 metais nustatyta daugiausia storosios žarnos vėžio atvejų (absoliutūs skaičiai). 17 psl.

2 lentelė. Storosios žarnos vėžio sergamumo dinamika lyginant skirtingus periodus – Lietuva. 18 psl.

3 lentelė. Skirtingi storosios žarnos vėžio patikros programoje naudojami testai, jų jautrumas, specifiskumas, atlikimo dažnis ir kaina. 34 psl.

4 lentelė. Europos sąjungos šalių ir kitų SŽV patikros programos pagrindiniai duomenys. 42-44 psl.

5 lentelė. Teritorinių ligonių kasų ir Vėžio registro duomenys apie storosios žarnos vėžį ir patikros programą. 51 psl.

6 lentelė. Klausimai apie dalyvavimo programoje atskirus epizodus ir paciento kelio aiškumą. 63 psl.

7 lentelė. Duomenų matavimo vienetai ir jų efektyvumas (penkios teritorinės ligonių kasos). 69 psl.

8 lentelė. Tikslinės įvestys. 70 psl.

9 lentelė. Tikslinės išvestys. 70 psl.

PRIEDŲ SĄRAŠAS

- 1 Priedas – Klausimynas skirtas dalyvavusiems storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje
- 2 Priedas – Klausimynas skirtas nedalyvavusiems storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje
- 3 Priedas – Klausimynas skirtas Bendrosios praktikos gydytojams apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą
- 4 Priedas – Klausimai skirti interviu su politikais
- 5 Priedas – Konferencija seime, kurios metu pristatyti magistro metu gauti kai kurie duomenys
- 6 Priedas – Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą

SANTRAUKOS

SŽV – storosios žarnos vėžys

FKS – fibrokolonoskopija (kolonoskopija)

DEA – duomenų apvilkimo analizė (DEA ang. *data envelopment analysis*)

iFOBT – slaptas kraujo testas išmatose

TLK – teritorinė ligonių kasa

VLK – valstybinė ligonių kasa

ES – Europos Sąjunga

VGT – vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

LR – Lietuvos Respublika

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

ĮVADAS

Temos aktualumas. Storosios žarnos vėžys (SŽV) yra antroje vietoje pagal dažnumą ir trečioje vietoje pagal vėžio sukeltas mirtis tiek pasaulyje tiek Lietuvoje¹⁻³. Tarptautiniai stebėsenos tyrimai rodo, jog SŽV yra trečia dažniausiai diagnozuojama onkologinė liga, o pagal mirtingumą užima antrą vietą.

Lietuvoje vėžio registro duomenimis per metus diagnozuojama apie 1700 naujų vėžio atvejų. Daugiau nei 800 žmonių miršta nuo šio vėžio. Šis vėžys sudaro virš 10 proc. naujų vėžio atvejų. Deja Lietuvos pacientų, kurie susergera SŽV prognozė yra viena blogiausių lyginant su kitomis Europos šalimis. Nuo 1998 metų stebėjome sergamumą, o 2015 m. 100 tūkst. gyventojų teko 43,5 naujų atvejų⁴.

Storosios žarnos vėžys yra vienas iš vėžių, kurių galima išvengti. Yra žinomi rizikos veiksniai tokie kaip: vyresnis amžius, nutukimas, dieta, kurioje gausu raudonos termiškai apdorotos, rūkytos mėsos, riebus maistas. Riziką didina mažas vitamino D kiekis, skaidulinio maisto, daržovių ir vaisių mažas kiekis dienos racione. Taip pat nustatyta, kad uždegiminės žarnyno ligos

¹Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024 Jan-Feb;74(1):12-49. doi: 10.3322/caac.21820. Epub 2024 Jan 17. Erratum in: *CA Cancer J Clin.* 2024 Mar-Apr;74(2):203.

²Dulskas A, Poskus T, Kildusiene I, Patasius A, Stulpinas R, Laurinavičius A, Mašalaitė L, Milaknytė G, Stundienė I, Venceviciene L, Strupas K, Samalavicius NE, Smailyte G. National Colorectal Cancer Screening Program in Lithuania: Description of the 5-Year Performance on Population Level. *Cancers (Basel).* 2021 Mar 6;13(5):1129.

³OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5ed683c8-en>.

⁴Dulskas A, Gaizauskas V, Kildusiene I, Samalavicius NE, Smailyte G. Improvement of Survival over Time for Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Study. *J Clin Med.* 2020 Dec 14;9(12):4038.

(Krono liga, opinis kolitas) dėl neoplastinio lėtinio uždegimo poveikio didina SŽV riziką. Be to išgyvenamumas nuo šio vėžio labai priklauso nuo stadijos: diagnozavus I stadijos SŽV, yra 90 proc., II stadijos – 75 proc., III stadijos – 70 proc., IV stadijos – 10 proc. Todėl dėl lėto augimo ir geros prognozės esant ankstyvoms stadijoms dar labiau suprantama patikros programos tikslas.

Lietuvoje SŽV prevencijos programą vykdo bendrosios praktikos gydytojo institucija (paprastai jie atsakingi už žmonių pakvietimą dalyvauti patikroje, tačiau kiekvienas 50–74 metų (imtinai) gali kreiptis į BPG ir atlikti slauto kraujo išmatose testą. Jeigu testas neigiamas – laikoma, jog žmogus žarnyno patologija neserga. Tuo tarpu esant teigiamam testui, žmogus siunčiamas atlikti kolonoskopiją. Jeigu šio tyrimo metu žarnyne nustatoma patologija – paimama biopsija, ar iš karto atliekamas gydymas (įvairių žarnyno darinių šalinimas), kuri objektyviai patvirtina arba paneigia SŽV diagnozę. Lietuvoje pilotinis tyrimas vertinti prevencinę programą buvo vykdytas 2009-2012 metais Vilniaus ir Kauno apskrityse 2009 m. Pirmame cikle (2 metai) iFOBT testas atliktas 160 008 žmonėms, iš kurių 12 118 (7,5 proc.) buvo teigiamas atsakymas. Per pirmąjį programos vykdymo dešimtmetį (2009–2019) buvo atlikti 1 899 266 iFOBT testai, 87 950 kolonoskopijų, 31 818 biopsijų. Nuo 2014 m. programa vykdoma visoje Lietuvoje ir per visus jos vykdymo metus apie 8 proc. visų atliktų iFOBT testų buvo teigiami². SŽV prevencijos programos metu aptinkamos ikivėžinės ir ankstyvos vėžio formos – tokiu būdu sumažinamas ligos dažnis ir mirtingumas. Tuomet galima taikyti mažai invazinius gydymo metodus, kurie yra pigesni ir efektyvesni. Daugelis valstybių, įskaitant Lietuvą, taiko prevencijos programas apibrėžtai rizikos grupei, tačiau, kitos šalys, pvz., kai kuriose valstijose asmuo pats nusprendžia, ar tikrintis. Tokiu būdu neįmanoma įvertinti tokios patikros kokybės, naudojamų/reikiamų išteklių ar efektyvumo. Europos Sąjungos išleistose rekomendacijose nurodo, jog 95 proc. tikslinės grupės žmonių turėtų būti pakviesti dalyvauti SŽV programoje ir bent 65 proc. turėtų pasitikrinti⁵.

⁵https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0

COVID pandemijos metu šios patikros programos efektyvumas gerokai krito – žmonių dalyvavusių patikroje skaičius sumažėjo nuo 56 proc. iki 48 proc³. Tokiu būdu buvo stebėtas ir didesnių stadijų vėžių padidėjimas klinikoje⁶. Kita problema, jog šios programos efektyvumui padidinti skiriama vis daugiau lėšų, tačiau nustatomų vėžio atvejų skaičius, mirtingumas ir stadijos sumažėjimas nėra stebimas⁷. Taigi šios lėšos yra naudojamos neefektyviai.

Tyrimo naujumas. Nors Lietuvoje sveikatos apsaugos sistemos ar atskirų įstaigų efektyvumas buvo vertintas ir anksčiau⁸⁻¹⁰, tačiau dar nei vienas autorius nenagrinėjo nei storosios žarnos patikros programos efektyvumo pasitelkiant DEA, nei pačios sistemos efektyvumo. Lietuvoje buvo atlikti keli panašūs tyrimai: Juozapavičienė savo magistro baigiamajame darbe nagrinėjo pacientų, kurie dalyvavo SŽV patikroje ir kuriems buvo atlikta kolonoskopija pasitenkinimą šiuo tyrimu. Autorė nustatė, jog pasitenkinimą procedūra lėmė ankstesnė patirtis, socialiniai ekonominiai ir kiti veiksniai¹¹.

⁶Jurkevičiūtė D, Mauravičiūtė S, Dulskas A, Kildušienė I, Stratilatovas E, Jarmalaitė S. Changes of Colorectal Cancer Diagnostics and Hospitalizations during First Wave of COVID-19 Pandemic in Lithuania. *Acta Med Litu.* 2023;30(1):39-44.

⁷https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0

⁸Štaras K, Šiopė A, "VšĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumo vertinimas," *Socialinių mokslų studijos / Social Sciences Studies* 3, Nr. 7 (2010): 163–176.

⁹Jerdiakova N, Mikaliūkštienė A, Rabkovskaja J, Kutkauskienė J, ir Davydenko E. "Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris." *Sveikatos mokslai. Health sciences in Eastern Europe* 30, Nr. 1 (2020): 56-64.

¹⁰Kalibatas, V. Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas : daktaro disertacija : biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. <https://lsmu.lt/cris/entities/publication/cc73c54e-69bd-4fa0-9757-a07fb532d602>

¹¹Juozapavičienė, D. „Pacientų dalyvaujančių profilaktinėje SŽV patikroje pasitenkinimą endoskopiniu tyrimu“. Magistrantūros studijų programos „Klinikinė slauga“ baigiamasis darbas, LSMUL, 2014

Kitame magistro baigiamajame darbe atlikta Kaune 2017 m., magistrantė nagrinėjo SŽV patikros programos veikimą pasirinktame mieste – Šakiuose¹². Autorė nurodo, jog dauguma apklaustųjų rūpinsi savo sveikata, pritarė, jog yra svarbu stiprinti sveikatą ir žinojo, kad patikros programa labai naudinga nustatant ankstyvus ikivėžinius ar vėžinius pakitimus. Tokiu būdu kaip ir teigėme sumažinamas mirtingumas. Taip pat respondentai atžymėjo, jog susirgus vėžiu, jų finansinis saugumas atsidurtų pavojuje. Taip pat stebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dalyvavusių ir nedalyvavusiųjų programoje ir baimės susirgti SŽV. Joje dalyvavę labiau bijojo susirgti vėžiu, taip pat suprato, jog dalyvavimas programoje yra naudingas, bendrai labiau rūpinosi savo sveikata¹². Taip pat stebėta, jog vyresnieji, gyvenantys mieste labiau bijojo susirgti vėžiu ir buvę linkę dažniau dalyvauti patikroje. Moterys, kaip ir daugelyje ankstesnių tyrimų, buvo labiau linkę rūpintis savo sveikata ir dalyvauti SŽV patikros programoje. Tiriamųjų dalyvavimas patikros programose nepriklausė nuo išsilavinimo, pajamų ar šeiminių padėties. Remiantis respondentų atsakymais nustatyta, jog svariausias vaidmuo didinant dalyvavimą patikros programoje tenka bendrosios praktikos gydytojui ar slaugytojui. Šioje apklausoje mažiausią vaidmenį respondentai skyrė koordinatoriui. Įdomu tai, jog respondentai pritarė nuomonei, jog atsakomybę dėl dalyvavimo patikros programoje turi pasidalinti ir patys tiriamieji. Dauguma atsakiusiųjų apie programą sužinojo iš bendrosios praktikos gydytojo. Tik maža dalis sužinojo iš slaugytojo ir dar mažiau (4 proc.) – koordinatorių. Kitame vėlgi vienoje iš Kauno poliklinikų atliktame tyrime įtraukti 327 respondentai dalyvavę SŽV patikros programoje. Du trečdaliai respondentų buvo moterys (65.7 proc.).

¹²Dobrovolskytė, G. (2017). *Pacientų motyvacijos dalyvauti storosios žarnos vėžio profilaktikos programoje vertinimas Šakių rajone* (Magistro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos vadyba).

Prieiga per internetą: <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/a2dc9b1b-cc2e-4cbd-8901-f21fc09b7243/content>

Didžioji dalis atsakiusių žinojo kas tai yra SŽV patikros programa ir kiek mažiau nei du trečdaliai tyrimo dalyvių žinojo kas yra kolonoskopija¹³. Iš visų atsakiusių 74.9 proc. žino kaip yra atliekama SŽV programa bei beveik devyni dešimtadaliai žino, kad ji yra nemokama. Iš visų apklaustųjų 60.9 proc. žinojo kaip atliekamas endoskopinis tyrimas. Be to, žinių kiekis ir dalyvavimas programoje priklausė nuo išsilavinimo (labiau išsilavinę), moteriškos lyties, gyvenimo mieste (vs kaime), ir ar respondentas buvo dirbantis. Šie duomenys atitinka nurodomus tarptautinėje literatūroje. Didžioji dalis respondentų žinojo ir apie pačią programą, jos eigą, bei pagrindinius vėžio simptomus. Dalyvavimas patikroje glaudžiais susijęs su turimomis žiniomis apie programą. Kaip ir ankstesniuose tyrimuose, žmonės, kurie labiau rūpinosi savo sveikata, gyveno sveikesnį gyvenimo būdą, turėjo geresnį požiūrį į patikros programą ir aktyviau dalyvavo joje¹³. Jau kitais metais, 2019 m, Mykolo Romerio universitete buvo apgintas magistrinis darbas, kuriame buvo vertintas storosios žarnos vėžio prevencinės programos efektyvumas Jurbarko rajone¹⁴. Darbo autorius nustatė, jog didesnė dalis respondentų SŽV patikros programoje nedalyvauja, nes negauna pakvietimo. Be to, profilaktiniai patikrinimai jiems nėra svarbūs. Atsakiusių nuomone pakvietimas, daugiau informacijos viešoje erdvėje ir lengvesnis bei paprastesnis profilaktinių programų prieinamumas yra svarbiausi faktoriai, kurie gali padidinti dalyvavimą SŽV patikros programoje. BPG nuomone skaidresnis finansinis skatinimas ir konsultacijai skirto laiko pailginimas buvo svarbiausi veiksniai galintys padidinti SŽV patikros programos efektyvumą. 2025 metais baigiamajame darbe autorės nagrinėjo slaugytojų žinias ir požiūrį į SŽV patikros

¹³Sabaliauskas, Š. (2018). Kauno miesto „X“ poliklinikos pacientų požiūris į storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą (Magistro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos vadyba). Prieiga per internetą: <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/0f6932ed-2dbf-4a2f-b364-e718e1070f7d/content>

¹⁴Pėčelis, V. (2019). Storosios žarnos vėžio prevencinės programos efektyvumo įvertinimas Jurbarko rajone (Magistro baigiamasis darbas, Mykolo Romerio universitetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas). Prieiga per internetą: <https://cris.mruni.eu/cris/handle/007/40234>

programą¹⁵. Autorių duomenimis dauguma (du trečdaliai) tyrime dalyvavusių respondentų turi pakankamai žinių apie minėtą programą. Tuo tarpu net vienas trečdalis negalėjo įvertinti savo žinių, o dešimtadalis prisipažino turintis nepakankamai žinių. Beveik visi respondentai teisingai pasirinko tikslinės grupės amžiaus ribas (50 – 74) ir tikrinimosi dažnio intervalą (2 m.). Be to, dauguma respondentų žinojo žinojo ir pagrindinius SŽV simptomus.

Tyrimo problema: Nors Lietuvoje funkcionuoja SŽV patikros programa, jos efektyvumas išlieka ribotas dėl mažo pacientų aktyvumo, nevienodo šeimos gydytojų įsitraukimo ir nepakankamo politinio dėmesio. Trūksta visapusiško vertinimo, apimančio paciento, gydytojo ir politiko perspektyvas. Be to, visi etapai smulkiai aprašyti ministro įsakymuose, nurodyti sekami kokybės rodikliai. Tačiau trūksta skaitmeninių priemonių, kad būtų galima aktyviai sekti ir analizuoti turimus duomenis, be to vis dar nėra atliktas patikros programos ekonominis efektyvumo vertinimas. Nėra aišku ar verta tęsti šią programą. Be to, net ir esant sekamiems rodikliams ir etapams aprašytiems SAM ministro įsakyme nėra aišku kas ir už ką yra atsakingas, kas kaltas jeigu rodikliai neatitinka užsibrėžtų. Nėra numatytų terminų kada atliekamos analizės ir programos vertinimas.

Tyrimo objektas: visapusiškai išnagrinėti storosios žarnos vėžio patikros programos vykdymo etapus, galimus sunkumus kiekviename etape apklausiant politikos formuotojus, pacientus dalyvavusius patikros programoje, pacientus nedalyvavusius patikros programoje ir bendrosios praktikos gydytojus.

Problema: nors Lietuvoje atliekama SŽV patikros programa, jos efektyvumas išlieka žemas dėl mažo pacientų aktyvumo, nevienodo bendrosios praktikos gydytojų įsitraukimo ir nepakankamo

¹⁵Adžgauskaitė, D., Džeckioriūtė, G. (2025). Slaugytojų požiūris į storosios žarnos vėžio prevencijos programą (Profesinio bakalauro baigiamasis darbas, Kauno kolegija, Medicinos fakultetas, Slaugos katedra).

politinio dėmesio. Trūksta visapusiško vertinimo, apimančio paciento, gydytojo ir politiko perspektyvas.

Tikslas: įvertinti storosios žarnos vėžio patikros programos efektyvumą iš paciento, šeimos gydytojo ir politiko perspektyvos, siekiant identifikuoti pagrindines programos stiprybes ir trūkumus bei pasiūlyti galimus tobulinimo sprendimus.

Keliami įgyvendinti uždaviniai:

1. Išanalizuoti epidemiologinę SŽV situaciją Lietuvoje ir pasaulyje.
2. Teoriškai pagrįsti SŽV reikalingumą ir tikslingumą.
3. Atskleisti politinio lygmens požiūrį į programos svarbą – teisinis reglamentavimas, finansavimą ir ilgalaikę strategiją.
4. Įvertinti programos efektyvumą pacientų ir specialistų – šeimos gydytojų požiūriu.
5. Įvardinti pagrindinius veiksnius, lemiančius programos efektyvumą, bei pateikti rekomendacijas jos gerinimui.

Tyrimo metodai:

1. Literatūros analizė vertinant storosios žarnos patikros programos esamus kokybės rodiklius.
2. Empirinio tyrimo metodai – interviu ir anketavimas, siekiant gauti konkrečius duomenis iš pacientų dalyvavusių patikros programoje; esančių tikslinėje grupėje ir nedalyvavusių patikroje; politikos formuotojų. Duomenys bus apdorojami atliekant kiekybinę analizę naudojantis SPSS statistics23 programa.
3. Dokumentų analizė: įvertinti patikros programos efektyvumą Lietuvoje. Panaudojus duomenų apgaubties analizės metodą (angl. *DEA – data envelopment analysis*) vertintas teritorinių ligonių kasų (TLK) dengiamų teritorijų storosios žarnos vėžio patikros programos efektyvumas 2023 metais. Analizei pasirinktos penkios TLK: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio.

Darbo struktūra. Darbas sudarytas iš 90 puslapių, šešių priedų, devynių lentelių ir 16 paveikslėlių.

Iš pradžių yra analizuojami SŽV epidemiologiniai rodikliai, vertinami teisės aktai, kurie reglamentuoja SŽV patikros programos vykdymą. Vėliau nagrinėjami teoriniai modeliai programos

efektyvumui vertinti. Antrame etape yra aprašomas pats tyrimas: tyrimo metodologija, visos tiriamųjų grupės, jų imtys ir charakteristikos. Kitoje dalyje analizuojami darbo pagrindiniai rezultatai, jais remiantis formuluojamos išvados, bei pridedamos praktinės rekomendacijos visoms suinteresuotoms grupėms. Paskutiniajame etape – baigiamojo darbo struktūros sudarymas ir apribojimų analizė, rekomendacijos tolimesniems tyrimams.

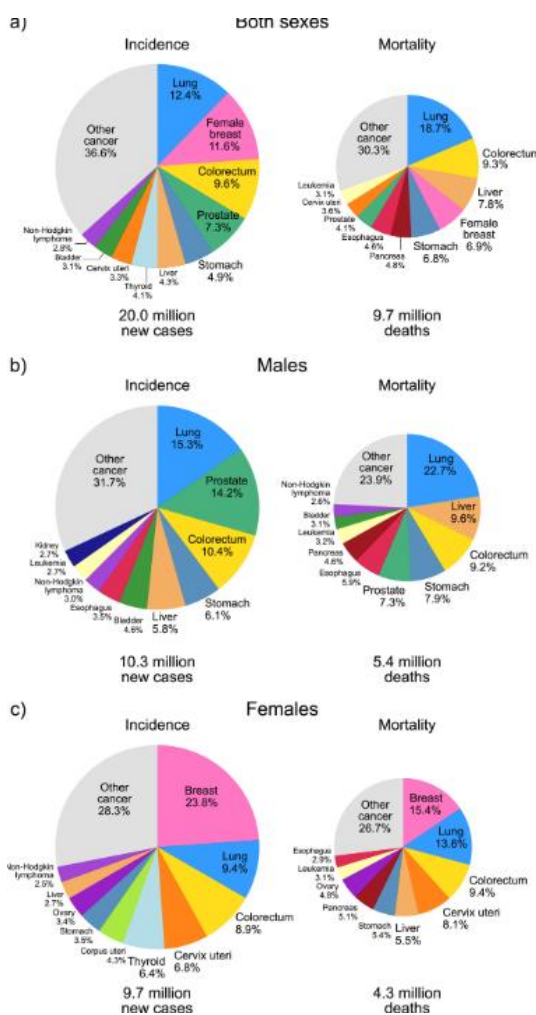
Darbe naudoti literatūros šaltiniai. Teoriniai apžvalgai buvo naudota Lietuvos ir užsienio autorių klinikinės studijos, straipsniai, disertacijos, baigiamieji ir magistriniai darbai, veiklos ataskaitos, susiję su SŽV prevencinės programos įgyvendinimu bei problemos analize. Taip pat buvo atrinkti ir analizuoti Lietuvos teisės aktai.

Darbo teorinė ir praktinė reikšmė. Išanalizuota SŽV epidemiologinė situacija tiek Lietuvoje, tiek ir pasaulyje. Aprašyta geroji praktika kaip pavyzdys Lietuvai. Be to, įvertintas storosios žarnos vėžio prevencinės programos ekonominis efektyvumas. Nustatytos visos kiekvieno SŽV programos etapo silpnybės, kas leido pateikti praktines rekomendacijas storosios žarnos vėžio patikros programos efektyvumą didinimui visoms suinteresuotoms grupėms.

1. STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO PREVENCIJOS IR ANKSTYVOS DIAGNOSTIKOS BŪTINYBĖ

1.1 SŽV epidemiologija Lietuvoje ir pasaulyje

Storosios žarnos vėžys (SŽV) yra antroje vietoje pagal dažnumą ir trečioje vietoje pagal vėžio sukeltas mirtis tiek pasaulyje tiek Lietuvoje¹⁻³.



1 pav. Storosios žarnos vėžio pasiskirstymas lyginant su kitais vėžiais. Cituota:

<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>

Vertinant pasiskirstymą tarp lyčių, SŽV yra trečia dažniausiai diagnozuojama onkologinė liga vyrams ir antra moterims, o pagal mirtingumą užima antrą vietą vyrų populiacijoje ir trečią vietą

moterų populiacijoje (1 paveikslėlis). Pasaulyje 2022 metais buvo diagnozuota 1926425 naujų atvejų. Didžioji dalis Kinijoje, JAV ir Japonijoje¹⁶.

