

Komárom-Esztergom Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály

ELŐTERJESZTÉS

**A népegészségügyi célú, szervezett lakossági szűrővizsgálatok helyzete
Komárom-Esztergom Megyében**

**Tárgy: Tájékoztató Komárom-Esztergom megye népegészségügyi célú, célzott
szűréseinek eredményeiről, aktualitásairól**

Előterjesztő: Harsányiné Dr. Patkó Enikő megyei tisztii főorvos



KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI KORMÁNYHIVATAL

TÁJÉKOZTATÓ

**A népegészségügyi célú, szervezett lakossági szűrővizsgálatok
helyzete Komárom-Esztergom Megyében**

**Előterjesztő:
Harsányiné Dr. Patkó Enikő
megyei tiszti főorvos**

**Készítette:
Farkasné Rigó Eszter
megyei népegészségügyi szűrési koordinátor
Kisföldi Beáta
nem fertőző betegségek epidemiológiája**

Tatabánya, 2015. június 15.

TARTALOM

BEVEZETÉS

- 1. A megye lakosságának egészségi állapota, megyei daganatos megbetegedések és halálozások alakulása.**
 - 1.1. Várható élettartam és az idő előtti halálozások alakulása**
 - 1.2. Elérhető életminőség**

- 2. A daganatos megbetegedések népegészségügyi vonatkozásai**
 - 2.1. Népegészségügyi szűrések rendszere**
 - 2.2. Jogi szabályozások**
 - 2.3. A szervezett szűrőprogramok működtetése**
 - 2.4. Gazdasági vonatkozások**

- 3. Népegészségügyi célú szűrések tapasztalatai**
 - 3.1. A népegészségügyi szűrőprogramok nemzetközi és hazai tapasztalatai**
 - 3.2. A népegészségügyi szűrőprogramok megyei tapasztalatai**

- 4. Prevenációs munkában rejlő kihívások**

ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉS

MELLÉKLETEK

- *1. melléklet:* A populáció szintű szűrővizsgálatok feltételrendszere
- *2. melléklet:* Behívólevél minta méhnyakszűrésre
- *3. melléklet:* Behívólevél minta emlőszűrésre
- *4. melléklet:* Havi mammográfiai statisztikai jelentés
- *5. melléklet:* Negyedéves mammográfiai statisztikai jelentés
- *6. melléklet:* A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai, 2013
- *7. melléklet:* Fogalomtár

Bevezetés

A Semmelweis-terv megállapítása szerint a népegészségügyi tevékenység széleskörű, elsődlegesen az egészség meghatározó tényezőire irányul. Nem egy ágazat vagy szakma kizárólagos kompetenciája, hanem ösztársadalmi feladat.

A Népegészségügyi Főosztályok alapvető feladata ebben a folyamatban, hogy a lakosság egészségi állapotát és az erre ható kockázati tényezőket figyelemmel kísérik és elemezzék. A Komárom-Esztergom Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztálya már korábban, 2012. decemberben kidolgozta a Komárom - Esztergom Megyei Népegészségügyi Stratégiai Tervdokumentumot, mely meghatározta a 2013-ban végrehajtandó szakmai feladatokat, figyelembe véve az akkori ágazati stratégiát. A tervdokumentum 6. stratégiai pontja az egészségfejlesztési szakterület akciótervét, azon belül is a népegészségügyi célú szűrővizsgálatokhoz kapcsolódó rövid és hosszú távú célokat mutatta be. A prioritási tengelyek között szerepeltek a daganatos megbetegedések visszaszorítására tett javaslataink, melyben szintén megemlítésre került a népegészségügyi szűrővizsgálatokon történő részvételi arány növelése.

A népegészségügyi adatok olyan közérdekű adatnak minősülő adatok, amelyek kiemelten értékes adatvagyonnak számítanak, hiszen jogszabályban meghatározott, közfeladatot ellátó szerv tevékenységére vonatkoznak, ugyanakkor a személyes adat fogalma alá nem eső rögzített információkat, ismereteket tartalmaznak.

A lakosságot valamint az érdekelteket kívánjuk tájékoztatni a népegészségügyi helyzetről, a felmerült problémákról, az előidéző tényezőkről, a várható következményekről, a megoldás lehetőségeiről és korlátairól, az eddig elért eredményekről, amikor a most elkészített anyagot a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok megyei helyzetéről a Megyei Közgyűlés elé terjesztjük.

A Tájékoztató anyag megyei képet tár fel a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok rendszeréről, jogi és gazdasági vonatkozásairól, a vizsgálatokat indokoltá tevő megbetegedési adatokról, a felnőtt korú megyei lakosság halálozási mutatóiról, az elérni kívánt eredményekről, a szűrésben rejlő megyei kihívásokról.

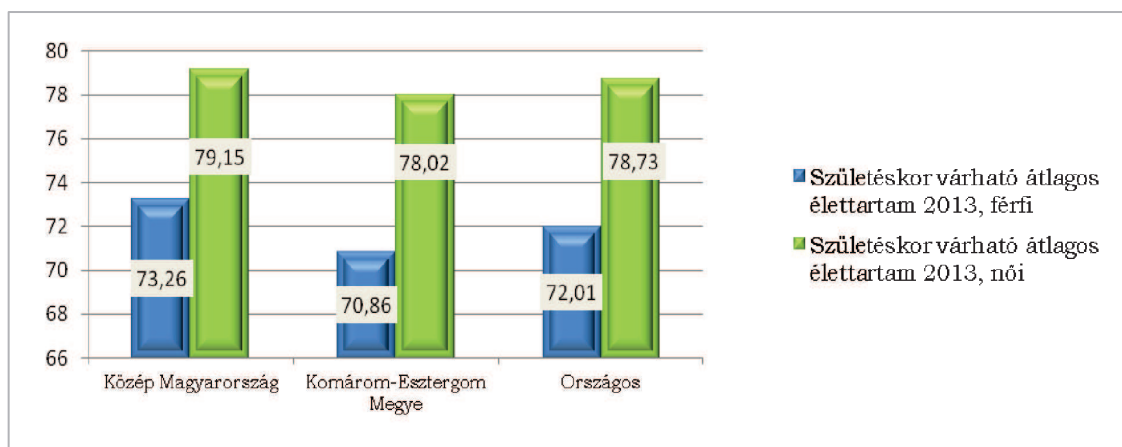
1. Komárom-Esztergom Megye lakosságának egészségi állapota, megyei daganatos megbetegedések és halálozások alakulása

A felnőtt népesség egészségi állapotának két legfontosabb jellemzője a *várható élettartam* (és ezzel szoros összefüggésben az idő előtti halálozás aránya), valamint a megélt életévek során *elérhető életminőség*. A megbetegedési és halálokok vizsgálata fontos információkkal szolgál a népesség egészségi állapotának, az abban bekövetkezett változásoknak az értelmezéséhez. A lakosság egészségi állapotával kapcsolatos helyzetértékelés a nemzetközi és hazai statisztikai források, valamint a megyei adatok felhasználásával történt.

1.1. Várható élettartam és az idő előtti halálozások alakulása

A KSH 2012-es adatai szerint Magyarországon a férfiak 54, míg a nők 58 egészségben eltöltött évre számíthatnak születésükkor.

Népegészségügyi és demográfiai adatokat elemezve Komárom - Esztergom megyéről az alábbi kép rajzolódik. A megye gazdasági szempontból az ország fejlődő térségei közé tartozik. Népességszámának változására a természetes fogyás jellemző, melynek mértéke magas (2013-ban - 1357 fő). A 15 év alatti lakosság száma és százalékos aránya folyamatosan csökken, a 65 év feletti lakosság száma és százalékos aránya ezzel egy időben növekszik. Ennek következtében a megyei népesség öregedésének jelensége tapasztalható. 2013-ban a születéskor várható élettartam megyénkben a férfiaknál 70,8, a nőknél 78 év. Ez az átlag mind az országos adatokhoz viszonyítva, mind a régiós adatokhoz képest elmarad.



1. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam a férfiak és a nők körében, 2013.

Forrás: KSH

Morbiditási, mortalitási adatok

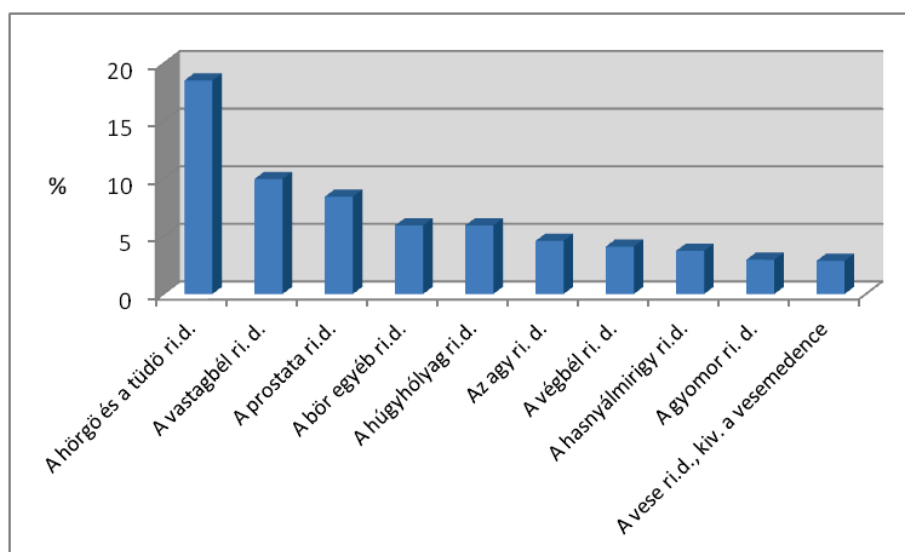
Komárom-Esztergom megyében 2013-ban a két vezető haláloknak egyértelműen a keringési rendszer betegségei valamint a rosszindulatú daganatos betegségek bizonyultak. A halálozás közel fele a keringési rendszer betegségei, egy negyede a rosszindulatú daganatos betegségek miatt következtek be, alátámasztva e kórformák népegészségügyi jelentőségét.

Az átlag életkor emelkedésével párhuzamosan egyes megbetegedéseknek az előfordulása is gyakoribbá válik. Ilyenek a daganatos betegségek, amelyek megjelenése az életkor előrehaladtával folyamatosan növekvő tendenciát mutat. A daganatos betegség kialakulásában közre játszik életmódunk és életkörülményeink is: a környezetszennyezés, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a stressz, az alkohol és a dohányzás. A megbetegedések számának emelkedése mögött áll az a tény is, hogy a diagnosztikai technika fejlődésével napjainkban több daganatos megbetegedésre derül fény, mint a korábbi évtizedekben, sok esetben még korai, gyógyítható fázisban.

A rosszindulatú daganatos betegségek megjelenése az életkor előrehaladtával folyamatosan növekvő tendenciát mutat.

Országosan a férfiak körében leggyakoribb rosszindulatú daganatok a tüdő, a vastagbél- és végbél, a bőr, az ajak- és szájüregi, valamint a prosztatata daganat.

