

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ BAŞKANLIĞI

ULUSAL KANSER PROGRAMI 2009-2015

Editör

Murat Tuncer

Yardımcı Editörler

Nejat Özgöl

Emire Özen Olcayto

Murat Gültekin

Bengöl Erdin

ISBN

978-975-590-285-2

BAKANLIK YAYIN NO

760

Nisan-2009

HAZIRLAYANLAR

p

NO	AD-SOYAD	KURUMU
1	A. Murat TUNCER	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
2	Adnan ARI	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
3	Ayşenur OKTAY	Ege Ün. Tıp Fak. Radyoloji AB
4	Âdem AKÇAKAYA	İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi
5	Alper HATİPOĞLU	Ankara Türkkonut sağlık ocağı
6	Asuman KUŞCU	Anadolu Sağlık Merkezi
7	Atilla ŞENAYLİ	Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü
8	Ayhan ÇAVDAR	TUBA (Türkiye Bilimler Akademisi)
9	Aysen YÜCEL	Anadolu Sağlık Merkezi
10	Ayşe CANATAN	Gazi Ün. Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü
11	Ayşe GÜRGÜN EROL	Maliye Bakanlığı
12	Bengü ERDİN	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
13	Bilgehan KARADAYI	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Daire Başkanlığı
14	Binnur ÖNAL	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.ve .A.Has.Patoloji Kliniği
15	Bülent GEDİKLİ	Çalışma Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü
16	Cenap YILDIRIM	Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
17	Derya BALBAY	Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği
18	Deniz YAMAÇ	Gazi Ün. Tıp Fak. Medikal Onkoloji BD
19	Derya AKBIYIK	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
20	Dülger KARADENİZ	TEPAV
21	Ebru AYDIN	Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı
22	Ece ABAY	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
23	Elvan ÖZALP	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
24	Elif DAĞLI	Marmara Ün. Tıp Fak. Pediatrik Çocuk Hastalıkları AB
25	Elife AKBABA	İstanbul Büyük Şehir Belediye Başkanlığı Evde Bakım Bölümü
26	Emire ÖZEN OLCAYTO	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
27	Ercan A.KARAHALİLOĞLU	Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoterapi Kliniği
28	Fatma GÜNDOĞDU	Onkoloji Hemşireleri Derneği
29	Fatma KAYA	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
30	Fehime ZÜLFİKAR	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı
31	Fehmi AYDINLI	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
32	Fevzi HARORLU	Bursa Ali Sönmez Onkoloji Hastanesi
33	Figen BAY	Onkoloji Hemşireleri Derneği
34	Fikri İÇLİ	Ankara Ün.Tıp Fak.Medikal Onkoloji BD
35	Funda TOPRAK	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı

HAZIRLAYANLAR

36	Gülay ÇELİK	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
37	Gülbeyaz CAN	İstanbul Ün. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu
38	H.Hakan YILMAZ	TEPAV (Ankara Ün. Siyasal Bilimler Fak. Maliye Bölümü)
39	Haki PAMUK	TEPAV
40	Haldun SOYGÜR	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği
41	Halil POLAT	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
42	Haluk ALAGÖL	Ank. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onk. Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
43	Hamza ÖZDEMİR	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bağışıklama Hizmetleri Daire Başkanlığı
44	Handan KARTAL	İlaç ve Eczalık Genel Müdürlüğü
45	Hanife METE ÜNLÜ	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
46	Hayriye Elbi METE	Ege Ün. Tıp Fak. Psikiyatri AB
47	Hikmet AKGÜL	Ankara Ün. Tıp Fak. Onkoloji Cerrahi BD
48	Hülya AHİSHA	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
49	İnci İLHAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Onkolojisi Kliniği
50	İsmail ÇELİK	Hacettepe Ün. Onkoloji enstitüsü Radyasyon Onkolojisi BD
51	İsmet DEDE	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
52	Jan STJERNWARD	DSÖ Avrupa Temsilcisi
53	Kağan Karakaya	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı
54	Mehmet Yavuz KONTAŞ	DSÖ Türkiye Ofis Başkanlığı
55	Melek YILMAZER	Ankara Numune E ve A.H. Radyoterapi Kliniği
56	Melek ZORLU	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
57	Meltem UYAR	Ege Ün. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D.
58	Meral BAKAR	Onkoloji Hemşireleri Derneği
59	Mustafa BENEKLİ	Gazi Ün. Medikal Onkoloji B.D.
60	Mustafa SEYDİOĞULLARI	TAPDK(Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu)
61	Nejat ÖZGÜL	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
62	Neslihan EROĞLU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi
63	Nevin ORAL	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
64	Nezir KAHRAMAN	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
65	Nilgün ATALAY	Temel Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
66	Nurdan TAÇYILDIZ	Ankara Ün.Tıp Fak. Çocuk Onkolojisi BD
67	Nuray EMİRLER	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi
68	Nuray YAZIHAN	Ankara Ün. Biyoteknoloji Enstitüsü
69	Nurullah ZENGİN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi
70	Özgü KESMEZACAR	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi

HAZIRLAYANLAR

71	Sait SEVİNÇ	Balıkesir KETEM
72	Salih EMRİ	Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları AB
73	Sedef SAVAŞ	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
74	Selin ARSLANHAN	TEPAV
75	Serdar ALTINAY	Giresun KETEM Patoloji Kliniği
76	Serdar YALVAÇ	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları eğitim ve Araştırma Has.
77	Sevil USANMAZ	Anadolu Sağlık Merkezi
78	Sharon EREL	Anadolu Sağlık Merkezi
79	Sibel GÖNEN	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
80	Sibel GÜVEN	TEPAV
81	Sultan ESER	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kontrol Birimi
82	Sultan GÜLERSÖNMEZ	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi
83	Sultan KAV	Başkent Ünv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik ve Sağlık Hiz.Böl.
84	Süleyman ÖZYALÇIN	İstanbul Ünv. Çapa Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D.
85	Şadiye DÖNÜMCÜ	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
86	Şeref KÖMÜRCÜ	GATA Tıbbi Onkoloji B.D.
87	Şevket RUACAN	Hacettepe Onkoloji Enstitüsü
88	Tezer Kutluk	Hacettepe Üniversitesi Hastaneler Genel Koordinatörü
89	Toker ERGÜDER	DSÖ Türkiye Ofis Başkanlığı
90	Uğur TOPAL	Uludağ Ünv. Tıp Fak.Radyoloji AB
91	Uğur SELEK	Hacettepe Ünv. Onkoloji enstitüsü Radyasyon Onkolojisi BD
92	Vahit ÖZMEN	İst.Ün.Tıp Fak.Genel Cerrahi AB
93	Vedat IŞIKHAN	Hacettepe Ünv. İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Sosyal Hizmet Yüksekokulu
94	Xavier Gomez BATİSTE	DSÖ Avrupa Temsilcisi
95	Yusuf EKŞİ	İstanbul Büyük Şehir Belediye Başkanlığı Evde Bakım Bölümü
96	Zeki Aydın ÇALIM	Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
97	Zeynep ÇAKTA ÇAY	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI

Kanser son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli halk sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Bakanlığımız kanser ile mücadelede birçok ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşla işbirliği yapmaktadır. Bakanlığımız aşağıdaki uluslar arası kuruluşlar ile işbirliği içinde Ulusal Kanser Kontrol programını oluşturmuştur.

1. WHO(DSÖ),
2. IARC (International Agency for Research on Cancer),
3. IACR (International Association for Cancer Registry),
4. UICC (International Union Against Cancer),
5. NCI (National Cancer Institute),
6. APOCP (Asian Pacific Organization for Cancer Prevention),
7. MECC (Middle East Cancer Consortium),
8. NHS (National Health Service)

Kanser Kontrol Programı:

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelere bakıldığında, bu ülkelerdeki kanser insidans hızlarının ve profillerinin farklı olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sık görülürken, az gelişmiş ülkelerde ise erkeklerde akciğer, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda da meme ve serviks kanseri daha sık görülmektedir.

Türkiye’de ise erkek nüfusta akciğer, mesane ve mide kanserleri, kadın nüfusta da meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sıklıkla izlenmektedir. Ülkemizin gelişmiş ülkelere göre en önemli farkı tütün nedenli kanserlerin daha fazla olmasıdır. Türkiye’de akciğer kanseri insidansı %63 ve larinks kanseri insidansı %10 iken Avrupa Birliği ülkelerinde ise aynı insidanslar %55 ve %8 dir.

Tütün problemi nedeniyle, kanser insidansının her yıl %6 arttığı biliniyor. 1993–1998 yılları arasında erkeklerde kanser insidans hızı 165,8 /100.000 iken, 2003 yılında bu hız 216.3/100.000 olmuştur. Kadınlarda ise bu on yıllık periodda kanser insidans hızı 97,3 ten 152,2 ye yükselmiştir.

Başkanlığımız öncelikle, kanserin önlenmesi ve kanser tarama programlarına odaklanmıştır. Bu amaçla, sivil toplum örgütleri ve üniversitelerle koordineli bir “Ulusal Kanser Kontrol Programı” organize edilmiştir. Meme ve serviks kanseri tarama programları da ülke genelinde sürdürülmekte olup 2009 yılından itibaren kolo-rektal kanserlerde tarama kapsamına alınmıştır.

Bir başka önemli sorun çevresel etkilendirimdir. Özellikle mesothelioma en önemli çevresel problem olup, ülkemizin “Ulusal Mesothelioma Kontrol Programı” mevcuttur.

Türk çocukları için en önemli problem çevresel tütün içimi olarak da adlandırılan pasif içiciliktir. 10 yaş altındaki her üç çocuktan biri ne yazık ki pasif içicidir.

Ülkemizde çevresel etkilenim nedeniyle ortaya çıkan kanserlere yönelik değişik bölgelerimizde epidemiyolojik araştırmalar yürütülmektedir.

Kanser oluşumunda çok önemli faktörlerden birisi de çevresel faktörlerdir. Bu nedenle son yıllarda Türkiye'deki kanser açısından risk artışı olabilecek bölgelerde titiz çalışmalar yapılmıştır. **Karadeniz Bölgemizde**, 1986 yılında gerçekleşmiş olan Çernobil Nükleer Santral kazası sonucu ortaya çıkan radyasyonun etkilerinin araştırılması amacıyla dört komponentli bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalara göre

1. Karadeniz Bölgesinde **kanserli oranı % 1,85 olup**, kontrol grubu olan Isparta Eğirdir de **kanserli oranı %1,85 olarak bulunmuştur**. Karadeniz bölgesi ile kontrol grubu olan Isparta arasında kanser görülme oranı bakımından bir fark tespit edilmemiştir. **Muhtar beyanlarında %90 hanede "kanser var" algılaması varken, anket sonuçlarında %90 hanede "kanser vakası yok" olarak bulunmuştur. Ayrıca Trabzon'dan göç eden hanelerde yapılan anket sonucundan kanser yönünden bir fark ortaya konulamamıştır.**

2. Karadeniz Bölgesinde kanser diğer bölgelerimizden farklı bir artış ve dağılım göstermemektedir.

3. Karadeniz Bölgesi Kanser hastalarında ve hasta yakınlarında Sitogenetik Tekniklerle hastaların ve sağlıklı üçer yakınından kan örnekleri alınarak karşılaştırılmalı olarak iyonize radyasyon etkisine kromozomlarda bakılmıştır. **Bu çalışma sonucunda radyasyona spesifik özel bulgulara rastlanılmamıştır.**

4. Radyasyona bağlı gelişebilen ve radyasyonun gösterilebilen etkileri Tiroit kanserlerinde incelenmiştir. **Bu çalışma sonucunda da Karadeniz bölgesi ile kontrol bölgeleri arasında bir fark ortaya çıkmamıştır.**

Bu araştırma sonuçları bölgede Çernobil nedeni bir kanser artışının olmadığını ancak vatandaşımızın bu konuda aşırı duyarlılığının olduğunu ortaya koymuştur.

Kocaeli Dilovası bölgesinde, yapmış olduğumuz epidemiyolojik araştırma sonucuna göre, **kanserden ölümler** kalp damar hastalıklarından ölümlerin önüne geçerek birinci sıraya yükselmiş, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Kocaeli ilinde 6 (altı) ayrı bölgede günlük olarak **SO2 ve duman** değerleri ölçülmeye başlanmış ve gerekli birimlerle temasa geçerek sorunun çözümü noktasında işbirliğinin önemi ortaya konmuştur.

Mezotelyoma dünyada oldukça nadir görülen akciğer ve karın zarı kanseri olup Nevşehir İli Gülşehir İlçesi Tuzköy Kasabasında dünyadan 4.000 kat daha fazla görülmektedir. Bu nedenle 1970 den beri bu bölgede süren bilimsel çalışmalar ile ortaya konulan sorunun çözümü için 2000 yılından sonra hazırlanan proje çerçevesinde kasabanın taşınmasına karar verilmiştir.

Şu an itibariyle bölgedeki evlerin inşaatı tamamlanmış olup, eski evlerin boşaltılarak yeni yerleşim yerlerine taşınma gerçekleşmiştir. Eski yerleşim yerlerinin ise ıslah çalışmasına başlanacaktır.

Mezotelyomanın oluşumunda “Eriyonit” adı verilen farklı bir mineral lifi de suçlanmakta olup yalnızca Türkiye’de Kapadokya bölgesinde bulunmaktadır.

Bu nedenle Sarıhıdır, Karain ve Tuzköy’de yaşayan bireylerde görülen mezotelyoma vakalarının oluşumunda eriyonit maruziyeti ile genetik bir etkileşmenin olup olmadığını göstermek amacıyla çalışma yürütülmektedir.

Çalışmanın sonucunda elde edilen bilgiler ile yüksek risk grubu önceden belirlenebilecek, hastalığın erken tanı için hedefe yönelik tarama yöntemleri geliştirilebilecek, hastalıktan korunmak için yeni yöntemler araştırılacak ve yeni tedavi yöntemleri geliştirilebilecektir.

Afşin-Elbistan Termik Santrali 1984 yılında enerji üretimine başlamış olup Santralin çevreye olumsuz etkileri konusunda bu bölgede çalışmalar devam etmektedir. Santralin baca rehabilitasyonu tamamlanmıştır.

Muğla Yatağan Termik santrali çevresinde de sağlık sorunları yaşanmaktadır. Sorunların en aza indirilmesi yönünde işbirliğine devam edilmektedir.

Elektromagnetik alanlar ile ilgili olarak AB uyum sürecinde çıkarılması gereken ilgili yönetmeliğe Başkanlığımızca son şekli verilmiş olup 2009 yılında çıkarılacaktır.

Tıpta tanısal amaçlı kullanılan cihazların radyasyon güvenliği konusunun tartışılması amacıyla Başkanlığımızda TAEK, Radyoloji Derneği, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanseri Danışma Kurulu üyeleri bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıda, tıpta tanısal amaçlı kullanılan radyasyon yayan cihazların endikasyonu olması ve hekimin de uygun görmesi halinde tanı amaçlı kullanılmasında herhangi bir sakıncası olmadığı ortak görüşü vurgulanarak, toplumun sağlık konusundaki duyarlılığını destekleyici görüş ve öneriler prensip olarak kabul edilmiştir.

Serviks Kanseri Etkenlerinden Human Papilloma Virus (HPV) Alt Gruplarının Türk Toplumundaki İnsidansının Belirlenmesinde; Erken Uyarı, Kayıt, İzlem, Analiz ve Eğitim Sistemi Projesi :

Ülkemizdeki kadınlarda HPV düzeyi ve tipleri hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle tüm yaş gruplarındaki kadınlara yönelik serviks kanseri tarama programlarının desteklenmesi amacıyla ülkemizdeki kadın popülasyonunda; İnsan Papillomavirus (HPV) sıklığının ve genotip çeşitliliğinin ortaya konmasını amaçlayan proje kapsamında, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerine başvuran kadınlardan alınacak 3500 sıvı bazlı servikal smear örneğinden ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Patoloji Laboratuvarlarından temin edilecek 2000 yılı itibarıyla İnvazif Serviks Kanseri tanısı almış 1500 hastaya ait patoloji materyalinden elde edilmiş parafin blok ve/veya kesitlerinde HPV DNA tayini ve pozitif çıkanlarda HPV DNA tip tayini yapılması planlanmış ve çalışma başlamıştır.

Ulusal Kanseri Enstitüsü:

Ulusal Kanseri Enstitüsü Kurulması’na yönelik düzenleyici etki analizi TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) tarafından sürdürülmektedir. Ulusal Kanseri Enstitüsü Kurulması’na yönelik kanunun en geç 2010 yılında yürürlüğe girmesi hedeflenmektedir. Bu başlık altında değerlendirilebilecek kanseri kontrolü

programımızın reorganizasyonu çalışmaları DSÖ'nün teknik destekleri ile devam etmektedir. 28 Nisanda yapılacak bir basın toplantısı ile kamu oyuyla paylaşılacaktır.

Çeşitli Proje Faaliyetleri:

Başkent Üniversitesi Eskişehir ve Ankara ilçelerinde “Beslenme ve Kanseri” projesi, TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Moleküler Biyoloji Birimi yetkilileri ile “Türk Toplumunda Mide Kanseri Genetiğinin Farmakogenomik Olarak İncelenmesi” projesi TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi ile Türkiye’deki içme suyu kaynaklarında bulunan karsinogenlerle bölgesel kanserler arasındaki ilişkinin inceleneceği bir proje, Kanseri hastaları ve hasta yakınlarının kurmuş olduğu 18 ayrı sivil toplum kuruluşu ve Sağlıkta Umut Vakfı ile birlikte “Kansere Karşı Elele” adlı “Kanser Kayıtlılığının Geliştirilmesi ve Hasta Savunuculuğu” isimli 3 yıl sürecek olan proje başlamış ve yürütülmektedir.

Eğitimler

Kanser kontrolünün en üst düzey kalitede ve insana yakışır bir hizmet anlayışı ile verilmesi amacıyla hizmet içi eğitimlerin standartları belirlenmiş olup geçtiğimiz 6 yıl içinde Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitimine 84, KETEM Eğitimine 85, Kanseri Kayıt Eğitimine 800, Tütün Kontrolü Kursuna 50, Sitoloji ve Kolposkopi Kursuna 268, Üreme Sağlığı ve Serviks Kanseri Tarama Kursuna 235 sağlık personeli katılmış, Ulusal Kanseri Kontrol Programı Çalıştayı ise kendi alanında söz sahibi 176 bilim adamı ile birlikte düzenlenmiştir.

Kanseri Tarama Hizmetleri;

DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Ülkemizde toplum tabanlı tarama çalışmaları Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı çerçevesinde yürütülen KETEM projesi ile başlamıştır. Proje Kapsamında 11 Merkez Kurulmuştur 2008 Yılı Sonunda Bakanlık Kendi İmkanları İle 81 ilimizde 84 merkez kurmuştur.

KETEM’lerin görevleri; Sağlık personeline ve halka, kanseri konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (Farkındalığın artırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (Meme, Serviks (Rahim ağzı), kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması ve kanseri tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanmasıdır.

- 20 Temmuz 2004 tarihinde “Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları” yayınlamıştır.
- 29 Mayıs 2007 tarihinde “Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları” yayınlamıştır.

- 25 Mart 2009 tarihinde “Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları” yayınlanmıştır.
- Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.
- Deri kanserine yönelik pilot taramalar Adana ve Antalya KETEM’ lerde sürdürülmektedir.
- Ülkemizde 2008 yılında 955.214 serviks smear testi yapılmıştır. Bunun 108.039’u KETEM’ler tarafından yani tüm smear testinin %11.3’ü KETEM’lerde yapılmıştır.
- Ülkemizde 2008 yılında 938.779 mamografi çekimi yapılmıştır. Bunun 109.665’i KETEM’ler tarafından yani tüm mamografilerin %11.6’ ısı KETEM’lerde yapılmıştır.
- 2015 yılında 280 KETEM’e ulaşılması planlanmaktadır.
- 2011’e kadar toplumun %70’nin taranması planlanmaktadır.

KETEM Standart Hizmeti;

- Farkındalık Yaratacak Eğitimler
- Meme Kanseri Taraması
- Serviks Kanseri Taraması
- Kolo-Rektal Kanser Taraması

KETEM Standart Personeli;

- 1 sorumlu hekim
- En az 1 pratisyen hekim
- En az 1 hemşire
- En az 1 ebe
- En az 1 röntgen teknisyeni
- 1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (Konsültan)
- 1 radyoloji Uzmanı (Konsültan)
- 1 Patoloji Uzmanı (Konsültan)
- 1 Genel Cerrahi Uzmanı (Konsültan)

KETEM Standart Teknik Donanımı;

- 1 Mammografi ve Banyo Cihazı
- 1 USG

- 1 Mikroskop
- 1 Kolposkop
- 1 Masaüstü Bilgisayar
- 1 Dizüstü Bilgisayar
- 1 Projeksiyon Cihazı
- 1 Meme Maketi
- Fotokopi Cihazı

ULUSAL KANSER TARAMA STANDARTLARIMIZ

Meme Kanseri

- 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilir.
- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir.
- Asıl tarama metodu mamografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadın hekim tarafından da muayene edilir.

Serviks Kanseri

- 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır.
- Smearler beş yıllık intervallerle tekrarlanmalı
- Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmelidir.
- Benign jinekolojik nedenler ile total histerektomi yapılan olguların sitolojik takibi gereksizdir.
- CIN II/III nedeniyle histerektomize olmuş olgularda üç dökümente edilebilen, teknik yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda tarama kesilmelidir.
- HIV enfeksiyonu olanlar/ immunosupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez alınmalıdır.

Kolorektal Kanserler

- 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaytada Gizli Kan Testi (GGK)
- Her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.
- GGK poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaytada hemoglobinin varlığını kantitatif olarak gösterebilmeli ve testlerde kullanılacak antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı.

Türkiye’de Kanser Kayıt Sistemi

Kanser Kayıtlılığı, "Kanser kontrolü" çalışmalarının başlangıç noktasıdır. Bir kez veri tabanı kurulduğunda etiyolojik ya da nedensel ajanları araştırmak, kanserleri önlemek için uygun girişimlerde bulunmak mümkündür.

Ülkemizde kanser kayıt çalışmalarının geçmişi çok eskilere dayanmamaktadır. Ülkemizdeki kanser kontrol çalışmalarının 1940’lı yıllarda kurumsallaşmaya başlamasına rağmen kanser kayıt çalışmaları 1982 yılında 14.09.1982 tarih ve 5621 sayılı Bakanlık genelgesi gereğince Kanser vakaları 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunun 57.maddesinde belirtilen ihbarı mecburi hastalıklar arasına alınması ile başlamıştır demek yanlış olamayacaktır. Dünyada Hamburg Kanser Kayıt Merkezi 1926 yılında kurulmuş, 1929’da resmi statü kazanmış 1937 yılında ise tam olarak işlev gören nüfus tabanlı bir kanser kayıt merkezi haline gelmiştir. Slovenya’da bulunmakta olan toplumsal tabanlı kanser kayıt merkezi ise 1950 yılından bu yana Slovenya nüfusuna ait insidans, prevelans ve sağ kalım verilerini yayınlamaktadır. Bu örneklerde olduğu gibi dünyada birçok gelişmiş ülkede kanser kayıt çalışmaları 1900’lü yılların başlarında başlamıştır.

Ülkemizde kanserin ihbarı zorunlu olması ile kayıt çalışmalarının yürütülebilmesi amacı ile 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı" kurulmuştur. Kanser kontrolünden sorumlu olan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının temel görevlerinden birisi de kanser kayıtlarının kaliteli, güvenilir ve doğru bir şekilde toplamaktır.

1991 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk-Amerikan Sağlık Araştırma Merkezi ve Ege Üniversitesi arasında imzalanan bir protokol ile "İzmir Kanser İnsidansı ve Veri Toplama Projesi"ni (İKİP) başlatılmıştır. 13 Mart 1993 tarihinde İzmir Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan KİDEM (Kanser İzlem ve Denetim Merkezi), proje çalışmalarının koordinasyonu ile görevlendirilmiştir. Bazı hastanelerde hastane tabanlı kanser kayıt merkezleri kurularak başlatılan bu projenin hedefi, İzmir il sınırları içinde mevcut kanser olgularının tek elden kaydedilip istatistiksel yönden izlenmesi ve değerlendirilmesi olarak belirtilmiş ve KİDEM’in çekirdeğini oluşturmuştur.

Proje çalışmalarının yürütülmesi için 30 Aralık 1991 tarihinde Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi (EÜKAM) kurulmuştur. 13 Mart 1993 tarihinde ise İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi (KİDEM) kurulmuş ve proje çalışmalarının koordinasyon görevi bu merkeze devredilmiştir. Bu kuruluş bir süre sonra nüfus tabanlı bir kanser kayıt merkezine dönüşmüş ve kanser kayıt elemanı eğitimi görmüş ekibiyle İzmir ilinde kanser tanısı koyan hastanelerden veri toplamaya başlamıştır.

