

POVZETEK POROČILA O IZVAJANJU DRŽAVNEGA PROGRAMA OBVLADOVANJA RAKA ZA LETO 2012

Branko Zakotnik

Onkološki inštitut Ljubljana

Uvod

Državni program obvladovanja raka (DPOR) je celovit program ukrepov in dejavnosti za obvladovanje raka v Republiki Sloveniji. Potrdila ga je Vlada Republike Slovenije. Za spremljanje izvajanja njegovih ciljev je minister za zdravje imenoval programski svet DPOR in koordinatorja DPOR, ki usklajuje dejavnosti, opredeljene v DPOR.

Programski cilji DPOR so:

1. **upočasniti povečevanje pogostosti raka,**
2. **zmanjšati umrljivost zaradi raka,**
3. **povečati preživetje,**
4. **izboljšati kakovost življenja bolnikov s celostno rehabilitacijo in povečati delež bolnikov z napredovalo boleznijo, ki so deležni paliativne oskrbe.**

V kolikšni meri dosegamo cilje, kje smo uspešni in kje ne, je vsebina letnega poročila o izvajanju DPOR. Sestavni del poročila so tudi izzivi oz. dejavnosti, ki so potrebne, da bi cilje programa dosegli.

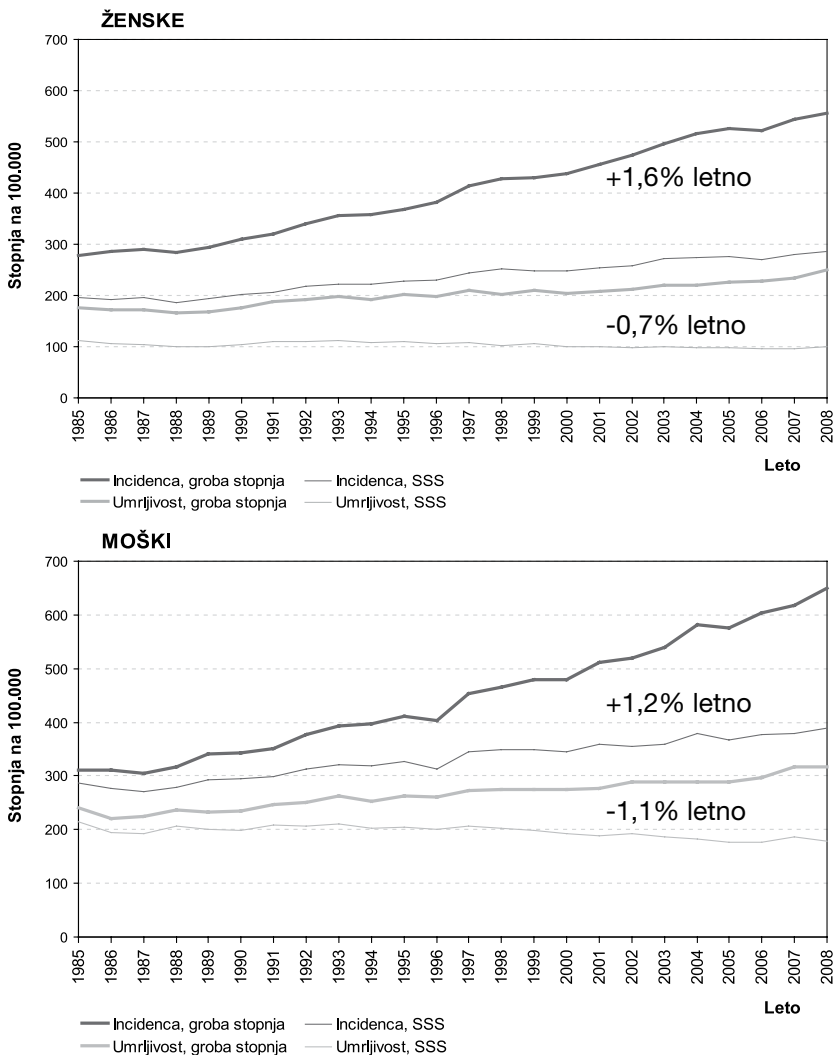
Za objektivno spremljanje programskih ciljev je treba spremljati kazalnike **bremena raka** (pogostost, umrljivost, preživetje) v Registru raka. Izvajati je treba dokazano učinkovite ukrepe **primarne in sekundarne preventivne**, zagotoviti zgodnjo in strokovno utemeljeno **diagnostiko in zdravljenje** ter glede na naravo bolezni izvajati **raziskovalno dejavnost** (čim več bolnikov vključiti v klinične raziskave, izvajati predklinične in epidemiološke raziskave). Za doseganje četrtega cilja pa je treba zagotoviti bolnikom **celostno rehabilitacijo in paliativno oskrbo**.

