

Pismo uredništvu/Letter to the editor

# VLOGA GINEKOLOGOV V REPRODUKTIVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU ŽENSK V FAZI ZAGONA DRŽAVNEGA PROGRAMA ZORA

ROLE OF GYNECOLOGISTS IN WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH CARE AT PRIMARY LEVEL IN THE BEGINNING OF ACTIVE CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMME

*Irena Kirar-Fazarinc, Dunja Obersnel-Kveder, Marija Ilijaš-Koželj, Mojca Jemec, Helena Istenič-Pikel*

Državni program ZORA, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

**Ključne besede:** presejanje; organizacija; preventivno reproduktivno zdravstveno varstvo žensk; rak materničnega vratu

**Izvleček** – Izhodišča. Ginekologi v reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni predstavljajo bistveni člen pri izvajanju Državnega programa ZORA in to tako zaradi svoje organiziranosti in strokovnosti kot tudi zaradi povezanosti, dobrega in zaupnega odnosa s svojimi opredeljenimi ženskami. V začetku aktivnega presejanja za raka materničnega vratu imajo ginekologi pomembno nalogo, da poskrbijo za opredeljene ženske tako, da prihajajo na preventivne preglede v priporočenem intervalu. Vabljenje je najbolj preizkušen in varen način aktivnega presejanja, za kar pa je treba imeti kriterije. Te kriterije je izdelala Strokovna komisija za organizacijo, epidemiologijo in informatiko DP ZORA. S tem je omogočila, da bo faza zagona uspešna in za ženske varna.

Zaključki. Predstavljena je priprava na vabljenje žensk in postopki za opredeljevanje žensk v podskupine za pošiljanje vabil ter vloga ginekologa v opredeljevanju skupine žensk, ki so si doslej že izbrale osebnega ginekologa. Prikazan je način razporejanja za ginekologa že opredeljenih žensk v enoletne in triletno preventivne sheme ter opredelitve žensk, ki po različnih strokovnih priporočilih potrebujejo bolj pogosto kurativno obravnavo. Opisane so tudi ovire pri pripravi vabljenja in določanju kategorij žensk zaradi raznolikih programov za vnos podatkov, odsotnosti identifikacijske številke za povezovanje podatkovnih zbirk pregledanih žensk in njihovo sledenje in zaradi neenotnih oblik in kakovosti citopatoloških izvidov. Izpostavljene so najpomembnejše naloge ginekologov za uspešno izvajanje DP ZORA.

## Uvod

Ginekologi v reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni predstavljajo bistveni člen pri izvajanju Državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu – ZORA (DP ZORA) (1) in to tako zaradi svoje organiziranosti in strokovnosti kot tudi zaradi poveza-

**Key words:** screening; organisation; preventive reproductive women's health care; cervical cancer

**Abstract** – Background. The gynecologists providing reproductive health care at primary level represent the essential link in implementation of DP ZORA – National Programme of Organized Cervical Screening Programme due to their organisational network and expertise as well as due to their connections and good and trustful relationship with their women who opt for them as their personal therapists. At the beginning of active cervical cancer screening gynecologists play an important role in taking care for their women and in counselling them to perform the preventive examination at the interval recommended. For effective invitation procedure, which is proven to be the most effective and for women safe way of active screening, listing and categorisation of women are needed. Committee on organisation, epidemiology and informatics of DP ZORA has prepared the categorisation criteria and thus make DP ZORA successful and safe for women.

