NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VASTAGBÉLSZŰRÉS

Oktatási tananyag a háziorvosi vastagbélszűrés támogatására

ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Budapest

2014

A tananyag az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megbízásából a „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbélszűrési szűrőprogramok) kiterjesztésének támogatása” című pályázat megvalósításához, a TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 azonosító jelű program keretében készült.

Szerkesztette:
Dr. Döbrőssy Lajos szaktanácsadó

Szerzők:
Dr. Döbrőssy Lajos szaktanácsadó
Dr. Mester Lajos M.Sc, SZTE Oktató Háziorvosa, intézeti szakorvos
Nagy Attila programozó matematikus-közgazdász

Lektorálta:
Prof. Dr. Újszászy László egyetemi tanár

ISBN 978-963-86911-8-7

Készült:
az OTH Nyomdájában 2014-ben.

TARTALOMJEGYZÉK

Tartalom 3

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VASTAGBÉLSZŰRÉS 5
Bevezetés 5
1. A szűrővizsgálat 7
1.1 Teljes a fogalomzavar 7
1.2 Hogy alakul ki a rosszindulatú daganat? A daganatok fejlődésmenete 8
1.3 A szűrésről 10
1.4 A szűrővizsgálatokkal szemben támasztott követelmények 10
1.5 A szűrővizsgálat módszerei: kívánalmak 11
1.6 A szűrővizsgálati módszer hatásosságának kritériuma 13
1.7 „Szervezett szűrés” – népegészségügyi feladat 14
1.8 Alkalomszerű szűrések 15
1.9 A szűrővizsgálat tartalma 15
2. A vastag- és végbélszűrésről 16
2.1 Bevezetés 16
2.2 Epidemiológia: a vastagbélrák előfordulása és haláloki szerepe 17
2.3 A vastagbélrák kialakulása alkalmassá teszi a betegséget a szűrővizsgálatra 17
2.4 A vastagbélrák kimutatására szolgáló módszerek 18
2.4.1 Rektális-digitális vizsgálat 19
2.4.2 Endoszkópos módszerek 19
2.4.3 Röntgen – vizsgálat 20
2.4.4 Laboratóriumi módszerek 21
2.4.5 Egyéb eljárások 22
2.5 A vastagbélszűrés stratégiája: „egylépcsős” vagy „kétlépcsős”? 22
2.6 Hazai konszenzus a vastagbélszűrésről 23
3. A magyarországi szabályozás 24
4. A 2013-tól 2015-ig megvalósuló vastagbélszűrési program Csongrád-megyében . .25
4.1 Miért a háziorvosok? 27
4.2 A népegészségügyi lakossági vastagbélszűrés szervezése és végrehajtása . .28
4.2.1 Eredményközlés és betegkövetés 29
4.2.2 A szűrőprogram értékelése 30
4.2.3 Egyéb, speciális helyzet kezelése 31
Függelék 32
Összefoglaló a korábbi vastagbélszűrési programokról 32
Ajánlott irodalom 35

II. EGÉSZSÉGKOMMUNIKÁCIÓ 36
Tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve 36
A részvételt befolyásoló tényezők 37
Egészségnevelés a szűrés támogatására 39
Az európai rákellenes „tízparancsolat” 40
Az üzenet 41
Célcsoportok 42
Üzenethordozók 42
Az egészségnevelők felelőssége 42
A szolgáltatók felelőssége 43

Kommunikációs technikák 43
Kommunikációt támogató eszközök 44
Szórólapok, plakát 44
Tájékoztatásra felhasználható információs technológiák 44
A tömegkommunkiáció szerepe 44
Összefoglalás 45

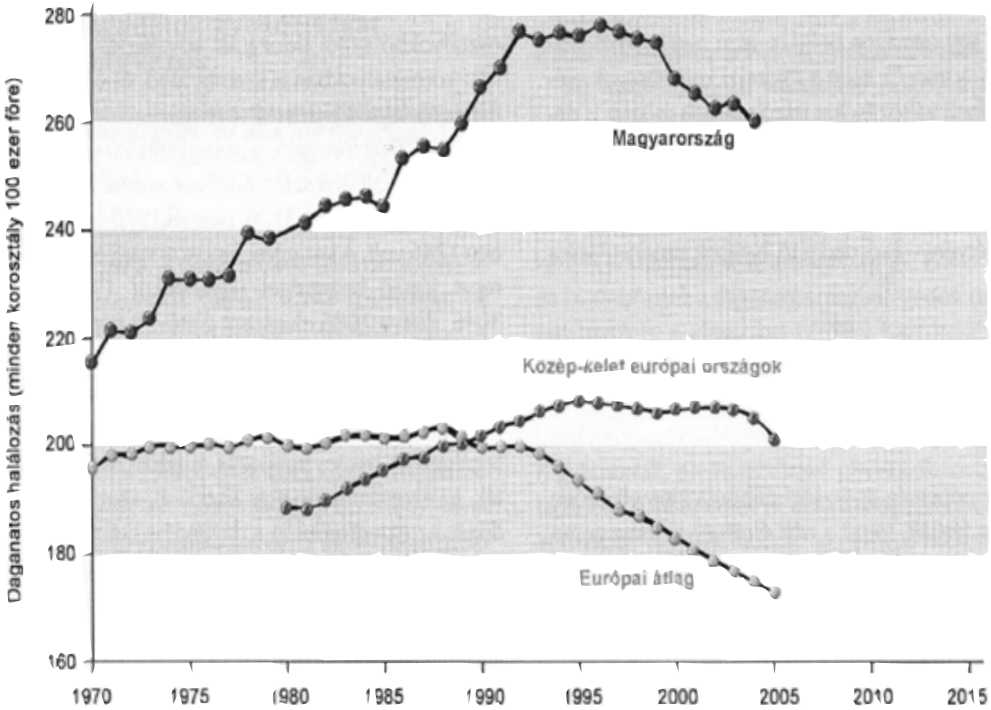
III. SZŰRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER 47
Az OSZR rendszer működése 47
A szűrés ismertetése 47
A szűrés elemei 47
A lakosságlista 49
A megjelenési lista 49
A megbetegedési lista 49
A szűrési rendszer környezete 49
Szervezeti környezet, szereplők 49
Az informatikai rendszer komponensei 50
Behívó-visszahívó rendszer 50
OSZRComm modul 51
Szűrés – microsite 51
A minőségbiztosítási rendszer 51
Kolorektális szűrés 53
A szűrés menete 53
Résztvevők és adatáramlás 55
A Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályok által végzett szűrés-specifikus tevékenység 56
Az OSZRCOMM modul működése 56
Bejelentkezés 56
Ki vagyok én és Kijelentkezés 56
Saját adatok megváltoztatása 57
Szűrési lista kezelés 58
Adatok felvitele, megtekintése 59
Keresés TAJ alapján 60
Szűrési lista lekérdezése 61
Felhasználói gyorslisták 61
A szűrési microsite 61
További hozzáférés igénylése 65
Tervezett fejlesztések 66
Felhasználókezelés integráció 66
Melléklet 67
Az OSZRComm modul elérhetőségei 67
Teszt rendszer 67
Éles rendszer 67
Szűrés microsite 67

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VASTAGBÉLSZŰRÉS

BEVEZETÉS

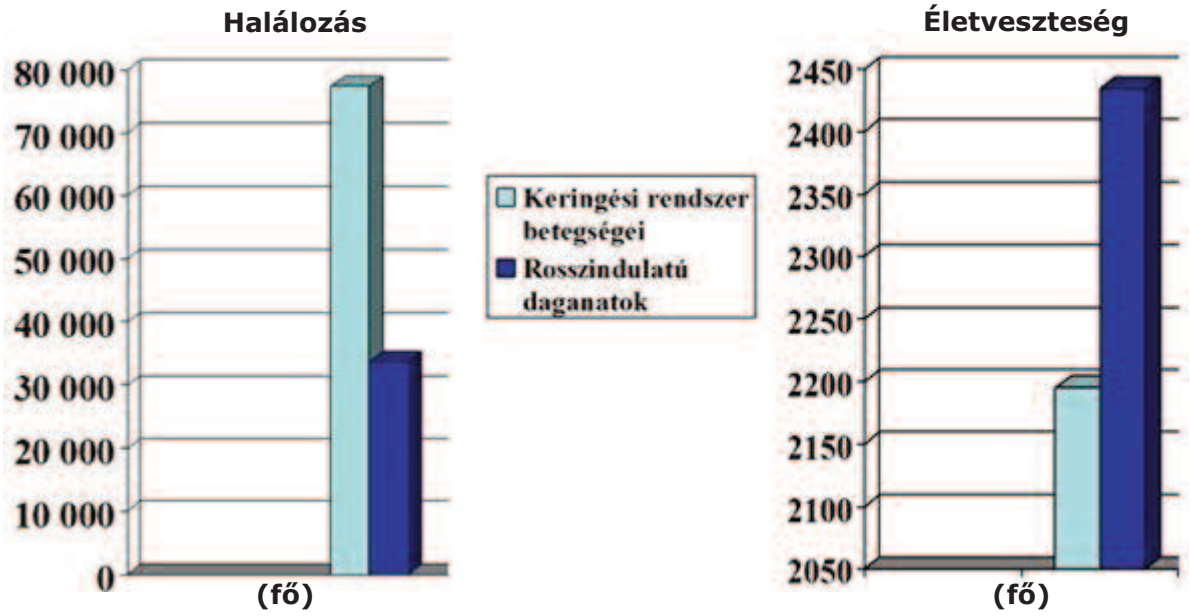
Csakúgy, mint a nyugati életformát folytató országokban, hazánkban is joggal beszélünk „rákepidemiológiáról". Köztudott, hogy a magyar népesség egészségi állapota katasztrofálisan rossz. A daganatos halálozás súlyos, joggal mondhatjuk, népegészségügyi méretű probléma. A daganatos megbetegedések száma és halálozása Magyarországon magasabb, mint az európai országok bármelyikében, jelentősen magasabb az Európai Unió, sőt a szomszédos közép-kelet európai országok átlagánál is, amely pedig jelentősen meghaladja az európai átlagot.

1. ábra **Magyarországon a 100.000 lakosra számított halálozás, összehasonlítva az Európai és közép-kelet európai országok átlagával.** (WHO 2010)



A halálozás mértékét mutató számok alapján Magyarország világviszonylatban „dobogós helyen" áll. A halálokok között a szív- és érbetegségek állnak első helyen, az összes halálozás mintegy felét okozva. A halálozás mintegy negyedéért a daganatos betegségek felelősek, a betegség miatt elvesztett életévek számát tekintve azonban ez az arány megfordul: a daganatos betegségek miatt elvesztett életévek száma mintegy kétszeresen meghaladja a szív-és érbetegségek miatt elveszett életéveket, mert a rák fiatalabb életkorban „öl".

2. ábra **A halálozás és az élet-veszteség összehasonlítása: a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok**



E betegségek népegészségügyi fontossága tehát kiemelkedő. A születések számát messze meghaladó halálozás jelentősen hozzájárul a népesség fogyásához. Mindenki előtt világos, hogy a helyzet javítása érdekében – a gyógyítás hatékonyabbá tételén túl, vagy éppen annak érdekében - „valamit tenni kell”.

Az orvostudomány és a társtudományok jelenlegi állása szerint a betegségteher mérséklésére hosszú távon a betegségmegelőzés, a halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a szűrővizsgálat a legígéretesebb stratégia. Az egészségügyi kormányzat 2000-ben középtávú célul tűzte ki a teljes lakosságra kiterjedő szűrővizsgálatok bevezetését és működtetését. Szakmapolitikai döntés szerint a vastagbélszűrés integrálása az egészségügyi ellátórendszerbe „fokozatosan és folyamatosan” valósulhat meg. A szűrés országos alkalmazását jelenleg a források szűkössége gátolja.

Az alapellátásban dolgozó orvosoknak és nővéreknek kulcsszerepük van a népegészségügyi lakosságszűrés végrehajtásában. A szűrővizsgálatok eredményességének, mondhatni, legfontosabb feltétele a népesség mind teljesebb részvétele a szűrővizsgálatokon. A lakossági részvételt elősegítő erőfeszítésekben jelentős feladat hárul az alapellátásban működő orvosokra és asszisztensekre. Érdek fűződik tehát ahhoz, hogy az alapellátásban dolgozók helyesen tájékozódjanak a feladattal összefüggő fogalmakról és gyakorlati ismeretekről, felvérteződjenek a szűrővizsgálatokkal összefüggő tévhitek és téves fogalmak eloszlatására. Ez a fel-

tétele annak, hogy betölthessék a népesség mozgósításában és a szűrővizsgálatok végrehajtásában tőlük kért és várt szerepet.

A kézben tartott tananyag rendeltetése hármas: (1) foglalja össze a szűrésre, különösképpen a népegészségügyi lakosságszűrésre vonatkozó ismereteket; (2) ismertesse a vastag- és végbélszűréssel kapcsolatosan a szakterület mai állását; és (3) határozza meg az alapellátásban dolgozó háziorvosok és asszisztensek feladatait a népegészségügyi vastagbélszűrés végrehajtásában. Ezen túlmenően, a tananyag foglalkozik azokkal a kommunikációs technikákkal, amelyek ismeretét az alapellátásban dolgozóknak ismerniük és alkalmazni ajánlatos annak érdekében, hogy az ellátási körzetükben lakó, átlagos kockázatú népességet a vastagbélszűrésen való részvételre mozgósítani tudják. A tananyag bemutatja azokat az informatikai ismereteket, amelyeket a vastagbélszűrés sikeres lebonyolítása megkíván.

1. A szűrővizsgálat

1.1 Teljes a fogalomzavar

Napjainkban a *„szűrés”* mind gyakrabban használt, divatossá vált fogalom. A szűrővizsgálatot és fontosságát mind meggyőzőbben ajánlják a közösségek figyelmébe, sulykolják az emberek tudatába. A szűrésre alkalmasnak vélt teszteket mind kiterjedtebben alkalmazzák az egészségügyi ellátórendszer keretében kórházakban, orvosi vagy magánorvosi és háziorvosi rendelőkben, de az egészséggel üzérkedő és „egészséget árusító” vállalkozások is. A szűrés fogalma pongyola módon rögzült nemcsak a laikus közvéleményben, de még az orvosi közgondolkodásban is. A szűrés mibenlétét és mikéntjét illetően ijesztő a tisztázatlanság.

A „szűrés” fogalmát sokféle tevékenységre alkalmazzák tévesen. Nem világos, hogy a kínált „szűrővizsgálatok” közül melyek tartoznak az orvosi kompetenciába, melyek célozzák a jóhiszemű laikusok „megtévesztését”, melyek mögött húzódik meg magán-, vagy üzleti érdek, és melyek azok a szűrővizsgálatok, amelyek állami feladatot jelentenek, népegészségügyi érdeket szolgálnak.

A zavar szükségessé teszi a fogalom tisztázását, mert a helyes orvosi magatartás ezen a téren sem véleményfüggő: a szűrés mibenlétének, játékszabályainak ismerete e területen is nélkülözhetetlen, és a „szakterület mai állása” is mindenkire éppen úgy kötelezően vonatkozik, mint az orvosi ellátás egyéb területein.

A példátlan fogalomzavartól sajnálatosan az orvosi közgondolkodás sem mentes. Különösen fontos, hogy a teljes népességgel személyes kapcsolatban álló, mondhatni naponta érintkező háziorvosok és asszisztenseik tisztán lássák: miben különbözik a bármely okból létrejött orvos-beteg találkozás során elvégezhető „alkalomszerű" szűrővizsgálat a szolgáltató által kezdeményezett, tömegesen, népegészségügyi méretekben végzendő „szervezett" szűrővizsgálattól. A háziorvosnak ismernie kell a szűrővizsgálatok daganatbiológiai alapjait, a szűrővizsgálatok mibenlétét, alkalmazásuk „játékszabályait", a szakterület mai állását, a szűrővizsgálatok várható hasznát, és az azokkal járó lehetséges károsodásokat és a vizsgálatok negligálásának következményeit is. Ezt kívánja meg az etikus orvosi magatartás, és pácienseik érdeke. Az alapellátás feladata, hogy a szűrővizsgálatok lehetőségéről korrekt tájékoztatással elősegítsék a felkínált vizsgálatok elfogadását. A kézben tartott tájékoztatás is ezt a célt kívánja előmozdítani.

1.2 HOGY ALAKUL KI A ROSSZINDULATÚ DAGANAT? A DAGANATOK FEJLŐDÉSMENETE

A szűrővizsgálatok mibenlétének megértését elősegíti a betegség „életútjának", fejlődésmenetének megismerése. A szakirodalom *fejlődésmenet* („natural history") néven ismeri a daganatok kialakulásának és lefolyásának természetes menetét (3. ábra). Ez jelenti a szűrés daganatbiológiai alapjait.

3. ábra A daganatok kialakulásának folyamatmodellje

A daganatok kialakulása és a kórlefolyás ugyanis az élettani állapotból a klinikai megjelenésig, majd a végkifejlésig egy *időben elhúzódó, több szakaszból összetevődő folyamat,* amelyben több „szakaszhatár" különül el.
Az első „szakaszhatárt" a daganatkeletkezés rejtetten, molekuláris-genetikai szinten végbemenő biológiai kezdete jelenti, amelyet megelőz a kockázati tényezőknek („rizikófaktorok") az élettani állapotban érvényesülő expozíciója. A rizikótényezők között számos környezeti tényező szerepet játszhat. Ez az időszak a betegség létrejöttének megelőzésére, az „elsődleges megelőzésre" szolgáló időszak. A másik „szakaszhatárt" a betegség tüneteinek és panaszainak megjelenése jelenti, amelyek nyomán a beteg orvoshoz fordul. Ezzel kezdetét veszi a betegség *„klinikai szakasza".*

Az ún. „klinikai szakaszt" szabályszerűen megelőzi egy olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó *„preklinikai szak"*, amelynek egy részében a folyamat még rejtetten zajlik, egy idő után azonban a még tünetmentes daganat valamilyen paraméterében már jelt ad magáról, például a méhnyak felszínéről kóros morfológiájú sejtek válnak le, vagy az emlőben röntgenvizsgálattal jellegzetes árnyék mutatkozik, vagy a vastagbélben mirigyes polyp (adenoma) látható, amely szakaszosan és rejtetten vérzik. Ezt nevezik a *preklinikai kimutathatóság szakaszának* („preclinical detectable phase", PCDP). Ebben a szakaszban a panasz és tünetmentes személyek időnkénti vizsgálata arra alkalmas módszerrel, (szűrővizsgálattal), jó esélyt ad a rákelőző eltérések felderítésére és így az invazív, áttétképző daganat kialakulásának megelőzésére, és a halálos kimenetel kivédésére. A *másodlagos* megelőzésnek is nevezett szűrővizsgálat célja tehát a korai felismeréssel és kezeléssel a halálozás mérséklése, és az életminőség javítása.

A szűrővizsgálatok stratégiája szempontjából fontos a preklinikai kimutathatóság szakaszának időbeli hossza. A lassan kifejlődő daganatok (mint a méhnyak, emlő, vagy a vastagbélrák) 3-4 évig, esetleg ennél is hosszabb ideig „időznek" ebben a szűrésre alkalmas szakaszban, ezért a két-három évenként végzett ismételt vizsgálat a folyamat megbízható felismerését ígéri. A gyorsan progrediáló rákok, mint a tüdőrák, átlagosan alig fél évet időznek ebben a szakaszban, rendszeres szűrővizsgálatuk ezért irreális igyekezet.

