ARCHIVUM

MELLÉKLETEK
A

KERETMEGÁLLAPODÁS KOMMUNIKÁCIÓS ÜGYNÖKSÉGI, NYOMDAI ÉS RENDEZVÉNYSZERVEZÉSI SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉRE

tárgyú közbeszerzési eljárás ajánlati dokumentációjához

1. <u>számú melléklet:</u>
Az emlő-, a méhnyak és a szív- és érrendszeri betegségek szűrésének menete és minőségbiztosítása
2. oldal

2. <u>számú melléklet:</u>
Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal egészségfejlesztési tevékenységének ismertetése és értékelése
15. oldal

3. <u>számú melléklet:</u>
A területi ÁNTSZ-ek szűrési koordinátoraival és egészségfejlesztőivel végzett helyzetelemzés alapján a jelenlegi kommunikációs tevékenység, kampányelemekkel és médiatermékekkel kapcsolatos saját tapasztalatainak, módszereinek, illetve eredményeinek elemzéséről
28. oldal

1. sz. melléklet

Az emlő-, a méhnyak és a szív- és érrendszeri betegségek szűrésének menete és minőségbiztosítása

I. SZERVEZETT, NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZŰRÉSEK

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010 keretében működő lakossági szűrővizsgálat személyes meghíváson és követésen alapuló szervezett lakosságszűrés**.** Az évente mintegy 1 millió személy szűrővizsgálatának személyi és tárgyi feltételeit, a nőgyógyászati vizsgálóhelyeket, citológiai laboratóriumokat, továbbá a megkívánt diagnosztikai és kezelési hátteret az egészségügyi ellátórendszer biztosítja.

Az egészségügyi miniszter a szűrővizsgálati rendszer bevezetésének és működtetésének irányításával az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ) bízta meg. Az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalának (OTH) Népegészségügyi Főosztálya az alábbi feladatokat végzi:
a) elősegíti a népegészségügyi program onkológiai szűrés céljainak megvalósulását, népszerűsítését;
b) összehangolja a szűrésben érintett szervezetek, OEP, szűrőállomások, háziorvosok, az ÁNTSZ regionális és kistérségi intézeteinek munkáját a folyamatos szűrési tevékenység végzése érdekében;
c) szakmailag felügyeli, irányítja a területi szűrő központok tevékenységét;
d) biztosítja a Szűrési Információs Rendszer (SZIR) működését, beleértve a nyilvántartó rendszert és az adatbázis kapcsolatokat;
e) biztosítja az adatvédelmet, felügyeli annak végrehajtását;
f) összefogja a szűrésekhez szükséges szűrési kapacitástervezést, ellenőrzi a ténylegesen rendelkezésre álló kapacitásokat;
g) értékeli, méri, elemzi a szűrési tevékenységet;
h) közreműködik a tevékenységét érintő jogszabálytervezetek, módosítási tervezetek véleményezésében, előkészítésében.

Az ÁNTSZ a feladatok összehangolására az Országos Tisztifőorvosi Hivatalban országos szűrési koordinátort nevezett ki.

Daganatos halálozás csökkenése érdekében - rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia.

A daganatos betegségek korai felismerésének eszköze a veszélyeztetett életkorban lévő magukat egészségesnek vélő panasz- és tünetmentes személyek időről-időre elvégzett szűrővizsgálata.

A népegészségügyi szűrővizsgálat - az 1997. évi CLIV. Törvény szóhasználata szerint célzott szűrővizsgálat – olyan a céllakosság meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott az egészségügyi ellátó rendszer által kezdeményezett népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátó rendszerbe integráltan, központi költségvetésből finanszírozottan működik.

I.1. A daganatos betegségek

A magyarországi és az európai daganatos halálozási statisztikák összehasonlító elemzése alapján megállapítható: Magyarországon a legmagasabb a daganatos megbetegedések miatti halálozás. Az Országos Onkológiai Intézet gondozásában működő Nemzeti Rákregiszter adatai szerint évente mintegy 66.000 esetben

állítják fel előrehaladott állapotú rosszindulatú daganat diagnózisát. A daganatos megbetegedések aránya egyre nagyobb a rokkantsági okok között.

A diagnosztizált női **emlődaganatok** száma évente 7500 körüli, ez a szám az összes daganatos halálozás 20%-át adja. Az új emlődaganatos esetek között a korán felfedezett emlődaganatok aránya növekedett, amely a gyógyulás esélyét nagymértékben javítja.

A **méhnyak-rák** az emlőrák után a női szervezet második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganata, száma az összes daganatos halálozás egytizedét teszi ki. Az esetek többsége 30-40 éves korban jelentkezik. Magyarországon évente mintegy 1100 új beteggel kell számolni, ugyanakkor a 2005. évet követő időszakban, az utolsó évben észlelt kedvezőbb mutatók kivételével stagnálás tapasztalható. A daganatos halálozás csökkentése érdekében - rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia.

I.2. A keringési rendszer betegségei

A keringési rendszer betegségei miatti halálozás legnagyobb részét a szíverek betegségei okozta halálozás teszi. E betegség következtében az európai uniós átlaghoz képest kétszer több nő és férfi hal meg. A keringési rendszer betegségei kiemelkedően gyakoriak Magyarországon: A 2003-as lakossági egészségfelmérés alapján az időskorú (65 év feletti) nők 74,2%-a, az idős férfiak 64,5%-a szenvedett valamilyen keringési betegségben.

Ugyancsak igen gyakori a magas vérnyomás betegség: a középkorúak közel harmadánál, az idős nők kétharmadánál diagnosztizálták.

II. MÉHNYAK-SZŰRÉS

A méhnyak-rák az emlőrák után a női szervezet második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganata. Az esetek döntő többsége nemileg aktív korban alakul ki. A világon évente 500 000 új eset fordul elő. Magyarországon évente mintegy 1100 új beteggel kell számolni. Az esetek többsége 35-65 éves korban jelentkezik, és átlagban 45-65 év között magasabb, mint a megadott életkorban.

Hazánkban a méhnyak-rák okozta halálozás 1996-2005 között több, mint kétszerese volt az uniós átlagnak. Ebben az időszakban, az utolsó évben észlelt kedvezőbb mutatók kivételével stagnálás tapasztalható. (l. előbbi KSH besorolást)

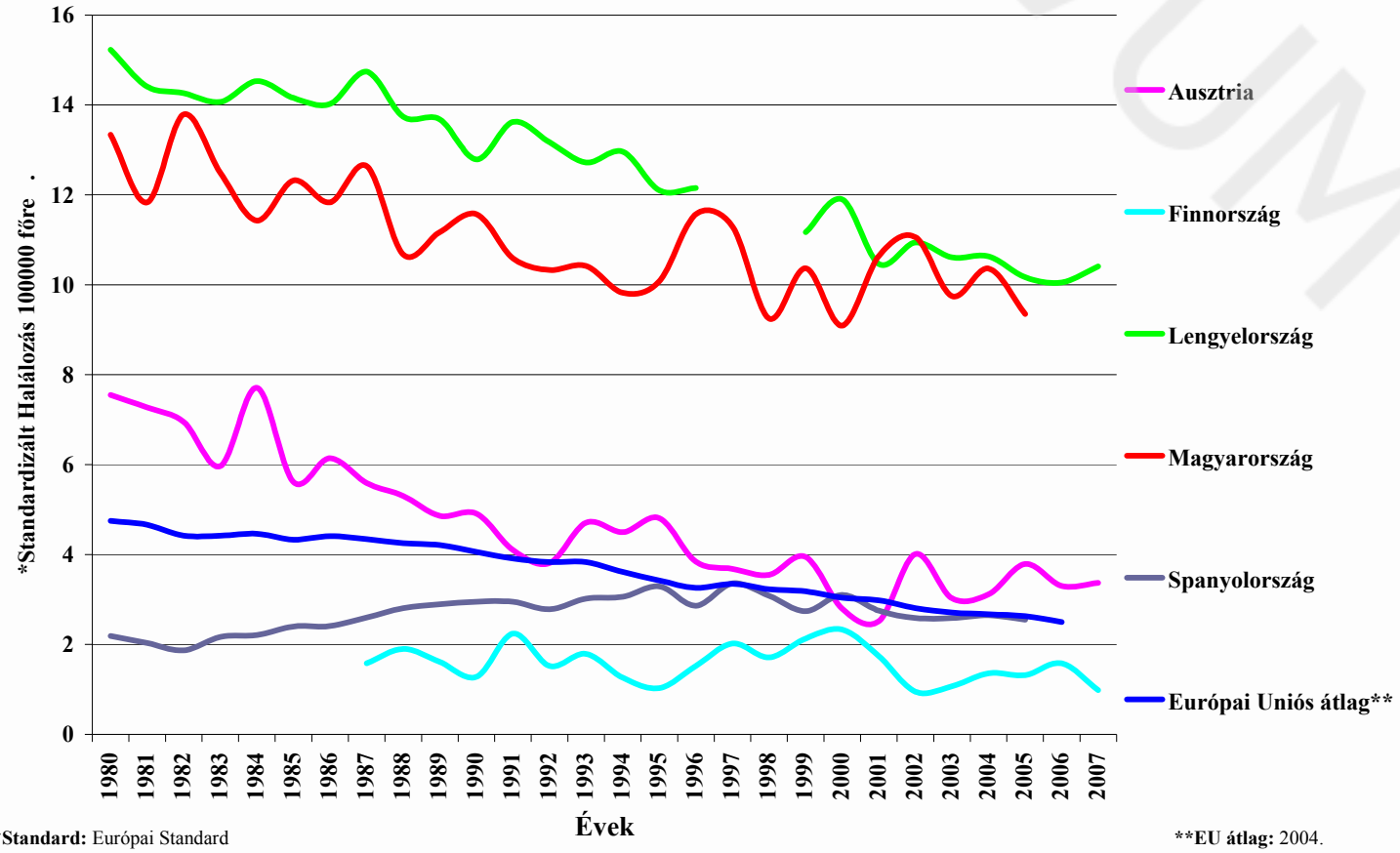
2006-ban a nemzetközi adatok alapján a 25-64 éves nők méhnyak-rákos halálozása Magyarországon - más közép-kelet-európai országhoz hasonlóan, így például Lengyelországhoz is - magas volt *(5. ábra)*. Ugyan a halálozás időbeni alakulását vizsgálva megállapítható, hogy a méhnyak-rák okozta korai halálozás kisebb ingadozásokkal minimális javulást mutatott 2006-ra *(5. ábra),* de e mutató még ekkor is több mint három és félszer magasabb volt hazánkban, mint az EU15 ország átlaga, illetve megközelítőleg két és félszer annyi volt, mint Ausztriában *(3. táblázat)*.

A település szintű bontásban végzett elemzésnél a 25-64 éves nők körében emelkedett halálozás volt megfigyelhető Budapest egyes kerületeiben, Bács-Kiskun, Pest megye és Zala megye egyes településein, a keleti országrészben Nógrád, Hajdú-Bihar és Békés megye egyes területein *(6. ábra)*. Figyelemfelhívó volt a halálozási többlet Budapest egyes kerületeiben, hiszen az ország női populációjának egynegyede itt él és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is itt a legkevésbé korlátozott.

ARCHÍVUM

5. ábra

A méhnyak rosszindulatú daganata miatti standardizált* halálozás változása Magyarországon, néhány európai országban és az EU átlagában, 1980-2007.



***Standard:** Európai Standard populáció 1976. évi

****EU átlag:** 2004. május 1. előtti 15 ország

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Gyáli út 2–6., Tel.: 06 (1) 476-1100/2641 mellék, E-mail: bicsak.krisztina@oth.antsz.hu

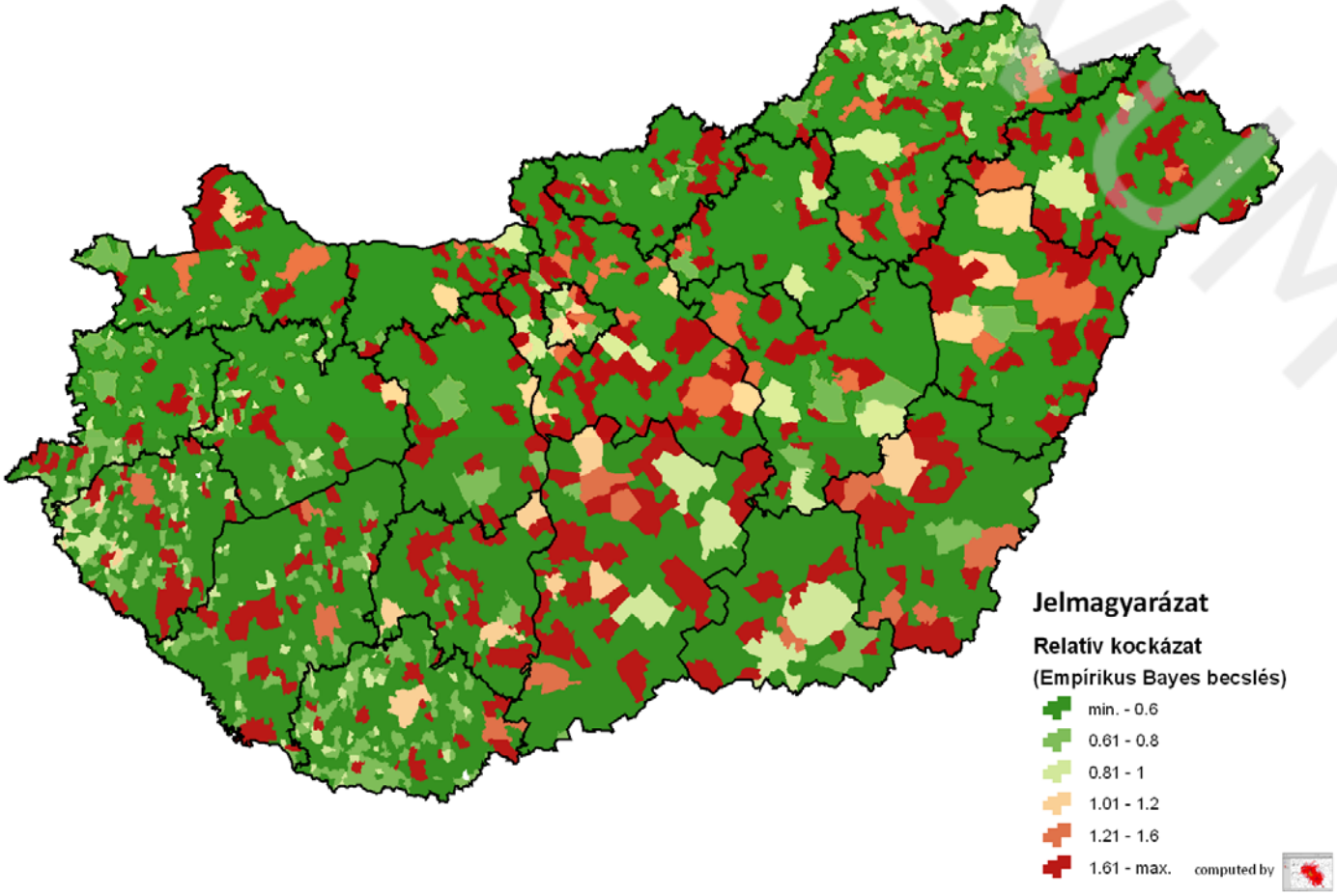
Szűrőprogramok Országos Kommunikációja TÁMOP-6.1.3-08/1-2008-0002

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÚMFT Infovonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe
Új Magyarország FEJLESZTÉSI TERV

6. ábra

A méhnyak rosszindulatú daganata miatti halálozás területi egyenlőtlenségei Magyarországon, 2003-2007.



Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Gyáli út 2–6., Tel.: 06 (1) 476-1100/2641 mellék, E-mail: bicsak.krisztina@oth.antsz.hu

Szűrőprogramok Országos Kommunikációja TÁMOP-6.1.3-08/1-2008-0002

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÚMFT Infovonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe
Új Magyarország FEJLESZTÉSI TERV

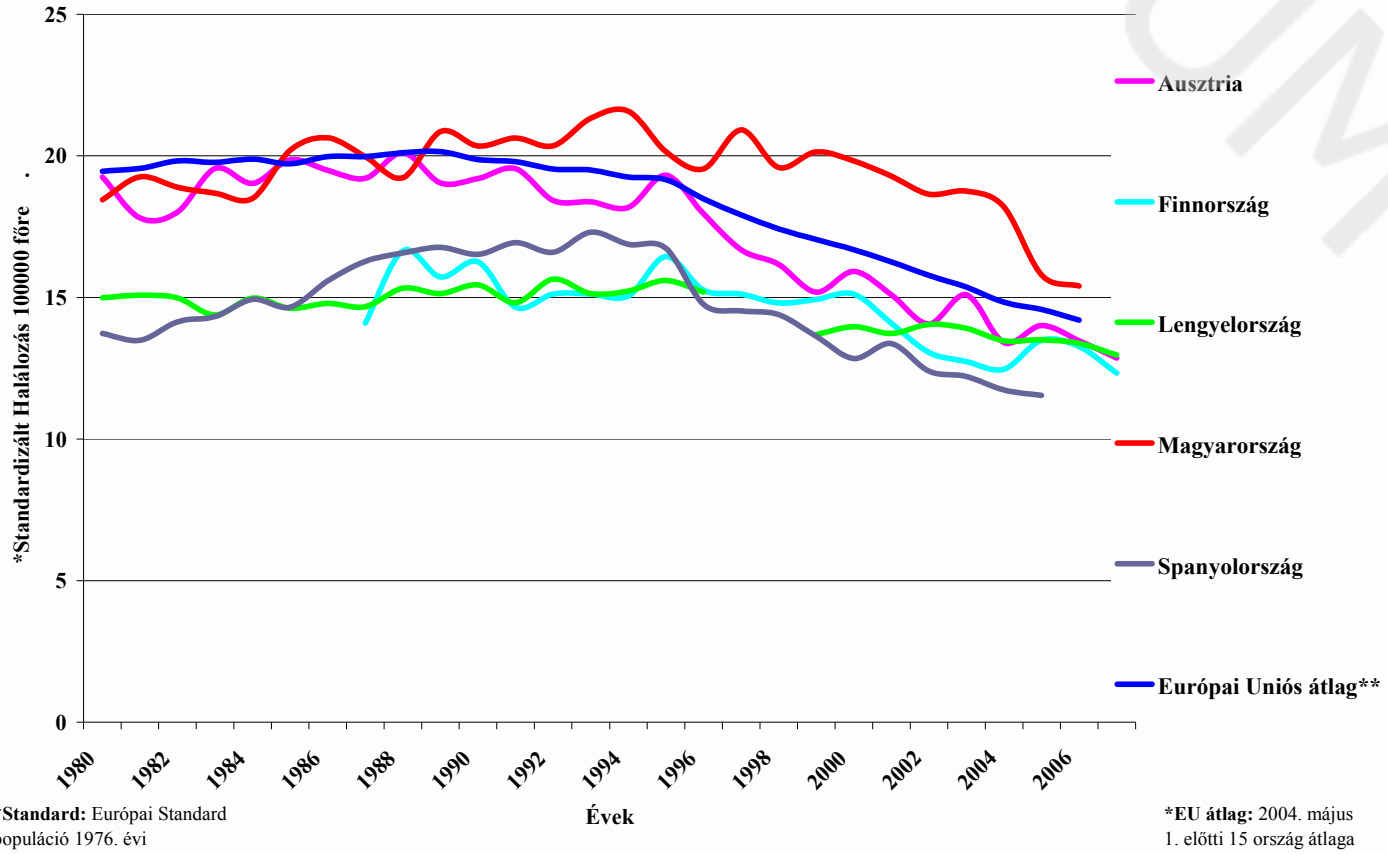
ARCHÍVUM

III. EMLŐSZŰRÉS

Emlődaganat miatt a magyar női lakosság halálozásában 1980-1994-ig kisebb ingadozásokkal emelkedés volt megfigyelhető, majd 1995-től – szintén ingadozásokkal – nagyobb mértékű csökkenés indult el 2007-ig *(3. ábra)*. 1980-tól 1990-ig Magyarország, Ausztria és az EU15-országok emlődaganat okozta halálozása közel azonos szinten emelkedett, majd 1991-től Magyarországot kivéve csökkent a halálozás *(3. ábra)*. Sajnálatos, hogy míg Ausztria női lakosságának emlődaganat okozta halálozása 1980-ban még magasabb volt 4%-kal a magyar nők halálozásánál, addig 2006-ra hazánk női népessége e tekintetben átvette a „vezető szerepet", miszerint már 14%-kal magasabb volt a halálozásuk az osztrák nőkétől *(3. táblázat)*. Ugyanez mondható el, amennyiben az EU15-átlagot tekintjük viszonyítási alapnak, hiszen 1980-ról 2006-ra mintegy 13%-kal emelkedett a magyar nők emlőrákos halálozása az EU15-átlaghoz képest *(3. táblázat)*.

3. ábra

Az emlő rosszindulatú daganata miatti standardizált* halálozás változása Magyarországon, néhány európai országban és az EU átlagában, 1980-2007.



***Standard:** Európai Standard populáció 1976. évi

***EU átlag:** 2004. május 1. előtti 15 ország átlaga

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Gyáli út 2–6., Tel.: 06 (1) 476-1100/2641 mellék, E-mail: bicsak.krisztina@oth.antsz.hu

Szűrőprogramok Országos Kommunikációja TÁMOP-6.1.3-08/1-2008-0002

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÚMFT Infovonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe
Új Magyarország FEJLESZTÉSI TERV

3. táblázat

Az emlőrák és a méhnyak-rák miatti halálozás relatív kockázata Magyarországon az EU-átlaggal* és Ausztriával szemben, 1980-2006.

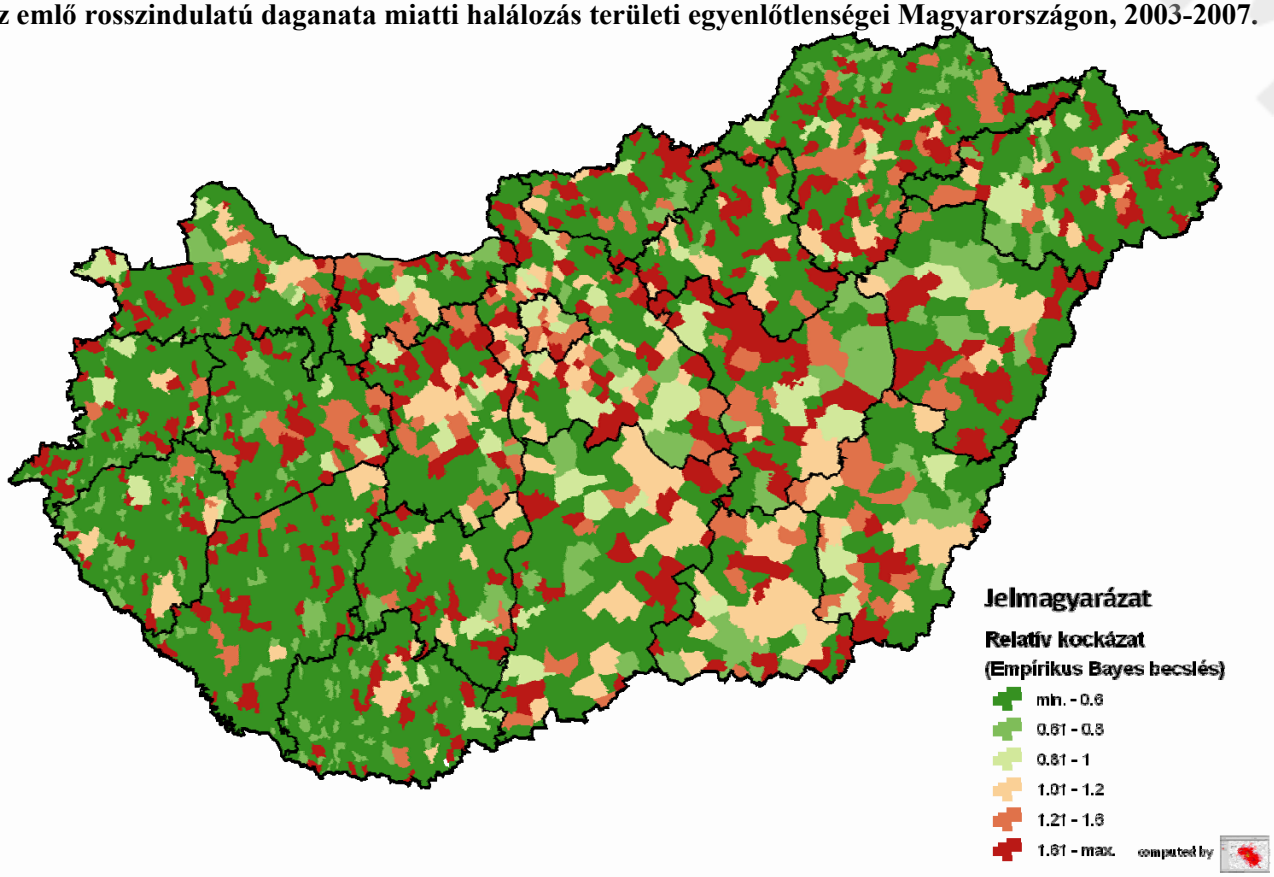
	EMLŐRÁK		MÉHNYAKRÁK	
	Relatív Halálozási Kockázat			
	EU15-átlag=1,00	Ausztria=1,00	EU15-átlag=1,00	Ausztria=1,00
1980	0,95	0,96	2,81	1,77
1990	1,02	1,06	2,85	2,36
2000	1,19	1,24	2,99	3,25
2006	1,08	1,14	3,56	2,47

*EU-átlag: 2004. május 1. előtti 15 ország átlaga

Magyarországon az emlődaganat miatti halálozás területi egyenlőtlenségeit tekintetve Budapest és Jász-Nagykun-Szolnok megye női lakosságának körében találtuk a szignifikánsan legmagasabb halálozást (SHH_{megye}=118%; $P<0,05$), de emelkedett halálozási kockázatú területek voltak megfigyelhetők Észak-Magyarország régióiban (Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén megye), valamint a legkevésbé kedvezőtlen helyzetű területeknek – Fejér megye kivételével - a dunántúli régiók bizonyultak *(4. ábra)*.

4. ábra

Az emlő rosszindulatú daganata miatti halálozás területi egyenlőtlenségei Magyarországon, 2003-2007.



Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Gyáli út 2–6., Tel.: 06 (1) 476-1100/2641 mellék, E-mail: bicsak.krisztina@oth.antsz.hu

Szűrőprogramok Országos Kommunikációja TÁMOP-6.1.3-08/1-2008-0002

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÚMFT Infovonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe
Új Magyarország FEJLESZTÉSI TERV

A családorvosok feladatai az emlőszűrésben

Az alapellátás szakszemélyzetének jelentős adminisztratív és egészségnevelői feladatai vannak az egészségügyi ellátórendszer által szervezett szűrés működtetésében. Ennek érdekében elvárható tőlük, hogy

- legyenek tisztában a szervezett szűrés szakmai és szervezési irányelveivel, a szűrővizsgálat utáni beutalási rendszerrel, és a betegkövetésben rájuk háruló feladatokkal;
- vezessenek külön nyilvántartást a körzetükben regisztrált, az életkor alapján szűrésbe bevonandó asszonyokról, és időről-időre vezessék be a szűrési korcsportba belépő asszonyok adatait, és töröljék az abból kilépőket. Személy szerint tartsák nyilván a szűrővizsgálaton részt vett és bármely okból részt nem vett asszonyokat; tartsák nyilván a szűrésben, részesültek szűrővizsgálati eredményeit és követési adatait.
- személyes kapcsolataik felhasználásával motiválják és stimulálják a meghívottakat arra, hogy elfogadják az ajánlott szűrővizsgálatot; vegyenek fel kapcsolatot, a részvételt megtagadó asszonyokkal, igyekezzenek kideríteni távolmaradásuk okát, és beszéljék rá őket a részvételre.

IV. SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI SZŰRÉSEK

A szűrés alkalmas legyen a gondozási fokozatok megállapítására, amely az egyén egészségi állapotát fejezi ki. Átmeneti, vagy tartós egészségkárosodás, amely panaszt okoz, - de panaszmentesség mellett is - kezelést igényel.

