

# PRESEJANJE ZA RAKA NA DEBELEM ČREVESU IN DANKI – PROGRAM SVIT

Dominika Novak Mlakar, Tatjana Kofol Bric, Jožica Maučec Zakotnik in Ana-Lucija Škrjanec

**Povzetek.** Po podatkih Registra raka se incidenca raka na debelem črevesu in danki v Sloveniji od leta 1961 veča. V obdobju 2005–2009 je bil rak na debelem črevesu odkrit v lokalno omejeni obliki le v 12,3 % in rak danke le v 14,9 %. Posledice so visoka stopnja umrljivosti, slaba kakovost življenja bolnikov in visoki stroški zdravljenja. V skladu s priporočili Evropskega sveta in Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti v presejanju za raka na debelem črevesu in danki se je v Sloveniji leta 2009 vzpostavil Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki – program *Svit*. Pozitivni učinki programa so se pokazali že po izvedbi prvega presejalnega kroga. Do leta 2014 so bili ciljna populacija programa moški in ženske v starosti 50–69 let z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Ministrstvo za zdravje je leta 2015 dopolnilo Pravilnik o izvajanju preventive na primarni ravni. S tem je bila podana pravna osnova za razširitev starostne meje ciljne populacije od 50 do 74 let in dosežen standard, ki ga priporočajo Evropske smernice za kakovost presejanja raka na debelem črevesu in danki.

## UVOD

Po podatkih Registra raka se incidenca raka na debelem črevesu in danki (C18-20) v Sloveniji od leta 1961 veča [1]. Leta 2011 je bil rak na debelem črevesu in danki s 1.632 primeri drugi najpogostejši novoodkriti rak pri obeh spolih skupaj in s 771 primeri smrti drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka [2].

V obdobju 2005–2009 je bil rak debelega črevesa odkrit v lokalno omejeni obliki le v 12,3 % in rak danke le v 14,9 % [1]. Posledice pozno odkrite bolezni, ko je ta že razširjena, so visoka stopnja umrljivosti, slaba kakovost življenja bolnikov in visoki stroški zdravljenja [3].

V skladu s priporočili Evropskega sveta in Evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti v presejanju za raka na debelem črevesu in danki je bil v Sloveniji leta 2009 vzpostavljen Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki – program *Svit* [4–6]. Program temelji na organiziranem populacijskem presejanju, zgodnjem odkrivanju ter obravnavi predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki z uporabo presejalnega testa na prikrito krvavitev v blatu [4–6]. Leta 2008 je bila izvedena pilotna faza programa z namenom, da se v algoritmu programa zastavljeni koraki preverijo tudi v praksi [7]. Pred uvedbo organiziranega populacijskega programa je bilo v Sloveniji presejanje le priložnostno, brez enotnih standardov in navodil, prepuščeno ozaveščenosti žensk in moških ter osebnih izbranih zdravnikov.

## PROGRAM SVIT

Program *Svit* je organiziran populacijski preventivni zdravstveni program, namenjen odkrivanju predrakavih sprememb in zgodnjih oblik raka na debelem črevesu in danki. S pomočjo presejalnega testa (test na prikrito krvavitev v blatu) in diagnostične kolonoskopije se v primeru pozitivnega presejalnega testa odkrivajo osebe, ki imajo predstopnjo ali začetno stopnjo raka. S pravočasnim odkrivanjem in odstranjevanjem predrakavih sprememb je možno raka preprečiti ali povsem pozdraviti [6].

Do leta 2014 so bili ciljna populacija programa moški in ženske v starosti 50–69 let z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Po treh uspešno izpeljanih presejalnih krogih je leta 2015 Ministrstvo za zdravje dopolnilo Pravilnik o izvajanju preventive na primarni ravni [8]. S tem je bila podana pravna osnova za razširitev starostne meje ciljne populacije od 50 do 74 let in dosežen standard, ki ga priporočajo Evropske smernice za kakovost presejanja raka na debelem črevesu in danki [5, 8].

