

Presejanje v času pandemije COVID-19 na primarni ravni zdravstvenega varstva

Urška Gašper Oblak

Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana

Povzetek

V pomladanskem valu epidemije bolezni COVID-19 je bilo z državno uredbo med 11. 3. 2020 in 8. 5. 2020 ustavljeno vabljenje žensk na presejalne preglede in izvajanje presejalnih pregledov v okviru državnega programa ZORA. Odloženi so bili pregledi žensk s citološkimi spremembami nizke stopnje, skladno s smernicami pa so se še naprej obravnavale ženske s predrakavimi spremembami materničnega vratu visoke stopnje in nosečnice s predrakavimi spremembami. Zaradi tega je število brisov materničnega vratu (BMV) v tem času zmanjšalo za 87,9%, presejalnih celo za 91,5%. Kljub zavzetemu delu ginekologov, ko je naslednjih mesecih število odvzetih BMV kljub še veljavnim ukrepom razkuževanja in prezračevanja presešlo triletno povprečje odvzetih BMV v tem koledarskem obdobju, je ob koncu septembra število vseh odvzetih BMV za 11,7% manjše od povprečja predhodnih treh let, presejalnih za 15,1%, kurativnih (z indikacijo »kurativa«, »kontrola« ali »drugo«) pa 2,3%.

V anketi o vplivu pandemije na presejanje v programu ZORA so ginekologi ocenili izpad presejalnih BMV v svojih ambulantah, se opredelili glede možnih rešitev za nadomestitev izpada ter ocenili sodelovanje z DP ZORA med pomladnim valom epidemije.

Ključne besede: presejanje za raka materničnega vratu, program ZORA, primarna raven zdravstvenega varstva, pandemija COVID-19

Epidemija COVID-19, prvi val

Epidemija nove bolezni COVID-19 nas je v začetku marca presenetila.

Prvič smo se srečali z novim, neznanim in močno kužnim virusom, z novo boleznijo, ki je pričela preplavljati svet, a smo imeli o njej le osnovne podatke in izkušnje iz delov sveta, kjer se je najprej pojavila.

Ob pomanjkanju zaščitne opreme, slabem poznavanju bolezni in poti prenosa ter izjemni hitrosti širjenja virusa po svetu je bila 11. 3. 2020 razglašena epidemija. Takrat še ni bilo mogoče predvideti, kako hitro in v kolikšni meri bo prizadeto delovanje zdravstvenega sistema, prav tako še ni bilo dorečeno, kako se v spremenjenih razmerah organizirati na vseh ravneh delovanja zdravstvenega sistema in družbe nasploh.

Protokoli, kako se organizirati in kakšno zaščitno opremo uporabiti v primeru epidemije, so bili marsikje napisani v času epidemije prašičje gripe, ali pa jih morda sploh ni bilo. Predvsem pa niso bili nikoli preizkušeni v resničnem življenju.

Ker zaščitnih mask, predpasnikov, plaščev, vizirjev v ambulantah primarnega nivoja praviloma ne uporabljamo, je bilo te opreme v ambulantah le za vzorec, v nekaj dneh pa so tudi dobave postale nezanesljive ali celo nemogoče. Ob tem nismo imeli zanesljivih podatkov, kolikšna je možnost okužbe pri delu v »nekužni« ambulantni ob predpisani zaščitni opremi. Potrebno se je bilo »prešteti« in ob številnih neznankah predvideti, koliko ambulant ob razpoložljivi zaščitni opremi sploh lahko deluje ter tudi, na kakšen način bi najbolje ohranili zdrave kadre, ki bi lahko zagotavljali vsaj najnujnejše storitve tudi v primeru večjega števila bolnih pacientov in zaposlenih.

RSK za ginekologijo je na svoji 2. redni seji pripravil predlog reorganizacije ginekološko porodniške službe s Sloveniji v času epidemije z uvedbo regijskih koordinatorjev, začasno ukinitvijo nenujnih storitev, zmanjšanjem števila pregledov nosečnic ter tudi ustavitve vabljenja in izvajanja preventivnih pregledov za odkrivanje predrakavih sprememb v okviru državnega programa Zora.

V vsaki regiji, z izjemo gorenjske, kjer sta se povezali

SB Jesenice in Porodnišnica Kranj, ter štajerske, kjer sta se povezala UKC Maribor in SB Ptuj, so bili v povezavi z eno od preostalih 10 porodnišnic imenovani regijski koordinatorji, ki so organizirali ali spremljali delo ambulant. RSK je svetoval zmanjšanja števila obiskov pacientk v ambulantah ter zmanjšanja števila aktivnih ambulant, umik bolj ogroženih ginekologov v administrativne ambulante ter pripravljenost mlajših ambulantnih ginekologov na morebitno pomoč v porodnišnicah.

Ginekološke ambulante po Sloveniji so bile tako v naslednjih tednih oziroma v naslednjih dveh mesecih različno organizirane. Nekatere ambulante so za različno dolga obdobja zaprli in v njih izvajali le administrativne storitve, v posameznih regijah so ginekologi primarnega nivoja sodelovali pri delu enotnih vstopnih točk na sekundarnem nivoju, drugje so ostali v svojih ambulantah ali pa so bili z dekretom delodajalca začasno umaknjeni z delovnega mesta na čakanje ter se tedensko ali na dva tedna izmenjavali pri delu v ambulanti.

V skladu z Odredbo o začasni ukrepih za obvladovanje širjenje nalezljive bolezni povzročene s Sars-Cov-2 (COVID-19) (Ur. l.RS, št. 18/2020 z dne 11. 3. 2020), Odlok o začasni ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Ur. l.RS, št. 40/2020 in 49/2020) in Dodatnimi ukrepi na področju ginekologije in porodništva na primarnem nivoju (ki so bili usklajeni med Državnim programom ZORA (DP ZORA) in RSK za ginekologijo in porodništvo) je bilo od 11. 3. 2020 spremenjeno tudi izvajanje DP ZORA:

- začasno je bilo ustavljeno vabljenje na preventivne preglede in izvajanje presejalnih pregledov
- pri spremembah nizke stopnje je bilo priporočeno, da se preglede začasno odloži in o tem vodi evidenco,
- skladno s strokovnimi smernicami so se nadaljevali diagnostika in zdravljenje predrakavih sprememb visoke stopnje, ter diagnostika sprememb pri nosečnicah,
- ambulante so bile dolžne vzpostaviti evidenco odloženih žensk, zato, da bi jih na pregled povabili kasneje

Po izboljšanju epidemiološke situacije so se z dnem 9. 5. 2020 ponovno pričele izvajati vse storitve programa ZORA, od vabljenja do presejanja, vendar ob upoštevanju omejitev, ki jih določa Odredba o začasni ukrepih na področju opravljanja zdravstvene

dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Ur. l.RS, št. 65/2020 z dne 8. 5. 2020).