Ancak mevcut sağlık sisteminde nüfus tabanlı kanser kayıt merkezlerinin kurulma mantığı tam olarak anlaşılamamış ve süreç içinde değişik nedenlerle 29 ilimize daha kanser kayıt merkezi kurulmuştur. Bu merkezlerin elemanlarına eğitimler verilmiştir. Bu merkezler kurulurken ilk merkezlerin çalışıp çalışmadığı ya da ülkemizde kanser kayıt çalışmalarının şeklinin nasıl olacağı, olması gerektiği gibi konular ortaya konulamamıştır. Bazen il yönetimlerinin talebi bazen de Başkanlığın tasarrufu olarak bu merkezler kurulmuştur.

2000 yılına gelindiğinde halen bu 29 merkezin neredeyse tamamından (İzmir ili hariç) doğru veri elde edilememiştir. Bu yıl içerisinde kanser kayıt çalışmaları Başkanlık tarafından değerlendirilmiştir. 1982 yılından bu tarihe kadar evrak üzerinde gelen kanser kayıt formlarının Başkanlığa çok büyük bir yük oluşturduğu ve Başkanlığın bu formları girebilme işlemi dışında başka işlere zaman ayıramadığı görülmüştür. Her il Sağlık müdürlüğünde bilgisayar kullanımına geçilmiş olması formların bilgisayar ortamında illerden alınabileceği fikrini doğurmuştur. 2000 yılında 81 il personeline verilen bir eğitimle Başkanlığa gelen formların elektronik olarak alınması sağlanabilmiştir. Takip eden bir yıl içinde Başkanlıkta bekleyen tüm formlar bilgisayara girilmiş ve o tarihten sonra tüm kanser kayıt formları Başkanlığa elektronik ortamda gönderilmiştir.

Bu yıllarda Ulusal Kanser Danışma Kurulu oluşturulmuş ve çalışmalarına başlamıştır. Danışma kurulu ve Başkanlık yetkilileri tarafından kanser kayıt sistemi ile ilgili şu kararlar alınmıştır.

- 29 Merkezin etkin olarak çalışmadığı,
- Sadece İzmir Kanser Kayıt Merkezinin çalışmalarının başarıya ulaştığı ve ülkemizde tek güvenilir verilere sahip olduğu,
- 29 merkezin ülkemiz olanaklarında kanser kayıtçılığı açısından gereksiz olduğu,
- İzmir Kanser Kayıt Merkezinin örnek alınarak daha az sayıda seçilen merkezde “**Aktif Kanser Kayıt Sistemine**” geçilmesi ve ülke projeksiyonu çıkarılması
- Mevcut merkezlerin kapasite ve çalışmalarına bakılarak bu merkezlerden de faydalanılması,
- Seçilen illerde İl yönetiminin Vali başta olmak üzere İl Sağlık Müdürü, Üniversite yetkilileri, hastane başhekimleri ve belediye başkanlarının Aktif kanser kayıt sistemine geçildiği ve illerinin de bu merkezlerden biri olduğu konusunda eğitilmesi toplantı ve görüşmeler yapılması,
- Bu illerde sağlık müdürlüğü kanser kayıt merkezine ve hastanelere eleman atamalarının yapılmasını takiben sistematik bir personel eğitim programının başlatılması.

Tüm bu değerlendirmelerin ışığında 12 ilimiz Edirne, Trabzon, Samsun, Erzurum, Eskişehir, Ankara, Antalya, İzmir, Kayseri, Şanlıurfa, Adana ve Bursa Olmak üzere Aktif kanser kayıt çalışmalarına alınmışlardır. Günümüzde bu illerimize Kocaeli (Dilovası bölgesinde kanserden ölümler birinci sırada yer almaktadır.) ve Van (Doğu bölgesini temsiliyet açısından) illeride dâhil edilmiş ve sayı 14 ‘ü bulmuştur.

Aktif Kanser Kayıt Merkezlerimizden İlk olarak **İzmir Kanser Kayıt Merkezi** 1995 yılında uluslararası yayınlarıyla WHO/ IARC/IACR (Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı/ Uluslararası Kanser Kayıtçılığı Birliği) üyeliği, 1997 yılında da ENCR (Avrupa Kanser Kayıtçılar Ağı) üyeliği gerçekleşmiştir.2004 yılında ise Türkiye’nin resmen üyeliği ile, MECC(Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu) çerçevesinde yürütülen Birleşik Kanser Kayıt Merkezi Projesine dahil olmuştur.

2002 yılında DSÖ IARC Globocan verilerinde İzmir kanser kayıt merkezinin verilerini kullanmış ve bu ilimize ait verilerin kalitesi böylece tescil edilmiştir.

2002 yılında Aktif Kanser Kayıt Sistemi üzerine çok yoğun çalışmalar yürütülmüştür. Bu illerimizin yönetici kadrolarının bilgilendirilmesi için eğitim ve toplantılar gerçekleştirilmiştir. Kanser kayıt elemanlarının atamaları gerçekleştirilmiş ve temel eğitimleri ve temel eğitimi takiben 1 yıl sonra yenileme eğitimleri ve daha sonrada yerinde eğitim ve denetim çalışmaları gerçekleştirilerek illerde aksayan yönlerin tespiti ve bunların giderilmesi çalışmaları yürütülebilmektedir.

2004 yılında Bakanımızın imzası Ülkemiz Ortadoğu Kanser Konsorsiyumunun (MECC) resmen üyesi olmuştur. Çalışmalar MECC ile işbirliği içinde yürütülmeye başlanmıştır.

Ulusal Kanser Danışma Kurulu ile Başkanlık yetkilileri 2006 yılında Aktif Kanser Kayıt Sistemini yeniden değerlendirmişlerdir. 05.01.2006 tarihinde Toplanan Epidemiyoloji ve Kanser Kayıt Alt Danışma Kurulunda alınan kararla aktif kanser kayıt sistemi içerisinde yer alan illerin çalışmaları incelenerek; elde ki imkanların en etkin bir şekilde kullanılabilmesi ve en kısa sürede sonuç alınabilmesi için yapılacak küçük müdahalelerle kaliteli kayıt toplamayı başarabilecek iller belirlemiş ve Başkanlığın yayınlacağı verilerinde bu illerin verilerinin yayınlanması kararlaştırılmıştır. 2006 yılından sonra bu illerin eğitimlerine yoğunlaşmış ve bu illerde kapsamlı ve yoğun bir eğitim programı yürütülerek iller tek tek denetlenmişlerdir. Bu iller

- ANKARA
- ANTALYA
- SAMSUN
- ERZURUM
- TRABZON
- İZMİR
- EDİRNE
- ESKİŞEHİR illeridir.

Bu çalışmalar sonuç vermeye başlamış ve **İzmir** ve **Antalya** kanser kayıt merkezlerinin verileri **“Beş Kıtada Kanser Kitabında”** yer almıştır. Samsun ve Trabzon illerimizin verileri de önümüzdeki birkaç yıl içerisinde bu kitapta yer almaya hak kazanacak kaliteye ulaşabilecek seviyeye getirilmiştir.

Ülkemizde halen aktif ve pasif sistemle kayıtlar toplanmaktadır.

Pasif Sistem; Hekimler ya da diğer sağlık personeli tarafından doldurulan kanser kayıt formu İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir ve bilgisayar programına girilir. İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezi, bilgisayar ortamına girilen bu verileri üçer aylık dönemlerle Kansere Savaş Dairesi Başkanlığına elektronik ortamda göndermektedirler.

Aktif Sistem; Kanser kayıt elemanları tarafından hasta dosyaları araştırılarak elde edilen bilgilerin IARC ve MECC standartları kullanılarak kanser kayıt formlarına aktarılmasıdır.

Ülkemizde Yürütülen Aktif Kanser Kayıt Çalışmaları;

14 ilde yürütülen aktif kayıt çalışmalarında şöyle bir çalışma sistematigi uygulanmıştır.

- Kanser Kayıt Merkezlerinin yasal alt yapısının oluşturulması için 14.12.2000 tarih ve 24260 sayılı Resmi Gazetede Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği yayınlanmıştır.
- Öncelikli olarak her ilin konu ile ilgili sağlık yöneticileri bilgilendirilmiştir. Bilgilendirmelere Valilik düzeyinden başlanmıştır. Konuya yönetimin desteği alınmıştır.
- Her ilin nüfusu ve Hastane yapıları ile diğer kaynakları değerlendirilerek kanser kayıt eleman ihtiyaçları tespit edilmiştir.
- IARC ve MECC standartları çerçevesinde İzmir kanser kayıt merkezinin deneyimleri de gözetilerek Standart Eğitim programları oluşturulmuştur.
- Kullanılacak Kanser Kayıt Formu revize edilmiştir.
- Kanser Kayıt elemanlarının atamaları gerçekleştirilmiştir.
- Personel eğitimleri gerçekleştirilmiştir.
- Personelin sahada yaklaşık 6 ay ile 1 yıl çalışmasını takiben yenileme eğitimleri gerçekleştirilmiştir.
- Bir denetim ekibi oluşturulmuş ve merkezler ilki 2006 yılında olmak üzere periyodik olarak denetleneceği yerinde eğitim ve denetim çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Böylelikle eğitilen personel çalışma ortamında ziyaret edilerek çalışmaları denetlenmiş, görülen eksikliklere yönelik yerinde birebir personel eğitimleri gerçekleştirilmiştir.
- İllerde yapılan ziyaretlerde il yönetimi hastane yönetimlerinden kaynaklı problemler de ortaya çıkarılarak çözülmeye çalışılmıştır.
- “14.12.2000 tarih ve 24260 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliğine ve 24.01.2006 tarih ve 60 sayılı Kanser Kayıt Merkezleri gizlilik yönergesine” göre Kanser verileri gizlidir.
- 2008 yılında Sağlıkta Umut Vakfı işbirliği ile “Kansere Karşı Savaşta İleri” projesi başlatılmış olup Samsun, Erzurum, İzmir ve Antalya illerinde kanser kayıtçılığının güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Aktif Kanser Kayıt Sisteminde Yapılan eğitimler;

1-Temel Kanser Kayıt Eğitimleri

- Toplam 10 Kanser Kayıt Eğitimi verilmiştir.
- Her eğitimde ortalama 30 KKE eğitim verilmiştir.
- 5 Günlük bir eğitimdir.
- 303 eleman eğitilmiş

2-SEER Özet Evreleme Eğitimi

- Toplam 4 adet SEER Özet Evreleme Eğitimi yapılmıştır.
- Her eğitimde ortalama 27 KKE Eğitim almıştır.
- 5 Günlük bir eğitimdir.
- 108 eleman eğitilmiştir

3-CANREG-4 Bilgisayar Programı

- Canreg-4 Bilgisayar Programı Eğitimi bilgisayar kullanıcılarına verilmektedir.
- 5 günlük bir eğitimdir.
- 51 eleman eğitilmiştir

4-Kalite Kontrolü Eğitimleri

- Kalite Kontrolü Eğitimleri sadece İl Sağlık Müdürlüğü elemanlarına verilmekte olup,
- 5 günlük bir eğitimdir.

- 17 eleman eğitilmiştir.

Aktif Kanser Kayıt Sisteminde toplanan veriler;

Demografik Veriler:

1. İsim(ler) -Ad,Soyad,Baba Adı
2. Tanı sırasındaki Adres Cadde, Şehir
3. Doğum yeri
4. Ulusal Kimlik Numarası
5. Tanı sırasındaki Yaş
6. Doğum Tarihi
7. Cinsiyet

Tıbbi Veriler:

- Tanı tarihi:
 1. İnsidans yılını ve sağkalım süresini belirlemek için kullanılır.
 2. Doktorun, hastanın kanser olduğunu açıkladığı tarihtir.
- Tanı Yöntemi:
 1. Anatomik (topografik) yer
 2. Histolojik (morfolojik) tip
 3. Davranış
 4. Grade(Derece)
 5. Lateralite
 6. Tümör sırası
 7. Tanı sırasındaki Evre
- Tedavi Verileri:
 1. Cerrahi
 2. Radyoterapi
 3. Kemoterapi
 4. Hormon terapisi
 5. İmmunoterapi
 6. Diğer terapiler
 7. Tedavi Tarihi(tarihleri)
 8. Cerrahi ve Radyasyonun Sırası

Aktif Kanser Kayıt Sisteminde Veri Kaynakları;

- Tıbbi kayıtların bulunduğu:
 - Hastaneler
 - Klinikler
 - Doktor muayenahaneleri
 - Patoloji laboratuvarları
 - Radyasyon (onkoloji) terapi merkezleri
- Tıbbi kayıtların bulunduğu:
 - Medikal onkoloji merkezleri
 - Bakımevleri
 - Adli tıp merkezleri

- Ölüm belgeleri

Aktif Kanser Kayıt Sisteminde Gizlilik;

Hasta Haklarına ilişkin Roma Kasım 2002 Avrupa Statüsü Özel ve Gizlilik Hakkı bölümünde “Her bireyin kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir.” denilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın yürürlüğe koyduğu Hasta Hakları Yönetmeliği’nin beşinci maddesinin (f) fıkrasına göre “kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz” denilmektedir.

Bu doğrultuda Kanser Kayıt Merkezleri toplanan verilerin gizliliğinden sorumludur. Bu sorumluluk kanser kayıtlarının gizliliği ile ilgili bir mevzuatla düzenlenmesini gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’nca bu ihtiyaç nedeniyle 24.01.2006 Tarih ve 60 Sayılı “**Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi**” çıkartılarak yürürlüğe konmuştur.

Bu yönergenin amacı, Kanser Kayıt Merkezleri’nin çalışmaları sırasında verilerin gizliliğini sağlamak üzere uyulması gereken kuralları belirlemektir. Bu yönerge Kanser Kayıt Merkezlerinin etkinlikleri çerçevesinde yürütülen her türlü veri toplama, veri değerlendirme, verileri kullanıma açma çalışmalarını kapsamaktadır.

Hastanın gizliliği ile ilgili hakları ölümünden sonra da devam eder. Veritabanında bulunan verilerin birinci derecede sorumluluğu ulusal düzeyde Bakanlığa, il düzeyinde ise Sağlık Müdürlüklerine aittir. Bu konudaki bütün resmi yazışmalar Sağlık Müdürlükleri veya onun yetkili kılacağı kişiler tarafından yapılır.

Bu yönergede yazılı kuralların uygulanmasını sağlamak, çıkan sorunları çözmek, aralıklı denetimleri yapmak Sağlık Müdürleri’nin ve onun yetkili kıldığı kişilerin sorumluluğundadır. Merkezlerde geçici ya da sürekli görev alan her eleman veri gizliliği ile ilgili yazılı bir bildirim imzalar. Merkezler verilerin gizliliği için alınan önlemlerini aralıklarla kontrol eder. Veri toplayan merkezlere gizlilik eğitimi almamış ve gizlilik bildiriminde bulunmamış kişiler görevlendirilmez.

Aktif Kanser Kayıt Sisteminde Kalite Kontrolü;

Tanımlanmış nüfuslarda kanser yükü hakkında doğru yargılara varabilmek için kesin ve tam kanser kayıt verisi gereklidir.

KARŞILAŞTIRILABİLİRLİK (COMPARABILITY)

Kanser kayıt merkezinin ürettiği istatistikler, farklı toplumlar ve/veya farklı zamanlar için karşılaştırılabilir olmalıdır. Karşılaştırılabilirliğin temel ön-gerekliliği evrensel standartların ve kuralların benimsenmesidir. Veri başlıkları ve ilgili terimler net olarak tanımlanmalı “kurallar ve tanımlar” rehberi hazırlanmalı yapılan değişiklikler de belgelenmelidir.

Hangi veri başlıkları toplanacağı,
Hangi olgu veri tabanına dahil edileceği,
Tanı tarihi,
Tanı yöntemi,

Çoğul primer,
Primer yerleşim yeri,
Hastalığın evresi, vb.
Verilerin ve bilgilerin kullanımı (gizlilik) konuları bu belge içerisinde yer almalıdır.

Kurallarımızı oluştururken kullandığımız rehberler:

WHO / IARC / IACR(Dünya Sağlık Örgütü / Uluslar arası Kanseri Araştırmaları
Ajansı / Uluslar arası Kanseri Kayıtlar Birliği)
ENCR(Avrupa Kanseri Kayıt Merkezleri Ağı)
SEER (Araştırma, Epidemiyoloji ve Sonuçlar, ABD)
MECC (Orta Doğu Kanseri Konsorsiyumu)

KESİNLİK (ACCURACY) kesin” (doğru, tam) (ACCURATE)

1)Kapsamda Tamlik (Completeness)

Hedef nüfusta ortaya çıkan bütün kanseri olgularının kayıt merkezinin veri tabanında ne ölçüde bulunduğu

Tamliğı ölçmek için kullanılan yöntemler:

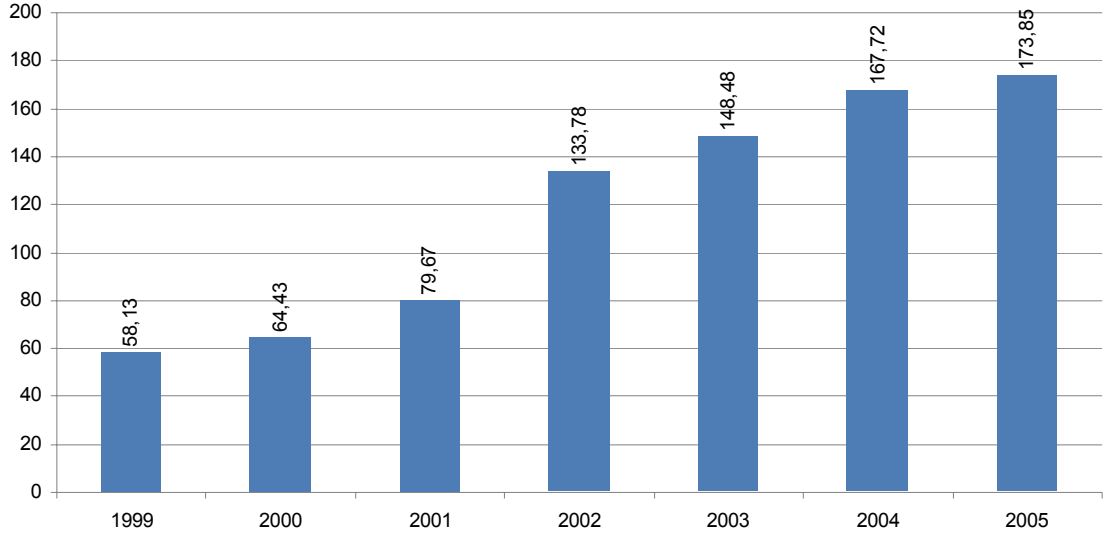
- 1) Veri kaynakları
- 2) Bağımsız olgu araştırması
- 3) Tarihsel veri yöntemi

2)Geçerlilik (Validity)

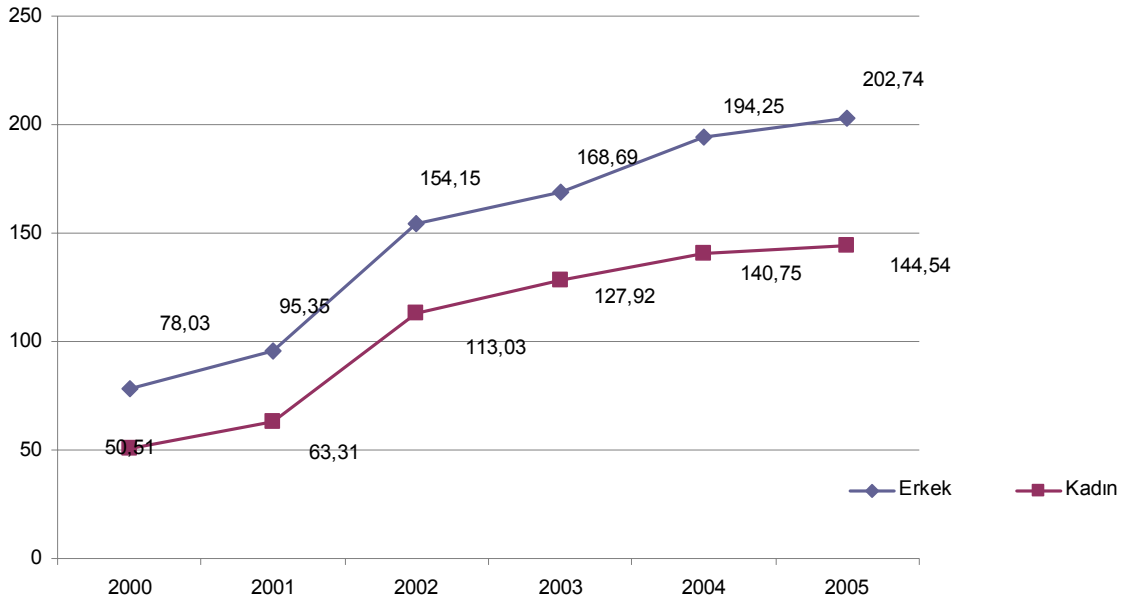
Kayıt merkezinde, özellikleri tanımlanmış olan olguların gerçekte o nitelikte olma oranı; kaynak, belgelerin doğruluğu, özetleme, kodlama, kaydetmede becerilerine bakılarak tespit edilir.

Aktif Kanseri Kayıt Sisteminde elde edilen son veriler;

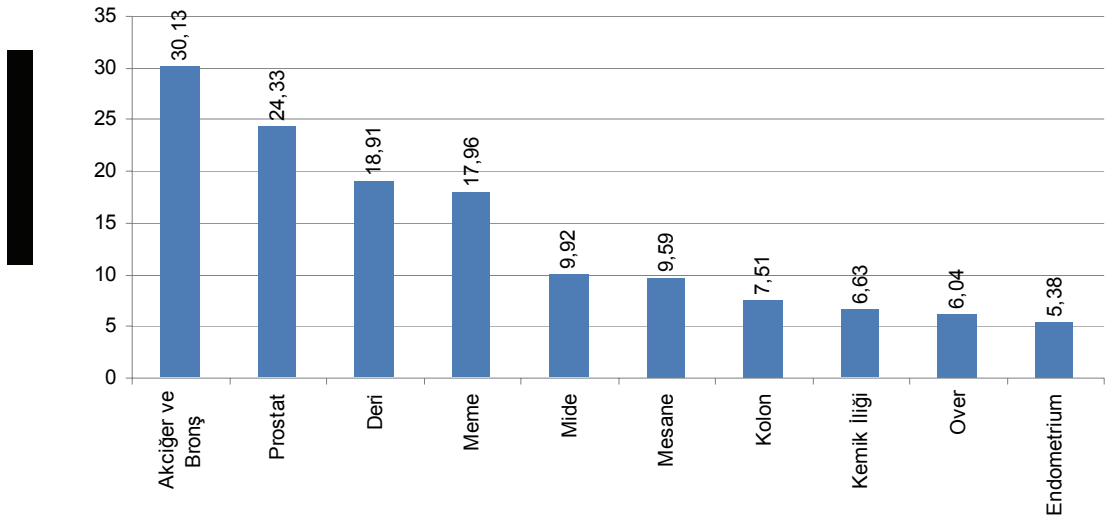
TÜRKİYE KANSER İSTATİKLERİ (1999-2005)



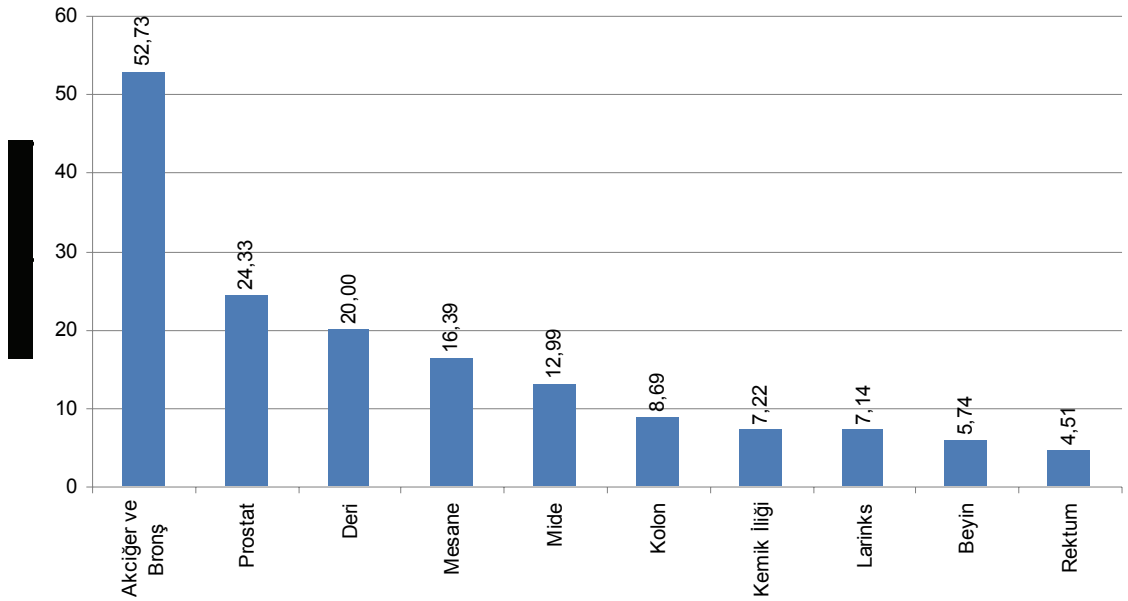
Türkiye de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri (2000-2005)

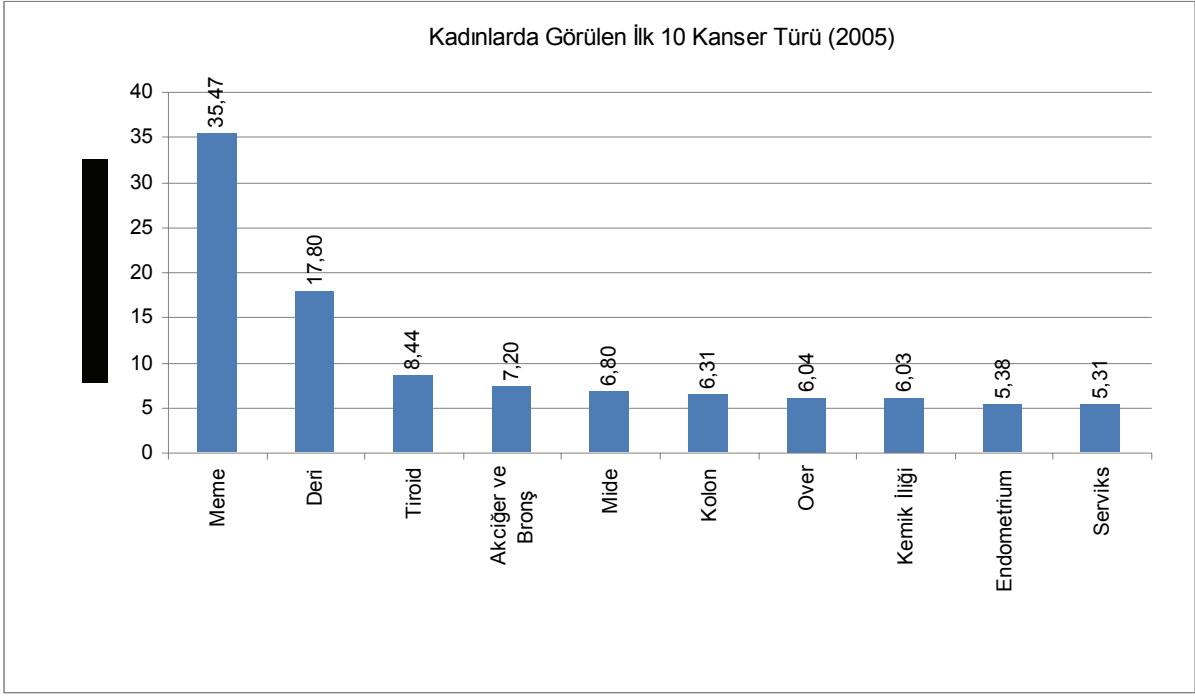


Türkiye İlk 10 Kanser Türü (2005)



Erkeklerde Görülen İlk 10 Kanser Türü (2005)





ULUSAL KANSER DANIŞMA KURULU

Kanserle ilgili ulusal politikaların oluşturulmasında, kanserden korunma önlemlerinin alınmasında, kanserli hastaların tanı, tedavi ve izlemlerinde karşılaşılan sorunlara çözüm aranmasında, kanserle ilgili çalışmaların ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmesi ve koordinasyonunun sağlanmasında, kanserle ilgili konularda toplumun bilgilendirilmesi ve eylem planları hazırlanmasında, tavsiye niteliğinde görüş bildirmek üzere Ulusal Kanser Danışma Kurulu oluşturulmuştur.