Program je centralno voden. Vabljeni v presejanje vsako drugo leto v mesecu rojstva prejmejo na dom pisno vabilo na pregled blata. Ker rak na debelem črevesu in danki nastaja počasi in potrebuje več let, da iz predrakave oblike napreduje v raka, je mogoče z rednimi pregledi vzorcev blata veliko večino nevarnih sprememb odkriti in zdraviti pravočasno [6]. Izvajalci programa so:

- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), ki je nosilec organizacijske/centralne enote programa *Svit*, ki koordinira, organizira in upravlja celotni program, centralno informacijsko-komunikacijski sistem, bazo podatkov, vabi ter testira ciljno populacijo, zagotavlja, spremlja in ocenjuje kakovost celotnega programa;
- osebni izbrani zdravniki, ki so zadolženi za pripravo bolnikov na kolonoskopijo in aktivno skrbijo za vključevanje opredeljenih pacientov v program;
- pooblaščen kolonoskopski in histopatološki centri: izvedba preiskav;
- bolnišnice: izvajanje nadaljnje diagnostike in zdravljenja v primeru odkritega raka.

Ključni cilji programa *Svit* so zmanjšati zbolewnost in umrljivost za rakom na debelem črevesu in danki. Za doseganje ključnih ciljev je treba zagotavljati zadostno odzivnost v program in dosegati visoko kakovost v vseh postopkih programa [6].

Pomemben del vsakega organiziranega presejalnega programa so enotni postopki ter zagotavljanje in nadzor kakovosti, ne le pri presejalnem pregledu, pač pa tudi pri nadaljnji diagnostiki ter zdravljenju v programu odkritih predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu ter danki. Pri vodenju

in izvajanju programa *Svit* se upoštevajo Evropske smernice za zagotavljanje kakovosti v presejanju za raka na debelem črevesu in danki [5]. Kakovost v programu *Svit* se zagotavlja [6, 9]:

- s standardiziranimi obrazci: vabilo na presejalni pregled, informativna knjižica o raku na debelem črevesu in danki, navodilo za odvzem vzorcev blata, laboratorijski izvid analize vzorcev blata, vprašalnik pred kolonoskopijo in po njej, napotnica za histopatologijo in izvid kolonoskopije;
- z enotnimi navodili za pripravo na kolonoskopijo (bolniki in osebni izbrani zdravniki);
- z enotnimi smernicami za izvajanje, beleženje in spremljanje rezultatov presejalnih kolonoskopij in histopatoloških izvidov;
- s strokovnim nadzorom v kolonoskopskih in histopatoloških centrih;
- z vključenostjo histopatologov v britansko shemo zunanjega nadzora kakovosti;
- s spremljanjem in evalvacijo vseh postopkov v obravnavi pacientov, ki so sodelovali v programu presejanja ter so zboleli za rakom na debelem črevesu in danki;
- z obveščanjem osebnih izbranih zdravnikov o bolnikih s pozitivnim in negativnim izvidom testa na prikrito krvavitev v blatu ter z obveščanjem o bolnikih, ki se v program niso odzvali ali niso vrnilo vzorcev blata ali se ne odzivajo na vabilo na kolonoskopijo;
- s spremljanjem odzivnosti v program po statističnih/zdravstvenih regijah dvakrat letno vse do občinske ravni;
- s ciljno usmerjenimi komunikacijskimi intervencijami, ki pomagajo premoščati objektivne in/ali subjektivne ovire pri sodelovanju različnih skupin ciljne populacije v programu (kronični bolniki, invalidi, jezikovne manjšine, prebivalci območij z razpršeno poselitvijo ...);
- s centralnim informacijskim sistemom in zakonsko podlago za delovanje programa;
- z rednimi strokovnimi izobraževanji izvajalcev.

Le z rednim spremljanjem in nadzorom kakovosti presejalnega programa se lahko ciljni populaciji zagotovi kakovostna zdravstvena oskrba. Če program ni kakovosten, lahko tveganja zaradi čezmerne diagnostike in zdravljenja nenevarnih sprememb ali nezadostne prepoznave ter ukrepanja pri spregledanih patoloških spremembah prevladajo nad koristmi programa [5]. Učinkovitost programa se spremlja z dolgoročnimi kazalniki bremena bolezni (incidenca in umrljivost) in dodatnimi procesnimi kazalniki. Spremljanje procesnih kazalnikov omogoča centralni informacijski sistem programa, medtem ko kazalnike bremena bolezni spremlja Register raka RS [1].