1.3 A SZŰRÉSRŐL

A szűrés tünet és panaszmentes személyek időről-időre, alkalmas módszerrel végzett vizsgálata, amely arra szolgál, hogy kizárja a célállapot fennállását, vagy éppen valószínűsítse azt. Ebből a meghatározásból több, figyelmet érdemlő intelem következik.

Az egyik az, hogy a szűrés különbözik az orvos-beteg találkozások minden más formájától. A széleskörű vizsgálatot ugyanis nem a vizsgált személy, hanem a szolgáltató, az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi. A szűrésen résztvevő személyek egészséges, vagy magukat egészségesnek vélő személyek. A vizsgálat az egészséges személyt, ha csak átmenetileg is, szociológiai értelemben a „beteg szerepébe" helyezi, mert azzal, hogy felvillantja előtte a betegség fennállásának lehetőségét, bizonytalanságot, aggodalmat, félelmet kelt benne, és ezek nem-kívánatos lélektani mellékhatások forrásai lehetnek.

Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a szűrés egészséges, vagy magukat egészségesnek vélő személyeket céloz meg, akiknek *tűrőképessége* alacsonyabb, mint az orvosnál önként jelentkező betegé. Ezek arra intenek, hogy a szűrővizsgálatnak több hasznot kell hoznia, mint amennyi kárt okozhat. Sőt, arra kell törekedni, hogy egyáltalán ne okozzon kárt.

Végül, tisztában kell lenni azzal, hogy a szűrővizsgálat *nem diagnosztikai, csupán valószínűsítő* vizsgálat. A „negatív" szűrővizsgálati lelet a vizsgált személyt megnyugtatni hivatott arról, hogy jelenleg nem fenyegeti egy adott daganatos célbetegség fennállásának veszélye. A „nem-negatív" lelet viszont felveti a betegség lehetőségét, és további diagnosztikai vizsgálatokat tesz szükségessé a betegség valószínűsítésének kizárása, vagy megerősítése céljából.

1.4 A SZŰRŐVIZSGÁLATOKKAL SZEMBEN TÁMASZTOTT KÖVETELMÉNYEK:

- a célbetegség jelentős népességcsoportot érint, ezért népegészségügyi probléma; a tünetmentes szakban is már kimutatható eltérések vannak;
- kimutatásukra alkalmas módszerek állnak rendelkezésre;
- tömegszűrésre alkalmas eljárások vannak;
- a költség-haszon megfontolások: a ráfordítás arányban áll a várható haszonnal.

A vastagbélszűrés a fenti kívánalmaknak messzemenően megfelel.

1.5 A SZŰRŐVIZSGÁLAT MÓDSZEREI: KÍVÁNALMAK

A szűrővizsgálat módszereivel szemben állított követelmények között a legfontosabb az *alkalmasság*, azaz, hogy felismerje a klinikai tüneteket még nem okozó korai daganatot, vagy annak megelőző állapotát. További követelmény, hogy lehetőleg érzékeny és fajlagos legyen, azaz, ráknak mondja a rákot, és csak a rákot mondja ráknak. A szűrővizsgálat lehetséges tévedései a tévesen negatív és tévesen pozitív lelet.

Az *érzékenység* (szenzitivitás) annak a mutatója, hogy a szűrővizsgálati módszer milyen biztonsággal képes felfedezni a rejtett célbetegséget, azaz a vizsgálatban részesült összes daganatos személy hány százalékában járt a vizsgálat pozitív eredménnyel. Mértéke egy viszonyszám, amelynek számlálójában a vizsgálattal felismert daganatos esetek, nevezőjében a vizsgálaton részt vett összes, azaz mind a felismert, mind a fel nem ismert daganatos esetek száma áll. A módszert akkor mondjuk érzékenynek, ha a tévesen negatív esetek száma alacsony.

A *fajlagosság* (specificitás) a szűrővizsgálati módszernek azt a képességét fejezi ki, hogy a vizsgálat milyen biztonsággal zárja ki a daganat fennállását a vizsgálatra került nem-daganatos esetekben, azaz a daganatmentes esetek hány százalékában ad negatív eredményt. Annak a valószínűségét fejezi ki tehát, hogy negatív szűrővizsgálati lelete lesz annak, aki nem daganatos beteg. A módszer akkor kellően fajlagos, ha kevés a tévesen pozitív esetek száma.

A módszer jósló, vagy *prediktív* értékének azt a mutatószámot nevezik, amely a szűrővizsgálati módszer megbízhatóságát jellemzi. Kifejezi azt, hogy a teszt-pozitív személyek hány százaléka valóban daganatos beteg (pozitív jósló érték), másfelől azt, hogy a teszt-negatív személyek hány százaléka valóban daganatmentes (negatív jósló érték).

Az ideális szűrőtesztnek mind érzékenysége, mind fajlagossága 100%-os. Ilyen teszt, sajnos, nem létezik. Az egyes módszerek érzékenysége 50-95% között változik, fajlagosságuk 90% körüli. Mint láttuk, az érzékenység fokmérője a tévesen negatív, a fajlagosságé a tévesen pozitív esetek száma.

A *tévesen negatívnak* azok a negatív leletet eredményező esetek minősülnek, amelyekben később – általában két egymást követő szűrővizsgálat közötti időben - klinikai úton fedezik fel a daganatot, és ezt a kórlefolyás, vagy a szövettani vizsgálat igazolja. Ezek, az ún. *intervallum-rákok* nagy valószínűséggel már a szűrő-

vizsgálat idejében is fennálltak, ám a vizsgálat – valamilyen okból – adós maradt a felismerésükkel; ezek az „elnézett” esetek, amelyek lehetőségével, sajnos számolni kell. Előfordulhat természetesen az is, hogy a korábbi szűrővizsgálat óta eltelt időben keletkezett, gyorsan növekvő daganatról van szó; ezeket nevezik *valódi intervallum-ráknak*. Az intervallum-rákok a szűrőprogram minőségének legbeszédesebb mutatói.

A *tévesen pozitív* esetekben a pozitív szűrővizsgálati eredmény felveti a daganat lehetőségét, ezt azonban a szövettani vizsgálat, vagy a kórlefolyás nem igazolja. Akár egyik, akár másik irányú tévedés nemkívánatos következményekkel járhat.

A tévesen negatív szűrővizsgálati lelet késleltetheti a diagnózis felállítását és a kezelés megkezdését, ezáltal rontja a beteg gyógyulásának a kilátásait, és ezért a szűrővizsgálat értelmét veszti. Kárt okoz azáltal is, hogy megalapozatlan biztonságérzetet kölcsönöz a betegnek, annak ellenére, hogy a rosszindulatú folyamat már fennáll. A tévesen pozitív lelet kárt okozhat, mert szükségszerűen klinikai kivizsgálás követi, feleslegesen terheli a beteget, a környezetet és az egészségügyi ellátórendszert. Emellett a vizsgált személyt, ha csak átmenetileg is, a betegségtudat negatív élményével terheli meg, azaz „pszichológiai megbetegedést” okoz.

Természetesen előfordulnak a vizsgálatokat értékelők személyéhez kötött hibák, azaz „elnézett esetek” is. A tévedések jelentős hányada mégis a módszerek érzékenységének és fajlagosságának korlátaira vezethetők vissza. A vizsgálóknak azonban erre is van befolyásuk. A hibák elkerülése, így a vizsgálatokban rejlő lehetőségek teljes kiaknázása megkívánja, hogy a mintát laboratóriumban vizsgálók világosan határozzák meg azt a „küszöbértéket”, amelynek alapján az értékeléskor elkülönítik egymástól a még negatívnak és a már pozitívnak ítélt eseteket. Ha a negatívnak és pozitívnak ítélt esetek közötti átmenet – amelyet a szakirodalom töréspontnak („cut-off point”) nevez - élesen különül el, mind a kétirányú tévedés lehetősége nagyobb. Ha a vizsgáló átmeneti kategóriákat iktat be (például biztosan pozitív, valószínűen pozitív, gyanús, negatív), a pozitív jósló érték javulhat, de csökken a módszer érzékenysége. Ha a vizsgáló az érzékenységet igyekszik javítani, a fajlagosság szenved csorbát, és ez az esetek „túldiagnosztizálását” eredményezi, azaz, olyan személyeket is orvosi kezelésre juttat, akik szűrés nélkül nem kerültek volna orvos kézbe. A szűrővizsgálat tehát törékeny egyensúlyt

jelent, a helyes egyensúly megtalálása ezért bölcs megítélést igényel. Erre nagy szükség van, mert többről van itt szó, mint műhelygondokról, hiszen mind a negatív, mind a pozitív irányú tévedések orvosi, etikai, de pénzben is kifejezhető következményeivel kell számolni.

Lényeges kívánalom, hogy a szűrővizsgálati módszer legyen „társadalmilag elfogadott", azaz a szűrővizsgálatra meghívott személyek elfogadják a felajánlott szűrővizsgálatot, és alávessék magukat a szűrés sokszor kényelmetlen folyamatának. Ennek feltétele, hogy a szűrővizsgálat által okozott megterhelés ne haladja meg a vizsgált egészséges, vagy magát egészségesnek vélő személy tűrőképességét; más szóval legyen egyszerű, könnyen kivitelezhető, ne legyen invazív, azaz testüregbe hatoló. Előnyére válik, ha elvégzése nincs orvos kezéhez kötve, hanem orvosi segédszemélyzet is el tudja végezni. Kívánatos, hogy ne legyenek nem kívánatos mellékhatásai, beleértve a lélektani mellékhatásokat is. Elvárható, hogy az eljárás költség-hatásos legyen, azaz a ráfordítás és a szűrővizsgálattól várható haszon megfelelő arányban álljon.

1.6 A szűrővizsgálati módszer hatásosságának kritériuma

A szűrővizsgálati módszer hatásossága meghatározó jelentőségű. Amióta a bizonyítékon alapuló orvoslás koncepcióját („evidence-based medicine") a népegészségügy területére is kiterjesztették („evidence-based public health"), a szűrővizsgálatoknak is meg kell felelniük bizonyos elvárásoknak. A szakma „játékszabályai" szerint a hatásosság bizonyítékának randomizált, ellenőrzött vizsgálatból (RTC) kell származnia.

A szakmai közmegegyezés szerint a hatásosság egyetlen elfogadott bizonyítéka az, hogy a szűrővizsgálati módozat mérsékli a célbetegségből származó halálozást a vizsgált lakosságban. A hatásosság minden más mutatója korlátozott értékű, csalóka („biased"), ezért alkalmatlan a szűrési tevékenység hatásosságának értékelésére.

A klinikai stádiummegoszlás kedvező irányba történő eltolódása a szűrés hatásosságának csalóka mutatója, mert a lassan növekedő daganatoknak közismerten nagyobb esélyük van „fennakadni a szűrőn", mint a preklinikai kimutathatóság szakaszán gyorsan „átsuhanó", gyorsan növekedő daganatoknak; ez áll a „lenght bias" néven ismert torzulás hátterében.

A túlélési idő meghosszabbodását hasonlóképpen csalókának ítélik, ezért nem tekintik a hatásosság elfogadható bizonyítékának, mondván, hogy a szűrésnek köszönhetően korábban születik meg ugyan a diagnózis, mint szűrés nélkül történt volna, ezért a diagnózis – és fatális kimenetel esetén – a halál bekövetkezése között idő meghosszabbodik, de ez nem jelenti szükségképpen a halál idejének a kitolódását. Így a túlélési idő meghosszabbodása csupán látszólagos („lead-time bias").

1.7 „SZERVEZETT SZŰRÉS" – NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FELADAT

A népegészségügyi gyakorlatban megkerülhetetlen dogma az, hogy tömeges szűrővizsgálatokat csakis epidemiológiailag bizonyítottan hatásos módszerekkel szabad kezdeményezni, azaz csak olyan szűrővizsgálati módozatok alkalmazhatók a lakosságszűrésben, amelyek bizonyítottan mérséklik a célbetegségből származó halálozást a céllakosságban. Mértékadó szakmai körök a népegészségügyi méretű, szakmailag indokolt gyakorisággal megismételt szűrést *„szervezett szűrés"* elnevezéssel illetik; ez *népegészségügyi* tevékenység.

Ismérvei a következők:

- a szűrővizsgálatot a szolgáltató, azaz az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi; tehát része és lehetősége a társadalombiztosítási rendszereknek;
- az életkor alapján szűrésre jogosultakat, a szűrésben részesülteket, valamint a szűrővizsgálat eredményét központilag tartják nyilván;
- végrehajtása az egészségügyi ellátórendszerbe ágyazottan, annak keretei között történik;
- közpénzből finanszírozott;
- az életkor alapján (és csak az életkor alapján!) veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra terjed ki;
- a célszemélyeket személyes hangvételű, névre szóló levélben hívják meg; ismételten meghívólevelet küldenek annak, aki a meghívásra nem válaszol.

A szakterület mai állása szerint a fent leírt kívánalmakat máig csak a mammográfiás vizsgálaton alapuló emlőszűrés, és a székletbeli rejtett vérzés kémiai kimutatásán alapuló vastagbélszűrés elégíti ki. A sejtvizsgálaton alapuló méhnyakszűrés úgynevezett „idősoros vizsgálatokban" még azelőtt bizonyította hatásosságát, mielőtt a randomizált, ellenőrzött vizsgálatok szakmai elvárássá váltak volna.

1.8 Alkalomszerű szűrések

A hatásosság epidemiológiai bizonyítékával ez ideig nem rendelkező szűrési módozatokkal szembeállítják az alkalomszerű (opportunisztikus) szűréseket. A háziorvosi praxisban ezeket esetkeresésnek („case finding") is nevezik. Ezek más célból létrejött orvos-beteg találkozás alkalmával, az orvosi gyakorlat részeként, vagy spontán igényelt/kezdeményezett, vagy szervezett kampányok során, alkalmas módszerrel végzett szűrővizsgálatok, amelyeket a szervezett népegészségügyi programon kívül vagy azzal éppen párhuzamosan végeznek. Az alkalomszerű szűrővizsgálatok alkalmazásának egyetlen feltétele és szabályozója az orvosi ítélőképesség, indítéka pedig az orvos „onkológiai ébersége". Az egyén számára hasznosak lehetnek, ám esetenként tetemes „közösségi forrásokat" emésztenek fel anélkül, hogy hasznuk társadalmi szinten demonstrálható lenne. Amennyiben a szakmaiság nincs biztosítva, igazából akkor nem érjük el velük a kívánt célt.

1.9 A szűrővizsgálat tartalma

Az elmondottak szerint, szervezett szűrővizsgálatokat az emlő-, a méhnyak-, és a vastagbéldaganatok korai felismerésére lehet kezdeményezni.

A tüneteket még nem okozó daganatok felismerésére ugyan alkalmas, de a népességbeli halálozás csökkenésével mért hatásosság epidemiológiai bizonyítékait máig nélkülöző vizsgálati módszerek sora hosszú. Ilyenek: a prosztata rektális-digitális vizsgálata, a prosztata-specifikus antigén (PSA), a bőr és szájüreg megtekintéses és tapintásos vizsgálata, a méh és függelékeinek komplex, a kolposzkópos vizsgálattal kiegészített nőgyógyászati vizsgálata, a tüdő röntgen- és köpet citológiai vizsgálata, a herék tapintásos vizsgálata, a hasnyálmirigy endoszkópos ultrahangos vizsgálata stb. Ezeket a „klinikai szűrővizsgálatokat" az orvosi gyakorlat keretei között, különösen a magas kockázatú személyek esetében bátorítani lehet, de felhasználásukkal szervezett népegészségügyi lakosságszűrés nem kezdeményezhető.

2. A VASTAG- ÉS VÉGBÉLSZŰRÉSRŐL

2.1 BEVEZETÉS

A nyugati életformát folytató, gazdaságilag fejlett országokban a rosszindulatú vastag- és végbéldaganat – a tüdőrák mögött – a második leggyakoribb, mindkét nemet érintő daganat. Magyarországon is súlyos népegészségügyi problémát jelent: mind az új megbetegedések számát, mind a haláloki szerepét tekintve a második helyet foglalja el, és ezzel a gyakorisággal nemzetközi összehasonlításban a legmagasabb halálozási rátával az élen áll. Európában elfoglalt helyünket kevésbé a megbetegedés gyakorisága, döntően a magas halálozási arány határozza meg. Ennek oka a klinikai betegellátás hiányossága, ami abból ered, hogy a hazai klinikai ellátórendszer adós marad a korai felismeréssel, más szóval, a szűrővizsgálat lehetőségei kihasználatlanok: a vastagbéldaganatban szenvedő betegek többsége már előrehaladott; elhanyagolódott daganattal keresi fel orvosát. A korábbi felismerés és kezelés a szűrővizsgálatok kiterjesztése útján jelentősen enyhítené a súlyos helyzetet. Teljes az egyetértés abban, hogy a halálozás mérséklése elodázhatatlan, és ennek legígéretesebb eszköze a *szűrővizsgálat*. A szűrővizsgálatok elmaradásának nagyszámú megmenthető életév elmaradása az ára.

Az Európa Tanács 2003-ban közzé tett ajánlásaiban serkenti a tagállamokat a székletbeli rejtett vérzés kimutatásán alapuló szűrőprogramok létesítésére. A vastagbélszűrés fontosságát hangsúlyozza a „Brüsszeli Deklaráció”, amelyet a tudományos szervezetek és társaságok, rákligák, betegszervezetek, alapítványok, egészségbiztosító társaságok képviselői mellett az Európai Parlament számos képviselője is aláírt. A Deklaráció sürgeti az Európa Bizottságot, hogy készítsen cselekvési tervet a vastagbélrák által okozott betegségteher csökkentésére („Europe against Colorectal Cancer”), és minden eszközzel támogassa a tagországok kormányait hatékony, személyes behíváson alapuló, azaz *szervezett* lakossági szűrőprogram létesítésében. Hasonló, sürgető üzenete van a 2011-ben elfogadott „Budapest Deklarációnak” is.

Az Európa Bizottság – a WHO Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége (IARC) útján – 2011-ben részletes útmutatót adott ki a vastagbélrák minőségbiztosításában alkalmazandó eljárásokról (European Commission. European guideline for colorectal screening and diagnosis. Luxemburg. 2011.).