Kurulun görevleri şunlardır:

- a) Ulusal Kanser Politikasının belirlenmesi ve eylem planları geliştirilmesinde danışmanlık yapmak,
- b) Kanserli hastaların tanı, tedavi ve izlemlerinde karşılaşılan sorunlarla ilgili çözüm önerilerinde bulunmak,
- c) Bakanlığa ihtiyaç duyulan diğer konularda bilimsel danışmanlık hizmetinde bulunmak,
- d) Ülke genelinde kanserle ilgili bilimsel çalışmalara yön verecek önerilerde bulunmak,
- e) Kanser konusunda çalışan, kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin koordinasyonuna yönelik çalışmalar yapmak,
- f) Toplumun kanser konusunda doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için önerilerde bulunmak,
- g) İhtiyaç duyulan konularda Alt Kurulları kurmak ve çalışma alanlarını belirlemek,
- h) Alt Kurul raporlarını görüşerek karara bağlamak.

Kanserle ilgili konularda çalışmalar yapmak üzere Danışma Kurulu bünyesinde alt danışma kurulları oluşturulmuştur.

Kanser Alt Danışma Kurulları

- Epidemiyoloji ve Kanser Kayıt
- Medikal Jeoloji
- Preventif Onkoloji
- Klinik Araştırmalar
- Kanserde Tedavi ve Tıbbi Etik

- 
- İnsan Kaynakları
 - Sosyal ve Psikososyal Destek
 - Erken Tanı ve Tarama
 - Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tıp
 - Radyasyon Güvenliği

Türkiye’de Primer Koruma’da Yapılması Gerekenler:

Primer Koruma Grup Raporu

Kansere karşı primer korunmada öncelikli olarak önlem alınması gereken risk faktörleri değerlendirilmiştir. Tütün kullanımı, enfeksiyonlar, çevresel ve mesleki etkenler, obezite ve fiziksel aktivite azlığının ülkemiz için öncelikli risk faktörleri olduğuna karar verilmiştir. Risk faktörleri, toplumdaki yaygınlıkları, önleyici aktivitelerin ve ilgili kurumları farklı olduğundan ayrı başlıklar altında incelenmiştir.

1. Risk Faktörü :Tütün kullanımı

Amaç, tütün kullanımının kanserler ile ispat edilmiş neden-sonuç ilişkisi ve kullanım yaygınlığı dikkate alınarak, tüketimi azaltmak, yeni başlayanları önlemek ve pasif sigara dumanına maruziyeti ortadan kaldırmaktır. Bu amaca ulaşırken hedeflenen 2012 yılına kadar tütün ürünü kullanmayanların oranını 15 yaşın üzerinde % 80’e, 15 yaşın altında % 100’e yaklaştırmaktır.

Bu hedeflere ulaşmak için belirlenen stratejiler şöyledir:

a) Tütün ürünleri içmenin kapalı ortamlarda yasaklanması

4207 sayılı kanunda yapılan değişiklikle; iç ortamlarda uygulanan yasağın nedenleri, yasağa uymayanlar hakkında müeyyidelerin halka, işletme sahiplerine, yöneticilere aktarılması, konuyla ilgili farkındalık ve bilinç yaratılması, kanun hükümlerinin etkili şekilde uygulanması, uygulamada standardın sağlanması ve idari yaptırımların uygulanması kararlaştırılmıştır.

Bu konuda ülkemiz için önerilen ve dünyada da benimsenmiş etkinlikler, medyada kanunun belirttiği sürelerdeki yayınlar ile özellikle pasif sigara içimi ve kanser ilişkisinin yer alması, ilgili Sivil Toplum Kurumlarının kamu yöneticilerinin, işletmecilerin ve halkın biraraya geleceği toplantılar planlaması ve kolluk kuvvetlerinin kanun ile ilgili bilgilendirilmesi için hizmet içi toplantıları düzenlenmesidir. Ayrıca tütün yasasının ihlali durumlarında kullanılmak üzere bir ihbar hattının kurulması öngörülmüştür.

Konuyla ilişkili kurumlar, İçişleri Bakanlığı-Mülki amirler ve kolluk kuvvetleri, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Turizm ve Kültür Bakanlığı, TAPDK, RTÜK, TRT, Belediyeler olup, Turizm işletmecileri, Otelciler Federasyonu, TESK, Hasta dernekleri, Tüketici hakları ile ilgili dernekler gibi sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmaları öngörülmüştür.

Bu önlem maddesinin gereklerinin 19.7.2009 tarihine kadar tamamlanması hedeflenmiştir. Bu süreçte olası engel olarak, benzer ülke örnekleri ve literatür bilgilerinden yola çıkarak, tütün endüstrisinin kanun işleyişini engelleyici faaliyetleri, işletme sahiplerinin karlılıklarının azalması konusunda yanlış

kanaatleri, kamuoyu ve kamu görevlilerinin kanun ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olması belirlenmiş ve ilgili kurum yöneticilerinin strateji ve etkinlik belirlemede bu konulara yoğunlaşmaları önerilmiştir.

Etkinliğin başarı ölçütleri, sigara bırakma kliniklerine başvuru sayılarındaki artış ve kanun ihlali ile ilgili şikâyet sayılarında azalma olacaktır. Kanun sonrası yıllara göre kanser kayıtları, kamuoyu anketlerindeki halk desteği, işletme ve kurum uyum oranları, işletmelerin karlılık oranlarındaki değişiklik izlemde kullanabilecek parametreler olarak belirlenmiştir.

b) Tütün ürünlerinin fiyatlarının yükseltilmesi

Gençlerin sigaraya başlamasının engellenmesi için Dünya Bankasının ve diğer birçok bilimsel çalışmanın sonucunda, en önemli araç olarak belirlenen strateji, tütün ürünlerinin fiyatlarının tüketimi azaltacak düzeyde artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşırken yapılması gereken en önemli etkinlik, fiyatların birim sigara paketi yüzdesi dışında ayrı olarak vergilendirilmesi, Avrupa satış fiyatları ile aynı düzeye çıkarılmasıdır.

Konuyla ilgili kurumlar Maliye Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, TAPDK olarak benimsenmiş olup, tüketici dernekleri ve çeşitli sivil toplum kurumları ile işbirliği yaparak 2009 yılı içinde etkinliklerin tamamlanması önerilmiştir.

Hedefe ulaşmak için geçen süreçte öngörülen en olası engeller, yasadışı ticaret ve tütün endüstrisinin pazar payını ele geçirme uygulamalarıdır. Literatürdeki diğer ülke örneklerinden endüstrinin fiyat artışlarını kaçakçılık savları ile engellemeye çalıştığı ancak diğer taraftan, birçok ülkede kaçakçılığı organize suç örgütleri taşeronluğunda kolaylaştırdığı anlaşılmaktadır. Bu bilgiler ışığında fiyatların etkin bir şekilde tüketimi azaltma aracı olabilmesi için sadece vergi yüzdelerinin değil, birim fiyatların da Avrupa ülkeleri düzeyine çıkarılması gereklidir. İzlem parametreleri olarak yasal ticaret kayıtları, Maliye Bakanlığı Ürün İzleme Sistemi kayıtları ve sigara içme oranındaki değişiklikler önerilmiştir.

c) Reklâm, tanıtım ve sponsorluk yasaklarının uygulanması

4207, 4733 sayılı yasaların belirttiği reklâm yasakları gençlerin sigaraya başlamasını engelleyici çok önemli tedbirlerdir. Ayrıca sigara içenlerin bırakma motivasyonunu da etkilediği saptanmıştır.

Sponsorluk yasağı ile ilgili Sivil Toplum Kurumlarına ve yerel yönetimlere bilgilendirme yapılması, gizli reklâm ve ürün yerleştirmenin izlenmesi ve ihbarı yasanın hedeflerine ulaşması için elzem etkinliklerdir. Bu konuda öncelikle sorumlu kurumlar Sağlık Bakanlığı, RTÜK ve İçişleri Bakanlığı olup, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı (Reklâm Kurulu), Basın Konseyi, Tüketici Hakları Derneği ve TRT ile işbirliği yapılarak 2009 için hedeflenen etkinliklerin tamamlanması önerilmiştir.

Hedefe ulaşırken olası engeller arasında; Tütün endüstrisi taktikleri, konuyla ilgili bilgisi olmayan ve yanlış bilgilendirilen medya mensupları öngörülmektedir.

Konuyla ilgili ilerleme göstergesi Maliye Bakanlığının vergi beyannamelerindeki gider kayıtları ile anket çalışmaları ile çocuk, genç ve erişkin gruplarının reklâm algılarının belirlenmesi olacaktır. İzleme kriteri olarak RTÜK kayıtlarının izlenmesi önemlidir.

d) Medya kampanyaları

Sigaranın sağlık etkileri konusunda yapılan sürekli vurucu medya kampanyalarının çok etkili olduğu bilimsel çalışmalar ile sabittir. Sivil Toplum Kurumları ve Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli, vurucu ve sürekli nitelikli kanser ve sigara ilişkisini anlatan program ve basın toplantılarının yapılması bu nedenle öncelikli bir etkinlik olarak önerilmektedir. Konuyla ilgili kurumlar Sivil Toplum kurumları, Sağlık Bakanlığı, RTÜK ve TRT olup, Milli Eğitim Bakanlığı, Gazeteciler Cemiyeti ve TURÇEV ile işbirliği gerekli görülmektedir. Etkinlik sürekli olmalıdır. Bu arada olası engel, medya ve tütün endüstrisinin sektörel ilişkileridir. Başarı izlemi kamuoyu algı anketleri ile yapılmalıdır.

e) Paketlerde uyarı yazılarının bulunması ve ürün kontrolü

Sigara paketleri üzerinde resimli uyarı yazılarının bulunması için yasal düzenlemenin yapılması tütün kullanımını azaltan önemli bir strateji olarak Dünya Sağlık örgütüncü belirlenmiştir.

Bu kapsamda yapılması önerilen etkinlikler; uluslararası normlara uygun, bağımsız, bilimsel olarak akredite laboratuvar kurulması ve tütün ve tütün ürünlerinin nikotin, karbon monoksit ve zifir ölçümlerinin yanı sıra, içeriğinde bulunan kanserojen maddelerin AB standartlarına uygunluğunun denetiminin yapılması ve sonuçlar hakkında toplumun bilgilendirilmesi önerilmiştir. Ayrıca, üretilen veya ithal edilen veya piyasadan toplanan tütün veya tütün ürünlerinin standartlara uygunluğunun akredite laboratuvarlarda analizi ve sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılması, tütün ve tütün ürünlerinin her bir paket ve ambalajında ve bu ürünlerin dış paketleme ve ambalajları üzerinde formaldehit, azot, hidrojen siyanür, benzen miktarlarının ölçülerek yazılması olarak benimsenmiştir.

Konuyla ilgili kurumlar TAPDK ve Sağlık Bakanlığı olup 2009 yılı içinde hedeflenen etkinlikleri tamamlamaları önerilmektedir.

Olası engeller arasında, Tütün endüstrisinin tavrı ve nitelikli personel eksikliği olarak görülmüştür. Başarı ölçütü olarak akreditasyon işleminin tamamlanması, üretim tesislerinin ve ürünlerin denetim sıklığı ve sayısı, zifir, nikotin ve karbon monoksit bırakım miktarlarının ve diğer maddelerin standartlara uygunluğu ele alınmalıdır. İzlem parametresi olarak da analizi yapılan tütün ürünü (numune) sayısı, düzenli olarak yapılan analizlerin raporlanması ve mukayesesi, standarda uygun üretim yapmayan firmalara ilişkin takip ve kontrol kayıtları belirlenmiştir.

f) Sigara bırakma konusunda tıbbi destek sağlanması

Sigara bırakmanın birinci basamak tedavi hizmetlerine entegrasyonu, tedavi geri ödemesinin sağlanması, sigara bıraktırma ve eğitim veren hekimlerin etkinliklerinin performans olarak değerlendirilmesi, diğer ülke örneklerinde olduğu gibi sigara vergilerinin % 5'inin tütün bağımlılığı ile mücadeleye ayrılması yararlıdır.

YÖK, Sağlık bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Türk Tabipleri Birliği TTB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, TRT öncelikli sorumlu kurumlar olup, Tıp Meslek Örgütleri, Özel işletmeler, SGK, Özel sağlık sigortaları, TÜİK ile işbirliği yaparak 2009 yılı içinde etkinlikleri tamamlamaları hedeflenmiştir.

Olası engeller arasında tıp müfredatın yoğunluğu nedeniyle programda yer alamaması, kanıta dayalı olmayan tedavi yöntemlerinin denetimsizliği sayılabilir, Başarı ölçeklerimiz ise sigara bırakma oranları, hekim performans skorları arasında önleyici hekimliğin yaratacağı artış kullanılacaktır.

2. Risk Faktörü: Enfeksiyon

Enfeksiyon ile ilişkili kanser morbidite ve mortalitesini azaltmaya yönelik önlemler arasında Hepatit B enfeksiyonu, Human Papilloma virus enfeksiyonu korunması ve enjeksiyon güvenliği öncelikler olarak belirlenmiştir.

a) Hepatit B enfeksiyonu:

Amaç, toplumda Hep B Prevalansının azaltılmasıdır.

Hedefler; 2010 yılı sonuna kadar toplumda hepatit B prevalansını % 5'in altına düşürmek, 2010 yılı sonuna kadar 20 yaş altı hepatit B prevalansını % 1'in altına düşürmek, 2010 yılı sonunda bebeklik çağı aşılama oranlarının tüm ülke genelinde % 90'ın üzerine çıkarmak olarak belirlenmiştir.

Belirtilen hedeflere ulaşabilmek için yapılması gerekli stratejiler arasında erişkin yaş grubundaki aşılama hizmetlerinin yaygınlaştırılması yer almaktadır.

Bu nedenle "Haydi Büyükler Aşıya" kampanyasının yürütülmesi önemli bir etkinliktir. Yanı sıra, erişkin bağışıklanmasında farkındalığın artırılması, Hepatit B bağışıklaması için tanımlanan hedef risk gruplarının genişletilmesi stratejiyi hayata geçirecek diğer etkinliklerdir.

Sorumlu kurum Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olup Genel Kurmay Başkanlığı, İçişleri Bakanlığı, Meslek Odaları, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Anadolu Ajansı ile işbirliği içinde etkinlikleri 2010 yılı sonuna kadar gerçekleştirilmesi önerilmiştir. Süreç içinde olası engeller, aşı karşıtı grupların faaliyetleri, aşı temini problemleri, aşı lojistik problemleri olarak görülmektedir.

Çalışma sırasında ilerlemeyi gösterecek ölçütler; bağışıklama yüzdesi, HbsAg taşıyıcılık oranı, karaciğer kanser insidansının azalması olacaktır. İzlem sırasında

başışıklama yüzdesi (lot çalışmaları), HbsAg taşıyıcılık oranı (prevalans çalışmaları)
kansere kayıt merkezi verileri takip parametreleri olarak ele alınmalıdır.

Aşılanması gerekli ikinci yaş grubu adölesan çağıdır. Adölesan çağı aşılama hizmetlerinin yaygınlığının sürdürülmesi ve ilköğretim çağı yakalama (catch-up) kampanyalarının sürdürülmesi stratejiyi gerçekleştirecek diğer bir etkinlik olmalıdır.

Sorumlu kurum yine Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olup Milli Eğitim Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ile işbirliği yapılması önerilmektedir. Olası engeller erişkin yaş grubunda olduğu gibi aşı karşıtı grupların faaliyetleri, aşı temini problemleri ve aşı lojistik problemleridir. İlerleme göstergesi

başışıklama yüzdesi, izlem parametresi de okul aşılama faaliyet sonuçları olarak belirlenmiştir.

Aşılanması gerekli üçüncü yaş grubu bebeklik çağıdır. Bebeklik çağı aşılama hizmetlerinin yaygınlığının sürdürülmesi üzere GBP (genişletilmiş başışıklama programı) kapsamında primer immunizasyonun tamamlanması, doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde Hepatit B ilk dozunun uygulanması hedefe ulaşmak için elzemdir. Konuyla ilişkili kurum Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olup,

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ile işbirliği gereklidir. İlerleme göstergesi bu yaş grubu için de başışıklama yüzdesi olup, izlem parametresi Form 013 olarak benimsenmiştir.

Tüm yaş gruplarında aşılama yaygınlaştırılması etkinliği 2010 yılı sonuna kadar tamamlanmalıdır.

b) Human Papilloma Virus Enfeksiyonu

Toplumda serviks kanseri insidansının kontrol altında tutulması amaçlanmaktadır.

Hedef 2010 yılı sonuna kadar toplumda serviks kanseri insidansının yüzbinde 8'i aşmamasının sağlanmasıdır.

Hedefe ulaşmak için erişkin yaş grubuna yönelik strateji farkındalığının artırılmasıdır.

Üreme sağlığı programlarına entegre halk eğitimleri ve riskli grupların eğitimi amaca yönelik etkinlikler olacaktır. Sorumlu kurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü olup Milli Eğitim Bakanlığı ve Genel Kurmay Başkanlığı ile işbirliği sağlanmalıdır. Olası engel kültürel kabul görme sorunu olabilecektir. İlerleme göstergesi olarak insidansın artmaması belirlenmiş olup, kanser kayıt merkezi verisi izlem ve kontrol için kullanılacak veridir. Adölesan yaş grubuna yönelik etkinlik olarak sağlıklı cinsel ilişki bilincinin geliştirilmesi ve savunuculuğunun artırılması olarak belirlenmiştir. Bu nedenle sağlıklı cinsel ilişki eğitimleri araştırılması önceliklidir. İlgili kurumlar Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüdür. Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ve Genel Kurmay Başkanlığıdır. Olası engel bu

yaş grubu içinde kültürel kabul görmede sorun olarak düşünülmektedir. İlerleme göstergeleri bilgi, tutum davranış çalışmaları olup, izlem ve kontrol parametresi tanımlayıcı ve kesitsel çalışma verileri olacaktır. Her yaş grubu için etkinliklerin 2010 yılı sonunda tamamlanması öngörülmektedir.

c) Enjeksiyon Güvenliği

Amaç enjeksiyon güvenliği sorunlarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıkların önlenmesidir. Amaca ulaşmak için belirlenen bir strateji sağlık personeline güvenli enjeksiyon uygulama becerilerinin kazandırılmasıdır. Güvenli enjektör atık kullanımının yaygınlaştırılması, güvenli enjektör atık kutularının uygun bertarafının sağlanması, sağlık personeline yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması stratejiyi gerçekleştirmek için uygulanacak etkinlikler olarak belirlenmiştir.

Bu etkinlik için belirlenen kurum Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ve Çevre ve Orman Bakanlığıdır. İşbirliği yapılacak kurumlar Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve AÇSAP Genel Müdürlüğüdür. Etkinliklerin 2012 yılı sonuna kadar gerçekleştirilmesi gereklidir. Olası engel olarak sağlık personelinin el alışkanlıklarının önüne geçilememesi düşünülmüştür. İlerleme göstergeleri olarak güvenli atık kutusu yaygınlığı ve sağlık çalışanlarına yönelik bilgi, tutum ve davranış çalışma verileri alınacaktır. İzlem parametreleri güvenli atık kutusu sıklığı ve tanımlayıcı ve kesitsel çalışma verileri olacaktır.

Madde bağımlısı ve ilaç kötü kullanımlarında enjeksiyon güvenliğinin teşviki diğer önemli bir strateji olarak tanımlanmıştır. Madde bağımlılığının prevalansının azaltılması ve madde kullanımında güvenli enjektör sağlanması stratejiyi gerçekleştirecek etkinliklerdir. Sorumlu kurum Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olup, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Üniversiteler ile işbirliği öngörülmüştür. 2012 yılında bu etkinliklerin tamamlanması hedeflenmektedir. Olası engel olarak kontrol dışı madde kullanımı düşünülmüştür. İlerleme göstergesi olarak bilgi, tutum ve davranış çalışmaları verileri, izleme parametresi olarak da tanımlayıcı ve kesitsel çalışma verileri belirlenmiştir.

3. Risk Faktörü : Mesleksel ve Çevresel Etkenler

Amaç çevresel ve mesleksel etkenlerle oluşan kanserlerin sıklığının azaltılmasıdır.

Hedefler bilinen çevresel karsinojenler asbest ve arsenik temasının önlenmesi,

çalışma ortamından kaynaklanan ve kansere yol açan mesleki faktörlerden bütün çalışanların korunmaları ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tarafların bilinçlendirilmeleridir.

Hedeflere ulaşmak için belirlenen stratejilerden biri mesleksel ve çevresel asbest temasının önlenmesidir. Bu nedenle uygulanacak etkinlikler kayıt dışı işletmelerin tespiti ve yasa-yönetmelikler çerçevesinde gerekli önlemlerin alınması, kırsal bölgede beyaz toprağın ev içi amaçlarla kullanımının

önlenmesi, eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının planlanması, yoğun hasta gelen bölgelerde tanı – tedavi merkezlerinin kurulması, uluslararası işbirliği ile önceden başlanan çalışmaların bitirilmesi olarak belirlenmiştir

Sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı olup, Çevre ve Orman Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Üniversiteler, MTA, Sendikalar, Sivil toplum kuruluşları, Meslek Odaları, Medya ile işbirliği önerilmektedir. Olası engel olarak insan gücü eksikliği, halkın yeterince farkında olmaması, önlemlerin yüksek maliyetli olması düşünülmüştür. İlerleme göstergesi kanser olgu sayılarında azalma, izlem parametresi işe giriş muayeneleri ve işçilerin uzun süreli takiplerinin sağlanmasıdır.

