

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

KANCEROLOŠKA SEKCIJA

ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI

s sodelovanjem

GINEKOLOŠKE SEKCIJE

ZVEZE SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

in

Komisije za ženska vprašanja Državnega zbora RS

8. ONKOLOŠKI VIKEND

RAZPRAVI

DETEKCIJA RAKA DOJK DETEKCIJA GINEKOLOŠKEGA RAKA

Šmarješke Toplice, 24. in 25. november 1995

Pokrovitelj prireditve

 **KRKA**
SLOVENIJA

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

KANCEROLOŠKA SEKCIJA

ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI

s sodelovanjem

GINEKOLOŠKE SEKCIJE

ZVEZE SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

in

Komisije za ženska vprašanja Državnega zbora RS

8. ONKOLOŠKI VIKEND

RAZPRAVI

DETEKCIJA RAKA DOJK DETEKCIJA GINEKOLOŠKEGA RAKA

Šmarješke Toplice, 24. in 25. november 1995

Pokrovitelj prireditve

Na podlagi mnenja Ministrstva za kulturo Republike Slovenije št. 415-153/96 z dne 25. 7. 1996 sodi ta publikacija med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618.1-006(063)

ONKOLOŠKI vikend (8 ; 1995 ; Šmarješke Toplice)

Detekcija raka dojk, detekcija ginekološkega raka : razpravi /
[izdali Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva [in]
Žveza slovenskih društev za boj proti raku ; uredniki J. Lindtner
... et al.]. - Ljubljana : Krka, 1996

ISBN 961-90280-1-5

1. Gl. stv. nasl. 2. Lindtner, Jurij

61127168

VSEBINA

OKROGLA MIZA O DETEKCIJI RAKA DOJK 7
(Petek, 24. 11. 1995 od 15.15 do 19.30)

Voditelj omizja: *doc. dr. Jurij Lindtner*

Povabljeni k omizju: *doc. dr. Borut Gorišek*
dr. Breda Jančar
dr. Samo Fakin
prim. dr. Marjan Mramor
prof. dr. Vera Pompe Kirn
dr. Maja Primc Žakelj

Srečanje pozdravili: *doc. dr. Božidar Voljč*
Vika Potočnik
dr. Katja Stražišar

OKROGLA MIZA O DETEKCIJI GINEKOLOŠKEGA RAKA 33
(Sobota, 25. 11. 1995 od 9.00 do 12.45)

Voditelj omizja: *prof. dr. Andrej Kocijan*

Povabljeni k omizju: *mag. dr. Jože Bertole*
prof. dr. Božo Kralj
prof. dr. Vera Pompe Kirn
prof. dr. Stelio Rakar
prim. mag. dr. Tone Šijanec
mag. dr. Marjetka Uršič Vrščaj
prof. dr. Marija Us Krašovec
dr. Pavel Zupan

Srečanje pozdravil: *gospod Franc Košir*
(*direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*)

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

Spoštovana bralka in bralec!

Zapis razprav okroglih miz VIII. onkološkega vikenda je nastal na podlagi odličnega magnetofonskega posnetka gospoda Srečka Katone z lektorsko pomočjo gospe Mire Šekoranja v redakciji podpisanega.

Želel sem, da bi bil zapis razprav kar se da veren odsev pogovorov okroglih miz. Koliko se je to posrečilo, bo presodil vsak udeleženec sam, posebej vsak od govorcev. Vsi ugovori zaradi morebitne nenatančnosti zapisa gredo na rovaš podpisanega, ki hrani magnetofonski trak kot dokument.

Odbor kancerološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva je presodil, da je zapis razprav dovolj zanimiv za objavo. S tem izpolnjuje obljubo, zapisano v Zborniku VIII. onkološkega vikenda.

V Ljubljani v maju 1996

Za izdajatelje
Jurij Lindtner

OKROGLA MIZA O DETEKCIJI RAKA DOJK

Petek, 24. 11. 1995 od 15.15 do 19.30

Povabljeni k omizju:

doc.dr. Borut Gorišek, Oddelek za ginekologijo in porodništvo,
Splošna bolnišnica Maribor

dr. Breda Jančar, Onkološki inštitut Ljubljana

dr. Samo Fakin, Zavod za zdravstveno zavarovanje Ljubljana

prim. dr. Marjan Mramor, ZD Ljubljana

prof.dr. Vera Pompe Kirn, Onkološki inštitut Ljubljana

dr. Maja Primc Žakelj, Onkološki inštitut Ljubljana

Voditelj omizja

doc.dr. Jurij Lindtner, Onkološki inštitut Ljubljana

Srečanje so pozdravili:

gospod docent **dr. Božidar Voljč**, minister za zdravstvo RS,

gospa **Vika Potočnik**, poslanka Državnega zbora in

gospa primarij **dr. Katja Stražišar**, zastopnica sponzorja KRKA.

Doc. dr. Jurij Lindtner: Začenjam strokovni del srečanja z naslovom Okrogla miza o detekciji raka dojk. Za sogovornike sem si izbral nekaj uglednih kolegic in kolegov, za katere vem, da se ukvarjajo s temi rečmi. Prvo povabim gospo prof. dr. Vera Pompe, vodjo Registra raka za Republiko Slovenijo, ustanove, ki že 50 let po zaslugi prof. dr. Božene Ravnihar nadzoruje gibanje raka v Sloveniji. Poudarjam pol stoletja, kajti to je doba, v kateri se da ugotoviti prenekatero zakonitost. Vabim k sodelovanju gospo dr. Bredo Jančar, vodjo rentgenološke službe v Onkološkem inštitutu in predstavnico tretjega rodu »mamografologov«. Prvi bodi omenjen pokojni prof. dr. Klanjšček, drugi - ta sedi med nami - je gospod prim. dr. Jurij Us, na katerega sodelovanje resno računam. Vabim k sodelovanju gospoda dr. Sama Fakina, predstavnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki bo tudi naš sogovornik. Navajen je vloge nasprotnika, celo sovražnika v pogovorih z zdravniki. Dalje vabim gospoda prim. dr. Marjana Mramorja, direktorja Zdravstvenega doma Ljubljana-Center in direktorja programa CINDI v naši državi. Tistim, ki beseda CINDI nič ne pove, zagotavljam, da bo imel gospod primarij čas, da jim to razloži. Vabim gospoda docenta dr. Boruta Goriška, ustanovitelja prvega centra za boleznii dojk v tej deželi (Ljubljana je v tem za štajersko metropolo). Končno vabim

gospo dr. Majo Žakelj, epidemiologinjo Onkološkega inštituta in predstavnico Svetovne zdravstvene organizacije za onkologijo v Sloveniji.

Pogovarjali se bomo torej o detekciji raka dojk. Povedati moramo, kaj si predstavljamo pod besedo detekcija raka dojk. Gre za iskanje bolezni pri zdravih ljudeh. Zato sedijo med nami ljudje, epidemiologi, ki nam bodo povedali, koliko je te bolezni v naših krajih. Opustili bomo vsak pogovor o zgodnji diagnostiki. To je medicinski problem, medtem ko detekcija bolezni pri zdravih ljudeh ni samo medicinsko vprašanje.

Ko se pogovarjamo o iskanju neke bolezni v predkliničnem obdobju, takrat, ko nosilec niti sam ne ve, da je bolan, se moramo vprašati, kakšne pripomočke imamo za ta posel. Pri raku dojk se vsi strinjamo, da je to mamografija. Zakaj ne poudarjam najprej kliničnega pregleda? Ker sem prepričan, da se bo v razpravi odgovor sam pokazal. Vabim torej k besedi gospo dr. Jančar, priznana mamologinja, da metodo predstavi.

Dr. Breda Jančar: Pri zgodnji detekciji raka dojk igra bistveno in najpomembnejšo vlogo ravno mamografija. To je trenutno edina slikovna diagnostična metoda, ki lahko odkrije dokaj majhne rake dojk, manjše od enega centimetra, ki klinično ne kažejo nikakršnih znamenj in niso tipljivi, se pravi, da jih ni mogoče ugotoviti samo s pregledom dojk. Pri mamografskih preiskavah moramo predvsem ostro ločiti tako imenovane diagnostične mamografije, kjer poskušamo z rentgenskim slikanjem, pa tudi z drugimi metodami, kot so ultrazvok, citološke punkcije in biopsije, potrditi nekaj, kar smo z otipanjem ali že z mamografijo ali kako drugače spoznali za patološko. S presejalno mamografijo pa aktivno iščemo majhne karcinome pri veliki skupini žensk, ki so v bistvu zdrave. Naše lastne študije še niso končane, zato večina naših podatkov izhaja iz tujih izkušenj in literature. V svetu, kjer uporabljajo presejalno (skrining) metodo že dokaj dolgo, so ugotovili, da lahko z zgodnjim odkrivanjem zmanjšamo smrtnost bolnic z rakom dojk, za 25-40 %. To je res tako velik odstotek, da se moramo nad njim zamisliti in tudi pri nas nekaj ukreniti, da bi dosegli podobne rezultate. V Sloveniji je žal zgodnja detekcija raka dojke še precej v povojih, predvsem pa je izrazito neorganizirana. Slabo se zavedamo, da pri zgodnji detekciji rentgensko preiskujemo veliko skupino zdravih žensk in da moramo zato uporabljati metode, ki dajo najboljšo sliko pri najmanjši dozi sevanja. Za doseg tega pa moramo upoštevati nekaj osnovnih zahtev. Prva od njih je predvsem kakovostna rentgenska oprema: dober rentgenski aparat z obvezno »buki« rešetko, z avtomatsko kontrolo ekspozicije in z drugimi tehničnimi detajli. Druga zahteva je dobro izučen tehnični kader: rentgenski tehnik ali rentgenski inženir, ki opravi slikanje zdravih žensk tako, da ga zaradi tehničnih napak ni treba ponavljati. Tretja zahteva je kvalitetna obrazložitev mamografskih slik, ki jo morajo opravljati posebej izučeni specialisti, predvsem radiologi. Četrta in najvažnejša zahteva pa so redne dnevne, tedenske, mesečne in letne kontrole kakovosti rentgenske opreme ter kontrola tehničnega osebja in zdravnikov, ki se ukvarjajo z mamografijami.

Kdaj in kako pogosto mamografiramo? Naj navedem navodila American Cancer Society in pa Evropske okrogle mize. Prva pravijo: Prvo mamografijo, ki ji pra-

vimo osnovni mamogram, naj bi ženske opravile med 35. in 40. letom starosti. Ženske med 40. in 49. letom naj opravljajo mamografijo na leto ali dve; o tem odloča zdravnik, ki žensko pozna. Ženske po 50. letu naj bi mamografirali vsako leto, ker vemo, da je pojavnost karcinoma po 50. letu bistveno nižja. Evropska okrogla miza pravi drugače: Žensk pod 50. letom starosti naj ne bi mamografirali, po 50. letu pa na dve do tri leta. Tu pa je še velika skupina žensk, ki so družinsko obremenjene, kar pomeni, da je njihova mati ali sestra v predmenopavznem obdobju zbolela za rakom dojke. Tu so še ženske, ki so že zbolele za rakom ene dojke, ženske, ki so zgodaj dobile prvo mesečno perilo in ženske s pozno menopavzo, ženske, ki niso nikoli rodile, in ženske, ki so rodile v starejših letih. V to skupino sodijo tudi ženske z atipično hiperplazijo dojke. Redne mamografske preglede opravljamo tudi pri ženskah, pri katerih smo pri otipanju dojke naleteli na nejasno stanje: na kakršnekoli noduse ali zatrdline v dojki, na skrčenje kože ali bradavice, izloček iz bradavice, edematozno spremenjeno bradavico ali na lokalizirano bolečino v dojki, ki ni povezana z menstruacijskim ciklusom. V teh dveh skupinah moramo mamografirati veliko bolj pogosto kot pri zdravih ženskah. Sem pa ne sodijo ženske, ki so mlajše od 35 let, ker z mamografskim slikanjem pri tako mladih ženskah, ki imajo v dojkah obilo normalnega žleznega tkiva, z mamografijo ne dosežemo nič drugega kot zmedo, ker normalno žlezno tkivo močno zmanjša preglednost dojke.

Danes je mamografija res ena najuspešnejših metod za zgodnje odkrivanje raka dojke, kljub temu pa ob njej lahko spregledamo 15-20% rakov. Te lahko odkrije le izkušen zdravnik z dobrim kliničnim pregledom. Zato zaradi lažje orientacije zahtevamo pred vsako mamografijo dosledno tudi palpatorni izvid. Slovenske ženske so že dokaj dobro seznanjene z zgodnjo detekcijo raka dojke in tudi z mamografijami. Žal pa naše razmere ne dovoljujejo zgodnje detekcije pri vseh slovenskih ženskah. Pri nas živi okoli 522.000 žensk, starih od 20 do 80 let.

Če bi se omejili na letno mamografiranje žensk v starosti od 50. do 70. leta in na občasno mamografiranje ostalih letnikov, bi opravili letno okoli 290.000 mamografij. En mamografski center z dvema radiologoma in dvema radiološkima inženirjema lahko glede na fizično zmogljivost aparature in psihično obremenjenost medicinskega kadra opravi okoli 12.000 mamografij letno. Če upoštevamo, da bi se mamografij res 100-odstotno udeleževale vse ženske, bi v Sloveniji potrebovali 24 mamografov, 48 zdravnikov radiologov in 48 radioloških inženirjev. Res pa je, da ne moremo pričakovati 100-odstotne udeležbe, zato lahko te številke prepolovimo.

