

## OKROGLA MIZA O DETEKCIJI GINEKOLOŠKEGA RAKA

Sobota, 25. 11. 1995 od 9. do 12.45:

### Povabljeni k omizju:

*mag. dr. Jože Bertole*, Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo

*prof. dr. Božo Kralj*, Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo

*prof. dr. Vera Pompe Kirn*, Onkološki inštitut Ljubljana

*prof. dr. Stelio Rakar*, Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo

*prim. mag. dr. Tone Šijanec*, ZD Maribor

*mag. dr. Marjetka Uršič Vrščaj*, Onkološki inštitut Ljubljana

*prof. dr. Marija Us-Krašovec*, Onkološki inštitut Ljubljana

*dr. Pavel Zupan*, Univerzitetna klinika za ginekologijo in porodništvo

### Voditelj omizja

*prof. dr. Andrej Kocijan*, Onkološki inštitut Ljubljana

Srečanje je pozdravil direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije gospod **Franc Košir**

Protimikrobna zdravila tovarne KRKA je predstavila gospa *dr. Maja Mejač*

*Prof. dr. Andrej Kocijan:* Vabim udeležence okrogle mize, da zasedejo svoja mesta. To so: prof. dr. Božo Kralj, prof. dr. Vera Pompe Kirn, prof. dr. Marija Us-Krašovec, prim. dr. Šijanec, prof. dr. Rakar, dr. Bertole, dr. Zupan, mag. dr. Žakljeva, predstavnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje, dr. Fakin in mag. dr. Vrščajeva. Prosim vse udeležence okrogle mize, da z nekaj s tehtnimi stavki povejo svoje misli, potem pa naj se razvije razprava. Na vprašanja bodo odgovarjali udeleženci okrogle mize.

*Prof. dr. Božo Kralj:* Pogovarjamo se o detekciji in o zgodnjemu odkrivanju ginekoloških karcinomov in konkretno o karcinomu materničnega vratu. Ali imamo metode, ki odgovarjajo kriterijem detekcijskih metod? Ali imamo metodo, ki je dovolj zanesljiva, visoko občutljiva in visoko specifična, in ki je dovolj učinkovita, da z njo lahko odkrijemo zgodnje oblike? Ali je tudi vsem dostopna in ne pušča pretirane invalidnosti? Metoda mora biti za ženske sprejemljiva, preprosta in neboleča, mora pa biti tudi poceni. Kaj pomeni zanesljivost? To vemo. Občutljivost: malo lažno negativnih rezultatov. Specifičnost: malo lažno pozitivnih rezultatov.

V Sloveniji smo začeli z zgodnjim odkrivanjem raka materničnega vratu že leta 1956. Na to moramo biti ponosni. Vemo, da se je začela citologija na veliko uveljavljati šele po drugi svetovni vojni. Kakšen je namen zgodnjega odkrivanja? Zmanjšanje zbolevanja za invazijsko obliko raka materničnega vratu, zmanjšanje umrljivosti zaradi raka materničnega vratu in zgodnje odkrivanje onih rakov, ki so vezani le na sluznico materničnega vratu. Pet let po uveljavitvi citologije v Sloveniji je bila incidenca raka materničnega vratu 28,8 na 100.000, leta 1982 je padla na 16,1 na 100.000. Leta 1991 je bilo stanje slabše, ampak ne signifikantno: 17,1 svežih primerov invazivnega karcinoma materničnega vratu na 100.000 žensk. V Sloveniji imamo letno približno 170 primerov novo odkritih primerov raka materničnega vratu. Od leta 1956 do leta 1991, torej v obdobju 40 let, se je število invazijskih primerov raka materničnega vratu zaradi detekcije razpolovilo. Invazijski karcinom raka materničnega vratu upada (od 28 na 17), število preinvazijskih karcinomov, ki so vezani na sluznico, pa raste.

Drugi parameter, ki smo si ga zastavili kot merilo učinkovitosti, je stevilo žensk, ki umrejo zaradi raka materničnega vratu. V Sloveniji še vedno umre letno 55 do 60 žensk zaradi raka materničnega vratu (5,5/100.000). Kakšne detekcijske metode imamo? Najuspešnejšo citodiagnostiko po Papanicolaou, kolposkopijo po Hinselmannu in kombinacijo s Schillerjevim testom. Citodiagnostika je najenostavnejša in najbolj občutljiva metoda z veliko občutljivostjo (95%) in specifičnostjo (99%). Kdaj pa bomo uporabili detekcijske metode? Ko je incidenca neke bolezni dovolj velika, da postane problem v narodovi patologiji. To karcinom materničnega vratu nesporno je. Vendar pa imamo na voljo dobre detekcijske metode, ki jih na široko uporabljajo. Nekaj drugega pa je rak jajčnika. Ko smo se vpisali na medicinsko fakulteto, smo že zvedeli za nek zelo pomemben podatek. Zdravljenje enega samega razvitega primera raka materničnega vratu je veliko dražje kot odkrivanje stotin primerov tega raka. Cost/benefit je pri raku materničnega vratu zagotovljen. Vprašanje pa je, ali ti isti kriteriji ustrezajo za odkrivanje raka jajčnika. Na voljo imamo vaginalni UZ, posebno ultrazvočno doplersko preiskavo in Ca 125. Na koncu lahko rečemo, da imamo za nekatere ginekološke karcinome dobro razvite detekcijske metode. Pomembno je, da te metode stalno izvajamo. Za nekatere rake, kot sta rak endometrija in rak jajčnika, pa te metode še niso dovolj izdelane. Težiti moramo k iskanju cenejših in uspešnejših metod. Kar zadeva rak materničnega vratu, smo ga v letih 1961 do 1991 razpolovili. Od 1982. leta dalje stagniramo. Zakaj? Ni problem, kaj narediti v tej fazi, ker to že delamo. Samo držati se moramo detekcijskih metod. Tema današnjega pogovora je, kako še zmanjšati število 17,1 in jo spraviti pod 10. Rezultate zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu lahko zboljšamo le tako, da postanemo v tem aktivnejši. Po naših ordinacijah krožijo vedno iste ženske, ki jim jemljemo vsako leto brise. Te ženske so pripomogle, da imamo danes samo 17 primerov na novo odkritega raka na 100.000 žensk. Če bomo aktivno poiskali še tiste ženske, ki danes ne hodijo v naše ordinacije, bomo to število spravili pod 10.

*Prof.dr. Vera Pompe-Kirn:* Dr. Kralj je že navedel glavne izhodiščne točke. Zelo si želimo, da bi s tem aktivnejšim iskanjem zgodnjih oblik raka mater-

ničnega vratu (do sedaj je še vedno 5% te bolezni v slovenski populaciji) zmanjšali število invazivnih rakov. Ta problem se je manjšal do leta 1980, od leta 1980 naprej pa spet obstaja. Posebej so ogrožene nekatere občine v Sloveniji, predvsem obalne, kjer smo tudi za zadnje obdobje našeli še vedno 40 novih bolnic na 100.000. To je bistveno več, kot je slovensko povprečje. V gibanju incidence tega raka po starostnih skupinah ne zapazimo takih zakonitosti, kot smo jih opazovali pri raku dojg. Tam se zaradi majhnega števila primerov, odkritih v in situ stadiju, kažejo druge zakonitosti. Zelo me je prizadelo, da se je v zadnjem petletnem obdobju opazovanja v starostnih skupinah 40 - 44 let in 35 - 39 let gostota te bolezni spet začela večati. Drugo, kar me je pri tej analizi presenetilo, pa je, da se je tudi število novo odkritih žensk z intraepitelijsko obliko manjšalo tako po 30. letu starosti kot po 35. in celo po 25. letu. Večalo se je samo število ugotovljenih oblik tega raka pri najmlajši skupini, 20 - 24 let. Včasih smo opozarjali predvsem na skupine po 40. letu starosti. Zakaj ni tam več zgodnje oblike? Če pogledamo podatke za obdobje 61 - 65, ko je bil rak materničnega vratu v Sloveniji resnično velik problem, nas je takrat motilo predvsem to, da je ta bolezen zahtevala toliko žrtev med našo aktivno žensko populacijo. Sedaj pa postaja krivulja incidence spet podobna tisti iz prvega obdobja opazovanja v letih 61-65, predvsem pri ženskah po 35. letu starosti, samo na nižjem nivoju. Naj omenim še podatke za rak materničnega vratu, ki naj bodo tudi osnova za čim bolj tvorno razpravo današnjega dne: velik razmik med pričakovano in opazovano življenjsko dobo mladih bolnic. Drugo dejstvo: Čeprav je relativno petletno preživetje vendarle okrog 60%, se v tem opazovanem obdobju ni nič premaknilo. Dejstvo je tudi, da mlajše bolnice bistveno bolje preživljajo bolezen kot starejše. Razlago za to najdemo v stadijih, ki je včeraj pri raku dojg nismo mogli najti. Pri raku materničnega vratu delež zgodaj odkrite bolezni s starostjo občutno pade. Za zadnje obdobje velja ista zakonitost, samo da je v tem obdobju delež zgodaj odkritih rakov višji. Ni pa tako v obdobju 35 - 50 let, ki je za žensko zelo pomembno. Če sedaj primerjamo naše podatke z drugimi deželami (kot smo jih včeraj pri raku dojg, kjer smo ugotovili, da imamo v zgodnejšem odkrivanju invazijske bolezni v primerjavi z drugimi verjetno neko rezervo), vidimo, da se s podobnim problemom otepajo tudi dežele, s katerimi se primerjamo.