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Szűrőprogramok Országos Kommunikációja projektjében a hipertónia szűrése kerül kiemelésre.

V. SZŰRŐVIZSGÁLATOK RÉSZLETES BEMUTATÁSA

A szervezett, népegészségügyi szűrésekre a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997.(XII.18.) NM rendelet rendelkezik.

V.1. MÉHNYAK-SZŰRÉS

A szűrés elsődleges célja felismerni és kezelni a méhnyak-rákmegelőző állapotait és a korai méhnyak-rákot is.

Másodlagos célja az, hogy a nőgyógyászati vizsgálat által nyújtott lehetőséget felhasználják arra, hogy felismerjenek minden olyan egyéb kóros elváltozást, amely orvosi figyelmet, kezelést igényel, ám még nem okozott olyan panaszokat, amelyek miatt a vizsgált asszony szakorvoshoz fordult volna.

A nőgyógyászati szűrővizsgálaton részt vevők:

A lakossági szűrővizsgálatra minden 25 - 65 év közötti nő, nevére címzett személyes hangú meghívót kap, amelyben a szervezők felhívják a figyelmét a szűrővizsgálat mibenlétére és fontosságára, és azt tanácsolják, hogy keresse fel a lakóhelye szerint illetékes nőgyógyászati szakrendelést, vagy kórházi nőgyógyászati osztályt (ezek

címmel ellátott listáját mellékelik), ahol a szűrővizsgálatot térítésmentesen, azaz ingyen elvégzik.

Ajánlatos, hogy minden meghívott asszony részt vegyen a szűrővizsgálaton. Különösen azoknak a részvétele létfontosságú, akik még korábban sohasem részesültek szűrővizsgálatban, mert a statisztikák szerint ezek soraiból kerülnek ki az elhanyagolódott, nehezen kezelhető, halálos kimenetelű méhnyak-rák esetek (ez igazolja azt az állítást, hogy a szűrővizsgálat életmentő lehet).

Fontos tudni: akárhány éves az asszony, ha bármi rendellenességet észlel, késedelem nélkül forduljon nőgyógyász szakorvoshoz.

V.2. EMLŐSZŰRÉS

Az emlőszűrés azoknak az asszonyoknak a rendszeresen - kétévenként - megismételt mammográfiás vizsgálata, akiknek ugyan nincsenek emlővel kapcsolatos tüneteik és panaszaik, ámde életkoruk miatt ki vannak téve az emlőrák kifejlődése kockázatának. Ez a kockázat a 45 és 65 év közötti életkorban a legnagyobb. A szűrés célja a kezdeti szakaszban lévő, korai, kicsi, még nem is tapintható rosszindulatú csomók felkutatása.

Az emlőben kifejlődő daganat mérete és a szóródás megindulása közötti összefüggés közismert. A 10 mm-nél nem nagyobb átmérőjű, tehát a tapinthatóság határán (ezt általában 15 mm-ben határozzuk meg) lévő elsődleges daganatos gócok mellett is már mintegy 15-20%-ban vannak helyi vagy regionális, azaz a daganat környezetében lévő nyirokcsomókban áttétek. Az áttétek gyakorisága ennél nagyobb rosszindulatú elváltozások esetében sokkal nagyobb, ennél kisebb daganatok esetében jelentősen kisebb lehet. A szűrővizsgálat tulajdonképpeni célja nem egyszerűen a daganatok kimutatása, hanem a még nem tapintható daganatok felkutatása az emlőben.
A szűrés nem-negatívnak ítélt eseteiben további vizsgálatok vezetnek el a diagnózisig. Az emlőszűréssel felismert korai, még kifejlődőben lévő emlőrák mielőbbi felismerése és kezelése életmentő lehet.

Az emlő-szűrővizsgálat módszerei: mammográfia és tapintásos emlővizsgálat:

A mammográfiás vizsgálat a ma rendelkezésünkre álló leghatásosabb szűrővizsgálati módszer, mert az olyan parányi méretű daganatot is észreveszi, amely még túl kicsi ahhoz, hogy akár a vizsgált asszony, akár a szakorvos tapintással érzékelje. Mammográfia az emlők röntgenvizsgálata. Olyan bizonyítottan hatásos vizsgáló módszer, amely képet tud alkotni az emlő állományában rejtetten fejlődő kis átmérőjű korai rákról is.

Mint szűrővizsgálati módszer, kellően érzékeny és fajlagos:
- érzékenysége a tapintásos emlővizsgálattal kombinálva szakirodalmi adatok szerint mintegy 91-97%, azaz 100 esetből 91-97 esetben ismeri fel az emlőben lévő csomót,
- fajlagossága pedig 87-97% közötti, azaz 100 esetből 3-13 esetben pozitív eredményt ad akkor is, amikor az emlőben látott elváltozás a további tisztázó vizsgálatokkal negatívnak, azaz nem rákosnak bizonyul.

Az emlők szakszerű áttapintása gyakorlott szakszemélyzet által (az ún. fizikális emlővizsgálat) alkalmas ugyan a viszonylag kisebb, de már nem kicsi emlőrákok kimutatására, de a szűrés tulajdonképpeni céljának elérésére a még nem tapintható emlőbeli csomók észrevételére nem képes.

Minden 45-65 év közötti nő kétévente egyszer személyes, névre szóló meghívólevelet kap mammográfiás szűrővizsgálatra. A meghívólevélben a szűrés szervezői pontosan értesítik a szűrendőt a szűrés helyéről és

idejéről. A meghívólevélben megadott időpontot, vagy időpontokat a felesleges és kényelmetlen várakozás elkerülése érdekében érdemes betartani. Ha a megadott időpont a meghívottnak nem felel meg, lehetősége van új, időpont egyeztetésére.

A szűrővizsgálat eredménye:
A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy minden 100 mammográfiás szűrővizsgálatból kb. 94 negatív eredménnyel végződik, azaz a röntgenfelvételeken az életkornak megfelelő emlőszerkezet ábrázolódik ki és semmiféle kóros eltérés sem látható. A szűrőállomás 2 héten belül értesíti a szűrővizsgálat eredményéről a szűrteket, valamint annak háziorvosát is.

A mammográfiás vizsgálat alapján nem-negatív esetek további vizsgálata:
A kiegészítő vizsgálatok célja az, hogy a rendellenességet - esetleg a rosszindulatú emlőbetegség felmerült gyanúját - megerősítsék, vagy kizárják.
A kivizsgálás több lépésből áll:

- ultrahangos vizsgálat,
- anyagvétel sejtvizsgálatra
- sebészi kimetszés

Hangsúlyozni kell, hogy az utolsó szót, az emlőrák diagnózisát, csakis a szövettani vizsgálat mondhatja ki. A nem-negatív mammográfiás lelet nem minden esetben jelent pozitív eredményt. A visszahívottaknál a kiszűrt rendellenességek mintegy fele a további vizsgálatok folyamán nem bizonyul rosszindulatú elváltozásnak. Az elvégzett 100 szűrővizsgálatból 3-4 esetben fordul elő olyan elváltozás, amely további orvosi kezelést igényel.

V.3. KARDIOVASZKULÁRIS SZŰRÉS

A hipertónia, magasvérnyomás-betegség a harmadik leggyakoribb halálok a világon. Magasvérnyomás-betegséget említ a tudomány, ha a vérnyomás értéke tartósan meghaladja a 140/90 Hgmm értéket. A súlyos, igen magas vérnyomással járó, kezeletlen hipertónia 1 éven belül 80 %-ban halálhoz vezethet.

A vérnyomás eltérő értékei

Vérnyomás érték	**Hgmm**
Optimális érték	120/80
Normál érték felső határa	130-140/85-90
Enyhe hipertónia	140-160/90-100
Közepes hipertónia	160-180/100-110
Súlyos hipertónia	180/110 felett

A hipertónia rizikó tényezői lehetnek:

- Túlsúly,
- Mozgásszegény életmód,
- Dohányzás,
- Túlzott alkoholfogyasztás
- Stressz,
- Életkor: 65 év felett a hipertónia gyakorisága 60%,
- A nem, mint kockázati tényező: a változókor után, 60-65 év felett a nők vérnyomása meghaladja a férfiakét, ezáltal a hipertónia is gyakrabban fordul elő. Ennek oka a nemi hormonok csökkenésében keresendő.
- Túlzott só fogyasztás

A szűrés hitelesített (órás, vagy digitális) manométerrel történik. Amennyiben lehetséges, a vérnyomást 3 perces szünet közbeiktatásával az azonos oldalon legalább kétszer mérjék meg. Ha a két érték között különbség van, a számtani átlag kerül följegyzésre.

Ajánlatos nemcsak a jobb, hanem a bal felkaron is megmérni a vérnyomást. A jobb felkart azért részesítik előnyben, mert fiziológiásan magasabb ezen az oldalon a vérnyomás. A két kar közötti különbség azonban nem haladhatja meg normálisan a 10 Hgmm-t.

Ha az alapszűrésben a hipertónia gyanúja fölmerül, a kétszeri mérés indokolt. Ha a felkaron ismételt közepes vagy súlyos hipertóniát mérnek, célszerű a lábon is meghatározni a vérnyomást. Normális esetben, a lábon mért vérnyomás értéke jóval meghaladja a felkaron mért értéket. Kóros esetben, fordított a helyzet.

A testsúly, mint rizikótényező:

Az ideális testsúlytól való eltérést legpregnánsabban a testtömeg-index és a testzsír-tartalom százalékos mértéke fejezi ki. A SZOK projektben a BMI index és has-körfogat meghatározására kerül sor.

A túlsúly és az elhízás meghatározása a testtömeg index (BMI) alapján:
BMI index: a testsúly kilogramm értékének és a testmagasság méterben kifejezett értéke négyzetének a hányadosa.

Testsúly- és testmagasság mérés:

Lehetőleg reggeli órában, az ellenőrzéskor azonos típusú öltözékben kell mérni a testsúlyt. A fizikai megterhelés vagy vízhajtó bevétele után mért testsúly (fogyókúrázók!) az előbbiek figyelembevételével értékelendő. A testmagasságmérés falra szerelhető eszköz vagy állvány segítségével, esetleg a falra lerajzolt magassági adatok leolvasásával történik. Figyelembe kell venni a cipősarok magasságát is.
A testtömeg-index kiértékelése az alábbi táblázat alapján történik.

ARCHÍVUM

BMI-érték	Testsúly jellege
20 alatt	Soványság
20-25 között	Normális
25-30 között	Túlsúly
30-40 között	Súlyos elhízás
40 felett	Kóros elhízás

Minél magasabb a BMI értéke, annál nagyobb bizonyos betegségek gyakorisága. Főként a következő betegségekre igaz ez az állítás: vérnyomás betegség, szívkoszorúér megbetegedés, cukorbetegség, légző rendszeri megbetegedések, bizonyos rákbetegségek (mellrák, méhnyak rák, bőrrák).

A BMI nem megbízható index a betegségek kialakulásának gyakoriságával kapcsolatban a következő csoportok esetében:

- Terhes nőknél
- Sportolóknál és fejlett izomzattal rendelkező egyéneknél
- Fejlődésben lévő gyermekeknél
- Idősebb embereknél, akiknél nehéz meghatározni a pontos testmagasságot

Túlsúly esetén, a kövér emberekben a hipertónia előfordulása csaknem kétszer olyan gyakori, mint a normál testsúlyúakban.

Has-körfogat mérés:

A has-körfogatot az alsó bordaív és a csípőcsont felső-mellső részének távolsága közepén, tehát nem a köldök magasságában kell mérni, hanem kb. 2-3 cm-rel a köldök fölött.

Az elhízás atherogén következményei elsősorban a hasra terjedő, abdominális-viscerális, alma típusú elhízásból származnak, férfiaknál 94 cm, nőknél 80 cm feletti has-körfogat mellett már növekszik a kockázat, 102 illetve 88 cm felett már nagy kockázatról beszélhetünk. A WHO az ilyen mértékű elhízásban szenvedőket egészségügyi szempontból fokozottan veszélyeztetettnek minősíti. A hasüregi zsír növeli az érelmeszesedés kialakulásának kockázatát (Pados Gy. 2001)

VI. SZŰRŐVIZSGÁLATOK MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSA

A minőségellenőrzés a szűrés összetett folyamatának minden mozzanatára kiterjed:

- a meghívottak részvételét előmozdító adminisztratív tevékenységekre,
- a nőgyógyászati vizsgálat során vett kenet jó minőségére,
- a kenet laboratóriumi feldolgozásának technikai színvonalára,

ARCHÍVUM

- a citológiai lelet kiértékelésének és a diagnosztikai eljárások pontosságára,
- a korszerű kezelés biztosítására.

A minőségellenőrzés, szakmai protokollokat dolgoz ki, amelyben meghatározza az egyes munkafázisokban követendő eljárásokat, szakmai elvárásokat (standardokat), és olyan számszerű mutatókat (indikátorokat) alkalmaz, amelyekkel a tevékenységek minősége mérhető. Elvárja, hogy minden szűrést végző munkahely, különösen minden citológiai laboratórium maga is rendszeresen végezzen belső minőségellenőrzést. A külső minőségellenőrzést országos hatáskörű szakmai felügyeleti rendszer végzi, amely a szűrőállomások adatainak értékelése alapján időről-időre elbírálja, hogy működésük szakmai színvonala megfelel-e a követelményeknek. A minőségbiztosítás fontos eleme a szakemberek képzése és továbbképzése.

A lakosságszűrés rendszerének működési költségeit az egészségügyi kormányzat Egészségbiztosítási Alapja, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár fedezi.

VII. SZŰRÉSEK GAZDASÁGI HATÁSA

A daganatos betegségek gazdasági kihatásai jelentősek. Az Országos Onkológiai Intézet gondozásában működő Nemzeti Rákregiszter adatai szerint évente mintegy 66.000 esetben állítják fel a rosszindulatú daganat diagnózisát előrehaladott állapotban. A daganatos megbetegedések számaránya egyre növekszik a rokkantsági okok között.