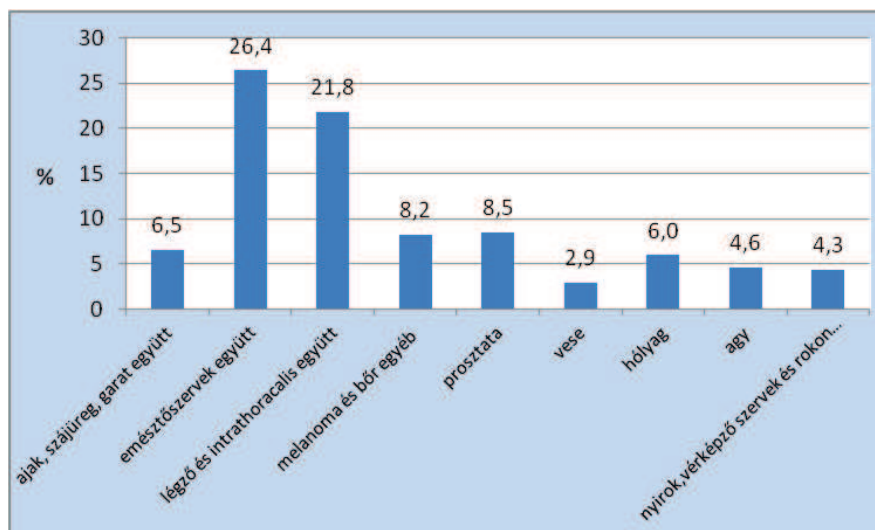
Komárom – Esztergom megye esetében a **tíz leggyakrabban diagnosztizált rosszindulatú daganatos megbetegedés** közül igen magas megoszlási aránnyal első helyen található – az országosan is vezető helyen álló – hörgő és tüdő rosszindulatú daganatos megbetegedés (2. ábra).



2. ábra: Első tíz leggyakrabban diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegség megoszlása a férfiak körében, Komárom-Esztergom megyében, 2013-ban.

Forrás: Nemzeti Rákregiszter

Főbb lokalizáció szerint Komárom-Esztergom megye férfi lakosságának körében 2013-ban az emésztőszervek (26,4%), a légzőszervek (21,8%), valamint a prosztata (8,5%) rosszindulatú daganatait diagnosztizálták leggyakrabban (3. ábra).

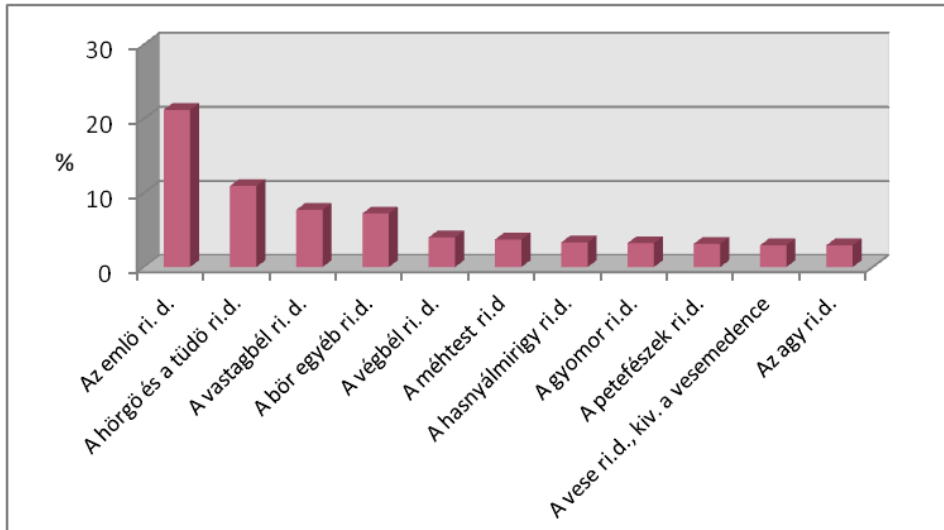


3. ábra: Rosszindulatú daganatok okozta betegségek megoszlása főbb lokalizáció szerint, Komárom-Esztergom megye férfi lakossága körében, 2013-ban.

Forrás: Nemzeti Rákregiszter

Országosan a nők körében a leggyakoribb rosszindulatú daganatok az emlő, a vastagbél- és végbél, a bőr és a tüdődaganat.

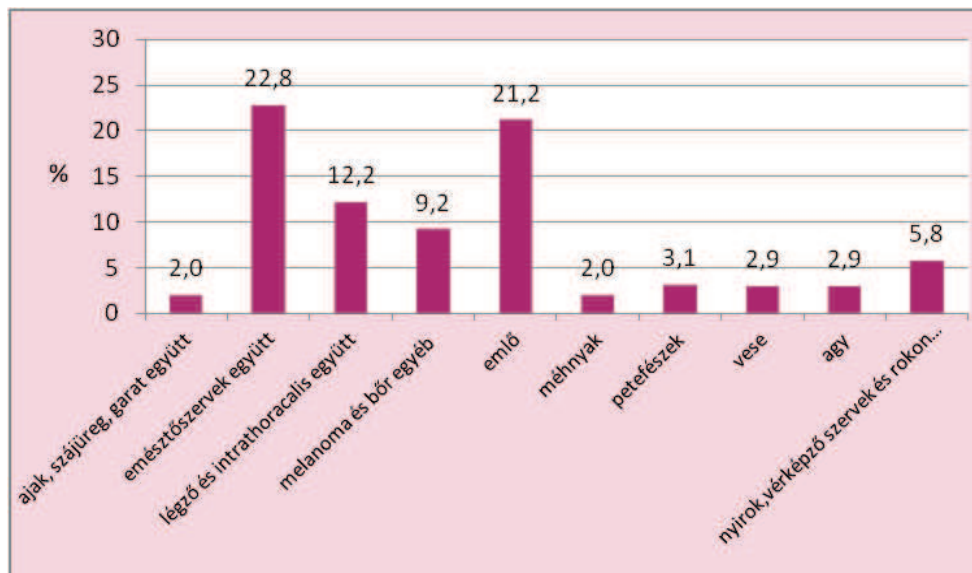
Komárom – Esztergom megye női lakosságának körében a **tíz leggyakrabban diagnosztizált rosszindulatú daganatos megbetegedések** közül igen magas megoszlási aránnyal első helyen található – az országos szinten is leggyakrabban előforduló – emlő rosszindulatú daganatos megbetegedés (4. ábra).



4. ábra: Első tíz leggyakrabban diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegség megoszlása a nők körében, Komárom-Esztergom megyében 2013-ban.

Forrás: Nemzeti Rákregiszter

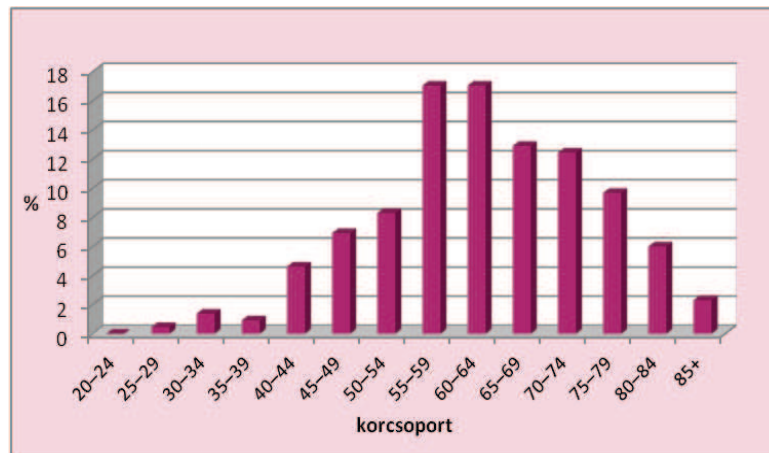
Főbb lokalizáció szerint Komárom-Esztergom megye női lakossága körében 2013. évben az emésztőszervi (22,8%-ban), az emlő- (21,2%-ban), valamint a légzőszervi (12,2%-ban) rosszindulatú kórképeket diagnosztizálták leggyakrabban (5. ábra).



5. ábra: Rosszindulatú daganatos betegségek megoszlása főbb lokalizáció szerint, Komárom-Esztergom megye női lakossága körében 2013-ban.

Forrás: Nemzeti Rákregiszter

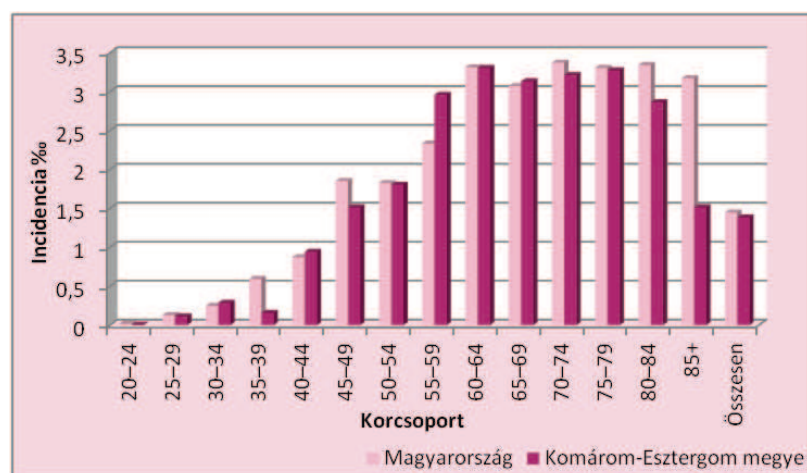
Komárom-Esztergom megyében, nők között 2013-ban összesen 217 főnél diagnosztizáltak rosszindulatú emlődaganatos megbetegedést. A betegség előfordulási aránya az egyes korcsoportokban a 6. ábrán tanulmányozható.



6. ábra: Női emlő rosszindulatú daganatos betegségének előfordulási aránya (%) korcsoportonként, Komárom-Esztergom megyében 2013-ban.
Forrás: Nemzeti Rákregiszter

Megyénkben az 55-59 és 60-64 éves korcsoportban a legmagasabb a betegség előfordulási aránya.

Komárom-Esztergom megyében a női emlő rosszindulatú daganatos betegség új eseteinek gyakorisága (incidenciája) az országos gyakorisághoz viszonyítva, korcsoportonként a 7. ábrán látható. Megfigyelhető, hogy már a 25-29 és a 30-34 éves korcsoportban előfordul frissen felfedezett emlődaganatos megbetegedés. A 40-44 éves korcsoporttól az országoshoz hasonlóan alakult megyénkben is az előfordulási gyakoriság, azonban az 55-59 éves korcsoportban, az országosnál magasabb az emlő rosszindulatú daganatos megbetegedés incidencia értéke megyénkben.



7. ábra: Női emlő rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek gyakorisága korcsoportonkénti bontásban, Magyarországon és Komárom-Esztergom megyében, 2013-ban.
Forrás: Nemzeti Rákregiszter

Méhnyakrák

Magyarországon évente mintegy 1000–1200 új méhnyakrákos megbetegedést regisztrálnak. **Megyénkben 2012-ben 28 új esetet, 2013-ban 20 frissen felfedezett esetet diagnosztizáltak.** Ez rendkívül szomorú adat, mivel a méhnyakrák megelőzhető, sőt, korai stádiumban nőgyógyászati szűrővizsgálattal nemcsak a rák, hanem a rákot megelőző, különböző súlyosságú méhnyak-elváltozások is könnyen kimutathatók. Ezekből a „rákmegelőző állapotokból” – ha orvosi beavatkozás nem történik – 8–10 év alatt alakul ki a méhnyakrák. Ez igen hosszú idő ahhoz, hogy rendszeres szűréssel megelőzhetővé tegyük a rosszindulatú méhnyakrák kialakulását.