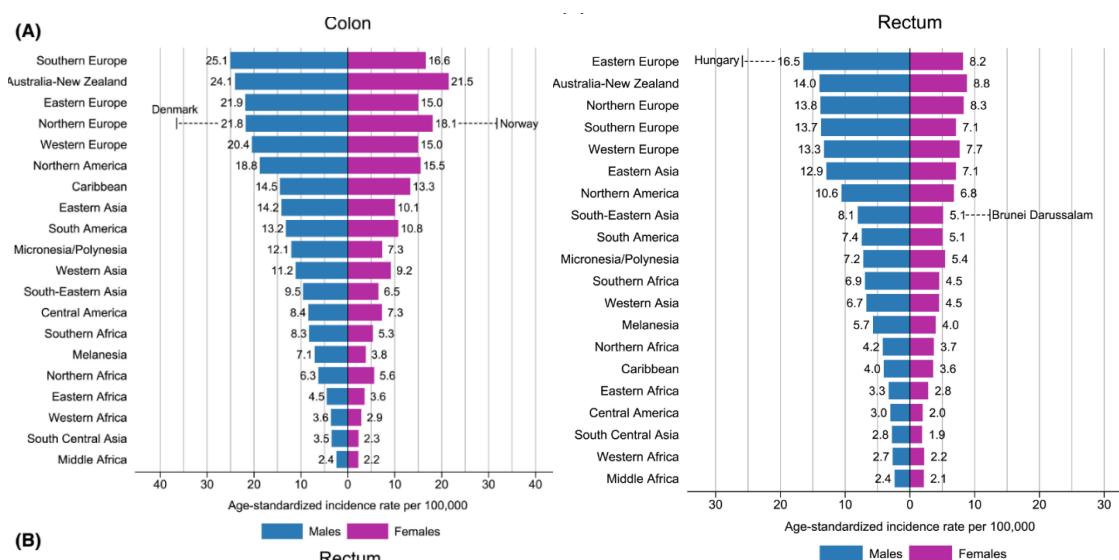
I lentelė. Šalys, kuriose 2022 metais nustatyta daugiausia storosios žarnos vėžio atvejų (absoliutūs skaičiai).

Vieta	Šalis	Skaičius	ASR/100000
	Pasaulis	1926425	18.4
1	Kinija	517106	20.1
2	JAV	160186	27.0
3	Japonija	145756	36.6
4	Rusija	83693	29.4
5	Indija	70038	4.9
6	Vokietija	62544	25.7
7	Brazilija	60118	19.8
8	Italija	54784	30.6
9	Prancūzija	51636	32.1
10	Jungtinė Karalystė	49249	30.9

Cituota iš: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>

Dažniausiai SŽV nustatomas Australijoje ir Naujojoje Zelandijoje, po to seka Europa ir Šiaurės Amerika. Didžiausias praneštas mirtingumas yra centrinėje Rytų Europoje (įskaitant ir Lietuvą). Mažiausias SŽV dažnis užregistruotas Pietų Azijoje ir Afrikoje, kur mirtingumas taip pat yra žemiausias, nors šiuose regionuose užfiksuotas didžiausias mirtingumo ir sergamumo santykis (paveikslėlis nr. 2).

¹⁶<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>



2 pav. Storosios žarnos vėžio nustatymo dažniai lyginant skirtingus pasaulio regionus.

Cituota iš: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>

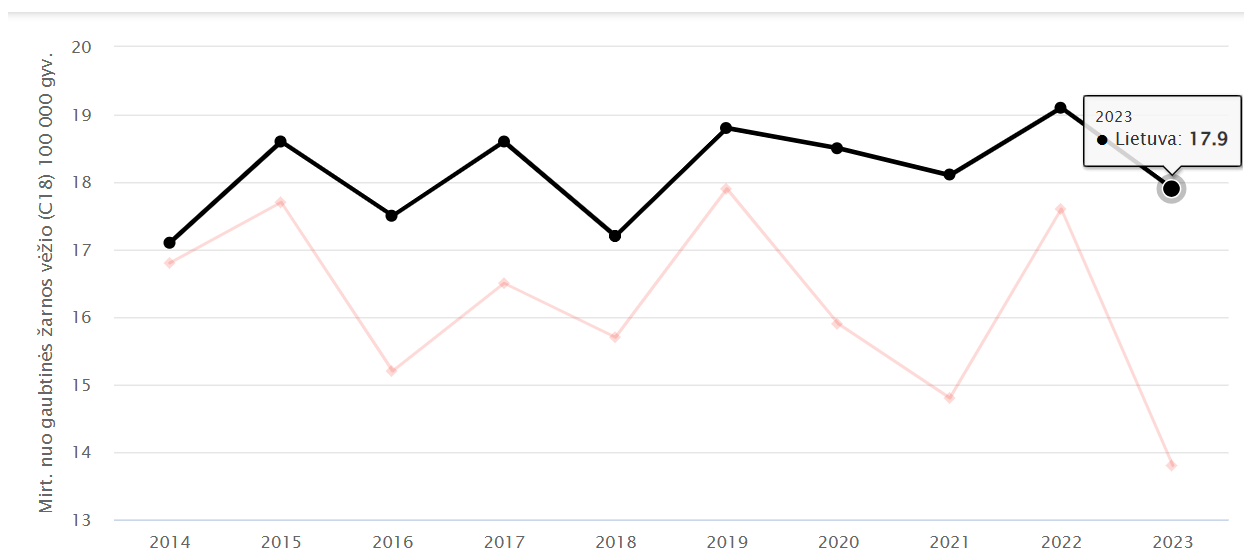
Lietuvoje vėžio registro duomenimis per metus diagnozuojama apie 1700 naujų vėžio atvejų. Daugiau nei 800 žmonių miršta nuo šio vėžio. Šis vėžys sudaro virš 10 proc. naujų vėžio atvejų. Deja Lietuvos pacientų, kurie suserga SŽV prognozė yra viena blogiausių lyginant su kitomis Europos šalimis. Nuo 1998 metų stebėjome sergamumo, o 2015 m. 100 tūkst. gyventojų teko 43,5 naujų atvejų⁴, tačiau net ir iki SŽV patikros programos įvedimo, buvo nustatoma vis daugiau vėžio atvejų ankstyvose stadijose.

2 lentelė. Storosios žarnos vėžio sergamumo dinamika lyginant skirtingus periodus – Lietuva.

	1998-2002		2003-2007		2008-2012		Change*, %
	cases	%	cases	%	cases	%	
Stage							
Localized tumor T1-T4	2236	33.88	2824	40.46	3106	41.97	38.91
Tumor with regional spread N+	2189	33.17	1968	28.20	1947	26.31	-11.06
Advanced cancer with distant spread	1762	26.70	1687	24.17	1489	20.12	-15.49
Missing	413	6.26	500	7.16	859	11.61	107.99
Subsite							
Caecum & appendix (C180, C181)	503	7.62	459	6.58	526	7.11	4.57
Right colon (C182, C183)	604	9.15	685	9.82	814	11.00	34.77
Transverse colon (C184)	368	5.58	351	5.03	329	4.45	-10.60
Left colon (C185, C186, C187)	1741	26.38	1889	27.07	2107	28.47	21.02
Other (C188, C189)	194	2.94	288	4.13	283	3.82	45.88
Rectosigmoid (C19)	376	5.70	450	6.45	507	6.85	34.84
Rectum (C20)	2814	42.64	2857	40.94	2835	38.31	0.75
All cases	6600	100.0	6979	100.00	7401	100.00	12.14

Cituota iš: Dulskas A, Gaizauskas V, Kildusiene I, Samalavicius NE, Smailyte G. Improvement of Survival over Time for Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Study. J Clin Med. 2020 Dec 14;9(12):4038

Lietuvoje mirtingumas nuo SŽV yra vienas aukščiausių Europoje (paveiksėlis nr 3). Dar įdomiau, jog skirtumas tarp lyčių yra didžiausias visoje Europoje – t.y. vyrų nuo SŽV miršta gerokai daugiau nei moterų.



3 pav. Mirtingumas nuo gaubtinės žarnos vėžio Lietuvoje. Cituojama iš Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenų bazės <http://stat.hi.lt>

Storosios žarnos vėžys yra vienas iš vėžių, kurių galima išvengti. Yra žinomi rizikos veiksniai tokie kaip: vyresnis amžius, nutukimas, dieta, kurioje gausu raudonos termiškai apdorotos, rūkytos mėsos, riebus maistas. Riziką didina mažas vitamino D kiekis, skaidulinio maisto, daržovių ir vaisių mažas kiekis dienos racione. Taip pat nustatyta, kad uždegiminės žarnyno ligos (Krono liga, opinis kolitas) dėl neoplastinio lėtinio uždegimo poveikio didina SŽV riziką. Taip pat žinoma, jog eiga nuo gerybinio polipo iki vėžio užtrunka bent 10 metų. Be to išgyvenamumas nuo šio vėžio labai priklauso nuo stadijos: diagnozavus I stadijos SŽV, yra 90 proc., II stadijos – 75 proc., III stadijos – 70 proc., IV stadijos – 10 proc. Todėl dėl lėto augimo ir geros prognozės esant ankstyvoms stadijoms dar labiau suprantama patikros programos tikslas.

Taigi matome, jog SŽV tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje yra vienas dažniausių vėžių, kurio išgyvenamumas yra labai geras anksti diagnozavus

1.2 SŽV programos tarptautinis pagrindimas

SŽV patikra labai paveikė šio vėžio dažnį ir mirtingumą. Naudojant gFOBT patikrą, SŽV dažnis JAV sumažėjo 20 proc., o Japonijoje – 6 proc. Lanksti sigmoidoskopija sumažino SŽV dažnį Jungtinėje Karalystėje 26 proc., o Italijoje – 10 proc.¹⁷. Kalbant apie mirtingumo rodiklius, atlikus gFOBT patikrą mirtingumas Kinijoje sumažėjo 31.7 proc., Japonijoje – 30 proc., Danijoje – 18 proc., Prancūzijoje – 16 proc., Švedijoje – 16 proc., Jungtinėje Karalystėje – 15 proc. ir Italijoje – 13 proc. Be to, patikrai atliekant iFOBT kasmet leido labiau sumažinti mirtingumą, lyginant tyrimu atliekamu kas 2 metus (32 proc. ir 18 proc.)¹⁸. Be jokios abejonės, atranka yra labai svarbi mažinant didelį KRV sergamumą ir mirtingumą.

Europos kovos su vėžiu planas¹⁹. Europos kovos su vėžiu planas, pradėtas 2021 m. vasario mėn., yra suskirstytas į keturias pagrindines veiksmų sritis, kuriose yra 10 iniciatyvų ir keli pagalbiniai veiksmai:

1. Prevencija atliekant veiksmus, kuriais sprendžiami pagrindiniai rizikos veiksniai, pvz., tabakas (siekiant užtikrinti, kad iki 2040 m. tabaką vartojančių skaičius sumažėtų iki 5 ir mažiau proc. gyventojų), žalingas alkoholio vartojimas, aplinkos tarša ir pavojingų medžiagų, taip pat skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą.

¹⁷Li N, Lu B, Luo C, Cai J, Lu M, Zhang Y, Chen H, Dai M. Incidence, mortality, survival, risk factor and screening of colorectal cancer: A comparison among China, Europe, and northern America. *Cancer Lett* 2021; 522: 255-268

¹⁸Baidoun F, Elshiwly K, Elkeraiye Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, Gad M, Al-Husseini M, Saad A. Colorectal Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. *Curr Drug Targets* 2021; 22: 998-1009

¹⁹European Commission (2021), Europe's Beating Cancer Plan https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

2. Ankstyvas vėžio nustatymas gerinant prieigą, kokybę ir diagnostiką bei remiant valstybes nares užtikrinti, kad 90 proc. ES tikslinių grupių gyventojų dalyvautų patikrose iki 2025 m. (beje dar 2003 metais šis tikslas buvo kiek mažesnis patikros programose dalyvaujančiųjų skaičius iki 80 proc.).

3. Diagnostika ir gydymas veiksmiais, užtikrinančiais geresnę integruotą ir visapusišką vėžio priežiūrą ir spręsti nevienodos prieigos prie kokybiškos priežiūros ir vaistų klausimą. Iki 2030 m. 90 proc. pacientų turėtų turėti prieigą prie nacionalinių visapusių vėžio centrų, susietų per naują ES tinklą. Lietuvoje kaip tik ir vyksta ši konsolidacija – Nacionalinis vėžio institutas (tiksliau jo klinika) integruota į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikas.

4. Vėžiu sergančių ir išgyvenusių asmenų gyvenimo kokybės gerinimas, įskaitant reabilitaciją, galimą naviką pasikartojimas, metastazavusios ligos ir priemonės, skirtos socialinei integracijai ir reintegracijai remti darbo vieta.

Nepaisant didelio sergamumo SŽV, žinoma, jog simptomus pacientui ir gydytojui diagnozuoti nėra lengva, nes daugelis jų yra nespecifiniai. Laiko vidurkis nuo simptomų pradžios iki kreipimosi į šeimos gydytoją yra 128 dienos (57 iki 257 dienų)²⁰. Atrankos programų veiksmingumą patvirtinantys įrodymai yra pagrįsti tarptautiniais atsitiktinių imčių kontroliuojamais tyrimais: SŽV našta galima gerokai sumažinti įvedus gerai suplanuotą ir organizuotą atrankos programą. Klinikiniai tyrimai ne kartą įrodė šių programų ekonominę naudą ir naudą sveikatai^{21,22}.

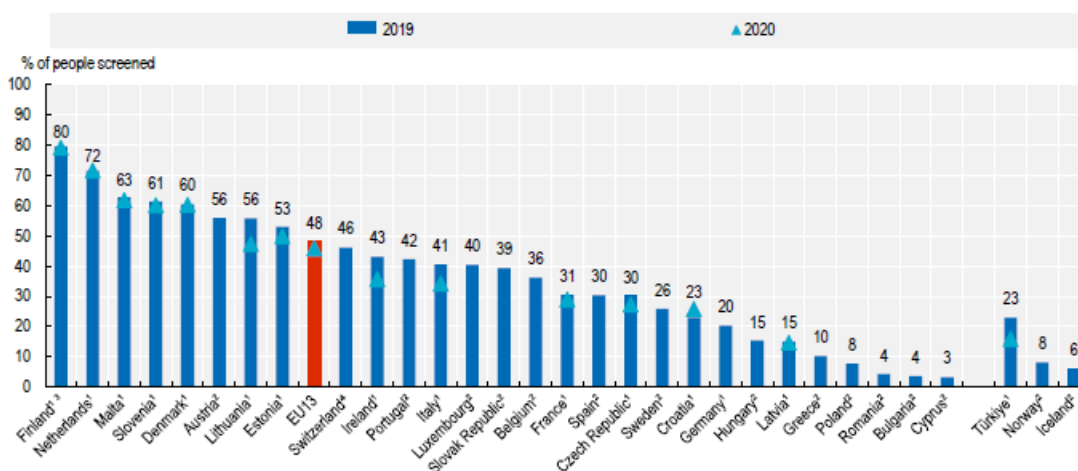
²⁰Vega P, Valentín F, Cubiella Q (2017). Colorectal cancer diagnosis: Pitfalls and opportunities. *World Journal of Gastro-intestinal Oncology*.

²¹Lansdorp-Vogelaar I et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening *Epidemiologic reviews* vol. 33,1 (2011): 88-100;

²²Arrospide A et al. Cost-effectiveness and budget impact analyses of a colorectal cancer screening programme in a high adenoma prevalence scenario using MISCAN-Colon microsimulation model, *BMC Cancer*, 2018

Dar 2003 m. ES sveikatos ministrai remiantis programa „Europos kovos su vėžiu kodeksas“ nutarė, jog reikia įvesti profilaktinę vėžio patikrą. ES Taryba nurodė pagrindinius gerosios patirties anksti aptikti vėžį principus ir pakvietė ES nares imtis bendrų veiksmų nacionalinėms vėžio patikros programoms įgyvendinti vadovaujantis organizuotu, populiaciniu požiūriu ir tinkamos kokybės užtikrinimu visais lygiais, atsižvelgiant į Europos kokybės užtikrinimą vėžio patikros gairėse²³. Po 2003 m. ES Tarybos rekomendacijų dėl vėžio patikros vis daugiau Europos šalių pradėjo taikyti nacionalines storosios žarnos vėžio patikros programas. Dalyvavimas SŽV patikros programose svyruoja nuo didelio 80 proc. Suomijoje iki žemo mažesnio nei 5 proc. Kipre, Bulgarijoje ir Rumunijoje (beje šios šalys neturi organizuotos patikros programoje šalyje). Panašus į gimdos kaklelio vėžio patikrą, beveik visose šalyse teikiant 2020 m. duomenis, 2020 m. dalyvavimo lygis buvo mažesnis nei 2019 m. Didžiausias nuosmukis buvo 8 procentiniais punktais Lietuvoje ir 7 procentiniais punktais Airijoje.

Colorectal cancer screening, 2019 (or nearest year) and 2020



Source: OECD Health Statistics 2022 and Eurostat database

4 pav. Storosios žarnos vėžio patikros programų veikla (efektyvumas) Europoje, 2019 metai.

²³Council of the European Union, 2003; European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis, European Commission, 2010

Kurias populiacijas tikrinti ir kodėl? Europos gairės yra aiškios: visi piliečiai amžiaus grupėje nuo 50 iki 74 metų amžiaus turėtų dalyvauti SŽV patikros programose (tiesa naujai priimtose Europos komisijos darbo grupės gairėse, amžius bus paankstintas iki 45). Kuo didesnis dalyvavimas atrankos programoje, tuo didesnis aptikimo rodiklis ir programos ekonominis efektyvumas. Pacientams, kurių vienas iš tėvų ar pirmos eilės giminaičių sirgo SŽV, kolonoskopija turi būti atliekama sulaukus 40 metų arba dešimt metų iki diagnozės nustatymo artimajam²⁴. JAV vėžio draugija jau prieš kelis metus dalyvavimą programoje rekomendavo pradėti nuo 45 metų, nes tyrimai parodė, kad jaunų žmonių sergamumas didėja, galbūt dėl didėjančio nutukimo²⁵.

SŽV patikros programos pagrindimas. Nuo gerybinės žarnyno patologijos iki susiformuojant vėžiui paprastai praeina bent 7-10 metų. Iki vėžinių adenomų pašalinimas paprastai yra gana lengvas ir nedaug kainuojantis procesas. Europoje vidutiniškai tik 13–15 proc. diagnozuota ankstyvose stadijose (iki vėžio ir I stadijos), o daugiau nei 24 proc. pacientų vis dar diagnozuojama vėlyvoje IV stadijoje arba daugiau nei 55 proc III ir IV, kai bendros išgyvenimo galimybės yra mažiausios. Skirtingai nuo daugelio kitų vėžių, šio vėžio veiksmingiausia diagnostika – kolonoskopija – taip pat yra ir profilaktinis gydymas. Polipai ir ikivėžiniai pažeidimai šalinami jos metu ir pacientas gali išvengti vėžio diagnozės. Geros atrankos programos suteikia greitų rezultatų. Olandijoje 48 proc. visų nustatytų storosios žarnos vėžio atvejų diagnozuojami I stadijoje, palyginti su 17 proc. prieš įgyvendinant programą, taip gerokai sumažinant vėlyvas diagnozes²⁶. Šį parodytą pasiekimą vertinant Europos Sąjungos mastu,

²⁴Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, et al. Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale-Update Based on New Evidence. *Gastroenterology* 2003;124:544-560

²⁵American Cancer Society, May 2018 - <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosisstaging/acs-recommendations.html>

²⁶Dutch Ministry of Public Health, 18 January 2019 - <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-darmkanker-voorprofessionals/achtergrond-en-ontwikkelingen/feiten-en-cijfers>

galima būtų padidinti pacientų skaičių su diagnozuota I stadija nuo 50 000 iki 180 000 pacientų. Tai papildomi 130 tūkst. pacientų kasmet, kuriems išgyvenimo tikimybė būtų 90 proc. JAV atlikti tyrimai parodė, kad dalyvavimas patikros programoje sumažino mirtingumą nuo SŽV nuo 37 proc. iki 53 proc.^{27,28}. Neseniai buvo paskelbtas pirmasis atsitiktinių imčių kolonoskopinės patikros tyrimas, NordICC tyrimas, kuris sukėlė daug diskusijų koloproktologų bendruomenėje. Tyrime 55–64 metų amžiaus žmonės, kurių buvo apie 85000, atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į dvi grupes: vieni gavo kvietimą atlikti kolonoskopiją kiti buvo tik sekami. Tyrimas parodė, jog po 10 metų pakvietimas atlikti kolonoskopiją nesumažino SŽV mirtingumo: 0,31 proc. mirė nuo SŽV kontrolinėje grupėje, palyginti su 0,28 proc. mirusiais pakviestų į atranką (rizikos koeficientas 0,90, intervalas nuo 0,64 iki 1,16) grupėje. Nors atranka sumažino riziką susirgti SŽV (rizikos santykis 0,82, 0,70–0,93). Šie rezultatai sukėlė tam tikrą šoką bendruomenėje. Tačiau tik 42 proc. pakviestų žmonių atliko kolonoskopiją, greičiausiai atspindi nenorą atlikti procedūrą – veiksnys, į kurį reikia atsižvelgti kai atranka vertinama kaip visuomenės sveikatos intervencija. Ir šioje grupėje buvo stebėta ženklus vėžio rizikos sumažėjimas (31 proc.), o mirtingumas nuo SŽV sumažėjo net 50 proc.²⁹!

Taigi SŽV programos efektyvumas yra pagrįstas dideliais atsitiktinės atrankos tyrimais atliktais visame Pasaulyje. Dalyvavimas patikros programoje ne tik sumažina vėžio dažnį, mažina stadiją, bet ir ženkliai mažina mirtingumą nuo jo. Turi būti organizuotai kviečiami tikrintis žmonės, esantys rizikos grupėje (bent nuo 50 iki 75 metų).

²⁷Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer: Centers for Disease Control; 2014

²⁸Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, Shi W, Bond JH, Schapiro M, Panish JF,

et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med.* 2012

1.3 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos organizavimas

1.3.1 SŽV ankstyvos diagnostikos teisinis reglamentavimas

Lietuvoje SŽV prevencijos programą vykdo šeimos gydytojo institucija (paprastai jie atsakingi už žmonių pakvietimą dalyvauti patikroje, tačiau kiekvienas 50–74 metų (imtinai) gali kreiptis į šeimos gydytoją ir atlikti slaptą kraujo išmatose testą. Jeigu testas neigiamas – laikoma, jog žmogus žarnyno patologija neserga. Tuo tarpu esant teigiamam testui, žmogus siunčiamas atlikti kolonoskopiją. Jeigu šio tyrimo metu žarnyne nustatoma patologija – paaimama biopsija, ar iš karto atliekamas gydymas (įvairių žarnyno darinių šalinimas), kuri objektyviai patvirtina arba paneigia SŽV diagnozę. Lietuvoje pilotinis tyrimas vertinti prevencinę programą buvo vykdytas 2009-2012 metais Vilniaus ir Kauno apskrityse 2009 m. Pirmame cikle (2 metai) iFOBT testas atliktas 160 008 žmonėms, iš kurių 12 118 (7,5 proc.) buvo teigiamas atsakymas. Per pirmąjį programos vykdymo dešimtmetį (2009–2019) buvo atlikti 1 899 266 iFOBT testai, 87 950 kolonoskopijų, 31 818 biopsijų. Nuo 2014 m. programa vykdoma visoje Lietuvoje ir per visus jos vykdymo metus apie 8 proc. visų atliktų iFOBT testų buvo teigiami^{2,30}. SŽV prevencijos programos metu aptinkamos ikivėžinės ir ankstyvos vėžio formos – tokiu būdu sumažinamas ligos dažnis ir mirtingumas. Tuomet galima taikyti mažai invazinius gydymo metodus, kurie yra pigesni ir efektyvesni. Daugelis valstybių, įskaitant Lietuvą, taiko prevencijos programas apibrėžtai rizikos grupei, tačiau, kitos šalys, pvz., kai kuriose valstijose asmuo pats nusprendžia, ar tikrintis. Tokiu būdu neįmanoma įvertinti tokios patikros kokybės, naudojamų/reikiamų išteklių ar efektyvumo.