A különösen drága „daganatgyógyítás" terhelése fokozódik, szemben a megelőző, vagy korai stádiumban felismert problémákkal. (korai stádiumú, kis emlőrák mintegy 0,3-0,7-1 millió Ft költséggel teljesen gyógyítható, míg egy előrehaladott stádium gyógyítása, rehabilitációja 50 millió Ft-ot is elérheti)

A szűrésekkel nyerhető haszon, az elfogadható költség révén nyert populációs szintű életévnyereség elmarad. Valamennyi szűrés egészségügyi közgazdasági szempontból pozitív nettó jelenértékkel bír (Kovács A. 2008).

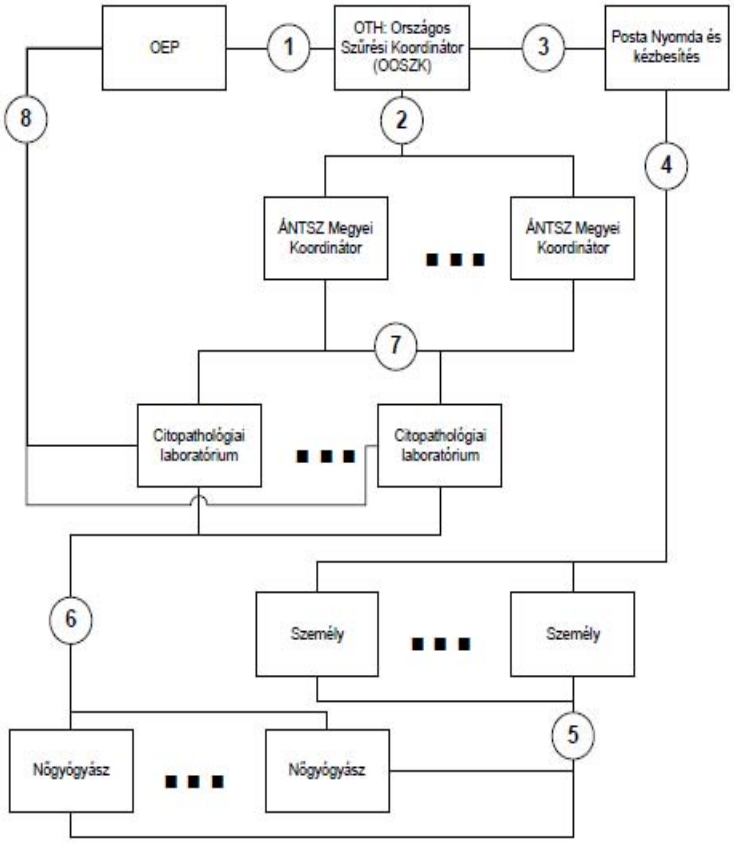
Budapest, 2009. 10. 30**.**

Dr. Mártonné dr. Nánási Judit

ARCHÍVUM

1. sz. melléklet

A MÉHNYAK SZŰRÉS SZERVEZETE



1. Az OEP lakos adatokat szolgáltat időszakonként (havonta) OTH felé (CD adathordozón), amely lakos-lista tartalmazza a népegészségügyi méhnyak-szűrésen részt vehető személyeket. Az OTH esetleges hibajelzéseket ad OEP felé.
2. Az OTH a lakos adatokat megyékre elkülöníti, és a megyei lakos-listát szolgáltatja ÁNTSZ megyei Területi Szűrési Koordinátorok (TOSZK) felé (on-line), amely lakos-listából a TOSZK szűrés-listákat készít földrajzi területekre, vagy háziorvosokra időszakonként. A TOSZK esetleges hibajelzéseket ad OTH felé.
3. Az OOSZK a TOSZK szűrés-listák szerint összesített lakos-lista adatokat eljuttatja a Postának (FTP-kapcsolaton keresztül). A Posta a nyomdai tevékenységéről és a levelek kézbesítéséről jelentést, és esetleges hibajelzést ad OOSZK felé.
4. A Posta a nyomdai úton elkészített, borítékba hajtogatott, és „Nőgyógyász rendelési idő" mellékelettel ellátott behívó leveleket a szűréslistában szerepeltetett címekre postai úton kézbesíti.
5. A megszólított hölgy elmegy a behívólevél mellékletében szerepeltetett valamelyik Nőgyógyász rendelésre méhnyak-rák szűrésre
6. A nőgyógyász a levett keneteket továbbítja a citopatológiai laboratóriumba
7. A citopatológiai laboratórium a vizsgált kenetekről időszakos jelentést ad az ÁNTSZ megyei koordinátorainak, akiknek a szűréslistáján a hölgy szerepelt.
8. A citopatológiai laboratórium a vizsgált kenetekről időszakos jelentést ad az OEP-nek.

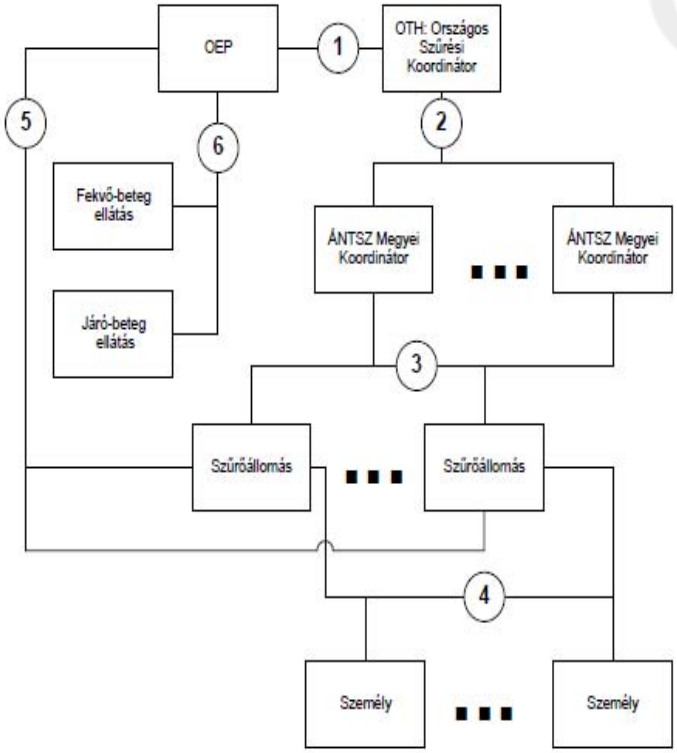
Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
1097 Budapest, Gyáli út 2–6., Tel.: 06 (1) 476-1100/2641 mellék, E-mail: bicsak.krisztina@oth.antsz.hu

Szűrőprogramok Országos Kommunikációja TÁMOP-6.1.3-08/1-2008-0002

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
ÚMFT Infovonal: 06 40 638 638
nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Befektetés a jövőbe
Új Magyarország FEJLESZTÉSI TERV

AZ EMLŐSZŰRÉS SZERVEZETE



1. Az OEP lakos adatokat szolgáltat időszakonként (havonta) OTH felé (CD adathordozón), amely lakos-lista tartalmazza a népegészségügyi emlő-szűrésen részt vehető személyeket. Az OTH esetleges hibajelzéseket ad OEP felé.
2. Az OTH a lakos adatokat megyékre elkülöníti, és a megyei lakos-listát szolgáltatja ÁNTSZ megyei Területi Szűrési Koordinátorok (TOSZK) felé (on-line), amely lakos-listából a TOSZK szűrés-listákat készít szűrőállomásokra időszakonként. A TOSZK esetleges hibajelzéseket ad OTH felé.
3. A TOSZK a szűrés-listák lakos adatait eljuttatja a szűrőállomásokra (floppy-n vagy Internetes eszközökön). A szűrőállomások a tevékenységükről jelentést, és esetleges hibajelzéseket adnak TOSZK felé.
4. A szűrőállomások a szűrés-listák alapján behívólevelet küldenek a lakosoknak, értesítik a háziorvosokat (HO) a behívásokról, majd megvizsgálják a lakost, és a vizsgálat eredményétől függően (Nem-Negatív, Negatív) visszahívják, vagy sem.
5. A szűrőállomások a megjelenések alapján jelentést küldenek az OEP felé. Az OEP hibalistát küld a szűrőállomásnak, amennyiben nem a népegészségügyi szűrésre jogosultat jelentették. Az OEP az OTH adatszolgáltatás összeállításakor figyelembe veszi a szűrőállomás jelentéseit.
6. Az OEP az OTH adatszolgáltatás összeállításakor figyelembe veszi a járó- illetve fekvő-beteg nyilvántartás aktuális adatait.

Felhasznált irodalom:

Dr. Döbrőssy L. (2000) Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest

Dr. Kovács Attila (2008) MT jelentés

Dr. Pados Gy. (2001) Elhízás és korszerű kezelése. Springer Kiadó, Budapest

Dr.Szepesvári E.- Dr.Szepesvári Sz. (1995): Szűrővizsgálatok. Springer Kiadó, Budapest

www.onkologia.hu

ARCHÍVUM

2. sz. melléklet

Az OTH egészségfejlesztési tevékenységének ismertetése és értékelése

„Egészség Évtizedének Nemzeti Programja”

A magyar népesség egészségi állapotában kedvezőtlen változások voltak megfigyelhetők az elmúlt három évtizedben, amelyek a társadalmi-gazdasági feltételek változásával voltak kapcsolatban. A hatékony népegészségügyi stratégia kialakítása szempontjából három megválaszolandó kérdés merül fel:

- Mi határozza meg egy adott népesség egészségi állapotát?
- Melyek azok az egészségügyi ráfordítások, amelyek a lakosság egészségi állapotában a leggyorsabb és legjobban érzékelhető javulást eredményezik?
- Melyek azok a stratégiák, amelyek az emberi jogokkal összhangban hatékonyan segítik az egyének egészségi állapotában tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését?

Az egészséget a mindennapi élet alakítja. Az egészségtudatos magatartás kialakulásának intézményes kereteit a család lakóhelye, a helyi közösség, a munkahely, az iskola és az egyéb társadalmi intézmények alkotják. Az elmúlt évtizedek nemzetközi tapasztalatai azt mutatják, hogy a mindennapi élet meglévő intézményeire építő egészség megőrzési stratégia hatékony és sikeres lehet.

Az egészséges élet színtereinek programjait jól kiegészíti az életciklusok szerinti gondolkodás.

Különös jelentősége van az egészséges életkezdetnek, a ***gyermekek és az ifjúság egészségfejlesztésének***. Az egészséges életre való felkészítés beruházás a jövőbe, és hosszú távon egy a mainál sokkal egészségesebb Magyarország ígérete. A gyermekek, az ifjúság körében a legjobbak a kedvező változás esélyei, ez hatással lehet a család egészére.

Az ***idős állampolgárok*** számbeli és társadalmi súlya egyre nő, számukra is biztosítani kell az esélyt az aktív életre, az önmegvalósításra. Ez az egyének és a társadalom érdeke, az egészség- és a szociálpolitika összehangolása, a megfelelő szolgáltatások biztosítása, a közösségi erőforrások mozgósítása jelentős előrelépést biztosít e területen. Az idősek sajátos problémáinak oktatása az egészségügyi és szociális irányú képzés részévé kell válnia. Társadalmi szemléletváltás a feltétele annak, hogy az időskort mint tevékeny és hasznos életszakaszt lássa az emberek többsége, ehhez szükséges a helyi és országos média elkötelezettsége és tájékoztató munkája. Az idősek életminőségének javításához kiemelten fontos az egészségügyi és szociális intézményrendszer egyes elemeinek fejlesztése, az alapellátás és szociális intézmények idősbaráttá tétele.

Az **elkerülhető halálozások, megbetegedések megelőzése** az egész egészségügyi ellátó rendszer feladata, minden egyes kezelés része. Népegészségügyi szempontból a gyógyító ellátás, a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés egységben, koordináltan kell megjelenjen az ellátó rendszerben. A megbetegedési viszonyok átalakulása, az elérhető korszerű gyógymódok és a költségrobbanás új helyzetet hozott létre az egészségügyi szolgálatban. Az ellátórendszer az egyén és körülményei egészéből kell kiinduljon, nem csupán egy adott megbetegedésből. Egyszerre van szükség az egyéni és népességi szintű megközelítésekre.

Népegészségügyi szempontból nincs ellentmondás a gyógyítás és a megelőzés között. A megelőző és a gyógyító munka egymást kiegészítő és támogató tevékenységek. Minden találkozási ponton az egészségügy egészség-orientált módon kell, hogy szemlélje az egyént. Különösen fontos ez az alapellátásban.

Egészen a közelmúltig a betegség megelőzés a magas kockázati csoportokra irányult és a közepes, vagy alacsony kockázati csoportok jórészt kívül estek a figyelem fókuszából. Ugyanakkor tény, hogy bár a magasabb kockázati szint nagyobb valószínűséggel jár megbetegedéssel, halálozással, az össz-megbetegedés és halálozás nagyobb része a közepes és alacsony kockázatúakból kerül ki.

A megelőzési tevékenység integráltan kell, hogy megjelenjen az ellátási rendszerben, egyszerre odafigyelve a magas kockázatú, hátrányos helyzetű csoportokra, és csökkentve a kockázatot a lakosság egészében.

A magyar népesség megbetegedési és halálozási viszonyai az elmúlt évtizedben nem mutattak számottevő javulást, sőt bizonyos betegségtípusok (pl.: egyes daganatos betegségek) előfordulási gyakorisága folyamatosan növekszik. A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az elkerülhető, az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben.

A krónikus nem fertőző megbetegedések egyéni hajlama genetikai, biológiai, magatartásbeli és környezeti tényezőktől függ. Bár a kutatások fényében úgy tűnik, hogy az örökletes tényezők szerepe fontosabb, mint ahogy ezt korábban feltételezték, a megelőzés fő útja a magatartás és a környezet befolyásolása.

A népegészségügyi program lényegi megújulását jelentette a stratégiai irányok szerinti szerveződés:

- Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása.
- Az egészséges életmód programjai, az egészség kockázati tényezőinek csökkentése.
- Elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékosság csökkentése.
- Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása.

A stratégiai irányok kijelölése segíti a feladatok pontos behatárolását, a teljesítést reprezentáló indikátorok körének meghatározását.