2.2 Epidemiológia: a vastagbélrák előfordulása és halálloki szerepe

A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint, hazánkban a vastagbélrák morbiditása, azaz egy naptári évben bejelentett új vastag- és végbélrák esetek száma (C18-21) évente 9.000 (2011-ben 10508) körül van. Férfiaknál gyakoribb és mérsékelten emelkedő irányzatú, nőknél a gyakoriság kissé ritkább és mérsékelt csökkenést mutat. A Központi Statisztikai Hivatal adatközlése szerint a mortalitás rendkívül magas: évi 5.000 körül ingadozó; ezzel a gyakorisággal az európai országok „ranglistáján" a halálozás élén áll. A kormegoszlását tekintve a vastag- és végbélrák okozta halálozás mindkét nemben a 40. év után válik mind gyakoribbá, 50 és 70 év között tetőzik, majd csökkenőre fordul. A túlélési esélyeket, azaz a diagnózis felállítása és a vizsgált betegségből eredő halál bekövetkezése között eltelt időt, jelentősen befolyásolja a daganat előrehaladottsága, azaz kiterjedése, mélységi terjedése és az áttétképződés. Hazánkban, a betegségben elhunytaknak a betegség előfordulásának százalékában kifejezett aránya kedvezőtlen (férfiaknál 63.9%, nőknél 66.9%) és ezzel az európai országok sorrendjében a sereghajtók közé tartozunk. Tehát az előrehaladott esetek aránya itt a legnagyobb. Ez az arányszám a hazai egészségügyi ellátórendszer minőségét kedvezőtlen színben tünteti fel. A magas halálozási arány azzal magyarázható, hogy a jól operálható vastagbéldaganatok jelentős hányadát ma is már operálhatatlan állapotban ismerik fel. Ez indokolja korai felfedezésüket és korai kezelésüket. Ezek a riasztó tények hathatós cselekvést sürgetnek.

2.3 A vastagbélrák kialakulása alkalmassá teszi a betegséget a szűrővizsgálatra

A hazai epidemiológiai helyzet azért különösen drámai, mert a vastag- és végbélrák biológiai és patológiai jellegzetességei miatt szűrővizsgálatra különösen alkalmas betegség.

Ismeretes, hogy keletkezésüket többnyire jóindulatú mirigyes polipok (adenomák), ritkábban egyes idült gyulladásos vastagbél-betegségek előzik meg (colitis ulcerosa, Crohn-betegség). Nem ritka a mirigyes polipok, a vastagbélrák családi halmozódása, tehát gyakrabban fordulnak elő egyenes ágú rokonok között (szülő, testvér, gyermek), és egyes örökletes szindrómák. A *magas kockázatú csoportba tartozó* egyének rendszeres ellenőrzése a lakosságszűréstől független, az egészségügyi ellátórendszer orvosi feladata.

A vastagbél mirigyes polipjai – gyakoriságuk miatt – jelentős népegészségügyi problémát jelentenek, mert a tünetmentes átlagnépesség mintegy 5-10%-ában, az 50 évnél idősebb *átlagos kockázatú* népesség akár 20-25%-ában is megtalálhatók. A polipok eltávolítása, így a vastagbélrák kialakulásának „elsődleges megelőzése" tekinthető a szűrővizsgálat talán legfontosabb céljának.

A vastagbélrák kialakulása egy hosszú folyamat, mely során már látható, de még jól kezelhető nyálkahártya eltérések (polipok/adenomák) alakulnak ki. Az adenomák rákelőző állapotoknak számítanak. *„Adenoma-carcinoma szekvencia"* néven ismert az a fejlődési láncolat, amelynek során az egyre súlyosbodó hám-atípiát mutató mirigyes polipból még a mirigyek alaphártyáján belül maradó *„in situ"* rák, majd az azt áttörő invazív rák fejlődik ki. Az összefüggést támogatja, hogy egy adott népességben endoszkópos polipeltávolítás után csökken a vastagbélrák előfordulásának gyakorisága. Patológiai adatok szerint az adenomák 5-10%-a alakul át rákká; ha ezeket nem távolítják el, a felismeréstől számított 5, 10 vagy 20 év múlva a rák kialakulásának valószínűsége 2,5%, 8%, illetve 24%. Összefüggés áll fenn a polip mérete, szövettani típusa, a szöveti atípia mértéke és a rosszindulatúvá válás valószínűsége között. A vastagbélrákok többsége, mintegy 75-80%-a 10 mm-nél nagyobb átmérőjű polipokból *átlagos kockázatú* személyekben alakul ki. Ezeket sporadikus rákoknak nevezik.

A vastagbélrák kifejlődése tehát időben elhúzódó folyamat: mintegy 5-15 évig tartózkodik a fejlődésmenet már említett preklinikai kimutathatóság szakaszában. Ez alatt tünetmentes marad, de alkalmas módszerrel kimutatható, mert sokáig a bélfalra szorítkozik, és lassú kifejlődése során szakaszosan vérzik. A bél nyálkahártyáján fejlődőben lévő, vagy fejlődő elváltozás kolonoszkópos vizsgálat során szemmel látható. Mindezek a sajátosságok a vastag- és végbélrákot szűrővizsgálatra különösen alkalmas célbetegséggé teszik.

2.4 A VASTAGBÉLRÁK KIMUTATÁSÁRA SZOLGÁLÓ MÓDSZEREK

Jóllehet a vastagbélszűrés módszertani arzenálja gazdagnak tűnik, látni kell, hogy mindmáig nem rendelkezünk olyan szűrővizsgálati módszerrel, amely minden igényt kielégítene, mert vagy korlátozott az elérhetősége, vagy potenciális kockázattal jár, vagy társadalmi elfogadottsága a vizsgált személyek számára távolról sem optimális.

2.4.1 REKTÁLIS-DIGITÁLIS VIZSGÁLAT

A hagyományos orvosi vizsgálat elengedhetetlen része. Érdeme, hogy a végbél dorzális, az endoszkópos vizsgálattal nem látható fala is tapintható. Fogyatékossága, hogy hatótávolsága 7-10 cm, nem több a vizsgáló új hosszánál. Szűrővizsgálatra önmagában alkalmatlan, alkalmazását a klinikai vizsgálat részeként mégis szorgalmazni kell.

2.4.2 ENDOSZKÓPOS MÓDSZEREK

Flexibilis szigmoidoszkópia

A *flexibilis szigmoidoszkóp* mintegy 60 cm-re vezethető fel a végbélbe és a vastagbél leszálló, a lép-hajlatig terjedő szakaszára, tehát a bal colon-félben lévő elváltozásokat látótérbe hozza. Hatótávolságán belül érzékeny módszer. A szövődmények előfordulása ritka. Hátránya, hogy a proximális bélszakaszról nem ad információt, így a vastagbél daganatainak jelentős hányada „elnézhető". (Egyes nyugati országokban speciálisan képzett, nem-orvos egészségügyi személyzet is hatékonyan és biztonságosan végzi a vizsgálatot, amely csökkentheti az orvosfüggőséget, így a szűrés költségeit is. Ennek a gyakorlatnak Magyarországon még nincs meg a realitása; a feladat nem hárítható az alapellátásra).

Kolonoszkópos vizsgálat

A vastagbél teljes hossza, egészen a vékonybél-vastagbél átmenetéig, a szem számára látótérbe hozható, ennek megfelelően érzékenysége akár 90-95% lehet. Lehetőséget ad a talált polipok mintegy 90%-ának eltávolítására, akár „egy ülésben" is, így jól szolgálja a vastagbélszűrés elsődleges célját. Ezek alapján a kolonoszkópos vizsgálat a vastagbélvizsgálatok *„arany standardja"*, a legmegbízhatóbb szűrővizsgálati módszer. Hatásosságát randomizált, ellenőrzött vizsgálatokban (RCT) nem vizsgálták, megfigyelésen alapuló vizsgálatok az eljárás hatásossága mellett szólnak.

Újabban teret nyert a *„minőségi kolonoszkópos vizsgálat"* koncepciója, amelynek kritériumai:

- fizikális státus rutinvizsgálata, laboratóriumi és koagulációs paraméterek meghatározása;
- a béltraktus megfelelő megtisztítása;

- a beavatkozás előtti gyógyszerelés (sedatoanalgesia);
- tapasztalt endoszkópos szakemberek, képzett asszisztencia, évente legalább 1.000 - 2.000 kolonoszkópos vizsgálat elvégzése;
- teljes kolonoszkópia elvégzése a coecum elérésével, és lehetőség szerint az ileum megtekintésével;
- megfelelő polip-felismerési arány; és szükség szerint polipeltávolítás, („tiszta colon" elérése a polipok eltávolításával);
- gondos nyálkahártya áttekintés, hat percnél nem rövidebb kihúzási idő („withdrawal time");
- a vizsgálat képi dokumentálásának biztosítása (fénykép, videofelvétel);
- megfelelő sebészeti háttér;
- a szövődmények előfordulásának pontos ismerete; (1:2.000 arányban vérzés, perforáció) és ellátásukban megfelelő gyakorlat;
- az észlelt és eltávolított polipok méretének pontos meghatározása; kórszövettani háttér biztosítása;
- adekvát betegmegfigyelés és beavatkozást követő időszakban rendezett ellenőrőrzési rend.

Az ellenőrző/gondozási rend elvei az észlelt polipok rizikójának meghatározásán alapul. Ennek megfelelően az ellenőrző kolonoszkópos vizsgálat a polypok eltávolítása után 3-5 ével javasolható és indokolt.

2.4.3 RÖNTGEN – VIZSGÁLAT

Kettős kontrasztos irrigoszkópia

Előnye, hogy általa az egész vastagbél vizsgálható. Kevésbé megterhelő, mint a kolonoszkópos vizsgálat. Hátránya, hogy ugyanolyan teljes bél-előkészítést igényel, mint a kolonoszkópos vizsgálat, ámde annál kevésbé érzékeny. A vizsgálat során nincs mód terápiás beavatkozásra. Nem bizonyított, hogy az irrigoszkópiával végzett „szűrés" csökkenti a vastagbélrákok által okozott halálozást.

2.4.4 LABORATÓRIUMI MÓDSZEREK

A székletbeli rejtett vérzés kimutatása

A székletbeli rejtett vér kimutatására a vér valamely összetevőjét, mint a vérzés „markerét" használják fel. Legkorábban elterjedt a székletbeli haemoglobin kimutatása, amelyet kémiai, vagy immunkémiai módszerrel végeznek. A két „módszer-család" közötti különbség abban áll, hogy amíg a kémiai kimutatás emberre nem specifikus, azaz elvégzése előtti napokban fogyasztott állati eredetű hús, és bizonyos gyógyszerek befolyásolják az eredményt (tévesen pozitív, vagy tévesen negatív leletek), ezért alkalmazás a vizsgálatot megelőző napokban diétás megszorításokat indokol. Az immunkémiai eljárások emberre specifikusak, így nincs szükség diétás megszorításokra.

Kémiai széklet- rejtett vér kimutatási módszerek: gFOBT (fecal okkult blood test).

Ezek a gyűjtőnéven „haemoccult-teszt"-ként ismert eljárások a székletbeli *haemoglobin* kémiai kimutatásán alapulnak. E célra a guaiac-alapú, színreakciós teszteket (gFOBT) használják, amelyeknél a guaiac kék színe a hemoglobin peroxidáz-szerű aktivitásával függ össze. Az irodalomból kitűnik, hogy a székletminta kiszáradásának korrigálására alkalmazott nedvesítés, vagy „rehidráció", jóllehet javítja a teszt érzékenységét, jelentősen rontja a fajlagosságot, ezért ennek mellőzését javasolják.

Immunológiai módszerek: iFOBT vagy FIT

A széklet-vér immunkémiai kimutatását alkalmazó módszerek érzékenysége és fajlagossága magasabb, mint a guajak-alapú teszteké. Az immunkémiai módszerek – a humán hemoglobin globin-részének receptoraira irányuló ellenanyagok használatával – antigén–ellenanyag reakció kimutatására épülnek, így specifikusak a humán véralkatrészekre.

Az immunkémiai gyorstesztek különleges laboratóriumi hátteret nem igénylő, „igen-nem típusú" választ adó tesztek. Analitikai érzékenységük magas (2-50 nanogramm hemoglobin/ml), ezért már a fiziológiás, nem kóros eredetű vér jelzésére is alkalmasak lehetnek. A vastagbélszűrési program az immunkémiai kimutatáson alapuló tesztet használja.

Kétfázisú immunológiai tesztek

Újabban úgy vélik, hogy a haemoglobin vizsgálata önmagában nem elégséges, mert a béltraktusban enzimatikus és bakteriális hatásra degradálódik, irreverzibilisen kötődik a széklet mucin-komponenséhez, és eközben elveszti antigenitását. Ennek különösképpen a korai rákok kimutatása látja kárát. Ezekkel a hatásokkal szemben a nagyobb molekulasúlyú albumin ellenállóbb, ezért a székletbeli vérzés indikátoraként (többen, köztük hazai kutatók) két antigént: hemoglobint és albumint felismerő („bispecifikus") immunszérum alkalmazását dolgozták ki. Ez az újítás az immunológiai tesztet érzékenyebbé, különösen a polipok kimutatására hatásosabbá tette.

2.4.5 EGYÉB ELJÁRÁSOK

Egyéb eljárások, mint virtuális kolonoszkópia (CT-colonographia), a székletbeli DNS kimutatása piruvátkináz tartalmának meghatározása (M2-PK), egyes onkogének szűrővizsgálatra rutinszerűen nem terjedtek el.

2.5 A VASTAGBÉLSZŰRÉS STRATÉGIÁJA: „EGYLÉPCSŐS" VAGY „KÉTLÉPCSŐS"?

Teljes egyetértés van abban, hogy a népegészségügyi szűrővizsgálatok céllakosságát az átlagos kockázatú 50-70 év közötti férfiak és nők jelentik. A honi népességi adatok alapján ez a feladat mintegy 3 millió lakost érint. A szűrővizsgálat megismétlésének ajánlott gyakorisága, és módszertana azonban vitatott.

Egyedül a kolonoszkópos vizsgálat képes felfedezni a rákelőtti állapotnak tekinthető vastagbél-polipokat, kizárni vagy igazolni a vastagbéldaganat felmerült gyanúját, ezzel jelentősen hozzájárul a vastag- és végbélrákból eredő halálozás mérsékléséhez, és mint ilyen, 50 éves kor után, 5 évenként, vagy akár „egyszer az életben" („once in a life-time colonoscopy") önálló, „elsődleges" szűrőmódszerként is alkalmazható.

Ezt nevezik *„egylépcsős"* stratégiának.

Ezzel szemben áll a *„kétlépcsős stratégia"*, amely a szűrővizsgálat módszereként a székletbeli rejtett vérzés kémiai kimutatását alkalmazza azzal, hogy a nem negatív széklet-vér lelet után kötelezően – tisztázó vizsgálatként – kolonoszkópos vizsgálat elvégzését teszi kötelezővé.

Miért a „kétlépcsős" stratégia?

Hivatkozva a népegészségügy, mint szakterület jelenlegi állására, a magyarországi népegészségügyi lakosságszűrés vastagbélszűrési protokollja, amely követi a mértékadó nemzetközi szervezetek (Egészségügyi Világszervezet (WHO) Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége (IARC), a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) ajánlásait, a veszélyeztetett korú, átlagos kockázatú személyek „kétlépcsős" stratégiája mellett kötelezte el magát. Ezt az álláspontot erősíti az Európai Unió Tanácsának 2003-as ajánlása is.

A vastagbélszűrés „egylépcsős" vagy „kétlépcsős" stratégiája heves szakmai vitát gerjesztett a klinikai és népegészségügyi szakmák között. A vita szakirodalmi szinten is jelentkezett, és a hazai vastagbélszűrési program végrehajtását is késleltette.

Nem vitatható, hogy – mint láttuk – a teljes, „minőségi" kolonoszkópos vizsgálat mind érzékenységét, mind fajlagosságát tekintve magasabb rendű a széklet-vér kimutatásánál. Lehetőséget ad a talált polipok műszeres eltávolítására, az eltávolított szövetrészek kórszövettani feldolgozására és kórismézésére is. Számos előnye miatt a vastagbélszűrés „arany standard" módszere. A kolonoszkópos vizsgálat lakosságméretű alkalmazását azonban a hazai kolonoszkópos kapacitás korlátozottsága nehezíti. A szűrőprogram országos kiterjesztése esetén, 50%-os lakossági részvétellel és 6%-os pozitivitással számolva, évente mintegy 35.000 többlet kolonoszkópos vizsgálatra a jelenlegi eszközpark, úgy tűnik, nem alkalmas.

A szűrővizsgálatokból az endoszkópos szakhálózatra háruló teher a kolonoszkópos kapacitás legalább másfélszeres megnövelését, személyi és infrastrukturális fejlesztést, azaz jelentős állami áldozatvállalást tenne szükségessé.

2.6 HAZAI KONSZENZUS A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

Hazánkban az elhúzódó vitát a tárgy szerint érdekelt szakmai kollégiumok és más fórumok részvételével 2008-ban konszenzus-konferencia zárta le, amelynek állásfoglalása szerint népegészségügyi szűrőprogram céljára a „kétlépcsős" stratégia követendő, és az emberre specifikus immuntesztek kiválasztását piackutatás eredményeitől tette függővé. Az állásfoglalás összhangban áll az Európa Tanács 2003/878/EC számú, a népegészségügyi szűrővizsgálatokra vonatkozó, már idézett ajánlásaival.

A bispecifikus, azaz a székletben mind a hemoglobint, mind az albumint „jelző” laboratóriumi eljárás a kereskedelmi forgalomban még nem elérhető.

A konszenzus-konferencia a székletbeli hemoglobint jelző immunológiai székelt-vérteszt (iFOBT vagy FIT) alkalmazása mellett foglalt állást.

A konszenzus-konferencia állásfoglalása megjegyezte, hogy a minőségi *kolonoszkópos* vizsgálatot választható opcióként lehet a népesség figyelmébe ajánlani, a választást a tájékoztatáson alapuló döntés kívánalmait betartva a „betegekre kell bízni”. Ennek érdekében elvárható, hogy a szakmai szervezetek a szűrés megfelelő módjával kapcsolatban információt a laikusok számára is érthető módon tegyék közzé.

3. A MAGYARORSZÁGI SZABÁLYOZÁS

1. Az egészségügyről szóló 1997. évi törvény 88.§. (2) bk a) az alapellátás feladataként jelöli meg az ellátott lakosságban (másutt nevesített) „népegészségügyi szempontból jelentős betegségek felkutatását”.
2. Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végrehajtásában 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 a háziorvosok feladatává teszi, hogy
   - felhívják betegeik figyelmét az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok igénybevételének lehetőségére (3.§.(3).bk.),
   - elvégezzék azokat a kompetenciájukba tartozó szűrővizsgálatokat, amelyekre a jogszabály nem jelöl ki más szolgáltatót; más esetekben pedig az egyéneket a szűrővizsgálat elvégzésére kijelölt egészségügyi szolgáltatóhoz utalják (4.§. a) bk.),
   - nyilvántartást vezessenek a más egészségügyi szolgáltató feladatkörébe tartozó szűrővizsgálatokra történő beutalásról és a vizsgálat eredményéről, valamint a szűrővizsgálat alapján gondozásba vett személyekről (8.§.(2) bk.),
   - háziorvosi hatásköri lista.

Történetileg említést érdemel a Magyar Kormány az 1066/2001. számú, az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” megvalósításáról

rendelkező kormányhatározata. E program alapján az Országgyűlés 46/2003. (IV.16.) OGY határozatával is megerősített új népegészségügyi program a vastag- és végbéldaganatos betegségek mérséklését célzó, a hatásosság epidemiológiai bizonyítékával rendelkező szervezett lakossági szűrővizsgálatok sorában a *vastag- és végbélráknak a székletbeli rejtett vérzés kimutatása útján végzendő szűrővizsgálatának bevezetését, és azok fokozatos és folyamatos kiterjesztését* az egészségügyi ellátórendszer feladataként fogalmazta meg. Az intézkedés összhangban áll az Európa Tanács lakosságszűréssel foglalkozó 2003/878/E.C. számú ajánlásával.