**Dr. Maja Primc-Žakelj:** Pri nas teče zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu od leta 1954. Bojimo pa se, da prihaja na preglede premalo ogroženih žensk. Zelo pomembno je, da zajamemo v program zadosten delež žensk, ker samo tako lahko pričakujemo, da se bosta zmanjšali incidenca in posledično tudi umrljivost. Tako se je tudi v drugih različnih državah, ki so imele različno intenziteto tega presejanja, umrljivost različno zmanjševala. Vzorčni primer so skandinavske države, predvsem Finska in Islandija. Tam so zelo pazili, da bi v program zajeli čim večji delež žensk, in tako imajo danes najboljše rezultate. V državah, kjer zajamejo 80, ali 70% vseh žensk v ciljne skupine, se pri mlajših umrljivost zmanjša tudi do 100%. V starosti, ko odzivnost relativno nekoliko pado, se umrljivost zmanjša nekoliko manj, vsekakor pa bistveno bolj tam, kjer so zajete praktično vse žensk., kot pa tam, kjer jih je zajetih zelo malo. V potrditev dejstva, da je treba zajeti v program čim več žensk, naj navedem še podatek: Četudi pregledujemo brise enkrat na leto in prihaja na pregled samo

20% vseh žensk, se bo incidenca zmanjšala za 20% približno. Če pa bi pregledali brise 60% žensk enkrat na 10 let, bi se incidenca raka lahko zmanjšala za polovico. Danes ni več vprašanje, ali take programe uvajati ali ne, niso pa enotna mnenja strokovnjakov, podobno kot pri raku na dojki, o tem, katero starostno obdobje zajeti v program in kako pogosto ženske pregledovati. In ko tehtamo, kako pogosto naj ženske pregledujemo, da bo imel tak program še zadosten učinek, se izkaže tole: Če bi v starostnem obdobju 25-64 let pregledali vsem ženskam v tej skupini bris enkrat na 10 let, bi lahko zmanjšali zbolewnost za 64%. Če bi to delali v isti starostni skupini na 3 leta, bi zmanjšali zbolewnost za 90%. Če bi pregledali bris vsake 3 leta ženskam v starosti 20-64 let, bi se zmanjšala incidenca za 91%, če bi pa to delali vsako leto, pa za 93%. Razlika med pregledovanjem brisov na vsako tretje leto ali vsako leto je torej zanemarljiva. Vsakoletni pregledi pomenijo za narod velik strošek. Tudi ekspertna skupina programa Evropa proti raku predlaga, da naj povsod pregledujejo celice v brisu materničnega vratu vsako tretje leto, ker je to edini ukrep, ki učinkovito zmanjša zbolewnost in umrljivost za rakom materničnega vratu. Treba je le doseči, da bo prišlo na pregled čim več žensk. Glede starostnega obsega pa svetujejo takole: Minimalni obseg programa so ženske med 35. in 60. letom, optimalni pa ženske med 25. in 60. letom starosti. Ameriško društvo proti raku predlaga, da naj bi pričeli z odvzemanjem brisov že pri ženskah, starih 18 let ali še manj, če so spolno aktivne. V Sloveniji prihajajo na preglede vedno iste ženske. Določen majhen delež populacije kontroliramo zelo dobro, morda predobro, večina žensk pa prihaja na preglede prereditko. Morda pa bi nam bil lahko v premislek rezultat javnomnenjske raziskave iz leta 1989, iz obdobja, ki že spada v tisti čas, ko se incidenca ne zmanjšuje več. Takrat smo povprašali 1.000 polnoletnih žensk med 18. in 80. letom, kako pogosto hodijo na ginekološke preglede. Po odgovorih smo ugotovili, da prihaja na pregled redno, vsaj enkrat na tri leta, le 60% vseh Slovenk, nikoli jih ne pride 12%, in občasno, bistveno poredkeje pa približno četrtnina Slovenk. Kot je bilo pričakovati, je bil delež žensk, ki so redno prihajale na preglede, večji v reproduktivnem obdobju, da pa po 50. letu, ko ženske ginekologov ne rabijo več zaradi reprodukcije in načrtovanja družine, ta delež izjemno upade. Treba bo tudi tem ženskam dopovedati, da je smotrno hoditi še naprej na preglede. Glede na vse to smo že letos poleti razmišljali, kako bi bilo možno pri nas te stvari izboljšati. Delovna skupina je že tedaj dala nekaj predlogov, kako bi nam uspelo v Sloveniji uvesti optimalen program, po katerem bi z osebnimi vabili pritegnili ženske v starostnem obdobju 25-64 let ter jih vsako tretje leto vabili na pregled, če bi bila dva zaporedna brisa v obdobju enega leta negativna.

**Kocijan:** Ker je detekcija raka tesno povezano z dispanzersko službo, prosim gospoda prim. Šijanca, izkušenega dispanzerskega strokovnjaka, da pove kaj o svojih izkušnjah.

**Prim. dr. Tone Šijanec:** Rad bi povedal nekaj o vsakodnevni problematiki na primarni ravni v dispanzerju za ženske, kjer se srečujemo z največjim številom žensk. Mislim, da je to kraj, kjer bi morali narediti največ za detekcijo ginekoloških karcinomov. Zadnja leta prihaja k nam več mladih žensk zaradi zgodnejše spolne aktivnosti in zaradi uporabe kontracepcijskih sredstev. Ženske, ki upo-

rabljajo kontracepcijska sredstva, so pravzaprav nadzorovane. Tiste v perimenopavzi hodijo zdaj pogosteje v naše ordinacije zaradi klimakteričnih težav. To je skupina žensk, ki so precej bolj pod nadzorom v zadnjih letih. Velike so tudi razlike med mestnim in kmečkim okoljem. V mestnih ordinacijah je dostopnost do zdravstvenih ustanov lahka in zdravstvena prosvetljenost velika, uporaba kontracepcijskih sredstev pa pogostejša. Tu najdemo precej več displazij kakor napredovalih karcinomov. Obratno je v ambulantah v podeželskem okolju, kjer ženske prihajajo šele tedaj, ko imajo že resne težave; žal je pri njih še več napredovalih karcinomov kot displazij. Ginekološki karcinomi so dostopni za zgodnje odkrivanje, eni bolj, drugi manj. Tak je rak materničnega vratu, tudi v predstadiju. Vemo, da se preko predstopenj razvija kot kroničen proces 5 do 15, ali pa celo več let. Vrh primerov CIN III je pri 37. letih, vrh stadija IA pri 46. letih, vrh stadija 1B pri 51. letih, vrh stadijev II in III pri 60. letih, IV. stadij pa pri 63. letih. Starostna krivulja stopenj poteka torej položno, je nizka, začne pa se že pred 30. letom. Čas od stadija IB do napredovalih stadijev včasih traja tudi 10 let. Za uspešno detekcijo morata biti izpolnjena dva pogoja. Prvi je, da se čim večje število ženskega prebivalstva, ali po možnosti vse ženske določene starosti udeležijo pregleda. Drugi pa je možnost odvzema brisa in opravljanje kolposkopije in ciljane biopsije iz suspektnih področij v vsaki ginekološki ambulanti. Citologija ima - to vemo - visoko senzitivnost. Kolposkopija pa jo še za nekaj odstotkov izboljša. Citologija ne služi samo za odkrivanje zgodnjih oblik karcinomov, ampak tudi za odkrivanje njegovih predstadijev. Kolposkopija nam omogoča odkriti določene sumljive spremembe na vratu maternice, atipične transformacijske zone, mozaike s ciljano biopsijo. To je predvsem koristno in važno za tiste ženske, ki ne hodijo redno na ginekološke kontrole. Uspešnost odkrivanja raka materničnega vratu je odvisna tudi od kvalitete jemanja brisa iz transformacijske zone, po potrebi iz cervikalnega kanala. Danes je bil govor tudi o specifičnosti. Polovico lažno pozitivnih brisov dobimo zaradi vnetnih sprememb, drugo polovico pa zaradi drugih regeneracijskih vzrokov (celularna polimorfija). Te lažno pozitivne brise v nadaljnjih postopkih hitro razčistimo. Zelo važna je natančna evidenca vseh sumljivih in pozitivnih brisov in takojšnje naročanje pacientk, pri katerih izvidi brisa niso v redu. Sumljivi izvidi se dostikrat javljajo tudi ob okužbi s humanim papiloma virusom. Ti so v veliki meri povezani s cervikalnimi lezijami in nekateri od njih imajo kar visok onkogeni potencial. Na dunajski univerzitetni kliniki so ugotovili, da je, recimo bris PAP 1 povezan z okužbo s HP B virusom v 2,5%, PAP 2 v 41%, PAP 3 v 57%, PAP 4 v 77% in PAP 5 celo v 92,3%. Raziskave so pokazale, da je s tem virusom okuženih približno 30% sicer zdravih žensk. Nekaterne številke so celo višje. Seveda ne zbolijo vse ženske, samo nekatere preko CIN I in CIN II v CIN III. CIN I lahko regredira spontano v 78%, CIN II le v 25-35%, CIN III pa samo v 10%. Zato opozorilo citologa, da gre tudi za infekcijo s HPV, nalaga ginekologu posebno skrb. Take ženske naročamo na kontrolo na 6 mesecev. Seveda nas na to opozorijo tudi klinično vidne okužbe s HPV, kot so npr. šiljasti kondilomi. Te imamo za markerje take okužbe in kot opozorilo za nastanek CIN. Sumljiv citološki bris ali kolposkopski izvid, ali pa celo pozitiven histološki izvid nas zavezuje k določenemu postopku. Pri nas smo se dogovorili za tole shemo: Če dobimo sumljiv izvid, žensko takoj pokličemo na kontrolo ter opravimo ginekološki pregled in kolposkopijo. Če pri ginekološkem pregledu najdemo vnetje, naredimo

nativni bris, damo ciljano terapijo in ponavljamo citološke kontrole na 6 mesecev. Če gre za atrofijo, ponovimo citološko kontrolo po estrogenskem testu. Če pa gre za okužbo s HP virusom, žensko kontroliramo redno na 6 mesecev. Če je kolposkopski izvid negativen, naredimo citološko kontrolo ektocerviksa in endocerviksa. Če je ta kontrola negativna, jo ponavljamo vse do trikrat negativnega izvida na štiri mesece; če pa je sumljiva, naredimo ponovno citološko kontrolo in se dogovorimo s citologom za revizijo citologije in za nasvet, kako ravnati naprej. Če pa je kolposkopski izvid sumljiv ali pozitiven, naredimo ciljano biopsijo. Če je ta negativna, ponavljamo citološke kontrole na 4 mesece, če pa je pozitivna, pošljemo žensko na konizacijo. Podoben je tudi postopek pri pozitivnem brisu, le da skušamo hitreje priti do končnega rezultata.