²⁹Bretthauer M, Løberg M, Wieszczy P, Kalager M, Emilsson L, Garborg K, Rupinski M, Dekker E, Spaander M, Bugajski M, Holme Ø, Zauber AG, Pilonis ND, Mroz A, Kuipers EJ, Shi J, Hernán MA, Adami HO, Regula J, Hoff G, Kaminski MF; NordICC Study Group. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *N Engl J Med.* 2022 Oct 27;387(17):1547-1556

³⁰<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Storosios%20C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalga.pdf>

Europos Sąjungos išleistose rekomendacijos nurodo, jog 95 proc. tikslinės grupės žmonių turėtų būti pakviesti dalyvauti SŽV programoje ir bent 65 proc. turėtų pasitikrinti^{5,31}. COVID pandemijos metu šios patikros programos efektyvumas gerokai krito – žmonių dalyvavusių patikroje skaičius sumažėjo nuo 56 proc. iki 48 proc. Tokiu būdu buvo stebėtas ir didesnių stadijų vėžių padidėjimas klinikoje⁶. Kaip jau minėta Lietuvoje SŽV prevencinė programa reglamentuojama „2009 metų ministro įsakymu“³². Vėliau šis įsakymas buvo pakeistas: „2024-12.11 įsakymu V-1320 dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymo Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“³². Toliau analizuojami ir cituojami pažodiniai pakeitimai iš jau minėto ministro įsakymo. Čia buvo pakeistas „6.1 punktas “informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (toliau – iFOBT) rezultatų įvertinimas” į 6.1. informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga;“. Bei papildyta 6.1¹ papunkčiu: „6.11. imunocheminio slapto kraujavimo išmatose tyrimo (toliau – iFOBT) atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga;“. Taip pat pakeistas 7 punktas: „7. Informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslaugos, iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos bei paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopijos paslaugos teikimą prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PAASPI) prisirašiusiems 50–74 metų (imtinai) asmenims organizuoja PAASPI.“. Pakeistas 8

³¹https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0

³²Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. 2009 m. birželio 23 d. Prieiga per: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.347967>

punktas: „Atvykti į PASPĮ asmenys gali būti kviečiami laišku, telefonu, elektroniniu paštu ir kitais priimtinais būdais.“ Pakeistas ir devintas punktas: „Informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga sudaro asmens pakvietimas laišku, telefonu, elektroniniu paštu ir kitais priimtinais būdais. Paslaugos teikimas PAASPI organizuojamas PAASPI vadovo nustatyta tvarka.“ Papildytas 9¹ punktu: „iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga gali teikti šeimos gydytojas, vidaus ligų gydytojas, gydytojas chirurgas, ją sudaro: 9.¹1. pokalbis su pacientu apie storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos priemones, iFOBT reikšmę ir tolesnius veiksmus, jei nustatomas slaptas kraujavimas; 9¹.2. paciento supažindinimas su iFOBT atlikimu ir testo iFOBT atlikti įteikimas pasirašytinai; 9¹.3. iFOBT rezultato įvertinimas.“ Pakeistas 10 punktas: „Informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga ir iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga apmokamos Programos nustatyta tvarka ir teikiamos ne dažniau kaip vieną kartą per dvejus metus. Suteikus šias paslaugas, jei iFOBT neigiamas (–), kitas iFOBT atliekamas po dvejų metų.“ Pakeista 12 punkto pirmoji pastraipa: „Paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopijos paslauga gali teikti šeimos gydytojas, vidaus ligų gydytojas, gydytojas chirurgas, ją sudaro:“. Pakeistas 13 punktas: „Suteiktos informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką, iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo bei paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopijos paslaugos registruojamos Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje (toliau – ESPBI IS), užpildant elektroninį medicinos dokumentą Nr. E025 „Ambulatorinio apsilankymo aprašymas“ (toliau – forma E025), nurodytą Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymu Nr. V-657 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Elektroninės sveikatos tvarkos aprašas), priede, ir formą 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų

tvirtinimo“ (toliau – forma 025/a-LK). Išduodant siuntimą, pildomas elektroninis medicinos dokumentas Nr. E027 „Siuntimas konsultacijai, tyrimams, gydymui“, nurodytas Elektroninės sveikatos tvarkos aprašo priede.“ Pakeistas 17 punktas: „Gydytojo specialisto konsultacija, kai atliekama kolonoskopija ir, jei reikia, paimama biopsijos medžiaga, netaikant intraveninės nejautros, registruojama ESPBI IS, užpildant formą E025 ir formą 025/a-LK. Jei kolonoskopinio tyrimo metu buvo atlikta storosios žarnos biopsija, pildoma forma Nr. 014-1-1/a „Siuntimas atlikti patologijos tyrimą“ (toliau – forma Nr. 014-1-1/a), patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų, privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų ir privalomų elektroninių medicinos dokumentų duomenų rinkinių aprašų patvirtinimo“ (toliau – įsakymas V-120).“ Pakeistas 20 punktas: Gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsija, taikant intraveninę nejautrą, paslauga bei gydytojo specialisto konsultacijos su kolonoskopija, polipektomija ir biopsija, taikant intraveninę nejautrą, registruojamos ESPBI IS užpildant formą E025 ir formą 025/a-LK. Jei kolonoskopinio tyrimo metu buvo atlikta storosios žarnos biopsija, pildoma forma Nr. 014-1-1/a.“ Pakeistas 25 punktas: Biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslaugą ESPBI IS užpildant formą E025, formą 025/a-LK ir formą Nr. 014-1-2/a „Patologijos tyrimų rezultatų aprašymas“, patvirtintą įsakymu Nr. V-120, registruoja paslaugą suteikęs gydytojas.“ Pakeistas 28.1 papunktis: Pasibaigus ataskaitiniam laikotarpiui, PASPI iki kito mėnesio 10 dienos pateikia TLK ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų informavimo apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką paslaugų, iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslaugų bei paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopijos paslaugų kiekis ir mokėtina suma. Į ataskaitą paslaugos gali būti įtrauktos tik tuo atveju, jei buvo įvykdytos visos Programos 9, 91 ar 12 punktuose numatytos sąlygos.“ Pakeistas 30.1 papunktis: 30.1. asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį PASPI suteikė informavimo apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką

paslauga, skaičius;“. Papildytas 30.11 papunkčiu: „30.11. asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį PASPI suteikė iFOBT atlikimo ir rezultatų įvertinimo paslauga, skaičius;“ (citavimo pabaiga).

Šie pakeitimai mano nuomone yra daugiau kosmetiniai, atitinkantys šių dienų aktualijas: naujos technologijos, išplėstas konsultantų sąrašas, paaiškinti kiti pakeitimai remiantis atnaujintais įstatymiais aktais. SŽV patikros programos reglamentavimas yra tikrai pakankamas.

1.3.2 SŽV ankstyvos diagnostikos programos pilotinis tyrimas

Taip pat įsakyme buvo atlikti pakeitimai, kur numatytas pilotinis dviejų koordinacinių centrų tyrimas (rytų Lietuvos ir vidurio Lietuvos), kuriame numatyta šiose teritorijose tikslinės grupės žmones kviešti skambučiais dalyvauti SŽV ankstyvos diagnostikos programoje. Čia buvo pakeista (citatos pradžia) „storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašas, patvirtintas įsakymu nauja redakcija išdėstytu įsakymu Nr. V-508, (toliau – Aprašas) ir papildyta 70.4 papunkčiu³²: „70.4.

Koordinavimo centrai iki po ataskaitinio laikotarpio einančio kito mėnesio 10 dienos teikia TLK ataskaitą, kurioje nurodomas per ataskaitinį laikotarpį suteiktų informavimo paslaugų skaičius ir mokėtina suma ir iFOBT atlikimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugų skaičius ir mokėtina suma.“

Aprašas nuo 2024 m. vasario 1 d. iki 2025 m. gruodžio 31 d. taikomas tik Rytų regiono onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrui ir Vidurio ir vakarų regiono onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrui (toliau – Koordinavimo centrai), paskirtiems Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 8 d. įsakymu Nr. V-19 „Dėl onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo centrų skyrimo ir Onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – įsakymas Nr. V-19), vykdančiams Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų įgyvendinimo bandomąją veiklą (toliau – bandomoji veikla), o Aprašo nuostatos, susijusios su informavimo apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką paslaugos

teikimu, – įsakyme Nr. V-19 nurodytoms bandomojoje veikloje dalyvaujančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ); nuo 2026 m. sausio 1 d. taikomas Apraše nurodytoms ASPĮ;

2.4. įsakymu Nr. V-508 patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa taikoma Koordinavimo centrų ir įsakyme Nr. V-19 nurodytų bandomojoje veikloje dalyvaujančių ASPĮ veiklai, nesusijusiai su bandomąja veikla;

2.5. įsakyme Nr. V-19 nurodytos bandomojoje veikloje dalyvaujančios ASPĮ informaciją apie iki 2025 m. gruodžio 31 d. asmenų informavimą apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką įrašo medicinos dokumentuose Aprašo nustatyta tvarka;

2.6. įsakyme Nr. V-19 nurodytoms bandomojoje veikloje dalyvaujančioms ASPĮ už iki 2025 m. gruodžio 31 d. vykdomą asmenų informavimą apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką mokama Asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus aktyviojo gydymo), apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašė, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymu Nr. V-1630 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“, nustatyta bazinė kaina;

2.7. Koordinavimo centrams iki 2025 m. gruodžio 31 d. už asmenų informavimą apie storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvąją diagnostiką Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis nemokama.

Čia numatytos koordinacinių centrų funkcijos:

15.1.1. kviečiamų dalyvauti Programoje asmenų Sąrašo sudarymas;

15.1.2. kvietimo laiško dalyvauti Programoje ir gauti Programos paslaugą (toliau – kvietimo laiškas) formavimas ir atspausdinimas;

15.1.3. kvietimo laiško išsiuntimas paštu. Papildomai kvietimas gali būti siunčiamas trumpąja žinute (SMS) ar kitomis elektroninėmis priemonėmis. Kartu su kvietimo laišku tame pačiame voke siunčiama talpykla išmatų ėminiui, sutikimo dalyvauti Programoje ir atlikti iFOBT forma ir vokas,

skirtas išmatų ėminiui išsiųsti atgal. Vokas, kvietimo laiškas, talpykla išmatų ėminiui ir vokas, skirtas išmatų ėminiui išsiųsti atgal, pažymimi tuo pačiu brūkšniniu kodu;

15.1.4. kasdienis asmenų konsultavimas (jeigu yra klausimų dėl kvietimo laiške nurodytos informacijos, išmatų ėminio naudojimo, gražinimo ir kt.);

15.1.5. asmens atsisakymo dalyvauti Programoje tvarkymas;

15.1.6. asmens sutikimo gauti Programos paslaugą tvarkymas;

15.1.7. kasdienis informacijos, ar asmuo, kuriam išsiųstas kvietimo laiškas, atsiuntė išmatų ėminį Koordinavimo centrui atgal arba PAASPP teikiančiai ASPĮ, tikrinimas (Sveidra (ESPBI IS));

15.1.8. priminimo laiško asmenims, kurie Koordinavimo centrui neatsiuntė išmatų ėminio atgal arba nepristatė į PAASPP teikiančią ASPĮ, išsiuntimas po 1 mėnesio nuo kvietimo laiško išsiuntimo datos. Priminimo laiškas siunčiamas ne daugiau kaip 2 kartus per vieną Programos ciklą (per 2 metus), jeigu asmuo Koordinavimo centrui neatsiuntė išmatų ėminio atgal ir nesikreipė į Koordinavimo centrą dėl kvietimo laiške nurodytos informacijos paaiškinimo bei PAASPP teikiančioje ASPĮ pagal Programą negavo Aprašo 13.2 papunktyje nurodytos Programos paslaugos. Koordinavimo centras atlieka veiksmus, reikalingus asmens kontaktinei informacijai patikslinti;

15.1.9. jeigu asmuo Koordinavimo centrui atsiuntė išmatų ėminį atgal ir atlikto iFOBT rezultatai neinformatyvūs (netinkami vertinti) ir juos reikia atlikti pakartotinai, informavimo laiško, kuriame nurodoma, kad iFOBT reikia atlikti pakartotinai, išsiuntimas;

15.1.10. jeigu asmuo Koordinavimo centrui atsiuntė išmatų ėminį atgal arba pristatė į PAASPP teikiančią ASPĮ ir iFOBT metu nenustatytas slaptas kraujavimas – informavimo laiško, kuriame nurodoma, kad dalyvauti Programoje asmuo bus kviečiamas po 2 metų nuo iFOBT atlikimo datos, išsiuntimas;

15.1.11. jeigu asmuo atsiuntė išmatų ėminį Koordinavimo centrui atgal arba pristatė į PAASPP teikiančią ASPĮ ir iFOBT metu nustatytas slaptas kraujavimas, ir pacientas turi būti siunčiamas Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytos Programos paslaugos gauti – paciento informavimas apie tai telefonu ir IPR IS artimiausios gydytojo specialisto konsultacijos teritoriniu ir

laiko atžvilgiais artimiausioje ASPI, teikiančioje Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 nurodytą Programos paslauga, laiko (arba kitos datos ir laiko pagal paciento pageidavimą) rezervavimas. Skambučio metu pacientas informuojamas, kad informaciją, kaip pasiruošti gauti Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslauga, medikamentą žarnynui paruošti ir konsultaciją dėl tyrimo rezultato teikia šeimos gydytojas (arba jo komandos narys);

15.1.12. kvietimo laiško atvykti į gydytojo specialisto konsultaciją gauti Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytos Programos paslaugos išsiuntimas paštu (papildomai kvietimo laiškas gali būti siunčiamas elektroniniu paštu, trumpąja žinute (SMS) ar kitomis elektroninėmis priemonėmis);

15.1.13. kasdieniai informacijos, ar pacientas atvyko gydytojo specialisto konsultacijos į ASPI, teikiančią Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslauga, ir gavo Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą paslauga, tikrinimas Sveidra (ESPBI IS);

15.1.14. jeigu pacientas į Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslauga teikiančią ASPI neatvyko – po 1 mėn. nuo vizito rezervavimo IPR IS datos paciento informavimas telefonu apie naujos vizito datos ir laiko IPR IS rezervavimą;

15.1.15. jeigu pacientas į vieną iš Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslauga teikiančią ASPI atvyko ir gavo vieną iš Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą paslauga, ir atlikto kolonoskopinio tyrimo ar biopsijos medžiagos ar pašalinto polipo histologinio tyrimo rezultatas yra „pakitimų nerasta“ – informavimo laiško, kuriame nurodoma, kad, jeigu po 10 metų asmuo nebus 74 metų (imtinai) amžiaus, dalyvauti Programoje asmuo bus kviečiamas po 10 metų nuo kolonoskopinio ar biopsijos medžiagos histologinio tyrimo atlikimo datos, išsiuntimas;

15.1.16. jeigu pacientas į ASPI, teikiančią Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslauga, atvyko ir gavo Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą paslauga, ir tyrimo (-ų) metu nustatyta pakitimų, pacientui patvirtintos ligos diagnozės Sveidra (ESPBI IS) patikrinimas. Jeigu storosios žarnos biopsijos medžiagos ar pašalinto polipo histologinio tyrimo metu nustatyta ikivėžinių pakitimų, kuriems reikalingas gydymas, laikoma, kad po 12 mėn. nuo histologinio tyrimo datos pacientas yra sveikas ir, jeigu po 10 metų asmuo nebus 74 metų (imtinai)

amžiaus, dalyvauti Programoje jis kviečiamas po 10 metų nuo kolonoskopinio ar storosios žarnos biopsijos medžiagos histologinio tyrimo atlikimo datos. Jeigu histologinio tyrimo metu nustatytas storosios žarnos piktybinis navikas (C18, C19 ar C20), pacientas dalyvauti Programoje daugiau nekviečiamas;

15.1.17. jeigu pacientas į Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslaugą teikiančią ASPĮ atvyko ir gavo Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą paslaugą, ir tyrimo (-ų) metu nustatyta pakitimų – paciento informavimas telefonu, kad konsultaciją dėl tyrimo rezultato teikia ir reikalingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas organizuoja šeimos gydytojas. Aprašo 13.4, 13.5 ar 13.6 papunktyje nurodytą Programos paslaugą suteikęs gydytojas specialistas gali siųsti pacientą tolesniam ištyrimui ar gydymui;

15.1.18. asmenų, su kuriais nepavyko susisiekti turima kontaktine informacija, kontaktinės informacijos tikslinimas;

15.1.19. bendradarbiavimas su PAASPP teikiančios ASPĮ paskirtu kontaktiniu asmeniu Programos koordinavimo klausimais, siekiant tinkamai vykdyti Programą;

15.1.20. kitų Apraše nustatytų ir (ar) Programos vykdymui ir koordinavimui reikalingų veiksmų atlikimas“ citatos pabaiga.

Į pilotinį tyrimą numatoma pakviesti 20 000 dalyvių iš Vilniaus ir Kauno regionų. Šių metų pabaigoje bus analizuojami pilotinio tyrimo rezultatai, atliekamas ekonominis vertinimas.

Taigi Lietuvoje programos reglamentavimas yra pakankamas, rodikliai yra gausūs ir smulkiai apibūdinti. Šiuo metu vykdomas pilotinis tyrimas, turėtų atsakyti į klausimą ar organizuota patikra padidins dalyvavimo skaičius. Taip pat bus atliktas šios patikros ekonominis vertinimas, kuris turėtų atsakyti kiek reikia lėšų ir žmogiškųjų resursų efektyviai programos veikimui. O gal programa visai nėra reikalinga ir ekonomiškai nenaudinga?

1.3.3 SŽV patikrai naudojami testai ir jų ekonominė nauda

3 lentelė. Skirtingi storosios žarnos vėžio patikros programoje naudojami testai, jų jautrumas, specifiškumas, atlikimo dažnis ir kaina.

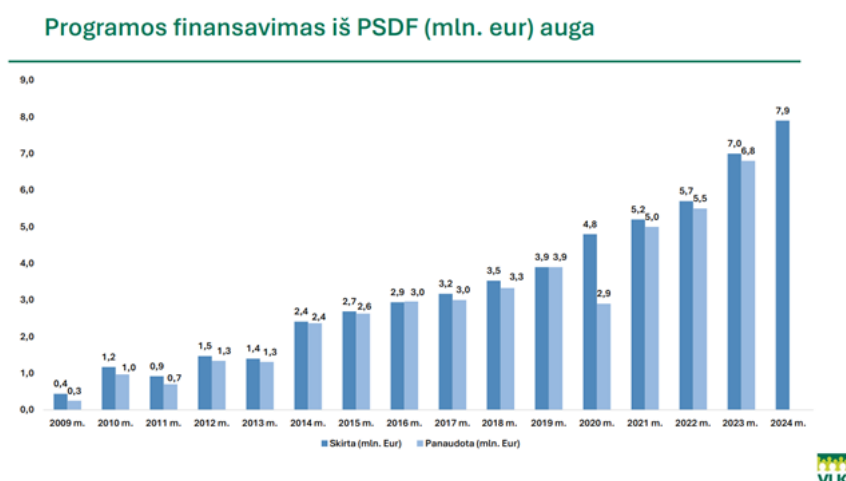
Testo pavadinimas	Specifiškumas, proc.	Jautrumas, proc.	Atlikimo dažnis, metai	Kaina, eur
Išmatų testai				
FIT	90-95	71-91	1-2	30-50
gFOBT	88-98	50-75	1-2	4-7
MT-sDNR	93	94	1-3	120-150
MT-sRNR	100		1-3	120-150
Endoskopiniai				
Kolonoskopija	86	95	10	90-170
Sigmoidoskopija	87	95	5	30
Kapsulinė endoskopija	76-99	81-87	5	700
Radiologiniai				
KT kolonografija	88	84	5	170

Autoriaus darbas

1.3.4 SŽV ankstyvos diagnostikos programos ekonominis vertinimas

2021 metais sveikatos apsaugos finansavimas Lietuvoje sudarė 7,8 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP). Nuo 2019 metų šios išlaidos pradėjo sparčiai augti, o didėjimo tendencija tęsėsi per pirmuosius dvejus COVID-19 pandemijos metus. Vienam gyventojui tenkančios sveikatos išlaidos 2021 m. siekė 2 312 eurų (atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus) – daugiau nei Estijoje ir Latvijoje, tačiau vis dar sudarė tik šiek tiek daugiau nei pusę Europos Sąjungos vidurkio (4 028 eurai). Tais pačiais metais valstybės biudžeto lėšomis padengta 69 proc. visų sveikatos išlaidų, o tai atitiko 5,4 % BVP. Ilgalaikės priežiūros finansavimo dalis išliko stabili – apie 7 proc., tačiau

prevencijai skirtos išlaidos žymiai išaugo – nuo mažiau nei 3 proc. 2019 m. iki daugiau kaip 5 proc. 2021 m.³³. Pačiai programai skiriama iš PSDF lėšų: 2021 m. – 5,2 mln., 2022 m. – 5,7 mln., 2023 m. – 6,1 mln., o 2024 – 7,9 mln. eurų. Prevencinė programa finansuojama iš PSDF biudžeto, todėl apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu paslaugos teikiamos nemokamai³⁴ (5 paveikslas). Programos finansavimas reglamentuojamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“³⁴. Svarbu pažymėti, kad nors programa yra finansuojama valstybės lėšomis ir paslaugos teikiamos nemokamai, dalyvavimas joje nėra privalomas. Profilaktiškai pagal programą pasitikrina tik apie 50 proc. tikslinės amžiaus grupės žmonių, todėl Lietuvoje maždaug pusė storosios žarnos vėžio atvejų



5 pav. Storosios žarnos vėžio patikros programos finansavimo dinamika. Cituojama iš:

<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Stororios%20%20C5%BEarnos%20v%C4%97%20C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalga.pdf>

³³https://www.oecd.org/lt/publications/2023/12/lithuania-country-health-profile-2023_7ab0a5d9.html (žiūrėta 2025.02.16)

³⁴<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0407bf085bb811edba0ded10be2fa21c?jfwid=-9086hr7qt> (žiūrėta 2025.02.16)

diagnozuojama ankstyvose stadijose. Per pirmuosius dvejus metus iFOBT testu pasitikrino 160 008 žmonės, iš kurių 12 118 (7,5 proc.) gavo teigiamą atsakymą. Per 2009–2019 metų laikotarpį atlikti 1 899 266 iFOBT testai, 87 950 kolonoskopijų, 31 818 biopsijų. Programa visoje šalyje vykdoma nuo 2014 m., per visus programos vykdymo metus apie 8 proc. atliktų iFOBT testų buvo teigiami³⁵ (6 paveikslas). Kaip nurodoma paveikslėlyje teigiamų iFOBT skaičius kasmet vis auga ir remiantis paskutiniais turimais VLK duomenimis buvo 14 proc.

FIT ir gFOBT testą galima pasidaryti ir namuose pačiam – jo kaina vaistinėse paprastai būna apie 4-5 eurus. Taigi, jeigu Lietuvoje 2023 metų duomenimis tikslinė grupė buvo 973116 asmenys, jiems testams reiktų išleisti apie 5 mln. eurų. Centralizavus kvietimą, reiktų 10 koordinatorių, kurie siųstų pakvietimus paštu. Iš jų paprastai iki 15 proc. yra teigiami, todėl jiems reikalinga kolonoskopija (150 000). Kolonoskopijos kaina VLK yra apie 90 – 170 eurų priklausomai nuo procedūros apimties. Taigi papildomai dar reiktų apie 2 milijonų eurų. Kaip minėta anksčiau šiai programai praėjusiais metais skirta 7.9 mln. eurų. Kontrastinės KT kolonografijos kaina 120 Eur. Radiologinis aprašymas 5 Eur. DNR ir RNR tyrimų išmatose panaudojimą kol kas riboja kaina ir prieinamumas.

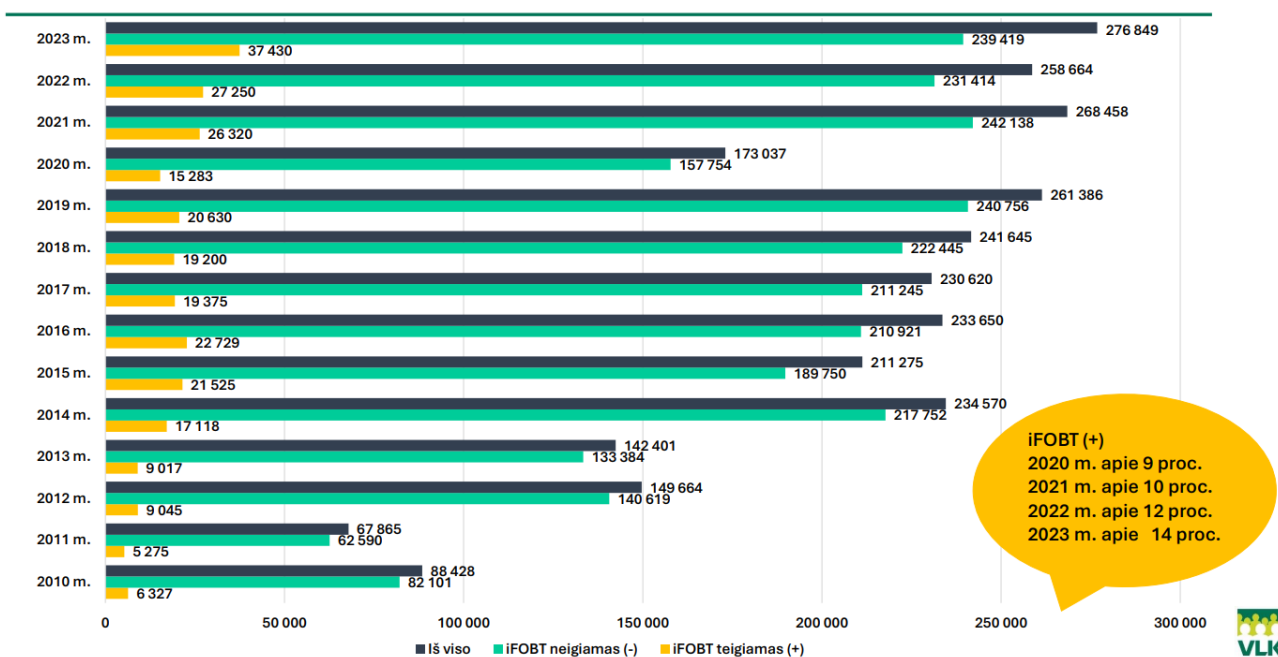
Priminės sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – PSPĮ), sudarydamos sutartis su TLK dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF, įsipareigoja teikti kokybiškas SŽV patikros programos paslaugas tikslinės grupės žmonėms (t.y. informuoti ir atlikti iFOBT tyrimus 50-74m. asmenims kas dvejus metus). Už patikrą apmokama nustatyta tvarka iš PSDF. TLK sudarydamos sutartis su PSPĮ moka už suteiktas paslaugas iš PSDF, pagal nustatytas bazines paslaugų kainas (toliau cituojamas ministro Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943): „1.

Informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir iFOBT rezultatų įvertinimas –

³⁵<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Stororios%20C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalga.pdf>

26,07 balo; 2. Paciento siuntimas pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją – 43,82 balo; 3. Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu – 139,58 balo; 4. Gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, taikant intraveninę nejautrą – 227,90 balo³⁶.

Informavimo ir (iFOBT) atlikimo paslauga 2023 m. augo daugiau nei 7 proc.



6 pav. Pasitikrinusių storosios žarnos vėžio patikros programoje skaičius, teigiami vs neigiami iFOBT testai. Cituojama iš:

<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Stororios%20%C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalga.pdf>

Kitas svarbus programos aspektas – prevencinėmis priemonėmis išvengiama mirtingumas – mirties priežastys, kurių galima išvengti taikant veiksmingas visuomenės sveikatos ir pirminės prevencijos intervencijas (t. y. prieš prasidedant ligoms, traumoms; siekiant sumažinti jų

³⁶Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmenssveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205

dažnumą)³⁷. Išvengiamas mirtingumas ne tik atskleidžia sveikatos netolygumus visuomenėje, bet ir leidžia plačiau įvertinti galimas sveikatos sistemos problemas. Vienas iš analizės būdų – stebėti, kokią įtaką išvengiamos mirtys turi vidutinei tikėtinaai gyvenimo trukmei (VGT). VGT yra vienas pagrindinių kompleksinių rodiklių, apibūdinančių visuomenės sveikatos ir socialinės gerovės lygį. Lietuvoje šis rodiklis nuolat stebimas ir įtrauktas į sveikatos strateginius planus. Tai daroma, be kita ko, dėl itin didelio – 9,8 metų – skirtumo tarp vyrų ir moterų gyvenimo trukmės, kuris gerokai viršija Europos Sąjungos vidurkį (5,5 metų) ir yra didžiausias visoje ES. Remiantis naujausiais duomenimis, Lietuva pagal šį rodiklį pirmauja pasauliniu mastu arba užima antrąją vietą. Todėl vienas iš šio tyrimo tikslų – įvertinti, kaip prevencinės priemonės galėtų sumažinti išvengiamą mirtingumą ir teigiamai paveikti vidutinę gyvenimo trukmę.

2023 m. Lietuvoje mirė 18 928 moterys, palyginti su 2022 m., 3 499 moterimis mažiau³⁷. Tais metais jų mirtingumo rodiklis buvo 1 244,7/100 000 moterų (2022 m. – 1 484,8/100 000 moterų). Daugiausia moterų (58,3 proc.) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų. Tais pačiais metais moterų mirtingumo nuo kraujo apytakos sistemos ligų rodiklis buvo 725,2/100 000 moterų (2022 m. – 866,8/100 000 moterų). 2023 m. nuo vėžinių ligų mirė 3 528 moterys ir tai sudarė 18,6 proc. visų mirusių moterų. Iš jų daugiausia mirė nuo krūties, storosios žarnos, kasos ir kiaušidžių piktybinių navikų. Taigi 2023 m. mirtingumo nuo vėžinių susirgimų rodiklis buvo 232/100 000 (2022 m. – 239,7/100 000 moterų). Infekcinės ir parazitinės ligos 2,3 proc., piktybiniai navikai 23,5 proc., nervų sistemos ligos 2,1 proc., kraujotakos sistemos ligos, 45,6 proc. kvėpavimo sistemos ligos, 3,8 proc. virškinimo sistemos ligos. Tuo tarpu vyrų: infekcinės ir parazitinės ligos 2,2 proc., piktybiniai navikai 18,6 proc., ir kitos priežastys. Trečioje vietoje moterų mirties priežasčių struktūroje – virškinimo sistemos ligos. Nuo jų 2023 m. mirė 847 moterys o tai sudarė 4,5 proc. visų mirusių. Tuo tarpu vyrų šie rodikliai buvo gerokai blogesni³⁷.

³⁷OECD. OECD Health Statistics 2023 Definitions, Sources and Methods.

Darbingo amžiaus gyventojų mirties priežastys. 22,3 proc. visų mirusiųjų 2023 m. sudarė 16–64 m. amžiaus asmenys (32,7 proc. vyrų ir 12,4 proc. moterų). Daugiausia darbingo amžiaus vyrų mirė nuo išeminių širdies ligų (17,6 proc.), virškinimo organų piktybinių navikų (8,4 proc.) ir kepenų ligų (7,2 proc.). 2021 metais mirtingumas nuo SŽV buvo antroje vietoje po plaučių vėžio (sudarė 1.9 proc., nusileisdamas tik plaučių vėžiui su 2.3 proc.)³.

Ekonominė programos nauda

Ekonominė SŽV diagnostikos programos nauda gali būti vertinama per kelis aspektus:

1. Tiesioginės medicininės išlaidos

- Prevencinės priemonės (iFOBT testai ir kolonoskopijos) kainuoja pigiau nei vėlyvų stadijų vėžio gydymas (sumažinamas chemoterapijos, radioterapijos ir chirurginių intervencijų poreikį, kurie yra brangūs ir ilgalaikiai gydymo metodai).
- Mažesnės hospitalizacijos išlaidos – ankstyvose stadijose gydymas dažnai atliekamas ambulatoriškai, mažinant lovdienių skaičių ligoninėse.

2. Netiesioginės ekonominės naudos

- Darbo našumo išsaugojimas – anksti nustatytas vėžys leidžia pacientui greičiau grįžti į darbą, mažina nedarbingumo laikotarpius ir išmokų poreikį.
- Mažesnė našta socialinei sistemai – išvengus vėlyvų stadijų ligos, mažėja invalidumo išmokų, slaugos ir reabilitacijos išlaidos. Ilgėja sveiko gyvenimo trukmė, trumpėja prarastų metų, mažėja prevencinių ligų mirtingumas, gerėja pacientų gyvenimo kokybė

3. Kainos ir naudos santykis

- Ankstyva diagnostika leidžia sumažinti brangaus gydymo išlaidas. Vėlyvose stadijose gydymas gali kainuoti iki 5 kartų daugiau nei ankstyvoje stadijoje nustatytas vėžys.

- Kolonoskopija ir slapto kraujavimo testas yra santykinai nebrangūs, tačiau padeda išvengti sudėtingų chirurginių operacijų, chemoterapijos bei ilgalaikės priežiūros išlaidų.

Taigi labai svarbu yra apskaičiuoti ir įvertinti patikros programos ekonominį efektyvumą, atlikti kaštų analizę, vertinti, kuriose srityse reikalingas finansų didinimas, kitur gal galima sumažinti.

1.4 SŽV ankstyvos diagnostikos programos aprėptys Europoje ir Lietuvoje

1.4.1 SŽV ankstyvos diagnostikos programa Europoje, Lietuvoje ir kitose šalyse.

Trylikoje valstybių narių (Austrija, Kipras, Čekija, Estija, Prancūzija, Vokietija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Rumunija, Slovakija, Ispanija ir Švedija) yra valstybinės organizacijos atsakingos už pirminio vėžio ir SŽV prevencijos organizavimą. Trijose valstybėse narėse (Kroatijoje, Graikijoje ir Vengrija) SŽV patikros programos nėra. Apskritai, pirminė prevencija valdoma vertikaliai iš viršaus į apačią ir už politikos formavimą atsakingas subjektas yra Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) (Kipras, Prancūzija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Rumunija, Slovakija ir Ispanija). Už įgyvendinimą atsakingų subjektų skaičius skiriasi priklausomai nuo šalies: Liuksemburge Sveikatos departamentas, Slovakijoje – Sveikatos stiprinimo ir sveikatos mokymo departamentas. Kitose gi šalyse galimi keli subjektai atsakingi už programos vykdymą: Prancūzijoje Nacionalinis vėžio institutas ir regioninė sveikatos agentūrai (remiantis Nacionalinio vėžio instituto antro straipsnio 3 punktu – Lietuvoje Nacionalinis vėžio institutas irgi atsakingas už vėžio prevenciją ir profilaktiką³⁸), Maltoje (Sveikatos politikos departamentas, Sveikatos skatinimo ir ligų prevencijos direktoratas, Sveikatos informacijos ir tyrimų departamentas) ir Rumunijoje (Nacionaliniai visuomenės sveikatos direktoratai).

Populiacinė SŽV patikros programa įgyvendinama 22 valstybėse ES narėse ir taip pat

³⁸<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/342129e0c6d111e3afd8f519d03d5f2d>

Austrijos Burgenlando regione. Dve jose valstybėse narėse (Austrija, išskyrus Burgenlando regioną ir Latvija) įgyvendinama ne populiacinė atranka: Austrijoje oportunistinis patikrinimas yra nemokama kasmetinė profilaktinė medicininė apžiūra gyventojams nuo 50 metų. Latvijoje tikimasi, jog bendrosios praktikos gydytojai atliks paskirtus profilaktinius tyrimus tikslinei populiacijai. Trys valstybės narės (Bulgarija, Kipras ir Graikija) neturi SŽV patikros programos.

Populiacinės SŽV patikros programos atliekamos Albanijoje, Norvegijoje, Serbijoje, Šveicarijoje, Turkijoje ir JAV.

18 valstybių narių naudoja FIT SŽV patikrai (Belgija, Estija, Suomija, Prancūzija, Danija, Airija, Italija: Emilijos-Romanijos regionas, Latvija, Lietuva (pilotiniame tyrime), Liuksemburgas, Malta, Nyderlandai, Portugalija, Rumunija, Slovakija, Slovėnija, Ispanija ir Švedija). FIT taip pat įdiegtas ir Austrijos Burgenlando regione. Dvi valstybės narės (Kroatija ir Vengrija ir vis dar Lietuva) patikrai naudoja gFOBT. Lenkija SŽV patikrai naudoja tik kolonoskopiją. Trys narės (Austrija, Čekija ir Vokietija) naudoja kelių SŽV atrankos metodų derinį: Austrijoje (išskyrus Burgenlandą) gFOBT siūloma kasmet arba atliekama kolonoskopija, kuri siūloma kas 10 metų. Čekijoje yra du atrankos būdai: gFOBT atliekamas kasmet nuo 50 metų amžiaus ir kas dvejus metus nuo 55 metų amžiaus arba atrankinė kolonoskopija, kurią galima atlikti nuo 50 metų amžiaus. Jei rezultatai yra neigiami, kolonoskopija kartojama po 10 metų. Vokietijoje FIT ir kolonoskopija yra du galimi patikros būdai. 50–54 metų amžiaus moterys gali pasirinkti kasmetinį slapto kraujo išmatose tyrimą (FIT). Tokio pat amžiaus vyrai gali rinktis tarp kasmetinio slapto kraujo išmatose tyrimo arba kolonoskopijos kas 10 metų. Po 55 metų FIT vyrams siūloma kas antrus metus.

Norvegijoje, Serbijoje ir Turkijoje patikrai naudojamas FIT. Albanijoje kaip ir Lietuvoje atliekamas gFOBT. Šveicarijoje galima rinktis tarp FIT ir kolonoskopijos. JAV galimi įvairūs atrankos būdai ir nuo to priklauso testo pasirinkimo prieinamumas, išlaidos ir pacientų pageidavimai. JAV patikra pradama nuo 45 metų (visa informacija apibendrinta 4 lentelėje).

Vienuolikoje ES narių (Čekijoje, Estijoje, Vengrijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Vokietijoje, Portugalija, Rumunija, Slovakija ir Ispanija) ir dvejose ES kandidatėse (Serbija ir Turkija) bendrosios praktikos gydytojas paskiria kolonoskopiją esant teigiamam testui. Penkiose ES valstybėse narėse (Kroatijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Maltoje ir Olandijoje), vienoje ES šalyje kandidatėje (Albanija) ir bei Norvegijoje ir Šveicarijoje atsakingas gydytojas specialistas.

Daugelis iš šalių turi kokybės standartus, kuriuose aprašytas kiekvienas patikros programos etapas.

4 lentelė. Europos sąjungos šalių ir kitų SŽV patikros programos pagrindiniai duomenys.

Šalis	Programos pradžia, m	Koordinavimas	Populiacinė organizuota	Metodas	Tikslinė grupė	Ciklų skaičius, mėn.	Pasitikrinusių skaičius, proc.
Austrija	1980 (gFOBT) 2005 (FKS)	N	Ne	FIT FKS	45-75	24 (FIT) 120 (FKS)	64
Belgija	2009 (Flandrija 2013)	R	Taip	FIT	50-74	24	52
Bulgarija	Tik pilotinės studijos	?	Ne	?	?	?	4
Kroatija	2008	N	Taip	gFOBT	50-74	24	25
Kipras	Tik pilotinės studijos	N	Ne	FIT	50-74	24	3
Čekija	Pilotinė studija 1979–1998 Organizuota 2014	N	Taip	FIT FKS	>50	24 120	27

Danija	2014 (pilotas 2005-2006)	R	Taip	FIT	50-74	24	61
Estija	2016	N	Taip	gFOBT	60-68	24	48
Suomija	2022 (pilotas – 2004)	N	Taip	FIT	60-68	24	79
Prancūzija	2008	N	Taip	FIT	50-74	24	35
Vokietija	1977 (gFOB) 2019 organizuota	N	Taip	FIT FKS	>45 50-65	12-24	15
Graikija	2009	-	Ne	gFOBT FKS	50-70	24 60	28
Vengrija	2002	N	Taip	FIT FKS	50-70	-	3
Islandija	2009	-	Taip	FIT FKS	>50	24 -	6
Airija	2012			FIT	59-69	24	50
Italija	1982 – 1996 (pilotinė studija) 1996	N	Taip	gFOBT Piemonte – FKS	gFOBT (50-69) FKS 58-60	24 (gFOBT) 120 (FKS)	
Latvija	2009	N	Ne	gFOBT	50-74	24	19
Lietuva	2009	N	Taip	gFOBT (pilote FIT)	50-74	24	48
Liuksemburgas	2021	N	Taip		55-74	23	48
Malta	2012	N	Taip	FIT	57-74 (plečiama nuo 50-74)	24	52

Olandija	2014	N	Taip	FIT	55-75	24	71
Lenkija	2006	N	Taip	FKS	50-65	120 (vienas etapas)	8
Portugalija	2018	L	Taip	FIT	50-74	24	41
Rumunija	2020	N (4 regionai)	Taip	FIT	50-74	24	3
Slovakija	50+ 2004, 50-75, 2021 (pilotas 2019)	N	Taip	FIT	50-75	24	39
Slovėnija	2009	N	Taip	FIT	50-74	24	59
Ispanija	2005	R	Taip	FIT	50-69	24	32
Švedija	2021	N	Taip	FIT	60-74	24	36
Norvegija	2022	N	Taip	FIT	55-65	24	8
Šveicarija	2013	R	Taip	FIT, FKS	50-69	24 (FIT) 120 (FKS)	
Albanija	2015	N	Taip	gFOBT	35-70	12	
Serbija	2013	N	Taip	FIT	50-74	24	
Turkija	2013	N	Taip	FIT	50-70	24 (FIT) 120 (FKS)	
JAV	?	L	Taip	Įvairūs	45+	Priklauso mai nuo intervencijos	55

Koordinavimas: N = Nacionalinis, R = regioninis, RNC = regioninis nacionalinis, L - lokalus

**Metodas: FIT = imunohistocheminis, gFOBT = guajako peroksidazės reakcija paremtas slapto kraujo tyrimas, FKS = kolonoskopija

*Cituoama iš – <https://www.europeancancer.org/search/campaign/impact/cancer-screening-data.html> The Lancet Gastroenterology & Hepatology. (2019). The global, regional, and national burden of colorectal cancer and its

attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.

Taigi nors ES rekomenduoja SŽV patikros programos vykdymą visose šalyse narėse, tačiau tiek programos organizavimas, tiek jos vertinimas ir vykdymas šalyse narėse yra labai skirtingas.

1.4.2 Socialinės problemos susijusios su SŽV patikros programa

Nepaisant įrodytų mirtingumo pranašumų, SŽV patikros gairių laikymasis įvairiose šalyse labai skiriasi. Europoje labiausiai patikros rekomendacijų laikosi (daugiausiai pasitikrinusiųjų) Nyderlandai – 71.3 proc. Kitos 12 Europos šalių pranešė, kad laikosi daugiau nei 50 proc., o Italija – 45,7 proc. Tačiau Lenkijoje ir Belgijoje pasitikrinusiųjų rodiklis buvo mažesnis nei 20 proc. Kliūtys, turinčios įtakos paciento dalyvavimui programoje yra nepakankama informacija ir sąmoningumas apie SŽV ir jos patikros priemones, gydytojų rekomendacijų nebuvimas, emociniai veiksniai, tokie kaip nerimas, baimė ir gėda. Taip pat socialiniai, dvasiniai ir sociodemografiniai veiksniai, įskaitant sumažėjusias pajamas ir moterišką lytį. Idealiu atveju visos populiacijos patikra, pagrįsta klinikinėmis rekomendacijomis, būtų veiksmingiausia atrankos strategija kovojant su SŽV; tačiau kliūtis, trukdančias atlikti visų gyventojų patikrą, riboja ir žmogiškieji bei finansiniai ištekliai³⁹. Be to, vis dar sudėtinga nustatyti aiškias gaires dėl to, kas turėtų būti tikrinamas, ypač esant nepastovioms ligoms, tokioms kaip SŽV. Pavyzdžiui, ankstesnėse rekomendacijose buvo tikrinami vyresni nei 50 metų suaugusieji. Tačiau naujausi Amerikos vėžio draugijos ir Jungtinių Valstijų prevencinės tarnybos darbo grupės atnaujinimai išplėtė patikros rekomendacijas, įtraukiant 45 metų ir vyresnius asmenis dėl padidėjusio SŽV dažnio tarp jaunesnių suaugusiųjų⁴⁰. Be to,

³⁹Lee J, Ewing B, Holmes D. Barriers and Facilitators to Colorectal Cancer Screening in South Asian Immigrants: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2023; 24: 1463-1475

⁴⁰Baidoun F, Elshiwly K, Elkeraie Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, Gad M, Al-Husseini M, Saad A. Colorectal Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. *Curr Drug Targets* 2021; 22: 998-1009.

neseniai atlikus sistemingą 24 klinikinės praktikos gairių ir penkių konsensuso pareiškimų peržiūrą, bendros kokybės ir ataskaitų teikimo mediana buvo 54,0 proc. ir 42,0 proc., o 83 proc. gairių pritaikomumo kokybė buvo žema (24/29), todėl reikia peržiūrėti ir patobulinti dabartines gaires⁴¹.

Pacientų informavimas apie patikros programas. Siekiant užtikrinti, kad rizikos grupėms priklausantys asmenys dalyvautų vykdomoje SŽV patikros programoje, itin svarbu efektyviai skleisti informaciją ir šviesti pacientus. Pacientų susidomėjimas prevencinėmis priemonėmis tiesiogiai priklauso nuo jų sveikatos raštingumo lygio. Tyrimai rodo, kad Lietuvos gyventojai vertina tokias programas palankiai ir aktyviai jomis domisi^{42,43}. Šiuo metu informaciją asmenys gali gauti arba PSCĮ arba domėdamiesi patys.

Bendrosios praktikos gydytojo svarba informuojant apie prevencines programas. Bendrosios praktikos gydytojas yra pagrindinis informacijos šaltinis apie vėžio patikros programas. Jo pareiga – tinkamai supažindinti pacientus su galimybe dalyvauti šiose programose bei padėti jiems priimti pagrįstus sprendimus dėl dalyvavimo. Daugybė mokslinių tyrimų, atliktų tiek Lietuvoje, tiek kitose šalyse, patvirtina, kad šeimos gydytojas atlieka esminį vaidmenį skleidžiant informaciją ir didinant visuomenės informuotumą apie prevencines iniciatyvas^{43,44}.

⁴¹Maes-Carballo M, García-García M, Martín-Díaz M, Estrada-López CR, Iglesias-Álvarez A, Filigrana-Valle CM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. A comprehensive systematic review of colorectal cancer screening clinical practices guidelines and consensus statements. *Br J Cancer* 2023; 128: 946-957

⁴²Elona Svinkūnaitė Pacientų žinių apie storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą ir motyvacijos Atlikti endoskopinį tyrimą nustatymas Bakalauro studijų programos „Slauga“ (valst. kodas 6121GX006) baigiamasis darbas 2023;

⁴³POLA studija: Lietuvoje vykdomų vėžio prevencinių programų efektyvumo didinimas 2020 m. gruodis

⁴⁴European guidelines on colorectal cancer prevention, screening and diagnosis;

BPG (arba jo komandos narys) tampa tuo vartininku, informacijos pateikėju pacientui ir jo šeimai.

Peržvelgus daugelį užsienio literatūros^{45,46}, galima nustatyti tam tikrus probleminius patikros programos, organizuojamos per bendrosios praktikos gydytoją, taškus:

-per didelę šeimos gydytojų apkrova – per didelis darbo krūvis, platesnės komandos trūkumas

-motyvacijos nebuvimas (nors Lietuvoje kaip minėta už ankstyvos diagnozės nustatymą šeimos gydytojai yra motyvuojami 2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, tačiau gaunama motyvacija yra pervedama įstaigai, o ne gydytojui asmeniškai)

-elektroninės bazės nebuvimas, kuris leistų siųsti priminimus

-pacientai atsisako dalyvauti

Viena iš esminių problemų, kuri išryškėjo atliktų tyrimų metu, yra nepakankamos gydytojų žinios apie šalyje galiojančias prevencinių programų įgyvendinimo gaires ir jose taikomų tyrimų efektyvumą. Dalis gydytojų nėra iki galo susipažinę su šių programų tikslu, o taip pat neturi aiškaus supratimo apie diagnostinių tyrimų naudą ar galimą žalą. Dėl šios priežasties, kai kurių užsienio tyrėjų nuomone, tiek medikų, tiek visuomenės švietimas šia tema laikomas vienu iš efektyviausių

⁴⁵O'Malley AS, Beaton E, Yabroff KR, Abramson R, Mandelblatt J. Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. *Prev Med.* 2004 Jul;39(1):56-63

⁴⁶Brady LA, Tumieli-Berhalter LM, Schad LA, Bentham A, Vitale K, Norton A, Noronha G, Swanger C, Morley CP. Increasing Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screenings: A Qualitative Assessment of Barriers and Promoters in Safety-Net Practices. *J Patient Cent Res Rev.* 2021 Oct 18;8(4):323-330.

būdų didinti dalyvavimą prevencinėse programose^{47,48}.

Verta atkreipti dėmesį į tai, kad mažesniuose Lietuvos miestuose, kaip ir užsienyje mažesniuose regionuose, nutolusiuose nuo didesnių centrų, jaučiamas mažesnis pacientų įsitraukimas į prevencines programas. Tai leidžia manyti, jog mažesniuose miestuose dirbantys gydytojai ne visada gauna pakankamai informacijos apie prevencines programas bei jų naudą. Be to, Lietuvos pacientai vis dar dažnai susiduria su ilgomis laukimo eilėmis norėdami gauti įprastas sveikatos paslaugas. Dėl didelio administracinio krūvio – receptų išrašymo, siuntimų pildymo ir kitų dokumentų tvarkymo – šeimos gydytojai dažnai neturi galimybių skirti pakankamai laiko pacientų informavimui apie jiems skirtas prevencines programas. Tyrimų duomenimis, net apie 71 proc. apklaustųjų nurodė, kad apie tokias programas nėra gavę išsamios informacijos arba apie jas tik paminėta, todėl didelė dalis pacientų lieka nepakankamai informuoti^{49, 50}. Pagal galiojančią Sveikatos apsaugos ministro patvirtintą tvarką, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir gydytojų veiklos vertinimas siejamas su prevencinių programų įgyvendinimo aktyvumu. Nors medikams ir jų komandai skiriami priedai už šių programų rezultatus, šie finansiniai paskatinimai yra pervedami sveikatos priežiūros įstaigai, o ne tiesiogiai gydytojams ar jų komandų nariams.