Népegészségügy szempontjából kiemelendő morbiditási jellemzők

A magyar lakosság megbetegedési struktúrája az egészségügyi ellátórendszer igénybevételi adatai alapján a fejlett országokra jellemző képet mutat. A nem-fertőző betegségek, különösen a keringési rendszer megbetegedései, illetve a daganatok előfordulási gyakorisága a legmagasabb. Gyermekkorban magasabb egyes megbetegedések gyakorisága, mint a fiatal felnőtt korosztályban. Férfiaknál, akiknél minden korosztályban gyakoribbak a megbetegedések, 25-34 éves kortól, nők esetében 35-44 éves kortól kezd ismét emelkedni a betegek száma..

A 0-14 éves korosztályban mindkét nemben leggyakrabban a légzőszervi betegségek fordulnak elő. A második helyen a sérülések, mérgezések és külső okok, a harmadik helyen az emésztőszervi megbetegedések szerepelnek. Férfiaknál 15 éves kortól a 35-44 éves korcsoportig a sérülések, mérgezések vezetik a morbiditási statisztikákat, melyek nők esetében 15-24 éves korban a légzőszervi betegségek mögött a második helyre szorulnak. 15 éves kortól mindkét nemben nő az emésztőszervi megbetegedések gyakorisága, ez a 25-44 éves korcsoportban, nők esetében, a leggyakoribb kezelést igénylő betegséggé válik. Férfiaknál ebben a korosztályban a harmadik helyen megjelennek a mentális betegségek. A keringési betegségek a 35-44 éves nőknél a második leggyakoribbak, 45 éves kor felett azonban mindkét nemben vezető helyet szereznek. E megbetegedések nők esetében második, férfiak esetében harmadik leggyakoribb oka a magas vérnyomás, melynek élet-prevalenciája Magyarországon 29%. Az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003 eredményei szerint mindkét nemben 35 éves kortól meredeken emelkedik a magasvérnyomás-betegség gyakorisága.

A daganatos betegségek csoportja, melyek a szív- és érrendszeri betegségek mellett a másik vezető halálokként szerepelnek, a 45-54 éves nőknél a harmadik leggyakoribb kórok. A középkorú nőknél kezd emelkedni a csont-, izomrendszer és kötőszövet megbetegedéseinek gyakorisága, melyet 55-74 éves kor között csak a keringési betegségek előznek meg.

Idős korban a megbetegedések gyakorisága csökken, férfiaknál a struktúra 65 év felett változatlan. Az idős férfiak esetében az egészségügyi ellátás igénybevételének okainak sorrendje: a keringési rendszer megbetegedései, a daganatok és az emésztőszervi betegségek. Nőknél a 65-74 éves korban második helyen szereplő mozgásszervi megbetegedések helyét 75 éves kor felett, a valószínűleg ezek következtében fellépő sérülések veszik át.

2003-ban 19 éves vagy idősebb korban 221 978 férfit, 279 665 nőt kezeltek diabetes mellitus miatt, ami férfiak esetében 596,7 megbetegedést jelent 10 000 lakosra, nőknél 654 diabetes mellitusban szenvedő beteget 10 000 lakosra.
2003-ban 772 817 férfi és 1 102 419 nő szenvedett magas vérnyomásban. A 10 000 lakosra jutó hipertóniás férfiak száma 2077,5, a hipertóniás nők száma 2577,9 volt.
Ischaemiás szívbetegségben 306 824 férfi és 389 454 nő szenvedett, ami a férfiak esetében 824,8, nők esetében 910,7 beteget jelent 10 000 lakosra számítva.

A keringési rendszer betegségei által okozott halálozási struktúra az utóbbi másfél évtizedben jelentősen megváltozott. 1990-1993-ban még a legtöbb haláleset akut myocardiális infarctus és cerebrovasculáris betegségek következménye volt, ma a leggyakoribb cardiovasculáris halálok a krónikus ischaemiás szívbetegség és a következményként kialakuló a szívelégtelenség.

A keringési rendszer betegségei miatt 2004-ben Magyarországon 433 393 beteget kezeltek kórházban, amelyen belül az ischaemiás szívbetegség miatt kezeltek száma 84 287, a cerebrovasculáris betegség miatt kórházi ellátásban részesültek száma 120 562 volt.

Vélt egészség

Nemzetközi tapasztalatok alapján az egyének véleménye saját egészségükről az egészségi állapot alapvető indikátora. Mindemellett az egészségüket rossznak tartók arányából következtetni lehet az egészségügyi ellátás elégtelenségére. Rendkívül kedvezőtlen képet mutat hazánkról, hogy a magyar lakosság körében háromszor annyian vélik rossznak vagy nagyon rossznak az egészségüket, mint az EU átlaga.
Az OLEF 2000 eredményei szerint jónak vagy nagyon jónak ítélte egészségi állapotát a nők 39, a férfiak 48%-a. Ezek az értékek az OLEF 2003 felmérés szerint alig változtak: a nők 41%, a férfiak 50%-a vélekedett hasonlóképpen.

Fogyatékosság

A WHO által ajánlott funkcionális/adaptív egészségmodellben a személy egészségét az alapján ítélik meg, hogy mennyire tud harmonikusan alkalmazkodni szűkebb vagy tágabb környezetéhez, illetve részt venni a társadalom életében. Funkciócsökkenésről vagy más szóval fogyatékosságról beszélünk, ha a testi működésekben vagy

struktúrákban olyan károsodás alakul ki, amely akadályozza a létfontosságú napi tevékenységek ellátását és/vagy korlátozza a társadalom életében való részvételt.

Az OLEF 2003-as vizsgálat alapján a nők 36%-ának, a férfiak 29%-ának volt valamilyen fokú funkciócsökkenése, 65 év felett ez az arány 65% és 75% volt. 18 és 65 éves kor között, azaz a munkaképes korcsoportban, minden ötödik ember volt érintett. A 18-65 évesek korcsoportjában súlyos fogyatékossága volt a férfiak 5%- illetve a nők 6%-ának. A nőknek a férfiakhoz képest 40%-al magasabb az esélyük a funkciócsökkenésre.

Népegészségügyi szűrővizsgálatok

Magyarországon a rák különlegesen súlyos népegészségügyi probléma. A KSH adatai szerint 2005-ben Magyarországon a 1.000 lakosra jutó daganatos halálozás 3,2 volt: 32 057 férfi és nő halt meg rosszindulatú daganatos betegsége miatt (az elhalálozottak 23,61%-a). Ez a szám jóllehet „művi okokból", azaz a KSH által a haláloki statisztikában bevezetett módszertani változások következtében alacsonyabb a korábbi évek halálozási számainál, az európai, sőt közép-kelet európai összehasonlításban is igen magas és jelentősen hozzájárul a népesség fogyáshoz.

Daganatos halálozás csökkenése – rövid és középtávon – a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb stratégia, mert a hatékonyan alkalmazott elsődleges megelőzési programok eredményei – biológiai okokból – csak évtizedekkel később mutatkoznak, és a kezelés eredményessége függ a kezelés megkezdésének idejétől: a korán alkalmazott gyógymód a legeredményesebb. A daganatos betegségek korai felismerésének eszköze a veszélyeztetett életkorban lévő magukat egészségesnek vélő panasz- és tünetmentes személyek időről-időre elvégzett szűrővizsgálata.

A népegészségügyi szűrővizsgálat - az 1997. évi CLIV. Törvény szóhasználata szerint célzott szűrővizsgálat – olyan a céllakosság meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott az egészségügyi ellátó rendszer által kezdeményezett népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátó rendszerbe integráltan, központi költségvetésből finanszírozottan működik. Az 1997. évi LXXXIII. Törvény értelmében (10 §. (4)) a szűrővizsgálatot végző egészségügyi ellátó értesítése alapján vehető igénybe, azon a személyes meghívás és követés gyakorlatát alkalmazva a lakosság optimális átszűrtségére törekszik. Ez a személyes meghíváson és követésen alapuló népegészségügyi szűrővizsgálat megegyezik a mértékadó nemzetközi szakmai szervezetek ajánlásaival, amelyeknek legutóbb az Európa Tanács 2003/878/EC. számú ajánlásában adott hangot.

A Nemzeti Népegészségügyi Program részét képező népegészségügyi szűrővizsgálatok hosszú távú célja a daganatos halálozás növekedő trendjének megállítása, majd a daganatos betegségek által okozott halálozás csökkentése. Rövid távú célok: a daganatos betegségek korai felismerése, a népegészségügyi onkológiai szűréseken való lakossági részvételi arány növelése, valamint a népesség egészségtudatos magatartásra ösztönzése annak érdekében, hogy a veszélyeztetett korcsoportban lévő lakosságban tudatosodjék, hogy biztonságban csak akkor lehetnek, ha igénybe veszik a felkínált szervezett szűréseket.

Szűrési, diagnosztikus és terápiás kapacitás

Az emlőszűrésben befogadott és jelenleg működő 37 Komplex Mammográfiás Központ (KMK) és 7 Mammográfiás Szűrő Állomás (MSZÁ).

Szűrőbuszok

A lakossági részvétel egyik legfőbb eleme, a szolgáltatások minőségi dimenziója az elérhetőség és hozzáférhetőség még így sem elégséges, a compliance fejlesztése a „lakosság közeli megoldást", azaz a mobil állomások fejlesztését igényelte.

Szűrési programok

Magasvérnyomás szűrés

A felnőtt lakosság körében orvosilag indokolt az évente legalább egyszer történő vérnyomásmérés, különös tekintettel a keringési betegségek magas hazai gyakoriságára és szerepükre a magyar lakosság korai halálozásában. Kedvezőnek tekinthető, hogy a felnőtt magyar férfiak 78%-ának, míg a nők 82%-ának mérte meg orvos vagy nővér a vérnyomását a +kérdezést megelőző 12 hónapban. Az orvos által megállapított magas vérnyomásról beszámoló férfiak 94%-ának mérték a vérnyomását egy éven belül. A nőknél ez az arány 96% volt.

Emlőrák szűrés

Külön figyelmet érdemel az emlőrák-szűrés eredményeinek összehasonlítása az OLEF2000 és az OLEF2003 eredményeinek tükrében. Ismert, hogy a Népegészségügyi Program keretében 2001-ben kezdődött el a szervezett mellrák-szűrés, minden 45 és 64 év közötti nő kétévente meghívó levelet kap mammográfiás vizsgálatra. Mivel az időpont a két lakossági egészségfelmérés közé esik, összehasonlításunk kiválóan alkalmas a behívórendszer eredményességének felmérésére.

A két időpont között nőtt a mammográfiás vizsgálaton való részvétel a szűrési célcsoportnál, a 45-64 év közötti nők közel háromnegyedénél történt vizsgálat két éven belül. Ez igen kedvező változás a 2000-ben mért

életprevalencia eredményekhez képest is (2000: 51%; 2003: 80%).

A bevezetett szervezett szűrés pozitív hatását mutatja, hogy a még 2000-ben tapasztalható regionális, társadalmi-gazdasági meghatározó tényezők által - mint például településnagyság, iskolázottság, gazdasági aktivitás - befolyásolt különbségek 2003-ra jelentős mértékben kiegyenlítődtek, ezzel csökkentve a mammográfiás szűrővizsgálathoz való hozzáférés esélyegyenlőtlenségeit.

Méhnyakrák szűrés

Habár a szakmai ajánlások alapján háromévente indokolt lenne a méhnyakrák szűrése, a 25-64 éves korosztály 11%-ánál soha, míg 33,8% esetében a kérdezést megelőző két éven belül nem történt ilyen irányú vizsgálat. A 25 és 44 év közötti nők háromnegyede volt az elmúlt két évben méhnyakrák szűrésen, az 55-64 évesek között ez az arány azonban csak 48%.

Egészségmagatartás

Testtömeg

A dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás után az elhízás a harmadik legfontosabb ok, mely számos betegség kialakulásában, így például a keringési betegségek és a cukorbetegség kialakulásában játszik szerepet. Az EU-ban a férfiak 10-27%-a, a nők több mint 38 %-a elhízott, ezért a táplálkozás, a fizikai aktivitás és az elhízás az Európai Unió 2003-2008 közötti népegészségügyi programjának fókuszában áll. Riasztó tény, hogy az EU számos tagállamában a túlsúlyos vagy elhízott gyermekek aránya eléri a 20%-ot. Magyarország a 7-11 éves korosztályt vizsgálva a negyedik legjobb helyen áll a vizsgált 21 ország közül, a 13-17 éves fiatalok, azonban már a középmezőnyben találhatók. A legfrissebb hazai eredmények szerint a magyar nők 29%-a, a férfiak 38%-a túlsúlyos, a felnőttek 20%-a pedig elhízottnak tekinthető, tehát a felnőtt magyar lakosság több mint fele érintett ebben a kockázati tényezőben. Az életkor előrehaladtával egyre növekszik az elhízás gyakorisága, emellett évről évre nő az elhízott idősek aránya. Az OLEF felmérések eredményei jelzik, hogy a 65 év feletti elhízott férfiak aránya 3 év alatt csaknem kétszeresére növekedett (2000-ben 17%, 2003-ban 29%).

Testmozgás

A rendszeres testmozgás alapvetően hozzájárul a fizikai-szellemi-lelki jólét eléréséhez azzal, hogy csökkenti számos megbetegedés kockázatát (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, szív-, és érrendszeri betegségek, csontritkulás, egyes daganatos betegségek, szorongás, depresszió), és csökkenti a korai halálozás kockázatát.

Az OLEF 2000 eredményei alapján a nők fele és a férfiak kétharmada végzett hetente több alkalommal

testmozgást, a férfiak minden életkorban aktívabbnak bizonyultak a nőknél. A kor előrehaladtával mind a férfiak, mind a nők esetében jelentősen csökkent a rendszeres testmozgás gyakorisága. A nők több mint 40%-a, a férfiak harmada soha vagy ritkábban, mint hetente végzett testmozgást az ezredfordulón a „wellness" életmód széleskörű terjedése ellenére.

Dohányzás

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint az egyik legjelentősebb rizikófaktor a dohányzás, amely egyben a legfontosabb magatartással összefüggő halálok Magyarországon: dohányzás következtében kb. 28.000 ember hal meg évente. A magyar férfiak tüdőrák halandósága a világon a legmagasabb, s a női tüdőrák miatti halálozás folyamatosan nő, jelenleg 3. az európai uniós ranglistán.