Breme raka

Spodnji graf prikazuje trend pogostosti in umrljivosti za vse rake. Podatki kažejo, da se pogostost povečuje, umrljivost pa zmanjšuje. Cilj zmanjševanja umrljivosti dosegamo, seveda pa si želimo, da bo z vsemi ukrepi, opredelje-

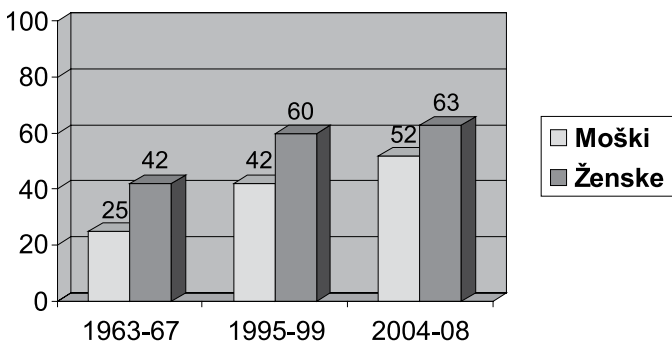
nimi v DPOR, še bolj upadala. Vsekakor bomo ta kazalnik spremljali v naslednjih letnih poročilih. Čeprav pri vseh rakih ne dosegamo cilja zmanjševanja pogostosti, pa se zmanjševanje kaže pri raku pljuč pri moških, kar je posledica učinkovitih ukrepov pri omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ter pri raku materničnega vratu zaradi učinkovitega in kakovostnega populacijskega pre-sejalnega programa ZORA.

Slika 1: Trend pogostosti in umrljivosti za vse rake



Prav tako opazujemo izboljšanje relativnega petletnega preživetja s časom za vse rake kot izraz boljše diagnostike in zdravljenja (prikazano spodaj). Prevalenca (živi bolniki, ki so kadar koli zboleli za rakom) na dan 31. 12. 2008 je bila 75.500. Med posameznimi raki so razlike v preživetju, natančni podatki o tem so objavljeni v letnih poročilih Registra raka in so dostopni na spletu (www.slora.si). V nadaljnjih poročilih se bo treba osredotočiti na razloge in ukrepe za izboljšanje tega kazalnika na tistih področjih, kjer ni ugoden.

Slika 2: Relativno 5-letno preživetje za vse rake po spolu in obdobjih opazovanja



Primarna preventiva

Primarna preventiva proti raku pomeni zmanjšanje ali odstranitev izpostavljenosti dejavnikom, ki vplivajo na pojavnost raka, in je eden od ključnih elementov DPOR. Med aktivnostmi na področju primarne preventive s kazalniki spremljamo: dejavnike vedenjskega sloga, dejavnike bivalnega okolja, okužbe, povezane z rakom.