⁴⁷Higienos institutas. Širdies ir kraujagyslių, bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu, 2013 m

⁴⁸Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai. *Medicina*. 2003;39(10):1007- 1015

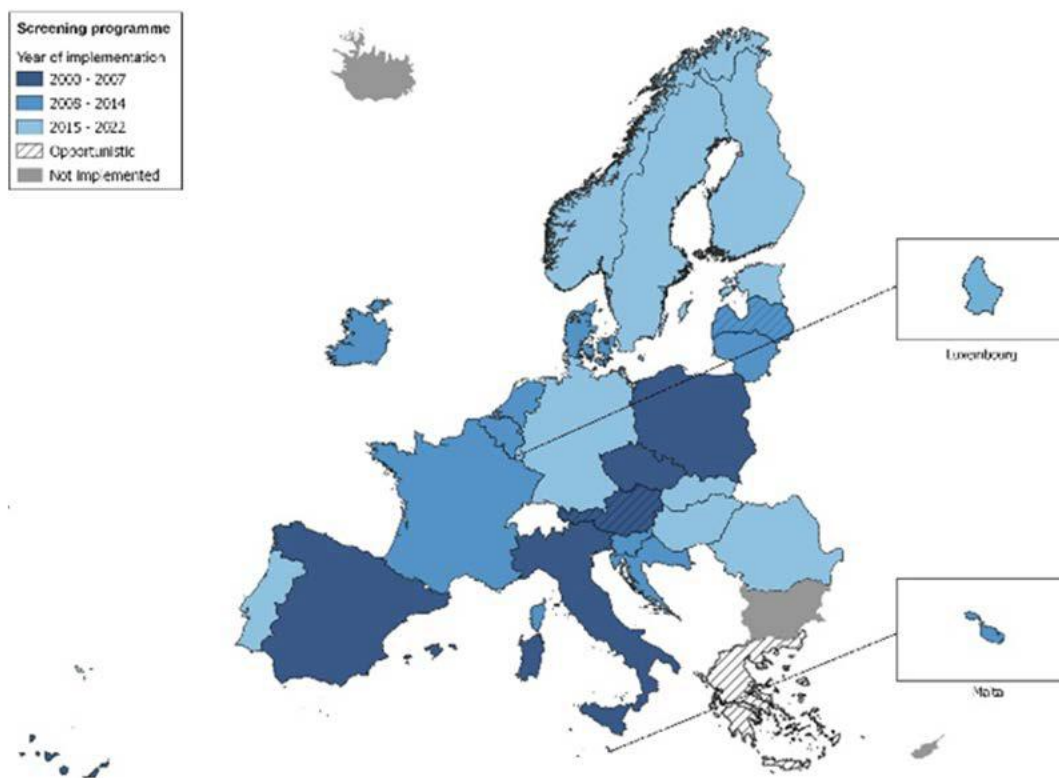
⁴⁹Eigirdaitė A. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje vertinimas: magistro diplominis darbas: Vilnius, 2013.

⁵⁰Juršytė D, Gurevičius R. Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose. *Visuomenės sveikata (Vilnius)* 2014; 3 (66): 68–77.

Todėl praktikoje matome ydingai susiklosčiusią priedų mokėjimo tvarką, kuomet BPG ir jų komandos nariai vykdydami prevencines programas, tačiau negauna pagal ministro įsakymą numatyto atlygio už gerus rezultatus.

Socioekonominės problemos. Be tyrimų techninių kliūčių, SŽV patikrinimas yra susijęs su didelėmis socialinėmis ir ekonominėmis kliūtėmis. Pirma, yra pastebimi SŽV atrankos paplitimo skirtumai įvairiuose regionuose ir demografinėse grupėse. Nors kai kurie išsivystę regionai sėkmingai integravo SŽV patikrą į savo visuomenės sveikatos sistemas ir pasiekė gerų rezultatų, nepakankamai išsivystę kovoja su ribotais sveikatos priežiūros ištekliais ir stokoja informuotumo, todėl čia stebimas blogesnis dalyvavimas programoje. Antra, finansinė SŽV patikros našta. Kai kuriose šalyse, ši kaina gali būti pernelyg didelė, todėl ji tampa neprieinama ekonomiškai pažeidžiamiems asmenims. Taigi mažinant SŽV patikros programos finansinę naštą ir jos prieinamumo didinimas yra esminiai. Siekdamos spręsti šiuos socialinius ir ekonominius iššūkius, vyriausybės ir sveikatos priežiūros įstaigos įgyvendina daugybę strateginių veiksmų. Pavyzdžiui, intensyvina informavimo kampanijas, siekdamos šviesti visuomenę apie SŽV svarbą, atranką, tikslinės politikos formavimą, skatinant didelės rizikos grupes atlikti patikrinimus. Taip pat labai svarbus ir stipresnis bendradarbiavimas su tarptautinėmis institucijomis ir medicinos įstaigomis, kad kartu būtų skatinama SŽV sklaida ir pažanga. Tarp šalių yra didelių skirtumų įgyvendinant patikros programas. Pirmiausi vienos šalys patikros programą pradėjo prieš daugiau nei 20 metų, kitos gi tik per pastaruosius kelis metus. Dalyvavimo atrankos programose rodiklis labai skiriasi visose Europos šalyse.

⁵¹OECD, “Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection.,” OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024.



6 pav. Storosios žarnos patikros programos iniciacijos metai Europos sąjungos šalyse

Cituojama iš ³OECD, “Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection.” OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024.

Mažiausias dalyvavimas stebimas šalyse, kuriose organizuotos gyventojų patikros programos dar neįgyvendintos. 2019 metais 50–74 metų amžiaus žmonių 49 proc pranešė, kad jie niekada nedalyvavo gaubtinės ir tiesiosios žarnos patikrinime vėžiu, kai kuriose šalyse dalyvaujančių net 94 proc. o kitose – tik 17 proc. Taip pat skiriasi tikslinė amžiaus grupė ir naudojami atrankos metodai. Dauguma Europos šalių remiasi ES Tarybos 2022 m. rekomendacijomis⁵², kuriose rekomenduojama kiekybinis išmatų imunocheminis tyrimas (FIT), po kurio atliekama endoskopija 50-74 metų amžiaus žmonėms. Kai kurios šalys (tame tarpe ir Lietuva) siūlo kokybinį kraujo išmatose tyrimą (gFOBT, remiantis ES Tarybos rekomendacija 2003 m.⁵³). Kai kuriose šalyse yra galimybė pasirinkti testą, kas pagerina dalyvavimą programoje.

⁵²Council Recommendation (EC) of 9 December 2022 on strengthening prevention through early detection: a new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC (2022/C 473/01).

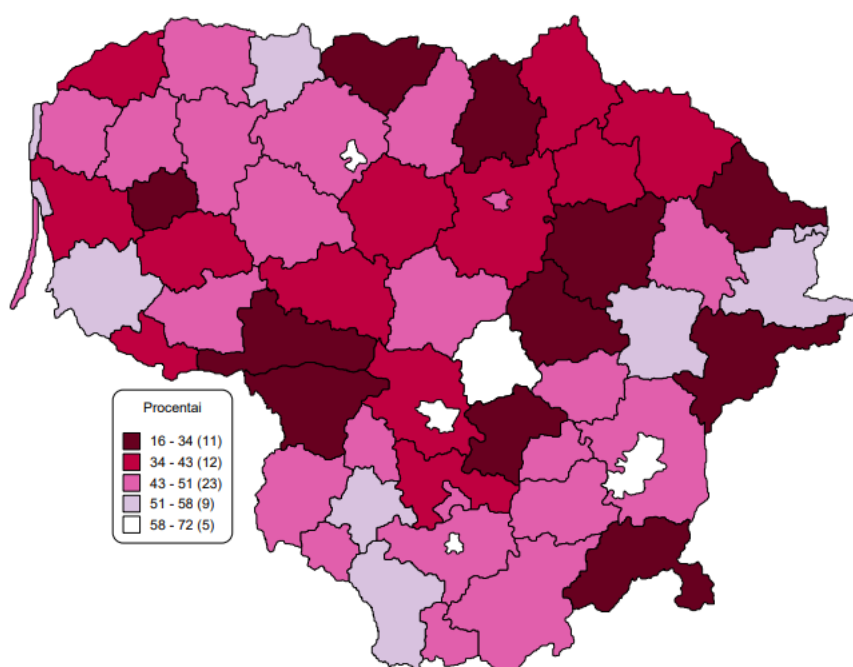
⁵³Council Recommendation (EC) of 2 December 2003 on cancer screening

Problemos su kolonoskopija. Kolonoskopijos, kaip atrankos įrankio, entuziazmas grindžiamas prielaida, kad kolonoskopija yra geriausias storosios žarnos tyrimo testas ir aptinkama bei pašalinama daugiausia polipų (ikivėžinių būklių). Nors kolonoskopija yra geriausias gleivinės apžiūros ir polipų aptikimo testas, tai neįrodo, kad tai geriausias SŽV atrankos testas. JAV rizika susirgti SŽV per visą gyvenimą yra apie 4 proc. (ty 1 iš 25 asmenų).¹² Tai reiškia, kad dauguma asmenų, kuriems atliekama patikra, gali niekada negauti naudos, nes jiems niekada nelemta susirgti ar mirti nuo SŽV. Jiems gali tik pakenkti atranka. Teisybės dėlei, rizika susirgti SŽV būtų didesnė, jei nebūtų atliekama patikra (pvz., galbūt rizika visą gyvenimą būtų 6 proc.). Taigi, norint gauti naudos, tikrinamas skaičius gali būti šiek tiek mažesnis (pvz., 1 iš 16 asmenų). Tačiau faktas lieka faktu, kad didžioji daugumai patikrintų asmenų iš patikrinimų negauna naudos. Tai nereiškia, kad atranka neturėtų būti rekomenduojama. Yra atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų įrodymų, patvirtinančių jo naudojimą. Tačiau tai verčia susimąstyti, ar atranką reikėtų pradėti nuo kolonoskopijos. Svarbiausia – testo atlikimas. COLONPREV tyrimo metu atsitiktinės atrankos būdu tiriamieji buvo suskirstyti į FIT (26599) arba kolonoskopijos (26703) grupes. Tyrimo atlikimas buvo žymiai didesnis atliekant FIT (34,2 proc. prieš 24,6 proc.) ir po pirmo atrankos etapo tai lėmė daugiau vėžio aptikimo atvejų FIT grupėje (33 prieš 30)⁵⁴. Panašūs buvo ir Švedijoje atlikto SCRESCO tyrimo preliminarūs rezultatai: buvo lyginamas vienkartinės kolonoskopijos rezultatai (30 400) prieš 2 atrankos turus su FIT (60 137). Vėlgi, dalyvavimas atliekant FIT b žymiai didesnis nei kolonoskopijos (55.5 proc. vs 35.1 proc.) ir vėžio atveju buvo nustatyta daugiau (0,2 proc. prieš 0,16 proc.)⁵⁵.

⁵⁴Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal cancer screening. *N Engl J Med* 2012;366:697–706.

⁵⁵orsberg A, Westerberg M, Metcalfe C, et al. Once-only colonoscopy or two rounds of faecal immunochemical testing 2 years apart for colorectal cancer screening (SCREESCO): preliminary report of a randomized controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022; 7:513–521.].

Abu tyrimai parodė, jog mažiau invaziniai tyrimai yra labiau toleruojami ir efektyvesni. Lietuvoje pavyko rasti tik pirmo ciklo duomenis: 2014–2015 metais didžiausias dalyvavimas storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje buvo fiksuotas Alytaus miesto 50–74 metų gyventojų tarpe – šiame mieste programoje dalyvavo net 71,8 proc. šios amžiaus grupės asmenų. Nors šiek tiek mažesnis aktyvumas buvo pastebėtas Šiaulių, Vilniaus, Kauno miestų bei Jonavos, Kauno, Lazdijų, Molėtų rajonų savivaldybėse, šių teritorijų gyventojų dalyvavimas vis tiek viršijo šalies vidurkį. Tuo tarpu itin žemas dalyvavimo lygis (iki 30 proc.) buvo nustatytas Šalčininkų (16,7 proc.), Anykščių (28,3 proc.), Jurbarko (28,6 proc.) ir Kaišiadorių (29,0 proc.) rajonuose⁵⁶.



7 pav. Dalyvavimo storosios žarnos vėžio patikros programoje aktyvumas skirtinguose Lietuvos regionuose. Cituojama iš Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema

Socioekonominė nelygybė. Europoje pastebima didelė nelygybė atliekant storosios žarnos vėžio patikrą, daugelyje šalių siejama su išsilavinimo lygiu, namų ūkio pajamomis ir kaimo bei miesto

⁵⁶Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema

gyvenamosiomis vietovėmis⁵¹. Daugumoje Europos šalių didesnė dalis žmonių, kurie niekada neatliko storosios žarnos patikrinimo, buvo žemesnio išsilavinimo. 2019 metais SŽV patikros skirtumas tarp aukščiausių ir žemiausių išsilavinimą turinčių žmonių kai kuriose šalyse siekė 18 proc. Panašios tendencijos stebimos ir lyginant pajamų lygį ir gyvenimą kaime bei mieste. Daugumoje Europos šalių mažesnes pajamas gaunantys žmonės SŽV patikros programoje dalyvavo rečiau nei didesnes pajamas gaunantys asmenys. Šis su pajamomis susijęs skirtumas ryškiausias Pietų Europoje⁵⁷. Lygiai taip pat, kaimo vietovėse gyvenančių žmonių SŽV patikra atliekama rečiau nei gyvenantys miestuose.

SŽV programos pagerinimui reikia, kad dalyvautų pagrindinės suinteresuotosios šalys: SAM, gastroenterologai ir chirurgai, onkologai, slaugytojai ir ligoninės, bet tai taip pat reikalauja glaudaus bendradarbiavimo tarp duomenų bazių valdytojų, klinikinių laboratorijų, pavieniai piliečiai, pirminės sveikatos priežiūros specialistai (žinoma ir BPG) ir komunikacijos agentūra. Tam reikės patirties tokiose įvairiose srityse kaip informacinių technologijų valdymas, medicinos tyrimai, psichologija, epidemiologija. Be to, tai taip pat reikalauja glaudaus bendradarbiavimo tarp pagrindinių partnerių, tokių kaip vėžio registras, specialistai ir ligoninės. Turi būti susitarimas dėl bendros pažeidimų klasifikacijos, kad būtų galima veiksmingai stebėti ir vertinti efektyvumą.

Taigi vis dar yra labai daug netolygumų tarp ES šalių narių vertinant dalyvavimą SŽV patikros programoje. Be to, yra daug netolygumų ir kiekvienos šalies viduje. Daug skirtingų faktorių lemia šiuos netolygumus ir norint pagerinti dalyvavimą programoje (beje, kitose taip pat) reikalingos apvalaus stalo diskusijos, kviečiant visas suinteresuotas grupes pasisakyti apie matomas problemas ir jas efektyviai spręsti.

⁵⁷Bozhar H et al., “Socio-economic inequality of utilization of cancer testing in Europe: A cross-sectional study,” Preventive Medicine Reports, vol. 26, 2022.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas –įvertinti SŽV patikros programos efektyvumą iš paciento, šeimos gydytojo ir politiko perspektyvos, siekiant identifikuoti pagrindines programos stiprybes ir trūkumus bei pasiūlyti galimus tobulinimo sprendimus.

Tyrimo uždaviniai:

- 1 Išanalizuoti epidemiologinę SŽV situaciją Lietuvoje ir pasaulyje.
- 2 Teoriškai pagrįsti SŽV reikalingumą ir tikslingumą.
- 3 Atskleisti politinio lygmens požiūrį į programos svarbą – teisinis reglamentavimas, finansavimą ir ilgalaikę strategiją.
- 4 Įvertinti programos efektyvumą pacientų ir specialistų – šeimos gydytojų požiūriu.
- 5 Įvardinti pagrindinius veiksnius, lemiančius programos efektyvumą, bei pateikti rekomendacijas jos gerinimui.

Tyrimo hipotezė – storosios žarnos vėžio patikros programos efektyvumą Lietuvoje riboja informacijos stoka, nepakankamas šeimos gydytojų įsitraukimas ir neefektyvi politinė komunikacija, todėl būtinas sisteminis požiūris į visų suinteresuotų grupių bendradarbiavimą.

Darbo tikslui pasiekti bei išsikeltiems uždaviniams įgyvendinti buvo atlikta SŽV ankstyvosios diagnostikos programos Lietuvoje duomenų analizė ir apibendrinimas. Teorinėje dalyje taikytas taikomojo pobūdžio tyrimas, kadangi pagrindinis darbo siekis – prisidėti prie esamos situacijos gerinimo. Tyrimo metu buvo siekiama atsakyti į penkis pradžioje suformuluotus uždavinius.

Atliktas tyrimas yra ilgalaikio pobūdžio ir turintis nacionalinę svarbą.

Duomenų rinkimui pasitelkti metodai – anketinė apklausa bei interviu.

Duomenų analizei buvo taikomi statistiniai metodai. Anketų rezultatai apdoroti ir išanalizuoti naudojant statistinės analizės programinę įrangą SPSS 23. Surinkti duomenys klasifikuoti pagal ranginę, intervalinę ir nominalinę matavimo skales. Buvo atlikta koreliacinė bei dažnių analizė. Tolydžiųjų kintamųjų reikšmės apskaičiuotos naudojant vidurkius. Norint įvertinti skirtumus tarp diskrečiosios formos rodiklių, taikytas Pearsono χ^2 kriterijus. Skirtumai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai p reikšmė buvo mažesnė nei 0,05. Taip pat bus taikomas duomenų apvilkimo analizės metodas išnagrinėti programos efektyvumui skirtingose teritorinėse ligonių kasose.

Empirinis tyrimo modelis

Tyrimo objekto pasirinkimą bei vykdymo strategiją lėmė praktinė patirtis kasdiniame darbe, susiduriant su SŽV ankstyvosios diagnostikos programos įgyvendinimo ypatumais, taip pat atlikta literatūros analizė apie šios programos vykdymą Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse. Empirinio tyrimo metu buvo renkama informacija iš asmenų, kurie dalyvavo arba nedalyvavo SŽV ankstyvosios diagnostikos programoje, bendrosios praktikos gydytojų bei sveikatos politikos formuotojų. Pagrindiniu duomenų rinkimo metodu pasirinkta anketinė apklausa. Jos pagrindu buvo apklausti 490 respondentų bei 230 bendrosios praktikos gydytojų iš įvairių Lietuvos regionų, taip pat penki buvę ar esami Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos ministrai ir vienas Europos Komisijos atstovas, atsakingas už SŽV prevencijos politikos formavimą. Tyrime dalyvavo 50–74 metų amžiaus asmenys, priskiriami SŽV ankstyvosios diagnostikos tikslinei grupei, kurie lankėsi pas šeimos gydytojus Nacionaliniame vėžio institute bei Hila klinikoje. Bendrosios praktikos gydytojai buvo pasiekti ir socialinių tinklų, konkrečiai „Facebook“ šeimos gydytojų grupės, pagalba. Tyrimo tikslas – surinkti išsamų duomenų rinkinį apie SŽV ankstyvosios diagnostikos programos įgyvendinimą, identifikuoti ją veikiančius veiksnius pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (PSPĮ), išanalizuoti gydytojų požiūrį, pacientų žinių lygį bei nustatyti dalyvavimą skatinančius ir trukdančius faktorius. Tyrimas turi praktinę reikšmę – jis leidžia įvertinti ir tobulinti programos įgyvendinimo procesus ir problemas, žvelgiant į jas iš BPG ir pacientų pusės bei rasti

optimalius sprendimus, kurie pagerintų programos įgyvendinimą Lietuvoje. Anketos apklausiamiesiems buvo sudarytos taip, kad atsispindėtų jų asmeninė nuomonė apie SŽV patikros programą, jos eigą, trūkumus bei galimybes ją gerinti.

Tyrimo instrumentas

Tyrimui naudota anketinė apklausa – klausimynus pildė 50-74m. amžiaus žmonės (ne)dalyvavę patikros programoje, pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys BPG bei politikai/politikos formuotojai.

Pacientams skirta anketa

Pagal atliktą literatūros analizę ir teisės aktais buvo sukurtas originalus klausimynas, skirtas apklausti 50–74 metų amžiaus žmones. Anketos struktūra parengta taip, kad surinkti duomenys leistų įvertinti pacientų nuomonę apie SŽV patikros programos vykdymą PSPĮ. Taip pat siekta išsiaiškinti veiksnius, turėjusius įtakos jų dalyvavimui programoje, išryškinti pagrindinius programos privalumus ir trūkumus pacientų požiūriu. Tuo atveju, jei pacientai programoje nedalyvavo, buvo siekiama nustatyti priežastis ir pasiūlyti galimus sprendimus, kurie padėtų didinti programos efektyvumą ir pasiekiamumą. Anketos pradžioje aiškiai suformuluotas tyrimo tikslas bei pateiktos instrukcijos, kaip pažymėti tinkamiausius atsakymus. Pirmi šeši klausimai buvo bendri abiem grupėms žmonių (nesvarbu ar dalyvavo ar ne programoje). Pirmoji grupė klausimų – tiriamųjų charakteristika (amžiaus grupė, lytis, gyvenamoji vieta: miestas, kaimas, išsilavinimas). Penktasis klausimas apie dalyvavimą patikroje, šeštasis – ar šeimos gydytojas informavo apie patikrą. Jeigu žmogus nedalyvavo patikroje – jam skirta I dalis anketos. Čia užduodami klausimai žmonių žinias apie programą, apie priežastis kodėl nedalyvauja, ar šeimos gydytojas informavo apie programą ir kas paskatintų dalyvauti. II dalis skirta dalyvavusiems patikroje. Jiems užduodami klausimai apie testo atlikimo sudėtingumą, ar buvo informuoti apie testo atsakymą, apie kolonoskopijos atlikimą, pasiruošimą tyrimui, laukimo eilę ir kt.

Anketa, skirta bendrosios praktikos gydytojui

Anketos klausimai buvo suformuluoti taip, kad jų analizė leistų įvertinti bendrosios praktikos gydytojų požiūrį į SŽV patikros programos vykdymą pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo metu siekta išsiaiškinti veiksnius, turinčius įtakos gydytojų nuomonei bei jų darbo kokybei, susijusiai su šios programos įgyvendinimu. Taip pat buvo analizuojama, kokie – gydytojų manymu – veiksniai lemia pacientų pasyvumą ir prisideda prie programos neefektyvumo. Remiantis gautais duomenimis, buvo ieškoma efektyviausių sprendimų, kaip spręsti išryškėjusias problemas ir gerinti programos rezultatyvumą. Anketos pradžioje buvo aiškiai pateiktas tyrimo tikslas bei nurodyta, kaip teisingai pažymėti atsakymus. Klausimynas sudarytas iš 10 klausimų, kurių 9 uždaro tipo, vienas atviro (priežastys, kodėl jų manymu žmonės nepasitikrina). Kiti klausimai apima turimas žinias apie programą, jos eigą, iš kur gaunama informacija ir kaip organizuojama patikra jų darbovietėje.

Klausimai politikams/politikos formuotojams

Anketoje buvo keturi paprasti klausimai: pirmasis ar žino kam reikalinga patikra, koks jos tikslas, ar ji įgyvendina užsibrėžtus tikslus, ką reiktų pakeisti ar pakankamai reglamentuojama.

Iš viso buvo apklausti 490 respondentų. Iš jų 400 dalyvavo patikros programoje (anketos dalinamos žmonėms atvykusiems atlikti kolonoskopijos, kuomet nustatytas teigiamas iFOBT). Kiti 90 buvo apklausti, kuriems buvo nustatytas SŽV arba kreipėsi į specialistą dėl virškinimo trakto funkcijos sutrikimų. Taip pat buvo apklausti 230 bendrosios praktikos gydytojų dirbančių visoje Lietuvoje. Be to, į klausimus interviu metodu atsakė penki LR SAM Sveikatos ministerijos ministrai ir vienas politikos formuotojas dirbantis su SŽV patikros programa Europos Komisijoje. Pirmiausia buvo sudaryti klausimynai ir atliktas pilotinis tyrimas su 10 savanorių – sunkiai suprantami klausimai, dviprasmiški klausimai buvo pataisyti. Taip pat atliktas vertinimo – pervertinimo testas (test – retest) – su tikslu įvertinti anketos nuoseklumą. 10 tų pačių žmonių užpildė anketą, vėliau tie patys žmonės po 1-2 sav. vėl ją užpildė. Buvo vertinamas nuoseklumas ir

atkartojamumas – koreliacijos koeficientus buvo > 0.7 (matuojamas naudojant Pearsono koreliacijos koeficientu).