8. 5. 2020 je pričel veljati tudi Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o začasni ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije COVID-19 (Ur. l. RS, št. 65/2020)

Kaj je prinesla 9-tedenska popolna ustavitev DP ZORA?

Podatki Registra ZORA kažejo, da je skupno število odvzetih BMV v času razglašene epidemije v primerjavi s povprečjem preteklih treh let padlo za 31391 oziroma 87,9 % (Tabela 1). Padec ni stoddosten zaradi kurativnih BMV, tudi zato, ker se je število odvzemov zmanjševalo postopoma in je v nekaterih ustanovah pričelo rasti že pred razglasitvijo konca epidemije (Slika 1).

Iz tabele in grafa je tudi razvidno, da so ginekologi uspeli kljub temu, da so morali opraviti tudi številne odložene kurativne preglede in vabiti ženske na preglede v času poletnih dopustov, število odvzetih BMV po ponovnem zagonu DP ZORA, tj. od 7. 5. 2020 do 30. 9. 2020 povečati za 8986 oziroma 11,4 % glede na povprečje preteklih treh let. S tem so uspeli znižati zaostanek v številu odvzetih BMV do konca septembra na 11,7 % glede na povprečje preteklih treh let.

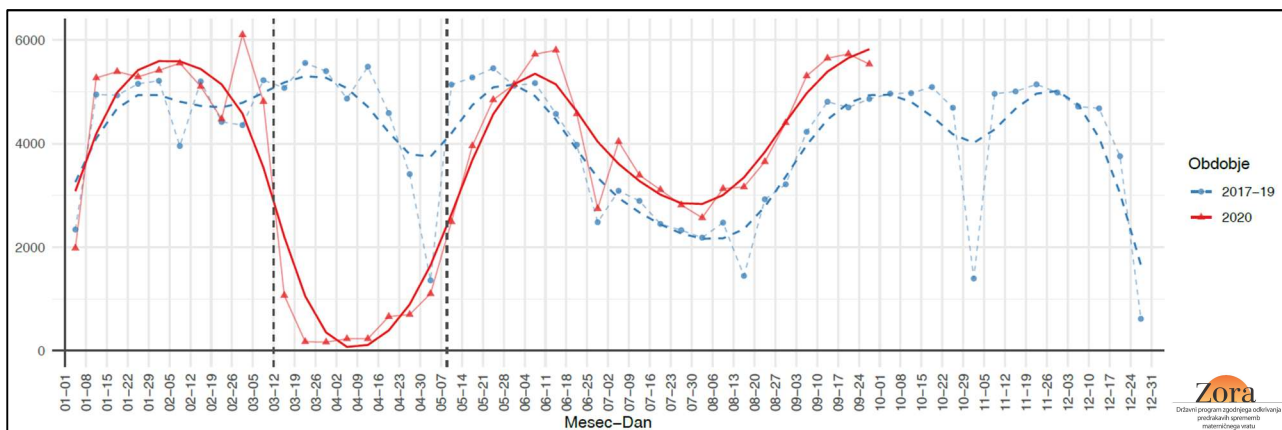
Razumljivo je, da se je število BMV z razlogom »kurativa«, »kontrola« in »drugo«, znižalo manj, za 77,4 % (Tabela 2). Ginekologi so se morali za vsako svojo pacientko odločiti, katere kontrolne preglede odložiti ter za koliko časa, in katere vendarle opraviti. Iz Slike 2 je razvidno, da se je število BMV iz te skupine pričelo večati še pred ponovno uvedbo DP ZORA, torej takoj, ko so bile vzpostavljene razmere za dovolj varno delo. Ob uradni razglasitvi konca pomladnega vala epidemije je bilo število tedensko odvzetih kurativnih BMV že praktično enako kot v običajnih letih.

Ginekologom v pomoč so s sedeža DP ZORA v maju 2020 poslali tudi sezname pacientk s patološkimi BMV, ki bi potrebovale kontrolni pregled. To je verjetno tudi pripomoglo k temu, da je bil 30. 9. 2020 zaostanek v številu BMV, odvzetih z razlogom »kurativa«, »kontrola« ali »drugo« manjši od povprečja preteklih treh let samo za 987 BMV ali 2,3 %.

Število kurativnih brisov se je bolj zmanjšalo pri pacientkah, starejših od 65 let (88,1 %), za razliko od 68,5 % pri pacientkah med 30 in 39 letom (Tabela 3, Slika 3).

Tabela 1: Primerjava števila odvzetih BMV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. Vir podatkov: register ZORA.

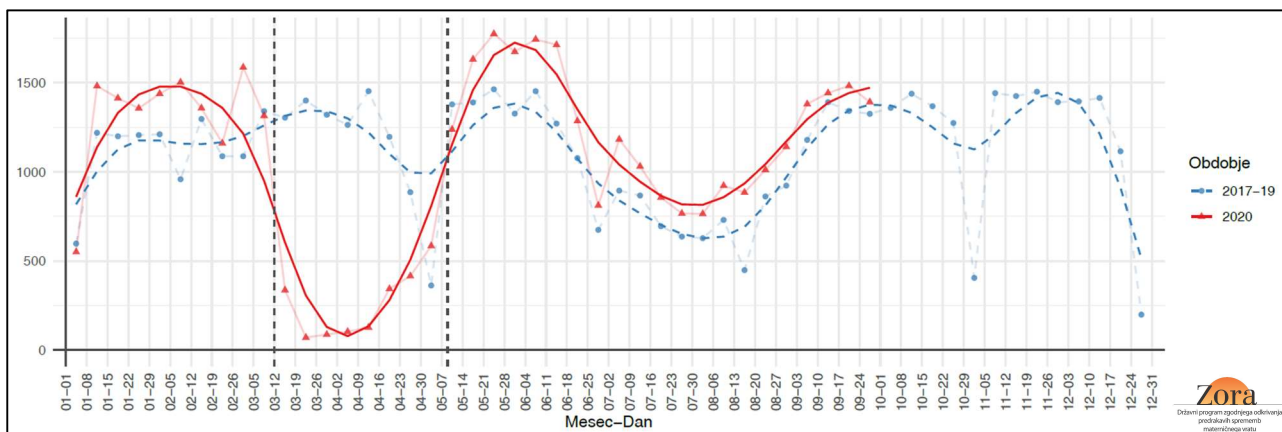
Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
Število BMV									
Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
45.727	49.374	35.730	4.339	78.759	87.745	81.457	53.713	160.216	141.458
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
+3.647	+8,0	-31.391	-87,9	+8.986	+11,4	-27.744	-34,1	-18.758	-11,7