Dejavniki vedenjskega sloga

Z zdravim načinom življenja bi lahko zmanjšali obolevnost za rakom vsaj za 30 %. Med ključne dejavnike vedenjskega sloga, ki lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju pojavnosti raka, so nekajenje in zmanjšanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, zdrava prehrana, zadostna telesna dejavnost, ki krepi zdravje, ter zmanjšanje pojavnosti prekomerne telesne mase in debelosti. Med aktivnostmi primarne preventive na področju zdravega življenjskega sloga spremljamo naslednje kazalnike: kadilske navade, čezmerno pitje alkohola, uživanje sadja in zelenjave, debelost ter stopnjo telesne dejavnosti.

Kadilske navade

V obdobju 2001–2008 se je delež kadičev statistično značilno znižal skupno in pri obeh spolih. V letu 2008 je tudi telefonska raziskava Eurobarome-

ter pokazala, da je Slovenija med državami z najnižjimi deleži kadilcev med prebivalci, starimi 15 let ali več, v EU. Obstajajo pa razlike v deležu kadilcev glede na izobrazbo in družbeni sloj. V vseh opazovanih letih je najvišji delež kadilcev pri najnižje izobraženih in pri najnižjih družbenih slojih.

Na tem področju smo v Sloveniji sprejeli številne sistemske ukrepe, katerih učinki se že kažejo. Že leta 1996 je bil sprejet Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, z dopolnitvijo zakona v letu 2007 pa se je Slovenija uvrstila med države, ki popolnoma prepovedujejo kajenje v vseh zaprtih javnih prostorih in na delovnih mestih.

Čezmerno pitje alkohola

Slovenija med evropskimi državami izstopa po posledicah škodljivega in tveganega pitja alkoholnih pijač. Razveseljiv pa je podatek, da je **delež čezmernih pivcev alkohola v letih 2001–2008 pomembno upadel, pri obeh spolih ter v vseh starostnih, izobrazbenih in socialnih skupinah**. Več čezmernih pivcev alkohola je med moškimi, v višjih starostnih skupinah pri obeh spolih (55–64 let), pri nižje izobraženih in pri nižjih družbenih slojih. Poleg upoštevanja Zakona o omejevanju uporabe alkohola bo za zmanjšanje škodljivega in tveganega pitja alkoholnih pijač in njunih posledic treba sprejeti in uresničevati celovito politiko in usmeriti ukrepanje predvsem v mlade.

Zdrava prehrana ter uživanje sadja in zelenjave

Pogoje za zdrav življenjski slog omogoča tudi izvajanje Nacionalnega programa prehranske politike; z rezultati prvega prehranskega programa v obdobju 2005–2010 smo le deloma zadovoljni in pričakujemo sprejetje novega, ki bo še bolj usmerjen k zaustavitvi povečevanja oz. k zmanjšanju telesne mase prebivalcev in h krepitvi podpornih okolij za spodbujanje uravnoteženega prehranjevanja in telesne dejavnosti za zdravje za vse prebivalce Slovenije, še posebej za najbolj ranljive skupine. Med pozitivne premike na področju prehranjevanja sodijo na primer zmanjšano uživanje soli, sladkih pijač in večji delež uživanja oljčnega olja. Nezaželen pa je trend uživanja zelenjave in sadja, ki kaže, da je v letih 2001–2008 **upadel delež odraslih, ki uživajo zelenjavo in sadje 1-krat ali več kot 1-krat dnevno**, skupno in pri obeh spolih ter praktično pri vseh izobrazbenih skupinah. Izrazito bolj so zaradi nezadostnega uživanja zelenjave in sadja ogroženi nižje izobraženi in socialno ogroženi.

Stopnja telesne dejavnosti

Delež ustrezno telesno dejavnih glede na priporočila SZO ostaja v opazovanih letih približno enak. Za obvladovanje debelosti in bremena kroničnih bolezni bo pomembno zvečati celotno količino telesne dejavnosti in izboljšati prehranjevalne navade večine ljudi. Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja, katere aktivnosti se

v letošnjem letu zaključujejo, zahteva sprejetje novega političnega dokumenta in večjo medresorno podporo ter bolj dosledno implementacijo ukrepov za zvečanje telesne dejavnosti vseh populacijskih skupin na vseh ravneh.