Conclusions. The paper presents the preparation of invitation phase and procedures for categorisation of women in different subgroups according to invitation process. The role of gynecologists in invitation of women who already opt for them as their therapist, is stressed. Also, categorisation of women who opt for gynecologist into two to three years interval is presented. Moreover, special approaches toward women in need for more frequent visits according to recommendations are discussed. Furthermore, limitations in preparation of invitation procedures and categorisation of women are perceived due to different data entry software, absence of identification number necessary for linkage of different databases of women and follow up procedures as well as due to not uniform and diverse quality of citopathological results.

nosti, dobrega in zaupnega odnosa z opredeljenimi ženskami. Strokovna skupina za organizacijo, epidemiologijo in informatiko (v nadaljevanju strokovna skupina) je pripravila organizacijske in informacijske možnosti za uspešno izvajanje tega programa. Faza zagona programa je zelo zahtevna in nalaga ginekologom številne aktivnosti. Pri njegovi izvedbi nastajajo subjektivne in objektivne ovire, ki jih strokovne sku-

pine skušajo predvideti in sproti odpraviti. Na začetku te faze so bile največje ovire relativno različna opredeljenost žensk v posameznih geografskih območjih, različni računalniški programi in odsotnost identifikacijske številke, s katero bi se lahko povezali s citopatološkimi laboratoriji in izdelali seznime vabljenih žensk. Nenazadnje delajo ginekologom težave tudi neosveščene ženske, ki se zaradi nepravilnega informiranja čutijo neupravičeno prikrajšane za svoje pravice.

## Stopnja opredeljenosti žensk za osebne ginekologa

Presejalni program za raka materničnega vratu (RMV) bo uspešen le, če najmanj 70% žensk ciljne skupine napravi bris materničnega vratu (BMV) v določenem intervalu, praviloma v obdobju treh let (1). V Sloveniji do vzpostavitve Registra organiziranega presejanja RMV ni bilo podatkov o tem, koliko žensk opravi ta pregled (2, 3). Na stopnjo pregledanosti je bilo mogoče sklepati posredno, iz deleža opredeljenih žensk. Seveda pa opredeljenost še ne pomeni, da ženske res redno prihajajo na preventivne preglede.

V obdobju pripravljalne faze za zagon DP ZORA leta 2001 smo se najprej soočili z izvedljivostjo programa. Z analizo podatkov in ob upoštevanju strokovnih standardov smo ocenili, da je izvedba aktivnega presejanja možna v triletnem intervalu ob 80% opredeljenosti žensk.

Stopnja opredeljenosti žensk, ki je bila v letu 2001 v starostni skupini 15 do 74 let le 62%, se stalno povečuje. V prvi polovici leta leta 2003 je bila stopnja opredeljenosti žensk v starostni skupini 20–64 let skoraj 75%, v nekaterih lokalnih območjih že okrog 80%. To je teoretično dobro izhodišče za načrtovanje lokalnih načrtov za vabljenje žensk, ki so opredeljene za ginekologa.

DP ZORA je v prvi fazi načrtoval vabljenje opredeljenih žensk, kar je pomenilo, da so ginekologi v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu morali opraviti vrsto aktivnosti, s katerimi so se pripravili na vabljenje žensk. V drugi fazi pa je načrtoval tudi vabljenje neopredeljenih žensk iz centralnega registra ZORA.

## Priprava na vabljenje žensk

Za aktivno vabljenje sta bila možna dva modela - centraliziran, ki bi bil v začetni fazi izvedljiv z večjimi težavami, ki so bile tudi zakonsko pogojene, ter decentraliziran, ki je za svoje delovanje potreboval usklajeno delovanje lokalne in državne koordinacije. Za decentralizirani pristop se je zavzemala tudi večina ginekologov. Zato smo se v pripravljalni fazi odločili za kombinirani model, pri katerem za opredeljene ženske skrbijo izbrani ginekologi, za neopredeljene pa centralni presejalni register.

Da bi bil tak način čim uspešnejši, je Minister za zdravje imenoval območne koordinatorje iz regijskih Zavodov za zdravstveno varstvo, odgovorne ginekologe in nacionalno koordinatorico. Strokovna skupina pa je pripravila smernice in načrtovala enotno programsko podporo za vabljenje žensk.

Pri pripravi na vabljenje žensk je strokovna skupina naletela na precejšnje ovire. Te izhajajo predvsem iz dejstva, da imajo izvajalci že vrsto let zelo različne programe za vnos podatkov za obračun in državno statistiko dejavnosti primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk. Te podatkovne zbirke sami vzdržujejo. Prav tako večina izvajalcev ne uporablja enotne matične številka občanov (EMŠO) za ženske, ker za obračun rabijo le kartico zdravstvenega zavarovanja, ki pa trenutno v svojem naboru podatkov ne vsebuje EMŠO.

