



Komentarz do ogólnopolskiego programu profilaktyki raka szyjki macicy

Przedstawiony przez NFZ program profilaktyki raka szyjki macicy jest pierwszą od wielu lat w Polsce próbą scentralizowanego działania, mającego zmienić dramatyczną sytuację w dziedzinie zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy.

Głównym przesłaniem programu jest polepszenie jakości oceny wymazów cytologicznych przez cytotechników pod nadzorem patomorfologów. W programie nie uwzględniono roli lekarza ginekologa, któremu pozostawiono tylko zadanie pobrania wymazu cytologicznego. Przedstawione szczegółowe założenia prowadzenia programu kończą się na uzyskaniu wyniku cytologicznego. Autorzy nie precyzują, jak ma wyglądać dalszy algorytm postępowania diagnostycznego w sytuacji, gdy wynik jest nieprawidłowy. Jedynym zaleceniem jest wykonanie kolposkopii, ewentualnie pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Program nie precyzuje, kto, gdzie i na jakim sprzęcie ma wykonywać kolposkopię i pobierać wycinki.

Realizacja programu w kształcie przedstawionym przez NFZ jest wątpliwa z powodu:

1. Nieprawidłowe oszacowanie sił i środków, którymi mają być realizowane badania cytologiczne

Autorzy programu zakładają zbadanie populacji kobiet między 30. a 59. rokiem życia. Jak sami stwierdzają, jest to ok. 8 mln kobiet. Badania mają być prowadzone przez 3 lata. Każda wezwana kobieta w trakcie trzech lat powinna mieć pobrany i oceniony wymaz cytologiczny. Koordynację programu powinno prowadzić 16 ośrodków regionalnych. Docelowo w trakcie realizacji programu w Polsce powinno działać (czyli obecnie ich nie ma) 20 ośrodków/pracowni cytologicznych. Po przeliczeniu tych danych liczbowych okazuje się, że każdy ośrodek regionalny powinien zatrudniać 23 cytologów, aby móc w pełni wywiązać się ze zobowiązań (8 mln/3 lata + 2,6 mln/16 ośrodków regionalnych = 162 500/cytologa (norma 7 000 preparatów rocznie) = 23 cytologów). W przykładowym mieście wojewódzkim, jakim jest Poznań, dysponujemy dwoma ośrodkami wykonującymi badania cytologiczne na skalę masową. Tylko jeden z tych ośrodków wypełnia wymagania programu profilaktyki w kwestii sprzętu, nadzoru, liczby preparatów ocenianych rocznie. W ośrodku tym pracuje obecnie 3 cytotechników. Z dostępnych danych wynika, że podobna lub gorsza sytuacja panuje w innych ośrodkach regionalnych. Utworzenie 16 ośrodków regionalnych spełniających wymagania autorów programu jest niemożliwe w roku 2004. Program od samego początku nie będzie realizowany w planowanym zakresie. Fundusze zostaną rozdysponowane tam, gdzie sytuacja jest dobra, czyli działa duży regionalny ośrodek prowadzący diagnostykę cytologiczną i nadzór patomorfologiczny (np. PAM w Szczecinie). Tam, gdzie sytuacja jest zła, bo nie ma cytotechników, sprzętu, patomorfologów, a są natomiast wysokie współczynniki zachorowalności na raka szyjki macicy, program od samego początku nie będzie realizowany.

2. Brak motywacji do wzięcia udziału w badaniach

Autorzy projektu chętnie powołują się na kraje skandynawskie, gdzie program profilaktyki wdrożony całe dziesięciolecie temu przyniósł tak wspaniałe efekty. Powodzenie i sukces programu badań przesiewowych to masowy udział samych zainteresowanych – kobiet. Jak skłonić kobiety, żeby uczestniczyły w programie i stały się u ginekologa? W krajach skandynawskich wprowadzono szereg zachęt, a nawet przy współpracy z organizacjami prowadzącymi opiekę społeczną i pomoc socjalną uzależniano udzielanie tych świadczeń od udziału w programie profilaktyki. Pamiętajmy o czynnikach ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Najbardziej narażone są kobiety wielodzietne, o niskim statusie socjoekonomicznym, często słabo wykształcone. Aktualnie w Polsce wizyta u ginekologa świadczącego porady w zakresie umowy z NFZ jest jeszcze bezpłatna. Jeżeli przeciętna adresatka, do której skierowany jest program badań profilaktyki raka szyjki macicy nie korzysta obecnie z bezpłatnej opieki zdrowotnej, to co ma ją skłonić do pozytywnego odzewu na list z wezwaniem? Autorzy projektu nie zadbałi o motywowanie pacjentek z grupy najwyższego ryzyka do udziału w programie.