Slika 1. Primerjava števila tedensko odvzetih BMV v letih 2017-2019 in letom 2020 v času od 1. 1. do 30. 9. Vir podatkov: Register ZORA.

Tabela 2: Primerjava števila odvzetih BMV z razlogom »kurativa«, »kontrola« in »drugo« v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. Vir podatkov: Register ZORA.

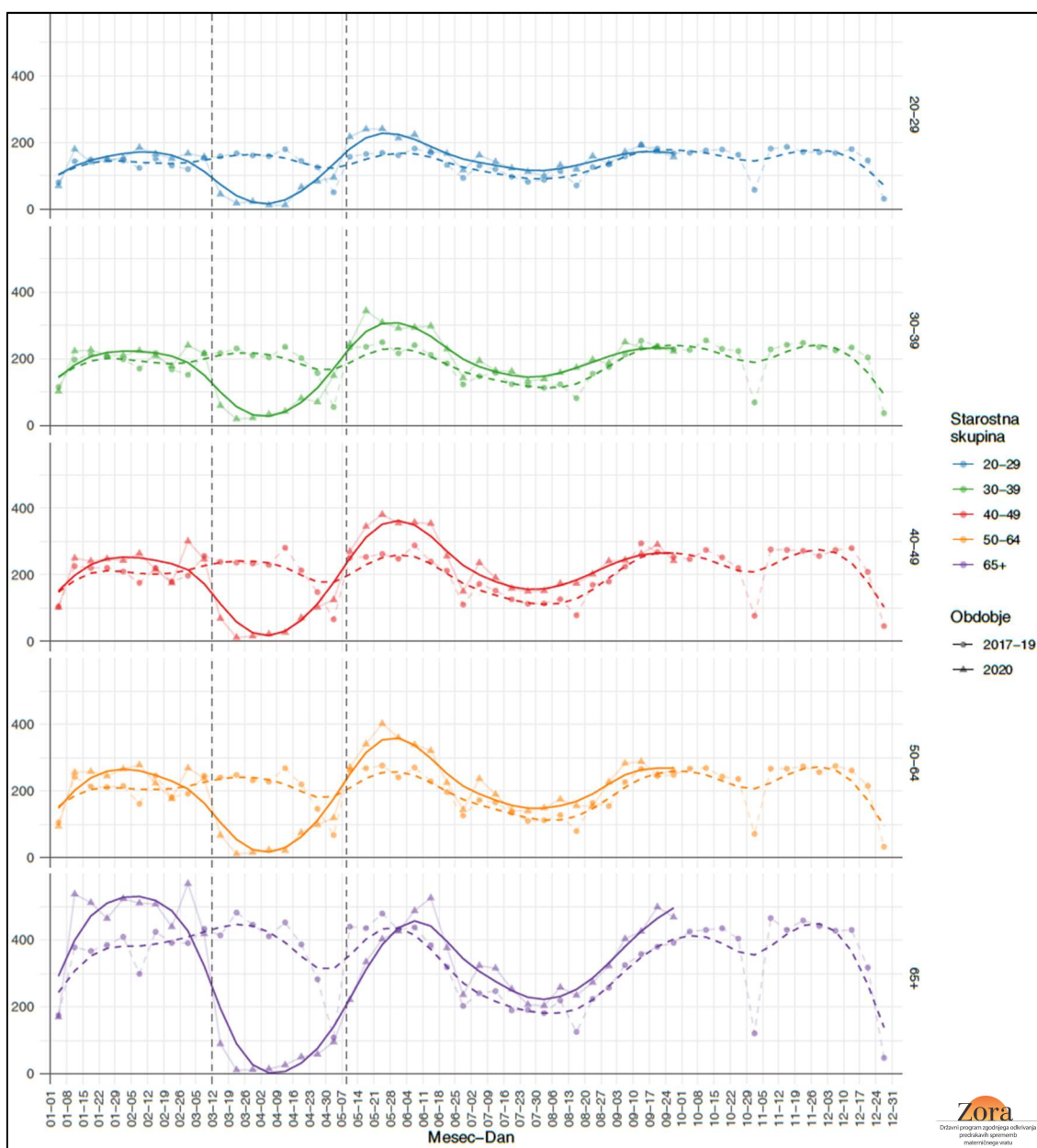
Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
Število BMV									
Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
11.209	13.167	9.190	2.073	21.965	26.137	20.399	15.240	42.364	41.377
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
+1.958	+17,5	-7.117	-77,4	+4.172	+19,0	-5.159	-25,3	-987	-2,3



Slika 2. Primerjava tedenskega števila odvzetih BMV z razlogom »kurativa«, »kontrola« in »drugo« v obdobju od 1. 1. 2020 do 30. 9. 2020 ter povprečjem let 2017-2019. Vir podatkov: Register ZORA.

Tabela 3: Primerjava števila odvzetih BMV z razlogom »kurativa«, »kontrola« in »drugo« v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. po starostnih skupinah pacientk.

	Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
Število BMV										
20-29	1.350	1.519	1.148	355	2.896	3.475	2.498	1.874	5.394	5.349
30-39	1.853	2.036	1.510	475	3.824	4.594	3.363	2.511	7.187	7.105
40-49	2.012	2.289	1.648	445	4.142	5.187	3.660	2.734	7.802	7.921
50-64	2.013	2.304	1.651	430	4.077	5.053	3.663	2.734	7.741	7.787
65+	3.650	4.646	2.979	355	6.452	7.189	6.629	5.001	13.081	12.190
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20-29	+169	+12,5	-793	-69,1	+579	+20,0	-624	-25,0	-45	-0,8
30-39	+183	+9,9	-1.035	-68,5	+770	+20,1	-852	-25,3	-82	-1,1
40-49	+277	+13,8	-1.203	-73,0	+1.045	+25,2	-926	-25,3	+119	+1,5
50-64	+291	+14,5	-1.221	-73,9	+976	+23,9	-929	-25,4	+46	+0,6
65+	+996	+27,3	-2.624	-88,1	+737	+11,4	-1.628	-24,6	-891	-6,8



Slika 3. Primerjava tedenskega števila odvzetih BMV vratu z razlogom »kurativa«, »kontrola« in »drugo« v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. po starostnih skupinah pacientk.

K temu je morda pripomogla sprva previdnost ginekologov, ki so obiske starejših pacientk prestavili na varnejši čas, morda pa so se pacientke iz te skupine tudi same manj udeleževale pregledov zaradi bojazni, da bi se v ambulanti okužile s koronavirusom.

V letošnjem letu je zanimivo, da je število triažnih testov HPV, opravljenih od 1. 1. 2020 do 30. 9. 2020, večje od povprečja zadnjih treh let, čeprav ne ob vseh indikacijah. Ker se število opravljenih HPV testov že več let zapovrstjo večja, lahko del porasta verjetno pripišemo vse večjemu upoštevanju indikacij za ta test. Nekaj so morda prispevali tudi sezami pacientk s patološkimi izvidi, morda pa je bilo tudi absolutno število žensk z indikacijo za test večje od povprečja zadnjih treh let.

V Tabeli 4, še bolj nazorno pa na Sliki 4, je videti, da je število HPV testov v letu 2020 večje od povprečja zadnjih treh letih pri vseh indikacijah razen ob indikaciji »po zdravljenju«. Ker imajo ženske po zdravljenju histološko potrjenega PIL-VS v naslednjih dveh letih 7 % možnosti za ponovni PIL-VS, je pomembno, da opravijo kontrolne preglede. Prav negativen HPV test zmanjša tveganje za ponovni PIL-VS. Res pa je, da sta po slovenskih smernicah predvidena dva zaporedna testa HPV leto in dve leti po zdravljenju, vendar že prvi močno zmanjša tveganje ponovitev PIL-VS. Zato je tudi mogoče, da so se ginekologi v manjši meri odločali za vabljenje žensk, ki so že imele opravljen en kontrolni pregled po zdravljenju z negativnim izvidom triažnega testa HPV.

Še bolj plastično so razlike v opravljenih HPV testih predstavljene na Sliki 4.

V času ustavitve DP ZORA se je najbolj zmanjšalo število presejalnih BMV, za 91,5 % oziroma za 24274 glede na povprečje zadnjih treh let. Tu gre za vsaj na videz zdrave ženske, pri katerih je verjetnost, da bi odložitev pregleda vplivala na njihovo zdravje, najmanjša. Pri teh BMV je sledil razumljivo tudi počasnejši dvig kot pri kurativnih BMV, saj so preventivne preglede ginekologi vključevali v svoje delo postopoma, ko so pred tem opravili odložene preglede žensk s težavami, patološkimi BMV, odložene kontrole zaradi drugih ginekoloških stanj, ponovno uvedli redne sistematske preglede nosečnic. Zaradi tega je ob koncu septembra še zmeraj »manjkalo« 15,1 % BMV v primerjavi s povprečjem preteklih treh let (Tabela 5, Slika 5).

Iz Slike 5 je lepo razvidno, da se je število presejalnih BMV večalo postopno in v skladu z zmoglostmi posa-

meznih ambulant.

Tudi pri presejalnih BMV so se pokazale razlike med posameznimi starostnimi skupinami, največji padec je bil v starostni skupini od 50-64 let, a so razlike majhne (Tabela 6). Ob koncu septembra je največ BMV »manjkalo« v starostni skupini od 30-39 let, 17,1 % glede na povprečje zadnjih treh let. Tu gre za delovno aktivno populacijo, ki se težje organizira z danes na jutri, je slabše dosegljiva v času poletnih dopustov in najbolj potrebuje urejen sistem vabljenja in možnost, da termin pregleda uskladijo s službo, kar vse bi lahko bili razlogi za manjši porast pregledanosti glede na prejšnja leta in glede na ostale starostne skupine v času med majem in septembrom.