## Vabljenje v program, presejanje in izvajanje kolonoskopij

Pravico do sodelovanja v programu *Svit* imajo na osnovi 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (po spremembah in dopolnitvah zakona, ki so bile objavljene v Ur.l. RS, št. 9/92, 76/2008) in Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l. RS, št. 83/07 in dopolnitve) vse obvezno zdravstveno zavarovane osebe v Sloveniji v starosti od 50 do 74 let. Obseg ciljne populacije je okrog 600.000 oseb. Zakonska podlaga nosilcu programa zagotavlja obdelavo osebnih podatkov, pridobivanje podatkov o vabljenih osebah iz Centralnega registra prebivalstva ter pridobivanje podatkov o urejenosti obveznega zdravstvenega zavarovanja in podatke o osebnih izbranih zdravnikih od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije [6, 9].

Vabljeni iz centralne enote presejalnega programa po pošti prejmejo vabilo s priloženo izjavo za sodelovanje. Vabilu je priložena knjižica, ki na poljuden način pojasnjuje, kaj je rak na debelem črevesu in danki, kakšen je pomen presejalnega programa za zdravje posameznika ter motivira za sodelovanje. Če sodelujoči v programu na izjavi o sodelovanju označijo kronično vnetno črevesno bolezen (Crohnova bolezen, ulcerozni kolitis), v preteklosti med kolonoskopijo odstranjene polipe na debelem črevesu ali danki oziroma rak na debelem črevesu ali danki, jih v program presejanja ne vključimo. Bolniki z navedenimi bolezenskimi stanji imajo večje tveganje za pojav raka in potrebujejo redne kontrolne preglede s kolonoskopijo. Spremljanje le s testom na prikrito krvavitev v blatu ni dovolj zanesljivo za spremljanje njihovega zdravja. Če udeleženci na izjavi o sodelovanju označijo, da so opravili kolonoskopijo v zadnjih treh letih in je bil izvid brez prej navedene patologije, se začasno izključijo iz programa *Svit*. Vabilo v program ponovno prejmejo čez dve leti, saj je po mnenju slovenskih gastroenterologov varno obdobje od kolonoskopije do ponovnega presejalnega testa pet let [6, 9].

Osebe, ki nimajo trajnih ali začasnih izključitvenih meril, na dom po pošti prejmejo testni komplet ter pisna in slikovna navodila za odvzem dveh vzorcev blata. Vzorci blata se analizirajo v centralnem laboratoriju, s čimer je zagotovljena obdelava velikega števila testov hkrati, ob standardnih pogojih dela z zagotavljanjem visoke kakovosti. O izidih analize vzorcev blata sta preiskovanec in osebni izbrani zdravnik obveščena po pošti. Preiskovance z negativnim izvidom presejalnega testa v program povabimo ponovno čez dve leti. Preiskovanci s pozitivnim izvidom presejalnega testa so napoteni na kolonoskopijo, ki se izvaja v 26 pooblaščenih kolonoskopskih centrih. Izvidu in napotitvi na kolonoskopijo je priložena knjižica, ki poljudno pojasnjuje preiskavo in pomaga pacientu, da se pripravi na obisk osebnega izbranega zdravnika. Osebni izbrani zdravnik, pri katerem se bolnik oglasi

po prejemu pozitivnem izvidu presejanja, oceni, ali je bolnik primeren za kolonoskopijo. Zdravnik izpolni vprašalnik pred kolonoskopijo, na katerem je navedena osebna anamneza, družinsko breme z rakom na debelem črevesu in danki, jemanje zdravil ter klinični status preiskovanca. Poenoteni postopki priprave bolnikov na Svitovo kolonoskopijo so opisani v priložniku za družinske zdravnike [6, 9]. V knjižici *Ali moram res na kolonoskopijo?* so priporočila za kakovostno komuniciranje zdravnika z bolnikom, ki ga je treba pripraviti na kolonoskopijo in spodbuditi, da opravi preiskavo [10].

Večina bolnikov priprave na kolonoskopijo izvede sama doma, pri tistih, za katere osebni izbrani zdravnik presodi, da imajo zdravstveno stanje, ki zahteva pripravo v bolnišnici, pa se organizira hospitalna kolonoskopija. Termine in lokacije ambulantnih in hospitalnih kolonoskopij koordinira centralna enota presejalnega programa. Podatki o poteku kolonoskopije, odkritih najdbah in histopatološki analizi bioloških vzorcev tkiva so vneseni v enotni informacijski sistem. Podatki se zbirajo v centralni enoti presejalnega programa [6, 9].