Od 1985. do 1994. leta smo opravili 189.033 prvih pregledov. Od teh je bilo 44,2% žensk pri nas zaradi težav in zaradi nosečnosti, 55,8% pa je bilo preventivnih pregledov. Iz te skupine jih je 55% prišlo zaradi kontracepcije. To je najbolj varovana in nadzorovana skupina. 45% pa je bilo takšnih, ki so prišle spontano. 8% od teh jih je prišlo eno leto po zadnjem pregledu. 15% po dveh letih, 3% po treh letih in 2,7% po več letih. V teh 10 letih smo opravili 137.131 citoloških brisov in ravno toliko kolposkopij. Med temi brisi je bilo 5.802 (4,2%) suspektnih in 160 (0,1%) pozitivnih. Zaradi sumljivih izvidov kolposkopije smo naredili 1.297 ciljanih biopsij (0,9%) in našli displazije. Od teh smo 940 (0,7%) žensk poslali na konizacijo, našli pa smo 150 (0,1%) invazivnih karcinomov. Razmerje med koniziranimi displazijami in invazivnim karcinomom je 7:1. Glede detekcije drugih ginekoloških karcinomov se odpirajo neke možnosti z vaginalno sonografijo; opravimo jo pri ženskah, ki pridejo zaradi klimakteričnih težav po hormonsko nadomestno terapijo. Vsako žensko s pomenopavzno krvavitvijo pošljemo na frakcionirano abrazijo. Pri ultrazvočni detekciji ovarijskega karcinoma nimamo vsaj sedaj še nobenih izkušenj.

Pokazali smo že na osnovni problem: samo ena tretjina žensk prihaja v naše ordinacije. Kako priti do ostalih dveh tretjin? Najvažnejša je gotovo zdravstvena vzgoja: radio, časopis, TV, zloženke, predavanja in podobno. Druga možnost pa je: Družinski zdravnik bi moral ob vsakem obisku na domu ženske opozoriti tudi na nujnost ponovnega ginekološkega pregleda, če je od zadnjega minilo leto ali dve. V Mariboru imamo zelo dobro patronažno službo, v okviru katere bi obiskovalka na domu, v družini morala vedeti, da je treba žensko opozoriti na ponoven ginekološki pregled. Osebnopovabilo je vsekakor najboljše in upam, da bomo to kmalu izpeljali.

**Kocijan:** Zapomnil si bomo navodila prim. Šijanca. Prosim prof. Us-Krašovec, da pove svoje misli o citologiji.

**Prof. dr. Marija Us-Krašovec:** Rada bi primerjala naše stanje s stanjem v Britanski Kolumbiji, kjer imajo najboljše rezultate presejanja na svetu. Po številu prebivalcev smo si podobni. Razlika pa je v tem, da so oni 1949. leta začeli z organiziranim presejanjem in da so uspeli zajeti 85% ogrožene populacije. To se kaže v incidenci, ki je 1985. leta pri njih padla od 28, kar je bilo približno enako kot pri nas, na 6,4, pri nas pa na 17,5; smrtnost je v tem letu padla od 11 na 3,1 na 100.000, pri nas pa na 7,5 na 100.000. Posredujem lahko tudi

podatke za 1991. leto iz Britanske Kolumbije. Incidenca je bila 7,1 (pri nas 17,1), smrtnost 2,6 (pri nas 5,5). V teh podatkih je bistvena razlika med tem organiziranim presejanjem in presejanjem pri nas, ki ni organizirano. Uporabljamo bris po Papanicolaou, kot del ginekološkega pregleda. Pri nas ni znano, kolikšen delež bolnic smo zajeli s pregledom. Takih rezultatov, kot jih ima Britanska Kolumbija, seveda nimajo vsi na svetu. Izjema so nekatere skandinavske države. Povsod, kjer niso dosegli takšnih rezultatov, so se vprašali po vzrokih in naredili analize. Vzroki so organizacijski in strokovni. Nekateri osnovni vzroki so bili: presejalni program ni zajel večine ogrožene populacije, sistem klicanja na kontrole ni bil ustrezen, z bolnicami, ki so imele patološki izvid, niso ustrezno postopali. Tudi intervali so bili predolgi. V Britanski Kolumbiji so, na primer, analizirali skupino bolnic, pri katerih je bil na novo odkrit karcinom materničnega vratu, in ugotovili, da je med njimi več kot 50% takih, ki niso bile nikoli na pregledu; njihove Indijanke in imigrantke ne prihajajo na kontrolne preglede. Pri nekaterih ženskah je bil interval med pregledi brisov daljši od petih let. Važna je tudi evidenca. Del bolnic sploh odklanja preiskave in nadaljnje zdravljenje. Poleg organizacijskih vzrokov so pomembni tudi strokovni. Začne se že pri klinični preiskavi, pri kateri zdravnik ali kdo drug, ki je odgovoren, ne vzame ustreznega brisa, ali, pa ga neustrezno razmaže ali fiksira; včasih tudi ne sporoči citologu pomembnih kliničnih podatkov in podobno. Pri mikroskopski preiskavi lahko spregledamo patološke spremembe, ali pa jih napačno ocenimo. Oblikovanje izvida in sporočilo citologa kliniku je zelo pomembno. V Ameriki so pred leti izdelali priporočila, kako oblikovati izvid, kako sporočati izvid kliniku; ta priporočila naj bi veljala za vso Ameriko. Če stvari niso take, kot jih pričakuje klinika, se je treba pogovoriti s citologom. Odvzem brisa je torej zelo pomemben akt. Imamo številne pripomočke za odvzem brisa, od katerih nobeden ne more biti idealen. Zakaj? Ker so maternice pač različno oblikovane. Dolgo smo uporabljali zelo neustrezne loparček. Sedaj imamo na razpolago boljšega. Primeren je za ekstocerviks, za zunanji del materničnega vratu. Nekateri loparčki imajo zelo dolg zobec, s katerim lepo obrišemo cervikalni kanal. Imamo tudi različno oblikovane krtačice, ki omogočajo boljši odvzem vzorca iz transformacijske cone, saj je ta včasih zelo visoko v cervikalnem kanalu. Morda bo kdo rekel, da je to odveč, kot da je bilo včeraj odveč govoriti, kako odvzeti biopsijo pri dojki. Pri dojki je zelo pomembno, kako bomo postopali s tkivom, ker bomo žensko, pri kateri smo naredili biopsijo, še spremljali z mamografskimi preiskavami. Vemo, da brazgotina zelo moti mamografsko preiskavo. Pri karcinomu in predkarcinomskih spremembah na vratu maternice ne povzročamo nobene škode z odvzemom, lahko pa zaradi neustreznega loparčka vzamemo neustrezne vzorce. Tipičen primer je ta, da obrišemo le zunanjo površino materničnega vratu. Pri takem brisu nismo zajeli celic iz transformacijske zone, ampak le celice ploščatega epitelija. Z boljšim loparčkom obrišemo vrat maternice zunaj in znotraj. Najslabši je navaden loparček, s katerim dobimo visok odstotek neustreznih brisov. Jemanje brisa pa je odvisno tudi od zdravnika in njegove spretnosti. V nekem velikem laboratoriju so imeli izredno velik odstotek (52%) brisov, v katerih ni bilo malignih ali atipičnih celic. Do napake lahko pride, ko ginekolog ne vzame pravega gradiva za mikroskopsko preiskavo in imamo razhajanja med citološkim in patološkim izvidom. Imamo tudi napake pri skrini-ranju: napačno pozitivne in napačno negativne. Napačno pozitivne rezultate dobimo zato, ker smo spremembe veliko prehudo ocenili. V zadnjem času

poudarjajo večji pomen prav te skupine prehudo ocenjenih. Zakaj? Te ženske morajo na nadaljnje preiskave, od ponovne citologije do ponovne kolposkopije in končno do biopsije. V Ameriki je verjetno 50% takih, ki bi jim sploh ne bilo potrebno iti na take preiskave. V laboratoriju Monte Fiore Hospital imajo že dolgo časa obvezno kontrolo kakovosti dela. Vsi zdravniki, citologi in citotehniki dobijo zbirke neznanih preparatov, ki jih morajo oceniti. Če je zadetkov premalo, morajo ponovno v uk. Tudi zelo dobri citotehniki in citologi imajo napačno negativne rezultate. Vzrok je lahko utrujenost in dolgočasnost dela. Pri presejanju je hudo pomembno število preparatov, ki jih pogledajo v enem dnevu. Svarijo pred skriningom v obliki nadurnega dela. Vse te napake so ne samo v strokovnih krogih, ampak celo v laičnih zbudile velike pomisleke, ali je skrining sploh upravičen. V mnogih deželah so uvedli zakonsko obvezne ukrepe, ob katerih bi bilo presejanje bolj uspešno. Začne se že pri organizaciji laboratorija. Laboratorij ne sme biti premajhen, ker osebje zaradi premalo primerov preprosto ne bo pridobilo dovolj izkušenj. Pomembna je dnevna norma pregledanih brisov. Zelo pomembna je tudi izobrazba zdravnikov. Pri nas v Sloveniji imamo že od leta 1972 za citopatologe specializacijo znotraj patologije, od 1976. leta pa imamo program za enoletno izobrazbo na področju citologije. Še vedno ni rešeno vprašanje laboratorijskih tehnikov; to bi bilo treba rešiti na nivoju republike. In kontrola kakovosti dela! Pa standardizacija izvidov in napotnic! Povedala sem že, kako so se Amerikanci tega lotili. Pomembno je tudi, kako je usposobljen zdravnik in zdravstveno osebje, ki jemlje bris. Ponekod to delajo tudi sestre. Nenazadnje je potrebno poučiti ženske in jih prepričati, da jih enkrat odvzet bris ne zavaruje pred možnostjo, da bodo zbolele za karcinomom. V Sloveniji bi se bilo potrebno pred začetkom detekcijske akcije dogovoriti o obsegu tega dela. Iz registra lahko dobimo podatke, koliko je žensk v posameznem starostnem obdobju, še bolj važno pa je vedeti, kolikšen odstotek žensk s patološkimi rezultati bomo našli, koliko jih bomo morali še v istem letu ponovno pregledati. Naša delovna skupina je napisala številko: okrog 180.000 žensk.