1.2. Elérhető életminőség

Magyarország lakosságának és ezen belül megyénk lakosságának egészségmagatartása, egészségtudatossága nem éri el az Európai Unió átlagot. Az egészséggel kapcsolatos információk egy része kizárólag kérdőíves lakossági egészségfelmérések segítségével szerezhető meg, hiszen az egészségügyi intézményektől kapott adatok nem adnak átfogó képet például az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőkről.

Magyarországon 2009 őszén – a Központi Statisztikai Hivatal irányításával került sor az első, nemzetközileg standardizált Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF). Jelenleg ez a felmérés nyújtja a legfrissebb, hiteles kiindulási információkat a 14 éven felüli, magánháztartásban élő személyek egészségi állapotát és életmódját jellemző adatokról.

Az ELEF felmérése szerint a felnőtt lakosság túlnyomó többsége elégedett az egészségi állapotával vagy legalábbis megfelelőnek tartja azt. Mind a nők, mind a férfiak körében eléri, illetve meghaladja az 50%-ot azoknak az aránya, akik jónak vagy nagyon jónak vélik egészségüket. Rossz vagy nagyon rossz egészségről a nők 17%-a, a férfiak közel 12%-a számolt be.

2. Népegészségügyi célú szűrések rendszere, jogi szabályozása és egészség-gazdasági vonatkozásai

2.1. Népegészségügyi szűrések rendszere

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a fejlett országokban kiemelt figyelmet fordít a népbetegségek korai felismerésére. A szűrések fontosságára tekintettel egy általános érvényű

iránymutatást adott, melyben olyan alapvető szempontokat emel ki, amelyek szisztematikus vizsgálatával stratégiai döntéseket hozhatnak a közpolitika szereplői. Ez az iránymutatás ma már alapvető szakmai kritériumrendszerként épült be a populáció szintű, szervezett szűrések, így a népegészségügyi szűrések rendszerébe is. (1. melléklet)

A népegészségügyi jellegű szűrések célja tehát, hogy azok a megbetegedések, amelyeknek nagy a népegészségügyi jelentősége, kórlefolyásuk ismert, megfelelő eszközökkel jól szűrhetőek, rendelkezésre áll megfelelő terápia, valamint jelentős életév nyereséggel járnak, minél korábbi stádiumban kerüljenek felfedezésre, elősegítve a betegség kezelésének hatékonyságát, a megfelelő életminőség helyreállítását.

A népegészségügyi célú szűrővizsgálat olyan célzott szűrővizsgálat, amely a veszélyeztetett céllakosság meghatározott korcsoportjaira kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi tevékenység, amely az egészségügyi ellátó rendszerbe integráltan, központi költségvetésből finanszírozottan működik. Lényege tehát az, hogy a szűrésre jogosult személyeket egyénileg, személy szerint tartják nyilván, hívják meg szűrővizsgálatra, és ha kell tisztázó vizsgálatokra visszahívják, követik (személyes meghíváson és követésen alapuló szervezett lakosságsszűrés). Problémamentes esetben a meghatározott szűrési intervallum elteltével ismételt meghívják. A rendszer működtetése céljából a személyi adatok védelméről szóló jogszabályok figyelembe vételével országos és területi szűrési nyilvántartás (OSZR) bevezetésére került sor.

Magyarországon az 1997. évi CLIV. Egészségügyről szóló törvény alapján 2001-től két nagy népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálat kezdte meg működését országos szintre fokozatosan kiterjesztve: a behívó leveles **emlőszűrés** és a behívó leveles **méhnyakszűrés**.

	A szűrés típusa	Érintett korcsoport	Szűrési időszak
Emlő	Mammográfia	45-65 év	2 évenként
Méhnyak	Nőgyógyászati	25-65 év	3 évenként

Ez a szűrési intervallum csupán a népegészségügyi célú szűrésekre vonatkozik, és nem teszi vitatottá az évenkénti nőgyógyászati ellenőrző vizsgálat szükségességére vonatkozó klinikai ajánlást.

Az országos kiterjedésű, szervezett szűrési program kezdetben az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010” keretében, majd később a „Nemzeti Népegészségügyi Program” részeként folytatódott.

Az országos kiterjeszhetőség érdekében pilot jellegű programként (mintaprogram) folyamatban van a vastagbélvizsgálat és a védőnői méhnyakvizsgálat. Azonban ezek a típusú szűrővizsgálatok jellegük miatt a jogszabályi rendelkezések közé még nem épültek be.

Számos egyéb, a tünet és panaszmentes betegség kimutatására alkalmas szűrővizsgálati módszer létezik, amelynek hatásosságára nem rendelkezünk tudományos bizonyítékkal, azaz, nem bizonyított, hogy a szűrővizsgálat mérsékeli a célbetegségből eredő halálozást a céllakosságban. Ezen szűrések népegészségügyi célú alkalmazására, beépíthetőségére, kiterjeszhetősége vizsgálatok folynak. Lakossági szűrés keretében (pl. beutalóval) való alkalmazásukat azonban az orvosi gyakorlatban bátorítani lehet.

Az **alkalomszerű szűrést** maga a vizsgált személy is kezdeményezheti, amely bármely más célból végzett orvosi vizsgálathoz kapcsolódhat (pl. életkorhoz kötött szűrés). Történhet háziorvosi, vagy szakorvosi rendelőben, vagy a munkahelyeken foglalkozás-egészségügyi ellátás során (pl. menedzserszűrés). Megvalósulhat munkáltatók vagy önkormányzatok által kezdeményezett, spontán részvételre épülő, kampányszerű szűrőprogramok során. Ezen programok szervezése évtizedek óta meghonosodott a hazai gyakorlatban.

A **népegészségügyi szervezett szűrést** az egészségügyi ellátórendszerre épülve a „hatóság” kezdeményezi. Az alkalomszerű szűréstől abban különbözik, hogy adminisztratív eszközök alkalmazásával, azaz a veszélyeztetett életkorban lévők azonosítása és személyes meghívása útján, területi/térségi szervezési elvet alkalmazva igyekszik elősegíteni, hogy minél teljesebb számban vegyenek részt a szűrővizsgálaton. A meghívásban érintettek minél nagyobb arányú részvételét nevezzük megjelenési aránynak, vagy átszűrtségnek.

2.2. Jogi szabályozások

A népegészségügyi szűrőprogramok beindulásakor az egészségügyi miniszter a szűrővizsgálati rendszer bevezetésének és működtetésének irányításával az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ) és az azt irányító Országos Tisztifőorvosi Hivatalt bízta meg (a 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 191. évi XI. törvény az ÁNTSZ-ről). A feladatok összehangolására mind országos, mind területi (megyei) szinten szűrési koordinátorok lettek kinevezve.

Feladataik között szerepel:

- * összehangolni a szűrésben érintett szervezetek (médiák), szűrőállomások, házi orvosok, önkormányzatok, a Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályának és a Járási Hivatalok Népegészségügyi Osztályainak munkáját a folyamatos szűrési tevékenység végzése érdekében;
- * elősegíteni a népegészségügyi program céljainak megvalósulását és népszerűsítését előre rögzített szakmai protokollok mentén;
- * szakmailag koordinálni, irányítani a területi szűrőállomások és szűrőközpontok tevékenységét;
- * biztosítani az Országos Szűrési Rendszer (OSZR) működését, beleértve a nyilvántartó rendszert és az adatbázis kapcsolatokat;
- * biztosítani az adatvédelmet, koordinálni annak végrehajtását;
- * megtervezni a szűrésekhez szükséges kapacitásokat, követni a ténylegesen rendelkezésre álló feltételeket;
- * megyei szinten értékelni, elemezni a szűrési tevékenységet;
- * közreműködni a tevékenységet érintő jogszabálytervezetek, módosítási tervezetek véleményezésében, előkészítésében.

2.2.1. Mammográfias szűrővizsgálat jogi szabályozása

Hazánkban „*A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról*” szóló 51/1997. (XII. 18.) népjóléti miniszteri rendelet 1998. január 1. óta tette lehetővé a térítésmentes, népegészségügyi célú mammográfias szűrést minden 45–65 éves, biztosítással rendelkező nő számára, akiknek a szűrést megelőző két éven belül sem beutalóval, sem államilag finanszírozottan nem volt ilyen jellegű vizsgálatuk.

A népegészségügyi szűrés elvégzése alkalmas mammográfias szűrőállomásokat/centrumokat az Országos Tisztifőorvosi Hivatal a megkívánt szakmai, személyi és műszaki feltételek elbírálása alapján nyilvános pályázat útján választotta ki. Valamennyi szűrőállomás rendelkezik a szakmailag megkívánt diagnosztikai és gyógykezelési intézeti háttérrel. Egy-egy szűrőállomás meghatározott közigazgatási egység/terület ellátására vállalt kötelezettséget.

2.2.2. Méhnyak szűrés jogi szabályozása

Az egészségügyi kormányzat 2003. szeptemberben jelentette be a népegészségügyi méhnyakrákszűrés indulását és fokozatos kiterjesztését a már említett jogszabályi felhatalmazás szerint.

2.3. A szervezett szűrőprogramok működtetése

Az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő, szűrővizsgálatra jogosult asszonyok személy szerinti meghívása, szükség esetén visszahívása és követése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából származó név- és címjegyzék alapján, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Szűrési Koordinációs Osztálya és a megyei Kormányhivatalok Népegészségügyi Főosztályain működő megyei szűrési koordinátorok közbeiktatásával történik. Az OEP a személyazonosításra alkalmas adatokat (TAJ, születési adatok, lakcím, házi orvos) tartalmazó lakosságlistát – az adatkezelésre vonatkozó jogszabályok által megszabott keretek között – területekre bontva a megyei szűrési koordinátorok rendelkezésére bocsátja.

Az Országos Szűrési Nyilvántartó Rendszer (OSZR) informatikai rendszere alkalmas a szűrésre behívandó lakosság jogszabályban meghatározott időszakonkénti periodikus megszólítására, az első meghívásra nem reagálók második megszólítására, továbbá minőségellenőrzést elősegítő adatszolgáltatásra. A szűrővizsgálatok területileg szervezett lakosságszűrés útján valósulnak meg, azaz meghatározott közigazgatási egységenként szerveződnek a behívások.

Az ÁNTSZ területi intézeteiben (kormányhivatalokhoz rendelt Népegészségügyi Főosztályon) működő területi szűrési koordinátor munkakapcsolatot tart fenn a területen működő szűrőállomásokkal, házi orvosokkal, védőnőkkel, szakorvosokkal.