Duomenų apvilkimo analizės metodas

Taikant duomenų gaubtinės analizės metodą vertinamas teritorinių ligonių kasų (TLK) dengiamų teritorijų storosios žarnos vėžio patikros programos efektyvumas 2023 metais. Analizei pasirinktos penkios TLK: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Analizei naudojami iš oficialių VLK internetinio puslapio⁵⁸ ir vėžio registro⁵⁹. Efektyvumui skaičiuoti buvo naudojami šie įvesties ir išvesties rodikliai: gautas tai teritorijai finansavimas programos vykdymui; asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) dalyvaujančios SŽV patikros programoje; tikslinė asmenų grupė (asmenys turintys dalyvauti SŽV patikros programoje – nuo 50 iki 74 metų imtinai); asmenys, dalyvavę patikroje; nustatyta vėžio atvejų toje teritorijoje. Duomenys naudojami duomenų gaubtinės analizei atlikti pateikiami 5 lentelėje:

⁵⁸<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTg4NGRmMGMtNWQ4MC00YTZiLWFjMmYtODdjZDhiMWF1OTIzIiwidCI6IjA3ZTZlZTM1LTY4MTQtNDc5MC04NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiOiI9>

⁵⁹<https://www.nvi.lt/vezio-registras/>

5 lentelė. Teritorinių ligonių kasų ir Vėžio registro duomenys apie storosios žarnos vėžį ir patikros programą.

DMU	Įvestys		Išvestys		
	Finansavimas	ASPI	Tikslinė grupė	Dalyvavo patikroje	Nustatyta vėžio atvejų
Vilniaus TLK	2,5	155	507353	202941	105
Kauno TLK	2,3	152	332651	116427	49
Klaipėdos TLK	1,1	90	76893	28450	20
Šiaulių TLK	0,8	71	48133	20215	12
Panevėžio TLK	0,5	51	43129	19408	8
SUMA	7,2	519	1008159	387441	194

DMU (ang. decision making units) – sprendimo priėmimo vienetai

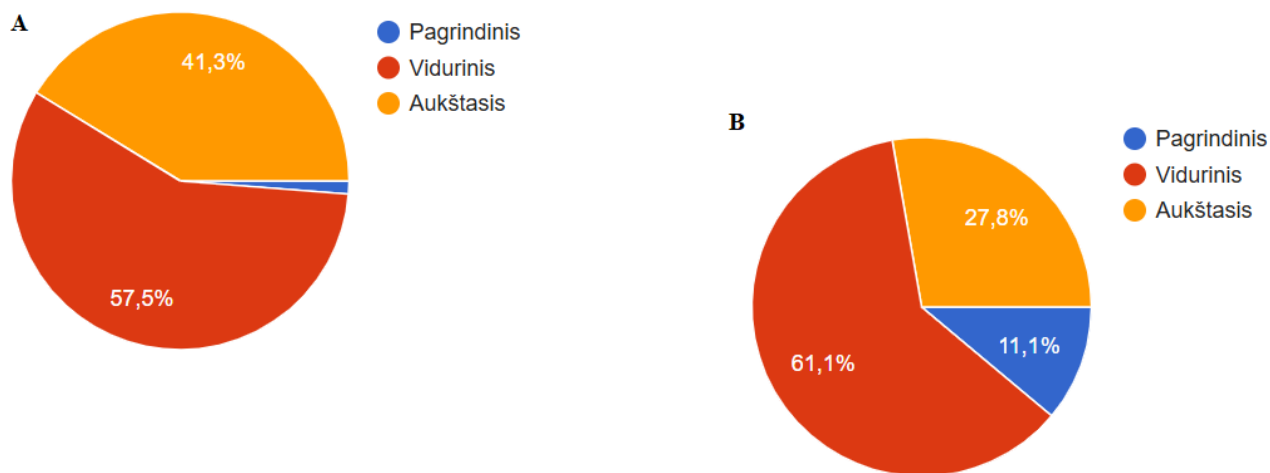
ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaigos

Skaičiavimams atlikti buvo instaliuota programa *DEA software* - <https://onlineoutput.com/dea-software/>. Visi skaičiavimai atlikti naudojantis instrukcija - <https://cran.r-project.org/web/packages/rDEA/rDEA.pdf>. Pirmiausia apskaičiuota kiekvieno DMU (penkių TLK) įvesties ir išvesties santykis, vėliau panaudojant Cross – efficiency metodą paskaičiuotas kiekvienos TLK efektyvumas lyginant su kitomis.

3. STOROSIOS ŽARNOS VĖŽIO ANKSTYVOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOS VERTINIMO TYRIMAS

3.1 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: dalyvavusių ir nedalyvavusių joje požiūris

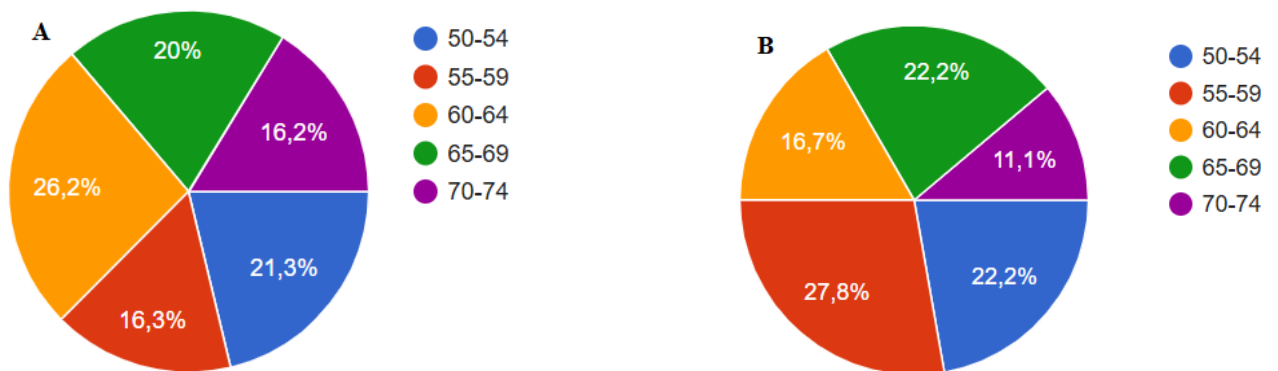
Iš 400 dalyvavusių SŽV patikros programoje kiek daugiau dalyvavo moterų (52.5 proc. vs 47.5 proc.). Tačiau vertinant nedalyvavusius – gerokai didesnė dalis buvo vyrai (61.1 proc. vs 38.9 proc.). Gautas statistinis patikimumas tarp lyties ir dalyvavimo programoje – t.y. vyrai statistiškai patikimai rečiau dalyvauja patikros programoje ($p=0.762$). Pagal amžiaus grupes – pasiskirstymas labai panašus (8 pav).



8 pav. Respondentų, dalyvavusių patikros programoje išsilavinimas (A) vs nedalyvavusieji (B).

Stebėta gerokai daugiau pacientų su viduriniu ar aukštesniu išsilavinimu patikrinusiųjų grupėje, tačiau dėl mažos imties statistinio patikimo teigti, jog didesnę išsilavinimą turintys respondentai dažniau tikrinasi (kaip nurodoma daugelyje klinikinių tyrimų ir apklausų), negavau ($p=0.07$).

Vertinant amžiaus grupes, čia didesnių skirtumų stebėta nebuvo. Jokio statistiškai patikimo ryšio tarp dalyvavusių patikros programoje amžiaus, išsilavinimo, gyvenamosios vietos gauta nebuvo (9 pav).



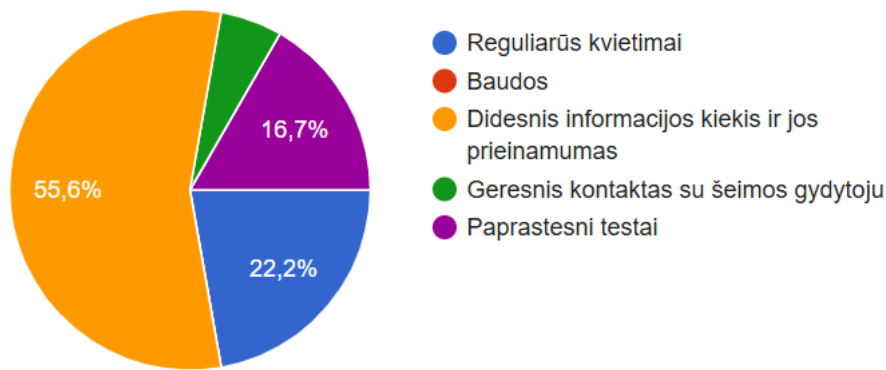
9 pav. Respondentų, dalyvavusių patikros programoje amžiaus grupės (A) vs nedalyvavusieji (B).

Didesnė dalis respondentų abiejose grupėse gyveno miestuose: dalyvavusiųjų grupėje 75 proc., tuo tarpu nedalyvavusiųjų – 88.9 proc. Skirtingai nuo tarptautinės literatūros, statistiškai patikimo skirtumo tarp gyvenamosios vietos ir dalyvavimo SŽV patikros programoje nenustačiau.

Į klausimą ar šeimos gydytojas informavo apie patikros programą dalyvavusiųjų grupėje 368 (92.5 proc.) atsakė „TAIP“, tuo tarpu nedalyvavusiųjų apie programą iš BPG sužinojo tik 31 (38.9 proc.). Tai statistiškai patikimai rodo, jog jeigu BPG įspėja ir pakviečia dalyvauti programoje – daugiau žmonių joje sudalyvauja ($p=0.035$). Todėl šią instituciją reikia dar labiau stiprinti ir skatinti. BPG yra centrinė figūra mūsų SŽV patikros programoje.

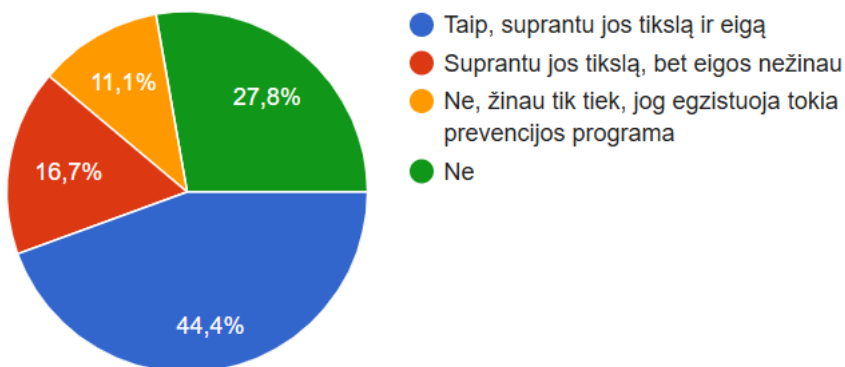
Į klausimą „Kodėl nedalyvavote SŽV patikros programoje“ 50 (62.5 proc.) – nežinojo, vienas trečdalis atsakė, jog neturėjo skundų (30 – 33.3 proc.), ir likę teigė, jog bijojo komplikacijų, bijojo rezultato, bijojo tyrimo, nepasitiki medicina, ilgos eilės, sunku patekti pas gydytoją.

Į klausimą kas paskatintų dalyvauti programoje dauguma atsakė, jog didesnis informacijos kiekis, reguliarūs kvietimai ir paprastesni testai (10 pav.).



10 pav. Nedalyvavusieji programoje į klausimą kas paskatintų dalyvauti SŽV patikros programoje.

Į klausimą ar turi pakankamai žinių apie programą didesnė dalis respondentų atsakė neigiamai – 50 (55.6 proc.) nežinojo arba žinojo tik tikslą. Tuo tarpu 40 (44.4 proc.) atsakė teigiamai – 11 pav.



11 pav. Ar turite pakankamai žinių apie patikros programą, jos tikslą ir eigą?

Patikros programoje paklausus apie iFOBT testo atlikimo ir pačio proceso aiškumą didžiajai daliai respondentų (> 90 proc.) viskas buvo aiškiai paaiškinta ir visas kelias buvo aiškus (lentelė).

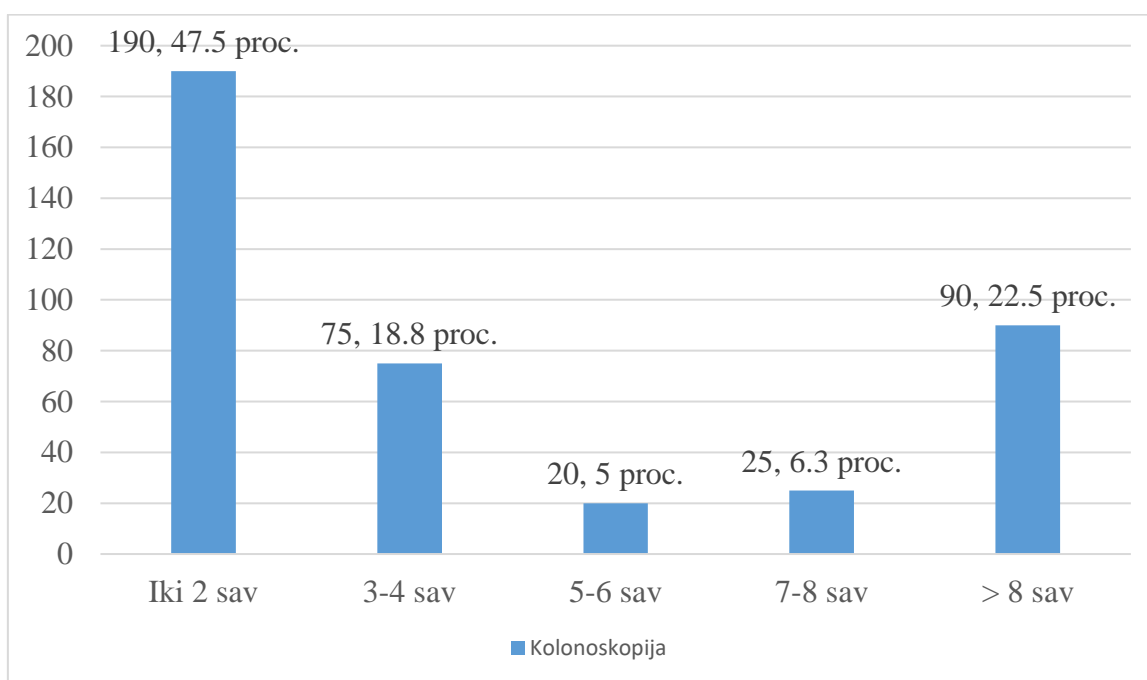
Išskirčiau vieną neraminančią eilutę – 35 (8.7 proc.) respondentų dalyvavusių programoje BPG neinformavo apie rezultatą. Kadangi visi šie pacientai buvo atvykę atlikti kolonoskopijos, galima teigti, jog visų iFOBT rezultatas buvo teigiamas. Tačiau praktikoje pasitaiko ir tokių atvejų, kuomet esant teigiama iFOBT, respondentas apie tai nesužino, kolonoskopija jam nėra skiriama. Taip pat bent 25 proc. respondentų buvo sutrikdytas asmeninis gyvenimas – ruoštis kolonoskopijai užima

bent vieną dieną, procedūros dieną taip pat nerekomenduojama dirbti. Todėl reikalinga darbdavio bendradarbiavimas, artimųjų pagalba. Taip pat galima parengti naujus informacinius lapelius, panaudojant naujas technologijas (QR kodas, vaizdiniai filmukai) apie kiekvieną SŽV patikros programos etapą.

6 lentelė. Klausimai apie dalyvavimo programoje atskirus epizodus ir paciento kelio aiškumą.

Klausimas	Taip proc.	Ne proc.
Ar iFOBT (slapto kraujavimo) testo atlikimas buvo aiškus?	385 (96.3)	15 (3.7)
Ar gydytojas informavo apie rezultatus ir jų reikšmę?	365 (91.3)	35 (8.7)
Ar registracija kolonoskopijai buvo paprasta?	390 (97.5)	10 (2.5)
Ar pasiruošimas kolonoskopijai buvo aiškus?	390 (97.5)	10 (2.5)
Ar atlikus kolonoskopiją buvo aiški tolimesnė taktika?	380 (95)	20 (5)
Ar dalyvavimas programoje labai sutrikdė jūsų asmeninį gyvenimą?	300 (75)	100 (25)
Ar dalyvavimas programoje pareikalavo daug laiko?	360 (90)	40 (10)

Dažnai visuomenėje ar spaudoje atsiranda žinučių apie dideles eiles gydymo įstaigose arba, jog viena iš priežasčių, kodėl nedalyvaujama SŽV patikros programoje yra eilės kolonoskopijai (tai nurodė ir mūsų respondentai), tačiau didesnė dalis kolonoskopijų buvo atliekama per 1 mėnesį nuo kreipimosi (paveikslėlis) – 265 (66.3 proc.). Nereikia pamiršti, jog mes čia kalbame apie žmones, kurie neturi jokių skundų – t.y. sveikus žmones. Be to tik labai nedidelei daliai iFOBt teigiamų pacientų, nustatomi kokie nors pakitimai žarnyne.

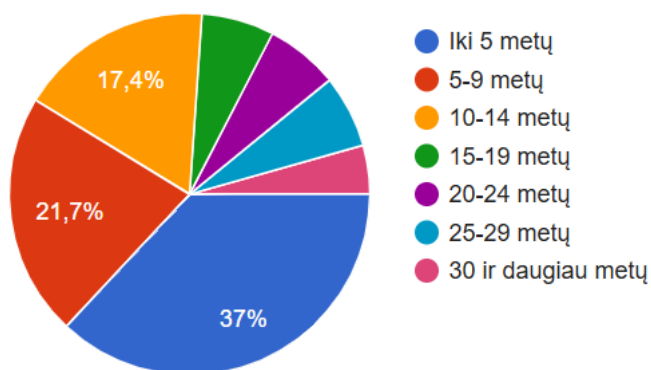


12 pav. Laikas iki kolonoskopijos atlikimo, remiantis respondentų atsakymais.

3.2 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: specialistų (bendrosios praktikos gydytojų) požiūris

Norint suprasti visą SŽV patikros programos eigą, galimas kliūtis taip pat apklausėme 230 BPG dirbančių visoje Lietuvoje. Demografiniai rodikliai nebuvo svarbūs (lytis, amžius, gyvenamoji ir darbo vieta – nors tai galėtų įtakoti pačios programos eigą), tačiau norėjosi sužinoti pačių gydytojų požiūrį į šią programą. Labai nustebino tai, jog net 40 (18.3 proc.) respondentų nebuvo informuoti apie SŽV patikros programą, jos eigą ir tikslus. Naivu būtų tikėtis, jog ši dalis respondentų aktyviai

kviečia savo pacientus dalyvauti patikros programose. Net 165 (76.8 proc.) respondentai buvo dirbantys iki 15 metų (13 paveikslėlis). Tai galima būtų paaiškinti tuo, jog apklausa buvo atliekama naudojantis socialiniais tinklais ir greičiausiai vyresnieji rečiau jais naudojami.



13 pav. Laikas iki kolonoskopijos atlikimo, remiantis respondentų atsakymais.

Dar vienas įdomus aspektas iš kur BPG gauna informaciją apie SŽV patikros programą (pav.). Pusė jų, 115, informaciją gauna iš Sveikatos apsaugos ministerijos, mažesnę dalis iš kitų BPG 100 (43.5 proc.), ir tik nedidelė dalis iš kitų specialistų konferencijų metu (15, 6.5 proc.).



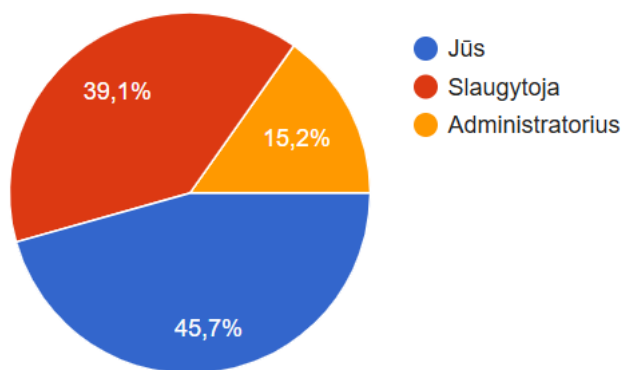
14 pav. Iš kur gavote informaciją apie storosios žarnos vėžio patikros programą?

Taip pat nėra vieningos sistemos kokius ir kada žmones kviesti į SŽV patikros programą. Kai kurie BPG kviečia tik tuos, kurie ateina vizitui dėl kitų problemų 85 (37 proc.). Visgi kiek didesnę dalis kviečia ir nesilankančiuosius.



15 pav. Ar pacientus aktyviai kviečiate dalyvauti programoje ar tik tuos, kurie ateina vizitui?

Kalbant apie tai, kas teikia informaciją, vėlgi nėra vieningos sistemos. Kai kur informaciją suteikia pats gydytojas (105, 45.7 proc.), kitur slaugytojas – 90, 39.1 proc., dar kitur – administratorius (35, 15.2 proc.) (pav.). Taigi iš šios apklausos duomenų matome, jog šalyje nėra vieningos, standartizuotos patikros programos vykdymo PSPC tvarkos. Tai privalo būti apibrėžta poįstatyminiuose aktuose.



16 pav. Kas suteikia informaciją, kad pacientas turi dalyvauti patikros programoje?

Absoliuti dauguma BPG mano, jog aktyviau patikros programose dalyvauja moterys (220 vs 10). Tai matome ir iš mūsų pačių duomenų. Taip pat didesnė dauguma respondentų mano, jog miesto gyventojai aktyviau dalyvauja patikroje – 195 vs 35.

Į atvirą klausimą kodėl žmonės nedalyvauja SŽV patikros programoje dauguma atsakė, jog žmonės bijo, jog gali kažką surasti ir neturi skundų, vadinasi neserga. Taip pat mano, jog komplikotas testo atlikimas (neaišku kaip atlikti, nenori knaisiotis po išmatas, gėdijasi atnešti mėginį). Kai kurie teigė, jog yra neaiški sistema, trūksta informacijos apie programą, jos eigą, žingsnius. Taip pat ne visiems ir gydytojams užtenka šios informacijos.

3.3 Storosios žarnos vėžio ankstyvos diagnostikos programos vertinimas: politikos formuotojų požiūris

Klausimai politikams (buvę, arba esami Sveikatos apsaugos ministerijos ministrai ar Europos sveikatos politikos formuotojai).

1. Koks jūsų manymu, yra SŽV patikros programos tikslas?

Visi sutiko, jog pagrindinis prevencinės programos tikslas yra anksti diagnozuota liga = efektyvesnis gydymas. Nustačius ikivėžines būkles, sumažinamas vėžio skaičius, o anksti diagnozavus ligą – sumažinamas mirtingumas, mažesnė finansinė apkrova valstybei.

2. Ar yra pasiektas tikslas? Jei ne, kodėl?

Čia irgi atsakymai kardinaliai neišsiskyrė – visi vienbalsiai sutiko, jog tikslas nėra pasiektas – sergamumas ir mirtingumas nuo šio vėžio nesumažėjo, pasitikrinskių skaičius nedidelis. Kaip galimas priežastis paminėjo visuomenės neinformuotumą, šeimos gydytojo instancijos silpnumą, vieningos elektroninės sistemos nebuvimą, regioninės politikos nebuvimas ir regioninius netolygumus, menką visuomenės sveikatos raštingumą, menką socialinių grupių, SAM įsitraukimą.

3. Kaip pagerinti programos veiksmingumą?

Aktyviai įtraukti SAM ir visas kitas suinteresuotas grupes, religines bendruomenes. Organizuoti apvalaus stalo diskusijas su visomis suinteresuotomis grupėmis. Ugdyti jaunąją kartą, jog profilaktinis patikrinimas yra natūralus dalykas

Didinti viešumą

Kurti koordinacinius centrus

Gerinti paslaugų prieinamumą – didinti įrangos ir žmogiškųjų išteklių kiekį

Gyventojų dalyvavimas prevencinėse programose tikrinimas be išimties visuose sveikatos paslaugų teikimo etapuose

Skaitmenizacija, skaitmenizuotas pakvietimas dalyvauti programoje

BPG institucijos įgalinimas, skatinimas ir grįžtamasis ryšys.