3. Brak jakiegokolwiek odniesienia do nowoczesnych metod weryfikujących nieprawidłowości w wynikach cytologicznych

We wstępie NFZ wymienia zakażenie HPV jako odgrywające główną rolę w patogenezie raka szyjki macicy. Niestety, nie znajduje to odniesienia w zakresie proponowanych badań. Cały cywilizowany świat włącza do badań profilaktycznych diagnostykę wirusologiczną. Robią to bogaci Amerykanie i kraje Unii Europejskiej. Przemawia za tym rachunek ekonomiczny oraz wartość prognostyczna diagnostyki wirusologicznej. Oznaczania DNA HPV nie wykonuje się na pierwszym etapie aktywnego skryningu. Ale jest to procedura bardzo przydatna (stawiana na równi z kolposkopią) do weryfikacji nieprawidłowych wyników cytologicznych. W większości miast, gdzie mają być zlokalizowane ośrodki regionalne prowadzące program profilaktyki raka szyjki już znajduje się sprzęt i wyszkolona kadra wykonująca badania. Dlaczego nie możemy wykorzystać tego w realizacji programu NFZ? Nie wolno zapominać, że celem programu aktywnego skryningu jest wykrycie stanów przedrakowych, a nie tylko wykonywanie masowych badań cytologicznych na dobrym poziomie jakościowym. Diagnostyka cytologiczna jest jednym z etapów tego programu, ale na niej program się nie kończy.

4. Dlaczego projekt zaczyna się i kończy tylko na poziomie diagnostyki cytologicznej?

Autorzy projektu zaznaczają w kilku miejscach, że 2 proc. rozmazów cytologicznych prezentuje nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych (str. 2.) i dalej zaznaczają, że wykrywa się ok. 1 proc. zmian przedrakowych (str. 3.). Dalej na str. 3 ob-



licząc koszty wykrycia zmiany przedrakowej i wymieniają: *zaproszenie+przesłanie+badania (...)* 30 zł, *leczenie* 200 zł i podsumowują, że *po przeliczeniu nakładów na program profilaktyki raka szyjki wykrycie i leczenie stanu przedrakowego to 3 200 zł*. Charakterystyczne jest to, że w tej i innych kalkulacjach zawartych w programie nie uwzględniono i nie wyceniono weryfikacji kolposkopowej oraz pobrania wycinków w sytuacji, gdy nabieramy podejrzenia na podstawie wyniku cytologicznego o istnieniu stanu przednowotworowego. Program NFZ jest tak skonstruowany, że wynik badania cytologicznego nabiera cech rozpoznania ostatecznego. Nic bardziej błędnego!!!! Diagnostyka cytologiczna jest tylko i wyłącznie badaniem wykrywczym. Aby skierować pacjentkę z rozpoznaniem CIN2 lub CIN3 do konizacji trzeba wykonać kolposkopię i wziąć wycinki. Trzeba wykonać badanie patomorfologiczne. Kto ma wykonywać kolposkopię? Gdzie? Na jakim sprzęcie? Wreszcie, za ile? W programie nie znalazłem konkretnego wskazania na osobę odpowiedzialną za wykonanie kolposkopii i pobranie celowanych wycinków. Autorzy programu określają wykonywanie diagnostyki cytologicznej jako procedurę wysoko specjalistyczną (str. 5.). Dezawuuują jakość sprzętu mikroskopowego produkowanego w Polskich Zakładach Optycznych (załącznik E *mikroskopy wysokiej jakości* – PZO nie spełnia tych kryteriów). Nie ma natomiast ani jednego słowa o liczbie kolposkopów w Polsce i ich jakości. Nie ma ani jednego słowa o innej wysoko specjalistycznej procedurze jaką jest, wg mnie, wykonywanie badania kolposkopowego. Niedawno na spotkaniu PTG poświęconemu profilaktyce raka szyjki w Polsce jeden z uznanych ekspertów w tej dziedzinie podsumował, że mamy w naszym kraju kilku doświadczonych kolposkopistów. Oczywiście, oponenci powiedzą, że w końcu można pobierać wycinki bez kolposkopu, ale gdzie gwarancja, że pobierze się je z właściwego miejsca i czy ktoś obliczył, o ile zwiększa się koszty diagnostyki, pobierając zamiast potrzebnego jednego cztery nie zawsze wartościowe? Kolejne pytania można mnożyć, np. kto kieruje pacjentką na leczenie? Kto ponosi odpowiedzialność za błędy wynikające z niedoskonałości strukturalnych programu?