A mammográfiás emlőszűrésre és a citológiai méhnyakszűrésre a jogszabály „más szolgáltatót" jelölt ki; ezeknek a szűrési módozatoknak a lebonyolításában, az alapellátásban dolgozó háziorvosnak és asszisztensének a feladata kimerül a praxisból szűrővizsgálatban részesült személyek nyilvántartásában. Ezzel szemben a vastag- és végbélszűrés bonyolítására a jogszabály nem rendelt ki más szolgáltatót.

A vastag- és végbélszűréssel összefüggő egyes feladatok elvégzésében *az alapellátásra a – nyilvántartás mellett – más feladatok is hárulnak.*

4. A 2013-TÓL 2015-IG MEGVALÓSULÓ VASTAGBÉLSZŰRÉSI PROGRAM CSONGRÁD-MEGYÉBEN, A TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 AZONOSÍTÓ JELŰ PÁLYÁZAT KERETÉBEN

A mintaprogramok újabb fejezete az Európai Uniós forrásból tervezett TÁMOP 6.1.3./13/1/A-2013-0001 kiemelt projekt megvalósítása, amely célul tűzte ki, hogy egy közigazgatási egységen újabb modellprogrammal alapját adja a vastagbélszűrés országos kiterjesztésének, a projekt megvalósítása kapcsán és az előző programokkal kapcsolatosan összefogott tapasztalatok alapján. A projektnek a gazdája az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, hasonlóan a többi népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokhoz.

A projekt többek között az alábbi népegészségügyi problémákra keres megoldást:

- Magyarország a rákbetegségekre visszavezethető halálozást tekintve az Európai Unió legkedvezőtlenebb helyzetben lévő tagállama; a megállapítás a férfiak és a nők esetében egyaránt igaz. A méhnyakrák miatt bekövetkező

halálozás Magyarországon 2010-ben 5,7 fő százezer főre számítva. A vastagbéldaganatok mortalitási rátája 2010-ben 34,4 fő százezer lakosra számítva. Ez az érték a legmagasabb az Európai Unión belül.

- A vastagbélszűrés jelenleg nem tartozik a népegészségügyi célú szervezett szűrések közé. A vastagbéldaganatok előfordulása és az ebből eredő halálesetek száma sürgeti a szervezett vastagbélszűrés kiterjesztését, mert a szervezett lakossági vastagbélszűrés szüneteltetésének az ára nagyszámú elveszett élet és életév, amely szűréssel megelőzhető lett volna.
- A projekt átfogó, hosszú távú célkitűzése az, hogy megállítsa a vastagbélrákból eredő halálozás jelenleg kedvezőtlen irányát.

A vastagbélszűrés eddigi mintaprogramjai azt bizonyították, hogy szűrések szervezésébe a háziorvosi szolgálatok, mint a célpopulációhoz legközelebb álló egészségügyi szolgáltatók egyértelműen bevonhatók. A szűrés országos kiterjesztése előtt szükséges egy olyan szervezési modell kipróbálása, amely a leghatékonyabban biztosítja a vastagbélszűrés célcsoportjának (50- 70 év közötti férfiak és nők) elérését, mozgósítását. Ez a projektben megvalósítandó modell: az egy közigazgatási egységen belüli vastagbélszűrés, amely az epidemiológiai adatok tekintetében a legtöbb következtetés levonását teszi lehetővé.

A háziorvosi vastagbélszűrés megvalósításának legfőbb tartalmi elemei, tevékenységei a következők:

- A háziorvosi vastagbélszűrés támogatásához tervezett képzés tananyagának kifejlesztése.
- A vastagbélszűrési képzés akkreditáltatása.
- A kiválasztott megye - Csongrád megye - háziorvosi szolgálatai szakembereinek (háziorvos, szakdolgozó) szakmai, kommunikációs és informatikai képzése a szűrés eredményesebb megvalósítása érdekében.
- A Csongrád megyei, szűrésbe bevont háziorvosi praxisok ellátási területén az 50-70 év közötti férfiak és nők vastagbélszűrésének szervezése és megvalósítása. A projekt megvalósítása során a szűrésre meghívót kapott és a praxisokban megjelenő lakosokat a háziorvosi szolgálat szakemberei vizsgálati eszközzel látják el, és tájékoztatást adnak a szűréssel kapcsolatosan.

- Rendszersajátosságokat feltáró monitoring elemzés készítése. A tanulmány célja, hogy támogassa a döntéshozókat a vastagbélszűrés országos kiterjesztésének tervezésében, megvalósításában.

A fenti tevékenységeket informatikai fejlesztés támogatja. A fejlesztés célja, hogy az eddig részben papíralapú adatközlés alapjaiban elektronikus útra terelődjön. A szűrések nyomon követését, a szűrés folyamatának és státusztának átláthatóságát a háziorvosok számára egyaránt hozzáférhető elektronikus központi szűrési rendszer biztosítja. A nyilvánosság biztosítása mellett a szűréseken való megjelenést támogató kommunikáció több célcsoportot céloz meg. A szűrendő lakosság igen heterogén, ezért különböző kommunikációs csatornák alkalmazása szükséges. Részletekről a Kommunikációs fejezetben található információ.

4.1 MIÉRT A HÁZIORVOSOK?

Az alapellátás, azaz a háziorvos és más szakdolgozók „kapuőri" szerepe, és ebből következően, befolyásuk a lakossági részvételre nyilvánvaló. A szűrésre meghívottakkal – mondhatni – mindennapos kapcsolatuk lévén, a szűrésen való részvételre mozgósító szerepük alig túlbecsülhető. Számos országban a szervezett szűrés sikerét az alapellátás közreműködése garantálja tevőleges részvételükkel.

A háziorvos – bírván „betegeik" bizalmát – leginkább képes hitelt szerezni a szűrőprogramnak, és mindenki másnál jobban képes motiválni és stimulálni a meghívottakat arra, hogy elfogadják a felajánlott szűrővizsgálatot. Helyzeténél, betegeikhez fűződő szinte mindennapos, személyes kapcsolatánál fogva mindenki másnál eredményesebben képes szolgálni a szűrés előtti információkkal; megmagyarázni a szűrővizsgálat fontosságát, a „normális" és a „normálistól eltérő" szűrési leletek jelentését és jelentőségét. Tanácsaikkal képesek átsegíteni a betegeket a felmerülő nehéz szakaszokon, mint például a szűrővizsgálat eredményére várakozás ideje, vagy ha a szűrésen résztvevőt további tisztázó, kiegészítő diagnosztikus vizsgálatra hívják vissza. Leginkább a háziorvos képes lélektani támogatást nyújtani számukra, ha azok elbizonytalanodnak, vagy – például pozitív vizsgálati eredmény közlése esetén – szorongások vagy félelmek támadnak bennük.

A magyar népesség katasztrofális egészségi állapotának javítása érdekében a megelőzést szolgáló tevékenységeknek integrálódniuk kell az alapellátásban dolgozók mindennapos preventív-gyógyító tevékenységébe.

4.2 A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI LAKOSSÁGI VASTAGBÉLSZŰRÉS SZERVEZÉSE ÉS VÉGREHAJTÁSA A TÁMOP-6.1.3.A-13/1-2013-0001 AZONOSÍTÓ JELŰ PROGRAM KERETÉBEN

A szervezett népegészségügyi lakossági szűrővizsgálatok megszervezését, működésének összehangolását, monitorozását és értékelését az egészségügyi kormányzat törvényi úton az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) feladatává tette. Az Országos Szűrési Koordinációs Osztály feladatait a területi szűrési koordinátorokon keresztül látja el, akik a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek (egykori ÁNTSZ) kötelékében működnek.

A szervezett vastagbélszűrővizsgálat alapja az életkor alapján veszélyeztetett személyek személyi azonosítására alkalmas adatait (TAJ) tartalmazó lakosságlista, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) időről-időre megküld az Országos Szűrési Nyilvántartásnak (OSZNY). A megküldött lista „tisztított”, azaz nem tartalmazza az időközben elhunytak, valamint a vastag- és végbélrák miatt gondozás alatt álló személyek adatait.

Minthogy a népegészségügyi lakossági szűrővizsgálat területi elven épül fel, meghatározott közigazgatási egységekben (város, község) valósul meg. Szervezési egysége a *háziorvosi körzet.*

A megyei szűrési koordinátorok a lakosságlistát az OEP-től kapott praxis-kódok felhasználásával háziorvosi körzetekre bontják, ellenőrzik, majd elektronikusan hozzárendelik a praxisok által elérhető adatbázishoz. A háziorvos ezek után áttekinti a praxisához tartozó szűrendők listáját, amelyben a szűrendők neve mellé megjegyzéseket tesz arra vonatkozóan, hogy kér-e a páciensnek meghívólevelet, illetve, ha nem, akkor a megadott lehetőségek közül kiválasztja a visszautasítás okát, illetve szöveges megjegyzést is tehet (lásd informatikai rész erre vonatkozó fejezete).

Abban az esetben, ha az általa ismert lakos valamilyen okból nem szerepel az adatbázisában és részt kíván venni a szűrésben, akkor a páciens felvételéért a megyei szűrési koordinátorhoz fordulhat, aki ellenőrzés után a kérést jóváhagyja vagy indoklással visszautasítja.

Ezt követően a háziorvos által elfogadott szűrési lista elektronikusan visszakerül az OTH-hoz, majd az OTH megbízásából a Magyar Posta előkészíti a névre szóló meghívóleveleket, majd postázza őket.

A meghívóleveleket kiküldése több ütemben zajlik a leterheltség csökkentése érdekében.

A meghívólevél névre szóló, személyes hangú levél, amely tájékoztatja a címzettet a vastagbélszűrés lehetőségéről, a szűrővizsgálat mikéntjéről, várható eredmények jelentéséről, a vizsgálat korlátairól, és igyekszik rábírni a címzettet, hogy keresse fel háziorvosát, és a kapott tájékoztatás birtokában éljen a felkínált szűrővizsgálat lehetőségével.

A praxisok az Országos Szűrési Koordinációs Osztálytól a székletminta gyűjtésére alkalmas *„páciens csomagot"* kapnak, mely 1 db szűrési „kit"-et (két mintagyűjtő eszközt) a használati utasítással, egy db A5-ös légpárnás borítékot (ebbe kerül a 2 mintagyűjtő), egy A4-es megcímzett borítékot, valamint 2 db etikettet tartalmaz az azonosításhoz (1-1 db/mintagyűjtő).

Az alapellátásban dolgozók a szűrendő jelentkezésekor átadják a „páciens csomagot" a szűrővizsgálatra jogosult személyeknek. Felhívják a figyelmüket a csomagban elhelyezett „használati utasítás" követésére.

A mintagyűjtő eszközökhöz mellékelt *„használati utasítás"* leírja a mintavétel módját és a minta tárolását. A mintagyűjtés előtti napokban étrendi korlátozásokra nincs szükség. A székletbeli rejtett vér kimutatása két egymást követő napon vett székletmintából történik.

A személyazonosításra vonalkódos etikett-címke szolgál, amelyet a mintagyűjtő tartályokra kell ragasztani. A meghívólevél levágott szelvényét bele kell tenni a székletmintát tartalmazó, postára vitt borítékba.

A háziorvos figyelmeztesse páciensét, hogy a mintákat a tasakba, azokat a megcímzett borítékba tegyék és adják fel a postán (tehát ne a postaládába helyezzék el!), onnan kerül tovább a laboratóriumba.

4.2.1 EREDMÉNYKÖZLÉS ÉS BETEGKÖVETÉS

A székletminta értékelése az Országos Szűrési Koordinációs Osztály által szerződtetett klinikai laboratóriumban történik. A laboratórium minden beérkezett mintát értékel, és az eredményeket feltölti az Országos Szűrési Nyilvántartásba, amelyen keresztül a háziorvos ezeket bármikor elérheti elektronikusan.

Minden, laborból visszaérkező eredményt javasolt személyesen közölni a pácienssel! A negatív eredmény közlése is fontos, mert a szűrővizsgálat egyik célja, hogy megnyugtassa a vizsgált személyt. A pácienst tájékoztatni kell arról, hogy ez a szűrővizsgálat sem 100%-os biztonságú, ezért bármilyen gyanús tünet ese-

tén (pl. vérzés, székelési szokások megváltozása stb.) forduljon orvoshoz. Ugyancsak fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ha legközelebb hívják szűrésre, újból jelenjen meg.

Nem negatív szűrővizsgálati eredmény esetén a vizsgált személyt a háziorvos az illetékes endoszkópos laborba utalja be, ahol a vastagbél teljes hosszára kiterjedő *kolonoszkópos vizsgálatot* végeznek abból a célból, hogy megerősítsék, vagy kizárják a vérző polip vagy daganat felmerült gyanúját, esetleg polip-eltávolítást is végezzenek.

A háziorvos a szűrési nyilvántartásába rögzíti, hogy a páciensét további vizsgálat céljából kolonoszkópos laborba irányította, majd megkéri, hogy ennek a vizsgálati eredménynek a birtokában is keresse fel a praxist. (Ekkor történik a kolonoszkópos vizsgálatok eredményének a rögzítése a praxis adatbázisában).

A kolonoszkópos vizsgálat során eltávolított szövetminták és polipok, vagy polipszerű képletek, valamint sebészeti reszekátumok feldolgozása kórszövettani vizsgálatra a szakma szabályai szerint történik.

A kolonoszkópos vizsgálatot végző endoszkópos laboratóriumokat az OTH értesíti erről a programról, felméri a kapacitásokat, és felkéri őket a vastagbélszűrésben részt vett páciensek vizsgálati eredményeinek elektronikus rögzítésre az Országos Szűrési Nyilvántartásba.

A háziorvos felelőssége, hogy a nem negatív szűrővizsgálati eredményt adó páciensek mielőbb a „betegútra” kerüljenek: a szükséges kivizsgálásban, és ha kell, kezelésben részesüljenek.

Értékelhetetlen lelet esetén a pácienst fel kell világosítani arról, hogy ez nem jelent rossz eredményt, hanem technikai hibára utal, és ösztönözni kell arra, hogy a vizsgálat megismétlésében partner legyen, ehhez újabb páciens csomagot kap térítésmentesen.

A program során több alkalommal kérdőív segítségével felmérjük a praxisok véleményét, tapasztalatait, problémáit, lehetőséghez mérten beavatkozásokat eszközlünk.

4.2.2 A szűrőprogram értékelése

A szűrőprogram teljesítményét és eredményességét az OTH Országos Szűrési Koordinációs Osztálya, az Országos Szűrési Nyilvántartás időről-időre értékeli.

Az értékeléshez adatot szolgáltatnak: a háziorvosi szolgálat; az immunkémiai kimutatást végző klinikai laboratórium; az endoszkópos, valamint a patológiai laboratóriumok.

A program megvalósításának tapasztalatai beépülnek egy értékelő tanulmányba, amelynek egyik célja, hogy döntés előkészítő anyagot biztosítson a politikai döntéshozóknak a vastagbélszűrés országos kiterjesztésének a megvalósításához. Ezen tanulmány a program végeztével elérhető lesz az ÁNTSZ honlapján.

4.2.3 EGYÉB, SPECIÁLIS HELYZET KEZELÉSE A SZŰRÉS KAPCSÁN

A magas kockázatú csoportba sorolható személyek kiszűrése és ellátása: a háziorvos feladata.

A háziorvostól elvárható, hogy a betegeinél a személyes és családi kórelőzmények felvétele során rákérdezéssel „kiszűrjék" és nyilvántartsák a vastagbélrák keletkezése szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyeket. Fokozott kockázatot jelent:

- hosszabb ideje fennálló colitis ulcerosa,
- a vastagbél Crohn-betegsége,
- a korábban diagnosztizált vastagbél daganat, adenoma/ polip,
- a vastagbél adenomatózus polipózisának vagy a halmozott vastagbélcarcinoma családi előfordulása,
- a vastagbélrák előfordulása a közvetlen egyenes ági rokonok között (szülő, gyermek, testvér).

A magas kockázatú csoportba sorolható személyek esetében 35-40 éves kortól évente ajánlatos a rejtett vérzés kimutatását szolgáló laboratóriumi teszt és rendszeres (3-5 évenkénti) endoszkópos vizsgálat elvégzése. Ezen személyek szűrővizsgálata, követése a népegészségügyi szűréstől függetlenül kell, hogy megvalósuljon.

FÜGGELÉK

ÖSSZEFOGLALÓ A KORÁBBI VASTAGBÉLSZŰRÉSI PROGRAMOKRÓL

A fentiek miatt és a nevezett konferenciák és a szűrési protokoll figyelembe vételével zajlott 2008. december 15. és 2009. december 31. között az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által szervezett vastagbélszűrési mintaprogram.

A vastagbélszűrési mintaprogramokat a meghatározott eljárásrend szerint szervezték és bonyolították le. A programban 20000, átlagosan veszélyeztetett korú személy szűrését 175 háziorvos végezte el önkéntes jelentkezés alapján, 5 régióból, 241 településről (a csatolt községeket is figyelembe véve). A széklet-vér kimutatására alkalmas humán haemoglobin-specifikus immunkémiai, kvantitatív, automatizált eredményt szolgáltató módszer, a FOBT GOLD került alkalmazásra (páciensenként 2 mintából).

A szervezett szűrővizsgálat alapja az OEP adatbázisából származó, az OTH Országos Szűrési Nyilvántartása által háziorvosi körzetekre lebontott lakosságlista volt. Az Országos Szűrési Nyilvántartás személyre szóló meghívólevélben adott tájékoztatást a lakosoknak a szűrővizsgálatról. A háziorvosok a meghívólevelet kapott személyek listája alapján a lakosokat személyesen tájékoztatták, felvilágosították, a mintavételi eszköz átadása és ennek adminisztrálása mellett. A minták laboratóriumi feldolgozásához a mintavételi eszközök eljuttatása a laboratóriumba (postai úton) a szűrendő személyek feladata volt.

Nem negatív szűrővizsgálati eredmény esetén a háziorvos a területileg illetékes gyógyintézet endoszkópos laboratóriumába utalta a kiszűrt személyeket kolonoszkópiás vizsgálat elvégzése céljából.

2010-ben, a korábbi tapasztalatokat figyelembe véve újabb mintaprogram szervezésére került sor. A program az előző éviekhez hasonló eredményeket hozott.