4. Kokios išvelgiamos kliūtys dėl programos įgyvendinimo, ar pakankamas programos reglamentavimas ir vertinimas, kontrolė, grįžtamasis ryšys. Kokios priemonės/veiksniai galėtų užtikrinti geresnį programos rezultatą?

Čia visi buvo vieningi, jog baudžiant nieko nepasieksi. Reikia skatinti: specialistų skatinimas, gerų pavyzdžių viešinimas. Reglamentavimas yra pakankamas, tik nėra kontrolės, grįžtamojo ryšio.

3.4 Storosios žarnos patikros programos efektyvumo vertinimas panaudojant duomenų apvilkinimo analizės metodą

Atlikus paprastus skaičiavimus nustatyti šie efektyvumai (žiūrėti 6 lentelę). Remiantis gautais rezultatais, galima teigti, jog efektyviausiai turimus tiek žmogiškuosius, tiek finansinius resursus (įvestys) išnaudoja Vilniaus TLK teritorijoje esančios ASPI (žiūrėti 7 lentelę), patikrindamos didžiausią kiekį tikslinės grupės asmenų nustatydami daugiausiai vėžio atvejų (išvestys). Įvesčių ir išvesčių santykis yra 4526,87. Stebima koreliacija tarp skirtų finansinių lėšų ir įstaigų skaičiaus, bei nustatytų vėžio atvejų. Kauno TLK efektyvumas yra antroje vietoje. Įvesčių ir išvesčių santykis yra 2914,69. Efektyvumas taip pat geras, bet ne toks geras kaip Vilniaus TLK. Klaipėdos ir Šiaulių TLK yra ketvirtoje/penktoje vietoje pagal efektyvumą, nors kaštų prasme yra trečioje ir ketvirtoje.

7 lentelė. Duomenų matavimo vienetai ir jų efektyvumas (penkios teritorinės ligonių kasos)

	Efficiency	
Vilnius	1	Efficient
Kaunas	0.713	Inefficient
Klaipėda	0.433	Inefficient
Šiauliai	0.357	Inefficient
Panevėžys	0.478	Inefficient

Šaltinis. Duomenys sugeneruoti *DEA online software* programa, naudojantis tyrimo duomenimis. Santykis tarp įvesčių ir išvesčių yra lygus 1158.93, o tai yra gerokai blogesnis efektyvumas nei Vilniaus ir Kauno ir šiek tiek blogiau nei Panevėžio TLK, kur santykis – 1213.82. Taip pat galima teigti, jog ir Panevėžio TLK nors ir turėdama mažiau resursų nei Klaipėdos ar Šiaulių TLK, tačiau jos efektyvumas yra didesnis – su mažesniais resursais atlieka daugiau tyrimų ir nustato daugiau vėžio atvejų. Neišanalizavus kiekvienos įstaigos atskirai ir kiekvienos įstaigos darbuotojų darbo sunku daryti kokias nors tvirtas išvadas.

Įdomu tai, jog galima paskaičiuoti kokie turėtų būti rodikliai norint padidinti kiekvienos TLK efektyvumą (žiūrėti 8 ir 9 lenteles). Galima arba sumažinti finansavimą kiekvienai TLK, arba sumažinti neefektyviai veikiančių įstaigų skaičių. Taip pat galima padidinti žmonių dalyvusių patikros programoje skaičių, taip tikintis nustatyti daugiau vėžio atvejų. Dar viena galimybė – išplėsti patikros programoje dalyvaujančių žmonių amžiaus rėžius (pvz paankstinus patikros programos pradžią nuo 50 metų iki 45). Padidinus patikroje dalyvaujančių žmonių skaičių, tikėtina, jog bus nustatoma daugiau vėžių.

8 lentelė. Tikslinės įvestys

	Finansavimas	ASPį
Vilnius	2500000 → 2500000	155 → 155
Kaunas	2300000 → 2300000	152 → 142.6
Klaipėda	1100000 → 1100000	90 → 68.2
Šiauliai	800000 → 800000	71 → 49.6
Panevėžys	500000 → 500000	51 → 31

9 lentelė. Tikslinės išvestys

	Tikslinė grupė	Dalyvavo patikroje	Nustatyta vėžio atvejų
Vilnius	507353 → 507353	202941 → 202941	105 → 105
Kaunas	332651 → 466764.76	116427 → 186705.72	49 → 96.6
Klaipėda	76893 → 223235.32	28450 → 89294.04	20 → 46.2
Šiauliai	48133 → 162352.96	20215 → 64941.12	12 → 33.6
Panevėžys	43129 → 101470.6	19408 → 40588.2	8 → 21

Esant vienodam įvesčių/išvesčių ir DMU skaičiui, (kaip nagrinėjamu atveju) galimi tokie vertinimai, kurie turėtų būti turimi galvoje interpretuojant rezultatus:

- Efektyvumas gali pilnai nereprezentuoti duomenų – trūksta rodiklių
- Galimai resursai visiškai atitinka išvestis, todėl efektyvumo vertinimas nebus tikslus

- Vertinti DMU skirtingais pjūviais (pvz.: papildomai pridėti kitus metus)
- Kai kurie DMU gali nesiekti pakankamo efektyvumo

Efektyvesniam skaičiavimui taip pat galima suteikti skirtingą svorį kuriai nors įvesčiai arba išvesčiai.

DISKUSIJOS/TYRIMO APŽVALGA

Tyrimai rodo, jog storosios žarnos vėžys yra viena iš pagrindinių onkologinių ligų, kurių ankstyva diagnostika gali žymiai pagerinti gydymo rezultatus, sumažinti sergamumą ir padidinti išgyvenamumą. Daugelis šalių, įskaitant Lietuvą, įgyvendina nacionalines SŽV patikros programas, tačiau dalyvavimo jose lygis daugelyje šalių išlieka nepakankamas. Šiame darbe analizavau esamą situaciją Lietuvoje ir pasaulyje, siekiant suprasti, kodėl žmonės nedalyvauja SŽV patikros programose, ir identifikuojau pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos dalyvavimui.

Tyrimai rodo, jog dalyvavimas SŽV patikros programose priklauso nuo daugelio veiksnių, tai įvairialypės problemos. Pavyzdžiui, Berg-Berckhoffas savo tyrime parodė, kad pagrindinė priežastis dalyvauti patikroje buvo aktyvus viešinimas ir SŽV rizikos suvokimas⁶⁰. Tuo tarpu pagrindinės priežastys nedalyvauti buvo užmaršumas ir susirūpinimas dėl nemalonaus testo pobūdžio. Taip pat žmonės, kurie atsisakė dalyvauti patikroje nurodydavo tikintys turį mažą riziką susirgti SŽV. Be to, šeimos gydytojo rekomendacijos nebuvo pagrindinis faktorius joms paklusti. O tai kelia iššūkių, dėl dalyvavimo patikros programoje didinimo. Tame pačiame tyrime, kaip ir mūsų duomenimis, nurodoma, jog daugelis žmonių vengia SŽV patikros dėl baimės, nerimo ar gėdos. Žmonės dažnai bijo galimų teigiamų rezultatų arba jaučia diskomfortą dėl pačios procedūros.

Vis dar daugelyje šalių (taip pat ir Lietuvoje) vis dar yra tabu kalbėti apie žarnyno veiklą, tuštiniimąsi ir jo problemas. Vis dar dažnai žmonės turėdami šių problemų bijo kreiptis į specialistą, todėl ir dalyvauti patikroje, profilaktiškai, yra nesuprantamas dalykas.

Kita labai svarbi problema yra mažas piliečių sveikatos raštingumas ar informacijos trūkumas. Žmonės, kartais net šeimos gydytojai (mūsų duomenys), nežino patikros programos tikslo arba nežino kaip joje dalyvauti, kaip pasidaryti testą, kas atsakingas už pakvietimą dalyvauti. Taip pat didelė problema logistikos sunkumai, ilgos eilės, žmoniškųjų išteklių trūkumas. Iki 50 proc. mūsų pacientų, kuriems buvo teigiamas FIT ir kuriems reikalinga kolonoskopija – jos nepasidarė. Tai gali būti aiškinama keliais aspektais: pirmiausia žmonės nenorėdami laukti ilgose eilėse (nors mūsų tyrime nurodoma, jog didžiajai dauguma pacientų kolonoskopijos reikėjo laukti ne ilgiau kaip 4 sav.) jas atlieka už programos rėmų privačiai, arba visai neatlieka. Be to, žmonės gyvenantys nuošaliuose kaimo vietovėse susiduria su dar daugiau logistinių problemų, sunkumu patekti į respublikinius centrus ar trečio lygio įstaigas.

Kitas tyrimas pabrėžė, kad žmonės, turintys sveiką gyvenimo būdą arba neseniai kontaktavę su sveikatos priežiūros sistema, dažniau dalyvauja SŽV patikroje. Tuo galėtų pagrįstas aktyvus kvietimas dalyvauti programoje kiekvieno vizito metu. Tačiau tie, kurie turi padidintą SŽV riziką dėl nutukimo, rūkymo ar mažo fizinio aktyvumo, dažnai nedalyvauja patikroje. Kitas danų tyrimas

nurodė, jog žmonės pageidautų daugiau informacijos ir dažnesnių priminimų/pakvietimų iš savo šeimos gydytojų⁶¹.

Taip pat tyrimuose nagrinėtas finansinės paskatos poveikis dalyvavimui patikros programose⁶²⁻⁶⁴. 2019 m. atliktas trijų metų trukmės atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas JAV vertino \$5 ir \$10 vertės paskatų poveikį FIT testų atlikimui. Pirmaisiais metais skirtumai tarp paskatų ir kontrolinės grupės buvo nereikšmingi. Trečiaisiais metais \$10 paskata padidino testų atlikimą iki 82,4 proc., palyginti su 74,8 proc. kontrolinėje grupėje ($p=0,033$)⁶². Priešingai 2021m. atliktame tyrime dauguma pacientų (82 proc.) teigė, jog finansinės paskatos neturėtų įtakos jų sprendimui atlikti ar neatlikti SŽV patikros. Tačiau tie, kurie manė, kad paskatos turėtų įtakos, dažniau abejojo patikros nauda⁶³.

Taigi dalyvavimo patikros programose padidinimas yra daugialypis procesas. Norint padidinti dalyvavimą, reikalingi pokyčiai visuose etapuose ir visų suinteresuotų grupių įtraukimas: viešosios kampanijos, skirtos informuoti apie SŽV riziką ir patikros naudą, didinant žmonių sąmoningumą; patogesnės patikros galimybės – mažiau invaziniai testai, kuriuos galima atlikti namuose. Taip pat aktyvus gydytojų skatinimas, programų pritaikymas skirtingoms kultūrinėms grupėms ir kalboms gali padėti įveikti barjerus.

⁶⁰Berg-Beckhoff G, Leppin A, Nielsen JB. Reasons for participation and non-participation in colorectal cancer screening. *Public Health*. 2022 Apr;205:83-89. doi: 10.1016/j.puhe.2022.01.010.

⁶¹Phillipsen S, Weltz LK, Dressler J, Nielsen MK, Rasmussen M, Jorgensen LN, Johnsen AT. Barriers for Participation in the Danish Colorectal Cancer Screening Program: a Qualitative Study. *J Gastrointest Cancer*. 2023 Sep;54(3):873-881.

⁶²Lieberman A, Gneezy A, Berry E, Miller S, Koch M, Ahn C, Balasubramanian BA, Argenbright KE, Gupta S. Financial Incentives to Promote Colorectal Cancer Screening: A Longitudinal Randomized Control Trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2019 Nov;28(11):1902-1908.

⁶³Clifton ABW, Mehta SJ, Wainwright JV, Ogden SN, Saia CA, Rendle KA. Exploring Why Financial Incentives Fail to Affect At-home Colorectal Cancer Screening: a Mixed Methods Study. *J Gen Intern Med*. 2022 Aug;37(11):2751-2758.

⁶⁴Green BB, Anderson ML, Cook AJ, et al. Financial Incentives to Increase Colorectal Cancer Screening Uptake and Decrease Disparities: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e196570. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6570

IŠVADOS

1. Išanalizavus epidemiologinius tyrimus, SŽV yra trečias pagal dažnumą vėžinis susirgimas pasaulyje, kurio 2022 m buvo diagnozuota >1,9 milijono naujų atvejų. Europos Sąjungoje (ES) sergamumas SŽV tarp vyrų svyruoja nuo 62,5 iki 138,3 atvejų 100 000 gyventojų, o tarp moterų – nuo 37,6 iki 95,7 atvejų 100 000 gyventojų. Lietuvoje 2022 m. vyrų sergamumas SŽV buvo 92,7/100 000, moterų – 58,2/100 000. Pagrindiniai rizikos veiksniai, didinantys SŽV išsivystymo tikimybę, yra vyresnis amžius, riebi ir mažai skaidulų turinti mityba, genetinis polinkis (ypač šeiminis polipozės sindromas), bei anksčiau nustatyti storosios žarnos polipai. Epidemiologiniai duomenys rodo, kad vyrų sergamumas SŽV yra aukštesnis nei moterų.

Europos Komisija rekomenduoja, kad bent 65 proc. rizikos grupės pagal amžių žmonių atliktų SŽV patikros programos testus, o optimalus siektinas dalyvavimo rodiklis yra 75 proc.

2. SŽV patikros programa Lietuvoje pradėta 2009 m. remiantis Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa“. Čia aprašomi patikros tikslai, programos eiga. Šis įstatymas yra atnaujinamas kasmet, tačiau esminių pakeitimų neatliekama. Praėjusiais metais buvo atnaujintas įsakymas ir jame įtrauktas naujas pilotinis tyrimas, kuris vyksta Vilniaus ir Kauno regionuose. Įkurtas koordinacinis centras, kuris vykdo žmonių pakvietimus – siunčiamas FIT testas paštu, surenkami gauti vokai su atliktais testais ir analizuojami sertifikuotose laboratorijose. Toliau koordinuojamas visas žmogaus kelias, nustačius vėžį jis siunčiamas į vieną iš penkių vėžio gydymo klasterių Lietuvoje. Šiame įsakyme įtraukta daugelis kokybės kriterijų: patologijos aprašo, endoskopijų ir kt. Šiuo metu Europos Komisijoje Inicatyva yra suburta Storosios žarnos vėžio ekspertų ir pacientų iniciatyvinė grupė, kuri atnaujins storosios žarnos vėžio patikros programą, planuojama išplėsti tikslinės grupės amžių, apibrėžti paciento kelią, kokybės rodiklius. Lietuvoje SŽV patikros programa neveikia efektyviai, nes joje pasitikrina tik < 50 proc. tikslinės grupės. Nustačius iFOBT (+), tik 50 proc. pacientų pasitikrina kolonoskopu, kur siekimas procentas yra 85. Galimai šie žmonės pasidaro kolonoskopijas privačiame sektoriuje, nelaukdami eilės.

3. Didžioji dalis dalyvavusių SŽV patikros programoje respondentų apie šia programą sužinojo iš savo BPG, tuo tarpu nedalyvavusių tik apie 38.9 proc. Socialiniai ir kiti faktoriai apklaustųjų žinioms apie SŽV patikros programą neturėjo jokios įtakos. Taip pat iš tyrimo rezultatų matome, jog apklaustieji BPG laiko atsakingais už programos sklandų vykdymą. Taip pat matome, jog žinių trūksta ne tik nedalyvavusiems respondentams, bet net ir kai kuriems BPG – tad pirmoji dalis mūsų iškeltos hipotezės apie informacijos trūkumas pasitvirtino. Analizuojant galimus sunkumus patekti atlikti kolonoskopiją – stebima, jog procedūrą daugelis atlieka per mėnesį. Tuo tarpu visa programos eiga, paciento kelias, respondentams buvo aiškus ir suprantamas. Didžiausia dalis apklaustųjų nedalyvauja patikroje, nes negauna kvietimo iš BPG, bijo rezultatų, jaučiasi sveiki. Remiantis gautais duomenis galime teigti, jog kvietimas, didesnė informacinė sklaida (hipotezės patvirtinimas) ir paprastesnis testas yra svarbiausi veiksniai, kurie padidintų dalyvavimą SŽV patikros programoje.

4. Tyrimas rodo, jog BPG apie SŽV ankstyvos diagnostikos programą žino, tačiau įdomu tai, kad < 10 proc., visgi neturi tokios informacijos. Informacija apie programą gaunama iš skirtingų šaltinių, taip pat skirtingos įstaigose vyrauja skirtinga tvarka dėl pacientų kvietimų: tai atlieka ir pats BPG, slaugytoja ar administratorius. BPG nuomone dažniausiai tikrinasi moterys, gyvenančios mieste. Nepasitikrinimo priežasčių yra daug, tačiau svarbiausios: baimė, jog kažką suras, nepatogus testo atlikimas, eilės ir baimė atlikti kolonoskopiją. Nesant skaidrios BPG skatinimo sistemos, jų įsitraukimas į patikrą nėra maksimalus.

5. Visi politikai supranta, jog programa neveikia ir mato daug keistinių dalykų visuomenėje ir politikos formavime. Visi pritaria, jog baudomasis efektas nebus pasiektas. Pirmiausia siūlo daryti apvalaus stalo diskusijas su visomis suinteresuotomis grupėmis. Kruopščiau reglamentuoti visa paciento kelią patikros programoje, skatinti už dalyvavimą ir programos vykdymą visas tame dalyvaujančias grupes. O svarbiausia – edukuoti visuomenę, dar nuo mokyklos, kad profilaktiškai tikrintis reikia. Taigi informacijos ir apvalaus stalo diskusijų trūkumą mato kaip vienus iš sprendimų visi politikos formuotojai – tai vėlgi sutampa su mūsų iškelta hipoteze.

6. Tyrimas parodė, jog yra dideli efektyvumo netolygumai tarp teritorinių ligonių kasų teritorijų: nustatyta, kad iš analizuojamųjų 5 TLK efektyviausiai veikianči yra Vilniaus TLK. Jos efektyvumo rodiklis yra 1. Kauno TLK efektyvumo rodiklis yra 0,713. Panevėžio ir Klaipėdos TLK teritorijų efektyvumo vertinimo rodikliai yra panašūs, resursų panaudojimo efektyvumas paslaugoms teikti yra 0,478 ir 0,433. Šiaulių TLK teritorijos efektyvumo rodiklis yra pats mažiausias 0,357.

REKOMENDACIJOS

Pasiūlymai suinteresuotoms grupėms:

ES mastu:

- Vykdyti nuoseklią ir reguliarią ES lygmens programos efektyvumo rodiklių vykdymo ir veiksmingumo stebėseną;
- Atlikti sveikatos ekonominę analizę, kad sužinoti, kaip geriausiai galima investuoti pinigus programoms ir koreguoti siekiant pagerinti rezultatus;
- Suorganizuoti kasmetinę konferenciją apie SŽV, kad sužinoti geriausius valstybių narių, regionų ir sveikatos priežiūros organizacijų rezultatus ir remtis geriausia praktika;
- Sukurti mokomąją medžiagą piliečiams ir pirminei sveikatos priežiūrai, siekiant padidinti SŽV efektyvumą

Lietuvos mastu:

Seimui/vyriausybei (finansų ministerijai, socialinės apsaugos ir darbo ministerijai):

- Draudimo įmokų sumažinimas – pavyzdžiui, asmenims, reguliariai dalyvaujantiems SŽV patikros programoje, sveikatos draudimo įmokos gali būti mažinamos 5–10 proc. Tai galėtų būti taikoma privačiam sveikatos draudimui arba papildomoms draudimo paslaugoms.
- Keisti įstatymų bazę dėl dalyvavimo programose – nedalyvavusiems ir susirgusiems – gydymas tik iš savo kišenės

SAM:

- Organizuoti ir remti informavimo apie SŽV patikros programas kampanijas ir švietimą – didinti žinomumą (skirti papildomai lėšų). *Audio, video* reklamos, stendai apie patikros naudą (vertinti kiekvieno aspekto efektyvumą – peržiūros, „klikai“, pasidalinimai); kviesti kalbėti specialistus, pacientus, žinomus žmones. Kalbėti žmonėms suprantama kalba apie SŽV, dažniausius simptomus, modifikuojamus rizikos veiksnius. Žinomumas ir daugiau žinių gali pakeisti klaidingas nuostatas apie patikros programas.

- Arba sumažinti finansavimą blogiau besitvarkančioms TLK, paliekant tik efektyviai dirbančias įstaigas arba padidinti pakviestų į patikrą žmonių skaičių. Taip pat labai svarbu didinti storosios žarnos vėžio patikros programos žinomą ir kituose miestuose – ne tik Vilniuje ir Kaune.
- Įtraukti visas pagrindines suinteresuotąsias šalis į patikros programos tobulinimą – nustatyti kokybės/efektyvumo rodiklius, kurie būtų renkami ir analizuojami (ekonominė efektyvumo analizė)
- Užtikrinti, kad būtų pakankamai pajėgumų SŽV programai vykdyti, pacientams diagnozuoti ir gydyti (motyvuoti BPG aktyviau vykdyti kvietimus)
- Papildomos sveikatos paslaugos be priemokų – aktyviai tikrinantis žmogus galėtų gauti tam tikras sveikatos paslaugas nemokamai arba su mažesne priemoka (pvz., papildomas tyrimas, sveikatos patikrinimas kasmet be eilės).
- Lojalumo taškai ar premijos – skatinti sveiką gyvenseną (pvz., fizinio aktyvumo programas), galimi lojalumo taškai, kuriuos galima iškeisti į sveikatingumo paslaugas (pvz., sporto klubo abonementą, sveikatinimo programas, vitaminų ar papildų kompensaciją).
- 5-10 eurų dovanų kuponai dalyvavusiems SŽV patikroje.
- Didinti sveikatos švietimą mokyklose – pamokos apie profilaktinių patikrinimų naudą, sveiką gyvenseną (pamokas veda specialistai, pacientai)
- Kiekviename gydymo etape tikrinti žmogaus dalyvavimą SŽV patikros programoje
- Didinti SŽV patikros programos žinomumą regionuose.
- Centralizuoti SŽV patikros programos valdymą ir kvietimus – koordinaciniai centrai
- Keisti įstatymų bazę dėl dalyvavimo programose: pacientai susirgę SŽV, tačiau iki tol nedalyvavę programoje – susimoka visus gydymo kaštus;
- Įsivesti pagrindinius kokybės rodiklius, juos aktyviai sekti vertinant atskirų įstaigų, miestų efektyvumą.

- Didinti prieinamumą ir patogumą. Organizuoti tyrimų atlikimą darbo vietose ar arčiau pacientų gyvenamosios vietos. Trumpinti tyrimų atlikimo eiles, supaprastinti visa paciento kelią. Teikti daugiau mobilios patikros paslaugų vyresnio amžiaus ir kaimo gyventojams.
- Automatizuoti kvietimų sistemą (pvz., SMS priminimai, šeimos gydytojų aktyvesnis kvietimas). Tyrimai rodo, jog SMS ar kartotini laiškai padidina dalyvavimo dažnį iki 25 proc., tuo tarpu investicijos auga iki 128 dolerių

Įstaigoms atliekančioms patikrą:

- Motyvuoti BPG komandas – skirti administratorius atsakingus už kvietimus į programą (galimai šia funkciją po pilotinio tyrimo pakeis koordinaciniai centrai).
- Organizuoti visą pacientą kelią be trikdžių ir eilių (aiškus kelias, aiškios laukimo eilės, aiškūs kokybės rodikliai)
- Viešai prieinami kokybės rodikliai kas ketvirtį, kasmetiniai – lyginti su kitomis savivaldybėmis, įstaigomis
- Aktyviau „atakuoti“ socialiai pažeidžiamas, rizikos grupes.
- Didinti SŽV patikros programos žinomumą regionuose.

Šeimos gydytojams:

- Mažinti pacientų baimes ir stigmas. Daug žmonių vengia pasitikrinti, nes bijo kolonoskopijos. Tačiau Lietuvoje pirmas patikros testas – FIT. Jis būna teigiamas iki 12 proc. besitikrinančiųjų. Tik šiai nedidelei grupei reikalinga kolonoskopija. Taip pat būtina skleisti informaciją apie kolonoskopijos procedūros saugumą ir naudą – ji dabar atliekama tik su bendraja nejautra.
- Kiekvieno paciento apsilankymo metu kalbėti apie patikros programas, siūlyti jose dalyvauti.
- Mažinti baimes dėl slaptos kraujo testo ir endoskopinio tyrimo, pasiruošimo jiems, procedūrų atlikimo.

Mokslininkams, studentams:

- Tęsti mokslinius tyrimus, ieškant ryšių tarp pacientų informuotumo, žinių apie SŽV patikros programą, nuomonės apie profilaktinius pasitikrinimus.
- Kurti naujus, neinvazinius, lengvai atliekamus, tikslius testus patikrai ir ikivėžinių bei vėžinių susirgimų diagnostikos metodus.