**Žakelj:** V starostni skupini 25 - 64 let je nekaj čez 500.000 žensk. Če bi pregledali vsako enkrat na tri leta, je to približno 180.000 brisov letno.

**Us-Krašovec:** Recimo, da bomo imeli 30% patoloških primerov. Tem ženskam bomo morali v istem letu še enkrat preiskati bris. Imeli bomo okrog 240 - 250.000 preiskovank in to število bo podlaga za oceno, ali imamo dovolj laborantov in patologov. Tako bomo vedeli, ali krijemo potrebe ali ne. Po moji evidenci je tako: imamo več zdravnikov kot laboratorijskih delavcev, tehnikov in biologov, ki sodelujejo pri skriningu. Razmerje je 1:1. To ni racionalno. Poleg tega niso vsi tehniki stoo odstotno vključeni v detekcijo. Dogovoriti se moramo tudi o številu brisov: en bris ali dva? Vse to vpliva na oceno, ali imamo dovolj kadra. Dogovoriti se moramo, kako bomo jemali brise, kakšna bo dnevna norma za naše presejevalce. Zelo pomembno je, imenovati vodjo programa, ki bo skrbel za te stvari. Če bomo v tem uspeli v letu 1996, bomo naredili ogromno. Šele potem bi se lahko v začetku leta 1997 lotili organizirane detekcije.

**Kocijan:** Tudi kolposkopija je povezana z detekcijo. Prosim dr.Bertoleta, da pove, kaj meni o tem.



**Mag. dr. Jože Bertole:** Vsi soglašamo s tem, da je kolposkopija po pomembnosti na drugem mestu pri zgodnjem odkrivanju karcinoma cerviksa. Govorim samo o karcinomu cerviksa. Na prvem mestu je citologija. Se pa s kolposkopijo lepo dopolnjuje. Kolposkopija je nepogrešljiva pri ciljani biopsiji, ki pa je nepogrešljiva za dokončno diagnozo. Vprašati se moramo, ali ima kolposkopija danes mesto, ki ji pripada. Ali ima danes drugačno mesto, kot ga je imela nekoč ob uveljavitvi. Mislim, da ga nima. Nič boljšega od citologije in kolposkopije se še niso domislili. Moramo ju samo dosledno in pravilno izvajati. Pri kliničnem karcinomu, ki se še vedno pojavlja, verjetno kolposkopija še nima tistega mesta, ki ji pripada. Vzroki za to so seveda različni. Eden od njih je mišljenje, da sama citologija že lahko v zadostni meri opozori na dogajanje na cerviksu in razreši probleme. Ponekod delajo tudi konizacije samo na osnovi citološkega izvida. Drugi vzrok, da kolposkopija ni tisto, kar bi v naših ginekoloških ordinacijah morala biti, so verjetno tudi: časovna stiska, množica pacientk, ki prihajajo v ginekološke ordinacije, in normativi. Vzrok je tudi v tem, da nekateri ginekologi preiskavo slabo obvladajo. Tu smo morda nekoliko krivi tudi mi na ginekološki kliniki, ki smo kolposkopske tečaje, ki so bili pred leti dobro obiskani in dobro organizirani, nekoliko zanemarili. Zadnji vzrok je oprema, ki seveda ni tako draga, da bi smela biti problem. Ponujam odgovor na vprašanje, kdaj kolposkopirati. Ne mislim tu na presejavanje, ampak na tiste ženske, ki same prihajajo redno na ginekološke preglede. Potrebno jih je enkrat letno kolposkopirati in to vedno takrat, ko makroskopsko - bodisi s Schillerjem ali pa brez njega - ugotovimo, da nam stanje na porciji ni čisto jasno, vselej pa pri citološkem brisu Papanicolaou 2 in več. Dovolite mi pomislek ob mnenju, da bi bilo primerno jemati citološke brise le na 3 leta. Zdi se mi nevarno, da bi tistim ženskam, ki sedaj hodijo redno na letne kontrole, omogočili bris le na tri leta. Lahko bi se pogovarjali o tem, da bi morda enkrat na tri leta citološki bris plačala zavarovalnica, za druge pa bi se dogovorili drugače.

**Kocijan:** Za konec razprav o detekciji karcinoma materničnega vratu nam je ostal še en problem - virus HPV. Prosim gospo dr. Vrščaj za njeno mnenje.

**Mag.dr. Marjetka Uršič-Vrščaj:** S posebnim namenom sem pregledala in zbrala podatke o pacientkah z invazivnim rakom materničnega vratu v letih 1993 in 1994. Dobila sem podatek, da v treh letih ni bilo ginekološko pregledanih 53% bolnic. To je svež podatek, ki bo morda koristen pri nadaljnjem razpravljanju. Povabljena pa sem bila, da povem nekaj o pomenu določevanja virusa papiloma pri človeku v okviru odkrivanja zgodnjega raka materničnega vratu. Dejstvo namreč je, da izsledki raziskav govore o tem, da so virusi papiloma tesno povezani z nastankom raka materničnega vratu in da igrajo morda celo ključno vlogo. Ta misel je močno vabljiva, ker bi lahko določanje virusov papiloma uvrstili med druge metode skrininga raka materničnega vratu. Vendar pa, žal, po nekaterih izsledkih določevanja virusov papiloma ne moremo imeti za skrining metodo. Samo na Nizozemskem so bile pripravljene sheme za odkrivanje tega virusa, predvsem pri starejših ženskah. Vendar so se odločili počakati, da dobijo nove podatke. Naj navedem nekaj podatkov o samem virusu papiloma in o tistih dejstvih, ki govorijo za ali proti uporabi te metode. Virus papiloma so rod obsežne družine papava viridij. Najdemo jih pri človeku in pri

živalih. Značilno za te viruse je, da jih in vitro ni mogoče kultivirati. Danes je odkritih že preko 60, po zadnjih podatkih celo preko 70 vrst tega virusa. Viruse papiloma najpogosteje ugotovimo v ploščatem epiteliju kože in sluznic anogenitalnega področja, prizadenejo pa tudi dihala in prebavila. Domnevamo, da povzročajo virusi papiloma benigne hiperplastične spremembe, blage, zmerne in hude displazije ter karcinom in situ in invazivni karcinom. V anogenitalnem področju velja to za maternični vrat, nožnico in zunanje spolovilo. Glede na pogostnost teh virusov pri malignih ali nemalignih spremembah jih delimo v rizične (najpomembnejša predstavnika sta 16 in 18, ter 31 in 33) in manj rizične (pri benignih spremembah ugotavljamo največkrat HPV 6, 11 in 46). Opozorila bi, da velja to za in situ karcinom in za invazivni karcinom. Kadar govorimo o ugotavljanju vseh HPV pri teh dveh boleznih, jih ugotavljamo v zelo visokem odstotku. Kadar ugotavljamo samo HPV 16 ali 18 je ta odstotek sicer nižji, vendar pa še vedno znatno višji kot pri predmalignih spremembah. S stopnjo displastičnih sprememb raste tudi odstotek ugotovljenega virusa. Vendar pa ugotovitev, da najdemo viruse papiloma (HPV 16 in 18 v nekoliko nižjem odstotku), zlasti med 20. in 24. letom pa tja do 35. leta, skoraj pri četrtini bolnic, govori za to, da gre za dve entiteti: za virusno okužbo pri mladih ženskah in za vzrok karcinoma zaradi virusa papiloma pri starejših ženskah. Pomembno je tudi, da samo en bris za določitev virusa ni dovolj. Potrebne so večkratne določitve, kar velja upoštevati pri stroških za skrining. Imamo različne metode za ugotavljanje papiloma virusov. Najpomembnejši sta verižna reakcija s polimerazo in situ hibridizacija. V primerjavi s citologijo so te metode tri do petkrat dražje. Po specifičnosti in občutljivosti nobena od teh metod ni zelo primerna za skrining. Verižna reakcija s polimerazo je zelo občutljiva, a slabo specifična, in situ hibridizacija pa obratno. Pri verižni reakciji s polimerazo ugotavljamo dokaj visok odstotek lažno pozitivnih rezultatov. No, naj bo za danes o virusih papiloma dovolj; veliko je še drugih tem, o katerih se bo potrebno dogovoriti.

**Kocijan:** Na hitro smo preleteli detekcijo raka materničnega vratu. Kaj se da storiti pri detekciji ovarijskega karcinoma? Kaj menita prof. Rakar in dr. Zupan?