### **Komunikacijske intervencije pri podpori izvajanja programa**

Komunikacijske intervencije programa *Svit* se izvajajo skladno s strategijo, ki je bila zasnovana na podlagi teorije načrtovanega vedenja [11, 12]. Na podlagi tega teoretičnega modela so sporočila in komunikacijska orodja zasnovana tako, da poleg podajanja dejstev nagovarjajo tudi vrednote, stališča in čustva ter motivirajo ciljne skupine, ki so jim namenjena. S komunikacijskimi intervencijami se prizadeva izboljšati razumevanje problema bremena raka na debelem črevesu in danki v javnosti, razumevanje presejanja kot pomembnega dela rešitve tega problema, hkrati pa se vpliva na ključne dejavnike, ki prispevajo k odločitvi za sodelovanje v presejalnem programu: stališča, vrednote, prepričanje o zmožnosti za izvajanje vseh potrebnih korakov in občutek nadzora nad dogajanjem [11].

Poleg osebnega izbranega zdravnika, ki mu pripada ključna vloga pri spodbujanju pacientov za sodelovanje v presejalnem programu, pri pravilni pripravi in udeležbi na kolonoskopijo sodelujejo tudi drugi zdravstveni delavci, ki so zdravniku v oporo [11]:

- medicinska sestra v ambulanti izbranega osebnega zdravnika,
- diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti,
- patronažne sestre,
- kontaktna točka programa *Svit* v zdravstveno-vzgojnem centru v zdravstvenem domu, kjer so na voljo informacije o programu, inštruktorstvo o vseh postopkih programa *Svit* (izpolnjevanje Izjave o sodelovanju, odvzem in pošiljanje vzorcev, priprava na kolonoskopijo, svetovanje za ljudi z motnjami vida ali sluha, za gibalno ovirane ...),

- lekarniški farmacevti (pojasnila o zdravilu za čiščenje črevesja pred kolonoskopijo),
- komunikacijske intervencije programa.

Za zagotovitev ustreznosti komunikacijskih intervencij pri podpori izvajanja programa *Svit* se je v letih 2008–2011 veliko pozornosti posvetilo usmerjenemu dodatnemu usposabljanju zdravstvenih delavcev na področju komuniciranja. Za zagotovitev še uspešnejšega in kakovostnejšega delovanja programa *Svit*, za izboljšanje dostopnosti programa različnim skupinam uporabnikov z zagotavljanjem ustrezne varnosti pacientov v vseh fazah izvajanja programa se je v sodelovanju z območnimi enotami NIJZ, zdravniki specialisti gastroenterologi, ki sodelujejo v programu *Svit*, in regijskimi odgovornimi zdravniki za preventivno zdravstveno varstvo v zdravstvenih ustanovah na primarni zdravstveni ravni v obdobju 2013–2014 izvajalo strokovno izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev na področju izvajanja programa *Svit*. Nujno je, da se s podrobnostmi algoritma izvajanja programa *Svit* in s smernicami za izvajanje vseh dejavnosti, opredeljenih v Splošnem dogovoru, podrobno in temeljito seznanijo vsi osebni izbrani zdravniki, srednje in diplomirane medicinske sestre v njihovih timih, sodelavci preventivnih centrov in sestre, ki delajo v patronažni službi.

Za zagotavljanje pravilnega izvajanja vseh potrebnih korakov in utrjevanje zaupanja v presejalni program je velikega pomena delovanje klicnega centra *Svit*, ki neposredno komunicira z uporabniki presejalnega programa po telefonu, elektronski pošti, faksu in klasični pošti. Pri vključevanju javnosti v presejanje imajo poleg zdravstvenih delavcev aktivno vlogo tudi različne nevladne organizacije in mnenjski voditelji. V izvajanje strateško načrtovanih komunikacijskih intervencij je vključena široka mreža podpornikov, ki zajema tako lokalne skupnosti kakor nevladne organizacije in vplivne posameznike. Med temi podporniki zlasti pomembno vlogo igrajo frizerski saloni in gasilske zveze, med posamezniki pa predvsem pacienti, ki jim je bil v programu *Svit* odkrit rak v zelo zgodnji fazi in so pripravljeni javno spregovoriti o svoji izkušnji [10, 11].