Diğer bir strateji çevresel arsenik temasının önlenmesidir. Bu nedenle su analizlerinin yapılması ve tekrarlanması, fosil yakıtların arsenik oranlarının tesbiti ve yüksek oranlı olanların kullanımının önlenmesi gereklidir. Sorumlu ve işbirliği yapılacak kurumlar

Çevre ve Orman Bakanlığı, Üniversiteler – Toksikoloji departmanları, Sivil toplum kuruluşları, Belediyeler, MTA, Medyadır. Diğer bir çevresel etken olan Radon ile temasın azaltılması için Radon haritasının güncelleştirilmesi bu amaçla da, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu ve Çevre ve Orman

Bakanlığının Üniversiteler, Sivil toplum kuruluşları, Meslek Odaları ve Medya ile işbirliği yapması gerekli görülmüştür. Yine bu kapsamda yüksek gerilim hatları ve baz istasyonları ile ilgili yönetmeliklerin uygulanmasının sağlanması gereklidir.

Ayrıca diğer çevresel etkenlerin hastalık oluşturmalarını en aza indirmek için; Gemi söküm tersaneleri atıklarının önlenmesi ve bu girişimlere izin verilmemesi konusunda, taş ocakları ve kot taşılama atölyelerinin denetlenmesi hususunda, Çevre ve Orman Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Üniversiteler ve Sendikalar ile işbirliği yaparak gerekli tedbirlerin almasına karar verilmiştir.

Ev içi kirliliğe yol açan biomass, unrafin biyolojik yakıtların kullanılmasının azaltılması ve iç ortam ventilasyonunun sağlanması için bilinç arttırılmasına yönelik eğitim yapılması, iyi ve uygun havalandırma düzeneklerinin, ısıtma ve pişirme sistemlerinin sağlanması ve bu konuda Çevre ve Orman Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Üniversiteler, Sendikalar , Sivil toplum kuruluşları, ve meslek Odaları ile işbirliği yapması,

Hava kirliliği (makro çevre); endüstriyel kirlilik, trafik ve partiküler madde ile dizel egsoz gaz temasları engellenmesi ile hava kirliliğinin azaltılması, güneş ışınlarına maruziyetin önlenmesi için bilinç ve farkındalık yaratıcı halk eğitimlerinin sağlanması, önerilmektedir.

İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının tüm çalışanlara yaygınlaştırılması

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Tasarısı'nın uygulamaya geçirilmesi ve bu konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının

İşçi ve işveren sendikaları, Üniversiteler, Meslek odaları, Sivil toplum örgütleri ile

bilinçlendirme ve eğitim kampanyaları, iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri (işyeri hekimi-iş güvenliği uzmanı vs), işveren ve çalışanların bilinçlendirilmesi, işe giriş muayenesinde önleme (asbest-sigara gibi) ve periyodik muayenelerde erken tanı sağlanması amacıyla mesleksen etkenlerle oluşan kanserlere yönelik algoritma ve tanı rehberlerinin hazırlanması; Ulusal ve Uluslar arası kuruluşlarla ilgili verilere kolay ulaşım imkanı sağlanması amacıyla e-kütüphane oluşturulması yararlı bulunmuştur.

Bu konuda Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sorumlu olacaktır.

Üniversitelerin Tıp Fakülteleri ile Eğitim ve araştırma hastaneleri bünyelerinde iş sağlığı ile ilgili bilimsel yapılandırmanın oluşturulması, Mesleksen ve çevresel karsinojenlerin ölçümü, akredite edilmiş özel ve resmi laboratuvarların oluşturulması

mezotelyoma araştırmalarının çevre ve genetik etkileşimi konusunda geliştirilmesine ağırlık verilmesi ve bu konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı,YÖK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, ve Meslek Odalarının işbirliği içinde çalışması önerilmiştir.

4. Risk faktörü: Obezite, diyet, inaktivite

Amaç Ulusal Obezite ile Mücadele Programı kapsamında yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının topluma kazandırılması, toplumda fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkıları konusunda farkındalık oluşturmaktır.

Hedef 2012 yılına kadar toplumun %90'ında yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak, ve fiziksel inaktiviteye bağlı kanser prevalansını azaltmaktır.

Ülkemizde veri eksikliği göz önüne alınarak hedefe ulaşmak için belirlenen stratejilerden biri beslenme alışkanlığı ile kanser oluşumu ilgisini araştırarak çalışmaların yapılması ve verilerin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır. Bunun için ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının, üniversiteler, sivil toplum örgütleri, özel sektör ve meslek kuruluşlarının dahil olduğu; beslenme alışkanlığı ve kanser ilişkisini araştırarak danışma kurulunun oluşturulması önerilmiştir.

Bu etkinliğin sorumlu kuruluşları Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Üniversiteler, Nüfus Etütleri Enstitüsü ve TUIK olarak planlanmıştır. Çalışma sırasında Dünya Sağlık Örgütü ve Sivil Toplum Kuruluşları ile işbirliği öngörülmüştür. Bu etkinliğin 2012 yıl sonuna kadar tamamlanması düşünülmüştür. Olası engeller arasında eşgüdüm sağlanma zorluğu ve yeterli insan gücüne ulaşamama akla gelmektedir. İlerleme göstergesi olarak,

danışma kurullarının oluşturulması ve beş yılda bir verilerin yenilenmesi, izlem parametresi olarak da ilerleme analizi anket verileri belirlenmiştir.

Belirtilen stratejinin gerçekleşmesi için planlanan başka bir etkinlik veri akışının sağlanmasıdır. Bu konuda sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı ve KETEM olup, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Üniversiteler, Dünya Sağlık Örgütü, Sivil Toplum Kurumları ve TUIK ile işbirliği önerilmektedir. Etkinliğin olası engelleri, eşgüdüm sağlanamaması, teknik donanımın zamanında kurulamaması, politik kararsızlık olarak düşünülmüştür. İlerleme göstergeleri sağlanan veriler ve o veriler ışığında kullanılan politik kararlılık olarak gösterilmiş, izlem parametresi de yapılacak araştırmalardan gelecek olan veriler olacaktır.

İkinci strateji yeterli ve dengeli beslenmenin ilk ayağı olarak anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi olarak belirlenmiştir. Bebek dostu hastane ve il sayılarının artırılması, sağlık personelinin hizmet içi eğitiminin sürdürülmesi, halkın bilgilendirilmesi etkinliğinin Sağlık Bakanlığı, Sivil Toplum Kurumları ve Üniversiteler aracılığıyla sağlanması ve Milli Eğitim Bakanlığı(Halk Eğitim Merkezleri), Türk Silahlı Kuvvetleri, TRT ve diğer Medya kurumları ile işbirliği yapılması ve etkinliğin süregelen olması önerilmiştir. Olası engeller özel sektörün anne sütü karşıtı girişimleri, emziren annelerin izinleri konusunda yasal kısıtlamalar olarak tesbit edilmiştir. İlerleme göstergesi 6 ay anne sütü alan bebeklerin % 50 oranına varması, izlem parametresi olarak da, yıllık AÇSAP raporları ve Türkiye Nüfus Sağlık Araştırma verileri (TNSA) olarak belirlenmiştir.

Üçüncü strateji olarak Sağlıklı beslenmenin sağlanması için halkın bilinç düzeyinin artırılması için gerekli eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması ele alınmıştır. Bunun için yapılacak etkinlikler olarak eğitici eğitimlerin sürdürülmesi, beslenme ve kanser modüllerinin güncellenmesi, bilgi- eğitim- iletişim materyallerinin hazırlanması, toplumsal rol modellerinin kullanılması (sanatçı, sporcu , politikacı vs.) gibi aktiviteler saptanmıştır. Etkinliklerin Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütleri tarafından Türk Silahlı Kuvvetleri, medya, TRT , Yerel Yönetimler ve İçişleri Bakanlığı işbirliğinde süregelen olarak yürütülmesi önerilmiştir. Olası engel olarak bu etkinliklerin sağlık çalışanı performansına yansımaması, yetkin olmayan kişilerin görsel iletişim araçlarında doğru olmayan bilgiler vermesi, kanıta dayalı olmayan yöntemlerin popüler olması sayılmaktadır. İlerleme göstergesi olarak bu konuda medyada yer alan doğru bilgilendirme sayısı, beslenme ile ilgili kanser türlerinin prevalans ve insidans hızlarında azalma, araştırmalar ile toplumda davranış değişikliğinin saptanması kullanılacaktır.

Halkın bilinçlendirilmesinde, yeterli ve dengeli bir beslenme alışkanlığı kazanmasında diyetisyenlere de önemli roller düşmektedir. Bu kapsamda mevcut diyetisyen sayısının artırılması ve diyetisyenlik meslek yasasının çıkarılmasına karar verilmiştir. Ayrıca obezite ile mücadele de; zayıflama programlarının ve sağlıklı beslenme danışmanlıklarının da SGK kapsamına alınması uygun görülmüştür. Bu aktiviteden sağlık bakanlığı sorumlu olup, üniversiteler ve Türkiye Diyetisyenler Derneği ile işbirliği içerisinde

çalışacaktır. Diyetisyen sayısındaki artış ve meslek yasasının çıkmış olması da başarı ölçütü olarak kullanılacaktır.

Dördüncü strateji , birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme konusunda hizmet içi eğitimlerinin yapılması olarak benimsenmiştir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü ve Üniversitelerin işbirliği ile, 2012 yılında tamamlanmak üzere eğitici eğitim programlarının düzenlenmesi ve eğitim modüllerinin hazırlanması önerilmektedir. Olası engel olarak sağlık personelinin performansı arasında konunun yer almaması, sağlık personelinin sık yer ve görev değiştirmesi, eğitim modüllerinin sisteme entegrasyonunda güçlük ve kurumlar arasında eşgüdüm zorlukları sayılabilmektedir. İlerleme göstergesi olarak eğitim alan personel sayısı izlem parametresi olarak pilot çalışmalar ile saptanacak eğitimin davranışa dönüşme başarısının izlenmesi belirlenmiştir.

Ayrıca sağlık personelinin eğitim müfredatlarına beslenme ve fiziksel aktivite ve kanserle ilişkisi konusunun yerleştirilmesi önerilmiştir.

Yukarıda bahsedilen stratejilerin sektörler arası yaygınlaştırılması önemlidir. Bu amaçla Sağlık bakanlığı tarafından İçişleri Bakanlığı, İşçi ve işveren sendikaları, Memur sendikaları, Medya, Diyanet İşleri Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Üniversiteler, Sivil Toplum Kurumları, Türk Silahlı Kuvvetleri, TRT, TUIK ile iletişim ağı sağlanması yararlı olacaktır. Bu konuda yapılan çalıştay ve katılımcı sayısı ile etkinlik raporları ilerleme ve izleme göstergeleri olacaktır.

Beslenme bilgisi yanı sıra toplumda fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkıları konusunda farkındalık oluşturmak stratejisi de benimsenmiştir. Bu amaçla kolay ulaşılabilir mesafede yeterli ve güvenli oyun ve spor alanları oluşturulması ve çevre düzenlenmesinin yapılması, toplumu fiziksel aktiviteye yönlendirecek ve farkındalık yaratacak medya kampanyalarının düzenlenmesi, sağlıklı kentler birliğine üye belediye ve şehirlerin sayılarının arttırılması önerilmiştir. Yerel yönetimler, Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığının bu etkinliklerden sorumlu olması ve Üniversiteler, Sivil Toplum Kurumları ve Spor kulüpleri ile işbirliği yapması uygun bulunmuştur. Oyun ve park alanlarının artması, fiziksel aktivite ve ilişkili kanser oranlarının değişimi, sağlıklı kentler birliğine katılan belediye sayısının artması ilerleme göstergesi olarak kabul edilecektir.

BİRİNCİL KORUMA GRUP RAPORU
Mücadele Edilecek Risk Faktörleri: 1) Tütün 2) Enfeksiyon 3) Çevresel ve mesleki etkenler 4) Obesite

Amaç Tütün kullanımının kanserler ile ispat edilmiş neden-sonuç ilişkisi ve kullanım yaygınlığı dikkate alınarak , tüketimi azaltmak , yeni başlayacakları önlemek ve pasif sigara dumanına maruziyeti ortadan kaldırmak						
Hedefler 1. 2012 yıla kadar tütün ürününü kullanmayanların oranını 15 yaşın üzerinde % 80'e, 15 yaşın altında % 100'e yaklaştırmaktır.						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
1. Tütün ürünleri içmenin kapalı ortamlarda yasaklanması a. 4207 sayılı kanununda yapılan değişiklikle iç ortamlarda uygulanan yasağın nedenleri, yasağa uymayanlar hakkında müeyyidelerin öğrencilere, halka, işletme sahiplerine, yöneticilere aktarılması, konuyla ilgili farkındalık ve bilinç yaratılması b. Kanun hükümlerinin etkili şekilde uygulanması, uygulamada standardın sağlanması, idari yaptırımların uygulanması	- Medyada Kanunun belirttiği sürelerdeki yayınlarda özellikle pasif sigara içimi ve kanser ilişkisinin yer alması - İlgili STKların, kamu yöneticilerinin, işletmecilerin ve halkın bir araya geleceği toplantılar planlanması - Kolluk kuvvetlerinin kanun ile ilgili bilgilendirilmesi için hizmet içi toplantıların düzenlenmesi - Mevzuat ve müfredatın kanun hükümleri ile uyumlaştırılması - Alo tütün şikayet hattının kurulması	- İçişleri Bakanlığı- Mülki amirler ve kolluk kuvvetleri - Sağlık Bakanlığı - Milli Eğitim Bakanlığı - Turizm ve Kültür Bakanlığı - TAPDK - RTÜK - TRT - Belediyeler - İl Tütün Kontrol Kurulları	- Turizm işletmecileri - Otelciler federasyonu - TESK - Hasta dernekleri - Tüketici hakları ile ilgili dernekler	19.7.2009	- Tütün endüstrisinin kanun işleyişini engelleyici faaliyetleri - İşletme sahiplerinin karlılıklarının azalması konusunda yanlış kanaatleri - Kamuoyu ve kamu görevlilerinin kanun ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olması	- Sigara bırakma kliniği başvuru sayıları - Kanun ihlali ile ilgili şikâyet sayılarında azalma - İşletmelerin karlılık oranlarındaki değişim veya artış - Kamuoyu anketlerinde halk desteği - Kanun sonrası yıllara göre kanser kayıtları - Kamuoyu anketleri - İşletme ve kurumların kanuna uyum oranları - İşletmelerin karlılık oranları

4. Medya kampanyaları	● STK ve Sağlık Bakanlığı tarafından vurucu, nitelikli ve sürekli sigara- sağlık ilişkisini anlatan program ve basın toplantılarının yapılması	○ STK ○ Sağlık Bakanlığı ○ RTÜK ○ TRT ○ Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	○ Milli Eğitim Bakanlığı ○ Gazeteciler Cemiyeti ○ TURÇEV	Sürekli	● Medya, bütün endüstrisi sektörel ilişkileri	● Kamuoyu algı anket sonuçları	● Kamuoyu algı anketleri
5. Paketlerde uyarı yazılarının bulunması	● Sigara paketleri üzerinde resimli uyarı yazılarının bulunması için yasal düzenlemenin yapılması	○ TAPDK ○ Sağlık Bakanlığı	○ STK	2009		● Görülebilirlik ve algı düzeyindeki değişiklik ● Sigara içme oranlarındaki azalma	● Görülebilirlik ve algı araştırmaları
6. Sigara bırakma konusunda tıbbi destek sağlanması	● Sigara bıraktıranın birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu ● Sigara bırakma tedavi yöntemlerinin geri ödemesinin sağlanması ● Sigara bırakma tedavisi ve sigara- sağlık eğitimi veren hekimlerin etkinliklerinin performans olarak değerlendirilmesi	○ YÖK ○ Sağlık Bakanlığı ○ Milli Eğitim Bakanlığı ○ Tıp Fakülteleri ○ TTB ○ Sosyal Güvenlik Kurumu ○ TRT	○ Tıp Meslek Örgütleri ○ Özel işletmeler ○ SGK ○ Özel sağlık sigortaları ○ TÜİK	2009	● Sigara bırakma yöntemlerinin müfredatının yoğunluğu nedeniyle programda yer alamaması ● Kanıta dayalı olmayan tedavi yöntemlerinin denetimsizliği	● Sigara bırakma oranlarındaki azalma ● Sigara bırakma yöntemlerinin hekim performans puanlarında yarattığı artış	● Sigara bırakma oranları ● Hekim performans puanları

	● Diğer ülke örneklerinde olduğu gibi sigara vergilerinin % 5'inin tütün bağımlılığı ile mücadelede ayrılması ● Sigara bırakma desteği veren internet sitelerinin desteklenmesi ve izlenmesi	o Maliye Bakanlığı			- o DSÖ - o Sağlık Bakanlığı - o TSE - o Üniversiteler - o AB - o ISO - o Medya - o Tüketici örgütleri - o STK	2009	● Bürokratik yapı ve ağır işleyiş ● Tütün endüstrisinin tavrı ● Tütün endüstrisinin etkisi altındaki medyanın tavrı	● Üretim tesislerinin ve ürünlerin denetim sıklığı ve sayısı ● Zifir, nikotin ve karbonmonoksit bırakım miktarlarının ve diğer maddelerin standartlara erişmesi	● Akreditasyon raporları ● Düzenli analiz raporları ● Standartta uygun üretim yapmayan firmalara ilişkin takip ve kontrol kayıtları
7. Tütün ve tütün ürünlerinin nikotin, karbonmonoksit ve zifir ölçümünün yanı sıra içeriğinde bulunan kanserojen maddelerin AB standartlarına uygunluğunun denetimi ve sonuçlar hakkında toplumun bilgilendirilmesi	● Uluslararası normlara uygun, bağımsız, bilimsel, akredite laboratuvar kurulması ● Laboratuvar personeline gerekli eğitimlerin verilmesi ● Üretilen, ithal edilen, piyasadan toplanan tütün ve tütün ürünlerinin standartlara uygunluğunun akredite laboratuvarlarda analizi ve sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılması ● Tütün ve tütün ürünlerinin her bir paket, karton gibi her türlü ambalajı üzerinde formaldehit, azot, hidrojen siyanür, benzen miktarlarının ölçülerek yazılması	o TAPDK							

I. TÛTÛNE BAĞLI KANSERLER

II. ENFEKSİYONLA İLİŞKİLİ KANSER MORBİDİTE VE MORTALİTESİNİ AZALTMAYA YÖNELİK ÖNLEMLER

IIA. Hepatit B

Amaç: Toplumda Hep. B taşıyıcılık Prevalansının azaltılması						
Hedefler: 1- 2010 yılı sonuna kadar toplumda hepatit B prevalansını % 5'in altına düşürmek 2- 2010 yılı sonuna kadar 20 yaş altı hepatit B prevalansını % 1'in altına düşürmek 3. 2010 yılı sonunda bebeklik çağı aşıllama oranlarının tüm ülke genelinde % 90'ın üzerine çıkmak						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri
1. Erişkin yaş grubun-daki aşıllama hizmetlerinin yaygın-laştırıl-ması	“Haydi Büyükler Aşıya” kampanyasının yürütülmesi - Erişkin bağışıklanmasında farkındalığın artırılması - Hepatit B bağışıklaması için tanımlanan hedef risk gruplarının genişletilmesi	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	- Milli Savunma B. - İçişleri Bakanlığı - Meslek Odaları - Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü - Medya kuruluşları	2010 sonu	- Aşı karşıtı grupların faaliyetleri - Aşı temini problemleri - Aşı lojistik problemleri	- Bağışıklama yüzdesinde artış - HbsAg taşıyıcılık oranında azalma - Karaciğer kanser insidansının azalması
2. Adolesan çağı aşıllama hizmetlerinin yaygınlığının sürdürülmesi	İlköğretim çağı yakalama (catch-up) kampanyaları-nın sürdürülmesi	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	- SB ilgili birimleri - MEB - Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü - Medya	Sürekli	- Aşı karşıtı grupların faaliyetleri - Aşı temini problemleri - Aşı lojistik problemleri	Bağışıklama yüzdesinde artış
3. Bebeklik çağı aşıllama hizmetlerinin yaygınlığının sürdürülmesi	- Doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde Hepatit B ilk dozunun uygulanması - GBP (genişletilmiş bağışıklama programı) kapsamında primer immunizasyon tamamlanması	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	- SB ilgili birimleri - Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü	Sürekli	- Aşı karşıtı grupların faaliyetleri - Aşı temini problemleri - Aşı lojistik problemleri	Bağışıklama yüzdesinde artış

IIB. HPV

Amaç: Toplumda HPV taşıyıcılık prevalansının kontrol altında tutulması						
Hedefler: 1- 2010 yılı sonuna kadar toplumda serviks kanseri insidansının yüz binde 8'i aşmamasının sağlanması						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri
1. Erişkin yaş grubundaki serviks kanseri etkenlerinden HPV farkındalığının artırılması	• Üreme sağlığı programlarına entegre halk eğitimleri • Risk gruplarının eğitimi • HPV-Serviks kanseri farkındalık anketlerinin yapılması	o Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü	- o SB İlgili birimleri - o MEB - o İçişleri Bakanlığı - o Milli Savunma B. Diyanet İşleri Başkanlığı - o Medya kuruluşları - o STK'lar - o Toplum liderleri	Sürekli	• Kültürel kabul görmeye sorun	• Anket sonuçlarında olumlu değişim • İnsidansın artmaması
2. Adolesan çağı sağlıklı cinsel ilişkinin geliştirilmesi ve savunuculuğunun artırılması	• Üreme sağlığı ve güvenli cinsel ilişki eğitimi • Medya çalışmaları • Sağlıklı cinsel yaşam anketlerinin düzenlenmesi	o Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü	- o SB İlgili birimleri - o MEB - o İçişleri Bakanlığı - o Milli Savunma B. Diyanet İşleri Başkanlığı - o Medya kuruluşları - o STK'lar - o Toplum liderleri	Sürekli	• Kültürel kabul görmeye sorun	• Adolesan çağı bilgi, tutum ve davranışlarında değişiklik olması • Tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalar
3. Ülkemiz HPV aşısı politikasının belirlenmesi	• Türk toplumunda görülen HPV tiplerinin belirlenmesi • Hedef kitle bilgilendirme çalışmaları • Maliyet etkinlik çalışmaları	o KSDB	- o SB İlgili birimleri - o Üniversiteler - o EA Hastaneleri	31.12.2009	• Karşı kampanyalar • Yüksek maliyet	• Türk toplumunda görülen HPV tiplerinin tayin edilmiş olması • HPV prevalansının tespit edilmiş olması • Tıp belirleme ve prevalans çalışmaları sonuç raporları

IIC. ENJEKSİYON GÜVENLİĞİ

Amaç: Enjeksiyon Güvenliği sorunlarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi,							
Hedefler: 1- 2012 yılına kadar tüm sağlık personelinin güvenli enjeksiyon uygulamalarına geçmesinin sağlanması							
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/ Kuruluş(lar)	Tamamlan- ma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
1. Güvenli enjeksiyon ve güvenli enjektör atık imhası	- Güvenli enjektör atık kullanımının yaygınlaştırılması - Güvenli enjektör atık kutularının uygun bertarafının sağlanması - Sağlık personeline yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması - Sağlık çalışanlarına özellikle iğne ucu yaralanmaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranış çalışmaları yapılması	- Temel Sağlık Hizmetleri - Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü - Çevre ve Orman Bakanlığı	- SB ilgili birimleri - Yerel İdareler - STK' lar	2012	Sağlık personelinin tutum ve davranışları	- Güvenli atık kutusu kullanım yaygınlığı - Sağlık çalışanlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu gelişmeler - İğne ucu yaralanma sayısında azalma	- Güvenli atık kutusu kullanım sıklığı, - Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma sonuçları - İğne ucu yaralanması kayıtları
2. Madde bağımlısı ve ilaç kötü kullanımlarında enjeksiyon güvenliğinin teşviki	- Madde bağımlılığı prevelansının azaltılması - Madde kullanımında güvenli enjektör kullanımının sağlanması	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	- MEB - İçişleri Bakanlığı - Üniversiteler	2012	Kontrol dışı madde kullanımı	- Madde bağımlısı sayısında azalma - Madde bağımlıların olumlu davranış değişiklikleri	- Tanımlayıcı ve kesitsel çalışmaların sonuçları - Madde bağımlısı sayısı