**Prof. dr. Stelio Rakar:** Detekcija ovarijskega karcinoma je še vedno velik problem, saj ga ni nič manj kot cervikalnega, zadnje čase pa ga je celo približno enako. Incidenca v Sloveniji je 16-17/100.000, to je do 160-170 letno. Za razliko od cervikalnega raka, kjer kljub situaciji, o kateri smo že govorili, dve tretjini bolnic ozdravimo, pri ovarijskem dve tretjini bolnic umreeta. Zdravljenje cervikalnega karcinoma je relativno poceni: operacija, dodatna radioterapija. Pri ovarijskem karcinomu pa: operacija, dodatna kemoterapija, morebitno obsevanje, second look, kemoterapija, ponovna laparotomija, ponovna kemoterapija - in socialno zavarovanje ob tem skoraj propade. Zdravljenje ovarijskega karcinoma stane ogromno. Med vsemi karcinomi pri ženski je po umrljivosti na četrtem mestu. Zaporedje je: karcinom dojke, želodca, pljuč, ovarijski. Po epidemioloških podatkih ima ena na 70 novorojenk možnost, da dobi ovarijski karcinom. Petletno preživetje v Sloveniji je okrog 30%. Majhen podatek iz ginekološke klinike, kjer pa gre za določeno selekcijo gradiva: rahlo smo izboljšali rezultate, in sicer z 29-odstotnega petletnega preživetja v letih 1970-80 na 39-odstotno, morda zaradi nekaj večjega deleža zgodnjih primerov. Določena

skupina rizičnih pacientk, ki so sterilne, subfertilne in imajo hormonske motnje, prihaja na kliniko; veliko jih pregledujemo z UZ in morda odkrijemo malo več zgodnjih primerov. Poleg tega pa je bil v tem obdobju uveden cisplatin, ki je tudi pripomogel k izboljšanju rezultatov. Za vso Slovenijo pa velja podatek o približno 30-odstotnem preživetju. Tujstrokovnjak, gost prof. Novaka v Ljubljani, je leta 1973 rekel: »Vsak čas bomo odkrili metodo za detekcijo ovarijskega karcinoma. Vzeli bomo kri, zdaj je »boom« imunologija, narejeni bodo serološki testi in stvar bo razjasnjena«. Deset let kasneje je bil drugačnega mnenja, ker je videl, da se v desetih letih ni dosti spremenilo. Tudi danes ni nič drugače. V ambulantah je na 10.000 pregledanih žensk odkrit en ovarijski karcinom. Gre za asimptomatske ženske, ki nimajo težav. Samo z rutinskim ginekološkim pregledom ga ne moremo odkrivati. Narava ovarijskega karcinoma je takšna, da to ne omogoča. Detekcijske metode? Ali je možno aktivno presejanje? Imunološke metode? Tumorski markerji? Od vseh tumorskih markerjev se je samo Ca 125 pokazal kot dokaj reden spremljevalec ovarijskega karcinoma. Kaj pa UZ? Ženska, ki ima težave, gre na abdominalni in vaginalni UZ, kjer lahko ugotovimo kako večjo ginekološko patološko spremembo. Prav tako lahko to dosežemo s pretočnim doplerjem. Genski markerji so nekaj novega. Približno 5-10% ovarijskih karcinomov ima dedno osnovo. Pri ženskah z obremenilno družinsko anamnezo bi lahko določali nekatere spremembe na genih in bi morda odkrili tiste ženske, ki bi bile lahko podvržene razvoju ovarijskega karcinoma. Vendar pri nas to še ni izvedljivo. Kaj pa zgodnja diagnostika? Takrat, ko ženske tožijo, da imajo nejasne abdominalne bolečine, nam lahko vaginalni UZ in tumorski markerji, predvsem Ca 125, opredelijo do določene mere ovarijsko patologijo. To lahko razčistimo z laparoskopijo ali laparotomijo, vendar le pri ženskah, ki imajo neka znamenja bolezni. Ca 125 najdemo pri več kot 80% epitelijskih ovarijskih malignomov, vendar ga najdemo tudi pri malignih črevesja, raku endometrija, pa tudi pri benignih lezijah, kot so endometrioza, menstruacija ali pri pelvičnih vnetjih. Ca 125 se izloča iz mezotelija v fetalnem obdobju in tudi kasneje, v procesih, ki dražijo mezotelij. Ti procesi so maligni in tudi benigni. Ca 125, katerega določanje ni posebno draga preiskava, najdemo pri več kot 80% ovarijskih karcinomov, vendar le v napredovalih stadijih. Občutljivost pri začetnih oblikah ovarijskega karcinoma je premajhna, pa tudi premalo specifičen je. Ali bomo vse, ki imajo zvišan Ca 125, hospitalizirali in jim napravili laparoskopijo, včasih celo laparotomijo? To bodo številni nepotrebni kirurški posegi, ki imajo svoj riziko in svojo ceno. Kje bi pa markerji vendarle bolje služili? Incidenca ovarijskega karcinoma raste od 50. - 70. leta. Če bi vsem ženskam v pomenopavzi, ki imajo določene težave, določili Ca 125 in z UZ ugotovili, da prekrvavitev atrofičnega jajčnika ni povečana, bi zelo verjetno lahko izključili ovarijski karcinom, ne moremo pa ga tako dokazati. Te preiskave niso detekcijske. Ovarijski karcinom je endogeni karcinom: genska dispozicija, konstitucija, hormonska disfunkcija, družinska obremenitev. Cervikalni karcinom pa je eksogeni karcinom: zgodnji spolni odnosi, slabo socialno stanje. Mamologi poznate sindrom ovarij, mama - ovarij. Pri teh ženskah bi si lahko pomagali z markerji ali z vaginalnim ultrazvokom, prav tako pri ženskah s karcinomom črevesja, ki so malo bolj rizične za razvoj karcinoma ovarija. Dokazano je, da pri ženskah, ki niso rodile, zaradi stalne ovarijske disfunkcije obstaja riziko za razvoj karcinoma ovarija. Kaj pa preprečevanje ovarij-

skega karcinoma? Na srečo so zadnje leto dokazali, da imajo oralna kontracepcijska sredstva (dovolj je, da jih jemljete 3-4 leta) čez 10, 15 let določeno zaščitno funkcijo pred razvojem ovarijskega karcinoma. To je bilo že znano za endometrijski karcinom, danes pa je dokazano tudi za ovarijski. Kontracepcijska sredstva povzročajo, da ovarij miruje in ni podvržen hiperstimulaciji, neprekinjenim razpokom folikla, destruktivnim in regeneracijskim procesom. To se bo lahko pokazalo čez 10, 15 let. Tabletki torej imajo poleg slabih strani, o katerih danes pišejo, tudi dobro stran. Zanesljiva prevencija pa je samo kastracija. Zato moramo pomisliti pri ženskah v menopavzi, kaj je boljše, jajčnike odstraniti ali ne. Danes so številne možnosti za substitucijsko terapijo in tako je morda bolje odločiti se za odstranitev jajčnikov pri histerektomiranih ženskah po 40. letu. Kirurška kastracija je indicirana tudi pri ženskah z družinsko obremenjenostjo. Ovarijski karcinom pri materi ali sestri 10-krat poveča možnost, da bo ženska zbolela za ovarijskim karcinomom. Če je takih ožjih sorodnic več, se možnost zboleja še poveča. Kaj torej ostane danes ginekologu v ambulantni? Ginekološki pregled (en ovarijski karcinom na 10 tisoč žensk), določitev Ca 125, če gre za družinsko obremenitev ali pomenopavzo, opredelitev težav v trebuhu z vaginalnim ultrazvokom.

**Kocijan:** Prof. Rakar je obračal temne strani slovenske ginekologije. Prosim dr. Zupana za nekaj besed.

**Dr. Pavel Zupan:** Rad bi povedal, kakšna je trenutno vloga ultrazvoka pri odkrivanju malignomov z vaginalnim ultrazvokom. Priznati moramo, da v Sloveniji njegova uporaba skokovito narašča. To se dogaja tudi drugod po svetu. Z UZ si pomagamo pri diferencialni diagnostiki med benignimi in malignimi tumorji male medenice in rodil. Danes je vaginalni UZ nepogrešljiv pripomoček pri vaginalnem pregledu. Od vaginalnega UZ smo mnogo pričakovali, smo pa tudi dobili veliko. Rad bi opisal trenutno stanje pri odkrivanju ovarijskega karcinoma: Po vsem svetu teče nešteto študij, ki skušajo končati 15-letno stagnacijo ozdravljenja in preživetja. Ni problem odkriti velik tumor. To je možno odkriti z rokami, za to ni treba ultrazvoka. Problem je prva faza, ko karcinom nastaja. Strokovni svet še ne ve veliko o tem, kakšna je ta prva faza razvoja ovarijskega karcinoma. Ultrazvočno lahko zapazimo spremembe na ovariju od velikosti 2, 5 milimetrov naprej. Vendar je vprašanje, kako te spremembe ocenjevati in kaj napraviti z njimi. Spremembe na ovariju lahko razdelimo v tri skupine. V prvo skupino spadajo enostavne, unilokularne, anehogene cistične spremembe s tankimi stenami. Med njimi je zelo malo malignomov. Opazujemo jih na vsake 6 mesecev. Druga skupina so multilokularne cistične formacije, pri katerih v notranjosti ni endofitov ali ekscenc. Vemo pa, da je med temi tudi 15-20% malignomov. To skupino kontroliramo morda tudi na 3 - 4 tedne. Tretja skupina pa so cistične spremembe ali pravi tumorji, med katerimi je 30-40% malignomov. Ti niso problematični in jih operiramo. UZ je prinesel tudi veliko spremembo pri odkrivanju tako redke bolezni, kot je karcinom tube. Ker je tako redek in ker počasi raste, so ga včasih povečini spregledali. Z ultrazvočno diagnostiko lahko karcinom tube odkrijemo že v najzgodnejši fazi, ko se govori o hidroku tube, profluensu. V kasnejši fazi tubarni karcinom preide v velik soliden tumor, ki pa ga ultrazvočno ne moremo več ločiti od karcinoma ovarija.

**Kocijan:** Prosim še dr. Fakina, da pove, kako globoko bo segel v mošnjo po denar za detekcijo ginekološkega karcinoma.

**Dr. Samo Fakin:** Izkoristil bom razpravljanja nekaterih svojih predhodnikov in začel s prof. Rakarjem, ki je govoril o propasti zdravstvenega zavarovanja. Tu smo z močno, številno zasedbo zato, da ne bomo propadli. Za vsak primer pa moramo paziti, kaj stroka dela.