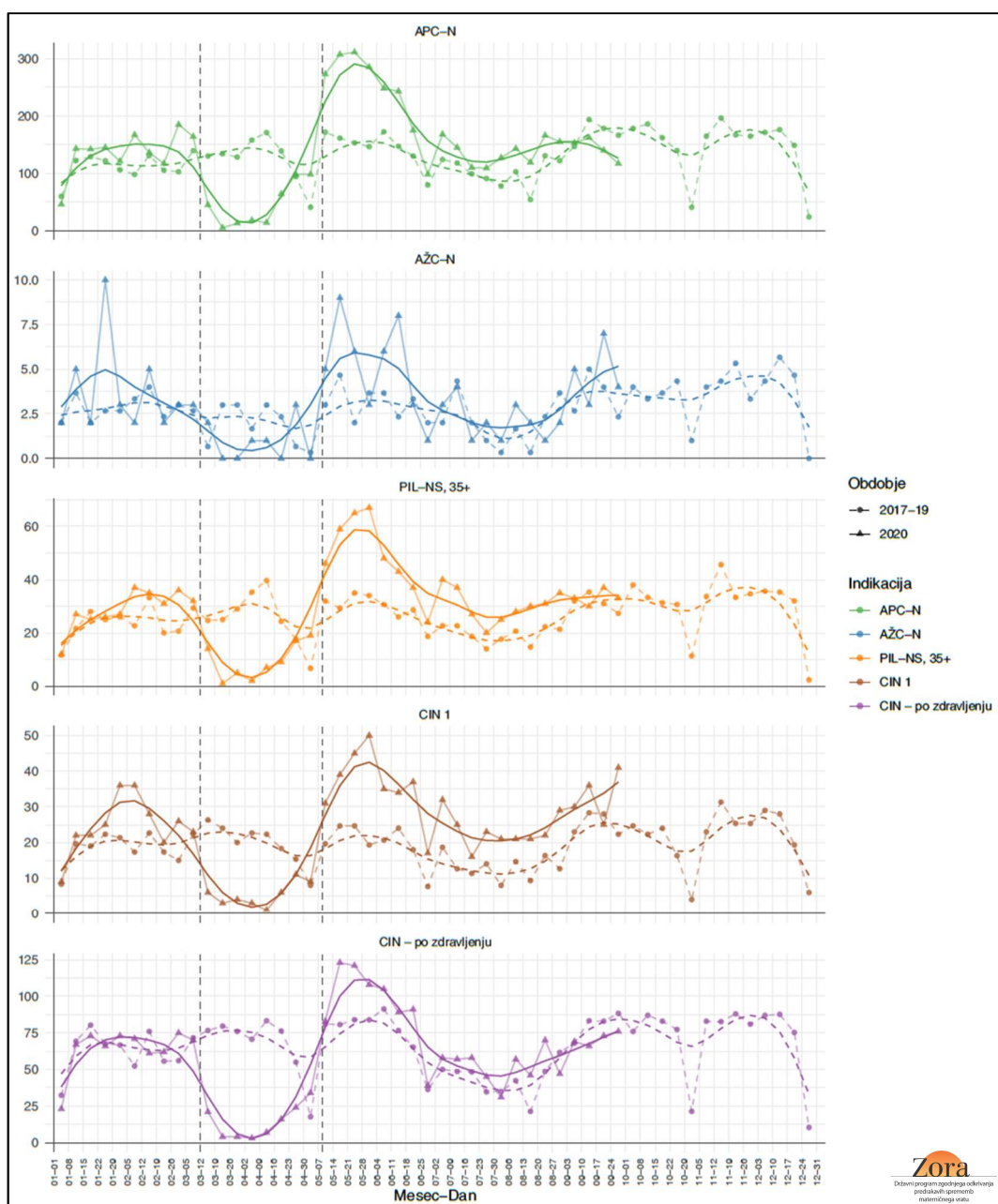
V Tabeli 7 lahko vidimo, da se je, deloma zagotovo zaradi manjšega števila odvzetih presejalnih BMV (za 15,1 %) zmanjšalo tudi število patoloških BMV. Zanimivo pa je, da se je število BMV nizke stopnje zmanjšalo manj (za 2,2 % oziroma 109 BMV) kot število BMV visoke stopnje, ki je padlo za 208 ali 20,3 % glede na povprečje preteklih treh let, kar ni zanemarljiva številka. Ker se je povečal delež BMV nizke stopnje, je možno, da se bo del sprememb visoke stopnje pokazal ob naslednjih kontrolah iz te skupine žensk. Morda k manjšemu številu BMV visoke stopnje prispeva največji izpad presejalnih brisov v starostni skupini med 30 in 39 letom, ko je tveganje za spremembe visoke stopnje večje kot pri mlajših, morda pa se prav ženske, ki so že sicer slabše odzivne, v času epidemije še težje odločijo za pregled.

Ženske s presejalnim izvidom "patološke spremembe materničnega vratu visoke stopnje" imajo okrog 51 % verjetnost, da bo pri njih v obdobju do enega leta po presejalnem pregledu odkrita predrakava sprememba visoke stopnje, večina teh sprememb je odkrita v obdobju do šest mesecev po presejalni diagnozi. Verjetnost se razlikuje glede na vrsto patološke spremembe in je okrog: 68 % pri presejalni diagnozi PIL-VS; 40 % pri presejalni diagnozi APC-VS in 15 % pri patoloških spremembah žleznih celic.

Zanimivo je, da se je v času zaustavitve DP ZORA spremenil tudi delež posameznih ocen BMV (Slika 6), pri čemer je najbolj porastel delež ocen s patologijo nizke stopnje. Pri tem je mogočih več razlag: drugačna sestava žensk, ki so takrat prihajale na pregled: tj. več nosečnic, simptomatskih žensk, morda pa so na rezultate vplivale tudi spremembe v organizaciji dela v laboratorijih.

Tabela 4: Primerjava števila opravljenih triažnih testov HPV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. po indikacijah za odvzem.

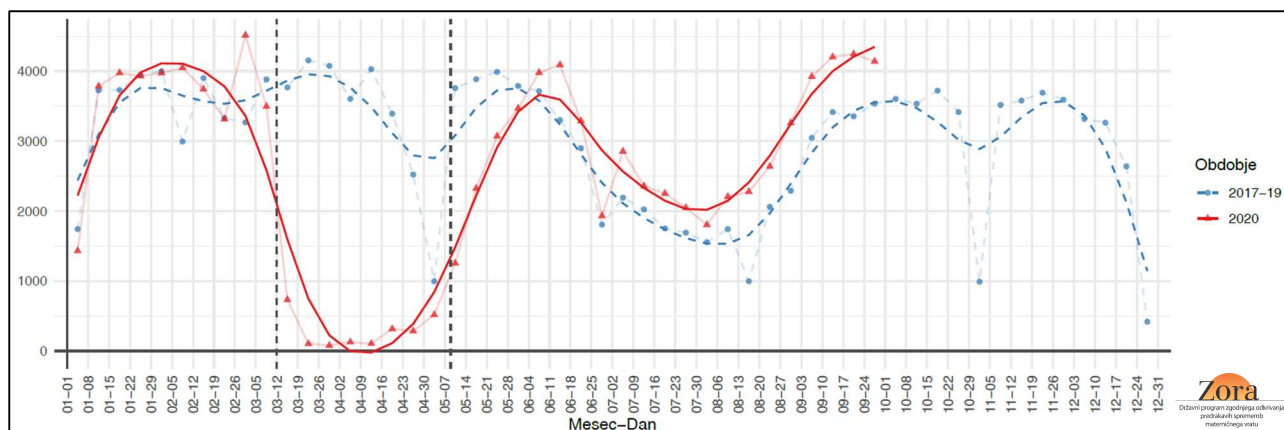
	Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
Število BMV										
APC–N	1.115	1.366	995	355	2.766	3.754	2.111	1.721	4.876	5.475
AŽC–N	28	37	15	7	56	79	43	44	99	123
PIL–NS, 35+	238	288	202	74	535	795	441	362	975	1.157
CIN 1	185	247	157	43	378	630	342	290	720	920
CIN – po zdravljenju	628	641	535	113	1.313	1.512	1.163	754	2.476	2.266
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
APC–N	+251	+22,5	-640	-64,3	+988	+35,7	-390	-18,5	+599	+12,3
AŽC–N	+9	+30,6	-8	-52,3	+23	+40,2	+1	+2,3	+24	+23,8
PIL–NS, 35+	+50	+20,8	-128	-63,4	+260	+48,7	-79	-17,9	+182	+18,6
CIN 1	+62	+33,3	-114	-72,6	+252	+66,7	-52	-15,3	+200	+27,7
CIN – po zdravljenju	+13	+2,1	-422	-78,9	+199	+15,2	-409	-35,2	-210	-8,5