Kakšne so trenutne možnosti pri nas? Po mojih podatkih imamo v Sloveniji okoli 12 dovolj sodobnih mamografskih aparatov, ki pa so žal večinoma umeščeni v bolnišnicah. Sem pa tja je kakšen v zdravstvenem domu. Mislim, da mamografski aparat ne spada v bolnišnico, pač pa v zdravstveni dom. To je tudi eden od razlogov, zakaj je odzivnost naših žensk manjša. Pri nas še vedno nimamo dovolj izobraženega radiološkega kadra. Tako žal samo posamezniki opravljamo mamografije. V Sloveniji moramo najprej poskrbeti za dober pouk in za dobro izvežbanost tehničnega kadra, ki dela pri mamografijah, potem pa se lahko pogovarjamo naprej.

Lindtner: Moja spoštovana kolegica je načela niz vprašanj, na katera bi v razpravi rad slišal odgovore in pomisleke o ponujenih rešitvah. Naslednje zanimivo vprašanje je, kolikšen del slovenskih kroničnih bolezni je rak dojke. Ne poznam nikogar, ki bi lahko bolje odgovoril, kot je gospa prof. Pompe.

Prof. dr. V. Pompe Kirn: Začenjam s podatkom, ki ga navaja praktično vsak kolega v svojem prispevku tega onkološkega vikenda, namreč, da je rak dojke z 21 % na prvem mestu med raki žensk; ta odstotek bo verjetno v naslednjih letih še večji, morda 22 ali 23%. Vse namreč kaže, da je porast raka dojke hitrejši in strmejši kot porast vsega raka pri ženskah. Verjetnost, da bo ženska zbolela za rakom dojke enkrat do 75. leta starosti, je bila leta 1972 5,5%: vsaka 18. ženska bo torej do svojega 75. leta verjetno zbolela za rakom dojke.

Spomnila bi tudi na to, da problem raka dojke, posebno ko se pogovarjamo o presejanju, ni na vseh koncih Slovenije enako velik: ogrožen je predvsem zahodni in osrednji predel Slovenije, kar je zelo pomemben podatek.

Porast raka dojke je omejena predvsem na starost po 40. letu in se po tem letu strmo dviga. Zaradi tega strmega porasta dobiva rak dojke v svojem pojavljanju med slovenskimi ženskami vedno bolj tisto obliko, ki jo ima bolj razviti svet: prvič, podvojenost incidence raka dojke predvsem v starejših starostnih skupinah, in drugič, zgoščenost primerov bolezni je od 45. do 60. leta približno enaka, potem se spet dvigne, vendar že po 45. letu preseže število 100 na 100.000 žensk.

Dejstvo, da rak dojke narašča s starostjo in da je po 45. letu starosti že precej pogost, kažejo podatki, ki se nanašajo predvsem na življenjsko drevesce slovenske populacije iz leta 1991. Že naslednje drevesce za konec leta 1994 pa kaže, kako »trebušček« največjega števila žensk leze v ogroženo starost. Projekcija za leto 2020 kaže, da bo naše drevesce »debelo« predvsem v obdobju, ko je rak dojke izredno pogost.

Za orientacijo pri razpravljanju si oglejmo še nekaj podatkov iz naše knjige o preživetju rakavih bolnikov. Po preživetju v zadnjem opazovnem obdobju ugotavljamo, da je razmik med pričakovano življenjsko dobo in življenjsko dobo tiste ženske, ki zbolijo za rakom dojke, še vedno velik. In to kljub temu, da sodi rak dojke v tisto skupino rakov, kjer je tako eno-, tri-, pet- in desetletnih preživetij postopoma vedno več.

Dejstvo je tudi, da mlajše ženske preživljajo bolezen bolje kot starejše. Ko iščemo vzroke za to, jih vedno iščemo v razporeditvi stadijev. Vendar pri raku dojke ni stadij tisti, ki bi bil lahko vzrok za tako različno preživetje v različnih starostnih skupinah. Presek, ki smo ga naredili za leta 1987-89, temelji na zadnjih črnih podatkih: 30% lokalizirane bolezni pri bolnicah okoli 40. leta starosti proti koncu 80 let. Ta številka je stvarna, neglede na to, da se je v tem obdobju v šestih občinah v Sloveniji nekaj dogajalo. Ravno to bi rada poudarila: Ko se primerjamo s Škoti in Danci glede našega petletnega preživetja, lahko iščemo rezervo prav v deležu zgodnje bolezni. Ko sem pogledala v knjigo, ki so jo napisali Danci za isto obdobje, je bil tam odstotek lokalizirane bolezni ne 40 ampak 50%. Tukaj imamo veliko skritih možnosti za izboljšanje preživetja.

Lindtner: Rak dojke je pogosta bolezen in nič ne kaže, da bi postala redkejša. Mislim, da je to osnovno sporočilo za organizacijo programa detekcije. Zanima me, kako imajo to urejeno po svetu in sprašujem o tem gospo dr. Žakelj.

Dr. Maja Primc Žakelj: Oceniti moramo, kaj nam presejanje z mamografijo prinese. Merilo je zmanjšanje umrljivosti v presejani skupini. Dokazi prihajajo iz epidemioloških raziskav. Skupne analize različnih študij kažejo, da je v starostni skupini 40 - 74 let pri presejanju v razmiku od enega do treh let zmanjšanje umrljivosti statistično pomembno. Pri skupni analizi nekaterih raziskav se je zmanjšala umrljivost za 22%. Drugačen pa je pogled, če razdelimo to skupino na ženske, mlajše od 50 let, kjer ni videti statistično pomembnega zmanjšanja umrljivosti, in na skupino 50 - 69 let, kjer je to zmanjšanje umrljivosti dejansko statistično pomembno in znaša približno 24%. Domnevajo, da se morda da zmanjšati umrljivost do 30%. Zanesljivih znanstvenih dokazov, da prispeva presejanje k zmanjšanju umrljivosti pri ženskah, mlajših od 50 let, nimamo. Posledica tega dejstva so zelo različna priporočila sveta, ki vsebujejo poleg tehtanja znanstvenih dokazov proti koristim presejanja tudi etično presojo in oceno stroškov. Poleg tega pa so seveda ta priporočila odvisna tudi od okoliščin, ali so neobvezujoča in namenjena predvsem v pomoč splošnim in drugim zdravnikom, ki naj bi svetovati ženskam v vsakodnevni praksi, ali pa so to navodila za zdravstvene zavarovalnice, ki so povezana z ekonomsko utemeljenimi argumenti. Slišali ste že priporočila Evropske okrogle mize. Evropska zveza za mastologijo meni, da je organizirano presejanje žensk, starejših od 50 let, ki je združeno s kliničnim pregledom, tako zanesljivo zmanjšalo umrljivost, da mora biti del javnih zdravstvenih programov namenjen vsem ženskam po 50. letu. Starostne meje navzgor ne omejujejo.

Ta priporočila, ki jih pripravljajo v okviru Evropske skupnosti, povzema tudi evropski kodeks boja proti raku v programu Evropa proti raku. Namenjena so seznanjanju javnosti s tem, kaj lahko naredimo, da se raku ognemo in da to bolezen čimprej odkrijemo. Letos prenovljeni kodeks ženskam svetuje, naj se udeležujejo organiziranih programov presejanja. Imeti pa morajo na voljo tak program, da se ga lahko udeležujejo.

Ameriško društvo za preprečevanje raka ne izhaja iz takih znanstvenih potrditev, ampak iz bolj etičnih. Menijo namreč, da ne glede na to, da randomizirani klinični poskusi niso pokazali zmanjšanja umrljivosti pred 50. letom, ker so bile skupine žensk, ki so jih ocenjevali, premajhne, da bi bilo sploh mogoče odkriti statistično značilno zmanjšanje umrljivosti, vendarle ne gledajo samo na zmanjšanje umrljivosti, ampak tudi na to, da odkrivajo raka v zgodnejšem stadiju. To pa pomeni manj agresivno operacijo in s tem tudi boljše psihično počutje žensk.

Kako je drugod? Že v sami Ameriki se ne morejo zediniti. Tako je Nacionalni inštitut za preprečevanje raka kljub temu, da je podpisal leta 1988 ameriška priporočila, letos dodal neko dodatno priporočilo, da ne bi kar avtomatično svetovali ženskam, mlajšim od 50 let, naj prihajajo na mamografije, ampak da jih je treba prej seznaniti z vsemi prednostmi in tudi z vsemi škodljivostmi, ki jim jih tak pregled prinaša. Izvedeti morajo, da je občutljivost mamografije pri

ženskah, mlajših od 50 let, zaradi strukture dojč bistveno manjša kot po 50. letu in da zato obstaja večja verjetnost lažno pozitivnih rezultatov, ki prinašajo zaskrbljenost in nepo-trebne nadaljnje diagnostične preiskave. V Kanadi predlagajo v enem področju med 40. in 50. letom letni kliničen pregled z mamografijo, v štirih drugih pa med 50. in 69. letom. V Veliki Britaniji zdravstvena zavarovalnica pošlje vsako tretje leto vsaki ženski vabilo na mamografijo. Na Švedskem se spet odražajo rezultati njihovih pilotnih študij: nekje delajo mamografije med 40. in 54. letom na leto in pol, po 55. letu pa do 74. leta na dve leti. Na Finskem se odločajo za mamografijo v starosti med 50. in 63. letom. Kot vidite, ni dvomov o tem, ali je dejansko smiselno presejati ženske po 50. letu starosti. Največja negotovost se danes nanaša na starostno skupino pod 50. letom, ki ji za sedaj ne priporočajo presejanja kot širok ukrep v vsakdanji praksi, ampak kot individualno postopanje z bolnico samo. Gre namreč za to, da je edini in najmočnejši nevarnostni dejavnik tveganja raka dojč pri ženskah starost. Tveganje zbolevanja za žensko pred 50. letom najbolj narašča s starostjo, in je bistveno manj verjetno, da bo zbolela v tem obdobju kot pa po 50. letu. Vsaka država mora na osnovi svojih podatkov presoditi sama, v kateri starostni skupini je ogroženost tako velika, da je smotno ženske sistematično pregledovati.

Lindtner: Prosim gospoda primarija Mramorja, da nam pove, kakšno težo ima detekcija raka dojč v programu CINDI, v programu 15-odstotnega zmanjšanja umrljivosti do 65. leta starosti do leta 2000.

Prim.dr. Marjan Mramor: Moj prispevek bo razdeljen v tri dele. Najprej predstavitev projekta CINDI, potem bi se omejil na preventivo raka na splošno, tako ginekološkega kot raka dojč, v tretjem delu pa bom povedal nekaj misli o preobrazbi v osnovnem zdravstvu.

Najprej CINDI. Gre za projekt strategije zdravljenja v praksi do leta 2000. Ta strategija je potrebna v tistih državah, kjer nameravajo ob manjših stroških ohraniti ali pa izboljšati zdravje prebivalstva. Ne gre za filozofsko dilemo, ampak za praktično potrebo, da se zdravje ljudi ohrani ali pa izboljša, ne da bi pri tem naraščali stroški zdravstvenega varstva. V tej evropski strategiji je med drugimi cilji tudi cilj številka 4, ki določa, da je možno in potrebno zmanjšati število ljudi, ki umrejo zaradi kroničnih bolezni, za 15%. Do leta 2000 naj bi se v Evropi zmanjšala zbolevnost za kroničnimi boleznimi. Med te kronične bolezni sodijo bolezni srca in ožilja, ki so vzrok vsake druge smrti, in rak, ki povzroči vsako peto smrt. Tako kot je v svetu, je tudi pri nas. V strategiji promocije zdravja in preventive so poti do tega cilja določene kot prioriteta naloga. Projekt CINDI je program in politika, predvsem politika, in naj bi ljudem omogočil, da bi ostali zdravi, da se ne bi niti srečali z dejavniki tveganja, kaj šele, da bi bili žrtve teh dejavnikov. Razprava današnjega dneva je umeščena v ta del: zmanjševanje zbolevnosti in odkrivanje zgodnjih faz bolezni.

Programi promocije zdravja, ki so prvi skupen korak tako medicinskih kot nemedicinskih področij, naj omogočajo ljudem, da ostanejo zdravi. V tem je mogoče naš pogled malo širši. Če gre za uspešno politiko in za uspešen program promocije zdravja, pričakujemo, da se bo zmanjšalo število ljudi, ki živijo z dejavniki tveganja. Tu se moramo vprašati, kakšna je politika promocije zdrav-

ja žensk na Slovenskem. Nivo ali prevalenca dejavnikov tveganja pri ženskah je merilo promocije zdravja žensk na Slovenskem. Poznam malo programov, ki bi imeli za cilj promovirati zdravje slovenskih žensk. Mogoče imamo več programov, ki preprečujejo in kontrolirajo dejavnike tveganja. Merilo dobrih projektov in uspešnega odkrivanja dejavnikov tveganja je seveda padec števila ljudi, ki na novo zbolijo za tistimi boleznimi, ki so v vzročni zvezi z dejavniki tveganja. Ob današnji razpravi vidimo, da nam kazalci ne kažejo v smer, da bi lahko ocenili preventivo in kontrolo dejavnikov tveganja pri ženskah s pozitivno oceno. Zelo sem vesel, da danes posvečamo diskusijo temu, da bi v Sloveniji vendarle dobili politiko, ki bi pospeševala zdravje žensk na splošno.