A legutóbbi vizsgálatok szerint 2000-ben a férfiak körében 40,6%, 2003-ban 40,7% volt a dohányzók aránya, míg a nők esetén 2000-ben 26,3%, 2003-ban 27,9% dohányzott és folyamatosan nő. A dohányzók közül minden 3. nő, valamint csaknem minden 2. férfi naponta legalább 20 szál cigarettát szív. A dohányosok aránya a fiatal felnőtteknél (18-34 év) a legmagasabb: a fiatal nők több mint harmada (37,6%), a fiatal férfiak csaknem fele (49,5%) dohányos.

Alkoholfogyasztás

Számos vizsgálat bizonyította a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és egyes légzőszervi és agyérbetegségek, felső légúti daganatok, sérülések, mérgezések, valamint az alkoholos pszichózis közötti kapcsolatot. Az említett betegségek mellett a túlzott mértékű alkoholfogyasztás emeli az agyérkatasztrófa kockázatát is, főleg a nők körében, akiknél ugyanakkor az emlőrák kialakulásának kockázatát is növeli. 2003-as adatok szerint Magyarországon a nők több mint 60%-a nem szokott alkoholt fogyasztani, ugyanezt csak minden 4. férfi vallotta. A bevallott alkoholfogyasztási szokások alapján a nők 8%-a és a férfiak 31%-a mértékletes ivónak, illetve a nők 2,5%-a, a férfiak 18%-a nagyivónak tekinthető – ez utóbbi esetben tehát a szeszesital fogyasztás mértéke eléri az egészségkárosító szintet.

Fogorvosi ellátás

A magyar lakosság rossz fogászati státuszát részben magyarázza, hogy a felnőttek mindössze 38%-a volt fogorvosnál a kérdezést megelőző 12 hónapban (beleértve a magánorvosi ellátást is). Ebben a tekintetben jelentősen alatta vagyunk az EU átlagának (60%), bár történt némi javulás a 2000 óta eltelt időszakban. Kedvező változásként értékelhető, hogy az OLEF*2003* eredményei szerint a nők körében jelentősen nőtt azok aránya, akik az elmúlt egy évben jártak fogorvosnál. 2000-ben ez az arány még 37%, míg 2003-ban 43% volt. Ilyen irányú változásról a férfiaknál nem beszélhetünk: esetükben mind 2000-ben, mind 2003-ban 33% volt azok aránya, akik a kérdezést megelőző 12 hónapban jártak fogorvosnál.*

* Az adatok értékelése során mind az OLEF *2000*, mind az OLEF *2003* során figyelembe vettük a magán orvosi ellátást is.

Mind a férfiaknál, mind a nőknél az életkor előrehaladtával csökken a fogorvosi ellátás igénybevétele: 2003-ban a fiatal nők még 60%-a, az időseknek már csupán 20%-a kereste fel fogorvosát 1 éven belül. Ezzel szemben a fiatal férfiaknak csupán 43%-a járt fogorvosnál az elmúlt évben, az idős férfiak fogorvoshoz fordulási aránya hasonló az idős nőkéhez.

Részletes programok és azok támogatása, az egészségfejlesztés tapasztalatai

Az éves jelentések tartalmazzák az OTH-hoz tartozó országos intézetek által végzett feladatokat, melyek érintik a népegészségügy, ezen belül is az egészségfejlesztés területét. Különösen az OEFI tevékenysége terjed ki különböző egészségfejlesztési célok elérésére, többek között a dohányzásról leszoktatás, illetve a rászokás megelőzése, gyalogló klubok működtetése idősek, nők részére, munkahelyi energia egyensúly programok, munkahelyi lelki egészségfejlesztés, módszertani kiadványok, tájékoztatók készítése, és egészséggel kapcsolatos felvilágosítások tartása nagyobb rendezvények helyszínén (Sziget fesztivál, Expo), és világnapi rendezvények szervezése. Az OÉTI az egészséges táplálkozással kapcsolatos rendezvényeket, felméréseket, továbbképzéseket szervez, az OKBI mérgezésekkel kapcsolatos lakossági tájékoztatókat tart és kiadványokat jelentet meg, az OSZMKI Nemfertőző Betegségek Osztálya mikrotérségi felméréseket végez, és az időskorúak biztonságának kérdésével foglalkozik. Az OGYEI a gyermekek egészségének különböző területeivel foglalkozik elsősorban a prevenció területén, de továbbképzéseket is szerveznek szakemberek, egészségfejlesztők, védőnők, pedagógusok, részére.

Az OTH Népegészségügyi főosztályának részeként működött az előző évig az Egészségfejlesztési Osztály (1 fővel). A feladata volt a negyedévente elküldött regionális jelentések összesítése, az éves jelentés elkészítése és a következő évi munkaterv elkészítése. Központilag szervezett és irányított egészségfejlesztési programok nem voltak, kivétel a parlagfű mentesités koordinálása, és az EÜM által finanszírozott szűrési programok egészségfejlesztési részének megszervezése.

Az elmúlt évben változás indult el. Országos munkaértekezletet hívtunk össze, évente 2-3 alkalommal, melynek célja egyrészt továbbképzés a szakterület legújabb eredményeinek ismertetésével, másrészt a munkatervi feladatok részletese ismertetésén túl a megvalósítási lehetőségek feltárása volt. Első és legfontosabb feladatnak tekintettük olyan kistérségi egészség koalíciók létrehozását, melyek az alapját képezhetik a közösségek egészségmagatartásának a befolyásolására. Ez előkészíti az ott élő, és a településért, saját magukért tenni akaró embereket szakemberek bevonásával arra, hogy települési egészségtervet készítsenek, és azt meg is valósítsák.

Az alábbiakban bemutatom a régiókban megtartott munkaértekezletek tapasztalatainak összefoglalását.

Mind a 7 régióban azonos rendszerben történtek az értekezletek. A cél az volt, hogy a kiemelt ez évi munkatervi feladatokhoz kapjanak megfelelő tájékoztatást az egészségfejlesztésben, szűrésben résztvevő szakemberek.

↳ *Dr. Ulveczki Erzsébet*, egészségvédelmi osztályvezető összefoglaló előadást készített az egészségkoalíció fogalmáról. Külföldi szakirodalom felhasználásával és gyakorlati példák megemlítésével készítette fel a résztvevőket a közösségi összefogással megvalósítható egészségfejlesztési programokra. A teljesítési határidőt módosítottuk az év végére, viszont minden régiónak be kell mutatni a helyi egészségkoalícióban résztvevőket az éves jelentésében. Ezt megerősítendő az OEFI munkatársai (Dr. Kishegyi Júlia, Solymossy Bonifác, Balog Judit) egyeztetett időpontokban minden régióban kétnapos tréninget tartottak közösségfejlesztés, kommunikáció, egészségterv készítés témakörökben.

↳ A második témakör a pályázatokról, az azokkal kapcsolatos jövőbeni feladatokról és a pályázati koordinációs központ létrehozásáról szólt, *Szőke Katalin* előadásában.

↳ A harmadik témakör az esélyegyenlőségről –a fogyatékkal élők bevonásáról az egészségfejlesztési programokba, illetve a szűrésekbe – szólt *Csató Zsuzsa* előadásában. Szintén részéről történt olyan felajánlás – a területi munkát elősegítendő -, hogy a fogyatékkal élőkkel foglalkozó civil szervezetek listáját, elérhetőségét, ezekhez kapcsolódó fontosabb információkat elektronikus formában eljuttatja a regionális vezetőknek, akik továbbküldhetik munkatársaiknak. Ezen felül a népegészségügyről, a fogyatékkal élőkről rendszeres sajtófigyelő anyagot fog eljuttatni a régiós vezetők számára. A munkaértekezlet további folytatásában bemutatkoztak a helyi régiós szakemberek, és beszéltek sikereikről, gondjaikról, illetve a megvalósítandó feladatokról.

Kiemelt programok

↳ *Nyugat-Dunántúlon* elindult egy dohányzásról leszokást elősegítő projekt a régiós egészségfejlesztők és egy büntetés-végrehajtási intézet között. Van egy évek óta tartó gyermekélelmezést monitorozó program, illetve rendszeres, akkreditált képzéseket tartanak alapellátásban dolgozók részére.

↳ Az *Észak-alföldi* régióban a szűrések koordinálása és a szűréseken való részvétel a kiemelkedően példaértékű.

↳ *Dél-Dunántúlon* rendszeresen tartanak egészségfejlesztési programokat idősotthonokban és fogyatékkal élők bentlakásos, illetve nappali ellátást végző intézményeiben. Ehhez kidolgoztak speciális metodikát és ismeretterjesztő anyagokat. Kiemelten foglalkoznak a szűrések szervezésével és az iskolai egészségfejlesztéssel.

↳ *Észak-Magyarország* régiójában legnagyobb gondot jelenti a roma lakta települések egészségfejlesztése. A szűrésekre eredményesen tudják mozgósítani az embereket és szerveznek programokat célzottan a roma lakosság

számára is. Elindult egy gyalogló-kiránduló klub, melyre bárki jelentkezhet korhatár nélkül és fizikai kondíciójától függetlenül. Egyre nagyobb számban vesznek részt rajta az emberek.

↳ A *Dél-alföldi* régióban kiemelten magas a szűréseken megjelentek aránya, önálló, önkormányzatok által finanszírozott szűrési programokat indítottak (Békéscsaba, Hódmezővásárhely), és aktív sporttevékenységeket szerveznek utcán csellengő fiataloknak Makón, Szegeden.

↳ *Közép-Dunántúlon* a „Füstmentes Osztályok" programba szerveztek be száznál több iskolai osztályt, nagyon kedvelt és sikeres a program a pedagógusok és a gyermekek körében is.

↳ *Közép-Magyarország* a MEH által indított SZÉP programok szervezésében és gyakorlati megvalósításában járt élen, rendszeresen részt vesznek a Sziget rendezvényen, egészségnapok szervezésében. Kiválóan fejlesztett szemléltető eszközeik vannak.

Főbb problémák:

Létszám

A létszámleépítések szinte mindegyik régióban azzal jártak, hogy szakterületi összevonásokra került sor. Gyakorlatilag az egészségfejlesztők több mint 90%-a 1-2 vagy 3 egyéb szakfeladat ellátását is kell, hogy végezzék (hatósági szakfelügyeleti). Így egészségnevelési fejlesztési feladatokra kevés idő marad. Végzettségüket tekintve: orvosok, védőnők, diplomás ápolók, egészségtan tanárok, mérnökök, pedagógusok vannak az egészségfejlesztők között. Speciálisan egészségfejlesztő, népegészségügyi szakember az egész ellátó hálózatban nagyon kevés van (3-5 fő). A nagyobb gondot az jelenti, hogy az elmúlt 10 évben egy alkalommal volt szervezett továbbképzés, regionális munkaértekezlet az OTH Népegészségügyi főosztályának kezdeményezésével pedig egyszer sem. Nyugat-Dunántúl kivételével minden régióban létszámhiány van, különösen Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország régióiban kritikus a helyzet. Ezen a területen is ugyanaz a sajátosság található, mint az egészségügyi, oktatási és szociális szolgáltatások területén: ahol a legrosszabb a helyzet, a leghátrányosabbak a településeken élők szolgáltatásokhoz való hozzáférése – ott van a legkevesebb szakember minden szakágazatból.

Képzés, továbbképzés

Helyi (regionális) képzések szervezése nagyon fontos lenne, hiszen adott népegészségügyi programokhoz kapcsolódó aktuális, bizonyítékokon alapuló tudás továbbadása sokat segítene a minőségi munkában. A másik fontos terület a jó gyakorlat továbbadása. Meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy régiók közötti továbbképzések is elinduljanak, mert ez megkönnyíti a szakmai munkát, és előnyös a jó munkakapcsolatok, tapasztalatcserék szempontjából is, különösen akkor, ha ebbe bevonódnak az országos intézetek (OEFI, OÉTI, OKI, OGYEI, OALI) munkatársai is.

Kiemelt szakmai feladatok – beszámolók

A kiemelt szakmai feladatok meghatározásánál figyelembe kell venni a területi humánerő kapacitásokat abban az esetben, ha nem csak papíron megvalósított eredményeket akarunk látni. Célszerű lesz a jövőben egy vagy maximum két kiemelt feladatot meghatározni, mert a több részállást ellátó munkatárs képtelen megvalósítani a szerteágazó programokat. A hatékony egészségfejlesztői munka nem mérhető az évente megtartott rendezvények, oktatások, pályázatok számával, mert ezeknek a hatásmérése nem történik meg. Változásmérés, attitűd feltárás, hatásvizsgálat nélkül csak számszerű verseny alakulhat ki a régiók között, hogy ki tud több rendezvényt felsorolni, ez viszont nem ad választ arra a kérdésre, hogy pl. a 2-3 éve versenyző *„Füstmentes osztályok programban”* a fiatalok a pályázat lezárása után rágyújtanak-e, vagy tényleg lemondtak róla.

Az éves jelentések leíró rendszerén érdemes lesz változtatni, amelynek kidolgozását az OEFI szakemberek bevonásával célszerű kidolgozni.

Együttműködés

Hatékonyabb együttműködést kell elérni a kistelepülések, régiók és az országos intézetek között. *Párbeszédekre, szakmai egyeztetésekre, információ átadására, gyakorlati módszerek közös bevezetésére* van szükség az eredményes munkavégzés érdekében, és ez nem is finanszírozás-függő. Egymás munkáját jobban meg kell, hogy ismerjék, ezért a regionális munkaértekezleten túl, a régiók közötti megbeszélések szervezése is kiemelt feladat kell legyen.

Az együttműködés azt jelenti, hogy *be kell vonni* a munkába *a helyi civil szervezeteket* (betegek szervezetei, Vöröskereszt, alapítványok), *a védőnőket, a háziorvosokat, a körzeti közösségi ápolókat, az egészségügyi intézmények szakoktatóit és a szociális munkásokat, valamint a gyermekjóléti szakembereket*. Most, a munkaértekezlet során erről is beszéltünk, és a legtöbb kistérségben jó az együttműködés, de vannak olyan területek, ahol ez még nem indult el.

Az értekezleteken szinte minden helyen részt vett a regionális tiszti főorvos, valamint a kistérségi tisztiorvosok is. Fontosnak érzik, és felelősségteljesen támogatják az egészségfejlesztők munkáját.