Debelost

Delež debelosti se je v letih od 2001 do 2008 zvečal od 15 % na 16,2 %, vendar predvsem na račun porasta debelosti pri moških. Delež debelih je v vseh opazovanih letih večji pri moških kot pri ženskah. Pomembno večji je tudi delež debelih pri nižje izobraženih in pri osebah iz nižjih družbenih slojev.

Slika 3: Trendi izbranih dejavnikov vedenjskega sloga prebivalcev, starih 25–64 let, skupno, po spolu, izobrazbi in samoocenjenem družbenem sloju, v letih 2001–2008

	Trenutno kajenje					Uživanje svežega sadja 1x/dan ali pogosteje					Uživanje sveže zelenjave 1x/dan ali pogosteje				
	2001	2008	p	trend	smer	2001	2008	p	trend	smer	2001	2008	p	trend	smer
Skupaj	24,5	20,7	0,000		↓	55,6	54,3	0,127			67,7	56,2	0,000		↓
Spol															
Moški	28,5	23,6	0,000		↓	44,5	42,6	0,097			62,6	49,1	0,000		↓
Ženske	20,3	17,6	0,003		↓	66,8	66,7	0,954			72,8	63,8	0,000		↓
Izobrazba															
Osnovna šola ali manj	25,1	22,7	0,162			56,0	53,7	0,239			68,6	56,9	0,000		↓
Poklicna šola	28,7	25,1	0,009		↓	51,4	49,4	0,204			66,2	55,1	0,000		↓
Srednja šola	24,2	22,3	0,148			56,2	55,1	0,495			67,0	55,8	0,000		↓
Višja šola ali več	18,2	13,2	0,000		↓	60,0	58,5	0,365			69,2	57,1	0,000		↓
Samoocenjeni družbeni sloj															
Čisto spodnji in delavski	27,1	25,7	0,224			52,8	49,9	0,029			65,5	53,4	0,000		↓
Srednji	23,8	18,5	0,000		↓	56,5	56,0	0,647			68,3	57,2	0,000		↓
Višji srednji in zgornji	18,5	13,7	0,011		↓	61,0	62,3	0,593			72,0	60,2	0,000		↓
Čezmerno pitje															
Indeks telesne mase nad 30															
Telesna dejavnost															
	2001	2008	p	trend	smer	2001	2008	p	trend	smer	2004	2008	p	trend	smer
Skupaj	14,3	9,9	0,000		↓	15,0	16,2	0,044		↑	51,1	49,7	0,089		
Spol															
Moški	22,3	16,0	0,000		↓	16,2	18,4	0,010		↑	40,7	40,0	0,511		
Ženske	5,9	3,4	0,000		↓	13,8	13,9	0,947			61,8	60,0	0,133		
Izobrazba															
Osnovna šola ali manj	17,8	11,9	0,000		↓	22,5	25,9	0,048		↑	43,4	39,1	0,035		↓
Poklicna šola	16,5	13,2	0,003		↓	16,9	20,8	0,002		↑	53,9	52,0	0,242		
Srednja šola	11,5	8,3	0,001		↓	12,2	14,6	0,029		↑	58,2	56,1	0,168		
Višja šola ali več	10,8	7,6	0,001		↓	7,9	7,8	0,889			46,1	46,9	0,632		
Samoocenjeni družbeni sloj															
Čisto spodnji in delavski	17,0	12,3	0,000		↓	19,6	21,7	0,052			52,2	50,8	0,334		
Srednji	12,4	7,8	0,000		↓	13,3	12,6	0,424			54,2	51,6	0,034		↓
Višji srednji in zgornji	13,6	11,4	0,197			7,2	9,1	0,169			44,3	44,4	0,947		

Prednostne naloge in ukrepi na področju zdravega vedenjskega sloga, ki jih je treba podpreti s spremljanjem, so:

- zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju (zmanjševanje socialnih razlik) mora postati cilj Strategije razvoja Slovenije, z udejanjanjem ustreznih ukrepov v resornih politikah ter spremljanjem kazalcev doseganja resornih ciljev;
- razvoj in udejanjanje novih pristopov za vzgojo nekadilskih generacij;
- dosledno izvajanje Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov in uvajanje ukrepov skladno z novimi spoznanji o učinkovitosti posameznih ukrepov;
- sprejetje in izvajanje celovite politike za zmanjšanje škodljive in tvegane rabe alkohola z izvedbenimi načrti;
- sprejetje in izvajanje Nacionalnega programa prehranske politike in Strategije telesne dejavnosti, ki krepí zdravje, 2012-2022, s ciljem krepitve zdravja in uvajanja sistemskih ukrepov, ki zmanjšujejo socialne neenakosti na področju zdrave prehrane in gibanja, sprejetje zakonodaje, davčne in cenovne politike, ki bo zagotavljala večjo dostopnost zdravih živil in zdravega prehranjevanja ter zdravega življenjskega sloga vsem skupinam prebivalcev, še posebej najbolj ranljivim.

Dejavniki bivalnega okolja

Izpostavljenost rakotvornim snovem v bivalnem okolju naj bi bila odgovorna za manj kot 5 % rakov. Pomembna je izpostavljenost prašnim delcem PM10, ki jih človek proizvaja s svojimi aktivnostmi in so lahko posledica izpustov iz energetskih objektov, industrije, prometa, kmetijstva in individualnih kurišč. Še posebej so za zdravje ljudi nevarni delci, manjši od 10 µm, saj jih povezujejo z nastankom raka pljuč. Analize kažejo, da je približno polovica prebivalcev izpostavljenih letnim koncentracijam, ki presegajo priporočila SZO (20 µg PM10/m³), predvsem so to prebivalci večjih mest, Ljubljane in Maribora, ter prebivalci, ki živijo v okolici večjih industrijskih ali energetskih objektov.

Okužbe, povezane z rakom

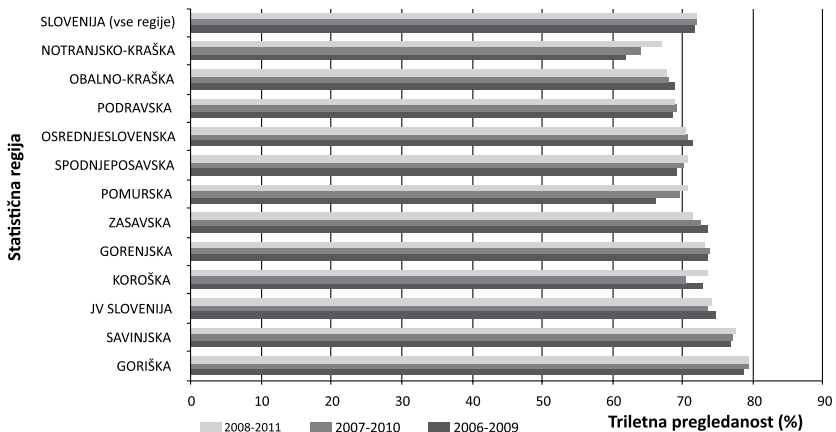
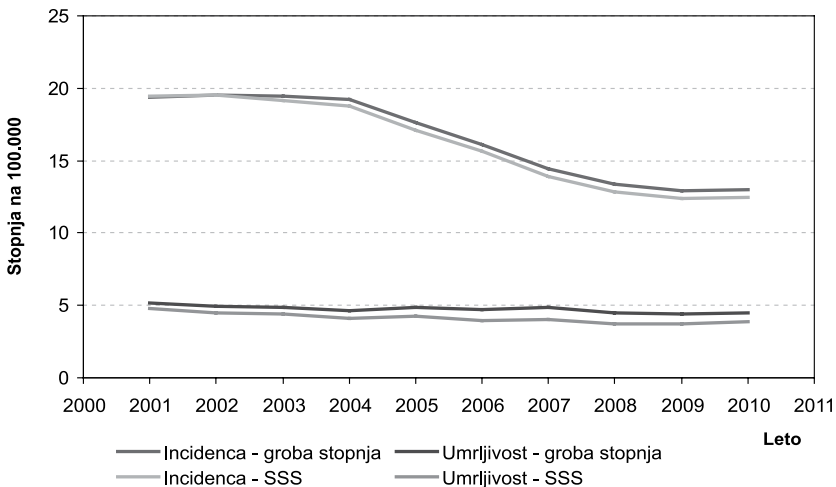
Nekatere nalezljive bolezni so povezane z nastankom raka. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije so nalezljive bolezni odgovorne za približno 6 % smrti zaradi raka v razvitem svetu. Virusni hepatitis B in C sta povezana z nastankom raka jeter, okužba s humanim papiloma virusom pa z rakom materničnega vratu in rakom ustnega žrela. Po incidenci hepatitisa B in C sodimo med države z nizko incidenčno stopnjo. Preventivni ukrepi vključujejo cepljenje in preprečevanje okužb. V Sloveniji je cepljenje proti okužbi z virusom hepatitisa B in proti okužbi z nekaterimi tipi humanih papilomskih virusov (HPV) vključeno v nacionalni imunizacijski program. Uvedeni ukrepi so pomemben korak k učinkovitejši primarni preventivi okužb, povezanih z rakom.