Ugotovili ste, da se v preventivnem programu suče približno ena tretjina zavarovank, druge pa sploh ne pridejo na pregled. Na zavodu smo ugotovili, da se »približno« o denarju v zdravstvu lahko pogovarjamo s kakimi 100 slovenskimi zdravniki, ki zasedajo direktorska mesta, z drugimi pa ne. Kakih deset jih pa poznam, ki se na denar spoznajo. Diagnoza ima zmeraj dve strani, emocionalno in racionalno. Na zavodu seveda poskušamo biti racionalni, kar se tiče denarja, in bomo taki tudi ostali. Kljub temu, da denar razburja slovensko strokovno javnost, bomo našli skupno pot, ki bo bolj racionalna. Nikakor se ne smemo skrivati za interesi in določenimi iluzijami, ki vladajo v zdravstvenem varstvu. Najvažnejše je pravilno predstaviti motiv, preden postavimo nek preventiven program. Kdo bo plačnik naložbe? Če je to sekundarni nivo, je država tista, ki da osnovni vložek. Kdo bo plačnik tekoče dejavnosti? Če bomo propadli, bo to zavod za zdravstveno zavarovanje. Pri določenih neprioritetnih storitvah bi lahko bilo to tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. In pričakovane zdravstvene koristi? Strokovna zdravniška javnost vedno govori o podaljšani življenjski dobi in o preživetju. Vendar je potrebno upoštevati tudi pričakovane ekonomske koristi. Prej ali slej se bomo srečevali ne samo z vprašanjem, kaj zdraviti, ampak tudi z vprašanjem, kaj ne zdraviti. V ekonomiki, ki bo postala del zdravljenja, imamo orodja, ki jim pravimo makroekonomske analize. Kadar koli uvajamo kak nov program, moramo odgovoriti na ta vprašanja: kaj bomo uvajali, komu je to namenjeno, kdaj bomo izvajali, kje bomo izvajali zdravstveni program, kdo ga bo izvajal in s čim? Stroški? Primerjava s svetom: število bolniških postelj na 1000 prebivalcev. Slovenija ima okrog 5,5 postelj na 1000 prebivalcev. Dokaj visok standard, v primerjavi z nekaterimi drugimi, glede na razpoložljiva sredstva. Pri Sloveniji niso v to številko vštete postelje v domovih upokojencev, ki po nekaterih državah so. Ali imamo zadosti ljudi? Imamo zadosti zdravnikov. Z medicinskimi sestrami je malo slabše. Za konec, da boste vedeli, kako razmišljamo mi: denar res ni vse, pomirja pa živce. Živčni ljudje pa načeloma težko delajo.

**Pompe-Kirn:** Nekaterih dejstev, razvidnih iz naših podatkov, prej namenoma nisem pokazala, ker nisem hotela preusmeriti pozornosti od raka materničnega vratu na rak jajčnikov. Podrobne analize podatkov o stagnaciji incidence na 17 na 100.000 vendarle kažejo, da pri mlajših ta bolezen v naši populaciji upada. Opažamo porast uporabnic kontracepcijskih tablet pri generacijah, rojenih okrog leta 1952, pri njih pa tudi upadanje te bolezni. Prof. Rakar je povedal, da ginekologi gledajo rizične ženske, zato odkrivajo bolezen zgodaj, s sodobnimi diagnostičnimi metodami. Pri starejših ženskah je vzgojnih boleznij manj.

**Prim. dr. Marjan Mramor:** Nekateri predgovorniki so razmišljali drugače, kot razmišljamo mi v CINDI Slovenija. Predstavljamo si, da bi bila za padec preva-

lence dejavnikov tveganja vendarle odgovorna promocija zdravja ljudi na Slovenskem. Strateško izgleda takole: Promocija zdravja je vendarle prvi skupni korak vseh programov preventive. Ostati zdrav! Drugi korak je preprečevanje dejavnikov tveganja, ki naj bi bili v veliki meri odgovorni za to, da pride do bolezni. Skrining je ena od metod zgodnjega odkrivanja. Težko verjamem, da bi s skriningom zmanjšali incidenco raka pri ženskah. Pričakujem nasprotno: V začetni fazi bomo ugotavljali povečano incidenco pri ženskah zaradi zgodnejšega odkrivanja. Padec incidence pa lahko pričakujemo samo v tem, da se zmanjša število žensk, ki živijo z dejavniki tveganja. Promocija zdravja in preventiva dejavnikov tveganja sta pogoj za znižanje incidence raka materničnega vratu. Uspešna preventiva tega raka je nujno povezana s programi promocije zdravja in s programi preprečevanja dejavnikov, ki sodelujejo pri nastanku te bolezni. Samo odkrivanje ne vpliva na incidenco, pač pa zmanjšuje umrljivost.

**Kocijan:** Prosim gospo dr. Žakelj, ki je koordinatorka za onkologijo v slovenskem merilu, za odgovor, kaj misli o programih in financah.

**Primc-Žakelj:** Samo z uspešno preventivo lahko zmanjšamo zbolewnost. Nacionalni program boja proti raku, zastavljen tako, kot predlaga Svetovna zdravstvena organizacija, predvideva delovanje na treh ključnih področjih: na primarni preventivi, ki pomeni iskanje nevarnostnih dejavnikov in zagotavljanje z zdravstveno vzgojo ter z zakonodajo, da se izpostavljenost nevarnostnim dejavnikom zmanjša na najmanjšo možno mero. S tem znižujemo incidenco in pričakujemo, da se bo zmanjšala tudi umrljivost. Deseti cilj v programu ZDRAVJE ZA VSE Svetovne zdravstvene organizacije (in za sedaj še neformalno sprejeti plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije) govori o zmanjšanju umrljivosti za rakom za 15%. Jasno je, da smo ta cilj do leta 2000 že zdavnaj zamudili. Nemogoče je pričakovati, da bi dotlej lahko za 15% zmanjšali umrljivost za rakom, je pa treba s tem začeti. Incidenco znižujemo s promocijo zdravja na področju primarne preventive, po drugi strani pa vemo, da je zdravljenje uspešnejše, če je bolezen odkrita zgodaj. Treba se je torej truditi, da odkrijemo bolezen čim bolj zgodaj, po možnost še v tisti fazi, ko je ljudje sami sploh še ne zaznajo. Imamo cenene in preproste teste, s katerimi lahko to bolezen odkrijemo. To je področje sekundarne preventive in spet tudi zdravstvene vzgoje: opozarjanje javnosti na začetne klinične znake, da čim prej pridejo k zdravniku. Ljudje v Sloveniji se tudi, po raziskavah sodeč, najbolj bojijo raka. Ko ženske zatipajo bulo v dojki, potisnejo to v podzavest za leto ali dve in pridejo k zdravniku z boleznijo v IV. stadiju. Moramo jih spodbujati, da pridejo takoj, ko same kaj zatipajo. Po drugi strani moramo klicati zdrave ženske in videti, ali mogoče to bolezen že imajo. V sklopu celotnega programa je zelo pomembna tudi terciarna preventiva, kakovostno in pravočasno zdravljenje, enako dostopno vsem ljudem. Šele z enakomerno usmeritvijo družbenega denarja na vsa tri področja lahko pričakujemo, da se bomo približali cilju. Zavedati pa se moramo, da je uspešnost nacionalnega programa pri posameznih rakavih boleznih zelo različna. Danes vemo, da na področju primarne preventive s promocijo zdravja lahko pričakujemo bistveno znižanje incidence in umrljivosti za raki, ki so povezani s kajenjem. 80% pljučnega raka bi lahko preprečili, če bi ne kadili. Vemo, kakšno vlogo ima prehrana, predvsem pri rakih prebavil, ki so

tudi v Sloveniji precej pogosti. Povečuje se predvsem incidenca rakov na debelem črevesju in danki. Dejavniki tveganja, ki jih poznamo na področju ginekoloških rakov, ne dajejo upanja, da bi lahko nanje pomembno vplivali. Včeraj nismo govorili, kaj lahko danes naredimo na področju primarne preventive raka dojke. Teško je ženskam reči, naj imajo otroke v devetnajstem letu. V Sloveniji se nam starost ob prvemu porodu pomika v vedno kasnejša leta. Vprašljivo je, če je družbeno sploh sprejemljivo, vplivati na ta nevarnostni dejavnik. Vplivati na starost ob menarhi? Kaj lahko naredimo? Danes v šolah omejujemo prehrano deklic z dieto (veliko sadja in zelenjave in čim manj kalorij) ter jih telesno aktiviramo, ker se je pač izkazalo, da imajo telesno aktivne deklice kasnejšo menarho. Starost v menarhi se povsod v svetu niža. Starost ob menopavzi je endogeni, hormonsko pogojeni dejavnik. Tudi na to ne moremo vplivati. Kaj pa družinska obremenitev? Teško jo preprečujemo. Edino, kar danes lahko res naredimo na tem področju, je, da svetujemo primerno hrano in vzdrževanje primerne telesne teže šele po menopavzi. Izkazalo se je namreč, da so do menopavze debele ženske manj ogrožene in da je debelost po menopavzi relativno majhen nevarnostni dejavnik. Četudi bodo vse ženske suhe, bodo še vedno zbolevale za rakom dojke. Druga stvar je nadomeščanje hormonov, estrogenov, pri menopavznih težavah. Šele več kot 10-letno zdravljenje zaradi preprečevanja osteoporoze povečuje nevarnost. Za ženske, ki nekaj let okrog menopavze jemljejo hormone, se verjetno ta nevarnost ne poveča. Tretja stvar je alkohol. Vemo, da so ženske, ki pijejo preveč alkohola, bolj ogrožene, vendar je vzročna zveza tudi tu še vedno vprašljiva. Seveda pa to jasno sodi v okvir zdravega načina življenja. S promocijo zdravja bomo dosegli zmanjševanje zbolevnosti za vsemi kroničnimi boleznimi, morda tudi za temi raki. Vendar pričakujemo malo, ker je osnovni nevarnostni dejavnik hormonski profil, ki ga pa na žalost danes ne znamo uravnati tako, da ne bi bil več nevaren. Po drugi strani lahko nekoliko več naredimo na področju raka materničnega vratu. S primerno spolno vzgojo skušamo doseči, da ženske premaknejo starost ob prvem spolnem odnosu na kasnejša leta in da ne menjavajo partnerjev. Vse to danes že učimo zaradi preprečevanja aidsa in drugih spolno prenosnih bolezni. Žal tudi tu ne pričakujemo kakšnih velikih učinkov. Pri moških je zbolevnost za pljučnim rakom velika kljub primarni preventivi in promociji zdravja. Pri raku na dojki je ta stvar nekoliko bolj komplicirana, dražja, pri raku materničnega vratu pa je enostavna, že vpeljana in bistveno cenejša. Vsi se zavedamo, da je ob uvedbi intenzivnejšega programa pričakovati povečanje incidence, ne zmanjševanje. Vendar pomeni bolezen, odkrita bolj zgodaj, enostavnejše in cenejše zdravljenje. Pridobimo leta življenja, ki bi bila sicer izgubljena, v tistem obdobju, ko so ljudje še produktivni. Zakaj tako malo govorimo o zgodnjem odkrivanju raka prostate? Ker je to bolezen starejših. Imamo morda možnost zgodnjega odkrivanja, vendar jo bomo odkrivali pri starih. Pri ženskih rakih, zlasti pri raku materničnega vratu pa bomo odkrili predinvazijsko bolezen v najbolj produktivnem življenjskem obdobju in pridobili leta življenja, ki bi jih z invazijsko boleznijo izgubili. Zavedamo se, da incidenca zaradi skrininga zraste, da pa so vsi ostali kasnejši postopki enostavnejši in cenejši. Gre tudi za ekonomsko vrednost človeškega življenja, ki sicer pri nas v Sloveniji še ni ocenjena. Zavedajoč se vsega tega, smo začeli premišljevali o tem, kako izpeljati nekoliko boljši program zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu. Vemo, da v Sloveniji program že teče in da ne gre za vzpostav-