III. ÇEVRESEL ve MESLEKSEL ETKENLERLE OLUŞAN KANSERLERİN AZALTILMASI

Amaç : Çevresel ve mesleki etkenlerle oluşan kanserlerin azaltılması						
Hedefler: Bilinen çevresel karsinogenlerle temasının önlenmesi,						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri
1. Mesleki ve çevresel asbest temasının önlenmesi	- Kayıt dışı işletmelerin tespiti - Mevzuata uygun gerekli önlemlerin alınması . İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının tüm çalışanlara yaygınlaştırılması - Kırsal bölgede beyaz toprağın ev içi amaçlarla kullanımının önlenmesi - Yoğun hasta gelen bölgelerde tanı – tedavi hizmetlerinin var olan ilgili merkezlerle entegrasyonu - İşe giriş muayeneleri ve işçilerin uzun süreli takiplerinin sağlanması *Çalışma ortamından kaynaklanan ve kansere yol açan mesleki faktörlerden bütün çalışanların korunmaları ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tarafların	- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı - Sağlık Bakanlığı - Çevre ve Orman Bakanlığı - Sanayi ve Ticaret Bakanlığı	- Denizcilik Müsteşarlığı - Üniversiteler - MTA - Sendikalar - Sivil toplum kuruluşları - Meslek Odaları - Medya - GEMİSANDER	2010 Eğitim etkinlikleri süregelen	- İnsan gücü yetersizliği - Halk eğitimi eksikliği - Kültürel sınırlamalar - Maliyet a) Sanayide yeni teknoloji b) Yerleşim alanı değişikliği	- İşe giriş muayenesi yapılan ve uzun süreli takip edilen işçi sayısında artış - Risk altı nüfustaki farkındalığın artışı gösteren kesitsel çalışma sonuçları - Phnomkonyoz ve kanserli işçi görülme sıklığında azalma (uzun dönem) - Asbest ilişkili kanser sıklığında toplumda azalma görülmesi

	tespiti ve yüksek olanların kullanımının önlenmesi				2012 2009-Yüksek gerilim için	Maliyet Halkın sosyo kültürel defansı Firmaların maliyet artışları nedeniyle defansı Telefon firmalarının defansı	Radon ölçüm haritalarının yayınlanması ve güncellenmesi Bina içi radon düzeylerinde azalma Radyoloji birimlerinden sızan radyasyon ölçümleri Radyasyon güvenlik programı uygulayan birim sayısı Çocukluk ve adolesan çağda kullanılan cep telefonu sayısı	
3. Çevresel ve Mesleki Radyasyondan Korunma a) Radon temasının azaltılması b) Nükleer atıkların kontrolü c) Radyoloji merkezlerinin /departmanlarının kontrolü	- Radon haritasının güncelleştirilmesi - Binalara radon gazı sızıntısını en aza indirecek önlemlerin alınması - Halkın radon gazı olası etkileri ve korunması konularında bilinçlendirilmesi - Sağlık Merkezlerinde Radyasyon güvenlik programlarının oluşturulması - Mevzuat düzenlemeleri - Halk eğitimleri - Özellikle çocukluk çağı ve adolesan	- TAEK - Çevre ve Orman Bakanlığı - Sağlık Bakanlığı - Telekomünikasyon Kurumu - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	- Bayındırlık ve İskan Bakanlığı - Turizm Bakanlığı - Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı - Üniversiteler - Sivil toplum kuruluşları - Meslek Odaları - Medya				Radon ölçüm haritalarının yayınlanması ve güncellenmesi Bina içi radon düzeylerinde azalma Radyoloji birimlerinden sızan radyasyon ölçümleri Radyasyon güvenlik programı uygulayan birim sayısı Çocukluk ve adolesan çağda kullanılan cep telefonu sayısı	

b) Hava kirliliği (makro çevre); endüstriyel kirlilik, trafik ve partiküler madde ile egzoz gaz temasları engellenmesi	Dış ortam hava kirliliği konusunda halk eğitimi yapılması Dış ortam hava kirliliği ile ilgili önlemleri içeren rehberlerin hazırlanması						
--	--	--	--	--	--	--	--

IV. OBESİTE, DİYET ve İNAKTİVİTE'YE BAĞLI KANSERLER İLE MÜCADELE

Amaç: Ulusal Obesite ile Mücadele Programı kapsamında yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının topluma kazandırılması							
Toplumda Fiziksel hareketliliğin Sağlığa Olumlu Katkıları Konusunda Farkındalık Oluşturmak							
Hedef : 2012 yılına kadar toplumun %90'ında yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak, 2012 yılına kadar Fiziksel inaktiviteye bağlı kanser prevalansını azaltmak							
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum / Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
1) Kanser oluşumu için risk faktörü olan hazırlama ve pişirme yöntemlerinin azaltılması	Halkın bu konudaki bilgi düzeyinin artırılması için yapılacak kampanya faaliyetleri(media vb.) Gayrisihhi müessese denetimi ile gıda kalite kontrolü	o Sağlık Bakanlığı	o Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı o Üniversiteler o STK	2012	o Eğitilmiş sağlanamaması	o sağlıklı gıda tüketiminin azalması	o Mevcut durum analizi anketi o İlerleme analizi anketi
2) Kanserden koruyan besinlerin yeterince tüketilmesi	Yeterli ve dengeli beslenmenin ilk ayağı olarak ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi Türkiye'deki beslenme alışkanlıkları ve kanser ilişkisinin araştırılması Kanserden korunmak için sağlıklı beslenme rehberi oluşturulması o Bebek dostu hastane	o Sağlık Bakanlığı	o Türk Silahlı Kuvvetleri o TRT o Medya o Milli Eğitim Bakanlığı(Halk Eğitim Merkezleri)	Süreçten	Endüstrinin pazarlama taktikleri o Annenin çalışması ve izin kullanımı ile ilgili yasal düzenleme eksikliği	6 ay sadece anne sütü alan bebeklerin oranlarının % 50 ye çıkarılması Ulusal Sağlıklı Beslenme Rehberinin Hazırlanması	Yıllık ACSAP raporları o Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları(TNSA)

4) Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması için bilinç düzeyinin artırılması, gerekli eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması a) Halk eğitimi b) Birinci basamak sağlık çalışanları c) Okul öncesi ilk ve orta öğretim d) Diyetisyenler	● Eğitim modüllerinin hazırlanması ● Eğitici eğitimlerinin yapılması ve yaygınlaştırılması ● Eğitici eğitimlerin sürdürülmesi ● Beslenme ve kanser modüllerinin guncellenmesi ● Bilgi Eğitim İletişim materyallerinin hazırlanması ● Toplumsal rol modellerinin kullanılması (sanatçı, sporcu, politikacı vs.) ● Zayıflama ve beslenme danışmanlığı programlarının SGK kapsamına alınması ● Diyetisyen meslek yasasının çıkarılması ● Diyetisyen sayısının artırılması	o Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı SGK	● DSO ● Üniversiteler ● Medya ● Türkiye Diyetisyenler Derneği	2010 den itibaren sürekli	● Bu faaliyetlerin sağlık çalışanlarının performansına yansıtılmaması ● Sağlık personelinin hareketliliği ● Eğitim modüllerinin sisteme entegrasyonundaki güçlükler ● Kurumlararası işbirliğinin sağlanamaması	● Eğitim alan sağlık personeli sayısı - Eğitim alan Okul öncesi ilk ve orta öğretim kurumu sayısı ● Diyetisyen Meslek Yasasının Yayınlanmış Olması ● Diyetisyen Sayısındaki artışın tespiti ● Zayıflama programının SGK kapsamına alınmış olması	● Bu eğitimlerin başarısına yönelik pilot çalışmaların yapılması ● Diyetisyen Meslek yasasının hazırlanması ● Diyetisyen sayısının tespiti
---	--	---	--	----------------------------------	---	--	--

5. Sektörler arası işbirliğinin artırılması	● Obezite ve beslenme ile kanser ilişkisine yönelik toplantılara katılımlarının sağlanarak farkındalıklarının artırılması ● Paydaşların iletişim ağının sağlanması	○ Sağlık Bakanlığı	○ İçişleri Bakanlığı ○ Tarım ve Koy İleri Bakanlığı ○ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ○ MEB ○ Diyanet İşleri Başkanlığı ○ Üniversiteler ○ STK'lar ○ TSK ○ TRT ○ Sendikalar ○ Medya ○ TUIK	2012	● Sektörlerin ilgisizliği	● Toplantı, çalıştay sayısı ve katılımcı oranları ● Faaliyet raporlarının sunulması	● Aylık Faaliyet Raporları
6) Sağlık personeli yetiştiren okul ve yüksek okulların mufredatlarına beslenme ve fiziksel aktivite ve kanserle ilişkisi konusunun eklenmesi	● Mufredat içeriğinin düzenlenmesi	○ YOK ○ MEB ○ Sağlık Bakanlığı	○ Üniversiteler arası Kurul ○ Üniversiteler	2012	● Kurumlararası iletişimsizlik	● Mufredatın uygulamaya konulması ● Mufredatı uygulayan kurum sayısı	● Mufredatın uygulamaya konulması
7)Toplumda Fiziksel hareketliliğin artırılması ve inaktifitenin engellenmesi	● Kolay ulaşılabilir mesafede yeterli ve güvenli oyun ve spor alanları oluşturulması ● Farkındalığı arttıracak ve toplumu fiziksel aktiviteye yönlendirecek medya kampanyalarının düzenlenmesi ● Bu amaca yönelik çevre düzenlemelerinin yapılması ● Sağlıklı kentler birliğine üye belediye ve şehirlerin artırılması	○ İçişleri Bakanlığı özel İdareler genel Müdürlüğü ○ Yerel yönetimler ○ Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü ○ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ○ MEB	○ Üniversiteler ○ STK ○ Spor Kulüpleri	2012	● Yeterli ödeneklerinin veya mali kaynakların olmaması ● Özel sektör katılımının yetersiz olması ● Uygun alan bulunamaması	● Oyun ve park alanlarının sayısının artması ● Medya çalışmalarının sayılarının artışı ● Fiziksel aktivite ve kanser oranlarının değişiminin değerlendirilmesi ● Sağlıklı kentler birliğine kabul edilen belediye ve şehir sayısı artışı	● Eylem planının uygulanmaya konması

Türkiye’de Primer Koruma’da Yapılması Gerekenler:

Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu

Bir toplumda kanserle ilgili en önemli faktör, bu kanserin erken evrede yakalanabilmesidir. Kanserın erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi orta/düşük gelirli ülkelerde sıklığı giderek artan kanser hastalarında tarama programlarının uygulanması zorunlu bir hale gelmiştir. Tarama programlarının mortalite ve morbiditeyi düşürmede etkin ve cost-efektif olduğu, ülkemizde de sık görülen ve Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından da önerilen meme ve serviks kanseri konusunda ulusal bir program oluşturulması ve uygulaması gerekir.

Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle, halkın eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamak olmalıdır. Topluma sağlık hizmeti veren elemanların (doktor, hemşire, ebe vs.) ve bunları yöneten idarecilerin (Sağlık Müdürü, Başhekim, vs.) kanser, erken tanı ve tarama programları konusunda eğitilmesi ve uygulama içerisine alınması da şarttır. Bu projelerin uygulanmasında gerçek bir bütçe oluşturulması ve uygulanması, uygulamayı yapacak olan kurum ve kuruluşlar arasında uyumlu bir çalışmanın sağlanması gerekir. Projelerin gerçekleştirilmesini önleyecek sosyal, kültürel ve diğer bölgesel faktörler ortaya konulmalı ve bunlarla mücadele edilmelidir. Uygulamalar, belirli aralıklarla kontrol edilmeli, elde edilecek veriler değerlendirilmeli ve düzenli olarak yayımlanmalıdır. Hazırlanan tablolarda, hedefler, stratejiler, aktiviteler, ilgili kuruluşlar, olası engeller ve ilerleme göstergeleri belirlenmiştir.

Herhangi bir erken tanı ve tarama programına yaklaşım ve uygulamadaki başarı, tanı sırasında kanser evresinde küçülme ve ayrılan kaynakların yerinde ve zamanında kullanılması ile mümkün olacaktır.

Kanser, düşük ve orta gelirli ülkelerde ikinci sıklıkta ölüm nedenidir ve



infeksiyöz hastalıklardan (solunum yolu, HIV/AIDS, ishal, tüberküloz vs.) daha sıktır (Anderson GF, Chu E. Expanding priorities--confronting chronic disease in countries with low income. *N Engl J Med* 2007;356(3):209-11.). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2005 yılında yaptığı 58. Dünya Sağlık Kurulu'nda [58th World Health Assembly in 2005, the World Health Organization (WHO) Resolution on Cancer Prevention and Control (WHA58.22)], özellikle düşük/orta gelirli ülkelere kanser mortalitesini azaltacak ve kanser hastaları ve bunların ailelerinin yaşam kalitelerinin arttıracak programların geliştirilmesinde kendisi ile işbirliğine girilmesini önermiştir (58th World Health Assembly approved resolution on cancer prevention and control WHA58.22 Geneva: World Health Organization, 2005:2.). DSÖ, bu ülkelere kanser kontrol programlarını mevcut sağlık sistemlerine entegre etmelerini, kanser erken tanı ve tedavisinde kanıta dayalı, kaynakların en verimli bir şekilde kullanılabileceği programlar geliştirmelerini tavsiye etmiştir.

Meme kanseri, tüm insanlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen kadın kanseridir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinde başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine WHO'ya bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında %25'lik artış görülmektedir. Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelere tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Meme kanseri mortalite oranı; gelişmiş olan ülkelere %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelere ise %43'dür.(221.000 ölüm / 514.000 olgu).

Ülkemizde mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında bir sıklık verilebilir. Bu sıklık farkı, batı Türkiye'deki yaşamın Avrupa'dakine benzerliğinden kaynaklanmaktadır. Kadınlardaki

4 kanserden biri memede yerleşmekte olup, meme kanseri en sık kanserden ölüm nedenidir.

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra 3. sıklıkta görülenidir. Gelişmekte olan ülkelerde 2. sıklıkta görülür iken, gelişmiş ülkelerde tarama programlarının başarılı uygulamaları nedeniyle 6. hatta bazı ülkelerde 10. sıraya inmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık 400.000-500.000 yeni serviks kanseri saptanır iken, bunların 190.000 tanesi ölmekte, ölümlerin de %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bu sayılar serviks kanserinde tarama programlarının bu kanserin görülme sıklığını ve bu kanserden ölüm oranlarını azaltmakta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir(1,2).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise 1996'da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup tüm kadın kanserleri arasında 7. sırada iken 2002 yılında bu sayı 708'e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında 10. sıraya gerilemiştir. 2003 yılı verilerinde serviks kanseri sayısı 763'e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da 9. Sıraya yükselmiştir. International Agency for Research on Cancer'in 2002 yılında yaptığı GLOBOCAN çalışmasına göre ise Türkiye'deki serviks kanseri insidansı yüz binde 4,5'tir, aynı yıl içinde 1364 yeni serviks kanseri vakası ve serviks kanserine bağlı 726 ölüm olması beklenmektedir. 2003 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nın Türkiye'yi temsil edeceği düşünülen 8 il çalışması yayınlanmıştır. Bu çalışmada seçilen iller Ankara, Antalya, Edirne, Erzurum, Eskişehir, İzmir, Samsun, Trabzon olup bu illerin nüfusu Türkiye'nin nüfusunun % 19.71'ini oluştururken, Türkiye'de görülen kanserlerin % 36.82'si bu illerde meydana gelmektedir. Bu nedenlerle bu 8 il çalışması Türkiye'deki rakamları temsil etme özelliğine sahiptir. Bu çalışmanın sonucu ise serviks kanseri tüm kadın kanserleri içerisinde 10.sırada olup insidansı yüz binde 4.76'dır.

YÖNTEMLER

Ulusal Kanser Tarama ve Erken Tanı Gurubu 2-3 Haziran 2008 tarihlerinde Kızılcahamam / Ankara'da toplanarak, ülkemizde uygulanmaya başlanacak olan kanser tarama ve erken tanı programları üzerinde mültidisipliner bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmaya, Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı'nca belirlenen bir üye ve aile hekimliği temsilcisi ile genel cerrahi, radyoloji, kadın doğum ve patoloji uzmanları katılmıştır. Öncelikle ülkemizde sık görülen, tarama programları sayesinde erken tanı ve mortalitede azalma saptanan meme ve serviks kanseri konularında hedefler, stratejiler belirlenmiş, olası engeller ve izlem yöntemleri ortaya konulmuştur. Diğer tarama programı uygulanabilecek kanserler (kolo-rektal kanser vs.) konusunda ön çalışmalar yapılmıştır. Elde edilen bulgular için 2 ayrı Tablo (Tablo I ve II) üzerinde çalışılmıştır.

SONUÇLAR

Türkiye'de erken tanı için ulusal tarama programı oluşturulması gereken, Dünya Sağlık Örgütü'nün de tarama programı için önermiş olduğu iki kanser vardır. Bunlar meme ve serviks kanseridir. Diğer kanserlerde ulusal tarama programları geliştirmek ve uygulamak şu aşamada kanserlerin görülme sıklığı ve maliyet-etkinlik açısından incelendiğinde gerekli görülmemektedir. Ancak rektum kanserleri için de yakın gelecekte ulusal tarama programı geliştirilmesi ve uygulanması gerekli olacaktır gibi görünmektedir.

Ulusal kanser kontrol programında, meme, serviks ve kolorektal kanserlerin ulusal tarama programları geliştirilerek uygulanmasının amacı erken tanı ve tarama ile bu kanserlerin erken evrelerde yakalanması ve bu kanserlerdeki mortalite oranlarının azaltılmasıdır. Bu amaca ulaşmak için aşağıdaki hedefler göz önünde bulundurulmalıdır:

1. Kanseri farkındalığını oluşturmak,
2. Tarama yapılan kanserlerde (meme-serviks-kolorektal) kanser evresini ve mortaliteyi azaltmak. Yeni kanserler için tarama standartlarını oluşturmak.

HEDEF 1:KANSER FARKINDALIĞINI OLUŞTURMAK

Bu konuda hedeflere ulaşmak için geliştirilecek en önemli strateji eğitim ve savunuculuk olmalıdır. Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. Eğitim modülünün hazırlanması

a. Eğitim faaliyetlerini yürütecek olan EĞİTİCİ'lerin eğitimi(Yurt dışı ihtisas merkezlerine gözlem ziyaretleri)

b. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

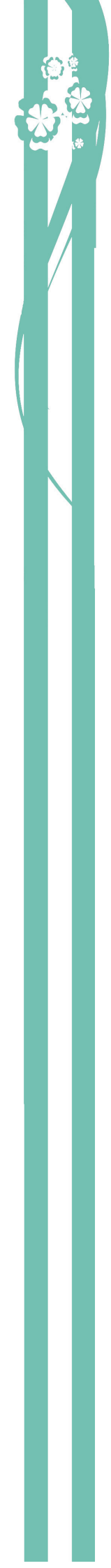
- i. Birinci basamak pratisyen, aile hekimi, ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyenlerinin eğitimi
- ii. Erken tanı ve tarama ile ilgili sağlık elemanlarını bünyesinde bulunduran kuruluşlardaki yöneticilerin (sağlık müdürü, başhekim vs) eğitimi
- iii. Kanser Erken tanı ve tarama programı ile ilgili Uzmanlık dallarındaki hekimlerin eğitimi
- iv. Standart eğitim için basılı materyalin hazırlanması

c. Toplum Eğitimi(Kültürel Farklılıkları Gözetken Eğitim Programı)

- i. Halk eğitimi
- ii. Okullarda eğitim
- iii. Medya ile işbirliği
- iv. Sivil toplum kuruluşları ile işbirliği
- v. Toplum liderleri ile işbirliği (öğretmenler, muhtarlar, imamlar)
- vi. Standart eğitim için basılı materyalin hazırlanması

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Kanserle Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluşlar olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdırlar.

1. Milli Eğitim Bakanlığı
2. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
3. Üniversiteler
4. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

- 
5. Sağlık Müdürlükleri
 6. Uzmanlık Dernekleri;
 - i. Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği,
 - ii. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği
 - iii. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
 - iv. Sitopatoloji Derneği,
 - v. Türk Cerrahi Derneği,
 - vi. Ulusal meme hastalıkları dernekleri federasyonu,
 - vii. Patoloji Dernekleri Federasyonu
 - viii. Türk Radyoloji Derneği,
 7. Medya kuruluşları
 8. Sivil Toplum Örgütleri
 9. Dünya Sağlık Örgütü
 10. Dünya Meme Sağlığı Derneği(World Society for Breast Health)
 11. The Breast Health Global Initiative
 12. IARC
 13. UICC

Bu aktivitelerin tamamlanması için **31.12.2009** tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken halkın bilinç düzeyinin yetersizliği, eğitime katılan personelin motivasyonundaki yetersizlik, işbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği, finansal yetersizlik, eğitimin standardizasyonundaki yetersizlik gibi faktörler olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri:

1. Kısa dönem göstergeleri:

- a. Tarama ve erken tanı ile ilgili eğitim toplantıları ve katılımcı sayısının (halk ve sağlık çalışanları) artması
- b. İlgili kuruluşlar arasında düzenli olarak yapılan durum değerlendirilmesi ve eksiklerin giderilmesi ile ilgili toplantıların artması
- c. Tarama ve erken tanı programlarına katılanların sayısında belirgin ve düzenli bir artış
- d. Erken evre kanser ve kanser öncesi lezyonlara sahip olan hasta sayısında artış

2. Uzun dönem göstergeleri:

- a. Sağlık Çalışanlarının %80 nin eğitilmiş olması
- b. Hedef kitlenin %80 nin eğitilmiş olması
- c. Lokal İleri ve metastatik evrede tanı konulan hasta sayısında azalma,
- d. Kanserle ilgili hastalıksız sağkalım ve ortalama sağkalım oranlarında artış,
- e. Kanserle ilgili tedavi giderlerinin erken tanıya bağlı olarak azaldığının tespiti

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Mevcut veri tespiti
 - a. Mevcut veri
 - b. Yapılacak anketler
2. Erken evre kanser ve kanser öncesi lezyonların sayısı
3. İleri evrede tespit edilen kanser sayısı ve oranı
4. Lokal İleri ve metastatik evrede tanı konulan hasta sayısı
5. Kanserden ölüm oranları(mortalite)
6. Düzenlenen Eğitim sayısı,
7. Eğitimlere katılan sayısı,
8. Eğiticinin Eğitimi Ekibinin yurt dışı ziyaretine katılımının gözlenmesi
9. Kanserle ilgili tedavi giderleri

HEDEF 2: TARAMA YAPILAN KANSERLERDE(MEME-SERVİKS-KOLO REKTAL)KANSER EVRESİNİ VE MORTALİTEYİ AZALTMAK. YENİ KANSERLER İÇİN TARAMA STANDARTLARINI OLUŞTURMAK

Erken tanı için tarama programı uygulanacak olan kanserlerde (meme- kolorektal-serviks) stratejilerin, aktivitelerin, işbirliği yapılacak ilgili kuruluşların ve olası engellerin belirlenmesi, tarama programlarının ilerleme göstergelerinin, izlem ve kontrol verilerinin ortaya konulması, tarama programları sayesinde meme, kolorektal ve serviks kanserlerinde erken evredeki tanının sağlanması, bu sayede bu kanserlere bağlı morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması, erken tanı ve tedavi sayesinde sağlık harcamalarının azaltılması, ülkemizde diğer sık görülen kanserler (deri , mide, özefagus kanseri vs.) için tarama ve erken tanı standartlarının belirlenmesi bu başlıktaki hedeflerdir

Bu konuda hedeflere ulaşmak için geliştirilecek en önemli stratejiler şunlardır:

1. Tarama programlarının maliyet etkinlik analizlerinin değerlendirilmesi
2. KETEM'lerde tarama kayıt sisteminin geliştirilmesi
3. KETEM dışı tarama yapılan merkezlerdeki veri akışını sağlamak için işbirliği yapmak
4. Tarama merkezlerinde görevli personelin istihdamı
5. Tarama Merkezlerinde Standardizasyon ve Kalite Güvencesinin Sağlanması
6. Taraması planlanan Kolorektal kanserler için tarama standardı oluşturulması ve yayınlanması
7. Ulusal Toplum Bazlı Meme, Serviks ve Kolorektal Kanseri Taramasının Aynı Anda Uygulanabilir Hale Getirilmesi

Tarama programlarının maliyet etkinlik analizlerinin değerlendirilmesi

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

- Taramalar için maliyet- etkinlik analizinin yapılması ve sonuçlandırılması
 1. Meme kanseri taraması için mevcut pilot çalışmalar çerçevesinde değerlendirme yapılması,
 2. Kolorektal kanserler konusunda maliyet etkinlik çalışmasının yapılması
 3. Şanlıurfa ve Van servikal kanser tarama pilot projelerinden yararlanılarak servikal kanser maliyet etkinlik analizinin en önemli aktiviteler olacaktır.

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluş olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdırlar.

1. Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri
2. Maliye Bakanlığı
3. DSÖ
4. Üniversiteler
5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
6. KETEM'ler
7. IARC
8. Ulusal ve Uluslar arası sivil toplum örgütleri
 - a. Dünya Meme sağlığı Derneği (WSBH)
 - b. The Breast Health Global Initiative
9. Diğer ilgili ulusal ve uluslar arası STK'lar ve konu ile ilgili uzmanlık dernekleri

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2009 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken işbirliği yapılan kurum ve kuruluşlar arasında yetki/sorumluluk paylaşım sorunu, tarama için örnek alınacak pilot çalışmaların tamamlanamaması / değerlendirilememesi ekonomik yetersizlik, mevcut BUT 'da tanımlanmamış olması kaynakların verimli kullanılamaması olası engel olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergesi analiz raporunun hazır hale gelmesi, izleme ve kontrol için sağlanacak veri ise rapor sonuçlarına göre mevcut politikaların değerlendirilmiş olması olmalıdır.

KETEM’lerde Tarama Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi:

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. Standart formlar oluşturulması,
2. Web tabanlı yazılım oluşturulması,
3. İnternet üzerinden bilgi akışının sağlanması,
4. T.C.Kimlik no’su kullanılarak hastanın sevk zincirini izlemeye olanak sağlayan sistemin oluşturulması,

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Kansere Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluşlar olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdırlar.