2.4. Gazdasági vonatkozások

A lakosságszűrés rendszerének (emlőszűrés, nőgyógyászati méhnyak-szűrés) működési költségeit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az egészségügyi kormányzat Egészségbiztosítási Alapja fedezi. Mivel a szűrőprogramok költségvonzata igen jelentős, ezért fontos, hogy a meglévő pénzügyi keretek felhasználása a lehető legnagyobb egészségnyereséget eredményezze. A szervezett szűrővizsgálat bevezetése esetén a szervezésnek, a vizsgálatnak, a szűrés miatt fellépő többletdiagnosztikának és a terápiának a költségei költségnövekedést eredményeznek (közvetlen költség); ugyanakkor kevesebb lesz

az előrehaladott stádiumban lévő beteg, ami megtakarítást eredményez a kezelési költségekben (közvetett haszon). Vagyis a „mai szűrés” a „holnapi rákot” előzi meg.

Ami az emberek felvilágosításával, informáltságuk színvonalának emelésével járó előny, az nem csak az egyén számára, hanem az ország számára is gazdasági értéket jelent: életév nyereséget eredményez, munkaerő (termelőerő) kiesés minimálisra csökkenthető, társadalombiztosítási terhek és kiadások csökkennek, stb.

A kulcsüzenet az egész folyamatban, hogy „**az egészség érték**”.

Ilyen megközelítésben is kiemelt jelentőségű a szűréseken való megjelenési arány növelése.

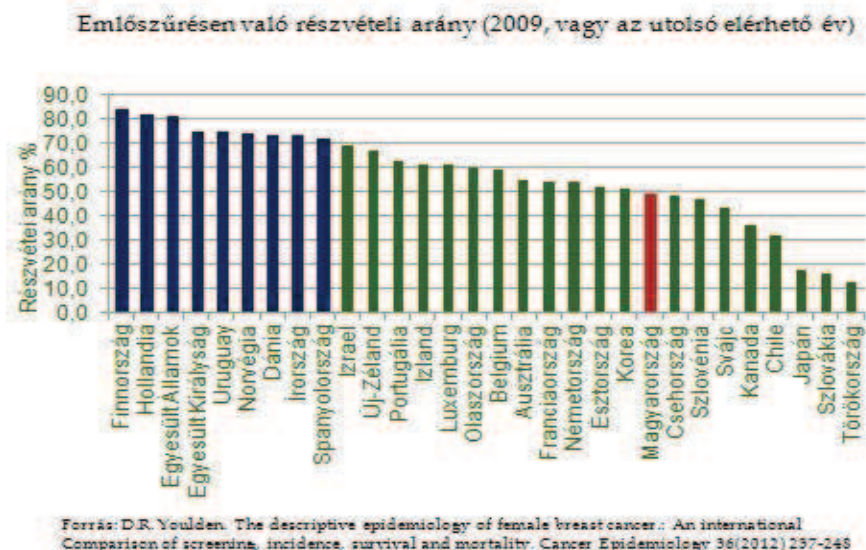
3. Népegészségügyi célú szűrések tapasztalatai

3.1. A népegészségügyi szűrőprogramok nemzetközi és hazai tapasztalatai

A népegészségügyi szűrések hatékonyságának mutatója a részvételi arány. Azonban csak a mutatók folyamatos, magas szintje esetén várható a halálozás csökkenése.

3.1.1. Emlőszűrés nemzetközi és országos tapasztalatai

Egyes országok (Dánia, Anglia, Ausztrália, Hollandia, Svédország) adatai alapján a szervezett népegészségügyi emlőszűrés – hosszú távon, valamint magas megjelenési arány esetén (75-85%) – mintegy 19-32 %-kal képes csökkenteni az idő előtti halálozást.



8. ábra: Emlőszűrésen való részvételi arány a kiemelt országokban, 2009

Magyarországon a halálozás szűrésnek tulajdonítható mérséklődésére még nem állnak rendelkezésre megbízható adatok. (hiv: Dr. Döbrössy – *Daganatok szűrése*, 2013) A jelenlegi

halálozási adatok és szűrővizsgálaton való megjelenési arányokat figyelembe véve becslések adhatók. Ha Magyarországon a lakosság legalább 70%-a részt venne az egészségügyi ellátórendszer által felkínált szűrővizsgálaton, a legoptimálisabb számításokkal 7-10 éven belül az idő előtti halálozás évente mintegy 20-23%-kal csökkenthető lenne, azaz közel 450-500 személy idő előtti halálozását elkerülhetnék.

Egészség-közgazdasági szempontból alapvető tény, hogy a népegészségügyi, célzott szűrőprogramok kiteljesedése átlagban 10-25 év között várható. Mammográfiás szűrés tekintetében Magyarországon ennek a folyamatnak a közepén tartunk.

3.1.2. Méhnyakszűrés nemzetközi és országos tapasztalatai

Az eltelt évek adatainak tükrében elmondható, hogy a szűrési rendszer célkitűzései nem valósultak meg maradéktalanul. A rendszer gyengéje az alacsony lakossági részvétel.

A népegészségügyi lakosságszűrésnek hosszabb távú célja az, hogy a méhnyakrákszűrés – jól bevált nyugat-európai modell szerint – az alapellátásra épüljön: a szűrővizsgálat az alapellátás személyzete által vett sejt minta vizsgálatára szorítkozzék, és csak a nem negatív, tisztázó vizsgálatra szoruló asszonyok kerüljenek a „második lépésben” a kolposzkópiában is járatos, kórszövettani háttérrel bíró nőgyógyászok kezébe.

3.2. A népegészségügyi szűrőprogramok megyei tapasztalatai

3.2.1. Emlőszűrés megyei tapasztalatai

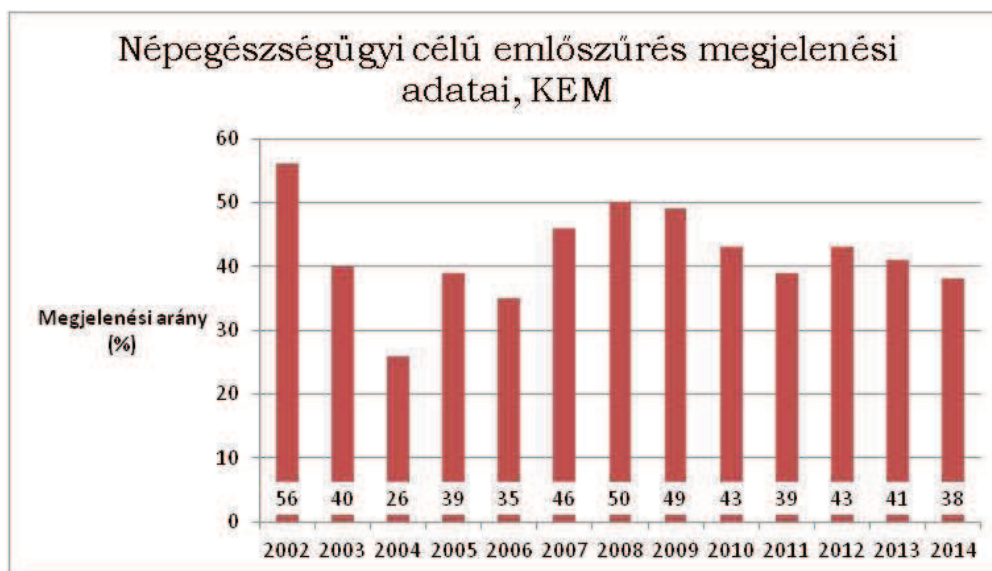
Megyénk 2002-től csatlakozott a népegészségügyi célú, szervezett lakossági szűrővizsgálatok országos rendszeréhez. Ekkor megyénkben, a népegészségügyi célú szűrésrendszer protokollja szerint működő emlőszűrő centrum még nem került befogadásra, tehát megyén belüli népegészségügyi célú szűrésre nem volt lehetőség. A behívásban érintett hölgyeket a szomszédos megyék szűrőcentrumai fogadták. Ekkor a szűrő állomás a kapacitását elsősorban a saját vonzáskörzetében élő, érintett hölgyek részére biztosította, és csak a szabad kapacitásnak a terhére fogadta a Komárom-Esztergom megyei hölgyeket szűrővizsgálatra. Ebben az esetben a szűrővizsgálatok előkészítése és lebonyolítása szervezett szállítással volt megoldható az adott település és a szűrőállomás között. A szállítás költségeit az érintett önkormányzatok hitelezte meg, az egészségbiztosító pedig utólag és nem teljes mértékben fizette ki. Az érintett hölgyek igényét a szállításra szintén az önkormányzatok koordinálták, ami plusz erőforrás terheket jelentett számukra. A szűrés előkészítésének időszakában külön egy ember teljes munkaidejét lekötötte a szállítás szervezésével kapcsolatos feladatok ellátása.

A hölgyek részéről is nehézséget okozott a szűrővizsgálaton ilyen módon történő részvétel, ugyanis ebben az esetben mind az oda útnál, mind a vissza útnál meg kellett egymást várják, így szinte a teljes napjukat rá kellett áldozzák a szűrővizsgálatra.

Az utazási nehézségekre 2004-től megoldást jelentett a tatabányai Szent Borbála Kórház befogadása, majd 2008-tól - a Szent Borbála Kórházzal kötött együttműködési megállapodás szerint- az emlőszűrő busz (szűrést végző mobil állomás) megjelenése a megyében.

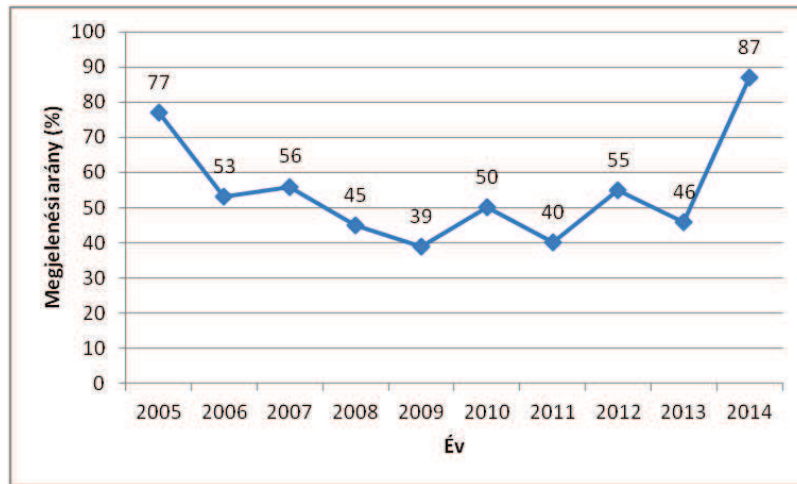
A megyén belül működő célzott mammográfiás szűrés elmúlt tizenhárom évének statisztikai adatai:

- Valamivel több, mint 200 ezer szűrésre meghívott.
- A meghívottak átlagosan 35,7 %-a jelent meg a szűrővizsgálaton. (Összehasonlítva az Európai Unió protokollal, ez jóval elmarad a kívánatos 70%-tól.)



9. ábra: Népegészségügyi célú emlőszűrés megjelenési adatai Komárom-Esztergom megyében, 2002-2014.