Tu se postavlja vprašanje, kdaj je nosilec dejavnosti v teh programih primarno in kdaj sekundarno zdravstveno varstvo. Primarno zdravstveno varstvo in nemedicinski sektorji se zelo dobro vklopijo v promocijo zdravja na lokalnem nivoju. Tu je obenem možnost, da se programi promocije zdravja žensk in pa preventiva dejavnikov tveganja združijo. Ko govorimo o promociji zdravja, je treba vedeti, da ne gre za zdravstveno vzgojo. Gre za to, da zdravje promoviramo pri ženskah, ki ne živijo v nekih privilegiranih slojih, ki so slabo izobražene, nezaposlene, za katere dvomim, da bodo prišle na naše sito, če jih ne bomo iskali. Povedati hočem, da je treba ljudem omogočiti, da svoje zdravje promovirajo tako, da se podpre socialno skupino, sosede, sodelavce, prijatelje in družino. Vse te skupine so pod vplivom politike, ki podpira zdravje ali pa ga ne. Moramo torej zagotoviti zdravo javno politiko za promocijo zdravja žensk nasploš. Osnovati moramo programe preprečevanja dejavnikov tveganja za bolezni, o katerih se pogovarjamo, in ustanoviti neko državno institucijo, ki bi vodila dejavnosti na državnem nivoju. Postavlja se vprašanje, ali je osnovno zdravstvo tisto, ki lahko to nalogo prevzame. Prav gotovo je v sodelovanju z nekaterimi terciarnimi institucijami tega sposobno. Zgraditi preventivo teh bolezni na dosežanih dispanzerski metodi je po moje stvar preteklosti. Zdravstveni domovi in dispanzerji za žene so se v treh letih spremenili v medicinsko ustanovo za tiste ženske, ki imajo tam izbrane svoje ginekologe ali splošne zdravnike. Vse ostale funkcije zdravstvenega doma in dispanzerja so odpadle. Tudi z očmi plačnika je treba povedati, da plačuje ginekologa ravno tako v zdravstvenem domu kot kje drugje. Zdravstveni dom ali dispanzer za žene od družbe, ki jo predstavljajo seveda zavarovalnice, ne dobi nič več za svoje delo kot pa nekdo, ki dela zasebno. Poleg tega moramo računati, da se je podrla mreža občin, ki so imele svoje zdravstvene domove. Imamo več kot pol občin, ki nimajo ginekologa. Tako nekako vidim prihodnost uresničevanja uspešnih projektov preprečevanja bolezni. Zato bi bil vesel, če bi se naše srečanje končalo z ugotovitvijo, da je v Sloveniji čas, da bi organizirali državni projekt preprečevanja raka dojk in raka maternice.

Lindtner: Stvar ste zajeli nekoliko široko. Vrnimo se k detekciji raka dojk. V tem programu glejmo samo eno: zgodnje odkrivanje raka dojk. Ta bolezen je na veliko žalost taka, da so dejavniki tveganja dejavniki, ki niso tveganje. Tveganje čutim kot zavestno početje, ki ima lahko take ali drugačne posledice. Če ste se rodili leta 1900 in ste danes stari 95 let, ne vem, če je to pravo tveganje. Če imate mamo ali staro mamo, ki je zbolela za rakom dojk, to tudi na

žalost ni nobeno tveganje, to je rizični faktor. Poudarek mora biti na tisti poti, ki se nam zdi uspešna, to je iskanje zgodnje bolezni. Prosim docenta Goriška, da pove nekaj o svojih izkušnjah na tem področju v zadnjih dvajsetih letih.

Doc.dr. Borut Gorišek: Vrnil bi se k iztočnici, k detekciji raka dojk in k našim izkušnjam, ki smo si jih pridobili od leta 1972, ko smo ustanovili center za diagnostiko in detekcijo raka dojk. Osnovna ideja je bila tedaj še veliko bolj hvale vredna kot danes, ko nas ta problematika zelo pesti. Vse priznanje tedanjim voditeljem te službe v Mariboru! Povod za naš program je bilo dejstvo, da se je tedaj v svetu pojavila metoda, ki je obilo obetala, in to je bila termovizija. O njej so govorili, da je krasna, hitra, atraktivna, nenevarna, neboleča, zanesljiva, specifična z visoko senzibilnostjo, veliko boljša od mamografije. Vse to so obljubljali in mi smo aparat kupili in smo pričeli delati. Po nekaj mesecih smo ugotovili, da smo v slepi ulici, in smo tekli v Anglijo v Newcastle, da bi se poučili, kako je pravzaprav s to rečjo. Tam smo videli, da se moramo stvari lotiti veliko bolj kompleksno. Čeprav je dojka na površini telesa in je na videz lahko dostopna, pa je zgodnji rak dojk zelo težko dostopen in se ga je treba lotiti z več strani hkrati. Tako smo videli, da v Angliji vrhunsko obvladajo kliničen pregled, z vso natančnostjo od anamneze do inspekcije in palpacije, da imajo vrhunsko sodobno mamografijo, pa termovizijo, pa aspiracijsko in eksfoliativno citologijo. Pri ultrazvoku tedaj še niso bili daleč. Naučili smo se, katere ženske naj bi predvsem prišle na pregled. V tistem času so v Angliji vabili na preglede ženske, starejše od 40 let. Začeli smo delati po teh principih, a po 15 letih smo termovizijo opustili, ker ni prispevala dovolj tehtnih podatkov. Naprej pa smo razvijali druge diagnostične metode in tudi UZ.

Mislím, da je bistveno, da se ustanovi center za detekcijo raka dojk. V tem času sem videl v številnih krajih po Sloveniji, da so nabavili mamografski aparat, ga postavili v radiološki oddelek in ga tam pustili, da je zastaral. Mi smo ta aparat postavili v detekcijski center in angažirali ekipo, ki se je ukvarjala s to dejavnostjo. Za razliko od Onkološkega inštituta v Ljubljani opravi pri nas zdravnik sam vse postopke: kliničen pregled, analizo mamogramov, citološke punkcije, po potrebi tudi galaktografijo in biopsijo. Do teh izkušenj smo prišli z leti, ker smo videli, da nam tak način dela daje najboljše rezultate, strinjam pa se tudi, da ima ta način tako svoje slabosti kot prednosti, kar lahko povedo strokovnjaki Onkološkega inštituta ob svojem načinu dela. Mamografija je temeljni diagnostični postopek in z njo lahko odkrijemo najbolj zgodnje vrste raka dojk.

Vse ženske, ki so prišle k nam na pregled, smo mamografirali. Cilj tega pregleda je, ugotoviti rak še v subklinični fazi, ko ga s kliničnim pregledom še ne moremo spoznati. UZ tudi z najnovjšimi sodobnimi aparaturnami še ne daje takšnih rezultatov, zato ga ni mogoče imeti za metodo za skrining. Zagotovo pa daje koristne podatke o displastičnih spremembah v dojkah, predvsem pri cističnih. Ekípa, ki dela v tem centru, seveda sama ne more dobro delovati. Zato rabi široko ozadje sodelavcev in v Mariboru smo organizirali mrežo ginekologov in splošnih zdravnikov, ki je bistveno pripomogla k funkcioniranju našega centra. Nove sodelavce smo seznanili s cilji centra in jim opisali ženske, ki naj nam jih pošiljajo. Od začetka so drle k nam predvsem mlade ženske po

dvajsetem letu, ko so začutile prva zbadanja in napetosti v dojkah, torej prav tiste, ki jim pregled ni potreben. Privabiti je bilo treba ženske, ki ne želijo pregleda, ki pa so stare 50 let in več in ki se raje pri vratih obrnejo, kot da bi počakale na pregled. Prav te ženske je bilo treba zadržati in jih pregledati.

Poglejmo nekaj naših rezultatov. V tem dolgem obdobju smo pregledali okrog 75.000 žensk; število pregledov raste, letos jih bomo pregledali največ, že okrog 7.000. Napravili smo okrog 1000 biopsij in 850-krat smo potrdili diagnozo rak dojke. Tu ne gre za nikakršnega pokazatelja incidence, ampak za to, da smo se pri našem delu osredotočili na tiste ženske, ki so bile pregleda res potrebne. Kar lepo število bolnic se je znašlo med njimi in mislim, da se je naša strategija izkazala kot pravilna. Seveda lahko še dolgo razpravljamo o naših izkušnjah, ki smo si jih pridobili v več kot dvajsetih letih. Morda še samo to: Želimo preiti od detekcije preko diagnostike na zdravljenje in na spremljanje bolnic po zdravljenju. Tako bomo kompletno dejavnost združili in bomo res ginekologi mamologi. Tako poteka naše delo na ginekološkem oddelku v Mariboru organizirano in upam, da bomo lahko nudili ženskam naše regije maksimalno oskrbo.

Lindtner: Prosil bi še gospoda dr. Fakina, da bi nam povedal, kako se preventiva raka dojke kaže v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

Dr. Samo Fakin: Minister Voljč se že smehlja, verjetno zaradi besed, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje naš sovražnik. Tudi doc. Lindtner me je previdno vprašal, preden sem pristal na tole predavanje, ali imam debelo kožo. Mislim, da jo imam, čeprav je pravzaprav ne rabim. 10 let sem delal v osnovnem zdravstvu, tako da zdravstvo dobro poznam. Imamo tudi zakonske osnove, tako da ni treba, da bi bili sovražniki, ampak partnerji pri pogajanjih. Res je, da smo včasih malo nerazumljiv, težek partner, ki zbujajo različne čustvene odzive, vendar pa smo kljub temu partner, ki bo v tem zdravstvenem prostoru obstajal še naprej. Poleg medicine in bolezni in zdravstvenih delavcev na žalost obstaja tudi denar. Vem, da povprečnega zdravnika ob besedi denar nekje zaščemi in se preda emocionalnemu razmišljanju. Tistega pa, ki denar razporeja, mora voditi racionalnost.

Za začetek bom povedal, koliko sredstev imamo v Sloveniji na razpolago v primerjavi z drugimi državami. Tu so podatki o denarju za zdravstvo za leto 1993. Slovenijo najdete nekje na sredini, ker imamo iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja na razpolago približno 650 dolarjev na prebivalca. To je prvi parameter, ki ga moramo nujno upoštevati. Ekonomska stroka znotraj zdravstvene mora odločati racionalno.

Interesi v zdravstvenem varstvu se pletejo med tremi partnerji: prvi je interes države, to je državljanov: parlament sprejme prispevno stopnjo, določi tistih 700 dolarjev in določi tudi pravice. V 23. čl. zakona je to zapisano. Drugi je interes zdravstva, katerega predstavniki so najbolj eminentni in so krivi, da stroški nastajajo: to so zdravniki. Tretji je seveda interes bolnikov.

Interes države je, da za zdravstveno varstvo porabi kar se da malo denarja in da za ta denar dobi kar se da veliko. Interes zdravstva je primarni interes zdravnikov, da kar se da dobro zaslužijo, da kar se da dobro zadovoljijo svojo strokovno radovednost, da nimajo težav s pacienti, da jih imajo pacienti radi, da ne hodijo po sodiščih in podobno.

Interes pacientov je zelo podoben interesu države. Hočejo dobiti čim boljše zdravstvene usluge in seveda za to čim manj plačati. Zato so izvolili svoje poslance v skupščino Zavoda za zdravstveno zavarovanje, kjer se pogovarjamo o količini denarja in njegovi razdelitvi.

Verjetno poznate pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Veliko vprašanj iz različnih koncev slišim: kdo si je to izmislil, kako je to krivično in tako naprej. Vendar je pri določanju pravic sodelovala stroka. Zavod za zdravstveno zavarovanje se v to ne spušča. Zgodnja detekcija raka je že zajeta v razširjenem ginekološkem pregledu. V naslednjih letih bo Zavod uvedel nov obračunski sistem na področju specialistične ginekološke dejavnosti. Sistem bo podoben količniškemu glavarinskemu sistemu, kjer se bodo ženske odločale za svojega ginekologa za daljšo dobo. Polovica denarja bo tako kot v osnovnem zdravstvu prišla iz glavarine: ginekolog bo imel določeno število pacientk in polovico denarja bo dobil zanje, če kaj dela z njimi ali ne. Drugo polovico bo moral zaslužiti s storitvami. Rečeno je bilo, da imamo že 12 mamografov v Sloveniji. Plačilo mamografskih storitev je že zajeto v specialistični ginekološki dejavnosti. Vse države na svetu se srečujejo z omejenimi finančnimi sredstvi in z vprašanjem, kaj storiti, da bi ta sredstva razdelili kar najbolj pravično. V Zavodu nas vodi princip: enako za vse ali vsaj približno enako za vse. Ne moremo dajati prednosti enemu področju na račun drugega in tudi ne eni bolezni na račun druge, vendar pa je včasih izredno težko potegniti mejo. Danes sem videl diapozitiv, na katerem je pisalo, da je rak po prioriteti na prvem mestu. Pred enim tednom je bil v tej dvorani sestanek kardiološkega društva; tedaj so uvrstili na prvo mesto kardiovaskularne bolezni.