1. S. B. ilgili birimleri
2. Üniversiteler
3. Eğitim ve araştırma Hastaneleri
4. Sağlık Müdürlükleri
5. Uzmanlık Dernekleri;
 - a. Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği,
 - b. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği
 - c. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
 - d. SitoPatoloji Derneği,
 - e. Türk Cerrahi Derneği,
 - f. Ulusal Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu,
 - g. Patoloji Dernekleri Federasyonu
 - h. Türk Radyoloji Derneği
6. Diğer ilgili dernekler
7. Yazılım Firmaları

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2009 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken verilerin saklanmasıdaki yetersizlikler, yazılımda

ıkabilecek aksaklıklar, finansal sorunlar, çalışmaların kontrolü ve devamlılığının sağlanmasındaki yetersizlikler, işbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği, veri kayıtlarını tutacak personelin yetersizliği olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri

1. Tarama yapılan kişi sayısındaki artış
2. İlgili formların hazır hale getirilmesi
3. İlgili formların kullanılmaya başlanması
4. İnternet üzerinden bilgi akışının başlaması

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Mevcut veri analizi
2. Tarama yapılan kişi sayısı
3. İlgili formların hazır halinin görülmesi
4. İlgili formların kullanılmaya başlandığıının görülmesi
5. İnternet üzerinden bilgi akışının başladığının görülmesi olmalıdır.

KETEM Dışı Tarama Yapılan Merkezlerdeki Veri Akışını Sağlamak İçin İşbirliği Yapmak:

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. KETEM dışı tarama yapılan merkezlerdeki personele tarama programları konusunda eğitim yapılması
2. İlgili merkezlerle işbirliği yaparak verilerin toplanması
3. Mevcut standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlanması ve KSDB'ėına bildirilmesinin sağlanması en önemli aktiviteler olacaktır.

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Kanslerle Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluşlar olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdır.

1. S.B. ilgili birimleri
2. Üniversiteler

- 
3. Sağlık Müdürlükleri
 4. Sağlık Ocakları
 5. AÇSAP Merkezleri
 6. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
 7. Belediye Hastaneleri
 8. Özel Hastaneler ve Poliklinikler
 9. Uzmanlık Dernekleri
 10. Sivil toplum kuruluşları

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2009 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken finansal sorunlar, yetişmiş personel azlığı, teknik alt yapı yetersizliği ve işbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri

1. Eğitim sayısı ve eğitim alanların sayısında artış
2. Verilerin toplanmasındaki düzenin sağlanması
3. Standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlanması

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Verilen eğitim sayısı ve eğitim alanların sayısı
2. Verilerin toplanmasındaki düzenin sağlandığının gözlenmesi
3. Standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlandığının gözlenmesi olmalıdır.

Tarama Merkezlerindeki Taramada Görevli Personelin İstihdamı:

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. S.B.Personel Gn.Md., İl Sağlık Müdürlükleri ve Hastane Başhekimleri ile planlama yapılması
2. Sağlık Müdürleri ve ilgili hastane başhekimlerine KETEM'lerin ve kanserde erken tanının önemi konusunda eğitim verilmesi
3. Konsültasyon hizmeti verecek uzman sayısının ihtiyaca göre artırılması(Genel

Cerrahi, Jinekoloji, Radyoloji, Dermatoloji, Patoloji)

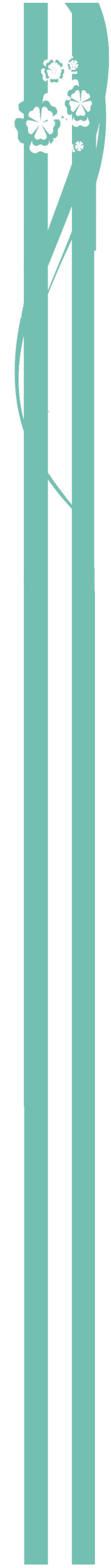
4. Smear testinin değerlendirilmesinin de sitoteknologların kadrolarının tanımlanması, ihtiyaca göre eleman yetiştirilmesi ve görevlendirilmesi
5. Mamografi filmlerinin okunmasında ulusal standartlara uyulması
6. İlgili meslek örgütleriyle işbirliği ile interaktif yöntemler kullanılarak sürekli eğitim verilmesi ve sertifikalandırılması
7. Sertifikalandırılan personelin tarama hizmetleri dışında görevlendirilmemesi
8. Tarama hizmetlerine katılan personele ek ödeme yapılarak teşvik edilmesi en önemli aktiviteler olacaktır.

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluşlar olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdırlar.

1. Başbakanlık
2. S.B. İlgili birimleri
3. YÖK
4. Üniversiteler
5. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
6. Belediye Hastaneleri
7. Uzmanlık Dernekleri
 - a. Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği
 - b. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği
 - c. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
 - d. Sitopatoloji Derneği
 - e. Türk Cerrahi Derneği
 - f. Ulusal meme hastalıkları dernekleri federasyonu
 - g. Patoloji Dernekleri Federasyonu
 - h. Türk kolorektal Cerrahi Derneği
 - i. Türk Radyoloji Derneği
 - j. Türk Radyoteknoloji Derneği
8. Sivil toplum kuruluşları

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2009 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken finansal sorunlar, yetişmiş personel azlığı, işbirliği yapılan



kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği, yetiştirilmiş personelin başka görevlerde istihdamı, yetiştirilmiş personeldeki sık yapılan tayinler olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri

1. Eğitim alan Sağlık Müdürü ve Başhekim sayısındaki artış
2. Tarama ile ilgili interaktif eğitim sayısındaki artış
3. Tarama ile ilgili sertifika sahibi personel sayısındaki artış
4. Tarama hizmetlerinde çalışan personelin görev sürelerinin artması
5. Tarama hizmetlerinde çalışan personelin ek ödemelerinin artmış olması
6. Yeni oluşturulan kadro sayısı

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Mevcut veri analizi
2. Eğitim alan Sağlık Müdürü ve Başhekim sayısı
3. Tarama ile ilgili eğitim sayısı
4. Tarama ile ilgili personel sayısı
5. Tarama hizmetlerinde çalışan personelin görev süreleri
6. Tarama hizmetlerinde çalışan personelin ek ödemeleri tespiti

Tarama Merkezlerinde Standardizasyon ve Kalite Güvencesinin Sağlanması:

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. Merkezlerdeki cihaz, ekipman ve teknik hizmet kalitesinin artırılması
2. Tarama ile ilgili dernekler ve Ulusal Kansere Danışma Kurulu Erken Tanı ve Tarama Alt Kurullarının hazırladığı standardizasyon programlarının uygulanması
3. Eğitim programlarının standart hale getirilmesi
4. Kalite kontrol çalışmalarının yapılması ve KETEM Kalite Kitapçığının hazırlanması en önemli aktiviteler olacaktır.

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluş olup S.B. ilgili birimleri, Ulusal Kanseri Danışma Kurulu, Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulları ve ilgili dernekler ile işbirliği yapmalıdır.

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2009 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken finansal sorunlar ve işbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri

1. Kullanılan cihazlarda teknolojik olarak artış olmasının gözlenmesi
2. Taramalarla ilgili standart programların hazırlanmış olmasının gözlenmesi
3. Eğitim programlarının standart hale getirilmiş olmasının gözlenmesi
4. Kalite kontrol mekanizmalarının kurulmuş olmasının gözlenmesi

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Kullanılan cihazlarda teknolojik olarak artış olması
2. Taramalarla ilgili standart programların hazırlanmış olması
3. Eğitim programlarının standart hale getirilmiş olması
4. Kalite kontrol mekanizmalarının kurulmuş olması olmalıdır.

Ulusal Meme Ve Serviks Kanseri Taramasının Tüm Ülkede Aynı Anda Uygulanabilir Hale Getirilmesi:

Bu stratejinin uygulanmasında sırasıyla:

1. Sağlık ocaklarındaki ETF'ler, Belediye ve Nüfus Müdürlükleri kayıtlarından yararlanılarak taranacak olan hedef nüfusun belirlenmesi
2. Toplumun %70'ini taramayı hedef alan çalışmanın planlanması
3. Bu çalışmaların planlaması öncesinde daha küçük grupları içeren pilot çalışmalar yapılması en önemli aktiviteler olacaktır.

Bu aktivitelerin uygulanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanseri Savaş Daire Başkanlığı sorumlu kuruluşlar olup aşağıdaki kuruluşlar ile işbirliği yapmalıdırlar.

1. S.B ilgili birimler.
2. Ulusal Kanser Danışma Kurulu
3. Sağlık Müdürlükleri
4. İlgili hastane başhekimleri
5. KETEM'ler(kamu ve özel)
6. Sağlık Müdürlükleri
7. İlgili Hastane Başhekimlikleri
8. Sağlık Ocakları
9. Belediyeler
10. Nüfus Müdürlükleri
11. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)

Bu aktivitelerin tamamlanması için 31.12.2010 tarihi hedef olmalıdır.

Bu aktiviteler uygulanırken finansal sorunlar, yetişmiş personel azlığı, teknik alt yapı yetersizliği ve işbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği olası engeller olarak karşımıza çıkabilir gibi görünmektedir.

Bu aktivitelerin ilerlemesini takipte kullanılacak ilerleme göstergeleri

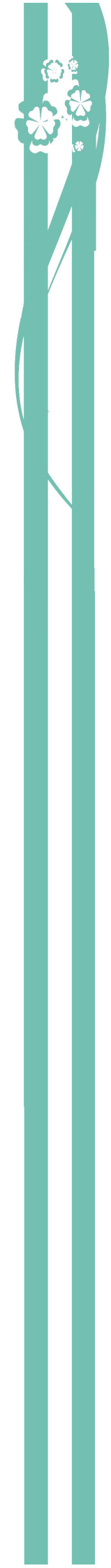
1. Yapılmış olan Pilot çalışma sayısındaki artış
2. Tarama yapılan popülasyonun %70'i kapsamış olması

İzleme ve kontrol için sağlanacak veriler ise:

1. Yapılmış olan Pilot çalışma sayısı
2. Tarama yapılan popülasyon oranı olmalıdır.

TARTIŞMA

Sonuç olarak, meme kanseri, ülkemizde de en sık görülen kadın kanseri olup, modern ve sürekli bir tarama ve kayıt programı uygulanmalıdır. Serviks kanseri ise şu anda ülkemizde sıklık açısından bir sorun yaratmıyor gibi görülmektedir. Son yıllarda premalign lezyonların tespitinde görülen sayısal artışlar bizim daha sonraki yıllar için tarama programları geliştirerek ve uygulayarak bu hastalığa karşı tedbirli olmamızı



gerektirmektedir. Türkiye’de bu projelerin uygulanmasında çok önemli güçlükler (bürokrasi, yetki, birlikte çalışma güçlüğü, bilgisizlik...) vardır. Ancak, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Üniversiteler, Ulusal Kanser Danışma Kurulu, Bilimsel ve Sosyal Dernekler birlikte çalışarak, ulusalkanser politikasını belirlemeye ve uygulamaya çalışmaktadırlar. Gelişmişliğin ölçüsü ve Türk kadınının ihtiyacı olan bu programların uygulanması; konunun kişisel değil ulusal bir dava olarak benimsenmesini, karşılaşılan güçlüklerle mücadele edilmesini, sabırlı kararlı olmayı ve konu ile ilgili tüm birimlerin özveri ile desteğini gerektirmektedir.

Kanser Erken Tanı ve Tarama Grubu Raporu

TABLOLAR

Ankara, 27-29 AĞUSTOS 2008

Amaçlar :						
1. Tarama programlarının mortaliteyi azalttığı kanıtlanmış olan kanserler (Meme kanseri, Kolorektal kanser, Serviks kanseri vs.) başta olmak üzere ülkemiz koşullarına uygun tarama programları hazırlamak.						
2. Hazırlanan tarama programlarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli stratejileri, aktiviteleri, işbirliği yapılacak kuruluşları belirlemek, bu programların gerçekleştirilmesini aksatacak engelleri ortaya koymak, ilerleme göstergelerini ve izlem-kontrol verilerini saptamak						
3. Tarama ve Erken Tanı Sayesinde :						
a. Toplumun eğitimi ile kanser farkındalığının oluşturulması ve farkındalığının artırılması.						
b. Kanserin erken evrede yakalanması.						
c. Kanserli hastalarda ortalama sağkalm ve hastalısız sağkalm oranlarının artırılması						
d. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin artırılması						
e. Kanserli hastalar,yakınları ve toplum için sosyal, ekonomik ve psikolojik olumsuzlukların azaltılması						
Hedefler :						
1.Eğitim:						
a-Toplumun kanser, erken tanı ve tarama programları konusunda eğitilmesi ve farkındalığm oluşturulması						
b-Sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sağlık memuru, ebe ve teknisyenler vb.) kanser, erken tanı ve tarama programları konusunda eğitilmesi ve katkıda bulunmalarının sağlanması						
2-Kanser tarma ve erken tanı konusunda ilgili kuruluşlar arasında işbirliğinin ve koordinasyonun sağlanması						
Stratejiler						
Eğitim Faaliyetleri ile kanser farkındalğını oluşturmak	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
	Eğitim modülünün hazırlanması a-Eğitim faaliyetlerini yürütecek olan EĞİTİCİ'lerin eğitimi(*Yurt dışı ihtisas merkezlerine gözlem ziyaretleri) b-Sağlık Çalışanlarının Eğitimi 1. Birinci basamak pratisyen, aile hekimi,	o KSDB	o MEB o Sağlık Bakanlığı o AÇSAP Gn.Md. o Temel Sağlık Hizmetleri Gn.Md. o Tedavi Hizmetleri Gn. Md. o Sağlık Eğitimi Gn. Md.	31.12.2009	● Halkın bilinç ve eğitim düzeyinin yetersizliği, ● Kanserde tarama ve erken tanının halkın öncelikli konusu haline getirilememesi ● Sağlık çalışanının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması, erken tanı ve tarama programlarına inanmaması ● Eğitime katılan personelin motivasyonu, ● İşbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği,	●Mevcut veri tespiti ○Mevcut veri anketler ●Erken evre kanser ve kanser öncesi lezyonların sayısı ●İleri evrede tespit edilen kanser sayısı ve oranı

	ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyenlerinin eğitimi					
2.	Erken tanı ve tarama ile ilgili sağlık elemanlarını bünyesinde bulunduran kuruluşlardaki yöneticilerin (sağlık müdürü, başhekim vs) eğitimi	• Diğer ilgili birimler - o Üniversiteler - o Eğitim ve araştırma Hastaneleri - o Sağlık Müdürlükleri - o Uzmanlık Dernekleri; • Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği, • Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği • Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği • SitoPatoloji Derneği, • Türk Cerrahi Derneği, • Ulusal Meme Hastalıkları Dernekleri • Federasyonu, • Patoloji Dernekleri • Federasyonu • Türk Radyoloji Derneği, • Diğer ilgili uzmanlık dernekleri - o Medya kuruluşları - o Sivil Toplum Örgütleri - o Dünya Sağlık Örgütü - o Dünya Meme Sağlığı Derneği(World Society	31.12.2013	• Sorumluluk ve yetki tartışması • Kaynakların yerinde ve verimli olarak kullanılamaması • Finansal yetersizlik, • Halkın ve sağlık çalışanlarının eğitiminin standardizasyonundaki yetersizlik	• ve eksiklerin giderilmesi ile ilgili toplantıların artırılması • Tarama ve erken tanı programlarına katılanların sayısında belirgin ve düzenli bir artış • Erken evre kanser ve kanser öncesi lezyonlara sahip olan hasta sayısında artış - b- Uzun Dönem Göstergeleri a. Sağlık Çalışanlarının %80'inin eğitilmiş olması b. Hedef kitlenin %80'nin eğitilmiş olması • Lokal İleri ve metastatik evrede tanı konulan hasta sayısında azalma, • Kanserle ilgili hastalısız sağkalm ve ortalama sağkalm oranlarında artış, • Kanserle ilgili tedavi giderlerinin erken tanıya bağlı olarak azaldığının tespiti	• Lokal İleri ve metastatik evrede tanı konulan hasta sayısında azalma, • Kanserle ilgili hastalısız sağkalm ve ortalama sağkalm oranlarında artış, • Kanserle ilgili tedavi giderlerinin erken tanıya bağlı olarak azaldığının tespiti
3.	Kanser Erken tanı ve tarama programı ile ilgili Uzmanlık dallarındaki hekimlerin eğitimi					
4.	Standart eğitim için basılı materyalin hazırlanması					
	c-Toplum Eğitimi (Kültürel Farklılıkları Gözetken Eğitim Programı)					
1.	Halk eğitimi					
2.	Okullarda eğitim					
3.	Medya ile işbirliği					
4.	Sivil toplum kuruluşları ile işbirliği					
5.	Toplum liderleri ile işbirliği (öğretmenler, muhtarlar, imamlar)					
5.	Standart eğitim için basılı materyalin hazırlanması					

KETEM’lerde tarama kayıt sisteminin geliştirilmesi	servikal kanser maliyet etkinlik analizinin yapılması	o KSDB	- o S. B. ilgili birimleri - o Üniversiteler - o Eğitim ve araştırma Hastaneleri - o Sağlık Müdürlükleri - o Uzmanlık Dernekleri; • Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği, • Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği • Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği • SitoPatoloji Derneği, • Türk Cerrahi Derneği, • Ulusal Meme Hastalıkları Dernekleri - Federasyonu, • Patoloji Dernekleri - Federasyonu • Türk Radyoloji Derneği • Diğer ilgili dernekler - o Yazılım Firmaları	31.12.2009	• Verilerin saklanmasıdaki yetersizlikler • Yazılımda çıkabilecek aksaklıklar • Finansal sorunlar • Çalışmaların kontrolü ve devamlılığının sağlanmasındaki yetersizlikler • İşbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği, • Veri kayıtlarını tutacak personelin yetersizliği	• Tarama yapılan kişi sayısındaki artış • İlgili formların hazır halinin görülmesi • İlgili formların kullanılmaya başlandığının görülmesi • İnternet üzerinden bilgi akışının başladığının görülmesi	• Mevcut veri analizi • Tarama yapılan kişi sayısı • İlgili formların hazır hale getirilmesi • İlgili formların kullanılmaya başlanması • İnternet üzerinden bilgi akışının başlaması
---	---	--------	---	------------	--	--	---

KETEM dışı tarama yapılan merkezlerdeki veri akışını sağlamak için işbirliği yapmak	1. KETEM dışı tarama yapılan merkezlerdeki personele tarama programları konusunda eğitim yapılması 2. İlgili merkezlerle işbirliği yaparak verilerin toplanması 3. Mevcut standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlanması ve KSDB'ğna bildirilmesinin sağlanması	o KSDB	o S.B. ilgili birimleri o Üniversiteler o Sağlık Müdürlükleri o Sağlık Ocakları o AÇSAP Merkezleri o Eğitim ve Araştırma Hastaneleri o Belediye Hastaneleri o Özel Hastaneler ve Poliklinikler o Uzmanlık Dernekleri o Sivil toplum kuruluşları	31.12.2010	● Finansman ● Yetiştirilmiş personel azlığı ● Teknik alt yapı yetersizliği ● İlgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği	● Eğitim sayısı ve eğitim alanların sayısında artış ● Verilerin toplanmasındaki düzenin sağlandığının gözlenmesi ● Standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlandığının gözlenmesi	● Verilen eğitim sayısı ve eğitim alanların sayısı ● Verilerin toplanmasındaki düzenin sağlanması ● Standart formların ilgili merkezler tarafından kullanılmasının sağlanması
Tarama merkezlerinde görevli personelin istihdamı	1. S.B. Personel Gn.Md., İl Sağlık Müdürlükleri ve Hastane Başhekimleri ile planlama yapılması 2. Sağlık Müdürleri ve ilgili hastane başhekimlerine KETEM'lerin ve kanserde erken tanının önemi konusunda eğitim verilmesi 3. Konsültasyon hizmeti verecek uzman sayısının ihtiyaca göre artırılması(Genel Cerrahi, Jinekoloji, Radyoloji, Dermatoloji, Patoloji) 4. Smear testinin değerlendirilmesinin de sitoteknologların kadrolarının tanımlanması, ihtiyaca göre eleman yetiştirilmesi ve görevlendirilmesi 5. Mamografi filmlerinin okunmasında ulusal	o KSDB	o Başbakanlık o S.B. ilgili birimleri o YÖK o Üniversiteler o Eğitim ve Araştırma Hastaneleri o Belediye Hastaneleri o Uzmanlık Dernekleri o Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği o Jinekolojik Onkoloji Derneği o Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği o Sitopatoloji Derneği o Türk Cerrahi Derneği o Ulusal meme hastalıkları	31.12.2009	● Finansman ● Yetiştirilmiş Personel Azlığı ● İlgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği ● Yetiştirilmiş personelin başka görevlerde istihdamı ● Yetiştirilmiş personeldeki hareketlilik	● Eğitim alan Sağlık Müdürlü ve Başhekim sayısındaki artış ● Tarama ile ilgili interaktif eğitim sayısındaki artış ● Tarama ile ilgili sertifika sahibi personel sayısındaki artış ● Tarama çalışan personelin görev süreleri ● Tarama çalışan personelin görev sürelerinin artması ● Tarama hizmetlerinde çalışan personelin ek ödemelerinin artmış olması ● Yeni oluşturulan kadro sayısı	● Mevcut veri analizi ● Eğitim alan Sağlık Müdürlü ve Başhekim sayısı ● Tarama ile ilgili eğitim sayısı ● Tarama ile ilgili personel sayısı ● Tarama hizmetlerinde çalışan personelin görev süreleri ● Tarama çalışan personelin ek ödemeleri tespiti

	standartlara uyulması İlgili meslek örgütleriyle işbirliği ile interaktif yöntemler kullanılarak sürekli eğitim verilmesi ve sertifikalandırılması 7. Sertifikalandırılan personelin tarama hizmetleri dışında görevlendirilmemesi 8. Tarama hizmetlerine katılan personele ek ödeme yapılarak teşvik edilmesi		dernekleri federasyonu ● Patoloji Dernekleri Federasyonu ● Türk kolorektal Cerrahi Derneği ● Türk Radyoloji Derneği ● Türk Radyoteknoloji Derneği ○ Sivil toplum kuruluşları	31.12.2009	● Finansal sorunlar ● İşbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği,	● Kullanılan cihazlarda teknolojik olarak artış olmasının gözlenmesi ● Taramalarla ilgili standart programların hazırlanmış olmasının gözlenmesi ● Eğitim programlarının standart hale getirilmiş olmasının gözlenmesi ● Kalite kontrol mekanizmalarının kurulmuş olmasının gözlenmesi	● Kullanılan cihazlarda teknolojik olarak artış olması ● Taramalarla ilgili standart programların hazırlanmış olması ● Eğitim programlarının standart hale getirilmiş olması ● Kalite kontrol mekanizmalarının kurulmuş olması
Tarama Merkezlerinde Standardizasyon ve Kalite Güvencesinin Sağlanması	1. Merkezlerdeki cihaz, ekipman ve teknik hizmet kalitesinin artırılması 2. Tarama ile ilgili demekler ve Ulusal Kanser Danışma Kurulu Erken Tanı ve Tarama Alt Kurullarının hazırladığı standardizasyon programlarının uygulanması 3. Eğitim programlarının standart haline getirilmesi 4. Kalite kontrol çalışmalarının yapılması a. KETEM Kalite Kriterleri kitapçığının hazırlanması	○ KSDB	○ S.B. ilgili birimler ○ Ulusal Kanser Danışma Kurulu ● Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulları ○ İlgili Demekler				

Ulusal Toplum Bazı Meme, Serviks ve Kolorektal Kanser Taramasının Aynı Anda Uygulanabilir Hale Getirilmesi	1. Sağlık ocaklarındaki ETF'ler, Belediye ve Nüfus Müdürlükleri kayıtlardan yararlanarak taranacak olan hedef nüfusun belirlenmesi 2. Toplumun %70'ini taramayı hedef alan çalışmanın planlanması 3. Bu çalışmaların planlanması öncesinde daha küçük grupları içeren pilot çalışmalar yapılması	o KSDB	o S.B ilgili birimler. o Ulusal Kanser Danışma Kurulu o Sağlık Müdürlükleri o İlgili hastane başhekimleri o KETEM'ler(kamu ve özel) o Sağlık Müdürlükleri o İlgili Hastane Başhekimlikleri o Sağlık Ocakları o Belediyeler o Nüfus Müdürlükleri o TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)	31.12.2010	• Finansal sorunlar • Eğitilmiş personel yetersizliği • Teknik alt yapı yetersizliği • İşbirliği yapılan kuruluşlar arasında koordinasyon eksikliği,	• Yapılmış olan Pilot çalışma sayısındaki artış • Tarama yapılan popülasyonun %70'i kapsanmış olması	• Yapılmış olan Pilot çalışma sayısı • Tarama yapılan popülasyon oranı
---	--	--------	---	------------	--	--	---

ULUSAL KANSER KONTROL PROGRAMI TEDAVİ GRUBU RAPORU

Kanser insidansı gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmak üzere, tüm dünyada artmaktadır. Ülkemizde de benzer biçimde kanser insidansında bir artış beklenmektedir. Mevcut verilere göre ülkemizde kanser insidansı 100.000’de 180-200 olarak hesaplanmaktadır ve bu rakam Avrupa Birliği ülkelerinin yarısı kadardır. Türkiye ile Avrupa Birliği ülkeleri arasındaki bu insidans farkının önemli bir nedeni nüfusun yaş dağılımıdır. Kanser asıl olarak orta-ileri yaş hastalığıdır ve yeni kanser tanısı alanların %90’ı 45 yaş ve üzerindeki hastalardır. 2000 yılı verilerine göre ülkemizdeki 45 yaş ve üzeri kişiler nüfusun %20.6’sını oluştururken aynı yılda Fransa nüfusunun ise %39.2’si 45 yaş ve üzerindedir.