A *nem fertőző betegségek* osztályán, vagy csoportjában nagy a bizonytalanság, *szakmai útmutatást* várnak (OSZMK, OEK), és támogatást munkájukhoz. Jó kapcsolatuk van az egészségfejlesztőkkel, elkészítik a régió megbetegedési, halálozási statisztikáját, amely segíti az egészségfejlesztőket, tisztiorvosokat abban, hogy megnyerjék a helyi döntéshozók támogatását a preventív tevékenységek fejlesztésében.

Információ-áramlás

Mind a hét régióban egyaránt arra panaszkodtak a szakemberek, hogy nincsen elegendő információjuk a

szakterületet illetően. Várnak *visszajelzést a tevékenységük eredményét illetően, tájékoztatást, egységes kommunikációs háttéranyagokat, aktuális információkat*. Nehéz úgy dolgozni, hogy nincs elegendő információjuk egymás munkájáról, módszertani útmutatókhoz, hazai és külföldi szakirodalomhoz való hozzájutás nincs biztosítva.

A népegészségügyi honlap megújítása, hírlevelek, sajtófigyelés, aktuális cikkek közzététele lesz az első lépés, melyet még az első félévben elindít a főosztály, majd a központi munkaértekezletek témái bővülni fognak egy-egy szaktárgyi előadással is.

Összefoglalva

Hasznos és fontos volt a hét régióban megszervezett munkaértekezlet, melynek tapasztalatait fel tudjuk használni a szakterület stratégiájának kidolgozásában. Évente megismétlésre kerülnek az értekezletek.

A regionális egészségfejlesztési programok legnagyobb problémáját abban látjuk, hogy folyamatosságuk a létszámhiány, a finanszírozás hiánya és az egyéni motiváció szintje alapján nem egységes, nem monitorozható, rövid távra szól, és így hatása nem értékelhető. A népegészségügyi programok hatása 7-10 év után mérhető akkor, ha a kiinduló állapottól az évenkénti követés biztosított.

A másik fontos szempont ahhoz, hogy érdemi javulást lehessen elérni az egészség tudatosabb magatartás kialakulásához az a célzott információ, kommunikáció minden szinten, úgy a szakemberek számára, mint a civil lakosok, laikusok számára is. Ehhez szükség van különböző kommunikációs technikák alkalmazására, a személyes kapcsolatok kialakítására, helyi médiák és kommunikációs csatornák igénybevételére. És elegendő időre, hogy ez megvalósuljon, illetve megfelelő indikátorokra és monitorozásra, hogy követni lehessen az eredményeket, illetve időben be lehessen avatkozni, amennyiben problémát észlelünk.

Irodalomjegyzék:

- OLEF jelentés 2003
- Nagy I.-Pongrácz T.-né, Tóth I. Szerepváltozások-jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2005 TÁRKI-SZCSM, Budapest
- Tájékoztató az EGÉSZSÉG ÉVTIZEDE NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM 2006. évi előrehaladásáról, 2008, Budapest, Dr. Horváth Ágnes
- Szabolcs, O.-Kásler,M. (2007) „Rosszindulatú daganatok morbiditási és mortalitási helyzete." MOTESZ Magazin 2. 14-21
- Boncz I.-Budai A.-Cornides Á.-Döbrössy L.-Kovács A.: „Népegészségügyi lakosságszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban" Orvosi Hetilap, 2007, 148.évf.10.sz. 435-440.

ARCHÍVUM

3. sz. melléklet

A területi ÁNTSZ-ek szűrési koordinátoraival és egészségfejlesztőivel végzett helyzetelemzés alapján a jelenlegi kommunikációs tevékenység, kampányelemekkel és médiatermékekkel kapcsolatos saját tapasztalatainak, módszereinek, illetve eredményeinek elemzéséről

ÁNTSZ által koordinált népegészségügyi szűrőprogram szervezeti felépítése, a működés tapasztalatai

A szűrővizsgálatok megszervezését, összehangolását és felügyeletét továbbra is az ÁNTSZ végzi törvényi felhatalmazás alapján. Az Országos Tiszti főorvosi Hivatalon (OTH) belül a Népegészségügyi Főosztály részeként működik az Országos Szűrési Koordinációs Osztály; ennek keretében pedig az Országos Szűrési Nyilvántartás, továbbá az ÁNTSZ a regionális intézetein belül a Területi Szűrési Koordinációs Osztály. Feladatuk a céllakosság minél teljesebb részvételét szolgáló informatikai behívó-követő rendszer működtetése, a szűrőállomásokkal való kapcsolattartás, a tevékenységek monitorozása és értékelése, valamint a lakossági kommunikáció koordinálása. A regionális szűrési koordinációban közvetlenül résztvevő szakemberek száma az elmúlt 3 évben mintegy felére csökkent, az egyre komplexebb feladatoknak ma már csak nagy nehézségek árán képesek megfelelni.

Az OTH mindhárom szervezett szűrési módozatban (emlő-, méhnyak-, vastagbélszűrés) az érintett szakma jeles művelőinek bevonásával *szűrési munkacsoportot* hozott létre. 2008 évben a vastagbélszűrés kiértékelő és felkészülési és döntéshozási év volt, ezért a vastagbélszűri munkacsoport tevékenysége is erre korlátozódott az erre a célra felkért külön szakértőkkel együtt.

Az eddigi három működő munkacsoport mellett (emlő-, méhnyak-, vastagbélszűrés) a szájüregi rosszindulatú daganatok okozta halálozás utóbbi években történő nagyfokú előretörése miatt, a szájüregi daganatok opportunisztikus szűrések bevezetésének kidolgozására megalakult 2005-ben a Szájüregszűrési Munkacsoport, amely meghatározott időszakban folytatta munkáját. Az egészségügyi reformnak megfelelően aktualizálta a szájüregi szűrés protokollját. A szájüregi szűrések modell programja 2008. év első felében lezajlott. Fél év alatt mintegy 46 000 negyven év feletti férfi és nő opportunisztikus szájüregi szűrését végezték el.

Magyarországon a diabetes mellitus (I. és II. típus) és szövődményei jelentős, népegészségügyi méterű problémát jelentenek. Évente mintegy 90 000 diabeteszesnél jelentkező egyéb szövődmény mellett az un. „diabeteszes láb” szindróma, amely előbb a láb jelentős deformitásához, majd az alsó végtag magas amputációjához vezethet.

Ennek felismeréseként 2007. július 13-án munkacsoport alakult a tárgyban érintett témaszakértőkkel. A munkacsoport elkészítette azt a szakmai állásfoglalást, amely alapján megszervezhető a milliárdokat felemésztő szövődmény visszaszorítása, amit eljuttattunk az Egészségügyi Minisztériumba.

Információs rendszer

2005. év februárjában készült el az Országos Szűrési információs Rendszer (OSZR). A szűrési információs rendszer a szűrések alapja. Ezen futnak a szűrési nyilvántartások, biztosítja az utánkövetést, amelyre alapozva a behívásra meg nem jelentek újra behívása lehetővé válik, lehetővé teszi a minőségbiztosítási rendszer működését, biztosítja a szűrési folyamatok („nem betegutak") monitoringját, generálja a jelentéseket, statisztikákat; az OEP információs rendszerével és a Nemzeti Rákregiszterrel együttműködve lehetővé teszi a teljes program monitoringot, a teljesítmények mérését és a célok elértségének megítélését, a program ellenőrzését. Az ÁNTSZ egyéb információs rendszereihez hasonlóan az OSZR rendszert a regionális átalakulás miatt (2007) át kellett alakítani (pl. belépési jogosultságok megváltoztak). Az átalakítás zökkenőmentesen megvalósult. Jelenleg a regionális koordinátorok jogosultak a (volt) megyei adatok kezelésére. A havi és negyedéves jelentések feldolgozása egyelőre továbbra is megyei bontásban a protokollnak megfelelően történik.

Az emlőszűrésben, a szűrőállomásokon használt szoftver felülvizsgálata és az új igények szerinti fejlesztése a szerződéseknek megfelelően megtörtént.

Súlyos nehézség adódik abból, hogy az OSZR által használt *indikátor-készlet* hiányos. Rendelkezik ugyan számos *folyamatindikátorra*l (pl. szűrésre behívottak, szűrésen megjelentek száma, technikai okból megismétlendő vizsgálatok száma, nem-negatív lelet miatt visszahívottak száma és aránya), valamint a szűrővizsgálat közvetlen eredményeit jelző ún. outcome-indikátorokkal (pl. szűréssel felismert rákesetek száma, ún. kis-rákok aránya. Nem rendelkezik azonban olyan indikátorokkal, amelyek előállításához további diagnosztikai vizsgálatok, vagy az elvégzett kórszövettani vizsgálatok eredményeinek ismerete szükséges. Nem rendelkezik a szűrőprogram minőségének meghatározásához szükséges legfontosabb indikátorral, a tévesen negatív, esetek számával; ezek ismeretéhez ugyanis ismerni kellene *a szűréstől függetlenül* előforduló, patológiailag diagnosztizált összes rákesetet, azok szűrési előzményeit, hogy megállapítható legyen a szűrésen részt vett és „elnézett" esetek száma. Ezt a hiányosságot a szűrési és patológiai adatbázis adatainak, esetleg a Nemzeti Rákregiszter és az OEP adatainak összekapcsolása, valamint a kórszövettani adatok és a szűrési adatok egyes személyekre vonatkoztatott összekapcsolása oldhatná meg. Ez utóbbinak jogszabályi akadálya van, ugyanis a hatályos adatvédelmi rendelkezések szerint az ÁNTSZ nem jogosult az egyes személyek egészségi

állapotára vonatkozó adatok személyhez kötött kezelésére. *A jogszabályi rendezés, valamint a szűrések nemzetközi gyakorlatában használt indikátor-készlet előállítása a hazai népegészségügyi szűrőprogram legsürgősebb feladatai közé tartozik.* Ezzel kapcsolatosan az előkészületeket megtettük. 2009 év januárjában került sor az Egészségügyi Minisztériumban az első megbeszélésre.

Méhnyakszűrés legnagyobb problémája – ami egyébként a kezdetektől terheli ezt a szűréstípust – a szervezett méhnyakszűrésen regisztrált részt vettek alacsony száma. A megjelentek számáról továbbra is a meghívólevélről leválasztott mintakísérő lappal a kijelölt citológiai laboratóriumokba érkezett minták számából próbálunk következtetni. Így a compliance, a *lakossági részvétel rendkívül alacsony*. A problémák feltárása már 2005-ben is megtörtént. 2008 év végén az egészségügyi kormányzat az OTH-val kötött szerződésben forrást biztosított az un. védőnői mintaprogram elindításához, amely 2009 első felében zajlik. A programra 111 védőnő jelentkezett, akik elméleti és gyakorlati oktatása januárban és februárban megtörténik. Az méhnyakszűrő tevékenységüket március hónapban kezdik el a körzetükhöz tartozó kistelepüléseken. A védőnői mintaprogramtól azt várjuk, hogy jelentősen megnő a méhnyakszűrésen résztvevő nők száma, így csökkenthető a nem kívánt halálozás. Ugyanakkor a háziorvosok is jobban bekapcsolódhatnak a szűrések szervezésébe. A programot az ÁSZ jelentésben megfogalmazott ajánlások alapján végezzük, így a hazai méhnyakszűrési rendszert az európai normákhoz igazíthatjuk.

További utóbbi időben azonosított probléma, hogy azok a citológiai laboratóriumok is folyamatosan végeznek szűrőmunkát, amelyek pályázatát elutasították, nem „akkreditáltak”. Az általuk végzett teljesítményről, a szűrtek arányáról nincs jelentési kötelezettségük, természetesen nem is jelentenek.

Máig ható probléma, hogy az OEP a méhnyakszűrés indulása után, a megfelelő feltételekkel rendelkező citológiai laboratóriumokkal nem kötött szerződést. Ezek kiskapuk a diagnosztikus vizsgálatok irányába hatnak, és csökkentik a szűrésen való részvétel visszajelzési számát (diagnosztikus vizsgálatnak álcázott szűrés). Továbbá a szűrés keretében rendelő intézetekben levett keneteket így nem küldik a nőgyógyász kollégák az akkreditált laboratóriumokba. (A 42 600 „szűrési” kóddal elszámolt beavatkozások a TVK hatálya alá tartoznak, ugyanakkor nem rendelhető mellé más beavatkozási kód, így kevésbé alkalmazták.) Ez magyarázza azt az ellentmondásos tényt, hogy az OEP évről évre mintegy 950 000 cervix citológiai vizsgálatot finanszíroz „diagnosztikus kódon”, az „onkológiai éberség” jegyében, miközben a méhnyakrák miatti halálozás (500 nő/év) nem változik.

A szűrési lehetőség „helybe vitelé”-nek példája, hogy a PPP keretén belül a Magyar Posta nőgyógyászati szűrésekre alkalmas mobil szűrőegységet építtetett. A mobil egység 2008 év folyamán is járta az országot, és végezte ilyen irányú feladatát.

Az ÁNTSZ regionális intézeteinek egészségvédelmi osztályai szoros szervezeti egységben dolgoznak a szűrési munkacsoportokkal, ami lehetőséget ad az osztályvezetőkön keresztül a formális és szervezett együttműködésre elsősorban a szakmai felügyelettel.

A teljesítmény volumen korlát (TVK) jelentősen befolyásolta az egészségügyi intézmények működését. Javaslat készült a jogszabály módosítására oly módon, hogy a Nemzeti Népegészségügyi Program célzott, szervezett szűrővizsgálataiban rész vettek, illetve e szűrővizsgálatokkal kiszűrtek további vizsgálata, kezelése, utókezelése utáni teljesítménynövekedés degresszió nélkül legyen elszámolható. A jogszabály változtatás nem történt meg. Jelenleg csak maga a szűrővizsgálat ténye nem kerül a TVK hatálya alá. További korrekcióra szorul ez is, mivel a népegészségügyi szűrések nőgyógyászati, citológiai mintavétel (42 600 szűrési kód) kimaradt a TVK nélküli elszámolásból. A javaslat tartalmazta azt is, hogy a Nemzeti Népegészségügyi Program célzott, szervezett szűrővizsgálataiban rész vett, nem negatív eredmény miatt kiemeltek további diagnosztikája, kezelése szintén kerüljön ki a TVK hatálya alól, mintegy ösztönözve az intézményeket, hogy a vizsgálatokat a szűrések irányába tereljék át.