A vastagbélszűrési mintaprogramok alkalmazott teljesítménymutatói a szűrésben közreműködők szerint az alábbiak:

2008-2009. évi vastagbélszűrési mintaprogram mutatói:

Mutató	Adat
Háziorvosi szolgálatok	
A 175 háziorvosi körzetben regisztrált, vastagbélszűrésre jogosult férfiak és nők száma	99 945 fő
A kiosztott székletminta-gyűjtő kazetták száma	39 644 db
Székletminta kazettát átvett személyek száma	19 822 fő
A székletmintát beküldött személyek száma	17 082 fő
A beküldött és értékelt székletminták száma	34 111 db
Tisztázó kolonszkópos vizsgálatra beutalt – visszahívott – személyek száma	801 fő
Klinikai laboratórium	
Laboratóriumi vizsgálatok száma	34 111 db
Értékelt minták száma	32 261 db
Negatív minták száma (aránya)	29 133 db
Nem-negatív minták száma (aránya)	3 127 db
Nem értékelhető minták száma (aránya)	1 836 db
Endoszkópos laboratórium	
Endoszkópos laboratóriumba irányítottak száma	801 fő
Az endoszkópos laboratóriumban vizsgálatra megjelentek száma (akik leletüket a háziorvosnak visszavitték)	339 fő
Negatív kolonoszkópiás vizsgálati eredmény	213 főnél
Az elvégzett kolonoszkópiás vizsgálattal adenomatózus polipust mutattak ki	76 főnél
A kolonoszkópiás vizsgálattal rákot mutattak ki	14 főnél
A kolonoszkópiás vizsgálatot elutasítók száma	19 fő

A háziorvosok mintaszerűen megfeleltek a „kapuőri” feladataiknak. A közbeszerzési eljárás elhúzódása lerövidítette a mintavételre és laboratóriumi értékelésre szánt időt. A mintaprogramok lényegében – az elkerülhetetlenül sok „alkalomszerű” elem, a kellő viszonyítási alap hiánya miatt – csak a használt reagens validálására, és a meghívottak részvételi szándékának megbecsülésére adtak alkalmat.

AJÁNLOTT IRODALOM:

- Council of European Union: Council recommendations on cancer screening. 2003/878/EC. Official J. Eur. Union L327: 34-38. 2003.
- European Commission. European guideline for quality assurance ic colorectal screening and diagnosis. IARC. Luxenburg. 2011.
- Döbrőssy L. Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő? Medicina 2004.
- Döbrőssy L (szerk): Népegészségügyi Onkológiai Szűrések. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest. 2005.
- Döbrőssy L, Kovács A, Budai A, Simon J, Horváth A.R, Cornides Á, Tulassay Zs: A vastag- és végbéldaganatok szűrésének vitatott kérdései: klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése. Orv. Hetil. 152: 1223—1232. 2011.
- Döbrőssy B, Kovács A, Budai A, Cornides Á, Döbrőssy L: A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orv. Hetil. 148: 1707-1711, 2007.
- Herszényi L, Lakatos F, Tulassay Zs. Minőségi kolonoszkópia: feltételek és elvárások. Orv. Hetil. 151: 1331-1339. 2010.
- Europe against colorectal cancer: Declaration of Brussels, 9 May 2007. Z. Gastroenterol. 46 (Supl. 1): S3-S5. 2007. és Wittmann T, Stockbruger R, Herszényi L, és mts: New European intitiatives in colorectal cancer screening: Budapest Declaration. Dig. Dis. 30: 320-322. 2012.
- Hart JT. A new kind of doctor. J Royal Soc. Med. 74: 871-883. 1977.
- Austoker J. Gaining informed consent for screening. Is difficult - but many misconceptions need to be undone, BMJ, 319: 722-723. 1999.

II. EGÉSZSÉGKOMMUNIKÁCIÓ

A szűrőprogram eredményessége – mind szakmai, mind gazdaságossági értelemben – a lakossági részvételtől függ. Ennek érdekében olyan kommunikációs stratégiára van szükség, amely garantálja, hogy a céllakosságból minél többen kapnak ***a tájékokoztatáson alapuló döntés meghozatalához szükséges információt:*** részt vesznek-e a szűrésen, vagy nem.

Az etikai elvek egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a vastagbélszűrésben is. A szűrésre meghívott személyt ***autonóm személynek*** kell tekinteni, aki önmaga rendelkezik saját sorsával, ezért önmaga dönthet arról, hogy a felajánlott szűrővizsgálaton részt vesz-e vagy sem. A szűrést szolgáltatókra nézve ugyanakkor kötelező, hogy „jót, csak jót" cselekedjenek, és törekedniük kell a károkozás minimalizálására.

TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ÖNKÉNTESSÉG ELVE

A tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve a szűrés kulcskérdése. A szűrési kommunikációs stratégia lényege: az önkéntes részvételhez szükséges valamennyi információ szolgáltatása az érintettek részére. Az információ szolgáltatás alapja: a tudományos bizonyítékok, melyeket közérthető módon kell tálalni.

A szervezett szűrővizsgálaton való részvétel ***önkéntes***, tehát jogi értelemben nem kötelező, hiszen csakis a másokra, a környezetre is veszélyt jelentő fertőző betegségek felderítését célzó szűrés tehető kötelezővé. A meghívás sok esetben váratlan, kéretlen beavatkozásnak tűnhet a meghívott személy magánszférájába. Etikai parancs, hogy a szolgáltatók osztozzanak a meghívottakkal a döntés terhében („shared decision"), és alapos tájékoztatás formájában nyújtsanak támogatást a meghívottaknak a döntés meghozatalában.

A tájékoztatás terjedjen ki a szűrővizsgálat hasznára, lehetséges kockázataira, a szűrés elmaradásával járó kockázatokra, a szűréssel kapcsolatos téves elképzelésekre, illetve azok cáfolatára, és ne hallgassa el a szűréssel járó kellemetlenségeket, a vizsgálat „gyenge pontjait" sem. Még akkor sem, ha ezzel kockáztatja a meghívott részvételét.

A RÉSZVÉTELT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A szűrés eredményessége szempontjából döntő fontosságú a szűrővizsgálatra meghívott népesség – azaz a „keresleti oldal" - együttműködése a szűrést szolgáltatókkal. A lakossági részvétel, azaz a ***megjelenési vagy részvételi arány*** („compliance") a szervezett szűrővizsgálatok minőségének egyik legbeszédesebb mutatója. Ez az a szám, amely kifejezi, hogy a szűrővizsgálatra meghívottak mekkora hányada tesz eleget a meghívásnak, és vesz részt a vizsgálaton.

Ez az arányszám mutatja meg azt, hogy mennyire hatékonyak a népesség mozgósítására irányuló szervezési igyekezetek, hiszen – szemben az alkalomszerű szűréssel, amelyet a spontaneitás, a szervezés hiánya, esetleg alkalomszerű toborzás jellemez – a szervezett szűrésnek a célja éppen az, hogy a céllakosság részvételét a személy szerinti meghívás és követés által optimálissá tegye. Mutatja továbbá az egészségnevelés és a lakosság „egészségkultúrájának" emelését célzó tevékenységek eredményességét is, lévén, hogy azoknak egyik kimondott célkitűzése, hogy kedvezően befolyásolja az embereknek a rosszindulatú daganatok megelőzhetőségébe vetett hitét, és a megelőzés felkínált lehetőségeinek elfogadását. Tudatosítsa bennük azt, hogy önmaguk is tehetnek, és tenniük kell saját egészségük megőrzéséért és a „nagyobb baj" megelőzéséért, érdemes élni a szűrés felkínált lehetőségével.

A szolgáltatók munkáját méltatja, ha ott kellemes a légkör, nem kell várakozni, emellett a jó, pontos szakmai munka hitelt ad. Ezek ellenkezője: a zord légkör, a várakoztatás és sok téves „diagnózis" rontja a szűrési kezdeményezés hitelét. Akinek az első tapasztalata rossz, nem jelenik meg az ismételt hívásra, sőt – mert a rossznak, különösen kisebb közösségekben, gyorsan híre megy – másoknak is kedvét szegi a részvételtől. Ezzel szemben, aki elégedett, jó hírét viszi a szűrésnek, partnerünkké válhat a további toborzásban. Végül a részvétel befolyásolja a szűrés költséghatékonyságát is, minthogy a megfelelő szűrési kapacitás fenntartása és az alacsony igénybevétel pénzügyi értelemben is rossz hatásfokú. Egy kellően hatásos és költséghatékony szűrési program az egyes területek lakosságlistáján szereplő céllakosság legalább 60%-os, ideálisan 75-80%-os részvételét feltételezi.

Számos oka van annak, hogy a felkínált szervezett szűrés lehetőségei hazánkban nem kellően kihasználtak. A „hagyományok" inkább az alkalomszerű szűré-

sek felé terelnek. A szervezett szűrés újszerű koncepciójának kiforratlansága miatt, a lehetőségről a céllakosság még keveset tud, és az egészségügyi ellátásban dolgozók közül is sokan még csak most ismerkednek vele.

A szűrésen való részvételt befolyásoló **magatartási és lélektani tényezők** sora hosszú. Sok esetben a szűrést elutasító, negatív magatartás csak tünete az egészség elhanyagolásának. Az ilyen személyek általában sem élnek az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásaival, el vannak foglalva életük közvetlen nyomasztó gondjaival, és eszükben sincs részt venni olyan vizsgálaton, amelynek haszna nem közvetlenül, hanem esetleg csak a távoli jövőben mutatkozik, akkor is csak egy „elmaradt betegség" formájában. A népesség más, gazdaságilag-társadalmilag előnyösebb helyzetű hányadának az életfelfogása a közvetlen – jellemzően egzisztenciális – előnyöket részesíti előnyben, miközben nem jut kellő figyelem az egészség megőrzését célzó információknak, útmutatásoknak, ezért nem élnek a felkínált szűrővizsgálat lehetőségével.

Az **életkor** hátráltató tényező. Tapasztalatok szerint a szervezett szűrésen való részvétel a korral csökken. Az idősebbek, akik között a rák előfordulása lényegesen magasabb, gyakrabban utasítják vissza a szűrést, mondván, hogy nem érzik már magukat sebezhetőnek, berzenkednek magától a szűrés folyamatától, jobban félnek a nem negatív teszteredmények következményeitől, vagy egyszerűen közömbösek a saját sorsuk iránt.

A ***társadalmi-gazdasági tényezők*** és az ***iskolázottság*** szerepe a részvételi aktivitásban ismert. Az alkalomszerűen szűrt népesség társadalmi-gazdasági összetételét a spontán kiválogatódás, a „szelekciós torzulás" jellemzi, ami azt jelenti, hogy a jobb gazdasági helyzetben élő, magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők jobban törődnek egészségükkel, nagyobb az esélyük „spontán" szűrésen részt venni, mint a hátrányos körülmények között élők. A szervezett szűrésbe az ő bevonásuk nem könnyű, ezért szükséges, hogy a **kommunikáció** a hátrányosabb helyzetűeket célzott üzenetekkel és módon vegye célba.

A felkínált szűrésre szóló **meghívólevél szelektíven** hat: az alacsonyabb társadalmi csoportok, a szegényebb sorsúak, alacsonyabb iskolai végzettségűek között, bizonyos etnikai csoportokban az optimálisnál alacsonyabb a meghívólevélre adott reakció. Az alacsonyabb társadalmi-gazdasági szinten élők gyakrabban térnek ki a meghívás elől. Ezek a tényezők nem közvetlenül hatnak a szűrés iránti

magatartásra, sokkal inkább az emberek általános tájékozottságát, tájékozódó képességét, szokásait, az egészségről, betegségről való ismereteiket, tévhiteiket, egészségtudatosságukat és a kockázatokkal szemben tanúsított viselkedésüket befolyásolják. Ezek az ismeretek, vagy az ismeretek hiánya határozza meg később az egyének igényeit, elvárásait egészségük védelmében, és hatnak később a szűrésben való részvételi szándék erősségére.

A szűrővizsgálatok elutasításának lehetséges okai között jelentős szerepet játszanak a **szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai**, úgymint a ráknak a köztudatban élő rettenetesen sötét képe, a rákkal kapcsolatos hitek és tévhitek, amelyek talán sötétebbek a valóságnál is. Szorongást éreznek, félnek a szűrővizsgálattól, mert nem tudják, hogy mit is jelent a nem negatív, „abnormális" lelet. Mások a vereséget előre elkönyvelő, defetista magatartásra hajlanak: félnek a „rossz hírtől". Úgy vélik: „Jobb nem tudni, hogy rákom van, hiszen úgysem lehet rajta segíteni!"

Összességében, a szociológusok a valódi okokat az egészséggel összefüggő emberi magatartásban, az ***„egészségkultúra" hiányosságaiban*** nevezik meg. Ezen változtatni az egészségnevelés feladata.

EGÉSZSÉGNEVELÉS A SZŰRÉS TÁMOGATÁSÁRA

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS A MEGELŐZÉS ESZKÖZE

A lakosság morbiditási, mortalitási adatait ismerve különösen nagy hangsúlyt kap a népesség egészségnevelése a rákmegelőzésben.

A rákot kiváltó, vagy keletkezését elősegítő tényezők megismertetése az emberekkel és annak a tudatosítása, hogy ki-ki sokat tehet a rák kockázatának csökkentéséért, régóta és mindmáig talán a leghatásosabb módja az elsődleges rákmegelőzésnek.

Az **„onkológiai éberség"-re nevelés**, az egyes betegségek gyanújeleinek és korai tüneteinek, valamint annak ismerete, hogy mi a teendő azok jelentkezésekor, kulcsfontosságú a kialakulóban lévő, vagy éppen kialakult rák idejében való felismerésében, kezelésében, így a súlyosabb következmények megelőzésében. Ahogy szaporodtak az életmóddal összefüggő rákkockázatot felderítő ismereteink (dohányzás, táplálkozás, alkohol, kövérség, mozgásszegény életmód, szexuális vi-

selkedés), úgy vált az egészségnevelés mind fontosabbá a rákmegelőzés fegyvertárában. Az **egészségnevelés** feladata: az egészségmegőrzés, az egészségvédelem, az egészségügyi szolgáltatások helyes használatát és a betegségmegelőzés szükségességét elfogadó magatartás kialakításának elősegítése. Célközönsége: a lakosság különböző korú, társadalmi helyzetű és műveltségű tagjai.

A lakosságszűrés eredményességét nagyban elősegíti a szűrés propagandája a veszélyeztetettnek minősülő, a szűrésbe bevonandó népesség körében. A s**zervezett egészségnevelés** a szervezett szűrőtevékenység fontos eleme.

A **„szűrési propaganda"** célja az, hogy az egészségnevelés, a tömegkommunikáció és a személyes ráhatás eszközeivel elősegítse a szervezett szűrés társadalmi elfogadottságát. Azt, hogy a céllakosság minél nagyobb hányada ismerje, igényelje és a tájékoztatáson alapuló személyes döntés alapján vegye igénybe a szűrés felkínált szolgáltatásait.

Az **egészségnevelés** egyik célkitűzése az, hogy igyekezzék javítani a népesség „egészségkultúráját". Ennek egyik megnyilvánulása az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak igénybevétele. A csak a jelen gondjaival és történéseivel elfoglalt emberek többségéből hiányzik a jövőre irányuló gondolkodásra való készség. Márpedig a ***szűrés a jövőre irányuló cselekvés***. E téren, a ***betegségmegelőzési viselkedésmód*** elsajátítása terén nagyon sok a tanulnivalója a magyar népességnek! Ez egy nagy kihívás a szűréssel összefüggő egészségnevelés számára.

AZ EURÓPAI RÁKELLENES „TÍZPARANCSOLAT"

Semmi nem illusztrálja jobban az elmondottakat, mint az Európai Unió „Európa a rák ellen" elnevezésű programjának rák elleni szabályrendszere, mintegy „Tízparancsolata", azaz az **Európai rákellenes kódex:**

Európai Rákellenes Tízparancsolat („European Code against Cancer")

1. Ne dohányozz!

2. Alkoholos italokat, bort és sört is, csak mértékkel fogyassz!

3. Óvakodj a túlzott napozástól!

4. Tartsd be munkahelyeden a munkavédelmi előírásokat!

5. Egyél sok friss gyümölcsöt, zöldségféléket és rostban gazdag ételeket!

6. Óvakodj az elhízástól! Kerüld a zsíros ételeket!

7. Fordulj orvoshoz, ha valahol csomót tapintasz, ha észreveszed, hogy régi anyajegyed „megmozdult", vagy rendellenes vérzés támad!

8. Fordulj orvoshoz, ha valamilyen elhúzódó problémát észlelsz, mint amilyen a hosszan tartó köhögés, vagy rekedtség, bélműködési szokások megváltozása, vagy váratlan súlyveszteség!

9. Rendszeresen járj méhnyakszűrésre!

10. Ellenőrizd rendszeresen az emlőidet, és ha 50 éves elmúltál, fogadd el a felkínált mammográfiás vizsgálatot!

/Forrás: Commission of European Communities „Europe against cancer" Program/

Az ajánlás tudományosan megalapozott, egyszerű, pozitívan fogalmazott irányelveket ad a „nagyközönségnek" arra nézve, hogyan lehet a rák (és néhány más nem fertőző krónikus betegség) keletkezését vagy halálos kimenetelét megelőzni, elsősorban a helyes életmóddal. Figyelmeztet a rák korai jeleire, tüneteire, ezzel együtt a bizonyítottan hatásos szűrővizsgálatok igénybevételére buzdít.

AZ ÜZENET

Az egészségnevelés feladata az, hogy a szűrővizsgálatok társadalmi elfogadását elősegítse, az erre szolgáló üzenetet juttassa el a célzott lakosságcsoportokhoz. Feladata az, hogy

- javítsa a ráknak a társadalomban rögzült, nyomasztóan kedvezőtlen képét és **korrigálja a téves felfogásokat** és hiedelmeket. Vegye fel a harcot a rákkal szembeni vereséget előre elkönyvelő magatartás ellen.
- **tudatosítsa** a rák korai felismerésének és korai kezelésének előnyeit, és a **szűrővizsgálat kulcsszerepét** ebben. Azt, hogy éppen a tünetmentesség indokolja a részvételt a szűrővizsgálaton. Érveljen a „Miért mennék, hiszen nincs

semmi bajom?", „Nem hiszem, hogy a szűrés megvéd a ráktól", „Miért keressem a bajt magamnak?"," Jobb, ha nem tudom, hogy rákom van!" „Ha már megkaptam, úgysem lehet meggyógyítani!" típusú érvelésekkel szemben.

- **motiválja a lakosságot** arra, hogy éljenek a szűrővizsgálat felkínált lehetőségével.
- **ismertesse meg** a szűrésre jogosultakkal a **szűrővizsgálat folyamatát** és az esetleges további, tisztázó vizsgálatok mibenlétét. Adjon tájékoztatást a vizsgálat előnyeiről, korlátairól és esetleges nemkívánatos orvosi és lélektani mellékhatásairól.

CÉLCSOPORTOK

Az üzenet megfogalmazása alkalmazkodjék a célba vett lakosságcsoportokhoz. Vegye tekintetbe a célcsoportok különféleségét szociológiai, gazdasági, kulturális szempontból. Hangszerelje az üzenetet a céllakosság területi, életkor, foglalkozás, vagyoni helyzet és iskolázottság szerinti különbözőségének megfelelően. Fordítson különös figyelmet a fokozott mértékben veszélyeztetett, hátrányos helyzetben lévő csoportokra, például a rossz anyagi helyzetben lévőkre, idősekre, etnikai kisebbségekre.

ÜZENETHORDOZÓK

Jól válassza meg az üzenethordozókat és a terjesztési csatornákat. Ezek lehetnek ismeretterjesztő, információközlő füzetek, szórólapok, kültéri vagy háziorvosi rendelőkben, gyógyszertárakban, munkahelyeken, fodrásznál, élelmiszer-üzletekben elhelyezett plakátok, és a különféle médiumok által nyújtott nyilvánosság. Óvatosan szólítsa meg azokat a lakosságcsoportokat, akik számára a szervezett szűrési szolgáltatások még nem elérhetők. Ne keltsen olyan igényeket, amelyek kielégítésére – helyi okokból – még nincs lehetőség; ez káros visszahatást eredményezhet.