V svetu poznamo v glavnem tri metode zdravstveno ekonomske analize:

cost:effectiveness, kjer izbiramo med dvema alternativnima zdravljenjima za isto bolezen. Na primer: kateri diagnostični postopek je boljši, mamografija ali UZ; kakšni so ekonomski učinki;

cost:benefit: metoda, ki pomaga do odgovora na vprašanje, ali neko zdravljenje ali diagnostično metodo sploh uvesti, koliko nas to stane in kakšne so koristi;

cost:utility: metoda, s katero proučujemo pridobljena leta življenja. Amerikanci so izračunali, da se jim izplača investirati približno 20.000 dolarjev v diagnostiko in zdravljenje za eno pridobljeno leto kakovostnega življenja. Od 20.000 do 100.000 dolarjev je območje, kjer so odgovori DA in NE. Če pa je strošek zdravljenja 100.000 dolarjev in na koncu pacient ne preživi tistega leta, se to iz ekonomskega stališča ne izplača. Toda to je Amerika. Amerikanci imajo še nekaj drugega: njihova medicina je tržna in zelo kruta.

Na Zdravstvenem svetu Republike Slovenije pravkar sprejemajo postopek, ki bo od tistega, ki želi uvesti novo diagnostično metodo, tudi preventivno, zahteval, kaj vse mora upoštevati pred tem. Znana metoda »Najprej kupimo aparaturo s samoprispevkom, potem bomo pa ministra prepričali in porinili novo postavko skozi program« enostavno ne vzdrži več. Moramo se vprašati: na čigav račun? Na račun javnih sredstev, seveda na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja! Moram reči, da Zavod za zdravstveno zavarovanje nima neke skrivne vreče z denarjem, iz katere nič ne da. To je bilo namreč prejšnji teden slišati pri kardiologih. Nekateri med njimi so prepričani, da zavod denar ima, pa ga noče dati. Mi razdelimo po vrsti ves denar, ki se v blagajno nateče.

In zadnje vprašanje, ki pa je etično: ali je podaljševanje življenja nacionalna korist - individualna prav gotovo je - in kako daleč je to nacionalna korist? Slišal sem, da naj bi mamografije opravili do 70. leta dvakrat, kaj pa potem? Razvite države so se očitno odločile, da ne. Nekateri sistemi so zelo kruti: pacientu za dializo plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja do 65. leta, naprej pa ne. To so vprašanja, ki se jih bomo morali še lotiti. Ameriški profesor, ki je pred tremi tedni predaval v KC o stroških intenzivne medicine, je rekel, da morajo pri njih ob 14% bruto nacionalnega dohodka, namenjenega zdravstvu, zdravniki začeti premišljati o tem, kaj bi še lahko pacientu ponudili in česa ne bodo več. Računali so, da 80% denarja, ki ga porabijo v ZDA, investirajo v paciente, ki ne preživijo enega leta.

Zavod se mora ravnati po prioritethih zahtevah javnega zdravstva. Prva prioriteta je preventiva. Tako gledamo na preventivo zato, ker je to dolgoročno tudi najbolj gospodarno investiranje denarja. S tem se podaljšuje življenjska doba produktivnega dela prebivalstva. Narod, ki hoče obstati, mora investirati v otroke in predvsem v produktivno prebivalstvo, da lahko z novo ustvarjeno vrednostjo obnavlja maso razpoložljivega denarja. Druga prioriteta je nujna medicinska pomoč, tretja pa zdravljenje težkih boleznih, katastrofalno tvegane operacije ipd. Kje iskati denar, če ga imamo samo po 700 dolarjev? Mogoče v tretji prioriteti, v nezdravstvenih storitvah, v denarnih nadomestilih. Naše pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so polne storitev, ki jih v razvitih državah, kjer trikrat več porabijo kot mi, ne poznajo. Teško je te pravice krčiti, npr. zdravilišča, ki so v zapadni Evropi bolj izjema kot pravilo.

Na koncu: Kdo bo plačnik neke naložbe? Kdo bo plačnik tekoče dejavnosti? In kdo bo plačeval pričakovane zdravstvene in ekonomske koristi? Normalno je, da stroka govori o pričakovanih zdravstvenih koristih. Normalno za Zavod za zdravstveno zavarovanje in za državo pa je, da upošteva tudi pričakovane ekonomske koristi.

Teško je pretehtati, komu dati prednost. To je etično in socialno vprašanje, ki se ga v Sloveniji še nismo lotili. Včasih sicer poskušamo zniževati število bolniških postelj na neko evropsko raven, a še vedno imamo enako število postelj, bolnišnično oskrbnih dni in zdravnikov, kot jih ima Evropa na 1.000 prebivalcev. Imamo pa trikrat manj denarja. Zavod za zdravstveno zavarovanje in vi se boste morali soočiti z vprašanji etike in denarja. Ko postavljajo diagnozo, zdravniki reagirajo racionalno. Če se omeni denar, zdravniki reagirajo emo-

cionalno, češ, to naj država zagotovi. Zavod se odziva obratno: če se omeni bolezen, reagira emocionalno, če se omeni denar, reagira racionalno.

Mislím, da se bomo morali srečati nekje na sredini poti. Partnerji smo trije, dejavniki so znani. Zelo neumno si je z zdravniškega stališča zatiskati oči pred diagnozo. Zelo neumno si je tudi z ekonomskega stališča zatiskati oči pred diagnozo. Nujno je, da se srečamo, in mislim, da nam bo to uspelo, kljub temu, da smo na nasprotnih dveh bregovih, za katera mislimo, da sta različna.

Lindtner: Ta prozaični realizem je krasen uvod v vprašanje, ki se ga pa vendar moramo lotiti: detekcija raka dojk in skringing raka dojk - DA ali NE. Obstajajo tri okoliščine, ki nujno opravičujejo skringing raka dojk, poudarjam iskanje te bolezni med zdravimi ženskami. Prva okoliščina je dovolj velika incidenca bolezni v določeni populaciji. Druga so kulturne razmere v določenem okolju, kjer so ljudje dovolj poučeni, da je ta bolezen huda, in iščejo v organiziranih akcijah poroštvo za svojo varnost. Zmeraj radi pozabimo: četudi marsičesa ne uspemo preprečiti, lahko take akcije dajejo občutek varnosti. In tretja, zadnja okoliščina: ekonomske razmere, ki nam jih je kruto predstavil spoštovani kolega Fakin.

Je rak dojk bolezen, ki je v tej deželi dovolj pogosta, da jo ima smisel iskati? Lahko smo bolj natančni: v kateri starosti? Ali si lahko privoščimo skringing v skupini žensk, ki ustrezajo po starosti in še po kakšnem rizičnem faktorju, se pravi takih, pri katerih obstaja velika verjetnost, da bodo zbolele za rakom dojke? Sprašujem torej, kako definirati to skupino, v katero ima smisel »investirati«. Tu naj bi začeli razpravo. Vse detekcijske akcije postavljajo starostno mejo 40, 50 pa do 70 let. Je to tisto obdobje, v katero spadajo ženske, ki bi jih radi zajeli v skringing?

Prof. dr. Vera Pompe: Bolezen postane pogostejša po 45. letu starosti. O dilemi med izborom v starosti 45 - 50 let smo nekaj že slišali. V slovenskem prostoru je najbrž treba dati poudarek tistim področjem, ki so bolj obremenjena. Predvsem pa se moramo nekaj naučiti iz naše pilotske študije, ki teče od leta 1989 naprej in ki kaže, da morda vendarle ni vse tako lepo, kot smo pričakovali. V zborniku sta predvsem mene presenetili dve dejstvi: V Ljubljani, ki je najbolj obremenjena, do 34% žensk sploh še ni slišalo za samopregledovanje dojk in pregledanost žensk z mamografijo je v Ljubljani izjemno majhna (13-16%), v primerjavi z Novo Gorico in Mariborom, kjer je 30%. Najbrž so vsi odgovori v pravilni organizaciji. V smernicah dr. Žakljeve in dr. Fakina so v bistvu že nakazani.

Lindtner: Vztrajal bom. Določen del sveta se je odločil tako ali drugače. Mi imamo svoje podatke in si moramo sami definirati ciljno populacijo. Vabim gospoda prim. dr. Usa, da pove, katero starostno obdobje je zanimivo, in kaj misli o detekciji z mamografijo.

Prim.dr. Jurij Us: Od 45. do 65. leta. Mamografija ja ali ne, klinična detekcija ja ali ne? Odgovor je v svetu poznan. Ni detekcije brez klinike in brez mamografije. Na 1. onkološkem vikendu smo imeli tudi doktrinarne probleme mamografije. Odtlej se je nekaj spremenilo. Po mojih podatkih imamo danes v Sloveniji

dobre aparate v Onkološkem inštitutu, na Jesenicah, v Postojni, v Celju, v Mariboru in na Ptuju. Zastareli mamografi so v Kopru, Velenju in Slovenj Gradcu. V Celju je nov, sodoben aparat. Danes slabega aparata ne morete kupiti. Vsaj prvemu kriteriju je zadoščeno. Drugega in tretjega kriterija ne moremo zagotavljati, ker mamografskih tehnikov nimamo. Predlog, ki smo ga napisali Gorišek, Jerinčič in jaz, je organizacija podiplomskega študija za tehnike. Še nekaj bi rad povedal: v Sloveniji imamo (to so podatki iz zadnjega poročila Registra raka) v starosti od 45 - 65 let 183.000 žensk; če upoštevamo podatke, napisane v skriningu, moramo obdelati okrog 107.000 žensk. Prepričan sem, da je kakih 20.000 žensk že opravilo mamografijo. Še danes zagovarjam: Samopregled je metoda in prav je, da jo izvajamo. Če drugega ne, je to vzgoja, higiena ženske. Vendar če mi pravimo »iščite si raka na dojki«, mi povejte, kolegice, katera si išče raka na dojki! Ženska pozna svoje dojke najbolje in bo zato prva ugotovila, da se je v dojki nekaj spremenilo. Sama naj išče spremembo in naj jo gre doktorju pokazat. Torej, kot prvo velja: ženska od 20.-34. leta naj se sama pregleda. To je tisto prvo sito, s katerim bomo vse odvečno odvrgli. Drugo: Pri ženskah po 35. letu opravimo kliničen pregled. Rizične skupine so problem zase. Prvo, osnovno mamografijo naj bi ženska opravila med 40. in 50. letom. Po 50. letu pa naj bo mamografija le občasna. Vprašanje pa je, ali bo to enkrat letno ali enkrat na tri leta. Tisti, ki poznate Wolfovo klasifikacijo, veste, da je neumnost slikati vsako leto dojke, ki jih je sama maščoba.

Lindtner: Pustimo ob strani pregledovanje in vzgojo »mladoletnic« do 40. leta; detekcija je zanimiva za starejše državljanke. Bomo lahko določili spodnjo in zgornjo mejo teh starejših državljanek? Ali pa bomo privzeli norme bogatega sveta? Ne pozabite, da prihaja največ podatkov iz bogatih dežel, iz revnih manj. Na koncu bomo morali še ugotoviti, ali smo revni ali bogati. Najprej pa moramo vedeti: Specifična incidenca zraste, kot vem, na 130 kmalu po 40. letu.

Mramor: Navodilo projekta Cindi: kliničen pregled, mamografija na eno do tri leta v starosti od 50 -69 let. Kanada: kliničen pregled dojk enkrat letno po 40. letu starosti. Mamografija vsako leto ali na dve leti po 50. letu starosti. Tu je dokaj konkreten odgovor.

Lindtner: Sprejmemo ta odgovor?

Dr. Vanja Jelinčič: Ali velja to za skrining ali za normalno preventivno dejavnost v ambulantni za dojke? To me zanima. Ločiti moramo dve stvari. Eno je skrining, ki je organiziran in so žene vabljene, drugo pa je dejavnost, ki jo določeni centri v Sloveniji že opravljajo. Ne vem, če lahko rečemo ženski, ki želi, da jo pregledamo pri 40. letu starosti zaradi družinske obremenitve ali česa drugega: »Gospa, počakajte, da boste stari 50 let, potem pa pridite!«.

Lindtner: Mislim, da je vsem jasno, da govorimo o zdravih ženskah, ne o tistih, ki prihajajo v ambulanto.

Primc Žakelj: Pomembno je, da damo zdravniku, ki se vsak dan srečuje z bolnicami, objektivna navodila, kako postopati z ženskami, ki same želijo pregled.