Po analizi med različnimi izvajalci po Sloveniji smo ugotovili, da ni mogoče ugoditi želji ginekologov, da bi prejeli enoten program za pripravo seznama žensk ter prejeli podatke iz

laboratorijev v obliki računalniškega zapisa, pa čeprav si bi tako zelo olajšali izbiro žensk na osnovi že pripravljenih strokovnih smernic za fazo zagona. Programska opremljenost pri izvajalcih je bila tako raznolika, da ni bilo mogoče distribuirati enotnega programa za podporo vabljenju žensk. Ker večina izvajalcev ne uporablja EMŠO, je ni mogoče uporabiti kot identifikacijsko številko za povezovanje podatkov o pregledanih ženskah, njihovih izvidov v laboratorijih glede na vse prebivalke, ki so hkrati zavarovane osebe v državi. Ne glede na program, ki ga posamezni izvajalec uporablja, pa pri vsakem izvajalcu obstajajo podatki o opredeljenih ženskah ter nekaj osnovnih podatkov o statistiki ter obračunu opravljenih storitev.

Zato je strokovna skupina odločila, da naj ginekologi pripravijo podatkovne zbirke s seznamom žensk, ki jo lahko naročijo pri svojih programskih izvajalcih. Ta nova zbirka mora vsebovati še možnost, da ginekolog strokovno opredeli začetno stanje ženske in jo razporedi v različne podskupine po kriterijih določenih v Strokovnih priporočilih za vabljenje za ginekologa že opredeljenih žensk (4), ki jih je posredoval DP ZORA vsem izvajalcem na primarni ravni.

Za organizacijo vabljenja neopredeljenih žensk je zadolžen centralni Register ZORA na Onkološkem inštitutu. Neopredeljene ženske bodo dobile vabila iz centralnega registra ZORA, v katerem bo tudi seznam ginekologov, ki bodo sprejemali te ženske in jih vključili v svoj seznam opredeljenih žensk. Skladno s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja si bodo ženske lahko prosto izbirale ginekologa, ginekolog pa jih lahko odkloni le ob doseganju limita, ki je opredeljen. Seznam ginekologov bo ženskam omogočal prijazno obveščanje in pripomogel k lažji odločitvi (poleg naslova, tedenskega urnika je naveden tudi poimenski seznam zdravnikov ter približna ocena čakalne dobe).

## Postopek določanja skupin žensk za pošiljanje vabil

Po pregledu kartotek žensk mora ginekolog za vsako žensko oceniti kdaj jo bo vabil na preventivni ginekološki pregled. S tem ji določi začetno oceno in jo razvrsti v določeno skupino. To informacijo mora vnesti v svojo podatkovno zbirko lokalnega informacijskega sistema, ki vsebuje seznam opredeljenih žensk. Za to opravilo je bilo v Navodilih Ministrstva za zdravje (5) predvideno prehodno obdobje šestih mesecev.

Ginekolog se za opredelitev skupine za pošiljanje vabil odloči na podlagi strokovne ocene kliničnega izvida materničnega vratu ter morebitnega izvida kolposkopskega pregleda in na osnovi kakovostnega izvida BMV (6) (poleg ocene PAP so obvezne navedbe o vrsti celic, kakovosti brisa ter citopatološkega priporočila) ter ob upoštevanju Priporočil za vabljenje žensk DP ZORA (7, 10). Tako opredeljeni način izbire žensk in njihovo razporejanje v časovno razporednico za vabljenje v prvem, drugem oziroma tretjem letu je strokovno varen postopek za izvajalca in žensko. Pregledovanje kartotek je precej zamudno in obsežno ter ponekod tudi dodatno oteženo zaradi pomanjkljivih izvidov brisov, ker v laboratorijih v preteklosti niso imeli enotnega načina dela in akreditacije, kar v začetnem delovanju DP ZORA potrebuje posebno spremljanje.