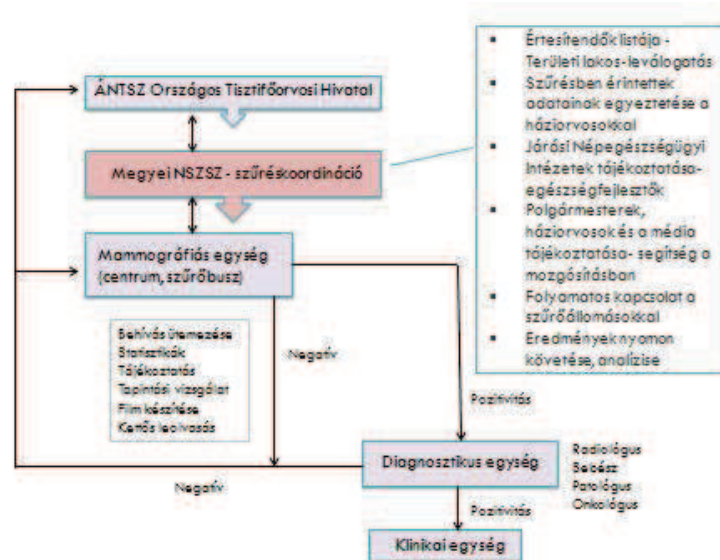
- Visszahívásra került a már szűrésen megjelentek kb. 7%-a további tisztázó vizsgálatok elvégzése céljából (ez megfelel az euro-protokollnak).
- A szűrésből műtetre javasoltak a kivizsgálás után 415 személyt, akik közül 212 főnél végezték el a szükséges beavatkozást, tehát az érintettek 49 %-a elveszett. Köztük valószínűleg rosszindulatú daganatos esetek is lehettek. (10. ábra szerint)



10. ábra: Szűrővizsgálat után műtetre javasolt esetek beavatkozáson való megjelenési aránya, KEM 2005-2014.

Előkészítés, behívás folyamata emlőszűrésre

A szűrőállomásokkal történő kapacitásegyeztetés után a megyei szűrési koordinátor – az előzetes éves ütemterv szerint - az egy időszakban behívandók név- és címjegyzékét a szűrőállomásnak/központnak átadja. A behívást (behívásban érintettek kiértékelését, szűrővizsgálati időpontok elosztását) maguk a szűrőegységek végzik. A behívások ütemezésekor fel kell mérni, hogy a mammográfias szűrőállomás adott időszak alatt hány személy fogadására képes.



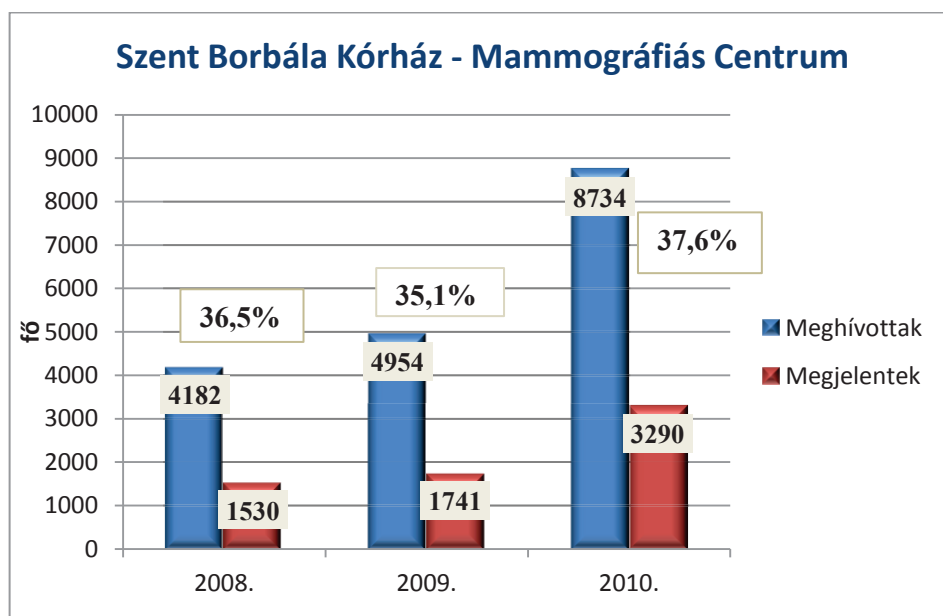
11. ábra: Koordinációs feladatok a behívóleveles emlőszűrés megszervezése kapcsán

Forrás: OTH

A szűrőállomások és szűrőközpontok a felvétel készítését és leletezését meghatározott szakmai protokoll szerint végzik el, melyről a minőségbiztosítás részeként havonta és negyedévente statisztikai jelentéseket készítenek az Országos Tisztifőorvosi Hivatal felé.

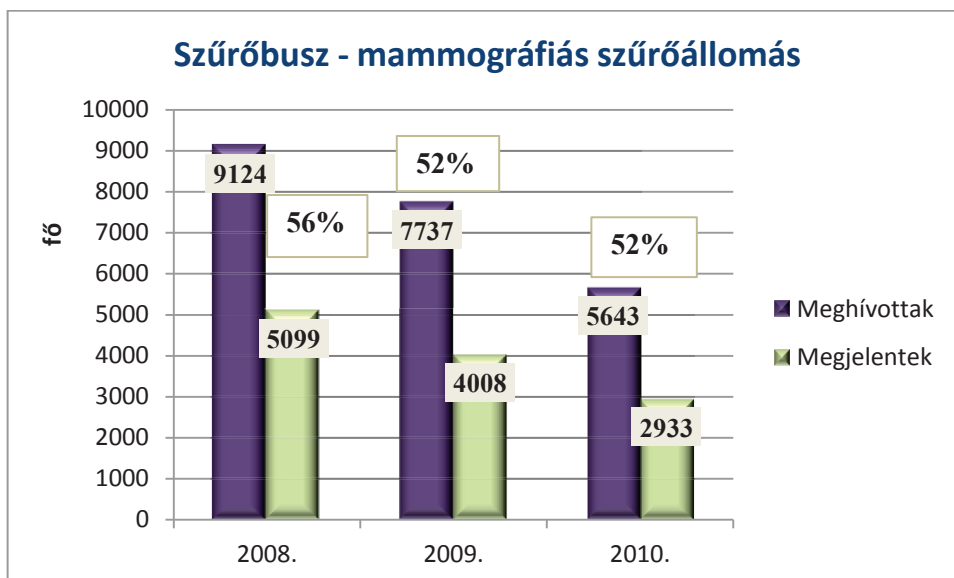
(4.-5. melléklet)

Az eltelt évek alatt összegyűlt behívási, megjelenési adatok nagyon informatívak a megyei átszűrtségre, valamint a két szűrőállomás igénybevételére vonatkozóan. A kiemelt három év példája jól mutatja a két szűrőállomás kihasználására jellemző gyakorlatot az érintett hölgyek körében. Az összehasonlító mintában azt a három évet mutatjuk példának, amikor a megyében elindult mind a szűrőcentrum, mind a szűrőbuszos szűrés lehetősége.



12. ábra: Népegészségügyi célú emlőszűrés behívási-megjelenési adatai Szent Borbála Kórházban 2008-2010. között, Komárom-Esztergom megyében

A Szent Borbála Kórház mammográfias centruma kötött telephellyel működő szűrőállomás. A szűrésre jelentkező hölgyeknek a szűrési időszakban (8:00 – 15:00 között) utazással közelíthető meg az egység. A centrum a Tatabányai, Tatai, Oroszlányi Járás érintett hölgyeit szűri. Azok között a meghívottak között, akik a behívást ide kapják meg, a kiemelt három évben a megjelenési arány nem éri el a 40%-ot. (12. ábra) Az utóbbi években ez az arány tovább csökkent, ami az átlagos megyei megjelenési arányt is tovább rontja.



13. ábra: Népegészségügyi célú emlőszűrés behívási-megjelenési adatai szűrőbuszon 2008-2010. között, Komárom-Esztergom megyében

A MammAlba Kft. által üzemeltetett szűrőbusz a Szent Borbála Kórházzal kötött megállapodás alapján a Dorog, Esztergomi, valamint a Komárom, Kisbéri Járásban végzi az érintett hölgyek szűrővizsgálatát. Ez a fajta szűrés az adott településre helybe, a lakóhelyhez közel megy. Véltetően ez az egyik oka annak, hogy az érintett hölgyek között a megjelenési arány szignifikánsan nagyobb, mint a Szent Borbála Kórházba meghívottak között. A kiemelt három évben a megjelenési arány meghaladja az 50%-ot, de vannak olyan települések, ahol a 60%-ot is meghaladja. (13. ábra)

Tapasztalataink szerint megyénk nagyobb városaiban a megjelenési arányok elmaradnak mind az országos aránytól (46-48%), mind a régiós aránytól (50% körüli), mind a Komárom-Esztergom megyei kistelepülési aránytól (50-62% közötti). Nagyvárosainkra vonatkozóan a megjelenési adatok jellemzően 25-32% között alakulnak.

3.2.2. Méhnyakrák megelőzés - méhnyakszűrés megyei tapasztalatai

A szűrővizsgálatban még nem részesült hölgyek számára egyedül a rendszeres szűrés nyújt védelmet a méhnyakrák kifejlődése ellen.

Előkészítés, behívás folyamata

A szűrőprogramok szintén területileg szervezett lakosságszűrés útján valósulnak meg. A megyei koordinátor által elkészített területi lakoslista szerint a kiértésítéseket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal postázza az érintettek részére. A behívólevéllel rendelkező hölgyek

bármelyik szakrendelőt felkereshetik, amennyiben a szűrés lehetőségével szeretnének élni. A népegészségügyi kenetvétel elvégzésére megyénkben 11 nőgyógyászati szakrendelő áll rendelkezésre:

- Nyergesújfalú
- Látatlan
- Tata
- Oroszlány
- Tatabánya
- Dorog
- Esztergom
- Bábolna
- Kisbér
- Komárom

A komplex nőgyógyászati vizsgálatot követően levett kenetek sejtvizsgálatát az erre a célra befogadott központi citológiai laboratóriumokban végzik el. Megyénkben erre kizárólag a tatabányai Szent Borbála Kórház Citopatológiai Laboratóriuma jogosult.

A citológiai vizsgálat eredményéről a beküldő nőgyógyászt értesítik, aki a pácienszt értesíti az eredményről, és szükség esetén gondoskodik a további tisztázó vizsgálatok elvégzéséről, indokolt esetben a beteg gyógyintézetbe juttatásáról.



14. ábra: Népegészségügyi célú méhnyakszűrés behívási-megjelenési adatai 2003-2013. között, Komárom-Esztergom megyében

2014-ben szervezett behívóleveles méhnyakszűrés nem történt. A megyén belül működő célzott méhnyakszűrés statisztikai adatai 2003-2013. között szerény adatokat mutat:

- közel 120 000 behívás, kevesebb, mint 5000 fő részvétele a szervezett szűrésen - 3,9%-os megjelenési arány (14. ábra)
- a megjelentek kb. 1%-nál igazolódott méhnyakrák (47 fő)

A szűrővizsgálatokon a lakossági részvétel alacsony. Az alacsony megjelenési arány okai meglehetősen sokszínűek lehetnek. A méhnyakszűrés problémái tükrözik a korábbi évtizedek alatt kialakult alkalomszerű szűrési gyakorlatból a korszerű, szervezett gyakorlatba történő átmenet nehézségeit.