Slika 4. Primerjava števila tedensko opravljenih triažnih testov HPV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. po indikacijah za odvzem.

Tabela 5: Primerjava števila odvzetih presejalnih BMV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9.

Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
Število BMV									
Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
34.518	36.207	26.540	2.266	56.793	61.608	61.058	38.473	117.852	100.081
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
+1.689	+4,9	-24.274	-91,5	+4.815	+8,5	-22.585	-37,0	-17.771	-15,1

**Slika 5.** Primerjava števila tedensko odvzetih presejalnih BMV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9.**Tabela 6:** Primerjava števila odvzetih presejalnih BMV v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9. po starostnih skupinah žensk.

	Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
Število BMV										
	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
20-29	6.854	7.004	5.139	595	11.943	12.580	11.993	7.599	23.936	20.179
30-39	8.439	8.695	6.426	682	14.023	14.561	14.865	9.377	28.888	23.938
40-49	8.285	9.008	6.530	482	13.731	15.265	14.816	9.490	28.547	24.755
50-64	10.940	11.500	8.445	507	17.096	19.202	19.384	12.007	36.481	31.209
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20-29	+150	+2,2	-4.544	-88,4	+637	+5,3	-4.394	-36,6	-3.757	-15,7
30-39	+256	+3,0	-5.744	-89,4	+538	+3,8	-5.488	-36,9	-4.950	-17,1
40-49	+723	+8,7	-6.048	-92,6	+1.534	+11,2	-5.326	-35,9	-3.792	-13,3
50-64	+560	+5,1	-7.938	-94,0	+2.106	+12,3	-7.377	-38,1	-5.272	-14,5

Anketa o vplivu pandemije na presejanje v programu ZORA ali kaj o nastalih razmerah menijo ginekologi?

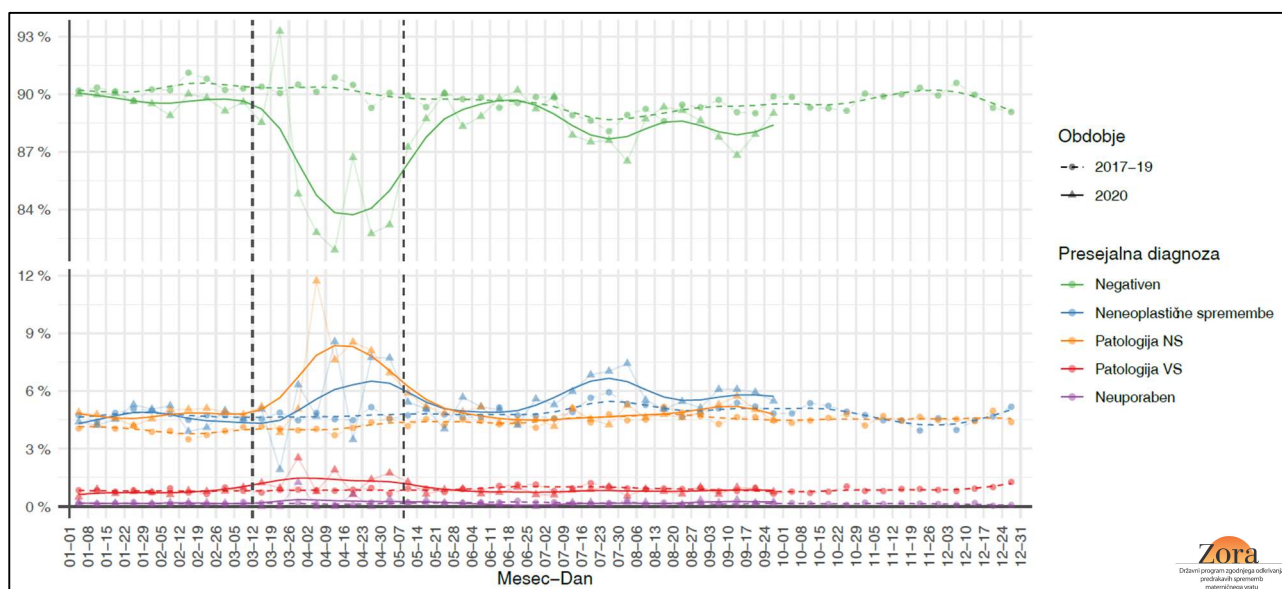
6. 10. 2020 so sedeža DP ZORA vsi slovenski aktivni ginekologi, ki z odvzemi BMV sodelujejo v delu DP ZORA, prejeli anketo o vplivu pandemije na presejanje v DP ZORA. Ginekologi so odgovarjali na 15 vprašanj.

Na anketo je odgovarjalo 187 ginekologov, od tega jih je 117 navedlo, da so zaposleni pretežno v ambulantah primarnega nivoja, 50 pretežno v ambulantah sekundarnega ali terciarnega nivoja in 5 v ambulantah brez koncesije, 15 pa jih na to vprašanje ni odgovorilo.

Zaskrbljujoč podatek je, da je 94 ginekologov, ki so odgovarjali na anketo, starejših od 50 let.

Tabela 7: Primerjava števila odvzetih presejalnih BMV z različnimi ocenami v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9.

