

SZAKMAI ÁLLÁSFOGLALÁS

Mi várható a védőnők által végzett onkológiai szűrővizsgálattól?*

DÖBRÖSSY LAJOS DR.

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

E-posta: dobrossy.lajos@oth.antsz.hu

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A szűrővizsgálat mind szakmai, mind egészséggazdasági eredményességének feltétele a szűrés társadalmi elfogadottsága, ennek mértéke pedig a megfelelő mértékű lakossági részvétel („compliance”). Magyarországon hagyományosan – a szakterület mai állásától különbözően – a nőgyógyászati szakellátáshoz kötött lakossági méhnyakszűrést a népesség mintegy harmada vette igénybe. A lakossági részvétel növelése érdekében az egészségügyi kormányzat a „szakdolgozói szűrés” mellett döntött: a kenetvételt a célszerűen kiképzett védőnők feladatává tette, akik a nemnegatív citológiai vizsgálati eredménnyel járó esetekben a vizsgált személyeket nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra utalják. Az elvégzett modellprogramok az „újítás” életképességét igazolták. A védőnők által végzett méhnyakszűréstől a nőlakosság átszűrtségének javulása, hosszabb távon pedig a méhnyakrák okozta halálozás mérséklődése várható.

Hazánkban a méhnyakszűrés zsákutcában van. Ez a méhnyakszűrés működtetéséért az egészségügyi kormányzat által törvényi úton felelőssé tett Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) körmegállapítása is. Igaz-e? A válaszért vissza kell tekinteni a méhnyakszűrés több évtizedes hazai előzményeire.

■ TÖRTÉNETI VISSZATEKINTÉS

Magyarországon a „korai körmegállapítás és a rákmegelőzés” kezdetben csak klinikai törekvés volt. Az országos onkológiai hálózat működési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli nőlakosság „tömeges szűrővizsgálatát”, amelynek módszere a kolposzkópos vizsgálatot is tartalmazó nőgyógyászati vizsgálat volt. Ez a Lehoczky Győző nevéhez köthető, és az onkológus-nőgyógyászok által gyakorolt kezdeményezés, mint „nőgyógyászati rákszűrés” nyert polgárjogot. Az 1960-as években ez a szűrővizsgálati eljárás kiegészült az akkor feljövőben lévő citológiai vizsgálatlal, így kialakult a „komplex szűrés” koncepciója és gyakorlata. A következő évtizedben a citológiai vizsgálat olyan kapacitásra tett szert, amely képessé

vált az országos igények kielégítésére (1). 1976-ban megjelent az Országos Nőgyógyászati Intézet és az Országos Onkológiai Intézet közös módszertani levele, amely a citológiai vizsgálatlal kiegészített „nőgyógyászati rákszűrést” a nőgyógyászok feladatává tette azzal, hogy „minden nőgyógyászati vizsgálat egyben szűrővizsgálat is”. Ennek nyomán a nőgyógyászati szakhálózat aktivizálódott, és a méhnyakszűrési tevékenység súlypontja az onkológiáról a nőgyógyászati szakellátásra helyeződött át. Az 1980-as években – ebben a szellemben – meghirdették az országos „cervixprogramot”, amelynek keretében évente közel 1,5 millió kenetet vizsgáltak meg, ennek következtében megnőtt a kora esetek hányada, javult a kórismézett méhnyakelváltozások öt éves túlélése, ám a halálozás változatlanul magas maradt. A program kezdeményezői és szervezői 1991-ben „Alarm-helyzet a cervixprogramban” című közleményükben ismerték be a vállalkozás kudarcát (2).

■ NEMZETKÖZI FEJLEMÉNYEK

Mindeközben – az 1980-as évek folyamán – mértékadó szakmai szervezetek, az Egészségügyi Világszervezet (WHO), annak lyoni Rákkutató Ügynöksége (IARC), valamint a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) tapasztalatokkal rendelkező szakmai munkacsoportjai kidolgozták a méhnyakszűrés mint szakterület állását. Eredményeiket és ajánlásait 1986-ban tették közzé (3). A „szakterület mai állása” („state-of-the-art”) éles különbséget tesz az orvosi gyakorlat keretében végzett „alkalomszerű” (opportunistikus) szűrővizsgálat és a „szervezett szűrővizsgálat” között, kidolgozta annak koncepcióját, és lényegében csak a népegészségügyi keretek között alkalmazandó szervezett lakosságszűrés játékszabályait rögzíti. Ezeket tette magáévá az Európa Tanács 2003-ban publikált ajánlása is (4).