- A jelenlegi rendelkezések szerint a szűrési tevékenység csak olyan nőgyógyászati szakrendelésen és citológiai laboratóriumban végezhető el, amelyeknek az OEP-pel erre külön finanszírozási szerződése van. A népegészségügyi szűrési rendszerben szerzett megyei méhnyakszűrési tapasztalatok azonban azt mutatták meg, hogy a rendszerbe be nem fogadott citológiai laboratóriumok továbbra is véleményeznek szűrésből (akár szervezett, azaz meghívóval érkezett asszony szűréséből) származó mintát is. Ám ezeknek a „be nem fogadott” citológiai laboratóriumoknak jelentési kötelezettségük nincs, teljesítményüket az OEP-nek diagnosztikus, és nem szűrési kódon számolják el. Az ilyen vizsgálati anyag természetesen kimarad a szűrési nyilvántartásból. Ráadásul elkerülhetetlen maradt, hogy a szervezett szűrés részeként vett minta a nőgyógyászati praxisokban levett mintákkal keveredjen. (Csak azok a hölgyek minősülnek szűrésen „megjelentnek”, akiknek a személyes meghívólevél „ellenőrző szelvénye” a citológiai szűrőállomásokon keresztül az Országos Szűrési Nyilvántartásba visszaérkezik.) Gyakran a szűrővizsgálatra jelentkezőktől vett kenetminták diagnosztikus vizsgálatként kerültek jelentésre, vagyis a népegészségügyi szűrésen való részvételi adatok alacsonyak maradtak.
- A magánpraxist folytató nőgyógyászok nem vehetnek részt a rendszerben, jóllehet – felmérések szerint – a szűrendő célcsoport mintegy 30%-a magánőgyógyásznál részesül szűrésben, ám a magánorvosnál kenetvételben részesültek nem jelennek meg a szűrési nyilvántartásban.
- Leginkább a rendszeresen nőgyógyászhoz járók részesülnek továbbra is szűrésben, míg az orvoshoz nem járók nagyobb hányada a behívás ellenére sem tetten érhető.

A nagy költséggel felállított szervezett szűrési szervezet így képtelen igazolni létjogosultságát.

A szervezett méhnyakszűrést hatékonyabbá lehet tenni olyan módon, hogy „a kenetek utazzanak, és ne az asszonyok”. Más szóval, - csakúgy, mint a fejlett országokban – a szűrővizsgálatot közelebb kell vinni az alapellátáshoz. A jól bevált nyugat-európai modell szerint a méhnyakszűrés az alapellátásra épül, vagyis az alapellátás személyzete által vett kenet vizsgálata az elsődleges cél.

Ennek elérése érdekében az egészségügyi kormányzat hazánkban is a szakdolgozói szűrés mellett döntött. Ez azt jelenti, hogy a területi védőnők feladatává alakítják át a sejtkenet levételét és a „betegkövetést”. A védőnői méhnyak-szűrő programnak az országos kiterjesztése jelenleg a TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 számú kiemelt projekt („Pilot jellegű szűrőprogramok - védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbéliszűrési programok-kiterjesztésének támogatása) keretében valósul meg.

Megyénkben is folyamatos kiterjesztésre kerül a Védőnői Méhnyakszűrő Program, melynek keretében jelenleg 11 védőnő végez méhnyakszűrő tevékenységet:

- Bakonybánk, Bakonyszombathely,
- Mocsa,
- Nagyigmánd,
- Süttő,
- Ács (III.sz. körzet),
- Nyergesújfalú,
- Tárkány,
- Tát, Mogyorósbánya
- Bana védőnői szolgálata.

Az „önálló” munka azoknak a nőknek a mozgósításából áll, akiknek az Országos Tisztifőorvosi Hivatal - a Szűrési Nyilvántartásból (OSZR) elkészített területi lakosságlista alapján – megszólító levelet küld. További feladat a sejtkenet levétele, amit a védőnők postai úton, kijelölt citológiai laboratóriumba küldenek. Feladatuk végül a citológiai eredmények közzlése, és a nem-negatív (pozitív) lelettel rendelkező hölgyek nőgyógyász szakvizsgálatra irányítása, valamint a betegkövetés.

A TÁMOP-6.1.3./A védőnői méhnyakszűrés projektje 2015. október végével lezárul. A projekt tapasztalataira, kihívásaira vonatkozóan ekkor lehet konkrét adatokat mondani.

A HPV bizonyos típusai tehetők felelőssé a méhnyakrák kialakulásában, ezért az átfogó méhnyakrák megelőzés érdekében 2014. szeptembertől Human papilloma vírus (HPV) elleni

védőoltás zajlik az iskolákban a 12-13 éves leányok körében, megelőző szülői kérés szerint. A HPV magas fokú kockázatot jelentő típusai ellen bevezetendő védőoltás új, komplex lehetőséget nyújt a méhnyakrák prevenciójában: az elsődleges megelőzésnek tekinthető védőoltástól és a másodlagos megelőzési, szűrési stratégiáktól remélhető a méhnyakrák elleni optimális védelem. A mai szakmai ajánlás szerint, a behívásos szűrőprogram gyakorlatán még akkor sem kell változtatni, ha majd a vakcinációs programok nagy, országos lakossági lefedettséget érnek el. Elsősorban azért nem, mert a védőoltások célpopulációját a serdülő lányok képezik, közöttük az oltás önkéntes, másrészt az idősebb, szexuálisan aktív asszonyok oltása legfeljebb szórványos.

Mindkét népegészségügyi, szervezett szűrés esetében elmondható, hogy a területi szűrési nyilvántartás informatikai háttere a mai napig nem teszi lehetővé, hogy a szűrővizsgálatban részesülteket nyilvántartsa, ugyanis *a szűrést elvégző szűrőállomások* az elektronikus adatszolgáltatást egy olyan zárt informatikai rendszeren teszik meg, amelyet a területi szűrési nyilvántartó rendszerben (OSZR) nem lehet látni. Tehát a behívottak és a szűrésben megjelentek név szerinti összehasonlítására nincs lehetőség.

4. A prevenció munkában rejlő kihívások

A megbetegedések, és a halálozások egymáshoz viszonyított aránya arra mutat, hogy a daganatos betegségek többsége előrehaladott állapotban kerül felismerésre, diagnosztizálásra és kezelésre az egészségügyi ellátórendszeren belül, vagyis akkor, amikor a betegség még kezelhető ugyan, de eredményes gyógyításának a kilátásai már korlátozottak. E betegségek népegészségügyi fontossága tehát kiemelkedő. A daganatos megbetegedés miatti halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a szűrővizsgálat a legígéretesebb stratégia.

A népesség egészségi állapotának javítása érdekében a népegészségügyi célú szűrővizsgálatoknak is alapvető célja tehát, hogy a morbiditást, az idő előtti halálozásokat, valamint az elvesztett életévek számának csökkentése. Kulcsüzenet tehát, hogy a fent említett betegségtípusoknál **a korán felfedezett rákmegelőző állapot, sőt még a korai rák is beavatkozással jól gyógyítható.**

A Népegészségügyi törekvések között 2010-ben a Semmelweis célul tűzte ki a népegészségügyi szűrési programok áttekintését és kiterjesztését a költségvetési források figyelembevételével, valamint a működő szűrőprogramok hatékonyságának felülvizsgálatát.

A tervben olyan azonnali célfeladatok kerültek meghatározásra, melyek az adott területek döntéshozóinak, önkormányzatainak és civil szervezeteinek egyaránt iránymutatóak lehetnek:

- * Az egészségügyi ellátórendszer prevenciós szemléletének és kapacitásainak javítása.
- * Az egészségműveltség fejlesztése.
- * Az egészségvédelemmel (betegségek megelőzése, védőoltás, szűrés) kapcsolatos ismeretek, az egészségi állapot, az életminőség javításával kapcsolatos kompetenciák készség szintű elsajátítására/elsajátíttatására az egyéni kezdeményezések szintjénél szélesebb körű kezdeményezések és összefogások legyenek.
- * A lakosság széles rétegei számára legyen elérhető a szűrővizsgálathoz való hozzáférés.
- * Egészség szempontú koordináció: egészséghatás-vizsgálatok széleskörű bevezetése.
- * Az egészség előfeltételeinek biztosítása minél szélesebb rétegek számára;
- * Az egészséges életmód programjainak széles társadalmi rétegekben való megvalósítása (helyes táplálkozás, rendszeres testmozgás, balesetek megelőzése, káros szenvedélyek egészségre gyakorolt hatásainak ismerete)
- * Életmóddal, élethelyzetekkel kapcsolatos egészségnevelés.
- * A méltánytalan egyenlőtlenségek mérséklése érdekében hatékony ágazatközi együttműködés a helyi szintű programokban is.

A WHO – amikor a korai felismerést hangsúlyozza – külön nyomatékosítja, hogy a szekunder prevenció (azaz a szűrővizsgálat) önmagában nem képes felvenni a küzdelmet a civilizációs betegségekkel szemben, hiszen a lakosság szűrőprogramokban való részvételi hajlandósága, aktív részvétele nélkülözhetetlen a kampányok sikeréhez. Hiába biztosít egy országos program kiterjedt, populációs szintű szűrést, ha a lakosság motivációja nem kielégítő a szűrőprogramok által kínált lehetőségek kihasználására. A szűrővizsgálatok eredményességének egyik akadályozója, hogy a lakosság igen nagy százaléka csak akkor megy orvoshoz, amikor már késő. Ezért fontos szerep jut mind az alapellátás szereplőinek a megelőzés fontosságára való figyelemfelhívásban (védőnő, iskola-orvos, házi orvos, foglalkozás-egészségügyi orvos), mind a helyi közéletet befolyásolni tudó közszereplőknek, a kommunikációs lehetőségeknek.

A szűrés célja nem a rákszűrés, hanem a rák megelőző állapotok időben történő felkutatása. A megelőzés, mint lehetőség, nem épült be kellően gondolkodásunkba. A szűrővizsgálat valódi célját a lakosság nem ismeri, vagy félreismeri, ezért meghatározó, hogy a szűrésre meghívottak pontos, hiteles, részletes információval rendelkezzenek.

Különös figyelmet kell szentelni a gazdasági és/vagy társadalmi helyzetüket tekintve hátrányos helyzetű, alacsonyabb iskolázottságú, valamint a szűrővizsgálatban korábban még nem részesült hölgyek bevonásának a programba, mert – a tapasztalatok szerint – az elhanyagolódott, halálos kimenetelű esetek többsége közülük kerül ki.

A lakosságszűrés eredményességét nagyban elősegíti **a szűrés propagandája** a szűrésbe bevonandó népesség körében. *A szűrővizsgálat során minden fázisában maximálni kell a nyerhető hasznot* – szól a WHO ajánlásában. A cél érdekében fontos tudni, hogy a meglévő rendszerek mellé jól felépített, átfogó egészségnevelési programokkal sok élet menthető meg. Ehhez érdemben az egyes megbetegedések széles körű oktatása, a lakosság egészségtudatos magatartásának kialakítása járulhat hozzá.