	Obdobje pred ukrepi (1. januar–11. marec)		Ustavitev preventive (12. marec–6. maj)		Vrnitev presejanja (7. maj–30. september)		SKUPAJ do ponovnega začetka presejanja (1. januar–6. maj)		SKUPAJ (1. januar–30. september)	
	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
Število BMV										
Negativen	31.178	32.446	23.962	1.944	50.799	54.579	55.140	34.390	105.939	88.969
Neneoplastične spremembe	1.636	1.690	1.242	132	2.822	3.412	2.878	1.822	5.700	5.234
Patologija NS	1.368	1.730	1.075	155	2.551	3.000	2.443	1.885	4.994	4.885
Patologija VS	280	280	223	30	520	505	503	310	1.023	815
Neuporaben	56	61	38	5	101	112	94	66	195	178
Razlika med letom 2020 in povprečjem 2017–2019										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativen	+1.268	+4,1	-22.018	-91,9	+3.780	+7,4	-20.750	-37,6	-16.970	-16,0
Neneoplastične spremembe	+54	+3,3	-1.110	-89,4	+590	+20,9	-1.056	-36,7	-466	-8,2
Patologija NS	+362	+26,5	-920	-85,6	+449	+17,6	-558	-22,8	-109	-2,2
Patologija VS	0	0,0	-193	-86,5	-15	-2,9	-193	-38,4	-208	-20,3
Neuporaben	+5	+8,9	-33	-86,8	+11	+10,5	-28	-29,8	-17	-8,9
Delež BMV glede na izvid										
	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020	Povprečje 2017–19	2020
Negativen	90,3	89,6	90,3	85,8	89,4	88,6	90,3	89,4	89,9	88,9
Neneoplastične spremembe	4,7	4,7	4,7	5,8	5,0	5,5	4,7	4,7	4,8	5,2
Patologija NS	4,0	4,8	4,1	6,8	4,5	4,9	4,0	4,9	4,2	4,9
Patologija VS	0,8	0,8	0,8	1,3	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8

**Slika 6:** Primerjava števila tedensko odvzetih presejalnih BMV z različnimi ocenami v letih 2017-2019 in letom 2020 med 1. 1. in 30. 9.

To na primer v času epidemije koronavirusa pomeni večjo verjetnost za težji potek bolezni kot pri mlajši populaciji in s tem več možnosti za daljšo odsotnost v primeru, da zbolijo.

Največ anketirancev, 72 (42 %), jih dela v srednje velikih mestih, približno enako število pa v večjih mestih (52) ali manjših krajih (47).

46,5 % anketiranih ginekologov, vzame letno po lastni oceni več ko 1000 presejalnih BMV, kar 64,3 % pa več kot 500 in skoraj desetina, natančneje 9,2 %, celo več kot 1500 presejalnih BMV.

Med zdravniki, ki so navedli, da vzamejo letno več kot 1500 presejalnih BMV, jih 58,8 % ocenjuje, da se je število odvzetih presejalnih BMV do časa izpolnjevanja ankete zmanjšalo za več kot 200 oziroma več kot 300 BMV, pri tem pa jih 11,8 % jih meni, da se število presejalnih BMV ni spremenilo.

Med najštevilčnejšo skupino zdravnikov, 69, ki so navedli, da letno vzamejo 1000-1500 presejalnih BMV, jih je 44,9 % menilo, da se je število odvzetih BMV zmanjšalo za več kot 200 oz. 300, kar 75,4 % pa, da se je zmanjšalo za vsaj 100. Tudi v tej skupini je 11,6 % ginekologov ocenilo, da so uspeli odvzeti enako število presejalnih BMV kot v prejšnjih letih.

Med 33 zdravniki, ki vzamejo po lastni oceni 500 do 1000 presejalnih BMV letno, jih je 66,6 % ocenilo, da se je število BMV zmanjšalo za vsaj 50, in 39,3 %, da se je zmanjšalo za vsaj 100 BMV. Nekoliko večji, 18,2 % je bil delež tistih, ki so ocenili, da se število presejalnih BMV ni zmanjšalo.

Podobni so podatki med ginekologi, ki letno vzamejo manjše število BMV, z nekoliko večjim odstotkom tistih, ki so po lastni oceni uspeli zamujeno nadoknadi (med 30,8 in 33,3 %).

Na vprašanje, ali je bila zaustavitev programa po njihovem mnenju pravočasna, je 115 ginekologov (62,8 %) odgovorilo pritrdilno. Razen teh je 24 (13,1 %) ginekologov menilo, da je bila zaustavitev prehitra, 5 (2,7 %) jih je menilo, da je bila prepozna in kar 39 (21,3 %), da se program sploh ne bi smel zaustaviti.

123 ali 66,8 % ginekologov je tudi menilo, da je bil ponovni zagon programa ZORA pravočasen, 26 (14,1), da je bil prepozen, 8 (4,3 %), da je bil prehitel in 27 (14,7 %), da se presejanje ne bi smelo ustaviti.

Velika večina ginekologov, 166 ali 89,2 % je menila, da je bilo obveščanje s strani DP ZORA ustrezno, med predlogi, kaj so pri obveščanju pogrešali, pa so navedli možnost hitrega obveščanja po elektronski pošti, vnaprejšnje obveščanje o predlaganih ukrepih, nekaj ginekologov pa je navedlo tudi, da niso prejeli obvestil, kar je morda povezano z organizacijo dela v ambulantah, še posebej, če zdravniki ne delajo v ambulantah vsakodnevno ampak le na primer tedensko ali na 14 dni.

Ob upočasnjem delu zaradi dodatnega razkuževanja in zračenja ordinacij je velik izziv tudi organizacija dela v ambulantah, kjer tudi ni zaželeno, da se večje število ljudi zadržuje v čakalnicah oziroma sploh srečuje. Zaradi podaljšanega časa pregledov je bilo pričakovati zmanjšano tudi število dnevno pregledanih pacientk.

Na vprašanje, katere ukrepe so uvedli, da bi nadomestili zaostanek iz obdobja, ko je bila preventiva zastavljena, je 126 (69,2 %) ginekologov odgovorilo, da so prerazporedili pacientke znotraj rednih terminov, 45 (24,7 %), da bodo oziroma že opravljajo te preglede v dodatnih termini. 11 (6 %) ginekologov je navedlo še druge rešitve, kot je večje število pregledov v rednem delovnem času, zapolnitev vsakega prostega termina ob odjavah pregledov s preventivnim pregledom, intenzivno svetovanje po telefonu, da

pridobijo termine za preventivne preglede, opravljanjem preventivnih pregledov poleti, do zaposlitve dodatnega ginekologa.