Gre pa za drugo stvar, za organizirani skrining, ki zajame ženske, ki jih mi sami vabimo, tako kot povsod po svetu. Tudi mi bomo morali tu imeti ekonomski račun, v kateri starosti si pač lahko privoščimo skrining. Priporočila po svetu so različna, ta različnost pa je rezultat tehtanja znanstvenih dokazov, etike, ekonomike, politike. Kaj nam kažejo epidemiološke raziskave glede nevarnosti dejavnikov in katere ženske so ogrožene? Zanimivo je, da so tudi tu nevarnostni dejavniki povezani s starostjo. V večini raziskav ugotavljajo, da ženske, ki zbolijo pred 40. ali 45. letom, v anamnezi nimajo nobenega od znanih nevarnostnih dejavnikov, razen morda tega, da je njihova mati ali sestra zbolela za rakom na dojki, ravno tako zelo mlada. Pred 45. letom je tudi težko iskati ogrožene skupine, ker pred tem letom ti dejavniki ne vplivajo na zbolevanje za rakom dojk. To se kaže tudi v epidemioloških raziskavah, ki smo jih v Sloveniji že nekaj naredili. Po 45. letu pa so bolj ogrožene tiste ženske, za katere vemo, da so dobile menstruacijo pred 11. letom, da so rodile po 30. letu, ali pa da niso nikoli rodile. Ocenjujejo, da tudi po 45. letu zbolijo 3/4 žensk brez kakršnegakoli nevarnostnega dejavnika. Po 50. letu starost povečuje nevarnost, da bo ženska zbolela. Amerika poudarja: Ženska pred 50. letom naj sama odloči, ali želi opraviti mamografijo ali ne, zato jo tudi obveščajo o vseh prednostih in nevarnostih, ki jih ta poseg prinaša. Ženskam je treba pojasniti, da pred 45. letom verjetno ne bodo zbolele, četudi so ogrožene zaradi katerega od nevarnostnih dejavnikov. Po 45. letu pa že lahko iščemo ženske, pri katerih obstaja možnost nevarnostnih dejavnikov in jih morda prej napotimo (poleg kliničnega pregleda) na mamografijo. Zanimivo je tudi to, da Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da tudi kakovost kliničnih pregledov prispeva k zmanjšanju umrljivosti. Res pa poudarjajo kakovost.

Jančar: Vemo, da je zgodnja detekcija raka dojke zelo vezana na mamografijo. Vemo pa tudi, da je mamografija uspešna šele po 45. letu, ker so prej dojke nepregledne. Upoštevati moramo torej tudi to.

Lindtner: Do zdravih žensk, kar zadeva rak dojk, prihajamo na dva načina. Prvi je obveščanje in senzibiliziranje bolnic, ki pridejo k zdravniku zaradi takih in drugačnih vzrokov; svetujemo jim, da bi bilo pametno opraviti še to in to preiskavo. To je znani pasivni način. Pri drugem, aktivnem načinu rečemo: Ženske v tej in tej starosti bomo poklicali na pregled z vso ustrežno motivacijo. Moram povedati, da v Sloveniji že imamo nekaj izkušenj s tem. Opravili smo pilotno študijo. Gospod kolega Jelinčič, boste vi kaj povedali o tem?

Jelinčič: Podal bom samo pregled dela, ki je bilo opravljeno v pilotni študiji v centru v Novi Gorici od 1. januarja 1989 dalje, in sicer za prvo, drugo in deloma tretje presejanje, ki je šele na začetku. Dokončni so samo rezultati prvega in drugega presejanja. V Novi Gorici je bilo pregledanih 2.764 žensk, v Tolminu 1.006, skupaj 3.070. Skupna odzivnost je bila v prvem presejanju 77%, v drugem presejanju je bila odzivnost žensk nekoliko manjša v Tolminu, nekoliko večja v Gorici. Stanje je bilo obratno kot pri prvem presejanju. Zakaj? Prvo presejanje je bilo dobro pripravljeno, ženske so bile klicane trikrat. Tekle so tudi razne propagandne akcije, ki so animirale to populacijo. V drugem presejanju smo opravili samo dva klica, interval pa se je zaradi raznih težav podaljšal z 18 me-

secev na skoraj štiri leta. Delo ni bilo več redno, bistveno slabša je bila tudi motivacija ciljne skupine. Tretje presejanje smo začeli pred kratkim in je do sedaj opravljenega približno 35-40 % dela. Do zdaj je bil samo en klic; v prvem presejanju smo klicali ženske trikrat, v drugem dvakrat ali samo enkrat, od tod taka razlika v odzivnosti. V prvem presejanju smo odkrili 14 rakov, v prvem intervalu (med prvim in drugim presejanjem) sedem. Ta številka nas zbode, saj je za prvi interval dokaj velika. Dogovorili smo se, da bo prvi interval traja 18 mesecev, vendar pa se je podaljšal na 4 leta. Zato verjetno tudi teh sedem rakov ni realno število, ampak bi vsaj polovica padla v drugo presejanje. V drugem presejanju je bilo odkritih pet rakov, v drugem intervalu eden in v tretjem presejanju zopet sedem. Kontrolirali smo intervalne rake in tudi rake iz drugega in tretjega presejanja. Samo za enega lahko rečemo, da je bil že v prvem presejanju. Pri eni ženski se je pojavil rak po 13 mesecih, vsi ostali so se pojavili kasneje. V prvem presejanju je bilo šest primerov, ko tumor sploh ni bil viden, in taka sta ostala tudi dva po operaciji, prava raka in situ. Trije so bili manjši od enega cm. Večina rakov je bila torej v zelo nizkem stadiju. V drugem presejanju je bila razdelitev enakomerna. V tretjem presejanju so bili trije tumorji manjši od enega cm. V stadiju T0 in T1, N0, M0 je bilo 16 rakov, v stadiju T2, N0, M0 šest rakov. Prognoza je dobra v 22 primerih, le v 12 primerih je slabša, ker so bili tumorji večji od 3 cm in so bile bezgavke že prizadete. Po histološkem izvidu je bilo 20 karcinomov invazivnih duktalnih, štirje kribliformni, eden komedo, pet lobularnih, trije duktalni in situ in en nevrom. Opravili smo 15 konservativnih in 19 radikalnih operacij. Poleg tega smo opravili 80 biopsij zaradi nemalignih lezij: 36 neproliferativnih displazij in 24 proliferativnih, kar pomeni dober prognostični znak. Samo v 6 primerih smo odkrili proliferativno displazijo z atipijo celic, kar naj bi veljalo za prekancerozo. Karcinomov je bilo 14. To je prikaz dela v enem od treh centrov, ki v Sloveniji opravljajo skringing.

Lindtner: Dr. Jelincič je omenil nekaj zelo pomembnih okoliščin, ki jih moramo upoštevati pri vsakemu organiziranemu skringingu. Najprej je omenil odzivnost, ki pomeni delež žensk, ki sprejmejo povabilo na pregled. Za pregled, ki ga ženska ne zahteva sama, mora biti motivirana. Tiste ženske, ki se ne pusti prepričati, ni na pregled. Detekcijske akcije so po izkušnjah iz sveta koristne, če je delež tistih, ki sprejmejo povabilo, dovolj velik. Druga zanimiva stvar, ki jo velja poudariti pri organiziranju detekcije, je število nepotrebnih biopsij. Del bolnic, pri katerih se nam zdi, da je z njimi nekaj narobe, so žrtev nepotrebne operacije z vsem tveganjem in travmami. To moramo pri vsaki detekcijski akciji vzeti v zakup. Še ena stvar, ki ni nepomembna: pomen neinvazivnih rakov, ki jih najdemo s tako forsiranim iskanjem, za katere nekateri trdijo, da se ne bi nikdar razvili v klinični rak. Se pravi, da smo odkrili hudiča brez rogov in kopit. To so pomisleki pri vsaki organizirani detekcijski akciji. Naj povzamem: Velja resno premisliti, kakšna bo oblika detekcije tega raka pri nas. Bojim se, da se bo tako širok krog strokovnjakov, ki smo tukaj, težko odločil za kaj oprijemljivega.

Doc.dr. Božidar Voljč: Pogrešam nekaj, kar je bilo sicer nakazano, pa nihče tega še ni rekel. Ko se bomo pogovarjali, koliko teh pregledov vključiti v obvezno zdravstveno varstvo, bo to zelo pomembno. Recimo, da se dogovorimo za spodnjo starost 45 let. Pa pride ženska k zdravniku in reče: » Sem trideset let

stara in skrbi me, da imam raka dojk.« Zdravnik jo pregleda, morda jo pošlje še h komu, ki je bolj izkušen, in oba ugotovita, da ji nič ni. Ženska pa bi rada na mamografijo. Zdravnik jo zavrne. »No, pri vaših letih se še ni treba bati!« Čez pet let pa ženska dobi karcinom dojke in očita zdravniku: »Če bi takrat naredili mamografijo, bi bila bolezen odkrita pravočasno, zato vas bom sedaj tožila!« Iz tega razloga je treba pri ženskah do 45. leta predvideti tudi možnost samoplačništva ali vsaj velike participacije pri plačilu stroškov. Druga stvar, ki me zanima, so lažno pozitivni testi, ki jih imata gospoda Gorišek in Jelinčič. Ko se bo namreč presojal, koliko vse skupaj stane, se utegne zgoditi, da bo lažno pozitiven test stal več, ker ga bo treba ponavljati, žensko pa miriti. Koliko lažno pozitivnih testov pride na en odkrit karcinom dojke pri takšnih skriningih?

Dr. Matjaž Kaučič: Odgovor na ministrovo vprašanje - lažno pozitivni testi. Na sestanku Evropskega združenja za histologijo, ki je bil pred dvema letoma v Parizu in kjer so razpravljali o nepotrebnih biopsijah, so sklenili, da naj bi bilo razmerje med predvidenim in dejansko diagnosticiranim karcinomom (se pravi poslavijerim sumom na karcinom in potem nistiosko potrjenim karcinomom) največ 1 : 1, ali pa celo bolj v korist karcinoma. V Ljubljani sta se pri šestih biopsijah mamografsko odkritih rakov samo dva izkazala kot rak. Daleč od evropskih zahtev! Vrnil bi se rad k vprašanju, zakaj ne presejavati žensk pred 45. letom. Pozabili smo omeniti naravo bolezn same, ki je pred 45. letom dosti bolj agresivna kot pri starejših ženskah. Vsi poskusi skrininga teh »mlajših« žensk so pokazali, da je bilo 10-letno preživetje popolnoma enako kot pri ženskah, ki so same odkrile bolezen. Tako s skriningom, s katerim pol leta ali celo leto prej odkrijemo karcinom, ženskam samo škodimo, ker jim vzamemo eno leto zadovoljnega življenja.

Lindtner: Vrtimo se še vedno okoli vprašanja skrining da, skrining ne.

Prof. dr. Marija Us-Krašovec: Skrininga ne moreš dobro organizirati, če ne upoštevaš zadnjega dejanja v tem procesu, to je diagnostika. Mamografija pokaže neko lezijo, ki je ne tipljemo, razlaga te lezije je pa lahko v različnih laboratorijih ali rentgenskih oddelkih različna. Nekje jo bodo ocenili kot sumljivo v večjem odstotku kot drugod, odvisno od tehnike mamografije in od izkušnosti. Po literaturi imate lahko tako imenovani lažno pozitiven test pri 30-70% biopsij, ki so benigne. Drug problem je, kako priti do diagnostike te mamografsko odkrite spremembe. V svetu se poslužujejo treh metod: sterotaktične s tanko iglo, sterotaktične z debelo iglo ter sterotaktične lokalizacije s kirurško biopsijo. Pri vseh treh obstaja problem »sampling error« zaradi odvzema neustreznega vzorca, vse tri imajo tudi nepravilne diagnoze. Šele zadnja, široka, kirurška biopsija pokaže pravo diagnozo. Vse tri pa imajo dodaten vpliv na dokončno preiskavo tkiva, ker delčke tumorskega tkiva prenesejo v stromo in celo v vaskularne prostore. Po tem je zelo težko ugotoviti, ali je lezija invazivni karcinom ali in situ. Prej sem slišala, da lahko odkrijemo in situ karcinom, ki se nikoli ne bo razvil v invazivni karcinom. To ni res. Proliferativna atipična duktalna hiperplazija ima do petkrat, nekateri pravijo do sedemkrat večjo možnost razvoja v invazivni karcinom, in situ karcinom pa desetkrat večjo možnost. Kako pa bomo te karcinome diagnosticirali in kje? Če gremo v skrining, moramo reči: V Sloveniji bomo imeli toliko in toliko žensk, toliko in toliko odstotkov od njih bo imelo neko

spremembo v dojki, imeli pa bomo tako in tako diagnostiko, tam in tam. To pa se moramo dogovoriti v ožjem krogu. Nimamo toliko denarja, da bi vsaka ambulanta imela sterotaktično biopsijo in še kakšno drugo napravo.

Dr. Branko Zakotnik: Izračunamo lahko, ali se nam skringing splača. Profesorica Pompe je povedala, da gredo v Sloveniji ženske v tisto starostno obdobje, ko se bo incidenca večala; številke so znane. Doktorica Žakelj je povedala o tujih izkušnjah: pri teh bolnicah lahko zmanjšamo umrljivost za 24%. Ne poznam nobene terapije, ki bi pri teh bolnicah lahko to dosegla. Dr. Fakin je omenil ameriški podatek: 9000 dolarjev, ki ga investiramo v diagnostično napravo, se splača. Tu so sposobni zdravstveni ekonomisti, ki to lahko izračunajo. Iz tega se izračuna potreba po mamografih. To je začetek organizacije programa.

Us: V zvezi z vprašanjem: tridesetletnica - mamografija ja ali ne? Doktorica Jančar je lepo povedala: pred 40. letom je škoda mamografirati, lahko pa ženska to plača. Večjo škodo naredi radiolog, ki dopusti to mamografijo.