## **REZULTATI PRVEGA IN PRELIMINARNI PODATKI DRUGEGA PRESEJALNEGA KROGA**

V prvi presejalni krog, ki je trajal od aprila 2009 do marca 2011, je bilo v program povabljenih 536.709 oseb. V drugi presejalni krog, ki je trajal od aprila 2011 do decembra 2012, je bilo v program povabljenih 502.488 oseb (tabela 1). Odzivnost na vabila (oseba je vrnila podpisano izjavo o sodelovanju v programu) je bila v prvem krogu 56,9-odstotna in 57,8-odstotna v drugem krogu (tabela 1). Odzivnost udeležencev se razlikuje po spolu: moški se slabše odzivajo v program za približno 10,0 %. V prvem prese-

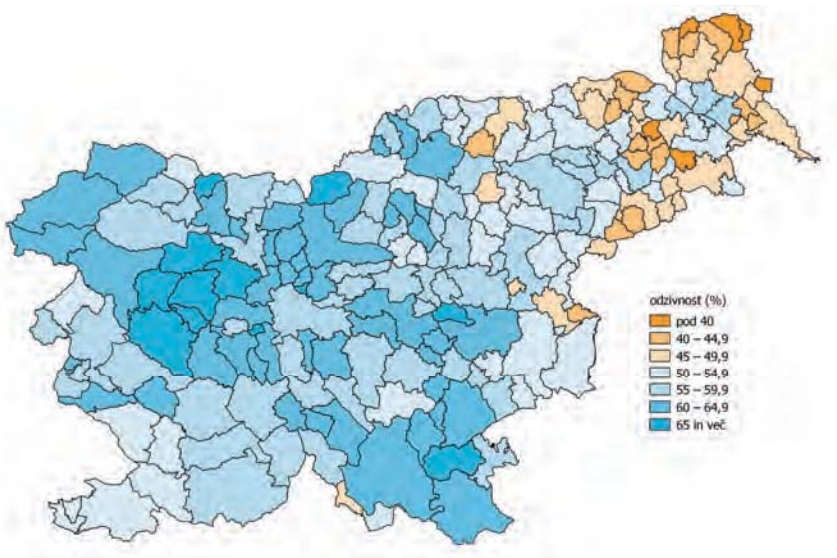
jalnem krogu je bila odzivnost pri ženskah 61,2-odstotna, v drugem pa 62,3-odstotna. Pri moških je bila odzivnost v prvem presejalnem krogu 52,6-odstotna in 53,2-odstotna v drugem.

Tabela 1. Rezultati prvega in drugega presejalnega kroga

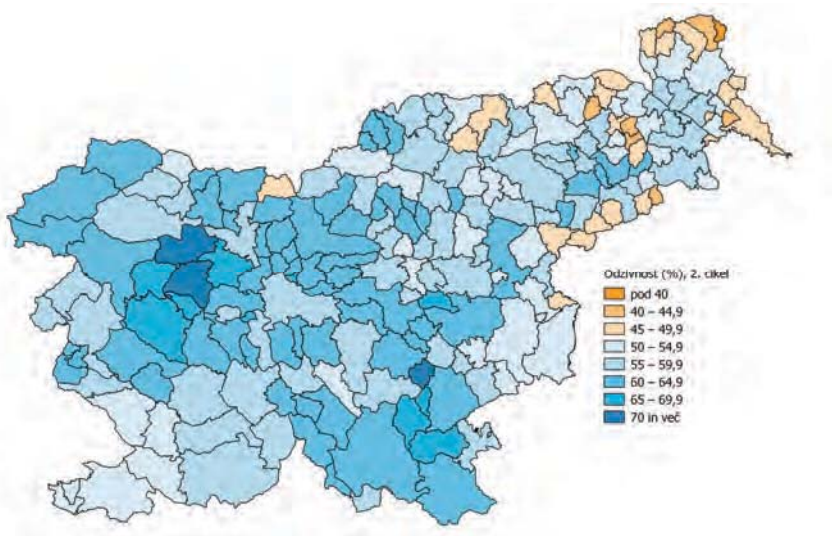
	1. presejalni krog		2. presejalni krog	
	število	delež [%]	število	delež [%]
Osebe s poslanim vabilom	536.709	95,4	502.488	95,3
Osebe z vročenim vabilom	533.040	99,3	500.516	99,6
Odzivnost	303.343	56,9	289.070	57,8
Osebe z izključitvenim merilom	38.017	12,5	22.425	7,8
Presejane osebe	246.916	49,9	252.653	52,8
Osebe s pozitivnim izvidom	15.310	6,2	15.147	6,0
Osebe z negativnim izvidom	230.404	93,8	236.801	94,0
Število opravljenih kolonoskopij	14.287	/	14.256	/
Število oseb z opravljeno kolonoskopijo	13.919	90,9	13.969	92,2