Tako 127 (69,4 %) ginekologov tudi meni, da bo, ob predpostavki, da ne bo novih strožjih omejitev, število odvzetih presejalnih BMV zaradi pandemije manjše kot bi bilo sicer, a jih je 15 (8,2 %) v času, ko so odgovarjali na anketo, menilo, da bodo dosegli 70 % realizacijo preventive.

Na vprašanje, kako bi najlažje nadomestili zamujeno preventivo, jih je 115 (65,3 %) izbralo odgovor, da bi opravili dodatne ambulante, če bi jim ZZZS zagotovil dodatna sredstva, 48 (27,3 %) bi doseglo cilj v rednem delovnem času. 13 (7,4 %) je predlagalo druge možnosti, kot so nadomestitev izpada v daljšem časovnem obdobju, vključitev specializantov, vključitev ambulant brez koncesije oziroma so menili, da dodatno delo ni potrebno.

Pri oceni, kolikšno število preventivnih pregledov so opravili v letošnjem septembru v primerjavi z običajnim letom, je 77 (43 %) ginekologov menilo, da so opravili več pregledov, 80 (44,7 %), da približno enako, 22 (2,3 %) pa, da manj kot v običajnem letu.

Med tistimi, ki so odgovorili, da so opravili več pregledov, je večina (56) ocenila, da je bilo povečanje 10-30 %, 14 (18,6 %) pa celo nad 50 %, tako da je povprečno povečanje števila preventivnih pregledov glede na odgovore 29,6 %.

Ginekologi, ki so odgovorili, da je bilo število preventivnih pregledov po njihovi oceni v letošnjem septembru manjše, so padec ocenili v povprečju na 25,7 %.

116 (66,3 %) ginekologov je tudi menilo, da so jim bili seznanjeni s patološkimi brisi, ki so jih letos maja prejeli s sedeža programa ZORA, v pomoč pri vabljenju pacientk, 33 (18,9 %) se s tem ni strinjalo, 26 (14,9 %) ginekologov pa seznama ni dobilo oziroma se tega niso spominjali.

Na vprašanje, kakšno pomoč so pričakovali od DP ZORA, je le 43 (24,4 %) ginekologov odgovorilo, da so pričakovali pripravo seznamov za vabljenje pacientk, 42 (23,9 %) bi želelo priporočila, kako nadomestiti zamujene preglede, 96 (54,5 %) pa dogovor z ZZZS, da ne pogojuje plačila programa s 70 odstotno realizacijo preventive.

Drugi val epidemije ali kako naprej...

V oktobru se je razmahnil že drugi val epidemije bolezni COVID-19. Še zmeraj je vzpostavljen sistem regijskih koordinatorjev za ginekologijo, ponovno so aktualna tudi priporočila za triažo pacientk, ki jih je pripravil RSK za ginekologijo in porodništvo na svoji 13. dopisni in 2. redni seji za okoliščine, ko je vse storitve nemogoče izvesti.

25. 10. 2020 je stopila v veljavo Odredba o začasnih ukrepih na področju organizacije zdravstvene dejavnosti zaradi obvladovanja epidemije COVID-19 in zagotavljanja neodložljive zdravstvene obravnave pacientov (Uradni list RS, št. 154/20), ki je sicer ustavila izvajanje ne nujnih zdravstvenih storitev, vendar pa ni ustavila izvajanja preventivnih programov za odkrivanje predrakavih sprememb in zgodnjega raka.

To seveda ne pomeni, da bo delo v ginekoloških ambulantah potekalo nemoteno.

Že zaradi razkuževanja in zračenja prostorov ter izogibanja gneči v čakalnici število dnevno pregledanih pacientk ne more biti enako kot v »normalnih« časih.

Če epidemije ne bi uspeli obvladati in bi pričelo primanjkovati osebja za delo, bi bilo potrebno obseg dela še dodatno skržiti in manj nujne preglede preložiti oziroma zopet zmanjšati število pregledov nosečnic. V primeru, da bi pričelo primanjkovati zdravnikov in drugega osebja v bolnišnicah, kot se v nekaterih regijah že dogaja, bi bilo okrnjeno tudi delo primarne ravni.

Tokrat je večje breme, breme presoje, na nas. Ginekologi se zavedamo, da lahko dolgotrajen izpad preventivnega programa privede ne le do večjega števila predrakavih sprememb visoke stopnje, temveč v končni posledici tudi do porasta števila bolnic z rakom materničnega vratu. Da nam ni vseeno, so prepričljivo pokazali tudi pretekli meseci. Obenem sedaj že vemo, da nas bo epidemija koronavirusne bolezni spremljala še precej časa, tudi po optimističnih napovedih vsaj še nekaj mesecev.

Po drugi strani pa pregledi v ginekoloških ambulantah nikakor ne smejo pomeniti nepotrebne izpostavljanja pacientk ali osebja okužbi z virusom SARS-CoV-2.

Zaenkrat ni rešen način plačevanja ambulant, plačilo programa je še zmeraj, kljub epidemiji, pogojeno s 70% realizacije preventive, kar mnogim ambulantam

upravičeno ne bo uspelo. O tem, da se ta pogoj letos opusti, je nujen dogovor z ZZZS oziroma Ministrstvom za zdravje.

V preteklih mesecih smo se vendarle naučili, da ob upoštevanju varnostnih ukrepov, preverjanju epidemioloških podatkov pacientk, uporabi predpisane zaščitne opreme in samozaščitnem obnašanju v domačem okolju obstaja možnost za sorazmerno varen, čeprav počasnejši, način dela brez zapiranja ambulant.

Upajmo, da bomo lahko delali še naprej in s čim manj škode za lastno zdravje in zdravje pacientk izšli iz te preizkušnje.

Zahvala

Zahvaljujem se osebju Registra ZORA za analize podatkov in pomoč pri anketi ter članom Strokovnega sveta programa ZORA za razpravo o rezultatih.

Viri

Objavljeni in neobjavljeni podatki Presejalnega registra ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana, november 2020.