Prof. dr. Božo Kralj: Bojim se, da bomo, kot smo danes začeli, tako tudi končali, kot vedno. Na ginekologijo sem prišel leta 1961. Takrat smo že prvič razpravljali o zgodnjem odkrivanju raka dojke. Minilo je 34 let in še vedno smo tam, kjer smo bili. Tehnične možnosti so se zboljšale, mi pa še vedno razpravljamo, kaj narediti. Danes smo povabili ministra, povabili smo politike. Njih prav nič ne zanima, ali bomo zbadali z debelo ali s tanko iglo. Njih zanima, kaj boste naredili, da boste zboljšali rezultate in koliko rabite denarja. Ugotovili smo nesporno, da cel svet ima določen skringing. Bolezen ima visoko incidenco, v povprečju verjetno 70 na 100.000. V Sloveniji je letno 700 novih primerov. To je nacionalen problem. Če pa govorimo o nacionalnem problemu, pomeni, da smo dolžni skringing opravljati. Tako pravim kot predsednik Ginekološke sekcije in predsednik razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo. Ginekologi smo imeli v zadnjem letu tri sestanke o tej isti temi. Zmeraj zvemo nekaj novih podatkov in zmeraj cepetamo na istem mestu. Zato prosim strokovnjake, da napravite tako, kot ste napravili za razširjeni strokovni kolegij za karcinom materničnega vratu. Naš vzorec imate: toliko žensk bomo zajeli, take in take ženske bomo presejali, toliko to stane, toliko ljudi rabimo. Enako moramo narediti za rak dojke, sicer se bomo le sestajali in sestajali. Določite že končno ekspertsko grupo, ki bo pripravila predloge za forume, ki nam lahko pomagajo.

Kot direktor Ginekološke klinike vprašujem, zakaj so rezultati najslabši v Ljubljani. Zakaj je tu najmanjše število pregledanih, zakaj je bolje v Mariboru, v Gorici, v Celju in na Ptuj? Karcinom dojke tretirajo ponekod kirurgi, v večini nemških dežel in v Italiji pa ginekologi. Zakaj pa v Ljubljani tega ne delajo ginekologi? Zato, ker imamo Onkološki inštitut, ki je že od prim. Žitnika naprej to delal. To delo vam je treba pustiti, ker je terapija tako heterogena. Toda v detekciji smo zaostali za drugimi. Detekcijsko mrežo pa imamo edino ginekologi in jo bomo imeli, dokler nam ne bodo razpadli dispanzerji.

Lindtner: Naša analitičarka gospa Žličar ima že pripravljene številke. 180.000 žensk je v rizični skupini. Mislim, da bo to odgovor za profesorja Kralja. Tudi

sam predlagam imenovanje ekspertne skupine - kot zaključek tega sestanka. Prosim gospo Žličar, da nam naniza nekaj števil.

Gospa Ana Žličar: Izračune imam za starostne skupine: od 45. do vključno 64. leta, od 50. do 64., od 50. do 69. in 45. do 69. leta. Izračun je tak, kot da je celotna zadeva narejena na sekundarni ravni. Stroka se lahko odloči, kaj se lahko opravi na primarni ravni, kaj na sekundarni. Torej: za prvo starostno skupino od 45. - 64. leta, v kateri je 283.053 prebivalk, bi stroški znašali 26.047.896 DEM ali 2.266.000.000 tolarjev, za drugo starostno skupino od 50. do 64. leta, ki zajame 175.452 prebivalk, bi bili stroški 19.200.000 DEM ali 1.670.000.000 tolarjev. Nadaljnji dve skupini, ki sta najboljše, od 50. - 69. leta, 229.410 prebivalk - strošek 25.102.000 DEM ali 2.200.000.000 tolarjev in pa od 45. - 69. leta, 292.000 prebivalk - strošek 31.960.000 DEM = 2.780.000.000 SIT. Vse te številke so odvisne od odločitve, kaj se lahko opravi na primarni in kaj na sekundarni ravni. Še delen odgovor gospodu ministru. Tu je bila izračunana cena na eno žensko, kjer je upoštevano, da je treba vzeti v nadaljnji diagnostični postopek v povprečju 3,5 % žensk. Upoštevani so stroški citološke preiskave ter biopsije in histologije. Vse to vpliva na dvig cene za 5%. Če drži, da je razmerje »maligni : benigni = 1:1«, lahko ocenimo z veliko verjetnostjo, da je strošek za preiskave, ki so lažno pozitivne, približno 2,5 % cene skrininga za eno žensko.

Doc.dr. Borut Štabuc: Namen skrininga je zgodnje ugotavljanje raka dojke, kajti le tako se da zmanjšati umrljivost za to boleznijo. Naši rezultati, ki so bili prikazani danes, kažejo, da je več kot 30% žensk imelo rak dojke stadija III-IV, ki je bil klinično jasno opazen. Te bolnice imajo zelo malo od skrininga. Ob takem skriningu mislim: dokler ne bomo z izobraževanjem ženske populacije povečali vedenja o raku dojke, dokler ne bomo zdravnikom splošne medicine dali v roke orodja, to je obvladanja kliničnega pregleda, tako dolgo se pri nas ne moremo iti skriningov.

Kaučič: Odgovor docentu Štabucu: Niso bili samo veliki tumorji. V Ljubljani je bilo odkritih 24 karcinomov: T0 dva, T1 šest, T2 osem; to je klinično še vedno T1. Od 24 v Ljubljani odkritih karcinomov je do zdaj umrla ena bolnica, eni gre slabo, ostale so v redu. Najdaljša opazovalna doba je 78 mesecev. Drugo: Spet se bom vrnil na sestanek Eusoma pred dvema letoma, ko je bilo sklenjeno, da bo prav združenje Eusoma, v katerem sedijo nekateri najimunitnejši strokovnjaki za dojko v Evropi, predlagalo vladam evropskih držav, da sprejmejo skrining žensk od 50.- 65. leta v svoje zdravstvene programe. Zakaj bi mi spet iskali nekaj novega!

Prof.dr. Marjan Budihna: Pred približno 20 leti je bilo v svetu tako, da je prihajalo na zdravljenje približno 70 % žensk z napredovalimi stadiji raka dojke T3 in T4 ter 30% žensk v zgodnjih stadijih. Zdaj je v svetu ravno obratno. Uspehi so povsem jasno boljši. Z aktivnim iskanjem karcinoma najdemo ženske s karcinomom v nizkem stadiju, bodisi s presejanjem, bodisi v ginekoloških ali splošnih ambulantah. To so ozdravljive bolnice. Če primerjamo stroške zdravljenja teh zgodnjih karcinomov, ko žensko ozdravimo, so ti gotovo nižji, kot tisti

v poznih stadijih, ko je potrebna vrsta drugih terapij, ki so silno drage. Iz tega bi lahko prihranili še marsikaj za boljšo diagnostiko. Tako bi imeli bolj humano medicino in bolj humano zdravljenje, ker vemo, da se da zgodnje stadije zdraviti konzervativno. V tem pa leži skrita rezerva za iskanje raka, ne samo za presejavanje, pač pa vsesplošno.

Dr.ing. Primož Cevc: Akademik Župančič je leta 1993 publiciral knjigo o varstvu pred ionizirajočim sevanjem v Sloveniji. V tej knjigi se kar na precej straneh ukvarja prav s tem vprašanjem, ki mu skušamo zdajle najti odgovor. Dovolil si bom, da bom prebral, kaj na koncu v tej svoji razpravi pove: »Iz povedanega sledi: Mamografsko presejavanje je upravičeno, ob hkratnem programu za nadzor kakovosti. Zjamčeno mora biti, da ne bomo povzročili več radiogenih rakov, kot je ob vsakokratnem razvoju stroke in tehnike neizogibno.« Prim. dr. Us je rekel, da imamo opremo še kar zadovoljivo, jaz pa nisem povsem tega mnenja. Države zahodnega sveta imajo zelo stroge normative, za izvajanje skrininga celo bistveno zahtevnejše, ki bi jim praktično nobeden od naših aparatov ne ustrejal. Če bi torej pogledali našo opremo, bi videli, da kljub vsemu še zaostajamo. Dobra oprema pa je, ne samo po mnenju Andreja O. Župančiča, ampak tudi drugih, ki v to področje posegajo, največjega pomena.

Lindtner: Zdaj smo pa tam: kvaliteta. Kvaliteta orodja in tistih, ki z njim delajo. Ne smete pozabiti, da je bila zadnjih dvajset let detekcija (klinični pregled) uradno prepuščena rokam »praktikusov« in ginekologov. Nastajale pa so posebne institucije, ki so to lahko res delale, ker sta praktikus in ginekolog, ki se s tem nista posebej ukvarjala, vedela, da je klinična preiskava dojk zanju neprijemno orodje. Rastli so torej centri za boleznij dojke. Vprašanje kakovosti tega dela pa ni bilo nikdar postavljeno. Mogoče manjka prav odgovor na to vprašanje.

Jančar: Ne morem se strinjati z dr. Cevcem, da imamo v Sloveniji tako slabe aparate. Imamo vsaj 12 dobrih aparatov, ki lahko začnejo delati takoj, ko bomo imeli za to usposobljen kader.

Kralj: Spet se zgubljam v zanimivih detajlih. Poznam zelo dober model, ki ga imajo na Nizozemskem: skrining od 45. do vključno 64. leta. Vsi ga poznate. So pa tudi drugi modeli. Izberite najboljšega, ki ga mi finančno zmoremo. Ženske do 40. leta niso kandidatke za mamografijo, to skrining do 40. leta najbolj poceni. Naučimo zdravnike tega opravila, uredimo zdravstveno vzgojo žensk, po čakalnicah obesimo plakate in bomo odkrili začetne karcinome do 40. leta. Za pravi skrining pa odberimo kritično skupino žensk med 45. in 65. letom in določimo pregled vsaj enkrat na pet let, če smo revna država.

Gorišek: Res ni pametno izmišljevati si kaj novega. Najbolje bi bilo sestaviti skupino strokovnjakov, ki se bo odločila za enega od priznanih modelov v svetu. Vprašanje pa je, kdo bo to naredil. Poleg skrininga mora nampreč funkcionirati tudi detekcijsko diagnostična dejavnost, ki tudi ni dovolj razvita. Imamo center v Mariboru, Novi Gorici in v Onkološkem inštitutu. So pa še centri, ki so le delno formirani, ne v celoti. Pa še odgovor gospodu ministru, ki je kot zdravnik vprašal,

kaj je s plačevanjem za 35 let staro žensko, ki jo je strah karcinoma. Ker to delam, bom ostal brez denarja, če se odločimo samo za skrining. Ženske morajo imeti možnost, da jih pregledamo, da jim naredimo mamografijo tudi pred 50. letom. Vse ženske imajo pravico do zgodnje diagnostike, do mamografije in aspiracijske citologije. Tu mora biti center, ki z vsem tem razpolaga in ki ima izučene strokovnjake.

Voljč: Govorim kot zdravstveni politik. Jaz sem ravno hotel zavarovati zdravstvo pred morebitnimi spodrsjlaji, saj smo videli, da se pojavljajo karcinomi dojke tudi v mlajših letih. Vi vsi veste, da se nekaj ljubljanskih odvetnikov že specializira za tožbe proti zdravstvu. Vsekakor bi bolnice utegnile terjati tudi ogromne odškodnine. Če se odločimo za skrining, pa je vendarle potrebno predvideti tudi možnosti, kako urediti stvari za tisto skupino, ki je ne bo zajel 23. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju, ko plača zavarovalnica 100% ali pa 80%. Na srečo imamo v Sloveniji tudi prostovoljno ali dodatno zavarovanje, tako da bi se lahko ženska v katerikoli starostni dobi zavarovala za majhen denar za mamografijo, če si jo želi, ali za kakršen koli drug pregled. Obvezno zdravstveno zavarovanje je vezano na cene, na prispevno stopnjo, na proračunske memorandum. Prosim s prof. Kraljem: Strokovnjaki, izračunajte! Koliko pregledov letno v Sloveniji naj bi to bilo? In cena enega pregleda? Da vidimo, ali si lahko to privoščimo. Če bomo rekli, da si ne moremo, reducirajte projekt! Dajmo v dodatno zavarovanje! Ker pa pravite, da nimamo kadra, prosim, povejte, kaj lahko s tem, kar imamo, ta hip naredimo v najbolj ogroženi skupini. Z ustrezno racionalnostjo moramo hkrati sprožiti ustrezno šolanje, to bo zdravstvena politika od vas hotela. Problem kakovosti v zdravstvu je svetovno vprašanje. V Evropi se trenutno s tem močno ukvarja profesor Rening iz Nizozemske in Svetovna zdravstvena organizacija. Slovenci smo zelo aktivno vključeni v priprave vseh meril za merjenje kakovosti v zdravstvu, prof. Šorli je nacionalni koordinator. Moram vam naprej povedati, da bo to ena največjih revolucij v zdravstvu, ki ne bo opravila samo z vrsto aktivnosti, za katere bo ugotovila, da so nepotrebne, ampak marsikje tudi kakšno institucijo, ki misli, da je najboljša, pa ni.

Lindtner: Prišli smo do spoznanja, da nam manjka ljudi, ki bi se lahko ukvarjali s to dejavnostjo, in da je potrebno šolati zdravnike in tehnike, še predno začnemo delati v širšem obsegu. Postavljam še vprašanje: Koliko se bodo z detekcijo ukvarjale javne in koliko zasebne ustanove?

Us-Krašovec: Ne moremo pustiti, da to delo ne bi bilo koordinirano in vodeno. Nekje se morajo podatki stekati za celo Slovenijo. Ne moremo pustiti, da bi bilo to prepuščeno zasebnemu zdravstvu. Nekdo lahko ekscelentno dela, ampak podatke moramo za celo Slovenijo imeti zbrane.