Odzivnost v program je po regijah pokazala velike razlike; med občinami se v obeh presejalnih krogih gibljejo v razponu 30,0–70,0 % (sliki 1 in 2).

Presejanost v prvem presejalnem krogu je bila 49,9-odstotna in 52,8-odstotna v drugem krogu (tabela 2). Podatki presegajo mednarodno določeno sprejemljivo raven, ki je opredeljena s 45 ali več odstotki presejanosti [5, 13]. Presejanost prikazuje delež oseb, ki so se udeležile presejanja v programu *Svit* in pomeni delež oseb, ki so vrnille kompletne vzorcev blata, ustreznih za analizo ali ne, glede na število oseb, ki so ustrezale merilom za vključitev v presejanje [5, 13]. V vseh starostnih razredih, razen v razredu od 50 do 54 let, je skupna presejanost presegla 50,0 % ciljne populacije predvsem na račun dobre odzivnosti žensk (tabela 2). Za moške presejanost v nobenem starostnem razredu ni presegla 50,0 %. Znotraj posameznih starostnih razredov so razlike v presejanosti med spoloma tudi do 12,0 odstotnih točk.



Slika 1. Odzivnost na vabilo po občinah, prvi presejalni krog



Slika 2. Odzivnost na vabilo po občinah, drugi presejalni krog

Tabela 2. Presejanost oseb po spolu in starostnih razredih za prvi in drugi presejalni krog



Presejanost	1. presejalni krog		2. presejalni krog	
	število	delež [%]	število	delež [%]
Skupna	246.916	49,9 %	252.653	52,8
Spol				
ženski	136.470	54,9	139.052	57,9
moški	110.446	44,8	113.601	47,7
Starost [let]				
50–54	80.745	47,1	83.059	49,5
55–59	58.128	50,3	63.044	52,8
60–64	63.872	53,3	71.094	55,8
65–69	44.171	50,1	35.456	56,1

Test na prikrito krvavitev v blatu je v prvem presejalnem krogu opravilo 245.714 oseb, v drugem pa 251.948 (tabela 1). Pozitiven test je imelo 6,2 % oseb v prvem krogu in 6,0 % oseb v drugem krogu. V obeh presejalnih krogih je bilo več pozitivnih testov pri starejših in pri moških. Na kolonoskopijo je bilo v prvem presejalnem krogu napoteni 14.147 (90,9 %) pacientov, od katerih je preiskavo opravilo 13.919 (98,4 %) pacientov. Na kolonoskopijo je bilo v drugem presejalnem krogu napoteni 14.124 (93,2 %) pacientov, preiskavo pa je opravilo 13.969 (98,9 %) pacientov (tabela 1).

Med pacienti z opravljeno kolonoskopijo je bilo v prvem presejalnem krogu odkritih 6,2 % karcinomov in 37,1 % pacientov je imelo napredovali adenom, ki pomeni večje tveganje raka (tabela 3). Poleg karcinomov, odkritih s kolonoskopijo *Svit*, je bilo odkritih še 46 karcinomov na kolonoskopijah zunaj programa, a so sledile pozitivnemu presejalnemu testu. V prvem presejalnem krogu sta bili zunaj programa *Svit* opravljeni 502 kolonoskopiji. Pri osebah z znanim stadijem bolezni je bila bolezen odkrita v zgodnji fazi v 70,2 % primerih, stadij I in II (tabela 4). Po doslej zbranih podatkih je bilo na kolonoskopijah *Svit* v drugem presejalnem krogu odkritih 382 karcinomov (2,7 %) in 4.406 (31,5 %) oseb je imelo napredovali adenom. Podatki o kolonoskopijah, ki so sledile pozitivnemu presejalnemu testu in bile opravljene zunaj programa, ter o odkritih najdbah se še zbirajo.