NAUDOTA LITERATŪRA

Straipsniai

Adžgauskaitė, D., Džeckioriūtė, G. (2025). Slaugytojų požiūris į storosios žarnos vėžio prevencijos programą (Profesinio bakalauro baigiamasis darbas, Kauno kolegija, Medicinos fakultetas, Slaugos katedra).

American Cancer Society, May 2018 - <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosisstaging/acs-recommendations.html>

Arrospide A et al. Cost-effectiveness and budget impact analyses of a colorectal cancer screening programme in a high adenoma prevalence scenario using MISCAN-Colon microsimulation model, BMC Cancer, 2018

Baidoun F, Elshiwly K, Elkeraie Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, Gad M, Al-Husseini M, Saad A. Colorectal Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. Curr Drug Targets 2021; 22: 998-1009

Berg-Beckhoff G, Leppin A, Nielsen JB. Reasons for participation and non-participation in colorectal cancer screening. Public Health. 2022 Apr;205:83-89. doi: 10.1016/j.puhe.2022.01.010.

Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai. Medicina. 2003;39(10):1007- 1015

Bozhar H et al., “Socio-economic inequality of utilization of cancer testing in Europe: A cross-sectional study,” Preventive Medicine Reports, vol. 26, 2022.

Brady LA, Tumiel-Berhalter LM, Schad LA, Bentham A, Vitale K, Norton A, Noronha G, Swanger C, Morley CP. Increasing Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screenings: A Qualitative Assessment of Barriers and Promoters in Safety-Net Practices. J Patient Cent Res Rev. 2021 Oct 18;8(4):323-330.

Brethauer M, Løberg M, Wieszczy P, Kalager M, Emilsson L, Garborg K, Rupinski M, Dekker E, Spaander M, Bugajski M, Holme Ø, Zauber AG, Pilonis ND, Mroz A, Kuipers EJ, Shi J, Hernán MA, Adami HO, Regula J, Hoff G, Kaminski MF; NordICC Study Group. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *N Engl J Med*. 2022 Oct 27;387(17):1547-1556

Clifton ABW, Mehta SJ, Wainwright JV, Ogden SN, Saia CA, Rendle KA. Exploring Why Financial Incentives Fail to Affect At-home Colorectal Cancer Screening: a Mixed Methods Study. *J Gen Intern Med*. 2022 Aug;37(11):2751-2758.

Dobrovolskytė, G. (2017). *Pacientų motyvacijos dalyvauti storosios žarnos vėžio profilaktikos programoje vertinimas Šakių rajone* (Magistro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos vadyba). Prieiga per internetą: <https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/a2dc9b1b-cc2e-4cbd-8901-f21fc09b7243/content>

Dulskas A, Gaizauskas V, Kildusiene I, Samalavicius NE, Smailyte G. Improvement of Survival over Time for Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Study. *J Clin Med*. 2020 Dec 14;9(12):4038.

Dulskas A, Poskus T, Kildusiene I, Patasius A, Stulpinas R, Laurinavičius A, Mašalaitė L, Milaknytė G, Stundienė I, Venceviciene L, Strupas K, Samalavicius NE, Smailyte G. National Colorectal Cancer Screening Program in Lithuania: Description of the 5-Year Performance on Population Level. *Cancers (Basel)*. 2021 Mar 6;13(5):1129.

Dutch Ministry of Public Health, 18 January 2019 - <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-darmkanker-voorprofessionals/achtergrond-en-ontwikkelingen/feiten-en-cijfers>

Eigirdaitė A. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje vertinimas: magistro diplominis darbas: Vilnius, 2013.

Elona Svinkūnaitė Pacientų žinių apie storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą ir motyvacijos Atlikti endoskopinį tyrimą nustatymas Bakalauro studijų programos „Slauga“ (valst. kodas 6121GX006) baigiamasis darbas 2023;

European Commission (2021), Europe's Beating Cancer Plan

https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

European guidelines on colorectal cancer prevention, screening and diagnosis;

Green BB, Anderson ML, Cook AJ, et al. Financial Incentives to Increase Colorectal Cancer Screening Uptake and Decrease Disparities: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e196570. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6570

Higienos institutas. Širdies ir kraujagyslių, bei onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje gydytojų požiūriu, 2013 m

Jerdiakova N, Mikaliūkštienė A, Rabkovskaja J, Kutkauskienė J, ir Davydenko E. "Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris." *Sveikatos mokslai. Health sciences in Eastern Europe* 30, Nr. 1 (2020): 56-64.

Juozapavičienė, D. „Pacientų dalyvaujančių profilaktinėje SŽV patikroje pasitenkinimą endoskopiniu tyrimu“. Magistrantūros studijų programos „Klinikinė slauga“ baigiamasis darbas, LSMUL, 2014

Jurkevičiūtė D, Mauravičiūtė S, Dulskas A, Kildušienė I, Stratilatovas E, Jarmalaitė S. Changes of Colorectal Cancer Diagnostics and Hospitalizations during First Wave of COVID-19 Pandemic in Lithuania. *Acta Med Litu*. 2023;30(1):39-44.

Juršytė D, Gurevičius R. Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose. *Visuomenės sveikata (Vilnius)* 2014; 3 (66): 68–77.

Kalibatas, V. Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas : daktaro disertacija : biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B).

Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. <https://ismu.lt/cris/entities/publication/cc73c54e-69bd-4fa0-9757-a07fb532d602>

Lansdorp-Vogelaar I et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening *Epidemiologic reviews* vol. 33,1 (2011): 88-100;

Lee J, Ewing B, Holmes D. Barriers and Facilitators to Colorectal Cancer Screening in South Asian Immigrants: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2023; 24: 1463-1475

Lieberman A, Gneezy A, Berry E, Miller S, Koch M, Ahn C, Balasubramanian BA, Argenbright KE, Gupta S. Financial Incentives to Promote Colorectal Cancer Screening: A Longitudinal Randomized Control Trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2019 Nov;28(11):1902-1908.

Li N, Lu B, Luo C, Cai J, Lu M, Zhang Y, Chen H, Dai M. Incidence, mortality, survival, risk factor and screening of colorectal cancer: A comparison among China, Europe, and northern America. *Cancer Lett* 2021; 522: 255-268

Maes-Carballo M, García-García M, Martín-Díaz M, Estrada-López CR, Iglesias-Álvarez A, Filigrana-Valle CM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. A comprehensive systematic review of colorectal cancer screening clinical practices guidelines and consensus statements. *Br J Cancer* 2023; 128: 946-957

OECD, “Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection.,” *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, 2024.

OECD. *OECD Health Statistics 2023 Definitions, Sources and Methods*.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), *Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5ed683c8-en>.

O'Malley AS, Beaton E, Yabroff KR, Abramson R, Mandelblatt J. Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. *Prev Med.* 2004 Jul;39(1):56-63

Pėčelis, V. (2019). Storosios žarnos vėžio prevencinės programos efektyvumo įvertinimas Jurbarko rajone (Magistro baigiamasis darbas, Mykolo Romerio universitetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas). Prieiga per internetą: <https://cris.mruni.eu/cris/handle/007/40234>

Phillipsen S, Weltz LK, Dressler J, Nielsen MK, Rasmussen M, Jorgensen LN, Johnsen AT. Barriers for Participation in the Danish Colorectal Cancer Screening Program: a Qualitative Study. *J Gastrointest Cancer*. 2023 Sep;54(3):873-881.

POLA studija: Lietuvoje vykdomų vėžio prevencinių programų efektyvumo didinimas 2020 m. gruodis

Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal cancer screening. *N Engl J Med* 2012;366:697–706.

Sabaliauskas, Š. (2018). Kauno miesto „X“ poliklinikos pacientų požiūris į storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programą (Magistro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos vadyba). Prieiga per internetą:

<https://portalcris.lsmuni.lt/server/api/core/bitstreams/0f6932ed-2dbf-4a2f-b364-e718e1070f7d/content>

Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin*. 2024 Jan-Feb;74(1):12-49. doi: 10.3322/caac.21820. Epub 2024 Jan 17. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2024 Mar-Apr;74(2):203.

Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer: Centers for Disease Control; 2014

Štaras K, Šiopė A, "VšĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumo vertinimas," *Socialinių mokslų studijos / Social Sciences Studies* 3, Nr. 7 (2010): 163–176.

Vega P, Valentín F, Cubiella Q (2017). Colorectal cancer diagnosis: Pitfalls and opportunities. *World Journal of Gastro-intestinal Oncology*.

Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, et al. Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale-Update Based on New Evidence. Gastroenterology 2003;124:544-560

Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, Shi W, Bond JH, Schapiro M, Panish JF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. 2012

Internetiniai šaltiniai

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTg4NGRmMGMtNWQ4MC00YTZiLWFjMmYtODdjZDhiMWFjOTIzIiwidCI6IjA3ZTZlZTMlLTk0NDc5MC04NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiOiJ9>

https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0

https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0

https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=283&usertype=282&filter_11=288&updatef2=0 (žiūrėta 2025.02.16)

https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/public-consultations/PC_CRCGL004_Research-Protocol_Invitation-strategies_Annex%201_2024.pdf .

<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0407bf085bb811edba0ded10be2fa21c?jfwid=-9086hr7qt> (žiūrėta 2025.02.16)

<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/342129e0c6d111e3afd8f519d03d5f2d>

<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Stororios%20%C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalg a.pdf> (žiūrėta 2025.02.16)

<https://ligoniukasa.lrv.lt/public/canonical/1731913725/12103/2023%20m.%20Stororios%20%C5%BEarnos%20v%C4%97%C5%BEio%20prevencin%C4%97s%20programmos%20ap%C5%BEvalg%20a.pdf>

<https://www.nvi.lt/vezio-registras/>

https://www.oecd.org/lt/publications/2023/12/lithuania-country-health-profile-2023_7ab0a5d9.html

(žiūrėta 2025.02.16)

<https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/colorectal-cancer-statistics/>

Politiniai šaltiniai

Council of the European Union, 2003; European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis, European Commission, 2010

Council Recommendation (EC) of 2 December 2003 on cancer screening

Council Recommendation (EC) of 9 December 2022 on strengthening prevention through early detection: a new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC (2022/C 473/01).

Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmenssveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. 2009 m. birželio 23 d. Prieiga per: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.347967>

ANOTACIJA

Dulskas A., Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė: Prof. Dr. Marija Čiaplinskienė, Mykolo Romerio Universitetas: Vilnius, 2025 – 103 psl.

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ir įvertintas storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos efektyvumas ir jos vykdymo galimos kliūtys politiko, bendrosios praktikos gydytojų ir pacientų požiūriu Lietuvoje. Analizuota Lietuvos ir Europos storosios žarnos vėžio epidemiologinė situacija, nagrinėti teisės aktai bei programiniai dokumentai, reglamentuojantys SŽV ankstyvosios diagnostikos programos vykdymą, palygintos Lietuvos ir Europos SŽV ankstyvosios diagnostikos programos, išanalizuoti duomenys apie programos vykdymą pirminėje asmens sveikatos priežiūroje pacientų, bendrosios praktikos gydytojų ir politikų/politikos formuotojų požiūriu.

Raktažodžiai: storosios žarnos vėžys, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa, FIT, profilaktika

ANOTATION

Dulskas A., Evaluation of Possible Barriers to the Colorectal Cancer Screening Program in Lithuania: Perspectives of Politicians, Patients, and Specialists. Master's Thesis. Supervisor: Prof. Dr. Marija Čiaplinskienė, Mykolas Romeris University: Vilnius, 2025 – 103 pages.

The master's thesis analyzes and evaluates the effectiveness of the early diagnosis program for colorectal cancer and its possible implementation barriers from the perspectives of politicians, general practitioners, and patients in Lithuania. The epidemiological situation of colorectal cancer in Lithuania and Europe was analyzed, legal acts and program documents regulating the implementation of the early diagnosis program for colorectal cancer were examined, the early diagnosis programs for colorectal cancer in Lithuania and Europe were compared, and data on the implementation of the program in primary health care were analyzed from the perspectives of patients, general practitioners, and politicians/policy makers.

Keywords: colorectal cancer, colorectal cancer screening program, FIT, prophylaxis.

SANTRAUKA

Dulskas A., Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė: Prof. Dr. Marija Čiaplinskienė, Mykolo Romerio Universitetas: Vilnius, 2025 – 95 psl.,

Storosios žarnos vėžys išlieka viena aktualiausių onkologinių problemų tiek Lietuvoje, tiek visoje Europoje - sergamumo ir mirtingumo rodikliai kasmet auga. Ankstyvosios diagnostikos programa yra pagrindinė priemonė, leidžianti laiku nustatyti ligą, pradėti gydymą ir pagerinti paciento išgyvenamumo prognozes.

Tyrimo problema – Lietuvoje vykdomos storosios žarnos vėžio prevencinės programos rezultatai rodo nepakankamą jos efektyvumą.

Tyrimo naujumas – iki šiol Lietuvoje nebuvo išsamiai nagrinėtas šios programos efektyvumas skirtingų suinteresuotųjų grupių – gydytojų, pacientų bei politikų – požiūriu.

Darbo tikslas – įvertinti storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos efektyvumą Lietuvoje iš trijų perspektyvų: pacientų, specialistų ir politikų.

Pagrindiniai uždaviniai: analizuoti storosios žarnos vėžio epidemiologinę situaciją Lietuvoje ir ES; įvertinti teisinę programos pagrindą bei reglamentavimą; palyginti programos vykdymą Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos šalyse; nustatyti pacientų informuotumo lygį bei dalyvavimo motyvus ir kliūtis; išanalizuoti politikų bei sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į programos veiksmingumą.

Tyrimo objektas – storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos įgyvendinimo efektyvumas Lietuvoje.

Metodai – literatūros, teisinių dokumentų ir statistinių duomenų analizė bei empirinis tyrimas.

Pagrindinės išvados: SŽV yra trečia dažniausiai diagnozuojama vėžio forma Europoje; ES rekomenduoja, kad į prevencinę programą būtų įtraukti bent 65 proc. tikslinės grupės asmenų, o „Kovos su vėžiu“ plano tikslas – pasiekti 90 proc. Lietuvoje programa vykdoma nuo 2009 m., tačiau jos efektyvumas tebėra nepakankamas. Dauguma tyrimo dalyvių į patikrą neatvyksta, nes negauna kvietimo arba laiko ją nereikalinga. Pagal pacientus, svarbiausi veiksniai, kurie padėtų didinti dalyvavimą – aiškus kvietimas, geresnė informacija, prieinamesnės paslaugos bei paprastesni testai. Specialistų nuomone, būtinas gydytojų švietimas ir vienodas paciento kelias visose gydymo įstaigose. Politikų požiūriu, reikalingas multidisciplininis požiūris, edukacija apie prevenciją turėtų prasidėti jau mokyklose.

SUMMARY

Dulskas A., Assessment of potential barriers to the colon cancer screening program in Lithuania: the perspective of a politician, patient, and specialist. Master's thesis. Supervisor: Prof. Dr. Marija Čiaplinskienė, Mykolas Romeris University: Vilnius, 2025 – 95 pages.

Colorectal cancer remains a pressing public health concern in both Lithuania and across Europe, with incidence and mortality rates continuing to rise annually. Screening for colorectal cancer plays a pivotal role in ensuring early detection, timely treatment, and favorable prognoses.

Research Problem: Current data indicate that the implementation of Lithuania's colorectal cancer screening program is suboptimal and fails to achieve its intended outcomes.

Research Novelty: To date, no comprehensive studies have been conducted in Lithuania to evaluate the effectiveness of this program from a multi-perspective approach.

Aim of the Study: To assess the effectiveness of the colorectal cancer screening program in Lithuania through the viewpoints of general practitioners, patients, and policymakers.

Research Objectives: To theoretically substantiate the epidemiological landscape of colorectal cancer in Lithuania and the European Union. To analyze and assess the legal framework and strategic documents governing the screening program. To compare the performance and outcomes of the colorectal cancer screening program in Lithuania with those in other EU countries. To evaluate the program's effectiveness based on the experiences of both participating and non-participating patients. To assess policymakers' perspectives on the challenges and progress of the program. To examine general practitioners' views on the implementation and impact of the screening initiative.

Object of the Research: The effectiveness of the colorectal cancer screening program in Lithuania.

Methodology: The study employed a combination of methods, including a review of scientific literature, analysis of legal and programmatic documentation, statistical data analysis, and empirical research.

Key Findings: Colorectal cancer ranks as the third most common cancer type in Europe. The European Union recommends that at least 65% of the target population participate in screening, with the Beating Cancer Plan setting an ambitious target of 90%. In Lithuania, a pilot screening program was initiated in 2009, following Ministerial Order No. V-508. Although the screening program is implemented across all EU member states, its overall effectiveness remains inadequate. There is a recognized need to meet the benchmark of screening more than 65% of individuals in the target age group. A new pilot model launched recently includes a central coordination unit overseeing program delivery and the patient journey.

Survey results reveal that most non-participants cite a lack of invitation and personal indifference as key reasons for not engaging in the program. Patients identified several critical improvements: receiving formal invitations, increased public awareness, simplified and faster access to preventive services, and more user-friendly testing methods. In addition, educating healthcare providers and standardizing the patient pathway across institutions were emphasized as priorities. From the policymakers' perspective, addressing the issue through a multidisciplinary approach and introducing early prevention education in schools are vital steps forward.

Klausimynas skirtas dalyvavusiems storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje:

Šia apklausa siekiu išsiaiškinti Lietuvos gyventojų, politikų ir specialistų žinias apie storosios žarnos vėžio patikros programą, sunkumus dalyvaujant joje. Apklausos rezultatai bus panaudoti magistrinio darbo "Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris" rašymui. Apklausa anoniminė, ją pildydami užtruksite apie 7-8 minutes.

Darbo autorius: doc. dr. Audrius Dulskas

Kilus klausimams kviečiu kreiptis el. paštu audrius.dulskas@nvi.lt

1. Jūsų lytis (vyras / moteris)
2. Jūsų amžius
3. Jūsų išsilavinimas (pagrindinis / vidurinis / aukštasis)
4. Jūsų gyvenamoji vieta (miestas / kaimas)
5. Ar dalyvavote storosios žarnos vėžio patikros programoje ? (taip / ne)
6. Ar šeimos gydytojas informavo apie storosios žarnos vėžio programą ir jos tikslą? (taip / ne)
7. Ar iFOBT testo atlikimas buvo aiškus ? (taip / ne)
8. Ar gydytojas informavo apie rezultatus ir jų reikšmę ? (taip / ne)
9. Ar registracija kolonoskopijai buvo paprasta ? (taip / ne)
10. Ar pasiruošimas kolonoskopijai buvo aiškus ? (taip – ne)
11. Koks buvo laiko tarpas tarp testo ir kolonoskopijos?
12. Ar atlikus kolonoskopiją buvo aiški tolimesnė taktika ? (taip / ne)
13. Ar dalyvavimas programoje labai sutrikdė jūsų asmeninį gyvenimą ? (taip / ne)
14. Ar dalyvavimas programoje pareikalavo daug laiko ? (taip / ne)
15. Kas jus informavo apie programos egzistavimą ?

Klausimynas skirtas nedalyvavusiems storosios žarnos vėžio prevencinėje programoje:

Šia apklausa siekiu išsiaiškinti Lietuvos gyventojų, politikų ir specialistų žinias apie storosios žarnos vėžio patikros programą, sunkumus dalyvaujant joje. Apklausos rezultatai bus panaudoti magistrinio darbo "Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris" rašymui. Apklausa anoniminė, ją pildydami užtruksite apie 7-8 minutes.

Darbo autorius: doc. dr. Audrius Dulskas

Kilus klausimams kviečiu kreiptis el. paštu audrius.dulskas@nvi.lt

1. Jūsų lytis (vyras / moteris)
2. Jūsų amžius
3. Jūsų išsilavinimas (pagrindinis / vidurinis / aukštasis)
4. Jūsų gyvenamoji vieta (miestas / kaimas)
5. Ar dalyvavote storosios žarnos vėžio patikros programoje ? (taip / ne)
6. Ar buvote informuotas šeimos gydytojo apie programos egzistavimą (taip / ne)
7. Ar šeimos gydytojas informavo apie storosios žarnos vėžio programą ir jos tikslą? (taip / ne)
8. Kodėl nedalyvavote programoje? (bijau komplikacijų / bijojau rezultato / bijojau tyrimo / nepasitikiu mediciną / neturėjau skundų / sunku patekti į gydymo įstaiga / ilgos eilės)
9. Kas paskatintų dalyvauti prevencinėje programoje (reguliarūs kvietimai / baudos / didesnis kiekis informacijos ir jos prieinamumas / geresnis kontaktas su šeimos gydytoju / paprastesti testai)
10. Ar turite pakankamai žinių apie prevencijos programą, jos tikslą ir eigą ?

Klausimynas skirtas Bendrosios praktikos gydytojams apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą:

Šia apklausa siekiu išsiaiškinti Lietuvos gyventojų, politikų ir specialistų žinias apie storosios žarnos vėžio patikros programą, sunkumus dalyvaujant joje. Apklausos rezultatai bus panaudoti magistrinio darbo "Storosios žarnos vėžio patikros programos galimų kliūčių vertinimas Lietuvoje: politiko, paciento, specialisto požiūris" rašymui. Apklausa anoniminė, ją pildydami užtruksite apie 7-8 minutes.

Darbo autorius: doc. dr. Audrius Dulskas

Kilus klausimams kviečiu kreiptis el. paštu audrius.dulskas@nvi.lt:

1. Ar Jūs buvote informuotas/a apie prevencinės programos tikslus ir eigą (taip / ne)
2. Kiek metų dirbate pagal savo licenciją
3. Kas pateikė informaciją
4. Ar pacientus aktyviai kviečiate dalyvauti programoje ar tik tuos kurie ateina vizitui?
5. Kas suteikia informaciją, kad pacientas turi dalyvauti patikros programoje?(Jūs / slaugytoja / administratorius / pats pacientas)
6. Kurie pacientai aktyviau dalyvauja programoje (vyrai / moterys)
7. Kurie pacientai aktyviau dalyvauja programoje (iš miesto / iš kaimo)
8. Ar gavus piktybinį naviką patvirtinančią išvadą siunčiate pacientą chirurgo konsultacijai ar į gydymo centrus?
9. Atlikus programinę kolonoskopiją, kada rekomenduosite pacientui atlikti pakartotiną tyrimą ?
10. Šeimos gydytojo nuomonė, kodėl pacientai nedalyvauja prevencinėje programoje?

Klausimai skirti interviu su politikais:

1. Koks, Jūsų manymu, yra prevencinės programos tikslas?
2. Ar yra pasiektas tikslas? Jei ne, kodėl?
3. Kaip pagerinti programos veiksmingumą?
4. Kokios išvelgiamos kliūtys dėl programos įgyvendinimo, ar pakankamas programos reglamentavimas ir vertinimas, kontrolė, grįžtamasis ryšys, kokios priemonės/veiksniai galėtų užtikrinti geresnį programos rezultatą?

Konferencija seime, kurios metu pristatyti magistro metu gauti kai kurie duomenys

„Storosios žarnos vėžio prevencinės programos problemos ir kaip jas spręsimė?“

2025 m. kovo 24 d. 9:30-13:30 val.

Lietuvos Respublikos Seimas, I rūmai, Konstitucijos salė

08:45 - 09:30 | Atvykimas, pasitikimo kava

09:30 - 09:45 | Sveikinimo žodis. Seimo Sveikatos reikalų komiteto narys prof. Saulius Čaplinskas, sveikatos apsaugos viceministrė (tbc), POLA direktorė Neringa Čiakienė

09:45 - 10:10 | Kolorektalinio vėžio sergamumo tendencijos, storosios žarnos vėžio prevencinės programos įgyvendinimas, bandomasis modelis. Prof. Tomas Poškus, Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

10:10 - 10:35 | Naujausios diagnostikos tendencijos Europoje ir pasaulyje: personalizuoto požiūrio link. Prof. Juozas Kupčinskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (LSMU), LSMU ligoninė Kauno klinikos

10:35 - 11:00 | Prevencinių programų įgyvendinimas: šeimos gydytojų ir pacientų patirtys.

Doc. dr. Audrius Dulskas „Nacionalinis vėžio centras, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas

11:00 - 11:30 | Kavos pertrauka

11:30 - 13:15 | Panelinė diskusija „Kolorektalinio vėžio prevencija ir ankstyva diagnostika: kaip įveikti iššūkius ir mažinti stigmą?“. Moderuoja Laura Dabulytė, žurnalistė, laidų vedėja