Gospa Nevenka Kofjač: Na oddelku za radiografijo Visoke šole za zdravstvo je program na področju mamografije omejen, ker izobražujemo slušatelje za tri področja (radiologija, nuklearna medicina in radioterapija). Potrebno je podiplomsko izobraževanje naših kadrov. Pripravljeni smo, da te stvari uredimo s skupino strokovnjakov.

Gorišek: Številni sestanki so izveneli v debati, kdo sme to delo opravljati. Nikoli pa se nismo dogovorili, kdo je dolžan to napraviti. Mislim, da je ginekološka služba najprimernejša. Zakaj sem tega mnenja? Izključujem Onkološki inštitut, ki je terciarna institucija, locirana na enem mestu v državi, ki ne more pokrivati cele države. In more torej voditi dejavnosti po vsej državi. Zakaj ne kirurgi? Kirurgi so v glavnem v operacijskih dvoranah, kot profil zdravnika pa niso najbolj idealni za preventivno dejavnost. In zakaj ravno ginekologija? Ker je ginekološka služba edina razširjena po vsej državi, imajo jo številne bolnišnice in dispanzerji in še večje število ambulant. Vseskozi je v stiku s populacijo, o kateri govorimo, zdravniki pa so naravnani tako na operativno kot na konzervativno zdravljenje in imajo izkušnje s preventivnim delom (zaradi dobrih izkušenj s karcinomom materničnega vratu). Mreža je torej že vzpostavljena. Tudi ekonomski faktor govori v prid ginekologom, ker bi lahko ginekološka mreža prevzela to nalogo z razmeroma najmanjšo dodatno investicijo. Z dodatno investicijo, nikakor pa ne brez nje!

Lindtner: Vsekakor so za detekcijo poklicani ginekologi, ker imajo v svojih ordinacijah ženski del prebivalstva, ker govorimo o raku pri ženskah. Se pa detekcije neločljivo drži diagnostika, te pa se neločljivo drži prvo zdravljenje, ki je pri tej bolezni najbolj pomembno.

Gorišek: Prav zaradi tega sem prepričan, da je ginekologija tista, ki je primerena. Ginekologi znamo operirati in problem raka dojke ni problem operativne tehnike. V tem se verjetno strinjava. Je pa rak dojke velik onkološki problem.

Lindtner: Z onkologijo se lahko ukvarja vsakdo, ki to dela dovolj časa in dovolj poglobljeno. Pri pametni organizaciji ne vidim nobenih ovir.

Gorišek: V Mariboru je na ginekološkem oddelku center za diagnostiko in detekcijo raka dojke. V njem dela pet zdravnikov. Ti zdravniki so na ginekološkem oddelku, delajo biopsije sumljivih ali pozitivnih izvidov in operativno zdravijo karcinom dojke. Onkološki konzilij enkrat tedensko določa dodatno zdravljenje, na obsevanje grede pacientke v Onkološki inštitut. S kemoterapijo nadaljujemo na ginekološkem oddelku. Imamo posebno ambulanto za follow-up teh pacientk. Delamo po enaki shemi kot Onkološki inštitut.

Us-Krašovec: Vprašanje je zamejitev bolezni! Ali bomo sedaj v vsako bolnico dali aparature in uvedli vse tiste preiskovalne metode, ki jih rabimo? Kako bomo določali estrogenske receptorje? Brez njih danes ne gre. To vse je treba upoštevati, preden se odločimo za predlog docenta Goriška. Vendar danes govorimo o detekciji.

Prof. dr. Franc Lukič: Kot je rekel profesor Kralj: Skrining je naloga, ki jo je treba opraviti. Zelo me je zbudlo dejstvo, da je slovenska ženska populacija tako slabo poučena o mamografijah in samopregledovanju dojčk. Tukaj so zbrani 3% slovenskih zdravnikov. Na nas je, da prosvetimo slovenske ženske. Kakšni so kriteriji Svetovne zdravstvene organizacije za nerazvite dežele: amputacije nog pri sladkorni bolezni, karies in, mislim, da spadajo mednje tudi tile naši podatki o mamografiji in samopregledovanju dojčk.

Gospod Otmar Bergant, Zveza društev za boj proti raku: Društva za boj proti raku delujejo tako, kot sta omenila prof. dr. Lukič in doc.dr. Štabuc: osveščanje žena za samopregledovanje dojk. Največ začetnih boleznih najdejo žene same s samopregledovanjem. Na področju osveščanja dela devet naših regijskih društev, imamo izdelane programe, imamo dovolj strokovnih kadrov, vendar niso vsi vključeni v to naše delo. Zato je prav poziv prof. dr. Lukiča dobrodošel, da vključimo tudi vas, ki ste danes tukaj zbrani, v naše delo. Ko bomo o vsem dovolj dobro poučili naše žene, se bo tudi detekcija izboljšala in se bo skrajšal čas, ki je potreben za zgodnje odkrivanje in uspešno zdravljenje.

Mramor: Stvar se ne bo premaknila tako dolgo, dokler ne bomo imeli državnega projekta zgodnjega odkrivanja raka dojk na Slovenskem. V tem projektu, ki bi imel vzor tudi v CINDI, bi bilo prostora za vse. Nam je tuje razmišljanje, kaj naj bi kdo počel. Načelno lahko odkriva raka dojke vsak, ki to zna. Dalje: Zame ni problematična ženska, ki išče možnost, kako bi si odkrivala rak dojk, pa ni vključena v program, in jo zato pošiljamo v samoplačniško oskrbo. Zame je problematična ženska, ki ne bo prišla. Vprašam vas, če veste, koliko je v Sloveniji žensk, ki nimajo izbranega ginekologa. Tu je problem raka dojke, ne pri tistih, ki imajo možnost samoplačništva in dovolj denarja za dodatno zavarovanje. Premalo se usmerjamo k revnim, nepriviligiranim slojem žensk. V tem smislu razmišljajmo o državnem projektu za odkrivanje raka dojk v Sloveniji.

Lindtner: Zelo trezen predlog! To bo gotovo eden od zaključkov, s katerim se bomo danes razšli.

Mramor: Slovenija potrebuje nacionalni projekt zgodnjega odkrivanja raka dojk pri ženskah. Skrining je ena od metod. Prva metoda je promocija zdravja, druga preprečevanje dejavnikov tveganja, tretja je skrininganje ali zgodnje odkrivanje novih primerov, četrta je zdravljenje, spremljanje bolnice in rehabilitacija.

Gospa Vika Potočnik - poslanka: Dovolite mi besedo ob pobudi za nacionalni program preprečevanja in zgodnejšega odkrivanja raka dojk in materničnega vratu. To pobudo je dala komisija za žensko politiko pred približno letom in pol. Trikrat, štirikrat smo se celo srečali s priznanimi strokovnjakinjami in strokovnjaki, kako bi te stvari uredili. Moram vam povedati, da sem v tem letu in pol že slišala vse, o čemer danes tukaj govorite, in da vem za probleme. Nacionalni program bomo lahko naredili, ampak odgovore na prav ta vprašanja, katerim se danes bolj ali manj izmikate, boste morali dati strokovnjaki. Dr. Kralj jih je zelo enostavno postavil. Ne pričakujem, da bomo danes dobili odgovore na vsa vprašanja, ki ste si jih zastavili. Imenujmo pa ekipo, ki bo nastopala v imenu stroke. Dokler sem še poslanka, bom priganjala ministrstvo in zavarovalnico, da bodo z vami sodelovali, kajti naš cilj mora biti: čim bolj zgodaj odkriti bolezen, ohraniti žensko čim bolj vitalno in čim dlje v produkciji. Ne vidim veliko problemov. Imamo izkušnje z Mariborom, Novo Gorico, imamo znanje, imamo strokovnjake, imamo aparature. Če smo sposobni za višjo stopnjo dialoga, razumevanja, komuniciranja, bo Slovenija dobila dober program.

Lindtner: Predlog se mi zdi zelo sprejemljiv. Tudi moj bi bil tak.

Kaučič: Tudi doc. Gorišek se strinja z mano, da pregledovanje dojke ni enostavna stvar. Da pa se tega naučiti, prav tako kot kirurgije. Razpredimo centre za odkrivanje, za zgodnjo diagnostiko po vsej Sloveniji. Koncentrirajmo zdravljenje v nekaj centrih, v katere se bodo zatekale bolnice. V Sloveniji zboli vsako leto okrog 1.000 žensk, kar pa vseeno ni toliko, da bi jih morali zdraviti povsod po Sloveniji. Velika razlika je med delom kirurga, ki operira 10 dojk na leto, in onim, ki jih operira 100; vseeno pa je, ali je to ginekolog ali kirurg.

Gorišek: Hotel sem le povedati, da v preteklosti nismo nikoli določili, kdo je dolžan kaj storiti. Zato smo se vselej razšli, ne da bi kaj storili.

Dr. Tanja Čufer: Vsi se strinjamo, da moramo imeti nacionalni program in se dogovoriti, pri katerih ženskah bomo to delali, tudi denar se bo verjetno našel. Slišali smo, da se z zgodnjo detekcijo izboljša preživetje žensk za 24%. Odstotek ozdravitev je odvisen tudi od kraja, kjer se bolnice zdravijo zaradi zgodaj odkritega raka dojke. Zlasti velja to za bolnice z zgodnjimi stadiji. Pri bolnicah z zgodnjimi stadiji je preživetje boljše, če se zdravijo v onkoloških centrih. Taki so podatki za Evropo. Nočem reči, da je Onkološki inštitut najboljši, kakovost bodo presojali drugi. Želimo pa, da to nekdo začne presojati. Preživetje se izboljša s pravnim zdravljenjem. Tudi pri detekciji pravim, da ni pomembno, kdo to dela, ampak kakšno znanje mora imeti za ta posel. To velja za detekcijo, za diagnostiko in za terapijo. Tako bomo našim ženskam največ koristili, pa tudi stroški bodo manjši.

Us: V Nemčiji podeljuje licenco za mamografiranje zavarovalnica na podlagi opravljenega izobraževalnega programa, ki ga mora kandidat preverjeno obvladati.

Dr. Ana Fajmut: Sem iz splošne prakse. Poslušam in se spominjam svojih bolnic, ki so se slučajno k meni zatele. Mislim, da rabimo tako skringing za odkrivanje zgodnjih lezij kot poduk žensk o samopregledovanju. Ženske je treba temeljito učiti tudi med intervali skringingov, posebej tiste od 45. pa do 70. leta. Če ženske same ne bodo nič naredile zase, ne bo nič. Če si ginekolog ali splošni zdravnik, moraš znati dojko pogledati po vseh znanih principih. Rabimo torej skringing, mamografijo in dobro diagnostiko. Potrebno je samopregledovanje dojke. Potrebna je terapija. Pred leti sem si zadala nalogo, da bom ženskam pregledovala dojke. Minili sta dve leti, ko sem se spomnila, da neki ženski nisem pretipala dojke. Nič kolikokrat žensko pregleduješ, ker ima visok pritisk, pljučnico, bolno srce, vse mogoče. Poslušaj jo, jo pregleduješ, dvigneš dojko, ko poslušaj pljuča. Čez pol leta pa pride s takim karcinomom, da se vprašaš, kaj sem pa takrat gledal, potipal, kako sem to lahko zgrešil.

Lindtner: Res gre pri dojki za posebno dejavnost. Zaradi tega ne pride v poštev parola, da naj se vsak zdravnik splošne prakse s tem ukvarja. Saj se ne more!

Fakin: Na hitro sem izračunal: 100.000.000 DEM samo za skringing se mi zdi veliko. Če izhajamo iz 100.000 skringingov letno in 100.000 kandidatk za skringing, potem se kakšno ničlo lahko prečrta. Imamo 12 aparatov v Sloveniji, šest

takih, ki bi bili za silo. Deset jih rabimo pri 30 mamografijah na dan. Kaj plačujemo pri teh mamografijah? Če jih že imamo, kaj potem delamo z njimi? Kar pa zadeva vprašanje, kdo bo delal mamografije: koncesije podeljuje država, mnenje daje zdravniška zbornica. Na strokovnost dela nimamo nobenega vpliva. Država je prva zainteresirana za preventivo in bo vedno bdela nad tem, zato bo ustanovila javni zavod, ki ga bo imela pod kontrolo. Preventiva je tudi v zapadnih državah hud problem. Nihče je noče delati, ker se ne spleča. Še eno: gospod Mramor je govoril o interesih zasebnega in javnega zdravstva, češ, zasebno ima drugačne interese kot javno. Interese imamo enake. Pacientke preprosto ne moremo prisiliti, da pride na pregled, treba jo je prepričati o potrebnosti pregleda.

Mramor: Izrecno sem navedel, da je pri tej aktivnosti popolnoma vseeno, ali gre za zdravnika v javnem sektorju ali za zasebnika, za zdravnika s črno prakso ali za samoplačniško ordinacijo. Važno je samo, da zna delati in da mu to omogočimo. Sem samo za kvalitetno zdravstveno varstvo. Vendarle bi opozoril, da je sistem plačevanja teh storitev pereč. Praksa kaže, da res ni težko stvari spraviti v dokumente zavarovalnice, problem pa je, da to pomeni širitev programa, na kar pa zavarovalnica ne pristane. Vzemimo čl. 27: Vsi ljudje v Sloveniji imajo zdaj možnost, da gredo vsakih pet let na preventivnen pregled. Zavarovalnica tega ne plačuje posebej, ampak to jemlje iz sredstev, ki so že na voljo.