Med ženske, ki so bile neustrezne za aktivno presejanje, sodijo tiste brez matrice, mlajše od 20 let (teh je po podatkih iz začetka 2003 opredeljenih pri ginekologih okrog 30%), ali pa starejše od 65 let. Ginekologom smo svetovali tudi individualno strokovno presojo za tiste primere žensk, ki bo njihovi strokovni presoji in upoštevanju znanih kriterijev lahko potrebovale poostren režim sledenja.

Ženske, ki jih ginekolog razporedi v skupino za vabljenje, so torej stare med 20 in 64 let in jim maternica ni bila odstranje-

na. Ženske, ki ustrezajo pogojem za vabljenje, morajo razporediti na dve podskupini in sicer tiste, ki so bile primerne za vabljenje v prvem (in naslednjem) letu ter tretjem letu (glede na leto 2003). V prvo skupino se razporedijo ženske, ki pri ginekologu niso bile pregledane tri leta in več, ter tiste, ki so imele doslej v zadnjem letu napravljen BMV ter ocenjen skladno s Smernicami (čakanje - 1). Ženske, ki so že doslej hodile na preventivne ginekološke preglede z odvzemi brisov redno in je ginekolog v njihovih kartotekah imel kakovosten izvid brisa, so bile razporejene v tretje leto (čakanje - 3).

Če ženska, ki v šestih mesecih po odposlanem vabilu ni opravila preventivnega pregleda pri ginekologu, pomeni, da se njen citopatološki izvid ne bo pojavil v Registru ZORA. Takšna ženska pridobi v podatkovnih zbirkah status oziroma oznako prve neodzivnice in ginekolog jo ponovno povabi (oznaka drugo vabilo). Ženske, ki se ne odzovejo na drugo vabilo pridobijo oznako dokončna neodzivnica. Dokončna neodzivnica je oznaka, ki se nanaša glede na sistem vabljenja in jo bo dobila ženska, ki bo v dvanajstih mesecih prejela dvoje vabil in ne bo preventivno ginekološko pregledana oz. se njen izvid ne bo pojavil v podatkovnih zbirkah Registra ZORA: Ženske, ki bodo pridobile oznako dokončne neodzivnice, je hipotetično potrebno razporediti v dve skupini in sicer v skupino tistih, ki ne želijo preventivnega pregledovanja (izjava) ter skupino popolnih neodzivnic. Ta skupina bo deležna posebnega intervencijskega programa. Intervencijski program za dokončne neodzivnice bo vključeval sodelovanje patronažne službe, s katero se bo povezoval Register ZORA preko lokalne koordinacijske mreže odgovornih ginekologov in območnih koordinatorjev za varovanje reproduktivnega zdravja.

Ženska lahko dobi tudi kriterij posebne obravnave. Ta kriterij določi ginekolog glede na njen zadnji izvid PAP, zgodovino brisov materničnega vratu, oceno povzeto na osnovi kliničnega in kolposkopskega pregleda ter citopatološkega priporočila. Ob tem ginekolog določi pogostnost dodatnih pregledov oz. odvzemanja brisov oz. drugih diagnostičnih in terapevtskih postopkov (HPV testiranja, odvzemov tkiva za histološke preiskave, itd.). Te ženske se obravnavajo v okviru kurativne obravnave, kar je v Sloveniji stroka razvila že ob opornem presejanju, ki v Sloveniji teče več desetletij.

## Zaključki

Za učinkovito izvajanje Državnega programa ZORA je potrebno doseči, da bo imelo vsaj 70% žensk, starih 20 do 64 let, pregledan BMV enkrat v treh letih. Optimalni pogoji pa bodo zagotovljeni takrat, ko bo takih žensk vsaj 80% (10, 11). Podatki Registra ZORA kažejo, da je ta cilj v ljubljanski zdravstveni regiji že dosežen (12). V nekaterih drugih regijah pa je pregledanost še pod to ravno, kar je še posebno zaskrbljujoče v tistih regijah, ki imajo največjo incidenco RMV (celjska, kopraska) (13). Stopnja opredeljenosti se je v letu dni po uveljavitvi Navodil povečala za 10%, tako da za ciljno skupino DP ZORA predstavlja ponekod že 80% (12).