A lakossági listák minőségének javítása: folyamatos egyeztetés ellenére az OEP-pel, regionális/kistérségi koordinátorokon keresztül a háziorvosokkal – alig javult. A hibaszázalék így sem csökkenthető 9-10 % alá. A hibák többsége a lakóhelyváltozás nem megfelelő bejelentéséből, a szűrés és a vizsgálati időpontok intézmények általi nem megfelelő jelentéséből adódik.

Kommunikáció

Internetes kommunikáció: az ÁNTSZ honlapján elkészült és rendszeresen frissül a lakossági szűrések fejezete. A direkt kommunikáció érdekében fokoztuk a regionális/kistérségi koordinátorok aktivitását. Az összes rendezvényen megtalálhatóak a regionális/kistérségi koordinátorok, amelyek az egészséggel, egészségmegőrzéssel kapcsolatosak. Aktívan részt vesznek a helyi önkormányzatok által szervezett egészségnapokon. pl. SZÉP (Szűréssel az Életért) program is. A regionális szűrési koordinátorok egy adott területen a szűrést megelőző 1 hónapban felvilágosító előadásokat tartanak, amelyen általában részt vesz az illető település vezetője, egészségügyi vezetője, olyan ismert személy, aki a szakmában elismert és az adott területen ismerik. Ezzel párhuzamosan a helyi újságokban, helyi médiában, helyi televízióban, rádióban ismeretterjesztő előadásokat, beszélgetéseket szerveznek.

A nők részvételi hajlandóságának növelésére és motiválására direkt kommunikációra készült javaslat. Ez központi - kormányzati szintű koordinációt igényel, ami megvalósult a Liliom-programban.

A cardiovasculáris betegségek és elsősorban a leggyakrabban előforduló atherosclerosis szervi megnyilvánulásai (coronariabetegség, ischaemiás cerebrovasculáris történés, perifériás artériák betegségei) a fejlett országok legnagyobb egészségügyi problémáját jelentik, mert az általuk okozott halálozás, rokkantság, a kórházi kezelés szükségessége nagyobb terhet jelent, mint az összes többi betegség együttesen.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint szűrővizsgálatok a lakosság széles körében egyes idült, nem fertőző betegségekre vonatkozóan az alábbi feltételek együttes fennállása esetén végezhetők:

- a szűrt betegség gyakori, illetőleg súlyos egészségkárosító hatású és szűrővizsgálattal panaszmentes szakaszban kimutatható,
- a szűrővizsgálat várhatóan eredményes és egyszerűen kivitelezhető,
- a szűrést követő hatékony terápia alkalmazásának feltételei adottak.

Ma „divat" a szűrővizsgálatok végzése. Alig van olyan egészségüggyel kapcsolatos lakossági rendezvény, ahol a programok között ne szerepelne „vércukorszűrés", „vérnyomásszűrés", „koleszterinszűrés", stb. Ezeknek a „szűrővizsgálatoknak" a haszna kétséges, hiszen a beteg háziorvosa gyakran nem értesül a szűrővizsgálat eredményéről, ezért a szűrést követő hatékony terápia alkalmazásának a feltételei az esetek jelentős részében nem adottak. Általános tapasztalat, hogy ezeken az eseti, nem szervezett szűrővizsgálatokon általában ugyanazok, az egészségi állapotuk iránt érdeklődő személyek vesznek részt. A nem szervezett szűrővizsgálatok az egyes egyének egészségi állapotának csak az egyes elemeiről adnak felvilágosítást, tehát nem nyújtják azt a komplex információt, amit ma a modern szűrővizsgálatoktól elvárunk és nem alkalmasak a teljes lakosság egészségi állapotának a felmérésére. Bár 1997 óta érvényben volt *a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló rendelet*[1] a jogszabályban foglaltak nem igazán kerültek végrehajtásra. A rendelet korábbi változata csak az életkort vette figyelembe a szűrővizsgálatok és az ismétlési gyakoriságuk meghatározásakor. A szűrővizsgálatokkal szembeni korszerű elvárások a személyre szabott kockázatelemzés igényét fogalmazzák meg. A szűrési rendelet 2006. január 1-jétől hatályos módosítása az életkor és az egyénnél fennálló kockázati tényezők együttese alkotta teljes (abszolút) kockázatot méri fel, és ez alapján határozza meg a szűrővizsgálatok ismétlésének a gyakoriságát.

A szűrővizsgálatokról szóló rendelet szerint *„az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a háziorvos és a házi gyermekorvos (a továbbiakban együtt: háziorvos)… az adott korcsoport számára ajánlott valamennyi, a szakellátás orvosa pedig a kompetenciájába tartozó szűrővizsgálatok igénybevételének lehetőségére köteles felhívni az általa ellátott biztosított, illetve törvényes képviselője (a továbbiakban együtt: biztosított) figyelmét".*

[1] 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet

ARCHIVUM

Következésképpen a szűrővizsgálatok irányítása, a vizsgálati eredmények összegzése elsősorban a háziorvosnak a feladata. A gyermekkori szűrővizsgálatok végzésében nagy szerep jut a védőnőknek és az iskola-egészségügyi szolgálatnak is, azonban a máshol végzett szűrővizsgálatok eredményéről is tájékoztatást kell kapnia a háziorvosnak.

A felnőttkori alapállapot meghatározását követően a kis kockázatú személyek esetében 5 évenként, a közepes és a nagy kockázatú személyeknél 2 évenként javasolható a szűrővizsgálatok ismétlése. 65 éves vagy idősebb korban már az életkor önmagában is fokozott cardiovasculáris kockázatot jelent, ezért *2 évenként javasolt a szűrővizsgálatok elvégzése* az egyébként egészséges populációban.

Ismételten *hangsúlyozni kell, hogy a szűrővizsgálatok, a fenti kockázati fokozatok az egészséges populációra vonatkoznak, hiszen a cél a betegségek kialakulásának a megelőzése és a tünetmentes szakban történő felfedezése*.

Az utóbbi 20 évben komoly eredményeket értek el a szív érrendszeri betegségek gyógyításában, ami azt jelenti, hogy évi 150 ezerről 131 ezerre csökkent a halálozás, bár ez is extrém magas szám. Évente 26 ezren halnak meg dohányzás miatt, ezek közé tartoznak a passzív dohányosok is.

A háziorvos által korrekten, rendszeresen végzett szűrővizsgálatok rendkívül fontos adatokkal szolgálhatnak a lakosság egészségi állapotáról. *A háziorvosi szűrővizsgálatok rendszeres végzése indokolatlanná teszik az egyéb helyszíneken a "szűréseket"*. Fontos, hogy a vizsgálati eredmények a más irányú (járóbeteg-, fekvőbeteg-ellátás) egészségügyi szolgáltatás esetén is rendelkezésre álljanak, mert ez szükségtelenné teszi az ismétlésüket, és jelentős költségmegtakarítással járhat.

Az ÁNTSZ-nek kulcsfontosságú szerepe van a rendelkezésre álló erőforrások (tudás, információ, módszertan), a kistérségi szintekig kiépített szervezet nyújtotta előnyök, lehetőségek felhasználásában az egészségfejlesztés javára. A helyi önkormányzatok lehetősége az egészségterv készítés, amely előzetes felméréssel indul, (melyet minden évben a régiós intézetek nem fertőző epidemiológiai munkatársai elkészítenek, mint szakmai anyagot) és amelynek a megvalósításához pályázati lehetőségek, Uniós támogatások állnak rendelkezésre. Ebben a munkában segítséget nyújthatnak a területi egészségfejlesztők, szűrési koordinátorok, védőnők, az alapellátásban dolgozó orvosok, ápolók. Az egészségtervben megfogalmazott és adatokkal alátámasztott, a lakosság egészségi állapotát jelző tényezőkön való változtatás lehetősége hosszú távú feladat, és ennek a megvalósításához partnerekre, koalícióra van szükség. Ebbe a szakemberek mellett be kell kapcsolni a helyi lakosságot, civil szervezeteket, meg kell nyerni a média és sajtó támogatását, mert csak együtt van esély az egészségmagatartás megváltoztatásához, az eredmények eléréséhez.

A monitorozás, a jól kiválasztott indikátorok és megfelelő minőségi kritériumok felhasználása segíti a fenntarthatóság folyamatát, de amíg ez a rendszer nem kap elegendő, jól megtervezett, de biztosított finanszírozást, és nem lesz hosszú távú követése az elindított változtatásoknak, addig továbbra is lassan változó egészségjavulással, és alig csökkenő halálozással kell számolnunk azokban a kórképekben is, amelyek a tudomány mai álása alapján már megelőzhetők és gyógyíthatók, ha időben felismerésre és kezelésre kerülnek.

Nemzeti Népegészségügyi Program 2008

Forrás: költségvetés EüM fejezet: 10.2.2./20 Népegészségügyi és egészségfejlesztési feladatok 2007 évi maradvány

Feladat	**Elői-ránzat**	**Megvalósító**	**Lekötött összeg (MFt)**	**Szabad keret (MFt)**	**szerződés száma**	**Teljesítési határidő**	**Megjegyzés**
I.Színtér - lokális fejlesztés							
I/1. Oktatási intézmények							
5-7 éves, hátrányos helyzetű, főleg roma gyermekek szenzomotoros szűrése	6	OTH	6		12958-1/2008	2009.06.30	aláírásra
I/2. Munkahelyek részére pályázati kiírás	40	"Egészségbarát" program	29				
II. Központi módszertani fejlesztés							
II/1. Központi programok fejlesztése							
Gyermekegészségügyi programok támogatása							
"Közös Kincsünk a Gyermek" program folytatása	98	OGYEI	98		579-3/2008	2009.06.30	utalva
Egyéb politikák (STD-HIV/AIDS, drog, dohányzás, alkohol)	82						
Szigetfesztivál (HIV-AIDS szűrés)		OEK	1,424		10768-10/2008	2008.08.18	utalva
Civil szervezetek támogatása	15	OTH	15				projekttervet kérünk

	Anoním AIDS tanácsadó szolgálatok	10	OEK	10				projekttervet kérünk a beszámoló elfogadása után
	Dohányzás megelőzést szolgáló programok	20	OTH (OEFI) Doh. Megelőzési program	14,1		6588-6/2008	2009.06.30	utalva
			OTH (OEFI) Doh. leszokást elősegítő pr.	5,9		6588-4/2008	2009.06.30	utalva
	Világnapok (dohányzáselleni és AIDS)	5	OTH	3				folyamatban
	Lelki elsősegély telefonszolgálatok	18	Orsz. Add. Centrum	10				folyamatban
	Munkahelyi alkoholprogramok	10	Orsz. Add. Centrum					
II/2. Humán-erőforrás, minőségfejlesztés								
	Iskolai szexuális felvilágosító programok támogatása	5	OEFI	1,9		12137-1/2008	2008.12.31	utalva
	Alkohol prevenció a korai kezelésbevétel területén	12	Orsz. Add. Centrum	3				folyamatban
	A rendszeres hazai alkohol-jelentés struktúrájának kialakítása	3	Orsz. Add. Centrum	34,409				
III. Központi népegészségügyi feladatok								
III/1. Népegészségügyi jelentés, egészséghatás vizsgálatok					5	6588-3/2008	2009.06.30	
	Egészséghatás vizsgálatok szerepe a döntéshozatalban		OTH (OEFI)	20				folyamatban
	OLEF		OSZMK	10				+10 milliót hozzátett az OTH
III/2. Ágazati és tárcaközi feladatok					6			Sajtónak átadva

ARCHÍVUM

Ötletpályázat			1		4827-4/2008	2008.09.30	utalva
"A várandós anya gondozási kiskönyve" kiadásának támogatása		OEFI	0,2		7450-3/2008	2008.07.31	utalva, beszámolt
Sziget Fesztiválon egészségfejlesztéssel kapcsolatos tanácsadás, szórólapok készítése		OEFI	4,8				
Jubileumi konferencia szervezése az OEFI fennállásának 50. évfordulója alkalmából		OEFI	6,431				átcsoportosítva a /16-ra
III/3. Nemzetközi és EU-s kötelezettségekből adódó feladatok	50			10	6588-5/2008	2009.06.30	utalva
„Dohányfüstmentes Európáért: politikai lehetőségek" Európai Uniós feladatok a Zöld Könyvvel kapcsolatban a dohányzás prevenció területén	10	OTH (OEFI) Dohányzás Fókuszpont	20	0	6302-2/2008-0006KTF	2009.03.30	utalva
Első Európai Antibiotikum Nap(2008.11.18)		OTH	6,2				eng. Kérés
"Füstmentes osztály" Program és Ne gyújts rá! Világnap eseményei		OTH (Homo Creatoris Bt.)	1				eng. kérés
IV. Szervezett, célzott, népegészségügyi onkológiai vizsgálatok			270	220			
Emlő- és méhnyak szűrés	220	OTH	5				eng. kérés
Az ajak- és szájüregi rákok korai felismerését célzó szűrővizsgálatok folytatása	45	OTH (OEFI)					
A sorra átcsoportosított összegek			7,765	7,765	5276-3/2008		utalva

ARCHÍVUM

A Népegészségügyi Program keretén kívűl felhasznált források

Feladat	Előirány-zat (M Ft.)
Parlagfű mentesítési program	
Dohányzás miatti bírságból befolyt összegek	**14**
Vastagbél szűrési mintaprogram	**45**
Védőnői mintaprogram (méhnyakszűrés)	**35**
Védőnői mintaprogram monitoring	**5**

Irodalomjegyzék:

- Éves beszámoló jelentés, 2007. készítette: Dr. Budai András országos szűrési koordinátor, OTH, Budapest
- OEFI éves beszámoló jelentése, 2007. készítette: Kiss Judit, osztályvezető, OEFI
- Éves beszámoló 2008. készítette: Juhász Józsefné, OTH Népegészségügyi Főosztály vezető
- Az EGÉSZSÉG ÉVTIZEDÉNEK NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMJA 2006.ÉVI ELŐREHALADÁSÁRÓL tájékoztató, Dr. Horváth Ágnes, 2008 február.

ARCHÍVUM