Yetmişiki milyon nüfus ve 100.000’de 200 insidans ile ülkemizde her yıl 144.000 yeni kanser vakası beklenmektedir. Geniş bir coğrafyaya yayılmış ve kalkınmışlıkta farklı bölgelerin bulunduğu ülkemizde bu hasta yükünün karşılanabilmesinde pek çok farklı parametrelerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu amaçla kanserde tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesinde 5 ana başlık belirlenmiştir;

- A. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi
- B. Teknolojik ve Fiziki Alt Yapının Geliştirilmesi
- C. Tanı, Tedavi ve İlaç Uygulamaları Konusunda Ulusal Politika Geliştirilmesi
- D. Kanser Konusunda Ulusal Bir Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Kanser Tanısı, Tedavisi ve Bilimsel Araştırmaları Alanında Ulusal Sağlık Kurum/Kuruluşları ve Sevk Zinciri Yapısının Oluşturulması

A. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

Başarılı bir kanser teşhis ve tedavi süreci ancak ilgili tüm tıp branşlarının işbirliği ile yürütülebilir. Ulusal Kanser Kontrol Programında bu nedenle alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanların sayısının ve niteliklerinin artırılması yer almalıdır. Bu kapsamda özellikle ihtiyaç duyulan alanlar şu şekilde belirlenmiştir;

- Medikal onkoloji, pediatrik onkoloji, patoloji/sitopatoloji uzmanlarının ve tıbbi epidemiyolog sayısının artırılması.
- Cerrahi onkoloji, jinekolojik onkoloji, üroonkoloji, KBB onkolojisi ve ortopedik onkoloji yan dal uzmanlıklarının tanımlanması ve zorunlu hale getirilmesi. Bu nedenle kendi branşında en az 10 yıl kanser deneyimi olan cerrahların ilk eğitim grubunu oluşturmak üzere ihtisas belgesinin verilmesi. Adı geçen cerrahi branşlarda kurslarla sertifikalandırma programlarının oluşturulması.
- Palyatif Bakım Uzmanlığı ihtisas eğitiminin tanımlanması.
- Tıbbi fizik uzmanlığı ve alt dallarının tanımlanması.
- Algoloji alanında hizmet içi eğitimi ve kadro tahsisi yapılması.
- Kanser konusunda deneyimli psikiyatri uzmanının denetiminde olmak üzere psiko-onkoloji uzmanlığı ve uzman psikolog hizmet içi eğitimi ve kadro tahsisi yapılması.
- Onkoloji konusunda uzmanlaşmış hemşirelere (en az 5 yıl) kadro tahsisi, sayının artırılması; onkoloji uzman hemşirelerin eğitim –sertifikasyon programlarının geliştirilmesi.
- Palyatif bakım hemşireliğinin sertifikalandırılma ve hizmet içi eğitimlerinin sağlanması.
- Diyetisyenlerin kanser beslenmesine yönelik hizmet içi eğitim, sertifikalandırma ve kadro tahsisi çalışması yapılması.
- Onkoloji ile ilgili diğer yardımcı personel (dozimetriz vs) kadro tanımlanması ve sertifikalandırılması.

Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde karşımıza olası çıkabilecek engelleri ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği, finansman azlığı, erken dönemde yetişmiş personel azlığı olarak sıralamak mümkün olacaktır. Bu sorunların çözümü için Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda

Maliye Bakanlığı, DPT, YÖK, Üniversiteler, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, İlgili Meslek Dernekleri, (Türk Cerrahi, Cerrahi Onkoloji, Ulusal Meme Hastalıkları Federasyonu, Türk Jinekolojik Onkoloji, Servikal Patolojiler ve Kolposkopi, Türk Akciğer Kanseri, Üroonkoloji, Ortopedik Onkoloji, Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Türk Pediatrik Onkoloji Grubu, Onkoloji Hemşireliği, Psiko-onkoloji, Medikal Fizik, Palyatif Bakım, Türkiye Diyetisyenler, Enfeksiyon Hastalıkları vb.,) DSÖ, TAEK gibi kurumlar ile işbirliği içerisinde çalışmalar yürütmek gerekmektedir.

Yapılan çalışmaların sonucunun değerlendirilmesi için gerekli branşlardaki personel sayısındaki artış, sürekli eğitim ve sertifikasyon programlarının düzenlenme sayısı, sertifikasyon programlarına katılımcı sayısındaki artış, yeni onkoloji yan dal ihtisaslarının kabul edilmesi ve ilgili yeni meslek tanımlarının yapılması göstergeleri takip edilmelidir.

B. Teknolojik ve Fiziki Alt Yapının Geliştirilmesi

Ülkemizde son yıllarda tıbbi cihaz yatırımlarında belirgin gelişmeler sağlanmıştır. Kanser teşhis ve tedavi sürecinde teknolojik ve fiziki alt yapı konusunda eksikliği hissedilen az sayıda başlık mevcuttur. Bu başlıklar içinde önde gelen konu radyoterapi cihazlarının sayıca azlığı ve teknolojik anlamda nitelik yetersizliğidir. Bu alanın yatırım ve işletme maliyetlerinin yüksek olması bir diğer bağlantılı sorun olarak sayılabilir.

Tüm kanserli hastaların %50-60'ının tedavinin bir aşamasında radyoterapiye ihtiyaç duyacağı bildirilmektedir. Batı Avrupa kaynaklı literatürlerde aynı şekilde yıllık radyoterapi alan hasta sayısının, yıllık yeni tanı almış kanserli hasta sayısının %50-60'ı kadar olduğu bildirilmektedir. Bu durumda her yıl 72.000-86.000 yeni hastanın ülkemizde radyoterapi alması beklenmektedir. Bir radyoterapi cihazında ideal olarak yıllık 400-500 hasta tedavi edilebilir. Yoğun çalışma şartları altında bu sayı yıllık 600 hastaya çıkartılabilir. Ülkemizde de cihaz başına 500 hasta hedef olarak seçilirse toplam 140 ila 180 cihaz mevcut olmalı ve coğrafi olarak yaygın bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır. Ülkemizdeki radyoterapi cihazlarının yarısı Co60 bazlı cihazlardır. Lineer hızlandırıcı(LH) cihazlarla daha başarılı radyoterapi uygulamaları yapılabilmektedir. Radyasyon güvenliği açısından da daha sorunlu olduklarından Co60 cihazları Batı'da giderek terk edilmektedir. Ülkemizde bu nedenle mevcut cihaz ihtiyacı LH cihazlar ile karşılanmaya çalışılmalıdır.

Teknolojik ve fiziki alt yapının genel olarak geliştirilmesinde stratejiler aşağıdaki gibi sayılabilir;

- Merkezlerde ihtiyaç tespit edilmesi.
- Yeni cihaz alınması; Halen mevcut radyoterapi cihaz sayısının artırılması.
- Toplam cihazların yarısını teşkil eden Lineer Hızlandırıcı cihazlarının zamanla arttırılması ve radyasyon güvenliğinin geliştirilmesi.
- Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi birimlerinde radyasyon güvenliği standartlarının sağlanması.
- Onkoloji merkezlerinde planlanmış kemoterapi protokollerini standart şartlarda uygulayabilecek ünitelerin il/ilçe düzeyinde yaygınlaştırılması.
- Bu yapılanma yönünde hastane idarelerinin yetişmiş personel ve teknik donanım açısından desteklenmesi.

- Kemoterapi üniteleri için cihaz profili ve uygulamalar için standartlar belirlenmesi ve kalite kontrol programları uygulanması.
- Hasta açısından kullanım kolaylığı sağlayan tıbbi cihazların kullanımının yaygınlaştırılması.
- Kemoterapi uygulamalarında hasta ve sağlık personeli için güvenlik ve kolaylık sağlayan cihazların kullanımının yaygınlaştırılması.
- Stereotaksik radyocerrahi, brakiterapi, intraoperatif radyoterapi gibi özellikli ekipman ve tecrübe isteyen tedavi seçeneklerine ayrıca önem verilmesi ve bu konuyla ilgili alt yapının oluşturulması.
- Finansman kaynaklarının geliştirilmesi; örneğin Kansere neden olan maddelerin satış fiyatlarına kanser korunma, teşhis, tedavi ve araştırmaları için fon payı eklenmesi ki bu satışlarındaki kar payından belli oranlar ayrılarak sağlanabilmelidir.
- Özellikle kanser konusunda özelleşmiş merkezlerin yeni gelişen cerrahi teknolojileri kullanması için eğitim ve teknik alt yapı desteklenmelidir.(CUSA, Robotic Cerrahi v.b)
- Sağlık Bakanlığınca yayımlanmış rehber dökümanlar/tedavi protokolleri
- Jenerik ilaçlarla araştırmayı kolaylaştıran mevzuat

Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde karşımıza çıkabilecek olası engelleri ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği, finansman azlığı, erken dönemde yetişmiş personel azlığı olarak sıralamak mümkün olacaktır. Bu sorunların çözümü için Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda sağlık bakanlığı ilgili birimleri, DPT, Maliye bakanlığı, Türkiye atom enerjisi kurumu, İlgili meslek dernekleri gibi kurumlar ile işbirliği içerisinde çalışmalar yürütmek gerekmektedir.

Yapılan çalışmaların sonucunun değerlendirilmesi için cihaz sayısındaki artış, güvenli cihaz kullanan merkez sayısındaki artış, gerçekleştirilen hizmet içi eğitim sayısındaki artış, eğitimlere katılan sayısındaki artış, ileri cerrahi teknoloji uygulayan merkez sayısındaki artış, kanser tedavi merkezlerinin belirlenen ihtiyaç sayısına uygun yıllar içindeki artış göstergeleri takip edilmelidir.

C. Tanı, Tedavi ve İlaç Uygulamaları Konusunda Ulusal Politika Geliştirilmesi

Ülkemizde kanser ilaçlarının temini ve kullanımı aşamalarında yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak aşağıdaki stratejiler gerçekleştirilmesi uygun olacaktır.

- Standart tedavide kullanılan temel kemoterapi ilaçlarının yurtiçinde temininin sağlanması.
- Kanser tedavisi planlanırken palyatif bakımın her aşamada belirlenmesi.
- Kanser tedavisinde kullanılan yeni ilaçların fiyatlandırılmasında maliyet/etkinlik kavramının esas alınarak sınırlama getirilmesi için politika belirlenmesi
- Akademik araştırma komiteleri kurulması ve rehber dokümanların hazırlanarak yayımlanması
- Ulusal tedavi protokolleri hazırlanması.
- Jenerik hakkı kazanmış kanser ilaçlarının endikasyon dışı rutin uygulamada kullanılmaları için ilgili en az iki uzmanın imzasının bulunduğu bir kurul raporu ile reçetelendirildiğinde geri ödeme yapılabilmenin sağlanması.

Sosyal Güvenlik Kurumunca geri ödeme kapsamına alınacak ilaç listelerinin ve ödeme koşullarının güncel tutulmasıdır.

Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde karşımıza çıkabilecek olası engel ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği olacaktır. Bu faaliyetlerin yürütülmesi için Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri, Maliye bakanlığı, Sosyal

Güvenlik Kurumu, Üniversiteler ve İlaç Endüstrisi gibi kurumlar ile işbirliği yapmak gerekmektedir.

Yapılan çalışmaların sonucunun değerlendirilmesi için Temel onkoloji ilaçlarının piyasada mevcudiyeti, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması, bağlayıcı ilaç kullanım tebliğleri, Sağlık Bakanlığınca yayımlanmış rehber dökümanlar/tedavi protokoller, jenerik ilaçlarla araştırmayı kolaylaştıran mevzuatın yayınlanması, yeni kanser ilaçlarının ruhsatlandırılması aşamasında ilaç firmalarıyla yapılacak özel anlaşmaların yerine getirildiğinin gözlemlenmesi gerekmektedir.

D.Kanser Konusunda Ulusal Bir Organizasyon Yapısının oluşturulması

Türkiye’de kanser konusundaki araştırmalara destek vermek, kanserle savaş eğitiminin çağdaş standartlarda verilmesini sağlamak, ülkenin her yerinde kanser tanı ve tedavi standartlarının oluşturulmasına çalışmak, çağdaş tedavi yöntemlerini duyurmak, kanser tedavi yan etkilerini izlemek, bazı bölgelerdeki kanser artış oranlarını sürekli incelemek ve gerektiğinde alınacak önlemleri belirlemek, eylem planları hazırlayarak sunmak, bu konuda Devletin diğer kurumlarıyla işbirliği yapmak, kanser konusunda ülkemizde hizmet veren kamu veya özel sektöre bağlı kurumları koordine etmek, kanser konusunda her türlü güncel bilgiye kolay erişebilmeyi temin etmek, kanser verilerini sağlıklı olarak toplamak amacıyla, Ulusal Kanser Kurumunun kurulması gerekmektedir. Bu konu ile ilgili strateji şu şekildedir.

- Doğrudan Sağlık Bakanına bağlı özerk yapıda (araştırma, planlama ve danışma amaçlı, akademisyen ağırlıklı) Ulusal Kanser Kurumunun kurulması için yasal düzenleme yapılmalıdır.

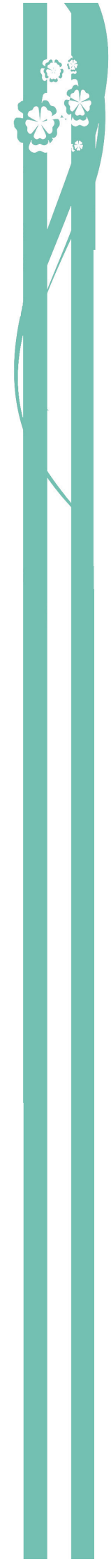
Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde karşımıza çıkabilecek olası engel ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği, finansman azlığı, erken dönemde yetişmiş personel azlığı olacaktır. Bu faaliyetlerin yürütülmesi için Sağlık Bakanlığı ve Başbakanlık koordinasyonunda TBMM, DPT, YÖK, Üniversiteler, TÜBİTAK, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, İlgili meslek dernekleri, DSÖ, AB ülkeleri Ulusal Enstitüleri, NCI gibi kurumlar ile işbirliği yapmak gerekmektedir.

Yapılan çalışmaların sonucunun değerlendirilmesi için Ulusal Kanser Kurumu Kanununun yürürlüğe girmesi ve Kurumun kuruluş çalışmalarının gerçekleştirilmesi takip edilmelidir.

E.Kanser Tanısı, Tedavisi ve Bilimsel Araştırmaları Alanında Ulusal Sağlık Kurum/kuruluşları ve Sevk Zinciri Yapısının Oluşturulması

Kanser konusunda ihtiyaç duyan bütün vatandaşlarımızın ülkenin her yerinden kanserle ilgili faaliyet gösteren kurumlara erişebilirliği sağlanmalıdır. Bu nedenle kanser alanında faaliyet gösterecek olan sağlık kurumları ile bu kurumların ülke geneline dağılımları belirlenmelidir. Sevk zincirinde yapılacak düzenleme ile bu erişim kolaylaştırılmalıdır.

- Nüfus yoğunluğu, kanser görülme hızı, göç hareketleri, başvuru evreleri ve benzer faktörleri dikkate alarak bölgesel anlamda tedavi merkezlerinin belirlenmeli.
- Merkezler arası tedavi ihtiyaçları ve bilimsel araştırma projeleri doğrultusunda sevk zinciri yapısının oluşturulmalı.
- Bu alanda denetimlerin standardize edilmelidir.



Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde karşımıza çıkabilecek olası engeller ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği, finansman azlığı, erken dönemde yetişmiş personel azlığı olacaktır. Bu faaliyetlerin yürütülmesi için Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda, Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri, üniversiteler, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel hastaneler gibi kurumlar ile işbirliği yapmak gerekmektedir.

Yapılan çalışmaların sonucunun değerlendirilmesi için planlanan merkezlerin kurulum oranları ve sevk zinciri yapısının oluşturulması takip edilmelidir.

KANSERDE TEDAVİ GRUP RAPORU

Amaç Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında kanser tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesi							
Hedefler 1. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi 2. Teknolojik ve Fiziki Alt Yapının Geliştirilmesi 3. İlaç ve Tedavi Yaklaşımı Konusunda Ulusal Politika Geliştirilmesi 4. Kanser Konusunda Ulusal Bir Organizasyon Yapısının Oluşturulması 5. Kanser Tanısı, Tedavisi ve Bilimsel Araştırmaları Alanında Ulusal Sağlık Kurumları Sevk Zinciri Yapısının Oluşturulması							
Stratejiler	Aktiviteler/Faaliyetler	Sorumlu Kurum	İşbirliği Yapılacak Kurumlar	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
1. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi	• Medikal onkoloji, pediatrik onkoloji, patoloji/sitopatoloji uzmanlarının ve tıbbi epidemiyolog sayısının artırılması • Cerrahi onkoloji, jinekolojik onkoloji, üroonkoloji, KBB onkolojisi ve ortopedik onkoloji uzmanlarının tanınması ve zorunlu hale getirilmesi. Bu	• Sağlık Bakanlığı	• Maliye Bakanlığı • DPT • YÖK • Üniversiteler • Eğitim ve Araştırma Hastaneleri • İlgili Meslek Dernekleri • Türk Cerrahi Cerrahi Onkoloji • Ulusal Meme Hastalıkları Federasyonu	2009-2013	• Finansman azlığı • Erken dönemde yetmişmiş personel azlığı • İlgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği	• Gerekli personel sayısındaki artış oranı • Sürekli eğitim ve sertifikasyon programlarının düzenlenmesi • Sertifikasyon programlarına katılımcı sayısındaki artış • Yeni onkoloji	• Mevcut durum analizi • Personel Sayısı, • Sertifikasyon program ve katılımcı sayısı, • Yan dal ihtisas sayısı, • Yeni meslek tanımı sayısının izlemi

		nedenle kendi branşında en az 10 yıl kanser deneyimi olan cerrahların ilk eğitim grubunu oluşturmak üzere ihtisas belgesinin verilmesi. Adı geçen cerrahi branşlarda kurslarla sertifikalandırma programlarının oluşturulması. • Palyatif Bakım Uzmanlığı ihtisas eğitiminin tanımlanması • Tıbbi fizik uzmanlığı ve alt dallarının tanımlanması • Algoloji alanında hizmet içi eğitimi ve kadro tahsis yapılması		• Türk Jinekolojik Onkoloji • Servikal Patolojiler ve Kolposkopi • Türk Akciğer Kanseri • Üroonkoloji • Ortopedik Onkoloji • Tıbbi Onkoloji • Radyasyon Onkolojisi • Türk Pediatrik Onkoloji Grubu • Onkoloji Hemşireliği • Psiko-onkoloji • Medikal Fizik • Palyatif Bakım • Türkiye Diyetisyenler • Enfeksiyon Hastalıkları • DSÖ			yan dal ihtisaslarının kabul edilmesi • İlgili yeni meslek tanımlarının yapılması	
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	•Kanser konusunda deneyimli psikiyatri uzmanının denetiminde olmak üzere psiko-onkoloji uzmanlığı ve uzman psikolog hizmet içi eğitimi ve kadro tahsis yapılması					
	•Onkoloji konusunda uzmanlaşmış hemşirelere (en az 5 yıl) kadro tahsisı, sayının artırılması;					
	onkoloji uzman hemşirelerin eğitim –sertifikasyon programlarının geliştirilmesi					
	Palyatif bakım hemşireliğinin sertifikalandırılma ve hizmet içi eğitimlerinin sağlanması					



						• Diyetisyenlerin kanser beslenmesine yönelik hizmet içi eğitim, sertifikalandırma ve kadro tahsis çalışması yapılması • Onkoloji ile ilgili diğer yardımcı personel (dozimetrizist vs) kadro tanımlanması ve , sertifikalandırılması • Ulusal kanser veri tabanının oluşturulması için epidemiyoloji eğitimi almış personel sayısının artırılması ve personel tahsisinin yapılması • Merkezlerde ihtiyaç tespiti	• Sağlık Bakanlığı	• SB İlgili Birimleri • DPT • Maliye Bakanlığı	2015	• Finansman • Yetiştirilmiş Personel Azlığı • İlgili	• Cihaz sayısındaki artış • Güvenli cihaz kullanan	• Mevcut durum analizi • Cihaz sayısı • Güvenli cihaz kullanan
2. Teknolojik ve Fiziki Alt Yapının Geliştirilmesi												

	- Yeni cihaz alınması; Halen mevcut radyoterapi cihaz sayısının artırılması - Toplam cihazların yarısını teşkil eden Linear Hızlandırıcı cihazlarının zamanla artırılması ve radyasyon güvenliğinin geliştirilmesi. - Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi birimlerinde radyasyon güvenliği standartlarının sağlanması. - Onkoloji merkezlerinde planlanmış kemoterapi		- Türkiye Atom Enerjisi Kurumu - İlgili Meslek Dernekleri		kuruluşlar arasında koordinasyonun yetersizliği	merkez sayısındaki artış - Gerçekleştirilen hizmet içi eğitim sayısındaki artış - Eğitime katılan sayısındaki artış - İleri cerrahi teknoloji uygulayan merkez sayısındaki artış - Kanser tedavisi merkezlerinin belirlenen ihtiyaç sayısına uygun yıllar içindeki artışı	merkez sayısı - Gerçekleştirilen hizmet içi eğitim sayısı - Eğitime katılan sayısı
--	---	--	--	--	---	---	--

protokollerini standart şartlarda uygulayabilecek ünitelerin il/ilçe düzeyinde yaygınlaştırılması						
- Bu yapılanma yönünde hastane idarelerinin yetiştirilmiş personel ve teknik donanım açısından desteklenmesi - Kemoterapi üniteleri için cihaz profili ve uygulamalar için standartlar belirlenmesi ve kalite kontrol programları uygulanması - Hasta açısından kullanım kolaylığı sağlayan tıbbi cihazların kullanımının yaygınlaştırılması - Kemoterapi uygulamalarında hasta ve sağlık personeli için						

oranlar ayrılarak sağlanabilir, • Özellikle kanser konusunda özelleşmiş merkezlerin yeni gelişen cerrahi teknolojileri kullanması için eğitim ve teknik alt yapının desteklenmesi(CU SA, Robotic Cerrahi v.b)	• Sağlık Bakanlığı	• SB İlgili Birimleri • Üniversiteler • SGK • İlaç Endüstrisi	2015	• İlgili kuruluşlar arasında koordinasyon yetersizliği	• Temel onkoloji ilaçlarının piyasada mevcudiyeti • Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması • Bağlayıcı ilaç kullanım tebliğleri • Sağlık Bakanlığınca yayımlanmış rehber dökümanlar/te davi	• Mevcut durum tespiti
3. Tanı, Tedavi ve ilaç Uygulamaları Konusunda Ulusal Politika Geliştirilmesi	• Standart tedavide kullanılan temel kemoterapi ilaçlarının yurtiçinde temininin sağlanması. • Kanser tedavisi planlanırken palyatif bakımın her aşamada belirlenmesi. • Kanser tedavisinde kullanılan yeni ilaçların fiyatlandırılmasında maliyet/etkinlik					

						kavramının esas alınarak sınırlama getirilmesi için politika belirlenmesi • Akademik araştırma komiteleri kurulması ve rehber dokümanların hazırlanarak yayımlanması • Ulusal tedavi protokolleri hazırlanması. • Jenerik hakkı kazanmış kanser ilaçlarının endikasyon dışı rutin uygulamada kullanılmaları için ilgili en az iki uzmanın imzasının bulunduğu bir kurul raporu ile reçetelendirildiğinde geri ödeme yapılabilmenin sağlanması • Sosyal Güvenlik Kurumunca geri						protokolleri • Jenerik ilaçlarla araştırmayı kolaylaştıran mevzuat • Yeni kanser ilaçlarının ruhsatlandırılması aşamasında ilaç firmalarıyla yapılacak özel anlaşmaların yerine getirildiğinin gözlemlenmesi	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	anlamda tedavi merkezlerinin belirlenmesi. • Merkezler arası tedavi ihtiyaçları ve bilimsel araştırma projeleri doğrultusunda sevk zinciri yapısının oluşturulması • Bu alanda denetimlerin standardize edilmesi.		• Özel Hastaneler		n ve işbirliği sorunları		
--	---	--	---	--	--------------------------	--	--

PALYATİF BAKIM PROGRAMI

Palyatif Bakım Programının hedefi; Kanser hastalarının ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmaktır. Bu hedefe ulaşmak için uygulanacak stratejiler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- a) Sağlık çalışanları ve halk arasında palyatif bakım bilincini geliştirmek,
- b) Palyatif bakım hizmet birimlerini tüm yurttan yaygınlaştırmak,
- c) Palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm kanser hastalarının bu hizmeti almasını sağlamak.