AZ EGÉSZSÉGNEVELŐK FELELŐSSÉGE

Az egészségnevelési szakemberek és programok feladata az is, hogy a maguk eszközeivel igyekezzenek kedvezőbbé formálni a rákbetegségnek a köztudatban

kialakult és rögzült, jelenleg az indokoltnál is kedvezőtlenebb képét. Továbbá célja, hogy a valósághoz közelítse a kockázati tényezők elkerülhetőségére vonatkozóan a közfelfogásban élő helytelen hiedelmeket és nézeteket, és igyekezzenek változtatni az embereknek a rákkal szembeni eltúlzott, a vereséget előre elkönyvelő magatartásán.

A SZOLGÁLTATÓK FELELŐSSÉGE

A jó munkaszervezés és a szakmai munka minőségének biztosítása a szolgáltatók felelőssége, csakúgy, mint a jó kommunikáció a résztvevővel: a szűrővizsgálat előtti, alatti és utáni felvilágosítás, információ szolgáltatás és tanácsadás, valamint a szűrés eredményére való – elkerülhetetlen – várakozási idő minimumra szorítása.

KOMMUNIKÁCIÓS TECHNIKÁK

A vastagbélszűréssel kapcsolatos személyes tájékoztatás az alapellátásban dolgozókra a következő tájékoztatási feladatokat rója:

- el kell mondani a páciensnek, hogy a székletbeli rejtett vér kimutatása egy olyan szűrővizsgálat, amellyel egy elváltozás, betegség időben felfedezhető, lehetőséget adva arra, hogy az kezelhető legyen;
- ismertetik a szűrésben résztvevőkkel a székletvér vizsgálathoz használatos eszközök használatának mikéntjét; ezt szolgálja az eszközökhöz mellékelt „használati utasítás”, ám fontos lehet az eszközök átadásakor nyújtott szóbeli tájékoztatás, a kérdésekre adott válaszadás is;
- a vizsgálati eredményekről elektronikusan a központi laboratórium útján értesülnek;
- a negatív eredményeket is közlik a vizsgált személlyel, mert a szűrővizsgálat elsődleges célja a megnyugtatás; illetve fel kell hívni a páciensek figyelmét arra, hogy mint minden szűrővizsgálat, a székletbeli rejtett vér kimutatása is csak egy adott időszakra vonatkozóan ad információt a páciens egészségi állapotáról, tehát fontos, hogy a páciens éber legyen a gyanús tünetekkel szemben, és ezek észlelésekor haladéktalanul forduljon szakemberhez;

- a nem negatív leletről, megfelelő körültekintéssel, szóban kell tájékoztatni a pácienst, elmondva, hogy a nem negatív lelet a rosszindulatúság felmerült gyanúját jelenti, aminek kizárása, vagy megerősítése érdekében további (kolonoszkópos) vizsgáltra van szükség. Ismertetik a kolonoszkópos vizsgálatra való előkészületet, majd magának a vizsgálatnak a mibenlétét; gondoskodnak a beutalásról; tájékozódnak a kolonoszkópos vizsgálat eredményéről, és szükség esetén részt vállalnak a betegellátásból;
- segítséget nyújtanak a nemkívánatos lélektani mellékhatások mérsékléséhez; a szűrési folyamat és tájékoztatás komplexitása ugyanis aggodalmat kelthet a vizsgálandó személyben.

KOMMUNIKÁCIÓT TÁMOGATÓ ESZKÖZÖK

SZÓRÓLAPOK, PLAKÁT

A programban minden szűrendő a meghívólevéllel együtt egy tájékoztató szóróanyagot kap a vastagbélszűrés céljáról, módjáról, annak kivitelezéséről. Eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a méhnyak- és emlőszűrés által már „érzékenyített” nők válaszadása a vastagbélszűrésre szóló meghívásra meghaladja a férfiakét. A program figyelemfelhívó, szűrésre ösztönző plakátokat biztosít a szűrésben résztvevő háziorvosok számára.

TÁJÉKOZTATÁSRA FELHASZNÁLHATÓ INFORMÁCIÓS TECHNOLÓGIÁK

Ez a gyűjtőfogalom magába foglalja az internet, a rádió és a televízió, valamint a telefon használatát a toborzásra. Az elektronikus eszközök felhasználhatók arra is, hogy mind a szolgáltatót, mind a vizsgálandó személyt emlékeztesse a szűrés esedékességére. Telefonhívással emlékeztetni lehet a meghívottakat, ezzel nyomatékosíthatja az írásbeli meghívólevelet.

A TÖMEGKOMMUNIKÁCIÓ SZEREPE

A tömegkommunikáció a televízió, a rádió és az írott sajtó útján, különösen az ismert személyek szerepeltetésével, növelheti a lakossági részvételt a szűrésen; alkalmas a közfigyelem felkeltésére.

Összefoglalás

CRC szűrés kulcsüzeneti I. – a szűrés előtt

- A szűrés ingyenes, nem fájdalmas
- A vastagbélrák időben felismerve gyógyítható
- A szűrésre használt teszt kellően megbízható

CRC szűrés kulcsüzenetei II. – negatív eredmény

- A szűrésre 2 évenként szükség van
- Ha időközben panaszok jelentkeznek, vagy tünetek mutatkoznak, haladéktalanul jelentkezzék vizsgálatra háziorvosánál
- Mesélje el pozitív tapasztalatait környezetében is, különösen akkor, ha ismer olyat, aki szintén kapott meghívót

CRC szűrés kulcsüzenetei III. – nem negatív eredmény

- A további, alapos kivizsgálás segíthet kideríteni, hogy mi a valós helyzet
- Lehetséges, hogy egy súlyos betegséget sikerül megelőzni. Éppen ez a szűrés célja

Fontos, hogy az üzenetek közvetítésénél, a pácienssel való kommunikációban az orvosi szakzsargont, a latin kifejezéseket tudatosan kerüljük! Az egyszerű, közérthető fogalmazás kulcsfontosságú ahhoz, hogy a szűrésre meghívottak megértsék az információkat, sőt ahhoz is, hogy ezeket környezetükben is tovább adhassák.

Elengedhetetlen, hogy a szűrésre meghívott ismerje az egyes lépéseket, tudja, hogy mi történik, és azt is, hogy mit kell tennie. Olyan egyszerű kérdések merülhetnek fel, mint például:

- Mikor ehetek utoljára a mintavétel előtt?
- Mit ehetek a mintavétel előtt?
- Mikor vegyek mintát?
- Milyen mennyiségű mintára van szükség?
- Hol tároljam a levett mintát?
- A mintavétel után milyen gyorsan kell leadnom?

- Hol kell leadnom?
- Mikor lesz eredmény?
- Milyen módon értesítenek?

A szűrésre hívottakkal való kommunikációt egy, a www.antsz.hu portálon működő aloldal segíti. A gyakran felmerülő kérdések gyűjteménye, a tájékoztató anyagok feltöltése, frissítése folyamatos. Az internetes oldal nem csak a szakmai információáramlást, hanem a lakossági tájékoztatást is szolgálja.

Az elmondottakat összefoglaló kommunikációs technikák célja az, hogy útmutatást adjon a háziorvosi praxis szakembereinek ahhoz, hogyan segítsék a szűrővizsgálatra meghívottakat a tájékoztatáson alapuló kedvező döntés meghozatalában, valamint tájékoztatást nyújtson a vizsgálat lefolyásának mikéntjéről, a negatív és nem negatív leletek jelentéséről és jelentőségéről, és ezen keresztül növelje a lakossági részvételt a szűrővizsgálaton.

III. SZŰRÉSI INFORMATIKAI RENDSZER OSZRCOMM MODUL

A továbbképzés céljai

A továbbképzés átfogó célja, hogy a résztvevőknek rálátást biztosítson a vastagbélszűréssel kapcsolatos folyamatokra, illetve az informatikai rendszer által nyújtott támogató funkciókat bemutassa. A képzés során áttekintjük a rendszer használatához szükséges előfeltételeket, illetve a háziorvosok számára hozzáférhető OSZRComm modul használatát.

Az OSZR rendszer működése

A szűrés ismertetése

A betegség korai felismerésének az eszköze - a szűrővizsgálat - arra irányul, hogy beavatkozzék a betegség természetes fejlődésmenetébe, megszakítsa a betegség kialakulásának folyamatát, elejét vegye teljes kibontakozásának, ilyen módon az invazív, az áttétképző daganatának is. Az úgynevezett preklinikai kimutathatóság szakaszában tünet és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata a definíció szerinti szűrővizsgálat. A szervezett lakosságszűrési modell az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő, népes lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott szűrési programja.

A szűrés elemei

Az ÁNTSZ a szervezett lakosságszűrési modellt alkalmazza a népegészségügyi program keretein belül, melynek elemei:

- a szűrési program területileg szervezett lakosságszűrés útján meghatározott közigazgatási egységekben (kerület, város, megye, háziorvos ellátási körzet) valósul meg;

- a céllakosság nem csak lélekszám szerint meghatározott, hanem azon belül a szűrésre jogosult személyek egyénileg is azonosíthatók;
- a szakterület mai állását tükröző ajánlások alapján készült szakmai protokoll szabályozza a szűrővizsgálatban résztvevők körét:
  - a szűrésre kerülők nemét;
  - korcsoportját, azaz azt az életkort, amelyben a szűrést el kell kezdeni, és amelyben már szükségtelen folytatni;
  - valamint a szűrővizsgálatok megismétlésének gyakoriságát, azaz a szűrés és újra-szűrés közötti intervallumot;
- személyre szóló behívási, visszahívási, követési rendszer működése biztosítja a szűrésre jogosultak magas részvételi arányát; a szűrővizsgálatra jogosultakat névre szóló, személyes hangú levél útján hívják meg;
- a Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályok a központi adatbázisból az informatikai rendszer segítségével a saját közigazgatási egységeikhez kapcsolódóan kezelik:
  - a személyes meghívás alapjául szolgáló lakosságlistát, azaz a területen lakó összes, veszélyeztetettnek minősülő, tehát szűrővizsgálatra jogosult személy név- és címjegyzékét és azonosító adatait;
  - a megjelenési és eredmény listát, azaz a szűrésben részesült személyekről készült listát a szűrés eredményével kiegészítve;
  - a különbség-listát, amely lehetővé teszi a meghívott, de meg nem jelent személyek névszerinti azonosítását.
- a szűrővizsgálat elvégzéséhez szűrőállomások, azaz a szükséges szaktudással rendelkező, megfelelő berendezéseket üzemeltető szolgáltató egységek biztosítottak;
- a szűrési tevékenység illeszkedik az egészségügyi ellátórendszerhez. A nem negatív eredményt adó esetekben a szűrőállomással együttműködő szakellátási egységek (gastroenterológia, radiológia, nőgyógyászat, endoszkópia, sebészet, citológia és patológia) – a háziorvosi szolgálattal összehangoltan – biztosítja a tisztázó vizsgálatok elvégzését, a kezelést és a betegkövetést.

A lakosságlista

A lakosságlista a célzott korcsoportok egyedeit tartalmazza.

A személyes meghíváson alapuló lakosságszűrés alapfeltétele a teljes és pontos területi lakosságlista. Ennek érdekében a Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályoknak rendszeres időnként értesülnie kell a területet érintő migrációról, az elhalálozásokról.

Az adatáramlásban biztosítani kell a szervezett szűréseknek és az egyéb, kapcsolódó vizsgálatok részeként megvalósuló alkalomszerű szűrővizsgálatoknak az összhangját. El kell kerülni a célbetegségben szenvedők szűrésre hívását.

A lakosságlista alapvető forrása az OEP TAJ nyilvántartása. A lakosságlistát az informatikai rendszer havonta frissíti.

A megjelenési lista

A megjelenési lista tartalmazza a szűrésen megjelent személyek azonosítóját a szűrés eredményével negatív/nem negatív jelzéssel. A megjelenési listák elsődleges adatforrásai a szűrőállomások.

A megbetegedési lista

A megbetegedési lista tartalmazza a bizonyítottan rákos megbetegedésben szenvedő személyek azonosítóját szűréstípusokra vonatkozóan. A lista elsődleges adatforrása a Rákregiszter, amely a minőségbiztosítási szempontból kérdéses esetekben egyedi megkeresésre részletes információt ad a betegről.

A szűrési rendszer környezete

Szervezeti környezet, szereplők

- **OEP**

  Az OEP TAJ adatbázisa a szűrési rendszer lakosság adatainak szolgáltatója. Az OEP szolgáltatja a szűrések szervezéséhez szükséges háziorvos listát is. Ezek az adatok képezik a behívó/visszahívó alrendszer alapját.

- **OSZR**

  Az ÁNTSZ részéről a rendszerben szerepet játszanak a következő munkatársak:

Országos szűrési koordinátor és asszisztensei
Országos Értékelő és Ellenőrző Bizottság
Megyei és fővárosi szűrési koordinátorok asszisztenseikkel
Számítástechnikai szakszemélyzet

- **Rákregiszter**

  A Rákregiszter szolgáltatja a bizonyítottan rákos esetek adatai alapján származtatott hibalistákat, ami a minőségbiztosítási feladatok ellátásának alapja.

- **Háziorvosok**

  A háziorvosok minden népegészségügyi célú szűrésről értesítést kapnak. Tevőleges szerepet azonban csak a vastagbélrák szűrésben játszanak.

- **Szűrőállomások**

  Szűrőállomás gyűjtőnéven foglaljuk össze a szűrést végző egyedhalmazokat:
  - Mammográfiás szűrőállomás az emlő szűrés esetében;
  - Védőnő – citológiai laboratórium a méhnyak szűrés esetében;
  - Nőgyógyászok – Magánrendelés is jelentésre kötelezett;
  - Háziorvos – diagnosztikai laboratórium a vastagbél szűrés esetében;

- **Diagnosztikus és terápiás intézmények**

  Mindazon fent fel nem sorolt intézmény, mely a nem negatív esetekben a további diagnózist és / vagy kezelést végzi.

- **Lakosság**

  A lakosságlistából a szűrési szempontok alapján kiválasztott vizsgálandó egyedek.

AZ INFORMATIKAI RENDSZER KOMPONENSEI

BEHÍVÓ-VISSZAHÍVÓ RENDSZER

Az alrendszernek a feladata a Területi Koordinátorok tervező munkájának a segítése, valamint annak biztosítása, hogy minden szűrésre jogosult állampolgár a megfelelő időközönként behívásra kerüljön. Ezen belül:

- A külső adatszolgáltatóktól kapott információk alapján képes szűréstípusonként a lakossági adatbázis felépítésére, és folyamatos frissítésére;

- A lakossági adatbázis alapján végzi a szűréstípusokra meghatározott algoritmusok szerint a lakossági behívást;
- Rendszeresen ellenőrzi a megjelenést, szükség esetén megismétli a behívást;
- Szűréstípusonként a megfelelő periódus elteltével visszahívja a lakosokat;
- Képes egyénileg és különféle csoportosítások (települések, háziorvosok, kor) alapján is kezelni a lakossági adatokat;
- Lehetőséget ad a koordinátorok és a háziorvosok számára a lakosok adatainak pontosítására (behívhatóság és lakcímadatok tekintetében);
- Nyilvántartja és kezeli a szűrési algoritmusok alkalmazásához szükséges kapacitás adatokat;
- Nyilvántartja és kezeli a közigazgatási egységekkel nem minden esetben egyező szűrési területek felosztását;
- Támogatja a behívó levelek nyomtatását;

OSZRCOMM MODUL

Minden behívásról, megjelenésről és eredményről értesíti a háziorvost;
Regisztrálja a szűrés megtörténtét, illetve a szűrési eredményeket;
Kommunikál a szűrésekhez kapcsolódó informatikai rendszerekkel;
Lehetővé teszi a szűrési szereplők számára az egyedi szűrési eseményekhez kapcsolódó adatszolgáltatást;

SZŰRÉS – MICROSITE

A szűrésekhez kapcsolódó microsite kettős feladatot lát el a rendszerben, info-kommunikációs eszközként a lakosság és a szűrési folyamatok résztvevőinek tájékoztatását szolgálja, valamint lehetőséget ad a szűrésben részvevő szakmai szereplők belső kommunikációjához, a szakmai anyagok elsőszámú publikációs helye.

A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER

A szűrőállomások a teljesítményértékelésről meghatározott időszakonként és módon jelentést készítenek, és küldenek az ÁNTSZ Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályra, amit az továbbít az országos szintre, ahol az Országos Ér-

tékelő és Ellenőrző Bizottság a területi szűrőprogramok összességének eredményességének értékelését végzi. Ezek a jelentések azonban nem képesek a tévesen diagnosztizált eseteket, illetve két vizsgálat közötti a korábbi szűrésen negatívnak véleményezett, később diagnosztizált rákos eseteket, az ún. intervallum-rákokat jelezni.

Az intervallum-rákoknak két csoportját különböztetjük meg:

- a tévesen negatív szűrővizsgálati eredmények, azaz a korábbi szűrővizsgálat alkalmával készült székletminták utánvizsgálata során olyan elváltozásra utaló jeleket talál az utánvizsgáló, amelyeket az eredeti vizsgálat alkalmával vagy nem vettek észre, vagy észrevettek, de nem ráknak véleményezték;
- valódi intervallum-rákok száma, azaz olyan intervallum-rákos esetek, amelyekben a korábbi szűrővizsgálat alkalmával készült székletminták gondos utánvizsgálata során rákra utaló jeleket nem talál az utánvizsgáló, ezért feltételezhető, hogy a klinikailag felfedetett vastag- ill. végbélrák a korábban elvégzett szűrővizsgálatot követően fejlődött ki.

Az intervallum-rákok felismeréséhez nem elég a „szűrőn fennakadtak” követése, minden egyes szövettanilag vastag- ill. végbélráknak diagnosztizált eset szövettani leletét ismerni kell. Ezek az esetek a Rákregiszter rendszeres adatszolgáltatásából előtérbe kerülnek, és egyedi vizsgálatuk elvégezhető a vonatkozó adatkezelési engedélyek beszerzése után.

A szűrési nyilvántartóban minden egyes szűrővizsgálatban részesült személy azonosító és vizsgálati adatai tárolva vannak; ez lehetőséget ad arra, hogy a Rákregiszter rendszere a szövettanilag igazolt rákos esetekben a kapott adatokat összevesse a nyilvántartott személyek „szűrési előéletével” azt megállapítandó:

- A rákosnak bizonyult személyt korábban meghívták-e szűrővizsgálatra?
- Részt vett-e szűrővizsgálaton?
- Ha igen, milyen eredménnyel?

Ezek a szűrőprogram eredményességének értékelése számára nélkülözhetetlen információk, melyet az információs rendszer folyamatosan szolgáltat a minőségbiztosítás működtetéséhez.