Ginekologi, ki so opredelili ženske, so uravnotežili mrežo primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk in zmanjšali regijske razlike v dostopnosti. Skrb za opredeljene ženske se lahko dodatno poveča predvsem z naslednjimi aktivnostmi:

- osveščanjem žensk, da je aktivno presejanje, določeno z navodili DP ZORA;
- učinkovitim preventivnim programom za preprečevanje nastanka RMV, ki ga izvajajo tudi druge Evropske države (8, 9);
- vzpodbujanjem žensk, da bodo prihajale na pregled v določenih intervalih, posebno socialno ekonomsko bolj ogrožene in druge, ki imajo kakršnekoli ovire za redne obiske pri ginekologu;
- pravilnim razporejanjem žensk za vabljenje;
- usposabljanjem za pravičen odvzem citološkega brisa;
- izbiro citološkega laboratorija, ki ustreza merilom, postavljenem v Pravilniku za delo laboratorijev (10);
- pravilnim potekom sledenja žensk z citološkimi brisi, ki niso negativni, in pravočasno napotitvijo na zdravljenje.

Odgovorno strokovno delo osebnih ginekologov bo potrebno podpreti s sodobnimi računalniškimi in informacijskimi rešitvami in povezati izvajalce, laboratorije in Register ZORA.

## Literatura

1. Primic Žakelj M. Priporočila o presejanju za raka v Evropski uniji. Lindtner J, Štabuc B, Bešič N, Budihna M, Frković-Grazio S, Marolt F, Matos E, Novaković S, Škrk J, Zakotnik B, Žgajnar J eds. Družinski zdravnik in rak. 15. onkološki vikend, Ljubljana 2000. Zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva; Zveza slovenskih društev za boj proti raku 2000, 21-9.
2. Kovačič J. Epidemiološki pomen zgodnje citološke detekcije karcinoma materničnega vratu. Disertacija. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 1972.
3. Kovačič J. Rana diagnostika zločudnih tumorov i njezine možnosti. In: Kurjak A et al. eds. Ginekologija i perinatologija. Zagreb: Naprijed, 1989: 127-34.
4. Stokovna priporočila za vabljenje za ginekologa že opredeljenih žensk v fazi zagona DP ZORA. Register ZORA. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2003.
5. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur l RS 2002; (33): 3122-9.
6. Pogačnik A et al. Navodila za poenotenje izvidov brisov materničnega vratu in informacijskega sistema ginekološke citopatologije. Ljubljana: Zdravniška zbornica, 2002.
7. Uršič-Vrščaj M, Rakar S, Kovačič J, Kralj B, Možina A. Priporočila za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2000.
8. Coleman D, Day N, Douglas D et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Eur J Cancer 1993; 29A: Suppl 4: S1-S38.
9. Monsonog J, Franco E eds. Cervical cancer control. General statements and guidelines. EUROGIN-WHO International Joint Meeting. UNESCO Paris, March 24-27, 1997. Paris: UNESCO, 1997.
10. Uršič-Vrščaj M, Primic-Žakelj M, Kirar-Fazarinc I, Pogačnik A, Obersnel-Kveder D. Navodila za izvajanje programa ZORA. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Onkološki inštitut, junij 2003.
11. Incidenca raka v Sloveniji 1999. Ljubljana: Onkološki inštitut - Register raka za Slovenijo, 2002.
12. Primic-Žakelj M, Kirar-Fazarinc I et al. Poročilo o delovanju Državnega programa ZORA za leto 2002 in 2003. Preliminarno poročilo. Ljubljana: Onkološki inštitut - Register raka za Slovenijo, maj 2003.