Sekundarna preventiva

V Sloveniji potekajo vsi trije presejalni programi: ZORA (rak materničnega vratu), DORA (rak dojk) in SVIT (rak debelega črevesa in danke), za katere obstajajo dokazi o njihovi učinkovitosti. Njihovo izvajanje je tudi politična zaveza držav članic EU.

Program preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu – ZORA je najstarejši program. Kazalniki so skladni s priporočili, prav tako se kažejo učinki izvajanja programa v zmanjševanju pogostosti in umrljivosti, kar je prikazano v preglednicah spodaj.

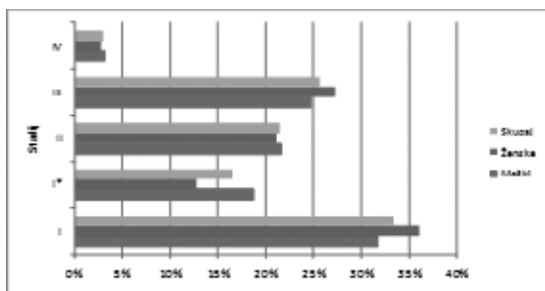
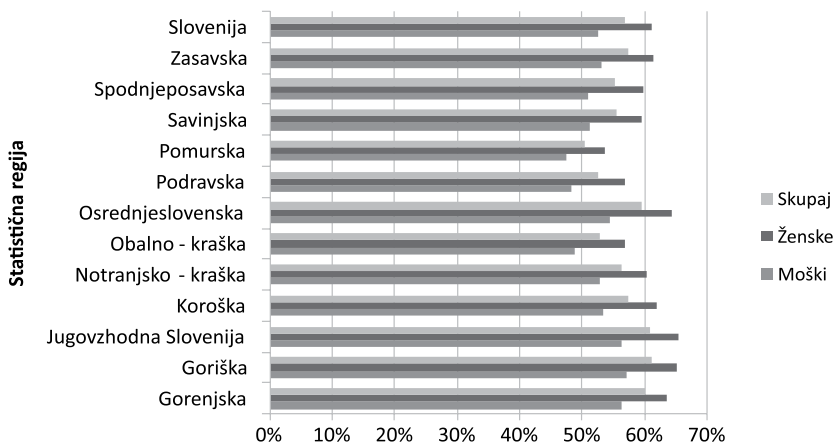
Slika 4: Učinki izvajanja programa ZORA