Kolorektális szűrés

A szűrés menete

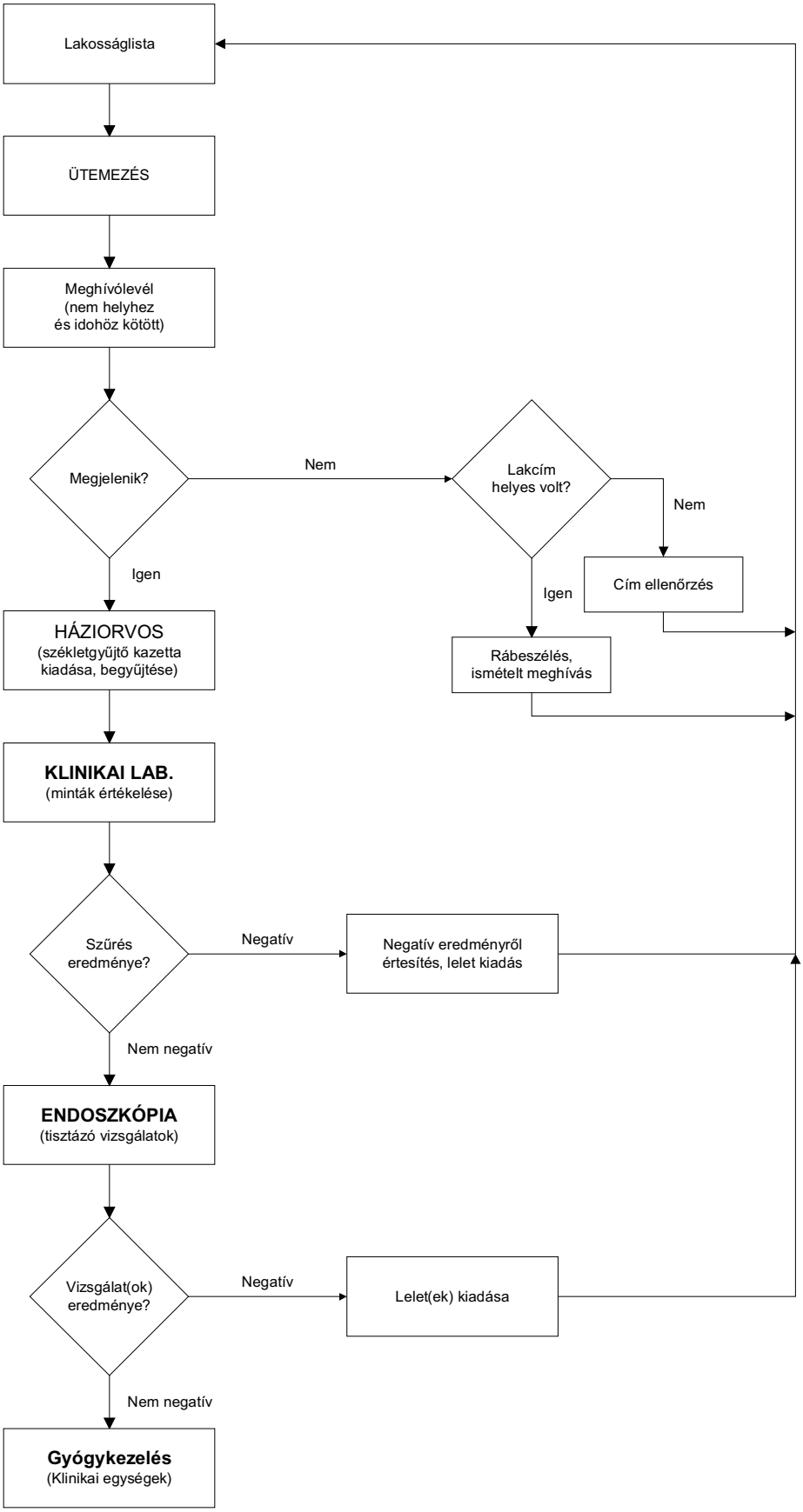
A lakosságlista és háziorvosi lista a célzott korosztályra havonta megérkezik az OEP-től az ÁNTSZ Országos Onkológia Szűrési Koordinációs Osztályon működő Központi Szűrési Nyilvántartójába. Az adatok feldolgozása után a Területi Onkológiai Szűrési Koordinációs Osztályok elkészítik a szűrési listákat. A szűrési folyamat első lépése a székletbeli rejtett vér kimutatása a székletmintából.

A meghívás (háziorvosnál való megjelenés, székletgyűjtő kazetta átvétele) nem konkrét időre, de meghatározott helyre szól, ezért nincs szükség pontos kapacitás allokációra, ám tájékoztatni kell az érintett terület háziorvosait (valamint biztosítani kell számukra a székletgyűjtő kazettákat). Nem kell (nem is lehet) tájékoztatni a szűrést végző laboratóriumot a meghívottakról.

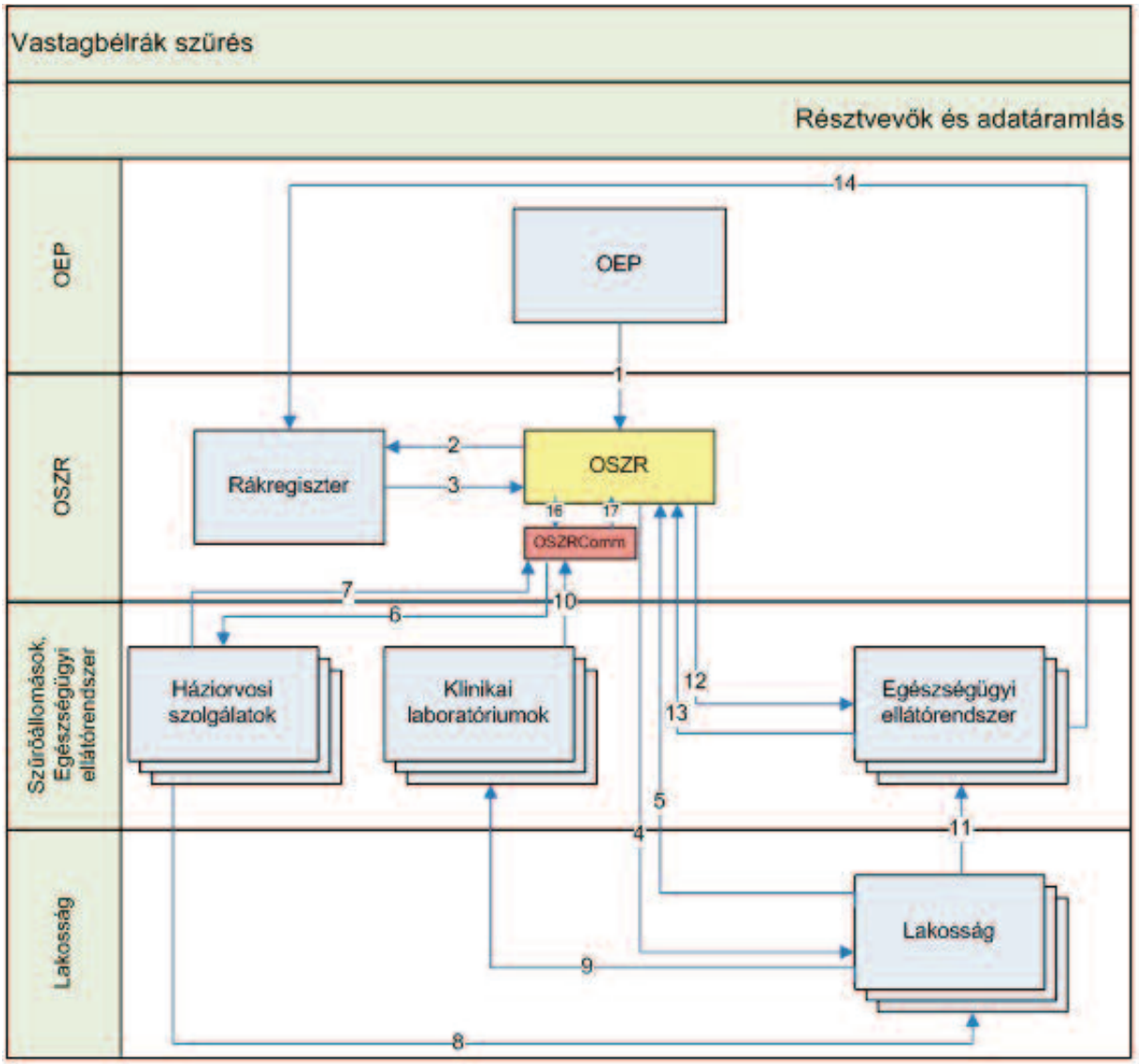
A szűrés során a következő tevékenységek elvégzésére kerül sor:

- Háziorvos feladata:
  - székletgyűjtő kazetták kiadása;
  - a laboratóriumból visszaérkező eredmény közvetítése a páciens felé;
  - nem negatív esetben továbbirányítás az egészségügybe;
  - a szűrt lakosokhoz kapcsolódó a szűrési tevékenység folyamatos adminisztrálása/jelentése az informatikai rendszerben;
- Laboratórium:
  - székletminta értékelése;
  - statisztikai jelentések, megjelenések és eredmények küldése a Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályoknak;

1. ábra **A kolorektális szűrés folyamata**



RÉSZTVEVŐK ÉS ADATÁRAMLÁS



1. Lakosságlista és háziorvos adatok gyakorisággal minden lakosra;
2. Adatszolgáltatási kérelem a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó (negyedéves szűrési listák) esetekről;
3. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
4. Behívó levelek kiküldése a lakosságnak, szűrés szervezés;
5. Lakossági jelentkezések szűrésre, szervezéssel kapcsolatos visszajelzések;
6. Háziorvos értesítése a meghívó levelekről, illetve vizsgálati eredményekről;
7. Adat aktualizálás (lakcím, szűrési hívhatóság) az OSZR adatbázisban;
8. Mintavételi eszköz kiadása, vizsgálati eredmény küldése;
9. Minta elküldése;
10. Vizsgálati eredmény küldése;

11. Nem negatív esetek további vizsgálata az ellátórendszerben;
12. Adatszolgáltatási kérelem a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
13. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálandó esetekről;
14. Adatszolgáltatás a rákregiszter számára a rákos esetekről;
15. Megjelenések, szűrési eredmények, statisztikai adatok szolgáltatása;
16. Behívási listák és törzsadatok szolgáltatása OSZRComm számára;
17. Szűrés történet feldolgozása OSZRComm adatok alapján;

A TERÜLETI ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI KOORDINÁLÁSI OSZTÁLYOK ÁLTAL VÉGZETT SZŰRÉS-SPECIFIKUS TEVÉKENYSÉG

A Területi Onkológiai Szűrési Koordinálási Osztályok a lakosságlistából a területen dolgozó klinikai laboratóriumok kapacitásának és munkarendjének figyelembevételével, valamint a székletgyűjtő kazettákkal való ellátottság függvényében készítik el meghívóleveleket, amelyeket az OSZRComm modul segítségével nyomtatnak, majd postáznak.

AZ OSZRCOMM MODUL MŰKÖDÉSE

BEJELENTKEZÉS

Szerepkörök: mindenki

A kezdő címen a bejelentkezés oldal nyílik meg. A különböző szerepkörű felhasználók az alábbi azonosítókat használják:

- háziorovos: „dr” + körpecsét szám

A felhasználók kezdeti jelszava a regisztrációkor megadott. Amennyiben nem emlékszik a jelszavára, vagy többszöri sikertelen bejelentkezési kísérlet után vegye fel a kapcsolatot az alkalmazásért felelős személlyel.

KI VAGYOK ÉN ÉS KIJELENTKEZÉS

Szerepkörök: mindenki

A saját adataimat megjeleníteni, valamint az alkalmazásból kijelentkezni a jobb felső sarokban levő felhasználói azonosítóra kattintással lehet. A megjelenő menüben látható a teljes név és cím, valamint a Kijelentkezés menüpont.

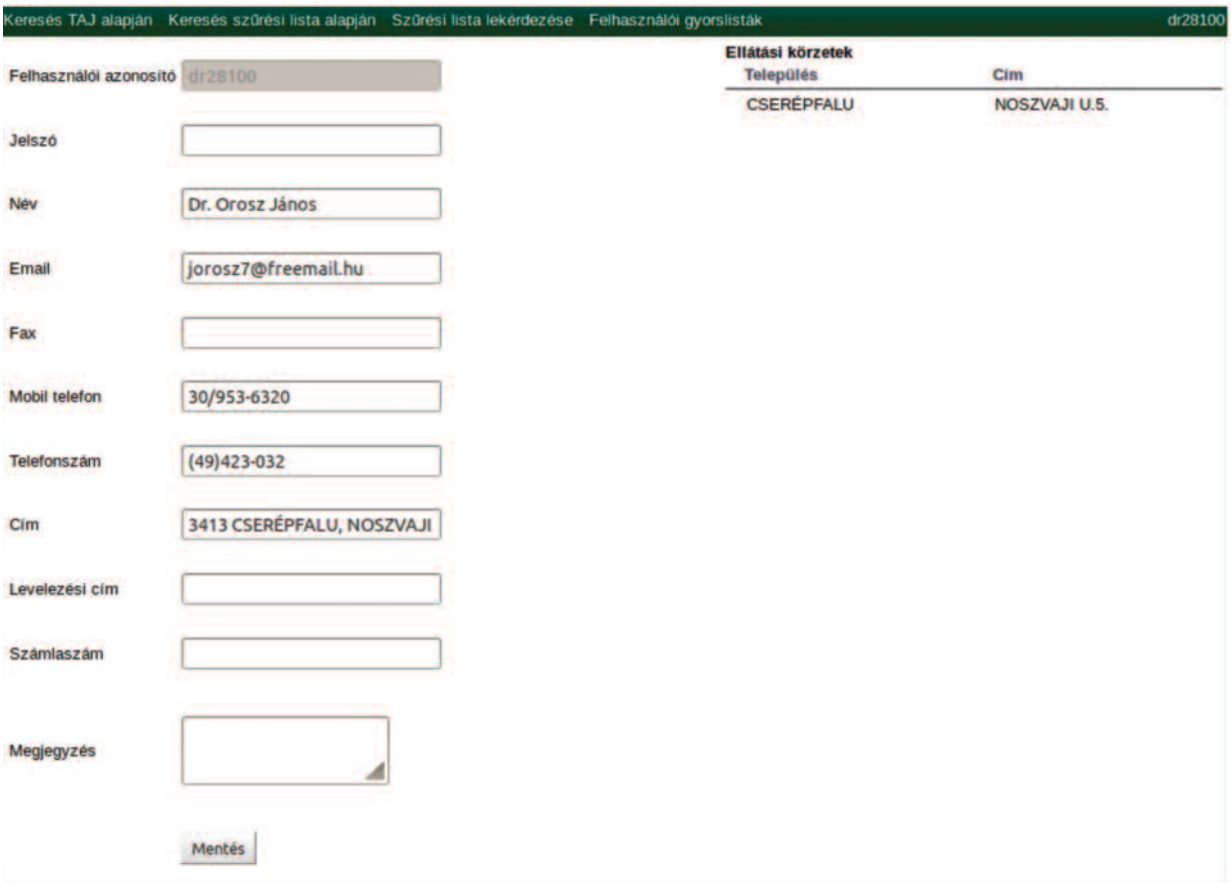
Kijelentkezés után ismét a bejelentkező oldal nyílik meg. Soha ne hagyja felügyelet nélkül az alkalmazást, amíg be van jelentkezve!

SAJÁT ADATOK MEGVÁLTOZTATÁSA

Szerepkörök: mindenki

A jobb felső sarokban levő felhasználói azonosítóra kattintás után a megjelenő menüben ki kell választani a nevet. Ezután megjelennek a személyes adatok, amelyeket a felhasználói azonosító kivételével meg lehet változtatni. Az ellátási körzetek listája nem szerkeszthető, ezek csak tájékoztatás céljából szerepelnek.

A Mentés gombbal a változások elmenthetők. A fő képernyőre visszatérni a menüsávban található menüpontra való kattintással lehet.



SZŰRÉSI LISTA KEZELÉS

Szerepkörök: háziorvos

Bejelentkezés után a felhasználó a szűrési lista kezelő oldalra kerül. Itt megtekintheti a hozzá rendelt szűrési listákat a készítésük sorrendjében. Amennyiben a Háziorvosnak több rendelője is van, akkor a fent baloldali legördülő listából választhatja ki az aktuálisat. A szűréslisták ablakrészben mindig csak azok a szűréslisták láthatók, amelyek a látható (kiválasztott) tanácsadóhoz tartoznak.

A szűréslisták ablakrészben a szűrési listára kattintva a képernyő alsó részén megjelennek a szűrési listába sorolt lakosok adatai.

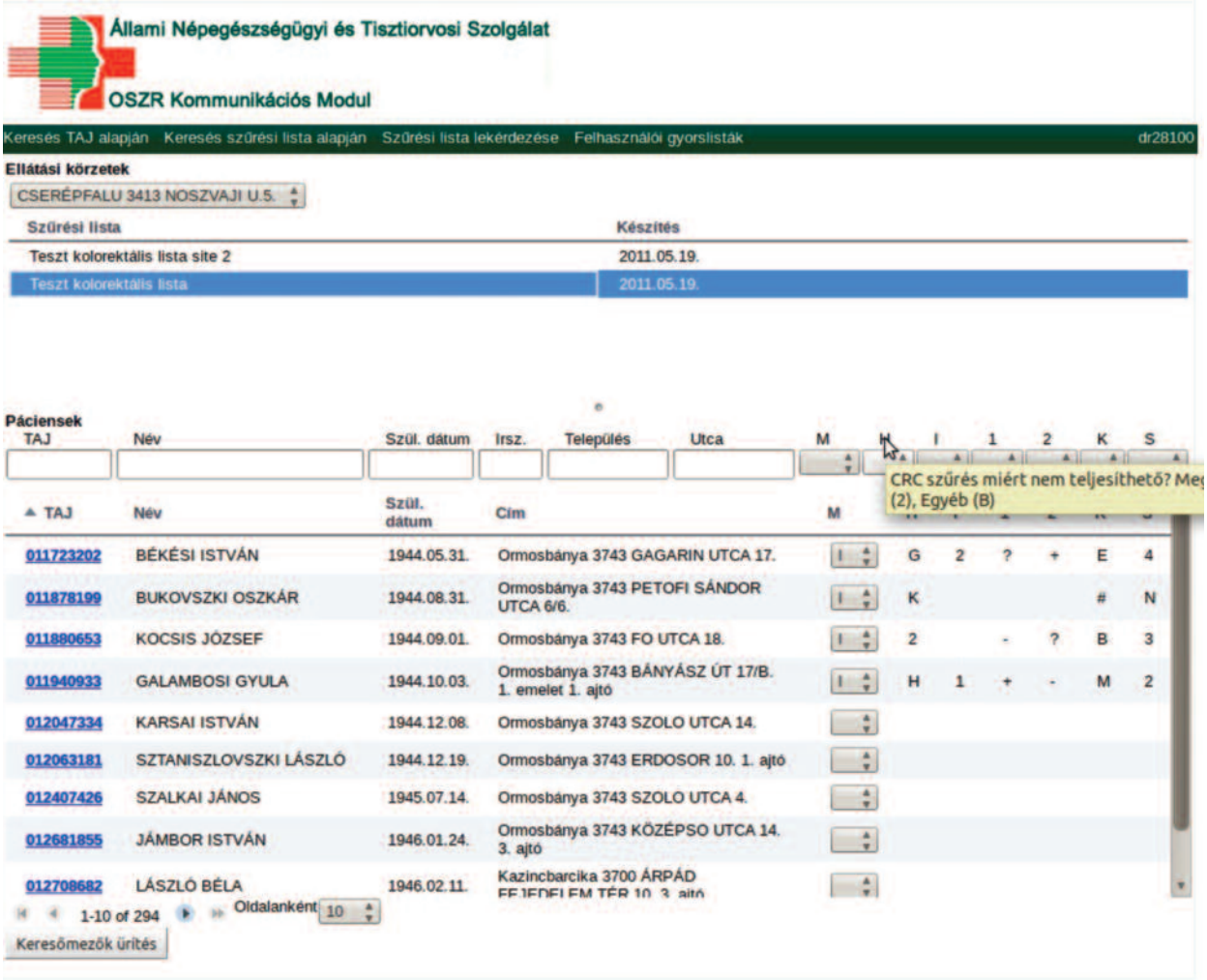
A szűréslisták és a lakosok listája közötti pontot megragadva a két terület nagysága tetszőlegesen beállítható.