A lakossági specialitásokat alapul vevő programokra sokkal inkább mód adódik megyei és lakossági/települési szinteken, mint az országos szintű, nagyobb népegészségügyi programok keretében, mivel az érintett célcsoport köre szűkebb. Így akár komplexebb és költségesebb megoldások hatékony kivitelezésére is megoldás található.

Összegzés, értékelés

Az elmúlt 25 évben hazánkban is nőtt a várható élettartam. Ugyanakkor Magyarország lakosságának és ezen belül megyénk lakosságának egészségmagatartása, egészségtudatossága nem éri el az Európai Unió átlagot. Magyarországon a megkérdezett emberek többsége jónak vagy nagyon jónak ítéli saját egészségi állapotát, ám ez a mutató az idősebb korcsoportokban jelentősen elmarad az Európai Unió egészére számított átlagtól. Egyszerűbben megfogalmazva **minél idősebbek vagyunk, annál több az egészségügyi panaszunk.**

A vezető megbetegedési és halálozási viszonyok az elmúlt évtizedben sem mutattak számottevő javulást. A krónikus, nem fertőző betegségek súlya meghatározó. A megye lakosságának daganatos megbetegedésre vonatkozó egészségi állapot mutatói – több évre visszamenőleg – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében a megye lehangoló helyet foglal el a statisztikákban.

A népesség egészségi állapotának javítása érdekében alapvető cél, hogy a morbiditási (megbetegedési) adatok javuljanak, az idő előtti halálozások száma, valamint az elvesztett életévek száma csökkenjen. Ennek egyik eszköze a szűrhető daganatos megbetegedések vonatkozásában a népegészségügyi, szervezett lakossági szűrővizsgálatok bevezetése lett. Jogszabályi háttérét az 1997. évi CLIV. Egészségügyről szóló törvény, valamint az 51/1997. évi NM rendelet határozza meg. Szakmai kritériumrendszere a WHO ajánlása szerint került meghatározásra. A jelenleg érvényes rendelkezések szerint megyénkben két típusú, lakossági szervezett szűrővizsgálat működik: emlőszűrés, méhnyakszűrés.

A rosszindulatú emlődaganatos megbetegedés megyei mutatói, valamint a behívóleveles emlőszűrés megjelenési adatai azt jelzik, hogy a népegészségügyi szűrés eredményességének előmozdítása érdekében előrelépésekre, közös cselekvési programokra van szükség. A szervezett szűrés eredményességét területi beontásban és szűrőállomásonként vizsgálva meglehetősen eltérőnek találtuk.

A szűrés „helybe vitele”, a mozgó szakorvosi szolgálat lehetőségeinek kihasználása, mozgó emlőszűrő állomások szervezése lehet az egyik megoldás.

Magyarországon *a méhnyakrák* miatti halálozás magas szinten állandósult. Ez azt bizonyítja, hogy a sok évtizedes, „komplex”, azaz kolposzkópiát és sejtkenetvizsgálatot is alkalmazó, alkalmoszerű szűrési erőfeszítéseink nem vezettek eredményre. A szervezett, népegészségügyi méhnyakszűrés alaphálózati feltételei megteremtődtek. A rendszer gyengéje

az alacsony lakossági részvétel. Megoldás a méhnyakszűrés mikéntjének újragondolásától, szakmai szemléletváltástól és további egészségpolitikai intézkedésektől remélhető.

Kifejlődni látszik az a cél, hogy a méhnyakrák szűrés egyre inkább az alapellátásra épüljön, A népegészségügyi célú méhnyakrák megelőzése tekintetében beindult változások biztatóak. Megyénkben is kiterjesztésre kerül a Védőnői Méhnyakszűrő Program, melynek keretében jelenleg 11 védőnő végez méhnyakszűrő tevékenységet, elsősorban a kistelepüléseken.

A szűrővizsgálatok eredményességének egyik akadályozója, hogy a lakosság igen nagy százaléka csak akkor megy orvoshoz, amikor már késő. Ezért fontos szerep jut mind az alapellátás szereplőinek a megelőzés fontosságára való figyelemfelhívásban (védőnő, iskolaorvos, házi orvos, foglalkozás-egészségügyi orvos), mind a helyi közéletet befolyásolni tudó közszereplőknek, kommunikációs lehetőségeknek.

Népegészségügyi szempontból kiemelten fontos, hogy a döntéshozók az egészséget támogató döntések előkészítésénél támaszkodhassanak, sőt támaszkodjanak a népegészségügyi tevékenységek során feltárt adatokra.

A szervezett egészségnevelés a szervezett szűrőtevékenységnek fontos eleme. Az európai országokhoz történő felzárkózás első lépése a szűrőprogramok, illetve az egészségtudatos életmód népszerűsítése. A területi kiegyensúlyozatlanságoknak és a szűrésekhez való hozzáférési lehetőségeknek a rendezése jelentősen javítaná a megyében élők életkilátásait. Elérendő cél tehát, hogy az egészség mindenki számára érték legyen, és mind társadalmilag, mind egyénileg tegyünk meg mindent ennek érdekében.

A 2014-2020. Egészséges Magyarországért Egészségügyi Ágazati Stratégia szerint a jelenlegi ágazatpolitika célkitűzése, hogy 2022-re a magyar lakosság egészségben eltöltött éveinek száma elérje az európai uniós átlagot. A tanulmány szerint további fontos cél, hogy erősödjön és érvényesülni tudjon az egyéni felelősségvállalás az egészségmegőrzésben, valamint csökkenjen az ország egyes területei között a lakosság egészségi állapotában tapasztalható különbség. **Az egészségügyi ágazati stratégia kiemeli, hogy a népegészségügyi célok csak más ágazatokkal együttműködésben valósíthatóak meg.**

A populáció szintű szűrővizsgálatok feltételrendszere

A szűrés „játékszabályait” az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egy munkacsoportja 1968-ban foglalta össze. Ezek a szűrés Wilson–Junger-féle (2) kritériumaiként ismertek. Ezek szerint szűrést csak az alábbi feltételek teljesülése esetén szabad végezni:

- a célbetegség előfordulását és az okozott halálozást tekintve népegészségügyi fontosságú;
- a célbetegség fejlődéstörténete, azaz a betegség kialakulása és kórlefolyása ismert és célszerű beavatkozással befolyásolható;
- a szűrés stratégiája (azaz az életkor, amikor a rendszeres szűrést el kell kezdeni, az életkor, amitől kezdve szükségtelen folytatni, valamint a megismételt szűrések közötti intervallum a betegség kórlefolyásának megfelelően) ismert;
- a szűrővizsgálat elvégzésére alkalmas, egyszerű, olcsó, hatásos és társadalmilag elfogadott módszer áll rendelkezésre;
- a szűréssel felismert célbetegség kórismézésének és kezelésének feltételei biztosítva vannak (ismert és elfogadott a gyógymód);
- a szűrésre fordított anyagi ráfordítás arányban áll a szűrés remélt hasznával, azaz a szűrés költséghatékony.

Behívólevél emlőszűrésre



ANTSE


 Nemzeti Egészségügyi Biztosítási Alap
 Pro gram

|

Tisztelt Hölgyem!

Meghívjuk Önt mammográfiás szűrővizsgálatra. A szűrővizsgálat célja, hogy az emlők röntgenvizsgálatával felderítse az emlőkben megbúvó, tüneteket és panaszokat nem okozó, még nem is tapintható rendellenességeket. Az emlőrák hazánkban a nők egyik leggyakoribb rosszindulatú megbetegedése. A korán felismert és megfelelően kezelt betegség gyógyulási esélyei jók. A szűrővizsgálat térítésmentes és a betegség szempontjából leginkább veszélyeztetett 45 és 65 év közötti nőkre terjed ki.

Mi történik a szűrővizsgálat során?

A vizsgálat rövid ideig tart, gyakorlatilag kockázatmentes és általában fájdalommentes. A szükséges adatok rögzítése után a szakasszisztens az emlők megtapintását követően felvételeket készít az emlőkről. Az emlők összenyomása – ami a jól értékelhető képek készítését szolgálja – csak ritkán okoz kisebb kellemetlenséget.

Amennyiben a lakóhelyén nincs szűrőállomás, és ezért másik városba kell utaznia, úgy az utazásra jogosító utalványt a jogszabály alapján (az Ebtv. 22. § (5)) – „a szűrővizsgálat igénybevételekor - a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató” biztosítja. Az egészségbiztosítási szakigazgatási szerv a menetjegy, a beutalásra jogosult által kiállított és az egészségügyi szolgáltatónál történő megjelenés leigazolásával ellátott utazási utalvány együttes benyújtása alapján, a kérelmező részére járó viteldíj árát utólag megtéríti. (Tehát a szürendő személy a kapott beutalóval ehtaznk a szűrésre, ahol kéri, hogy részére állítsanak ki a költségtérítéshez szükséges nyomtatványt. A nyomtatványt és a megvásárolt jegyeket a kérelmező benyújtja a Megyei Kormányhivatalhoz, ahol utólagosan megtérítik az utazási költséget).

Milyen eredmény várható?

A szűrővizsgálat eredményéről Önt a szűrőközpont két héten belül értesíti.

A vizsgálat eredménye leggyakrabban negatív, ilyenkor a következő szűrővizsgálat két év múlva esedékes.

Ha a vizsgálat eredménye a normálistól eltér, kiegészítő vizsgálatra lehet szükség. Ilyenkor Ön levélben vagy telefonon kap értesítést.

Tudnia kell, hogy minden szűrővizsgálati módszernek – így a mammográfiás vizsgálatnak is – vannak korlátai, azaz nem nyújt százszázalékos eredményt. Ritkán, de előfordulhatnak gyorsan növekvő rendellenességek, ezért mindenképp ajánljuk az emlők havonkénti önvizsgálatát, amely azonban nem helyettesíti a mammográfiás vizsgálatot. Ha a két szűrővizsgálat közötti időszakban bármilyen emlőpanasza jelentkezik, haladéktalanul forduljon háziorvosához.

Önt az alábbi helyen és időpontban várják vizsgálatra:

Kérjük, hogy a vizsgálatra vigye magával ezt a meghívólevelet, társadalombiztosítási kártyáját, valamint – amennyiben rendelkezik vele – korábbi mammográfiás felvételeit, leleteit.

Ha Önnek az ajánlott vizsgálati időpont nem felel meg, akkor lehetősége van telefonon új időpont egyeztetésére.

Kérjük, hogy saját biztonsága érdekében éljen az emlőszűrés lehetőségével!