5. Jaka jest rola lekarza ginekologa w programie profilaktyki raka szyjki macicy?

Autorzy projektu wymagają od lekarza ginekologa uczestniczącego w programie następujących umiejętności fachowych:

- założenia wziernika jednorazowego użytku,
- pobrania wymazu szczoteczką,
- przekazanie utrwalonego materiału,
- informowania pacjentki o wyniku,
- skierowania na dalsze leczenie do ośrodka specjalistycznego.

Jeszcze raz pozwolę sobie zaznaczyć, że lekarz ginekolog wg założeń programu NFZ tylko pobiera wymaz i ewentualnie kieruje na podstawie wyniku cytologicznego do leczenia. Co prawda na str. 8. w bardzo uproszczonym algorytmie postępowania znalazło się określenie kolposkopia, ale NFZ nie wyjaśnia, kto i gdzie ma tę kolposkopię wykonywać. Zarazem (str. 5.) NFZ w przyczynach utrzymania się wysokiego współczynnika umieralności na raka szyjki macicy w Polsce tłumaczy, że *jednym z powodów jest to, że ocenę mikroskopową preparatów cytologicznych wykonują ginekolożki lub inne osoby po kilkudniowych kursach*. Idąc dalej, NFZ w określaniu wymogów dla osób wykonujących skryning stwierdza: *absolwenci wydziałów lekarskich akademii medycznych nieposiadający specjalizacji z patomorfologii oraz osoby posiadające wykształcenie wyższe niemedyczne lub średnie medyczne mogą wykonywać jedynie pracę cytotechnika*. Mam wątpliwości natury formalnej i ekonomicznej. W sytuacji, gdy brakuje pracowni cytologicznych, cytotechników, patomorfologów i wyszkolonych ginekologów-cytologów, pomijanie lekarzy ginekologów-cytologów, którzy często całe swoje zawodowe życie związali z prowadzeniem diagnostyki cytologicznej jest dużym błędem. Czy stać nas na to?

6. Szkolenie

NFZ upatruje poprawę złej sytuacji epidemiologicznej raka szyjki macicy w Polsce w tworzeniu sieci nowych pracowni cytologicznych. Celem jest *przeprowadzanie badań przez wyszkolonych cytotechników i patomorfologów*. Nadzór nad *monitoringiem oraz ewaluacją programu na terenie województwa* ma sprawować zespół, którego przewodniczącym będzie patomorfolog, kierownik pracowni itd. Tenże zespół ma dbać o poszerzenie kadry o 250 cytotechników i 40 patomorfologów. NFZ obarcza ministerstwo zadaniem: *zabezpieczenia środków finansowych na szkolenie cytotechników i patomorfologów*. W całym programie nie ma ani jednego słowa o szkoleniu ginekologów czyli lekarzy, którzy, przypominam, mają się kontaktować z pacjentką, informować, pobierać wymazy itd. Nie ma też słowa o szkoleniu w zakresie kolposkopii czy diagnostyce wirusologicznej.

Reasumując

Proponuje się pośpieszne wprowadzenie programu, który jest w obecnym kształcie funkcjonowania służby zdrowia mało realny do zrealizowania. Program aktywnego skryningu profilaktyki raka szyjki macicy został sformułowany tylko do etapu diagnostyki cytologicznej. Pominięto etap weryfikacji nieprawidłowych wyników. Arbitralne złożenie decyzyjności w kierowaniu i realizowaniu programu w ręce patomorfologów, z pominięciem twórczego udziału lekarzy prowadzących badania i realizujących ten program na etapie kontaktu z pacjentem jest błędem i moim zdaniem może przesądzić o fiasku tego programu. Brak zachęty do uczestnictwa w badaniach może wpłynąć na niską frekwencję. Brak precyzyjnego określenia struktury i zadań ośrodka regionalnego uczestniczącego w programie i mającego funkcję konsultacyjną i weryfikującą wpłynie na możliwość popełniania błędów diagnostycznych. Zaprzepaszczenie szansy nadrobienia wieloletnich opóźnień w szkoleniu kolposkopistów, jak również niechęć do skorzystania z najnowszych wzorców prowadzenia profilaktyki raka szyjki macicy na świecie budzi niepokój i sprzeciw.

prezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
prof. dr hab. n. med. Marek Spaczyński

Poznań, 17 czerwca 2004 roku