janje nečesa novega, kot je to pri raku dojke, kjer bi morali na tem področju bistveno več vlagati v samo opremo in osebje. Ko tehtamo ceno enega ali drugega programa, je ta pri raku materničnega vratu nižja. Zakaj so obstoječi programi, ko ženske same prihajajo na preglede, neučinkoviti? Odgovor ponuja Anglija s prispevkom pod naslovom Dizaster v informacijskem sistemu v eni najbolj znanih svetovnih knjig o javnem zdravstvu. Tam je razlaga, zakaj ni uspelo znižati umrljivosti, kljub temu da ženskam ponujajo možnosti skrininga. Gre namreč za okoliščino, da ko skrining teče, se podatki o tem zbirajo na različnih ravneh in se med seboj ne povezujejo. Tako nad dejavnostjo nima nihče pregleda in posledica je, da tudi stanja ne poznajo in zato ne morejo ustrezno ukrepati. Stvari prepuščajo zdravstveni vzgoji, s katero pa ne dobijo tistih žensk, ki so najbolj ogrožene. Če bi torej želeli v Sloveniji doseči boljše rezultate, bi morali v začetku vzpostaviti ustrezen informacijski sistem za zbiranje podatkov na enem mestu, pred tem pa se dogovoriti za enotno vsebino napotnice. Ta program bi bil vgrajen v obstoječo zdravstveno dejavnost. Ničesar ne bi vzpostavljali na novo, samo zbirali bi te informacije in dobili pregled nad dejavnostjo. Ko bi te podatke povezali s podatki registra prebivalstva, bi ugotovili, katere ženske ne prihajajo na preglede, in samo te bi potem vabili pisмено na pregled h ginekologu. Če v določenem času ne bi dobili iz laboratorija podatka, da je neka ženska prišla na pregled, bi ji ponovno poslali vabilo. Možnosti imamo, da te ženske identificiramo, da naredimo raziskavo, zakaj odklanjajo preglede, in da na osnovi teh raziskav načrtujemo ustrezne programe, kako te ženske bolj izobraziti, kako jih pritegniti. Dober informacijski sistem omogoča nadzor, da vidimo, kateri del populacije ne prihaja na preglede, omogoča pa tudi večjo standardizacijo postopkov in nadzor nad kakovostjo dela. Naša delovna skupina je bila sestavljena v zelo kratkem času, delali smo poleg običajnega vsakodnevnega dela, zato se seveda nismo mogli posvetiti posebnim raziskavam, kot je svetovala profesorica Us. Ne vemo, s kakšnimi kapacitetami trenutno že razpolagamo. Prišli smo do ocen, da dela trenutno 120 ginekologov in devet laboratorijev, da je tehnikov ali biologov, ki pregleduje brise, okrog 30, delajo pa pod nadzorom 15 citopatologov in ginekologov, da opravimo v Sloveniji letno okrog 250-300 tisoč brisov. Ocenili smo, da bi morali narediti 181.000 brisov, če bi vsako tretje leto povabili vse ženske v starostnem razponu 25-60 let. Ob nepreverjeni predpostavki, da imajo nekatere ženske brise narejene prepogosto, smo menili, da morda tak obseg dela ne bi predstavljal neko novo obremenitev, ampak morda samo spremembo v kakovosti dela. Določenim ženskam bi nadzirali bris vsako tretje leto, če bi bil bris dvakrat popolnoma normalen, namesto enkrat na leto. Ko smo pregledovali stanje laboratorijev, smo ugotovili, da bi bilo osebje potrebno še dodatno izobraziti. Postavljajo merila za izobrazbo tehnikov, ki brise pregledujejo. Tudi pri nas bi morali izobraževati te ljudi na višji ravni, kar pomeni tudi nižjo ceno. To je bolje, kot pa obremenjevati zdravnike s pregledovanjem preštevilnih brisov, ker bi le-ti morali biti samo svetovalci pri odločanju v tistih primerih, ko se ljudje z nižjo izobrazbo ne morejo odločiti. Zavedali smo se, da tak sistem ne more delovati brez nekega konsenza in strokovnih smernic, ki jih morajo dati ginekologi in citologi, ki se morajo dogovoriti za enotno klasifikacijo za vso Slovenijo. Pripraviti morajo tako razumljiv obrazec za poročanje o svojih rezultatih, da se bodo vsi strinjali z njim, da ga bodo tudi ginekologi z veseljem sprejeli kot svojega, ne pa kot nekaj vsiljenega od zunaj. In treba bo organizirati



letna srečanja z ginekologi za izmenjavo mnenj. Te stvari dodatno nekaj stanejo. Predvidevamo, da se sedanji obseg kliničnega dela ne bi povečal. Ko smo ocenjevali, koliko bi stal ta program, nismo pričakovali povečanja stroškov kliničnega dela, ampak smo računali samo dodatne stroške za register in pripravo, za redno poročanje in analize. To v obstoječem sistemu še ne teče, ker bi sicer to pomenilo, da je bil obstoječi sistem do sedaj premalo obremenjen. Tudi vzgoja in izobraževanje javnosti ne moreta delovati na etični pogon. Čas na TV in radiu je drag. Nekaj denarja bo treba torej nameniti tudi vzgoji in izobraževanju. Ta organizacija sama bi stala okrog 30 milijonov tolarjev.

**Prof. dr. Božo Kralj:** Današnja razprava se mora končati s stvarnimi povzetki. Govoril bom v telegrafskem stilu. Najprej o preventivi karcinoma materničnega vratu. Rekli smo, da je velika povezava med papiloma virusom in karcinomom materničnega vratu. Pri 30% žensk ugotavljamo okužbo s papiloma virusom, lokalno zdravljenje z viruleksom in drugimi ekvivalenti pa je neuspešno. Na tem področju ne moremo nič doseči. Z navadami, z zgodnjimi seksualnimi odnosi in promiskuiteto so se ukvarjale že druge institucije - ena od njih bo kmalu praznovala 2.000-letnico: uspehi so bili minimalni. Torej tudi tukaj ne bomo dosegli kaj velikega! Lotimo se raje detekcije. Za to smo se tukaj zbrali. Imamo jasen dokument ekspertne grupe, ki je ocenila, da bi to stalo dodatnih 30 milijonov tolarjev letno. Včeraj ste slišali, da bi nas stalo 26 milijonov mark, če bi zajeli karcinom dojke v letih od 45 - 64, za karcinom materničnega vratu pa bi nas stalo 375.000 DEM. Če bi zmanjšali umrljivost zaradi tega karcinoma za 90%, bi to stalo 375.000 DEM! Končno upoštevajmo staro resnico: zdravljenje enega samega karcinoma materničnega vratu stane več kot odkrivanje 1000 karcinomov materničnega vratu. Vprašljiv pa je karcinom jajčnika. Da ne bom črnogled! Bil sem na simpoziju leta 1983 v San Diegu, kjer se je obravnavala ravno detekcija karcinoma materničnega vratu zelo črnogledno, češ da je predraga. Danes mislim, da lahko to izpeljemo v enem letu. Potrebna je le organizacija, kot sta jo predlagali profesorica Us in doktorica Žakelj.

**Us-Krašovec:** Koliko je 180.000 brisov na leto krat 1.000 tolarjev?

**Kralj:** To je uradni dokument, ki ga je sprejel republiški strokovni kolegij za ginekologijo. Podpisniki so se torej uračunali. Da preberem: skupni okvirni stroški programa brez kliničnega dela, ki je že financirano, znašajo 30 milijonov SIT na leto.

**Fakin:** V 27. člen pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki veljajo od 1.1.1995, smo to dali, kot je meni znano, ker je republiški strokovni kolegij rekel, da se to vse že zdaj dela v dispanzerjih. Tako je denar za vse preiskave že tu. Po letošnjem dogovoru za leto 1995 smo sklenili, da določene prihranke, ki smo jih pridobili pri zniževanju kadra in zniževanju bolniških oskrbnih dni, prelijemo v preventivne zdravstvene programe. Za ta namen je bilo letos zagotovljenih okoli 800 milijonov tolarjev. Zavod za zdravstveno zavarovanje bo podprl vse preventivne programe. Seveda pa ne bo več podpiral neke podegovane miselnosti, da bomo plačali program, ki v nekem centru že teče. Financirali bomo vse preventivne programe, ki bodo organizacijsko podprti in bodo na voljo vsem slovenskim zavarovankam enakomerno.

**Dr. Helena Istenič:** Če je res, da je to že urejeno, zakaj ima potem en ginekolog na skrbi 7.760 žensk, plačate pa ambulantni le 2.500 brisov letno? Kaj je res?