Kezdetben a lakosok listáján be kell jelölni, hogy kik azok a lakosok, akikkel a Háziorvos a későbbiekben foglalkozni óhajt. Ezt a lista M oszlopában található legördülő lista megfelelő beállításával jelölheti be:

I = hozzám tartozik, meghívólevél igénylése
N = hozzám tartozik, de meghívólevél nem lehetséges
üres = nem hozzám tartozik

A páciensek listája rendezhető TAJ, név, születési dátum és cím szerint, a megfelelő adatoszlop fejlécére kattintva. Az utcalistát a felhasználó a cím szerinti rendezéssel kapja meg. A lista lapozható az alján található gombok segítségével. A páciens lista kereshető a fölötte található keresőmezők segítségével. A keresőkifejezéseknél az „és” elv érvényesül, tehát több mező kitöltése esetén mindegyik feltételnek érvényesülnie kell. A keresőfeltételek az adott mezőben bárhol előforduló karaktersorra keresnek, a kis- és nagybetűk nem számítanak, az ékezetek igen.

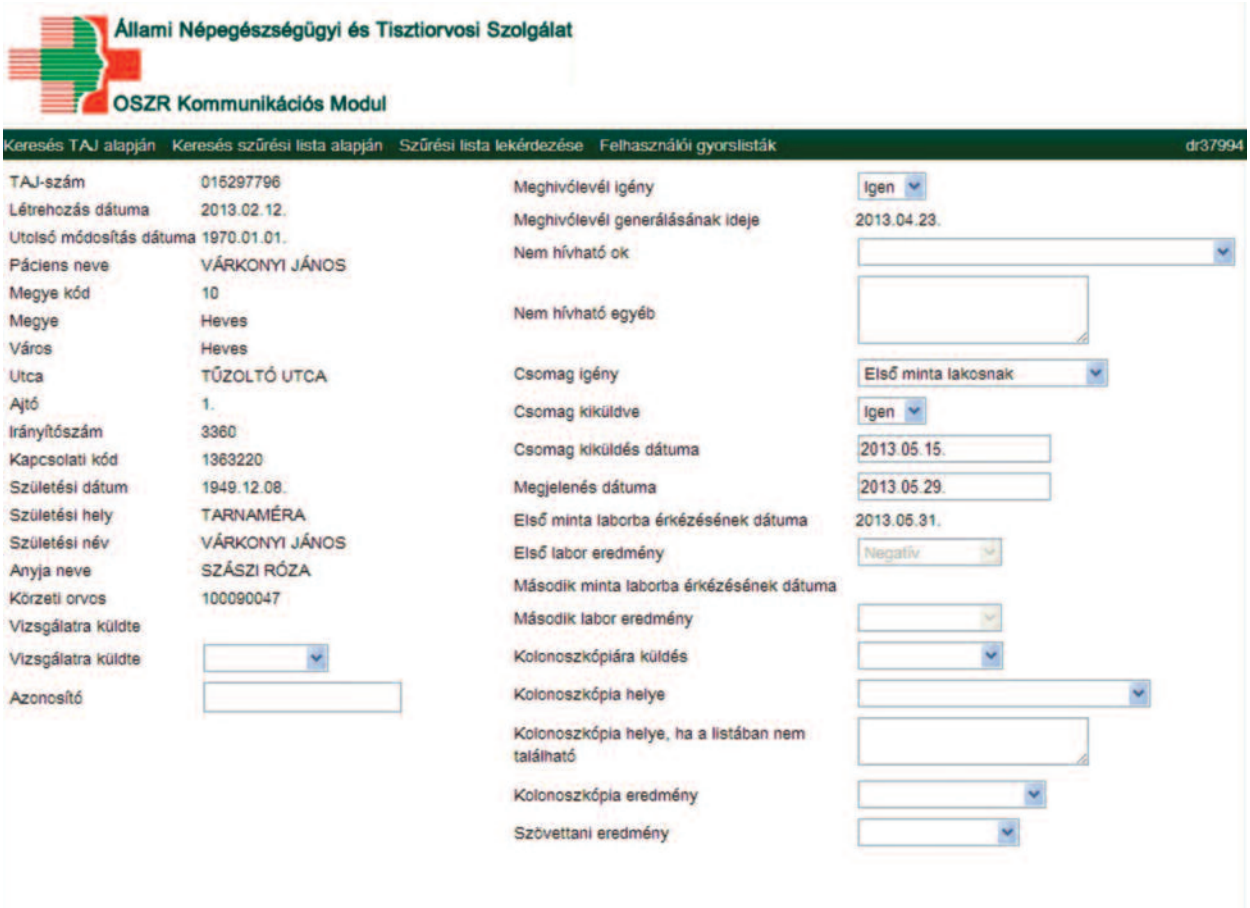
A keresőmezők jobb oldalán levő legördülő listák segítségével a már megszűrt, adattal feltöltött lakosokra lehet keresni. Helyszűke miatt az oszlopok csak kóddal vannak jelölve. Az egérmutatóval az oszlopok fejléce fölé navigálva megjelenik a segítség a kódok értelmezéséhez. A lista alatti lapozóval lehet az oldalakat váltani, ugyanitt beállítható az oldalanként megjelenített lakosok száma. A lapozó alatt található Keresőmezők ürítés gombbal a keresés alapállapotba áll és újra a teljes lista látszik.



ADATOK FELVITELE, MEGTEKINTÉSE

Szerepkörök: háziorvos

A páciens M oszlopának beállítása után a TAJ számra kattintva megnyílik a szűrési adatok felvitele képernyő. A képernyő bal oldalán a páciens adatai találhatók, a jobb oldalán a szűrési adatokat, valamint az interjúra adott válaszokat lehet felvinni. A dátum mezőkre kattintva egy dátum kiválasztó ablak jelenik meg. A Mentés gombbal az adatok elmenthetők, a Vissza gombbal visszalép a lista oldalra.



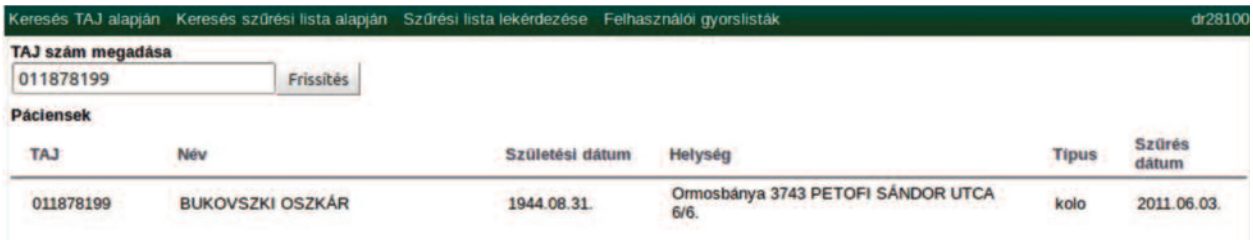
Laborkérő letöltése

A laborkérő letöltése gombra kattintva a rendszer pdf dokumentum formátumban előállítja a laborkérő lapot nyomtatható formátumban.

KERESÉS TAJ ALAPJÁN

Szerepkörök: Háziorvos

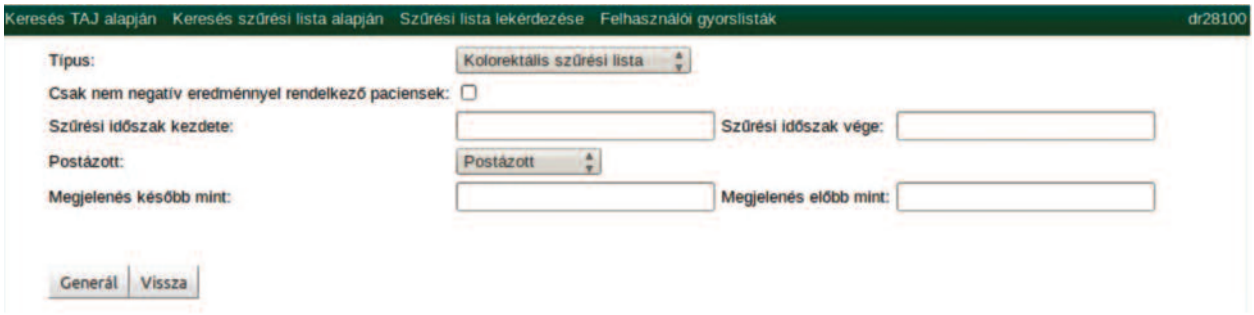
A Keresés TAJ alapján menüpontra kattintva megjelenik a TAJ kereső ablak és a találati listát tartalmazó képernyő. Itt a TAJ számot megadva kereshet a rendszerben felvett páciensek között, amennyiben azok a saját praxisába tartoznak. A találati lista fordított időrendi sorrendben mutatja szűréstípussal megjelölve a találatokat. A találat sorára kattintva megnyílik a lakos és a szűrés részletes oldala, ahol az adatok megtekinthetők (citológiai és kolorektális szűrés), illetve módosíthatók.



SZŰRÉSI LISTA LEKÉRDEZÉSE

Szerepkörök: Háziorvos

A Szűrési lista lekérdezése képernyőn a felhasználó ellenőrizheti a praxisába tartozó felhasználók listáját és a rajtuk elvégzett szűréseket, azok eredményét. A lista készítésekor megadható a szűréstípus, eredmény, szűrési időszak, meghívólevéllel rendelkezik, megjelenés időpontja. A lista letölthető csv formájában áll elő.



FELHASZNÁLÓI GYORSLISTÁK

Szerepkörök: mindenki, szerepkör szerint

A Felhasználói gyorslisták menüpont alatt az adminisztrátor által előre elkészített, a munkát segítő lekérdezések érhetők el. A lekérdezések nem paraméterezhetők, és általában a saját felhasználóhoz valamilyen módon kapcsolódó adatokat jelenítik meg. A Lekérdezés neve listából ki kell választani a kívánt lekérdezést, majd az Indít gombra kattintással elindítani a generálást. A jelentés kisvártatva megjelenik letölthető fájl formájában, amely a legtöbb táblázatkezelő programmal megnyitható (LibreOffice, MicroSoft Excel, OpenOffice).

A kolorektális labor által jelentett adatok is a felhasználói gyorslisták menüpontból érhetők el változatlan formában az adott szűrési évre.

A SZŰRÉSI MICROSITE

Felhasználói regisztráció

A regisztrációs felület a következő címen érhető el:
https://www.antsz.hu/regisztracio .

Főoldal » Regisztráció

Regisztráció

További információk

Az ÁNTSZ portálon történő ügyintézéshez regisztrálnia kell magát. A regisztrációhoz ki kell töltenie az alábbi adatlapot. Az adatlap kitöltés után a hozzáférési igényt a rendszer adminisztrátorai bírálják el, és engedélyezik. Kérjük csak érvényes adatokat adjon meg, az adatok ellenőrzésre kerülnek.

Az Ön neve és kapcsolatfelvételi adatai

Családi név: *

Keresztnév: * 1.

Titulus:

Email cím: *

Partner adatai

Adószám: - - *

Partner neve: * 2.

Település: település neve

Ügyfélkapu

[Jelenleg tesztelés alatt] Ügyfélkapu hozzáféréssel rendelkezem, a rendszert ezen keresztül kívánom igénybe venni. Ha Ön rendelk ügyfélkapus azonosítóval, ez az ajánlott hozzáférési forma. Egyes jogosultságok csak ügyfélkapus bejelentkezés után érhetőek el. 3.

A hozzáférési kérés leírása

Kérjük válassza ki a szakrendszert amelyhez hozzáférést szeretne kapni, és a szöveges mezőben írja le a hozzáférési kérését.

Szakrendszer: * 4.

Jogosultságok: Kérem válasszon szakrendszert *

*

5.

Kérem, írja be a képen látható karaktereket!

6. DG13Y6C

7. Elküldés

1. Az Ön neve és kapcsolat-felvételi adatai.

   A bejelentő személy adatai. A megadott e-mail címre fog megérkezni a hozzáférés igénylés igazolása, valamint - a regisztrációs igény jóváhagyása után - a felhasználónév és jelszó páros. Esetleges visszautasítás esetén ide érkezik annak indokolása.

2. Partner adatai

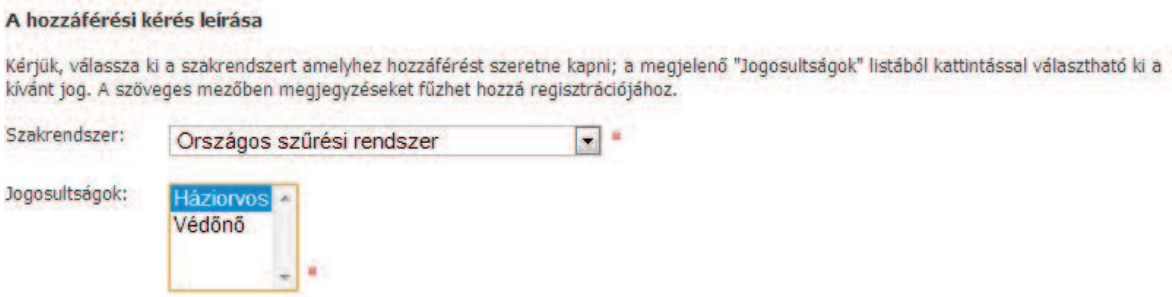
   Azon cég, vállalkozó, vagy intézmény adatai, amelynek nevében a bejelentést szeretné megtenni. A településkereső településnév vagy irányítószám beírásával megjeleníti a lehetséges találatok listáját, ebből kell a megfelelőt kiválasztani.

3. Ügyfélkapu

   Az ügyfélkapus hozzáférési lehetőség jelenleg nem elérhető.

4. A hozzáférési kérés leírása

   A legördülő menüből kiválasztható a kívánt szakrendszer, ezután megjelenik a szakrendszerhez igényelhető szerepkörök listája. A lista megfelelő elemére kattintva megjelölhetjük a kívánt lehetőséget (CTRL billentyű folyamatos nyomva tartásával több szerepkör is igényelhető.)



5. További megjegyzések hozzáadásához használható a szabad szöveges doboz.

6. CAPTCHA kód

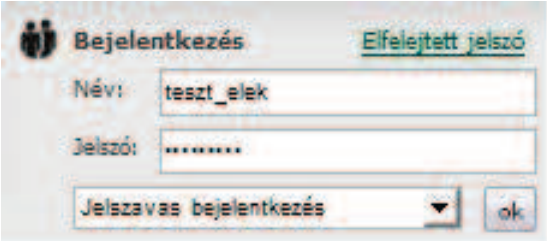
   A képen látható karaktereket a kép alatt található szöveges mezőbe kell beírni. Kis- és nagybetűre az ellenőrző program nem érzékeny. Amennyiben a karakterek nehezen ismerhetők fel, a képre kattintva új sorozat kérhető.

7. Az „Elküldés” gomb

Erre kattintva a rendszer ellenőrzi a bevitt adatokat, hiba esetén felugró hibaüzenetben figyelmeztet annak javítására. Sikeres regisztráció esetén „Antsz rendszer hozzáférés” tárgyú automatikus e-mailt küld a rendszer, amelyben a hozzáférési igény fogadásáról tájékoztat.

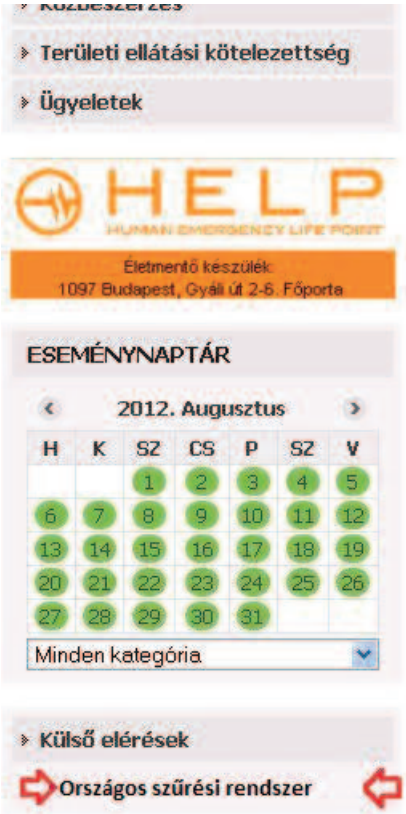
A belépéshez szükséges felhasználónév és jelszó párost a regisztrációkor megadott e-mail címre kerül kiküldésre.

A rendszerbe ÁNTSZ portál fejlécének jobb oldalán található bejelentkezési ablakban lehet belépni.



Sikeres bejelentkezés után az „Üdvözöljük [regisztrációkor megadott családi név és keresztnév páros]” felirat jelenik meg.

Csakis ekkor jelenik meg az elérhető szakrendszer-lista a portál bal oldali menüsora alatt.



A szakrendszeri linkre kattintva érhető el a megfelelő OSZIR alkalmazás.

TOVÁBBI HOZZÁFÉRÉS IGÉNYLÉSE

Bejelentkezés után a https://www.antsz.hu/regisztracio oldalra lépve a 'Jelenlegi' rádiógombot választva lehetőség van a bejelentkezett partnerhez további szerepkör(öke)t igényelni.

Bejelentkezés után a https://www.antsz.hu/regisztracio oldalra lépve az 'Új' rádiógombot választva lehetőség van a bejelentkezett felhasználóhoz további partner(eke)t - és azokhoz tartozó szerepköröket - igényelni.

TERVEZETT FEJLESZTÉSEK

FELHASZNÁLÓKEZELÉS INTEGRÁCIÓ

A tervezett és folyamatban lévő informatikai fejlesztések során a szűrési rendszer felhasználókezelése integrálásra kerül az OTH központi felhasználókezelésével, így a későbbiekben a felhasználók bejelentkezése/kijelentkezése illetve az informatikai komponensek elérése változni fog. A változásokról a rendszer szereplőit elektronikus formában minden esetben előre értesítjük.

Melléklet

Az OSZRComm modul elérhetőségei

Teszt rendszer

https://oszr.antsz.hu/OSZRCommQA/
(Folyamatos üzemeltetése nem biztosított)

Éles rendszer

https://oszr.antsz.hu/OSZRComm/
(Munkaidőben folyamatos üzemeltetésű rendszer, esetleges rendszerkarbantartási időszakok hétköznap 24.00-03.00 között, vagy hétvégén)

Szűrés microsite

http://szures.antsz.hu