■ A „SZERVEZETT SZŰRÉS” KONCEPCIÓJA

A szervezett méhnyakszűrést a szolgáltató, azaz az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi. Lényege szerint „szűrési

* A 2013. szeptember 19-én, a Semmelweis Fórum 11 keretében elhangzott előadás szerkesztett változata.

regisztert” működtet, amely tartalmazza (esetünkben az Országos Egészségügyi Pénztár [OEP] adatbázisától nyert) *lakosságlistát*, a veszélyeztetett életkorban lévő, szűrésre jogosult nők lakossága nemcsak számszerű, hanem egyedi, személy szerinti azonosításra alkalmas adatait. Ez a lakosságlista szolgál a személy szerinti, név szerinti meghívás alapjául; nyilvántartja a szűrővizsgálatra behívottakat és a szűrővizsgálaton megjelenteket; a szűrővizsgálaton meg nem jelenteknek emlékeztető meghívást küld, végül regisztrálja a szűrés eredményét.

A szakterület mai állása szerint a méhnyakszűrés *szuverén mód-szereként a sejtvizsgálatot*, azaz a méhnyak hüvelyi felszínéről és a nyakcsatornából vett sejtminta citológiai vizsgálatát nevezi meg, amelynek eredménytől függően negatív esetben 3 év múlva ismételt szűrővizsgálatra visszahívást ajánl, *nemnegatív esetben nőgyógyászati szakszolgálatra utalja a beteget, ahol a vizsgálat elengedhetetlen tartozéka a kolposzkópos vizsgálat is*.

Mint látható, az ajánlásokban nem esik szó a „nőgyógyászati szűrővizsgálatról”, a nőgyógyásznak mégis kulcsszerepet szán a szűrés folyamatának második lépcsőjében, azaz a nemnegatív citológiai kenetet produkáló asszony további vizsgálatában, diagnosztikájában és a kezelésben. Így működik a népegészségügyi lakosságszűrés ott, ahol működik.

■ A MAGYARORSZÁGI HELYZET

Sajnos, Magyarországon nem így működik a népegészségügyi lakosságszűrés, annak ellenére, hogy az ország veszélyeztetett korú női lakossága háromévenkénti szűrővizsgálatának szakmai, személyi és tárgyi, valamint informatikai kapacitása biztosítva van, és a szűrőtevékenységet a kormányzat szponzorálja.

Magyarországon 2003-óta – a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében – megteremtődtek a teljes, veszélyeztetett korú nők lakossága 3 évenkénti méhnyakszűrésének a tárgyi feltételei. Ezt megelőzően a nőorvosi Szakmai Kollégiummal csak részleges, a szűrés ajánlott gyakoriságát érintő kompromisszumra vezető megbeszélések folytak; a módszertant illetően fennmaradt a szakadék a szakmai kollégium álláspontja és a szűrés „state-of-the-art”-ja között: a szűrés továbbra is a nőgyógyászati vizsgálatához kötött maradt. Így a szervezett szűrőprogram „döcögve” indult. A meghívottak mindössze 5–8%-a fogadta el a felajánlott szűrővizsgálatot; ugyanabban az évben az OEP hússzor több „diagnosztikus citológiai vizsgálatért” fizetett térítést, ami nyilvánvaló képtelenség. Becslések szerint az asszonyok nagy hányada a programon kívül, a nőgyógyász szakorvos által kínált „nőgyógyászati szűrővizsgálatot” veszi igénybe; akiket így szűrtek, elkerültek a szűrési nyilvántartást. A magánorvosi praxisban vett kenetokról egyáltalán nem érkezik visszajelzés. Magyarországon a szervezett méhnyakszűrés minősített kudarc (5).

■ A „SZAKDOLGOZÓI SZŰRÉS” KONCEPCIÓJA

Fordulópontot jelentett az Állami Számvevőszék „az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök

hasznosulásának ellenőrzéséről” folytatott vizsgálata, amely 2008-ban észrevételezte a visszaszűrés helyzetét, és azt javasolta a kormánynak, hogy „szervezze újra a méhnyakszűrés rendszerét”, „tartalmát redukálja citológiai kenetvételekre és annak vizsgálatára”, „vigye közelebb az alapellátáshoz”, egyszerűen „a méhnyakszűrés módszertanát közelítse a nemzetközi gyakorlathoz”, azaz a szakterület mai állásához (6).

A kormányzat ennek nyomán 2009-ben kezdeményezte a „szakdolgozói szűrés” önként jelentkező védőnőkre alapozva (7). Felhatalmazásával élve, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal négy egymást követő évben, korlátozott részvétellel, *akkreditált képzést követően mintaprogramokat* bonyolított. A képzésnek három szakasza volt, és pedig

- *elméleti képzés*, amely a szűrés, közelebről a méhnyakszűrés szervezésének és végrehatásának irányelveit ölelte fel;
- *kommunikációs képzés*, amely az asszonyokkal való bánásmódról szólt, valamint
- *gyakorlati képzés* (kenetvétele) nőgyógyász felügyelete mellett.