**Gospod Franc Košir, direktor Zavarovalnice:** Zavod za zdravstveno zavarovanje ne financira posameznih storitev. V program pa sodijo vse kapacitete, vsi laboratorijski testi, razen tistih, ki jih ni v tem programu. Letos je razširjeni strokovni kolegij predlagal v ta spisek še varstvo otrok, varstvo žena in vse tisto, kar sodi zraven. Ko smo mi vnašali postopke v ta pravila in v te pravice, so rekli, da se to praktično sedaj že vse dela. Ko je bilo to sprejeto, so najprej dvignili glas zasebni ginekologi, ker imajo samo oni omejen denar, omejeno število storitev, omejeno število pregledov. Potem se je ugotovilo, da ni vnešen Coombsov test in še nekaj drugih testov. Ko pa smo vprašali strokovnjake, smo slišali: »Ja, pri nas to delamo, tam pa tega ne delajo«. Gre preprosto za to, da moramo zagotoviti vsem slovenskim ženskam enako minimalno zdravstveno varstvo, pa preventiven program, ki bo dostopen vsem, ki bo ustrezno organiziran in ki bo seveda temeljil na vaših strokovnih kriterijih in standardih. Nimate pa standardov za laboratorijske preiskave in niste dogovorjeni organizacijsko, kako bo zadeva potekala. Zavod za zdravstveno zavarovanje ima na razpolago za vse te teste 200 milijonov SIT, vendar, dogovorimo se, kje, kdaj, kakšen test je potrebno narediti za posamezno žensko. Treba je organizirati program tako, da bo zajel vsaj 80-90% žensk. Pogodbe so za letošnje leto sklenjene, za anekse bomo šli z ginekologi v dodatne pogodbe, da bodo zajeti vsi ti testi, vendar bo treba vzpostaviti nek strokoven nadzor, ki ga sedaj ni. Nek ginekolog ima lahko 500 zavarovank in si na ta način izpolni program obveznega zavarovanja. Zakaj naj bi skrbel za 7.200 žensk? Zato, ker je toliko žensk, deljeno s tolikimi ginekologi, 7.200 žensk. S tem pa ni rečeno, da ima vsak ginekolog toliko žensk, ampak da jih pač samo toliko hodi na preiskave. Gre za to, da je potrebno organizacijsko in strokovno postaviti določene kriterije, da bo vsem ženskam zagotovljeno to varstvo. Vse namreč plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje. Ni prav, da dajemo prednost ženskam v mestnih okoljih, drugje pa ne pridejo na vrsto. To so vprašanja, ki jih je treba rešiti zaradi ekonomskega učinka programov, jih standardizirati. Problem ni denar, ampak naša organiziranost.

**Prim.dr. Dunja Obersnel:** Tu smo zaradi preprečitve raka materničnega vratu. Predračun, v katerem sem sodelovala tudi jaz, se nanaša na organizacijo izobraževanja. Za tisti poseben del, po katerem se aktivni skrining razlikuje od pasivnega, pa lahko izračunamo, koliko državo stane. Država že sedaj plačuje preglede za 1/3 žensk, 300.000 brisov. Lahko, da so cene, ki so bile postavljene v 14 dneh, v resnici še enkrat večje. Ni pa bojzani, da ne bi dobili denarja za stvari, ki jih že opravljamo. Nujno rabimo dodaten tolar, da lahko organiziramo aktivni skrining: to je, izobraževanje citologov, preverjanje kvalitete in izdelavo informacijskega sistema.

**Bertole:** Ne soglašam s tem, da stroka ne ve, kaj bi rada. Stroka zelo dobro ve. Problem je, da se moramo sedaj odločiti pod pritiskom finančnih okvirov, ali bomo opravljali maksimalen ali minimalen skrining? Vprašanje je, ali bomo

vzpostavili potreben program presejanja? Že zdavnaj je jasno, da to moramo narediti. Na žalost pa vselej zadenemo ob finančne probleme.

**Us-Krašovec:** Na pocenitev skrininga tudi lahko vplivamo. Pri nas je razmerje med tehniki in osebjem z visoko izobrazbo, ki sodeluje v tem procesu, obrnjeno na glavo. Po svetu imajo bistveno več tehnikov. V Angliji na primer, imajo 1,5 citopatologa na 25.000 preparatov, ki jih pregledajo skrinerji. Pri nas imamo v skrining vključene biologe. Pri nas je biolog plačan kot človek z visokošolsko izobrazbo. Za Kanado vem, da tam tudi uporabljajo biologe, ampak biolog je plačan samo 50 dolarjev več kot tehnik. Vprašam se, ali je res lahko zdravnik zadovoljen, če cel dan gleda negativne brise. Skrining ne bo trajal eno leto, ne tri leta, ne pet let, ampak deset in več let. Potem moramo ocenjevati, ali imamo dovolj kadrov. Nimamo jih! Recimo, tehnikov imamo devet! Vsi ti ne sodelujejo »full time« v skriningu in nekaj jih bo šlo kmalu v pokoj. Ali bomo pripravili kakršnokoli obliko programiranega šolanja za skrinerje, ki bodo sodelovali v tem programu?

**Bertole:** Z veseljem bi nastavili veliko tehnikov, če bi imeli možnost za to. Vedno se borimo s številom zaposlenih, ki jih imamo po kriterijih, ki jih postavlja zavarovalnica, preveč. Moramo pa tudi vedeti, da je naš zdravnik plačan približno toliko kot tehnik v Kanadi.

**Gospa Ana Žličar:** Dejstvo je, da se financirajo programi zdravstvenih zavodov. Dejstvo je tudi, da jih več ali manj vsi prekoračujemo. Kako lahko zatrdimo, kateri program prekoračujemo in kje natanko dosegamo, kar opravimo. Konkretno: Onkološki inštitut. Če velja naš program toliko in toliko specialističnih točk, sicer natančno vemo, koliko jih katera dejavnost naredi, ne vemo pa, koliko naj bi zavarovalnici ponudili v odkup. To pomeni: če takšno delo za področje ginekologije porabi toliko in toliko točk in bo zavod naredil več, to ne bo plačano. Kdo je tisti, ki bo rekel, da je ginekologija dobila vse, kar ji pripada za njeno delo, drugi dejavnosti pa bo zato treba nekaj vzeti? Zadeve so zelo preproste za ginekologe privatnike, tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti, kjer vemo, da se program določa za ekipe. Zato je najbrž vrednotenje takšnega skrininga potrebno, da vsakdo najprej pri sebi razčisti: Onkološki inštitut. bo pregledal toliko in toliko žensk, da bodo pregledane vse ženske v starosti od 25 do toliko in toliko let. To se da ovrednotiti tudi v finančnih kazalcih. To je problem predvsem na terciarni ravni. Ko se vse to ovrednoti kot 100% program, ki je dogovorjen z zavarovalnico, se šele potem lahko ugotavlja, kakšen je dejanski strošek za preiskave na področju ginekologije. Za postavitev informacijskega sistema pa so potrebna še dodatna sredstva. Zelo težko je reči, ali je to milijon DEM ali dva.

**Dr. Marija Bizjak-Schwarzbartl:** Treba bo res urediti, kdo naj dela citološke teste, kakšna naj bo njegova izobrazba in kakšno naj bo razmerje med zdravniki in skrinerji. Z gospo profesorico Us se strinjam, da vsa leta nismo izobraževali skrinerjev. Tudi zaradi tega ne, ker je bilo biologov, ki so dobro poučeni o celici in ki so težko dobili službe, dovolj. Tudi ginekolog je bil blizu temu poslu in tako so delali specialisti ginekologi, biologi in skrinerji. Res bi se bilo treba

dogovoriti, kdo bo to delal. In kakšna bo kontrola nad tem delom? Kdo ima pravico kontrole? Citološka sekcija, katere predsednik sem, je dala jasna navodila zbornici in poslali smo jih tudi na ministrstvo. Mislim, da se bo treba teh navodil držati. Potrebna bo dodatna izobrazba za skrinerje. Zakaj se je delo odvijalo tako, kot se je? Zato, ker razlika med zdravnikovo in tehnikovo plačo ni bila bistvena. Zato so biologi in zdravniki sprejeli tudi skrinerstvo.

**Rakar:** Zakaj niste vzgajali skrinerjev? Imeli ste možnost. Druga stvar: zakaj biologi? Zato, ker se zdravniki niso hoteli vključiti v to. Zato pošilja Maribor 60-70 tisoč brisov v Ljubljano. Če bomo imeli tako visoke zahteve, da mora biti za to delo specialist patolog, lahko pričakujemo, da bomo brise v naslednjih desetih letih pošiljali v Avstrijo. Citologi boste morali to sami rešiti.

Še dve vprašanji. Prvo: Gospa Potočnikova, ali je komisija za ženska vprašanja dobila program, ki ga je pripravila delovna skupina. Ljudje so bili angažirani in zato prosim, da stvar gre naprej. Druga stvar: Brisa ni treba jemati vsakih 6 mesecev. Nekatere ženske so utrpele histerektomijo, pa jim vsake tri mesece jemljejo bris! Vsakih 6 mesecev jih jemljejo ženskam, pri katerih so bili brisi prej negativni v presledku dveh let. Brez potrebe! Prav je rekla doktorica Žakelj: prerazporeditev. Zmenjeno je bilo, da se jemlje bris dvakrat v presledku enega leta, pri negativnem lahko enkrat na tri leta. To je skrining. To pacientko bomo klicali. Kar rabimo, je register in informacijski sistem. To stane po predračunih, ki so lahko podcenjeni, 30,000.000. Ne stane veliko. Ženskam pa, ki hodijo na preglede na 6 mesecev, je treba jemati bris enkrat letno.

**Gospa Vika Potočnik-poslanka:** Res hvala, da ste mi dovolili, da sem dva dni preživela z vami. Moram povedati, da mi niti za sekundo ni bilo žal, če ravno je bilo včasih vzdušje kar navijaško. Predvsem hvala doktorici Žakelj za nauk, kako se bomo morali organizirati za preventivo. Prosim naslednje: imejmo na tej poti potrpljenje, toleranco, strpnost, ker bomo samo tako dosegli kakovost. Nestrpnost in netoleranca nam bosta samo odmaknile cilj. Želim vam uspeha, s podporo Komisije za žensko politiko, ki je šla na to pot z vami pred dvema letoma..

**Prof. dr. Andrej Kocijan:** Okrogla miza je končana.