Program zgodnjega odkrivanja raka dojk – DORA dosega oziroma celo presega priporočene kazalnike kakovosti, vendar pa žal v njem sodelujejo le ženske iz osrednje Slovenije. Ženske, ki niso vključene v program DORA, pa lahko opravljajo priložnostno presejanje, ki pa ne dosega rezultatov organiziranega presejanja. Za priložnostno presejanje so značilni; klinični pregled dojk, mamografija (brez dvojnega odčitovanja), pregledi niso standardizirani, ni rutinskega spremljanja kazalnikov kakovosti, ženske se na preglede naročajo same. V letu 2013 je nujno treba storiti vse, da se program čim prej razširi po vsej Sloveniji. V ta namen je bil imenovan tudi Programski svet programa DORA.

Najmlajši presejalni program za odkrivanje raka na debelem črevesu in danke – program SVIT poteka četrto leto. Program SVIT se je tudi v primerjavi z drugimi državami izredno hitro in kakovostno razširil po vsej Sloveniji, tako da skoraj že dosega željeno pregledanosti (70-%) in zastavljene cilje. Ti so odkrivanje rakov v nizkih stadijih in v obliki predrakavih sprememb, kar je prikazano v preglednicah spodaj.

Slika 5: Stadiji rakov, odkritih v programu SVIT



Diagnostika in zdravljenje

Zgodnja diagnostika in ustrezno zdravljenje zagotavljata najboljše preživetje in kakovost življenja. V spodnji preglednici 1 je prikazan stadij ob diagnozi za vse rake v Sloveniji v letu 2008. Cilj je, da bi bilo čim več rakov odkritih v omejenem stadiju. Da bi bolje razumeli razloge, ki vplivajo na zgodnje odkrivanje raka, smo se s predstavniki primarne zdravstvene dejavnosti dogovorili za izvedbo presečne raziskave o dejavnikih, ki vplivajo na zgodnjo/pozno diagnostiko raka v Sloveniji.

Preglednica 1. Razširjenost ob diagnozi (stadij) za vse rake (2008)

	Stadij	Štev. novih primerov	%
Vsi raki	OMEJEN	5527	48,8
	RAZŠIRJEN	3209	28,3
	RAZSEJAN	2261	19,9
	NI PODATKA	339	3,0
	VSI	11336	100

Na zahtevo društev bolnikov, in kot je to predvideno v DPOR, so bila v obdobju 2011/12 opredeljena merila in ustanove za izvajanje diagnostike in zdravljenja raka (mreža onkološke dejavnosti). Merila so bila oblikovana na predlog RSK za onkologijo in posameznih delovnih skupin, v katerih so sodelovali strokovnjaki z različnih področij. Na podlagi teh meril in mreže onkološke dejavnosti bo treba v prihodnje redno spremljati dejansko število po izvajalcih ter te podatke vključiti v letna poročila DPOR. To nam bo v pomoč pri spremljanju v DPOR predvidene postopne decentralizacije diagnostike in zdravljenja za pogoste rake v t. i. sekundarnih centrih. V poročilu prikazujemo tudi delež bolnikov, zdravljenih s kirurškimi posegi, sistemskim zdravljenjem in obsevanjem po stadiju bolezni v letu 2008 (preglednica 2). Podatki kažejo na primerno zdravljenje glede na priporočila za rak dojke, pljuč ter debelega črevesa in danke (morda premalo zdravljenih dopolnilno pri raku debelega črevesa in danke).

Podatki za rak prostate pa kažejo, da je to rak, kakor tudi področje (urološki raki), ki mu je treba v naslednjem letu nameniti posebno pozornost.

Za kakovostno obravnavo je zelo pomembna tudi dostopnost zdravljenja z obsevanjem. Kot kazalnik dostopnosti zdravljenja z obsevanjem, ki se trenutno izvaja le na OIL, je v spodnji preglednici poleg števila obsevalnih aparatov prikazan tudi trend čakalnih dob na obsevanje, ki so bile v zadnjih letih vzrok hudih javnih polemik. Z nakupom novih aparatov so te zdaj 22 dni.