Tabela 3. Najhujše najdbe pri kolonoskopiji v prvem presejalnem krogu

Najhujša najdba	1. presejalni krog	
	število	delež [%]
Karcinom*	862	6,2
Nevroendokrini tumor	11	0,1
Napredovali adenom	5.159	37,1
Ne-napredovali adenom	1.711	12,3
Sesilna serirana lezija	53	0,4
Hiperplastični polip	627	4,5
Druge ne-neoplastične najdbe	667	4,8
Najdbe brez histologije	2.452	17,6
Brez najdb	2.377	17,1
Skupaj	13.919	100,0

\*Poleg 862 karcinomov, odkritih na kolonoskopiji *Svit* je bilo odkritih še 46 primerov karcinoma na kolonoskopijah zunaj programa, a so sledile pozitivnemu presejalnemu testu.

Tabela 4. Stadij rakov, odkritih v prvem presejalnem krogu

	1. presejalni krog	
	število	delež
I. stadij T1Nx (T1 Nx Mx)*	194	22,8
I. stadij (T1/2 N0 M0)	226	26,6
II. stadij (T3/4 N0 M0)	177	20,8
III. stadij (kateri koli T N1/2 M0)	202	23,8
IV. stadij (kateri koli T N1/2 M1)	51	6,0
Skupaj rakov z določenim stadijem**	850	100,0

\*Potrebna je bila le endoskopska odstranitev.

\*\*V prvem presejalnem krogu je bilo na kolonoskopijah, opravljenih znotraj programa *Svit*, odkritih 862 rakov, vendar za 12 rakov ni bilo mogoče pridobiti podatka o stadiju.

## ZAKLJUČEK

Pilotna faza programa *Svit* v letu 2008 in prvi presejalni krog sta potrdila, da je algoritem programa v praksi izvedljiv. Odzivnost v presejalni program, delež presejanih oseb in delež odkritih rakov v stadiju I in II je pomemben pokazatelj uspešnosti ter učinkovitosti programa. Z namenom doseganja zastavljenih ciljev in uspešnosti programa bi se moralo vanj vključiti 70 % povabljenih. Podatki kažejo, da se z organiziranim programom presejanja dosega pomemben premik stadija bolezni v zgodnje oblike raka, ko je zdravljenje uspešnejše in pričakovano preživetje večje v primerjavi s podatki pred letom 2009, ko organiziranega presejanja v Sloveniji še ni bilo.

## LITERATURA

1. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. Pridobljeno 4. 8. 2015 s spletne strani [www.slora.si](http://www.slora.si)
2. Rak v Sloveniji 2011. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2015.
3. Primic - Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B. Preživetje bolnikov za rakom zbolelih v letih 1991–2005 v Sloveniji. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2009.
4. Proposal for a Council Recommendation on Cancer Screening. Commission of the European Communities. 2003/0093(CNS). Pridobljeno 4.8.2015 s spletne strani: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0230:FIN:EN:PDF>
5. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, eds. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First Edition. European Commission. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010.
6. Štern B, Tepeš B, Stefanovič M, et al. Program *Svit*: slovenski program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesju in danki: priročnik za družinske zdravnike. Ljubljana; Zdravstveni dom, Enota preventivne CINDI, 2008.
7. Tepeš B, Stefanovič M, Bračko M, et al. Rezultati pilotne faze presejalnega programa *Svit*. Slovenian colorectal cancer screening programme SVIT – results of pilot phase. Zdrav vestn. 2010; 79: 403–11.
8. Pravilnik o spremembi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 17/2015.
9. Program *Svit*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 4.8.2015 s spletne strani: <http://www.program-svit.si>
10. Keršič Svetel M. Ali moram res na kolonoskopijo? Komunikacijska vloga izbranega osebnega zdravnika pri implementaciji Programa *Svit*. Priročnik za zdravnike na primarni zdravstveni ravni. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.
11. Keršič Svetel M. Strategija komuniciranja z javnostmi v Programu *Svit*, državnem programu presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb ter raka na debelem črevesju in danki: 2008–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.
12. Ajzen I, Albarracin D, Hornik R. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. New York: Psychology Press, 2007.
13. Zorzi M, Sassoli de' Bianchi P, Grazzini G, Senore S (editors). Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettali – Manuale operativo. Epidemiol Prev 2007; 31 (6): 1–56.