1. **Palyatif Bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması:** Palyatif Bakım bir insan hakkıdır. Palyatif bakım “Kanserin kendisinden kaynaklanan veya tedavi yöntemleri nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşımdır”. Buna göre yeni tanı almış, tedavi sürecinde ve terminal dönemde olan hastalara uygulanabilir. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne hızlandırılır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenen bu yaklaşım bilincinin Ülkemizde sağlık çalışanları ve toplum tarafından benimsenmesi ve palyatif bakım hizmeti veren kurumların çoğaltılması gerekmektedir.

Bu stratejinin uygulanmasında ana sorumlu olan Sağlık Bakanlığı ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde belirlenen aktiviteleri 2009 yılı sonuna kadar gerçekleştirmelidir. Bu konuda işbirliği yapılması gereken kurumlar aşağıda listelenmiştir:

- a) Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler
- b) Dünya Sağlık Örgütü
- c) Sivil Toplum Kuruluşları
- d) Medya
- e) TRT

Uygulamada karşılaşılabilecek en önemli engel kurumlararası işbirliğinde yaşanacak sorunlardır. Yayınlanmış olan Ulusal Kanser Kontrol Programında palyatif bakım modelinin tanımlanmış olması stratejinin başarısına dair göstergedir.

Hedef kitle:

Palyatif bakım bilinci geliştirilerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi planlanan hedef kitle esas olarak;

İlerleyici kanser hastalarında spesifik tedaviye yanıt vermeyenler
Multifaktoriyel multiple semptomları olan ve sınırlı yaşam beklentisi olanlar,
Hastalık süresince aralıklı bakım ve desteğe ihtiyaç duyan hastalardır.

2. **Palyatif Bakım modelinin oluşturulması; Mevcut kanser datası ve insan kaynakları analiz edilerek Ülkemiz için gerekli palyatif bakım hizmet modeli geliştirilmelidir.**

Bu stratejinin uygulanmasında ana sorumlu olan Sağlık Bakanlığı ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde belirlenen aktiviteleri 2010 yılı sonuna kadar gerçekleştirmelidir. Bu konuda işbirliği yapılması gereken kurumlar aşağıda listelenmiştir:

- a) SGK
- b) Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler
- c) Dünya Sağlık Örgütü
- d) Sivil Toplum Kuruluşları
- e) Medya
- f) TRT

Uygulamada karşılaşılabilecek olası engeller insan kaynaklarında yetersizlik ve kurumlararası işbirliğinde yaşanacak sorunlardır. İlgili mevzuatın yayınlanmış olması, eğitim programlarının başlamış olması, pilot merkezlerin kurulmuş olması, sertifika programlarının uygulanmaya başlaması, sertifikalı personel sayısındaki artış, sertifikalı eğitim sayısındaki artış stratejinin başarısına dair göstergelerdir.

- Oluşturulan palyatif bakım modelinde modelinde şu bileşenler bulunmalıdır;
 - Primer hastalığın kontrolü
 - Fiziksel semptomlar
 - Psikiyatrik sorunlar
 - Manevi sorunlar
 - Sosyal sorunlar
 - Ekonomik sorunlar
 - Yaşam sonu ihtiyaçların saptanması
 - Yas dönemiyle başetme

1.1 Bakım Sürecinin standardizasyonu

- Semptomların değerlendirilmesi- saptanması
- Bilgi paylaşılması
- Bakımın hastaya özel planlanması
- Bakım amaçlarının hasta ve ailesiyle paylaşılması
- Planlanan bakımın uygulanması
- Bakımın etkinliği sorularının değerlendirilmesi için gerekli yöntemler belirlenmeli, palyatif bakım hizmeti verilen her merkezde standart olarak uygulanması sağlanmalıdır.

1.2 Palyatif bakım organizasyon modeli geliştirilmesi; standardize edilmiş olan bakım sürecinin en etkili şekilde işletilebilmesi için gerekli birim ve/ veya merkezlerin tanımlanması gerekmektedir.

Bakım modeli eğitilmiş, yetkin, multidisipliner bir ekip tarafından uygulanır. Bu ekip hastaya bakar, etik kuralara uyarak karar alır, izleme, değerlendirme, araştırma, eğitim, kalite geliştirme uygulamalarını yapar. Uygulama yataklı serviste, poliklinikte, ayaktan tedavi ünitelerinde, evde vb yapılabilir.

1.3Aktiviteler

- Evde
- Ayaktan tedavi ünitelerinde
- Yataklı servislerde
- İletişim kaynakları ile yapılabilir.

1.4 Palyatif Bakım Modeline işlerlik kazandırılması

- i. Eğitim (sağlık çalışanları, hasta-aile eğitimi)
- ii. Opioidlere ulaşılabilirlik
- iii. Hasta ve aile bilgilendirilmesi
- iv. Multidisipliner ve interdisipliner ekip yaklaşımı
- v. İşleyen organizasyonda palyatif bakım anlayışının yerleştirilmesi

1. Palyatif Bakım Yönelik sertifikası olan hemşire
2. Temel Destek Ekibi (Doktor, en az üç hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı)
3. Akut Palyatif Bakım Ünitesi: Akut sorunlar için kısa süreli bakımın sağlandığı yataklı ünedir. Doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı, gönüllüler, din görevlisi gibi ekip üyelerini içerir.
4. Kronik Palyatif Bakım Ünitesi: Kronik sorunlar için daha uzun süreli bakımın sağlandığı yataklı ünedir. Doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı, gönüllüler, din görevlisi gibi ekip üyelerini içerir.

1.5Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması

- a) Palyatif bakım merkezlerinin kurulmasına dair mevzuatın yayınlanması
- b) Hastaya kardiyopulmoner canlandırma yapmama hakkının düzenlenmesi
- c) Terminal sedasyon hakkına yönelik yasal düzenlemenin yapılması

3. Palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi;

- a. Sağlık çalışanlarında
- b. Toplumda

Bu stratejinin uygulanmasında amaç palyatif Bakım anlayışını yaymak, benimsetmek ve palyatif bakım hizmetlerinin belirlenen standartlar doğrultusunda uygulanması için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmak, örnek merkezleri kuracak ekiplerin eğitimini sağlamak.tır.

Bu stratejinin uygulanmasında ana sorumluları olan Sağlık Bakanlığı ve YÖK ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde belirlenen aktiviteleri 2010 yılı Eylül ayına kadar gerçekleştirmelidir. İşbirliği yapılması gereken kurumlar aşağıda listelenmiştir:

- a) Üniversiteler
- b) Eğitim Araştırma Hastaneleri
- c) STK



Tıbbi Onkoloji Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Psikiyatri Onkoloji Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Radyasyon Onkolojisi Derneği, Palyatif Bakım Derneği Hasta yakınları dernekleri, International Palliative Care Association, European Palliative Care Association, ASCO, Hospice Association

Uygulamada karşılaşılmaması olası olan engeller insan kaynaklarında yetersizlik, teknik yetersizlikler, kurumlararası koordinasyon eksikliği ve personel hareketliliğidir.

Çekirdek grubun oluşturulmuş olması, mezuniyet sonrası verilen eğitim sayısında artış, eğitime katılan hasta ve hasta yakını sayısında artış, palyatif bakımın müfredatlara alınmış olması stratejinin başarısına dair göstergelerdir.

Hedefler

1. Multidisipliner çekirdek bir grup oluşturulması
2. Mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modülü geliştirilmesi
3. Mezuniyet öncesi eğitim müfredatına palyatif bakım konusunun entegre edilmesi
4. Toplum bilinçlendirmek

1. Palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek bir grup oluşturulması

1.1. Çekirdek grupta yer alacak meslek gruplarının belirlenmesi

- Doktor
- Hemşire
- Sosyal çalışmacı
- Diyetisyen
- Psikolog

2. Mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modülü geliştirilmesi

Palyatif Bakım Hizmet-içi eğitim ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması

- Core curriculum: farklı düzeylerine göre hazırlanması
 - Temel düzeyde eğitim;
 - orta düzeyde
 - ileri (advanced) eğitim;

1. Mezuniyet Öncesi Eğitim- Temel Eğitim

Tıp Fakülteleri, Hemşirelik Okulları ve İlgili Meslek Gruplarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında Palyatif Bakım konusunun yer almasının sağlanması

5.Toplum eğitimi

Hasta, hasta ailesi ve topluma yönelik palyatif bakım konusunda eğitim ve konferansların düzenlenmesi;

Ulusal Kanseri Hasta Kongresi kapsamında ele alınması

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik kurumsal ve bölgesel destek gruplarının (Hasta, hasta yakını, aile ve kayıp/yas sürecinde olan bireyler için) oluşturulması, mevcut bulunanların koordine edilmesi

4. Palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması; palyatif bakım hizmetinin tüm ihtiyaç sahiplerine ulaştırılabilmesi için ilgili merkezlerin gerekli sayıya ulaştırılması gerekmektedir.

Bu stratejinin uygulanmasında ana sorumlusu olan Sağlık Bakanlığı ilgili tüm kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde belirlenen aktiviteleri 2015 yılı Eylül ayına kadar gerçekleştirmelidir. İşbirliği yapılması gereken kurumlar aşağıda listelenmiştir:

- 
- Maliye Bakanlığı
 - SB İlgili Kurumları
 - Üniversiteler
 - Eğitim Araştırma Hastaneleri
 - SGK
 - STK

Tıbbi Onkoloji Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Psiko-onkoloji Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Radyasyon Onkolojisi Derneği, Palyatif Bakım Derneği, Hasta yakınları dernekleri, International Palliative Care Association, European Palliative Care Association, ASCO, Hospice Association

Uygulamada karşılaşılabilecek olası engeller insan kaynaklarında yetersizlik, teknik yetersizlikler, kurumlararası koordinasyon eksikliği ve personel hareketliliğidir. Mevzuatın yayınlanmış olması, palyatif bakım ile ilgilenen personel sayısındaki artış, 1. basamak hekimleri tarafından yazılan opioid reçete sayısındaki artış ve işbirliği yapılan sivil toplum kuruluşu sayısındaki artış stratejinin başarısına dair göstergelerdir.

Gereksinimler Dört Ana Başlık Altında İncelenmiştir;

- 1- Hasta ve ailesi ile ilgili gereksinimler
- 2- Sağlık çalışanı ile ilgili gereksinimler
- 3- **Toplumda farkındalık çalışmaları**
- 4- Ek gereksinimler

1- Hasta Ve Ailesi İle İlgili Gereksinimler

- Gerekli ilaçların ulkeye getirilmesi, doz sınırlamalarının bilimsel verilerle güncellenmesi ve hekim kararına göre değiştirilebilecek esneklikte olması (Örneğin: Türkiye'de Opioid ilaç kotasının Avrupa Birliği kotasına çıkartılması)
- İthal ilaç fiyatlamaları ile ilgili kontrol
- Hastanın ilaç, tıbbi malzeme ve tedavi ile ilgili gereksinimlerine ulaşabilmesi, mevcut olanakların kolaylaştırılması için gerekli mevzuatın hazırlanması
- Sosyal güvenlik sistemlerinin (SGK, özel sigortalar) bilgilendirilmesi, kapsama alanlarının belirlenmesi. (Özel sigortaların kanseri de kapsam içine almasını zorunlu tutmak)
- Hastanın ve ailesinin psikososyal açıdan desteklenmesi (aile terapileri, bireysel psikoterapiler, vb.)
- Palyatif bakım hastasına birinci derecede bakım veren aile üyelerine sosyal yardım (aynı nakdi yardım, ücretli izinler, vb.) yapılması için gerekli çalışmaların yapılması
- Hastalara haklarının anlatılması, yaşamın son dönemi içinde yapılacak işleri hakkında destek ve yardım sağlamak (vasiyet, ölüm yeri, defin şekli, dini istekleri, "yeniden canlandırma yapmayın" isteği, vb.)

2- Sağlık Çalışanları İle İlgili Gereksinimler

- Palyatif bakım alanında çalışanlar açısından mevcut durumun saptanması ve gereksinim duyulabilecek sayının belirlenmesi,

- Bu alanda çalışanların özlük haklarının korunması ve iyileştirilmesi için gerekli düzenlemenin yapılması (Örneğin alanda kıdemli olmanın farklı değerlendirilmesi)
- Personelin tükenmişlik yaşama olasılığına karşı önlemlerin alınması (ödül, çalışma saatlerinde esneklik sağlanması, sosyal organizasyonlar, vb.)
- Sağlık çalışanlarının üniversite eğitim programlarının içerisine palyatif bakımın zorunlu ders olarak konulması
- Yardımcı sağlık personelinin, destek personelinin ve değişik çalışma alanlarında kalifiye elemanların yetisttirilmesi ve bu eğitimin standardize edilerek sertifikalandırılması, sertifikası olmayanın çalışmasının engellenmesi.
- Gönüllülerin eğitim süreci sonunda vereceği desteğin planlanması, (ihtiyaca göre sınırlandırmalar ya da yetkilendirmeler)
- Ekip üyelerinin görev tanımlarının netleştirilmesi ve gerekli prosedürleri (yönetmeliklerle standartlarının dışına çıkmadan ama her kurumun olanaklarına göre) belirlemek.

3- Toplumda farkındalık çalışmaları

- Belirlenen tanım doğrultusunda ülke bazında, palyatif bakıma ihtiyacı olacak hasta grubunu ve tahmini sayıları belirlemek
- Belirli pilot hastaneler seçerek model oluşturulması
- Sivil toplum örgütlerinin ve medyanın hasta ve ailesini destekleyecek yönde geliştirilmesi
- Alternatif tedavi ve destek malzemelerinin kontrolü

4- Opioid Analjezik Gereksinimleri

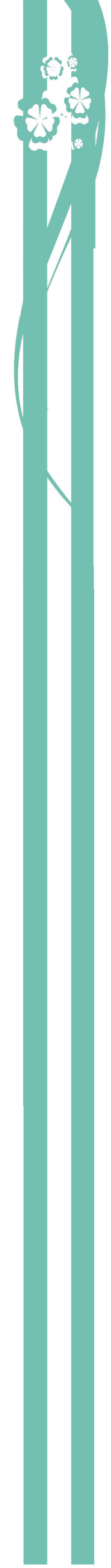
- Opioid ithalat kurallarının düzenlenmesi ve fiyatların kontrolü
- Hızlı salınlı oral morfinin sağlanması, gerekirse üretiminin ulusal kaynaklar tarafından gerçekleştirilmesi
- Türkiyede Opioid ilaç kotasının Avrupa Birliği kotasına çıkartılması
- Farklı opioid analjezik ilaçların sağlanması
- Opioid reçelendirilmesinin 1.basamak hekimlik tarafından yazılmasının sağlanması ve yaygınlaştırılması
- Opioid reçete limitlerinin hastanın gereksinimine göre artırılması
- Opioid reçete yazılımının ve takibinin kolaylaştırılması
- Opioid analjezik kullanımının kurallarının eğitimini hekimler ve sağlık personeline verilmesi

5- Yasal Düzenlemeler Ve Yönetmelikler

- Palyatif bakım merkezlerinin kurulmasına dair yönetmeliğin hazırlanması ve geliştirilmesi
- Hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapmama hakkının düzenlenmesi
- Terminal sedasyon hakkının sağlanacağı yasal düzenlemelerin yapılması (Hasta hakları Madde 14'ün geliştirilmesi)

6- Ek Gereksinimler

- Palyatif bakımla ilgili yerli ve yabancı eğitim kaynaklarının oluşturulması, geliştirilmesi, standardize edilerek yaygınlaştırılması.
- Hizmetin uzun vadede kontrolü için kalite çalışmalarının yapılması

- 
- Palyatif bakım konusu tanımlanıp yerleştikten sonra hospis sisteminin oluşturulması için çalışmalar yapılması
- “Yaşlı bakımı”, “palyatif bakım”, “hospis” ve “evde bakım” kavramlarının ayırıcı tanımlamalarının yapılması

PALYATİF BAKIM EYLEM PLANI

ÖZET

Ulusal Kanser Kontrol Programı içinde Palyatif Bakım eylem planı belirlenmiştir. Ülkemizin koşulları ve önceliklerine göre hedefler aşağıda belirtilmiştir.

AMAÇLAR

I: En az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması

II: Palyatif Bakım alanında (uygulama ve yönetim) eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması

III: Opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması

HEDEFLER

I- Referans merkezlerinin oluşturulması ve uygulamaya başlanması

I.1. Tanımlanan organizasyonel standartlar doğrultusunda pilot merkezlerin oluşturulması:

1. En az iki ya da dört evde bakım destek ekibi
2. En az iki ya da dört temel destek ekibi
3. En az üç ya da dört kanser merkezinde akut palyatif bakım ünitesi
4. En az üç ya da dört bakım merkezinde palyatif bakım ünitesi

I.2. Palyatif bakım hizmetlerinin Bütçe Uygulama Talimatı listesinde yer alması

1. Palyatif bakım kuruluşlarının maliyet ve giderlerinin tanımlanması
2. Palyatif bakım kuruluşlarının ana çıktı ve sonuçlarının tanımlanması

II- Palyatif Bakım hizmetlerinin uygulanması ve deneyimin yaygınlaştırılması konusunda lider, çekirdek bir ekip oluşturulması

1. Lider ekibin farklı meslek gruplarını içermesi
2. Pilot merkezlerde çalışacak ekip üyelerine “Palyatif Bakım Kursu” planlanması ve uygulanması (derneklerle DSÖ vb ile işbirliği içerisinde)
3. Kurulacak merkezlerde çalışacak ekip üyelerinin palyatif bakım alanında gelişmiş merkezlerde deneyim kazanması
4. Palyatif Bakım organizasyonu ve yönetim konusunda uluslararası eğitimlere katılımın sağlanması

III: Opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması

1. Mevcut Opioid limitinin/kotasının arttırılması
2. Opioid reçelendirilmesinin 1.basamak hekimlik tarafından yazılmasının sağlanması ve yaygınlaştırılması
3. Opioid reçete limitlerinin hastanın gereksinimine göre artırılması
4. Opioid reçete yazılımının ve takibinin kolaylaştırılması
5. Hızlı salınlı oral morfinin sağlanması, gerekirse üretiminin ulusal kaynaklar tarafından gerçekleştirilmesi
6. Opioid kullanımına dair eğitim verilmesi ve rehber geliştirilmesi

SONUÇ

1. Beş yıl içerisinde ülke genelinde palyatif bakım ilkelerinin benimsenmesi, standartların uygulanması, tüm kanser hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini bozan ağrı ve diğer semptomların kontrolünün sağlanması
2. Belirlenen palyatif bakım eylem planının ülkemizde kurulacak olan Ulusal Kanser Enstitü’sü yapısı içerisinde yer alması

A. PALYATİF BAKIM PROGRAMI EYLEM PLANI
27-28-29 Ağustos 2008 Ankara

Hedef: Kanser hastalarının ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak;

- a) Sağlık çalışanları ve halk arasında palyatif bakım bilincini geliştirmek,
- b) Palyatif bakım hizmet birimlerini tüm yurta yaygınlaştırmak,
- c) Palyatif bakım ihtiyacı duyan tüm kanser hastalarının bu hizmeti almasını sağlamak.

Strateji	Aktiviteler	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
1. Palyatif Bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması	•Palyatif bakımın kendisinden "Kanserin kaynaklanan veya tedavi yöntemleri nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşım" olduğunun kabulü •Palyatif bakımın ilgili kuruluşlarla işbirliği içerisinde ülke bazında tanınmasını ve yaygınlaşmasını sağlamak??	Sağlık Bakanlığı	• SB ilgili birimleri • Üniversite ve Özel Hastaneler •WHO •STK •Medya •TRT	Aralık 2009	Kurumlararası işbirliğinde çıkacak problemler	Ulusal kanser programında palyatif bakım tanımının yayınlanmış olması	Mevcut Veri Tespiti
2. Palyatif Bakım modelinin oluşturulması	1. Primer hastalığın kontrolü, Fiziksel semptomlar, psikiyatrik sorunlar, manevi sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşam sonu ihtiyaçların saptanması, yas dönemiyle baş etme	Sağlık Bakanlığı	• SB ilgili birimleri •SGK •Üniversite ve Özel Hastaneler •WHO •STK •Medya •TRT	Aralık 2010	• Kurumlararası işbirliğinde çıkacak problemler • Personel yetersizliği	• İlgili yasal mevzuatın çıkmış olması • Eğitim programlarının başlamış olması	• Mevcut Veri Tespiti • Pilot merkez sayısı • Sertifikalı personel sayısı

	konularının model içerisine alınması 1.1.Bakım Sürecinin standardizasyonu • Semptomların değerlendirilmesi-saptanması, • Bilgi paylaşılmaması, • Bakımın hastaya özel planlanması, • Bakım amaçlarının hasta ve ailesiyle paylaşılması, • Planlanan bakımın uygulanması, • Bakımın etkinliği sorularının değerlendirilmesi için yöntemlerin belirlenmesi 1.2.Palyatif bakım organizasyon modeli geliştirilmesi Bakım modelinin eğitilmiş, yetkin, multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmasının ve bu ekibin sağlanması ve bu ekibin • Hastaya bakım • Etik kuralara uyarak karar alma • İzleme, • Değerlendirme, • Araştırma, • Eğitim, • Kalite geliştirme				• Pilot merkezlerin kurulmuş olması • Sertifika programlarının uygulamaya başlaması • Sertifikalı personel sayısındaki artış • Sertifikalı eğitim sayısındaki artış	• Sertifikalı eğitim sayısı
--	--	--	--	--	--	---

1. Palyatif bakım	- Pilot Merkezler Kurulması - Pilot hospis kurulması - Temel Destek Ekibi Kurulması - Palyatif Bakım Ünitelerinin Kurulması - Evde Bakım Hizmetlerinin Başlatılması 1.5. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması - Palyatif bakım merkezlerinin kurulmasına dair mevzuatın yayınlanması - Hastanın “Kardiyopulmoner Canlandırma Yapmama Hakkı”nın düzenlenmesi “Terminal Sedasyon Hakkı”na yönelik yasal düzenlemelerin düzenlenmesi (Hasta hakları Madde 14’ün geliştirilmesi)	Sağlık Bakanlığı YÖK	- Üniversiteler - Eğitim Araştırma	Eylül 2010	Kurumlar arası koordinasyon eksikliği	Çekirdek grubun oluşturulmu	Mevcut Veri Tespiti
	3.1.Palyatif hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek bir grup						



bilincinin geliştirilmesi; 1. Sağlık çalışanları arasında 2. Toplumda	oluşturulması • Doktor • Hemşire • Sosyal çalışmacı • Psikolog 3.2 Eğitimin Planlanması • Yurtiçi • Yurtdışı • Kongrelere katılım 3.3. Mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modülü geliştirilmesi • Temel • İleri düzeyde 3.4. Mezuniyet Öncesi Eğitim • Tıp Fakülteleri, Hemşirelik Okulları ve İlgili Meslek Gruplarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında Palyatif Bakım konusunun yer almasının sağlanması 3.5 Halk Eğitimi • Hasta ve yakınlarına yönelik; (Hastalara haklarının		Hastaneleri ◇ STK • Tıbbi Onkoloji Derneği, • Onkoloji Hemşireliği Derneği, • Psiko-onkoloji Derneği, • Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, • Radyasyon Onkolojisi Derneği, • Palyatif Bakım Derneği • Hasta yakınları dernekleri V.b. • International Palliative Care Association • European Palliative Care Association • ASCO • Hospice Association	İnsan kaynakları ve teknik yetersizlik Personel hareketliliği	ş olması • Mezuniyet sonrası verilen eğitim sayısında artış • Eğitime katılan hasta ve hasta yakını sayısında artış • Palyatif bakımın müfredatlarına alınmış olması	• Mezuniyet sonrası eğitim sayısı • Halk eğitimi sayısı
---	---	--	---	--	---	--

	psikoterapiler, 4.1.3. Palyatif bakım hastasına birinci derecede bakım veren aile üyelerine sosyal yardım ▪ Aynı nakdi, ▪ Ücretli izin 4.2. Sağlık çalışanı ile ilgili uygulamalar 4.2.1. Palyatif bakım alanında ülkedeki çalışan ihtiyacının saptanması 4.2.2 Bu alanda çalışanların özlük haklarının korunması ve iyileştirilmesi için gerekli düzenlemenin yapılması 4.2.3. Personelin tükenmişlik konusunda desteklenmesi ▪ Ödül, ▪ Çalışma saatlerinde esneklik ▪ Sosyal organizasyonlar, 4.3. Toplumda farkındalık çalışmaları 4.3.1. Gönüllülerin eğitim süreci sonunda vereceği desteğin planlanması, 4.3.2. Ekip üyelerinin görev tanımlarının netleştirilmesi ve gerekli prosedürlerin				Onkolojisi Derneği, Palyatif Bakım Derneği Hasta yakınları dernekleri V.b. International Palliative Care Association European Palliative Care Association ASCO Hospice Association				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.4.7. Opioid analjezik eğitiminin tüm sağlık personeline verilmesi
4.4.8. İthal ilaç fiyatlamaları ile ilgili kontrol

4.5. Ek Gereksinimler
▪ Hizmetin uzun vadede kontrolü için kalite çalışmalarının yapılması