Lindtner: Gospa Žličar, boste oporekali številkam dr. Fakina?

Žličar: Da bom bolj razumljiva: omejimo se lahko na starostno skupino od 45. - 64. leta. Ta je danes največkrat omenjana kot najprimernejša za skringing. Strošek za to starostno skupino, ki šteje 238.000 prebivalk, bi znašal 26.000.000 DEM. Koliko pregledov in na katerih mamografijah pa zavarovalnica plačuje, je ta trenutek zelo težko reči.

Iz dvorane: Kolega Fakin je rekel, da se preventiva ne spleča. Mislim, da je to narobe: preventiva se zelo spleča, vendar le dolgoročno.

Fakin: To je iztrgano iz konteksta. Preventiva se spleča in je v interesu države. Govoril sem o zapadnoevropskih državah in o Ameriki. Tam ni nikakršne preventive.

Prof. dr. Zvonimir Rudolf: Nastopam v dveh vlogah, kot direktor Onkološkega inštituta in kot predsednik še neverificiranega republiškega strokovnega kolegija za onkologijo. Ponovimo, kaj si pravzaprav želimo, če se bomo odločili za ekspertno grupo. Ne moremo mešati programa skringinga s tem, da ugotavljamo, da nimamo organizirane mreže. To sta dve stvari. Za skringing vemo približno, koliko stane. Če bo možno, ga bo država financirala, ali pa vsaj zmanjšani program. Ugotovili smo, da nimamo mreže, na katero bi skringing naslonili. Trenutno imamo tri centre, ki imajo potrebno infrastrukturo, in to v Onkološkem inštitutu v Ljubljani (žal - bom povedal, zakaj), v Mariboru in Novi Gorici. Na srečo delamo skupaj vsaj v pilotni študiji. Problem je seveda v Ljubljani, ker

take stvari ne morejo bremeniti le Onkološkega inštituta. Naloga inštituta kot »comprehensive cancer centra« je nadzorovati, spodbujati akcije in jih voditi. Ne morete torej naložiti Onkološkemu inštitutu skringing za vso ljubljansko regijo. Nujen bo jasen dogovor o tem, kdo bo to delal v Ljubljani. Če namreč razčistimo, na katero organizacijo bomo to naslonili, potem je skringing zelo preprosta zadeva: imamo usposobljene ljudi v centrih, znanje, kadre, postavljene standarde, vemo, kako bomo delali. Vemo tudi, kakšni bodo kazalci uspešnosti. Na to posebej opozarjam, ker bo čez pet let država vprašala, kaj je bilo narejenega. Pri pilotski študiji zdaj še lahko rečemo, da bomo videli, kaj bo. Tam bo pa drugače. Če bi gospa Vika Potočnik rekla v parlamentu, da za to rabimo 26 ali 30 milijonov DEM, se zna zgoditi, da bo parlament to odobril. Kaj bomo s tem naredili? Nič. Zato, ker se še nismo zmenili. Predlagam, da določena skupina to izpelje v določenem roku. Treba je postaviti tudi rok, da se bomo sestali spet ob letu, da povemo, kako uspešni smo bili.

Lindtner: Kdo bo imenoval ekspertno skupino?

Mramor: Če se lotimo projekta, je treba vprašati, kdo je zainteresiran. Pri projektu se namreč slabo izkažejo neke inštitucije, ki so že stabilne na tem področju. Po izkušnjah je institucija boljša kot pritegnjen partner. Začetniki so navadno zelo zainteresirani.

Kralj: Eksperti sedite tukaj. Kdo bo imenoval to ekspertno grupo? Imamo dva razširjena republiška strokovna kolegija za onkologijo in ginekologijo. Naj se zmenita, imenovanje ekspertov ne sme biti problem. Vprašanje pa je, ali bodo ljudje delali zastonj ali bodo honorirani, in kdo bo to plačal. Še enkrat: eksperti sedite tukaj. Morali boste vgrizniti v to kislno jabolko in povedati, kaj predlagate in koliko to stane. Veste pa tudi, da so republiški strokovni kolegiji financirani takole: za vso dejavnost brutto 130.000 za ginekologijo (za potne stroške, honorarje, sejnine). Če hočemo imeti ekspertno grupo, ki bo kaj naredila, bo to tudi nekaj stalo. Ne iščimo ekspertne grupe, iščimo samo plačnika!

Rudolf: Problem ni v plačnikih. Problem je seveda v tem, da se mora štiri ali pet ljudi vsesti in to, kar smo se danes pogovarjali, napisati. Konkretni predlogi: doc. Lindtner, doc. Gorišek, dr. Jelinčič, dr. Jančar in prof. Kralj (če je pripravljen sodelovati), ker bo treba urediti problem za Ljubljano. Priporočil bi še gospo Žličar kot analitičarko, ker bo lahko pomagala. Seveda nisem pozabil na prim. Usa. Stvar je zaključena. Ti naj se sestanejo, napišejo kar se bodo zmenili, mi bomo to verificirali in je gotovo. Rok je recimo en mesec.

Lindtner: To velja sprejeti z zadržkom. Imenovanje mora biti uradno, ne prijateljski dogovor. Seveda z vsemi tistimi »reperkusijami«, ki jih je prof. Kralj omenjal, da se ne bo postavljalo vprašanje, kako naj nekdo pride v Ljubljano ali drugi v Maribor. Take malenkosti lahko pristudijo delo do te mere, da se mu odpoveš. Če torej sklenemo, da naj neka skupina pripravi in zapiše ta mnenja ter pripravi načrt, kaj bi se dalo narediti z obstoječimi kadri, torej nacionalni program, ki ga bo nekdo tudi financiral, se naša okrogla miza o detekciji raka dojk lahko konča.

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 pada, 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: Zapomnili 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 epitelijskega tkiva. 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 stoddostno 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. Virusi 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 ovariij, mama - ovariij. 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 ovariija. Dokazano je, da pri ženskah, ki niso rodile, zaradi stalne ovarijske disfunkcije obstaja riziko za razvoj karcinoma ovariija. Kaj pa preprečevanje ovariij-

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 histerektoimiranih 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 hidrosu 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 koordinatorica za onkologijo v slovenskem merilu, za odgovor, kaj misli o programih in finančah.

Primc-Žakelj: Samo z uspešno preventivo lahko zmanjšamo zbolevnost. 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 rakah 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 zbolewnosti 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 preprečevanje aidsa in drugih spolno prenosnih bolezni. Žal tudi tu ne pričakujemo kakšnih velikih učinkov. Pri moških je zbolewnost 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 posebni 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.

8. ONKOLOŠKI VIKEND - Razpravi - so gmotno podpri:

BAYER PHARMA d.o.o.

KRKA p.o., Novo mesto

LEK

SANDOZ PHARMA SERVICES LTD. BASEL

SCHERING-PLOUGH / USA

VALENCIA STOMA-MEDICAL d.o.o.

ZZZS Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

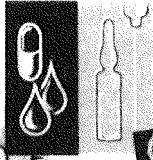
LAJŠANJE BOLEČINE

preprosto in zanesljivo

Akutna in kronična bolečina



Peroralno in parenteralno zdravljenje



Mlajši in starejši bolniki



Hospitalizirani in ambulantni bolniki



Zmerna in močna bolečina



zaupajte **Tramal -u**
tramadol HCl

Oblike: Tramal 50 : 5 ampul po 50 mg tramadol HCl/ml
Tramal 100 : 5 ampul po 100 mg tramadol HCl/2 ml
Tramal kapljice: 10 ml raztopine (100 mg tramadol HCl/ml)
Tramal kapsule: 20 kapsul po 50 mg tramadol HCl
Tramal svečke: 5 svečk po 100 mg tramadol HCl

Izdeluje: Bayer Pharma d.o.o., Ljubljana
po licenci Grünenthal GmbH



Utrdimo obale življenja

najbolj preizkušen med
bisfosfonati

zavira izgubo kostne mase

zmanjšuje hiperkalcemijo

lajša bolečino bolnikom
s kostnimi metastazami



Zaviralec resorpcije kosti
Pleostat[®]
tablete *etidronat*

Indikacije in doziranje: *Pomenopavzalna, senilna in s kortikosteroidi povzročena osteoporozna.* Dnevna doza je 400 mg Pleostata. Dajemo ga 14 dni, zdravljenje ponovimo vsake tri mesece. *Papetova bolezen:* Dnevna doza je 5 do 10 mg/kg telesne mase. Dajemo ga šest mesecev. *Hiperkalcemije pri malignih obolenjih:* Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga šest mesecev. *Heterotopične osifikacije:* Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga nekaj tednov. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za bisfosfonate, osteolitične lezije dolgih kosti, huda vnetja v prebavilih, ledvična insuficienca, osteomalacija. **Oprema:** 14 tablet po 400 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

**ZDRAVLJENJE IMA TUDI SVOJE SLABOSTI,
KI JIH JE MOGOČE PREPREČITI ALI OMILITI**



ONILAT®

ondansetron

IZBOLJŠA BOLNIKOVO KAKOVOST ŽIVLJENJA

- * zelo selektiven antagonist receptorjev 5-HT₃
- * učinkovito preprečuje in zdravi slabost in bruhanje:
 - po citotoksični kemo- in radioterapiji,
 - po operaciji.

tablete 10 X 4 mg ampule 5 x 4 mg/2 ml
tablete 10 X 8 mg ampule 5 x 8 mg/4 ml

Podrobnejše navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu.





Navoban[®]

tropisetron

Visoko selektivni antiemetik

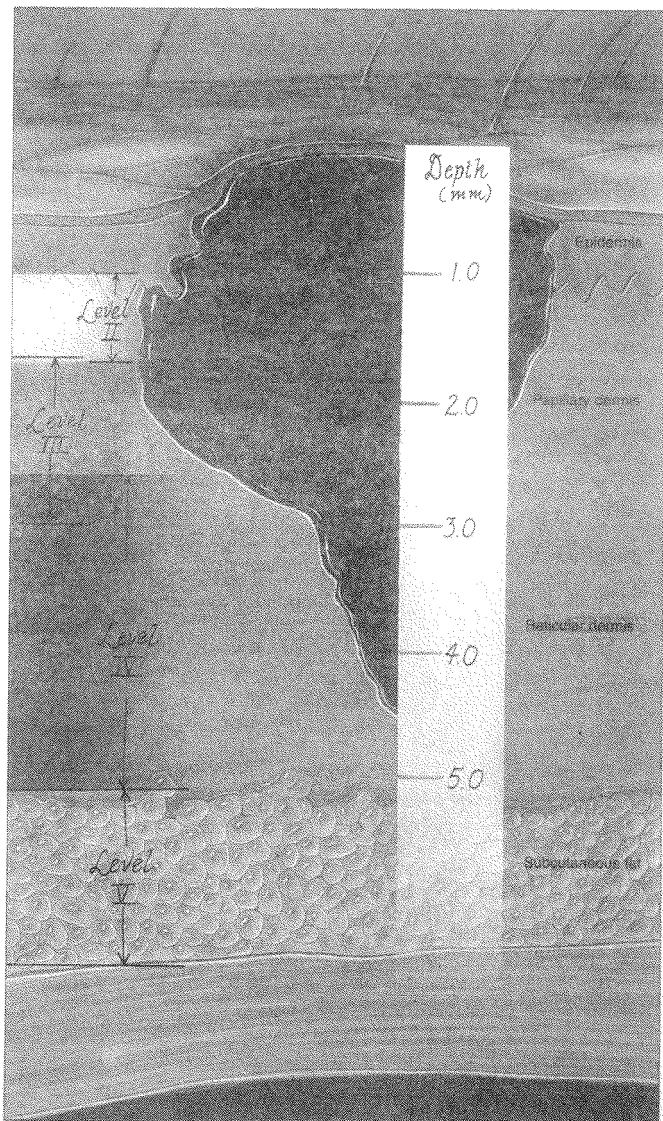
**Enostavno doziranje.
Vedno le 1-krat na dan.
Vedno 5 mg.**





SCHERING-PLOUGH
CENTRAL EAST AG

PHILIPPAI NISZTVO
V. SZILVÉNÉI
IR. KEMENYI ZS.
1385-01 BUDAPEST
Tel.: 06-81 421000, 429 597
Fax: 06-81 421 784



I N T R O N[®] | A
INTERFERON ALFA-2b, RECOMBINANT

GENTLE CARE

PR SNE P R O T E Z E



Vse informacije dobite:

Valencia Stoma-Medical d.o.o., Ljubljana
Župančičeva 10, 1000 Ljubljana

tel./fax: (061) 212-490
(061) 214-959

 **Convatec**
A Bristol-Myers Squibb Company

8. ONKOLOŠKI VIKEND

(Razpravi)

Uredniki:

J. Lindtner, M. Budihna, F. Marolt, J. Škrk, B. Štabuc, B. Zakotnik, J. Žgajnar

Izdali:

Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva in
Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Založila: KRKA

KRKA, p.o. Novo mesto

Lektorica:

Mira Šekoranja

Naklada:

400 Izvodov

Računalniški prelom:

Fotokopirnica Špela

Natisnil:

NEJC d.o.o., Ljubljana, september 1996

Cedax[®]
Ceftibuten



Cefalosporinski antibiotik
enkrat dnevno



SCHERING-PLOUGH CE AG
Predstavništvo v Sloveniji