Magyországi Országos Rádióközpont

Havi mammográfiai statisztikai jelentés

HAVI STATISZTIKAI ADATLAP

Időszak: Év: Hó:

	2004	1
--	------	---

MSZA:

Azonosító: Megnevezés:

0	
---	--

Adatok: ANTSZ behívóval érkezettek:

Meghívottak száma:	Ebből megjelent:	45-49	50-54	55-59	60-65

ANTSZ-es visszahívottak száma:	Ebből megjelent:	Kézbcsíthetetlen behívók száma	Nem első behívások száma

Képkalkotó és fizikális vizsgálatok

Módszer/Kód	1	2	3	4	5	x
R						
K						
U						

Visszahívottaknál az aspirációs tübiopsziák

Száma:	C1	C2	C3	C4	C5

Visszahívottaknál a core biopsziák

Száma:	HB1	HB2	HB3	HB4	HB5

Negyedéves mammográfiai statisztikai jelentés

III.												
Statisztikai adatlap (KMK)												
A szövettani leletek alapján (negyedévente)												
Időszak:	Év:	Negyedév:										
	2004	1										
MSZA:	Azonosító, Megnevezés:											
	0											
Adatok:	A szűrésből műtetre javasoltak száma:											
	0											
	Operáltak száma:											
	0											
	Benignus esetek száma:											
	0											
	Malignus esetek száma:											
	0											
	Malignus esetek korcsoport szerinti megoszlása											
	45-49	50-54	55-59	60-65								
	0	0	0	0								
	In situ (H2) műtétek száma:											
	0											
	Invasív H3 műtétek száma:											
	0											
	szűrési méret szerinti megoszlása											
	1-9 mm	10-14 mm	15-20 mm	20 mm felett								
	0	0	0	0								
	Invasív H3 műtétek száma:											
	0											
	patológiai méret szerinti megoszlása											
	pT1a	pT1b	pT1c	pT2	pT3	pT4						
	0	0	0	0	0	0						
	Invasív tumorok (H3) esetében nyirokcsomó status összeítve											
	pNO	pNO(i+)	pN1mi	pN1a	pN1b	pN1c	pN2a	pN2b	pN3a	pN3b	pN3c	pNx
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A nyirokcsomó status lebontva az egyes méret kategóriákba											
	pNO	pNO(i+)	pN1mi	pN1a	pN1b	pN1c	pN2a	pN2b	pN3a	pN3b	pN3c	pNx
	1-9 mm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10-14 mm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15-20 mm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20 mm felett	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Invasív tumorok H3 közül											
		Grade1	Grade2	Grade3	GradeX							
	1-9 mm	0	0	0	0							
	10-14 mm	0	0	0	0							
	15-20 mm	0	0	0	0							
	20 mm felett	0	0	0	0							
	Osszesen:	0	0	0	0							

Műtési típusok szerinti megoszlás:	In situ	Invasív
Műtétek száma összesen:	0	0
Emlőmegtartó műtétek száma	0	0
Széles excisio	0	0
Sector resectio	0	0
Mastectomia	0	0
Patey műtét	0	0
Subcutan mastectomia	0	0
Primer helyreállító műtétek száma mastectomia után	0	0
Axillaris műtétek típusa		
Nem történt axillaris műtét		0
Órszem nyirokcsomó		0
Órszem nyirokcsomó+axillaris dissectio		0
Axillaris dissectio		0
Egyéb (pt. sampling)		0

IV.					
Statisztikai adatlap (KMK)					
Onkológiai ellátásra (negyedévente)					
Stádium-beosztás pTNM besorolás alapján					
St. 0 száma	St. I. száma	St. II. száma	St. III. száma	St. IV. száma	Osszesen
0	0	0	0	0	0
Adjuváns kezelést nem igénylők száma					
0					
Lokális sugárkezelést igénylők száma					
Maradék emlőre					
0					
Melkas falra					
0					
Regionális sugárkezelést igénylők száma					
0					
Szisztémás kezelést igénylők száma					
Endokrin	Citosztatikus	Kombinált (mindkettő)	Összesen		
0	0	0	0		

EREDETI KÖZLEMÉNY

3. táblázat | A szűrési (átszűrtség) és diagnosztikus (Átvizsgáltság) célú emlőfelvétellel rendelkező 45–64 év közötti nők aránya a 2000–2001, 2002–2003, 2004–2005, 2006–2007 és 2008–2009 szűrési ciklusokban *megyei bontásban*

Megye	2000–2001			2002–2003			2004–2005			2006–2007			2008–2009		
	Szűrt. (%)	Vizsg. (%)	Lefed. (%)	Szűrt. (%)	Vizsg. (%)	Lefed. (%)	Szűrt. (%)	Vizsg. (%)	Lefed. (%)	Szűrt. (%)	Vizsg. (%)	Lefed. (%)	Szűrt. (%)	Vizsg. (%)	Lefed. (%)
Baranya	19,4	19,7	36,6	28,8	23,4	50,7	26,1	25,8	50,4	27,1	25,4	51,1	23,4	26,5	48,3
Bács-Kiskun	3,3	22,9	25,5	36,4	20,8	54,0	31,3	24,5	53,1	31,9	24,0	53,9	33,6	21,2	53,3
Békés	8,7	11,8	18,4	12,3	16,6	27,7	31,6	16,3	46,6	40,3	14,2	52,5	41,5	13,3	52,9
Borsod-Abaúj-Zemplén	0,8	18,1	18,8	49,0	19,3	64,4	36,2	21,8	56,2	36,2	21,3	55,5	34,7	20,7	53,3
Csongrád	8,5	21,6	28,8	34,8	25,6	56,1	28,8	27,9	54,6	25,7	24,9	49,2	40,4	19,6	58,1
Fejér	1,3	16,5	17,7	41,3	21,1	59,9	25,1	22,7	46,6	31,6	22,5	52,7	32,2	21,6	52,5
Győr-Moson-Sopron	14,5	21,0	34,3	40,9	22,7	60,7	42,6	20,8	60,8	34,8	19,1	52,3	41,3	18,9	58,5
Hajdú-Bihar	14,6	11,2	22,8	48,3	13,3	57,6	34,9	20,0	52,6	38,1	14,9	51,0	44,4	15,6	58,1
Heves	2,5	17,0	19,1	45,1	15,7	58,3	30,9	15,7	45,0	22,5	16,4	37,9	30,9	18,5	47,6
Jász-Nagykun-Szolnok	28,7	19,0	45,1	26,0	20,5	44,5	33,0	21,2	51,7	31,5	19,8	49,6	37,2	17,2	52,9
Komárom-Esztergom	1,2	16,0	17,0	21,9	24,6	45,3	17,5	27,8	43,8	16,6	28,3	43,5	25,9	27,1	51,3
Nógrád	1,8	13,9	15,4	29,2	20,2	46,0	40,7	19,2	55,2	31,8	15,8	45,1	34,4	12,9	44,8
Pest	5,1	19,3	23,4	26,6	28,8	53,1	21,1	29,6	48,7	17,0	28,0	43,7	13,1	27,9	40,2
Somogy	0,4	17,7	18,0	35,7	17,6	50,3	31,1	19,0	47,8	29,2	15,6	43,2	27,9	14,2	40,6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1,6	17,0	18,4	52,2	23,5	70,8	37,0	23,4	58,1	36,8	22,9	58,5	42,9	21,1	62,6
Tolna	34,1	31,3	59,2	27,0	19,3	45,0	35,7	18,2	51,4	42,3	20,3	60,3	37,8	20,7	57,0
Vas	13,8	16,3	28,7	56,2	7,8	60,7	49,8	9,5	56,2	46,6	8,2	52,8	45,5	6,8	50,7
Veszprém	0,2	21,8	22,0	43,1	23,0	63,9	37,1	19,3	55,1	32,6	18,2	49,8	34,4	16,0	49,4
Zala	26,8	15,9	39,5	47,0	6,2	51,2	39,1	10,3	47,5	39,1	9,1	46,7	41,6	8,6	48,3
Budapest	3,3	28,3	30,8	26,8	30,1	54,7	23,1	29,9	51,4	24,1	27,6	50,5	23,9	25,2	47,9
Nincs lakcímadat	6,7	14,1	19,8	37,0	10,5	45,6	21,3	9,4	29,4	7,0	3,7	10,4	8,0	3,1	10,7
<i>Összesen</i>	<i>7,6</i>	<i>20,2</i>	<i>26,7</i>	<i>34,9</i>	<i>22,4</i>	<i>54,6</i>	<i>30,1</i>	<i>23,4</i>	<i>51,6</i>	<i>29,6</i>	<i>22,0</i>	<i>50,1</i>	<i>31,5</i>	<i>20,7</i>	<i>50,7</i>

Szűrt. = átszűrtség; Vizsg. = átvizsgáltság; Lefed. = lefedettség.

Forrás: Dr. Boncz Imre, Dr. Döbrössy Lajos: A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai (2013)

Fogalmak:

Mammográfias szűrőcentrum: a szűrőállomással mellérendelten, azzal összehangoltan *diagnosztikus részleg* működik, amely:

- biztosítja – röntgendiagnosztikai, citodiagnosztikai, sebészeti, patológiai egységekkel együttműködve – az emlőrák mammográfias vizsgálattal felmerült gyanújának kizárását vagy megerősítését, kórismézését és indokolt esetben a beteg mielőbbi kezelésbe vételét; ennek érdekében;
- fogadja azokat az asszonyokat, akik esetében a mammográfias vizsgálat nem negatív, tehát a kornak megfelelően normális emlőképtől eltérő leletet eredményezett, emlőrák gyanúját vetette fel, ezért a két leletező röntgen szakorvos egybehangzó javaslata alapján további tisztázó vizsgálatok elvégzése indokolt;
- rendelkezik a szükséges szakértelemmel, felszereléssel és módszertani jártassággal a szakma szabályai szerint megkívánt eljárások elvégzéséhez, ún. klinikai emlővizsgálat, diagnosztikus mammográfia, vékonytű-aspirációs anyagvétel citológiai vizsgálatra, sebészi biopszia szövettani vizsgálatra, a mammográfiával pozitívnak jelzett, nem tapintható emlőelváltozások lokalizációjára szolgáló célzott/vezetett mintavételi eljárások;
- rendelkezik – saját kereteiben vagy szakintézettel konzultálva – a diagnosztizált emlőrák esetek elsődleges helyi kezelésének eldöntéséhez szükséges klinikai ítélőképességgel, és ha szükséges, a beteget a megfelelő szakintézetbe juttatja;
- rendelkezik a korszerű patológiai feldolgozást és szövettani diagnosztikát biztosító szakmai háttérrel;
- rendelkezik vagy kapcsolata van korszerű hormon- és genetikai vizsgálatokat biztosító laboratóriummal.

Mammográfias Szűrőállomás: csak a mammográfias felvétel elkészítését végzik el. A további diagnosztika és felmerülő tisztázó vizsgálatok végzése más helyszínen történik.

Átszűrtség: a céllakosságból szűrővizsgálaton részt vettek aránya.

Átvizsgáltság: a céllakosságból szűrési és diagnosztikus célból részt vettek aránya

Területi lakosságlista: a céllakosság egyedeinek személyazonosítására alkalmas adatokat (név,- cím, TAJ-szám, születési dátum) tartalmazó jegyzéke, amely a szűrővizsgálatra történő meghívás alapjául szolgál.

Határozati javaslat

A Komárom-Esztergom Megyei Közgyűlés

megköszöni Harsányiné dr. Patkó Enikő megyei tisztii főorvos asszonynak, a Komárom-Esztergom Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztálya vezetőjének megyénk népegészségügyi célú, célzott szűréseinek eredményeiről és aktualitásairól szóló értékes tájékoztatóját.

Határidő: 2015. június 25.

Felelős: Popovics György, a közgyűlés elnöke