Preglednica 2. Prvo zdravljenje po razširjenosti ob diagnozi za najpogostejše rake

MKB-10	Stadij	Štev. novih primerov	% operiranih	% zdrav. sistemske	% obsevanih
debelo črevo in danka	Omejen	196	90	4	3
	Razširjen	868	92	39	24
	Razsejan	350	57	41	11
	Ni podatka	32	9	0	6
	Vsi	1446	81	34	17
pljuča	Omejen	160	50	6	18
	Razširjen	383	14	43	62
	Razsejan	623	4	42	40
	Ni podatka	41	2	2	5
	Vsi	1207	13	36	43
dojka	Omejen	545	92	82	50
	Razširjen	496	90	92	57
	Razsejan	102	23	75	26
	Ni podatka	5	20	60	0
	Vsi	1148	85	86	50
prostata	Omejen	785	50	36	8
	Razširjen	281	59	47	15
	Razsejan	75	9	64	9
	Ni podatka	44	9	39	2
	Vsi	1185	48	40	9

Leto	Število bolnikov na teleradioterapevtskem obsevanju	Število obsevalnikov	Povprečna čakalna doba na obsevanje
2007	4781	6	NP (višje kot 2008)
2008	5009	6,5	32
2009	5050	6	48
2010	5888	7	50
2011	6016	8	22

Raziskovalna dejavnost

Za področje raka, na katerem se neprestano iščejo novi načini zdravljenja, je izredno pomembno, da je Slovenija vključena v mednarodne raziskovalne tokove, pa tudi, da izvajamo svoje raziskave. Na tem področju po zbranih podatkih poteka 61 predkliničnih in translacijskih raziskav, 15 epidemioloških ter 75 kliničnih raziskav. V klinične raziskave je bilo leta 2011 vključenih 480

bolnikov, kar je 4,4 % vseh bolnikov, ki so v tem letu zboleli za rakom (brez nemelanomskega kožnega raka). Dostopnost kliničnih raziskav je za bolnike zelo pomembna, saj je to včasih za nekatere edino dodatno upanje. Cilj, ki ga opredeljujejo tudi mednarodne organizacije na področju raka, je, naj bi bilo v klinične raziskave vključenih od 5 do 10 % bolnikov.

Celostna rehabilitacija

Zelo pomembno področje je skrb za kakovost življenja bolnikov po zdravljenju. To je področje, na katerem društva bolnikov zahtevajo bistveno boljši pristop zdravstvenih organizacij in več pravic v okviru obveznega zdravstvenega varstva, kot jih je bilo do zdaj. Na tem področju smo zato v DPOR opredelili te postopke in cilje:

- opredelitev modela celostne rehabilitacije (časovni potek, vsebina in kazalniki ugotavljanja uspešnosti) na modelu bolnic z operabilnim rakom dojke (OIL, IRIRS);
- priprava načrta rehabilitacije ob diagnozi po operaciji, podobno kot je to pri dopolnilnem zdravljenju;
- ustanovitev ambulate, v kateri bi zahtevnejše primere obravnavali timsko;
- postopen prenos modela celostne rehabilitacije tudi na druge rake;
- časovni načrt: do konca 2012.

Paliativna oskrba

Za področje paliativne oskrbe je bila imenovana nacionalna koordinatorica za Državni program paliativne oskrbe (ki vključuje vse bolnike) asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., spec. anesteziolog. Državni program paliativne oskrbe in Akcijski plan je tako kot DPOR sprejela Vlada Republike Slovenije. Pričakujemo, da se bodo podobne dejavnosti kot pri uresničevanju DPOR začele tudi na tem področju.

Celotno poročilo in bolj natančni podatki so dostopni na www.dpor.si. Stran je tudi v angleškem jeziku.