A védőnők 30 megfelelő minőségű kenet produkálása után kaptak „jogosítványt” a területi munkavégzésre. A mintaprogramok tanulsága volt, hogy a védőnők alkalmasak a sejtkenetvételekre, így a képzés intézményesítése napirendre kerülhet.

■ A KÖZELJÖVŐ

Európai támogatással (TÁMOP 6.3.1) 2013 júliusától két éves időtartamra program indult, amely 1800 védőnő kiképzését és területi munkába állítását tűzte ki célul. A képzés a fenti szakaszolással, hólabdászerűen, „train the trainer” rendszerben, az egészségügyi főiskolák felügyelete mellett folyik. A gyakorlati képzést továbbra is nőgyógyász szakorvosok látják el. Az így kiképzett védőnők – egyelőre – 5000 főnél kisebb lakosságszámú településen állnak munkába.

■ MI VÁRTHATÓ A VÉDŐNŐK ÁLTAL VÉGZETT VIZSGÁLATOKTÓL?

A védőnők bevonása a szűrővizsgálatba a szűrésnek mint szolgáltatásnak „helybevitelét” jelenti. Hozzáférhetővé teszi a szűrés azokon a településeken, ahol nem működik nőgyógyász. Azok számára is, akik valamely okból vonakodnak nőgyógyászhoz menni. Lehetőséget biztosít azoknak is, akik fontosnak tartják, hogy a kenetvételelt nő végezze.

A kis településeken a védőnők széles körű ismertségnek örvendenek. Ismertségüket, társadalmi kapcsolatrendszerüket felhasználhatják a felajánlott szűrés elfogadtatására. Képesek megszólítani azt a réteget is, akik régen vagy soha nem részesültek nőgyógyász által végzett szűrővizsgálatban. Meg tudják szólítani, így meg tudják nyerni a szűrés elfogadására a szociálisan és gazdaságilag hátrányos helyzetűeket, a kevésbé iskolázott asszonyokat, azokat, akiknek nincs kapcsolatuk a nőgyógyászati szakellátással.

A védőnők alkalmasak az asszonyok gátlásainak a feloldására. Mindenkinél alkalmasabbak arra, hogy kötetlen beszélgetés keretében szolgáljanak a szűrés előtti felvilágosítással, válaszoljanak az asszonyok kérdéseire, oldják szorongásukat, félelmeiket. Különösen fontos ez a szűrést követő olyan bizonytalansági időszakokban, amely a kenetvizsgálat eredményére való várománnyal jár együtt. A védőnők, mint tanácsadók, lehetőségei korlátlanok az egészséggel, az egészséges életmóddal, esetleg életmód-változtatással összefüggő kérdésekben.

Ha a visszakapott kenetvizsgálati eredmény negatív, a védőnő osztozhat az asszony felszabadult örömeiben. Ha nemnegatív sejtvizsgálati eredmény érkezik vissza, a védőnő nőgyógyászati szakellátásba irányítja a beteget. A „rossz hír” közlése, a tisztázás, a kórisme és az esetleges kezelés idején a védőnő lehetőségei korlátlanok.

■ EPILÓGUS

A címben szereplő kérdésre: „Mi várható a védőnők által végzett onkológiai szűrővizsgálattól?”, „makroskálán” választ keresve, azt mondhatjuk: a méhnyakszűrés módszertanának közelítését a nemzetközi ajánlásokhoz, az ország nőlakosságának

a jelenleginél teljesebb átszűrtségét, a méhnyakrák miatt előforduló jelenleg nagyon kedvezőtlen halálozás közelítését az európai átlagértékekhez; és nem utolsósorban a nők egészségi állapotának a javulását jelölhetjük meg.

IRODALOM

1. Döbrössy L. A méhnyakszűrés öt évtizede Magyarországon. *Nőgyógy. Onkol.* 2007;12:5–9.
2. Bodó M, Cseh I, Bősze P. Alarm helyzet a cervixprogramban: kérdések és feladatok. *Magy. Nőorv. L.* 1991;54:373–5.
3. Hakama M, Miller AB (eds). Screening for the uterine cervix. IARC Sci. Publ. No. 76. 1986.
4. Council of the European Union. Council Recommendations of 2 December on Cancer Screening. *Odd. J. Eur. Union* 2003;878:34–8.
5. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Cornides Á. Nőgyógyászati rákszűrés, vagy méhnyakszűrés? Klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése. *Orv. Hetil.* 2012;153:1302–13.
6. Állami számvevőszék. Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. 2008. május. www.asz.hu.
7. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Odor A, Fehér E. Screening for cervical cancer in Hungary: new role for health visitors. *Clinical Nursing Studies.* 2013;1:32–8.