

A szervezett népegészségügyi szűrőprogramok minőségbiztosításának új lehetőségei

Kovács Attila, Döbrössy Lajos, Nagy Attila, Weisz István, Budai András

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Gaudi István, Nemzeti Rákregiszter

A eredmények monitorozása, értékelése és az ebből következő minőségbiztosítás a szervezett szűrőprogramok menedzsmentjének elengedhetetlen követelménye, amelyek teljesítése mindeddig jogszabályi akadályokba ütközött. Legújabban, az adatvédelmi törvény módosítása lehetővé tette az Országos Szűrési Nyilvántartási Rendszer számára, hogy az egészségi állapotra vonatkozó adatokat, – így a szűrés eredményeit is – személyhez kötötten kezelje. Lehetővé vált a szűrési nyilvántartás és a Nemzeti Rákregiszter között az adatkapcsolat is, és ezzel lehetőség nyílt a nemzetközi követelményeknek megfelelő minőségbiztosítási rendszer kiépítésére és működtetésére.

The quality assurance through monitoring and evaluation of the results makes an essential element of the management of organised screening programmes, which until now, due to legal constraints, was not possible. Most recently, thanks to the modification of data protection law, the National Screening Registry has been authorized to handle the data related to the health status – including the screening results – of the individuals. The law has made the data linkage between the screening registration and the National Cancer Registry possible, thus, there is no more obstacle for development of a quality assurance system, in line with the international standards.

BEVEZETÉS

Magyarországon a daganatos betegségek az összes haláleset közel egynegyedét okozzák, és a halálokok sorrendjében – a keringési rendszer betegségei után – a második helyet foglalják el. Viszont a betegség miatt elvesztett potenciális életek számát tekintve megelőzik a szív-és érbetegségek által okozott halálozást [1]. A szakterület mai állása szerint a rosszindulatú daganatos betegségek miatt bekövetkező halálozás mérséklésének legígéretesebb stratégiája a tünet- és panaszmentes személyek időről-időre végzett szűrővizsgálata.

ELŐZMÉNYEK, CÉLKITŰZÉSEK

Magyarországon a Kormány 2001-ben elfogadta az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programot 2001-2010”, majd 2003-ban az Országgyűlés az „Egészség

Évtizede Nemzeti program” megerősítette azt [2, 3]. Célul tűzték ki a népegészségügyi helyzet gyökeres javítását, ezen belül a daganatos eredetű halálozás csökkentését. A programokban helyet kapott az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő népességcsoportoknak a szakterület mai állása szerint meghatározott módon és időközönként történő szervezett szűrővizsgálata, úgymint a 45-65 év közötti nők kétvétenkénti emlőszűrése mammográfiás vizsgálattal, a méhnyak szűrése kenetvizsgálattal 25-65 év közötti nőknél háromévente; és az 50-70 év közötti férfiak és nők vastagbélűzése a székletbeli rejtett vér kimutatása útján, kétvévente.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZŪRŐPROGRAM MEGSZERVEZÉSE ÉS FELÉPÍTÉSE

A kormányzat a szervezett népegészségügyi szűrőprogramok megszervezésével, koordinálásával, felügyeletével, teljesítményének ellenőrzésével és munkája minőségének értékelésével – törvényi úton – az Országos Tisztifőorvosi Hivatalt (OTH), és ezen keresztül az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ) bízta meg [4]. A szervezés mintájául az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége (WHO/IARC) és a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) közös munkacsoportja által 1986-ban a szervezett méhnyakszűrésre megfogalmazott, a „szervezett szűrés” koncepcióját megalapozó kritériumok szolgálták [5], amelynek leglényegesebb eleme a szűrésre jogosult személyek személy szerinti azonosításán alapuló kompjuterizált „behívó, visszahívó és követési” rendszer. A szakmai és szervezési irányelvek egységesítése, a folyamatszabályozás és minőségbiztosítás céljára szakmai protokollok készültek, amelyek alapjául az OTH által kidolgozott, és az ÁNTSZ által kiadott minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató szolgált [6].

MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS: SZŪRÉSI INFORMÁCIÓS RENDSZER

A minőségbiztosítás a menedzsment mellőzhetetlen tevékenysége. Része a minőségirányítási, minőségügyi rendszernek, amely a minőségi szolgáltatás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. A szűrési szolgáltatás minőségének ellenőrzését szolgálja a folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely azonosítja a szűrési tevékenység fogyatékoságait (például tévesen negatív és tévesen pozí-

tív eredmények), a hibáért felelőssé tehető tényezőket, és gondoskodik a hibák megszüntetéséről. Feltétele a szűrési tevékenység egyes fázisainak jellemzését szolgáló mutatók („indikátorok”) képzése, azok célhoz kötött áramoltatása a szűrést támogató információs rendszerben, a szűrés közvetlen eredményeinek és a szűrést követően az egészségügyi ellátórendszer más helyein keletkező elsődleges (követési) adatok visszacsatolása, valamint az adatkapcsolás a vonatkozó adatbázisok között.

A népegészségügyi szűrőprogram működésének folyamatos (monitorozása), és időszakos értékelése három időszinten, úgymint folyamatértékelés, a közvetlen eredmények értékelése és hatásértékelés történik a kívánt célra előállított indikátorok felhasználásával. Ennek megfelelően a megkívánt indikátorok is háromfélék: folyamat, vagy „process” indikátorok, a közvetlen hatás jellemzésére használt „outcome” indikátorok, és a népesség egészségi állapotára (morbiditás, mortalitás) gyakorolt, hosszú távú hatás mérésére szolgáló „impact” indikátorok. A minőségbiztosításhoz megkívánt adatok kezelésére az OTH keretében működő Országos Szűrési Nyilvántaró Rendszer (OSZR) szolgál. Az ott összegyűjtött adatokat a szűrési menedzsment időről-időre elemzi, és megteszi a szűrési rendszer megkívánt minőségét szolgáló intézkedéseket.

A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS KÖVETELMÉNYRENDSZERE

A minőségbiztosítás adatigényét és a nemzetközi szinten megkívánt adatszolgáltatás követelményeit az Európa Bizottság és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége által publikált iránymutatók tartalmazzák [7, 8, 9].

A minőségbiztosítás feladata a szűrőprogram érzékenységének és fajlagosságának meghatározása, a tévesen negatívnak véleményezett esetek megismerése, az intervallum-rákok (azaz a szűrésen negatív eredménnyel részt vett, a két szűrés közötti intervallumban klinikailag kórismézett rákos esetek) tetten érése, amely – egyebek mellett – a ráfordított pénzeszközök hasznosulásának is elemi igénye. Hasonlóképpen feladata a tisztázó vizsgálatok citológiai és kórszövetani vizsgálatok pontosságának meghatározása is.

A szűrési nyilvántartásban szereplő célcsoportok szűrési eredményeit, nem negatív esetben a betegúthoz kapcsolódó egészségügyi ellátás releváns részleteit, elhalálozás esetén haláloki adatait egyéni szinten szükséges végigkövetni. A szűrést igénybe nem vevő személyek egészségügyi adatainak ismerete is szükséges, mivel sok esetben a szűrőprogramon kívül, tünetmentesen, diagnosztikus vizsgálatként jelentve vesznek részt a vizsgálaton. Csak a személyes adatok birtokában állapítható meg, hogy ki az, aki negatív szűrési lelet ellenére rákos lett, ki az, akit a szűrővizsgálat emelt ki, korai kezelésnek köszönhetően túlél, vagy esetleg meghalt. Csak ennek alapján tudható meg, hogy a dagasztos betegek halálozáscsökkenése milyen mértékben köszönhető a szűrővizsgálatoknak, mennyi életet, illetve életévet mentett meg szűrés révén, és mekkora ráfordításból.

A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS KORÁBBI HELYZETE

A Nemzeti Népegészségügyi Program keretében működtetett népegészségügyi szervezett lakossági szűrőprogram minőségbiztosítása a legutóbbi időig megoldatlan; az ellehetetlenülésnek két akadálya volt. Az egyik: az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, amely megvonta a szűrővizsgálatok menedzsmentjétől az egészségi állapotra vonatkozó adatok személyekhez köthető kezelésének lehetőségét, a másik az elkülönítetten működő adatbázisok összekapcsolásának tilalma, amelyet a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény lehetetlenített el.

Visszasz módon, az ÁNTSZ, mint egészségügyi államigazgatási szerv, jóllehet törvényesen kijelölt felelőse a szűrésnek, a megfelelő adatok hiányában nem volt képes a szűrési szolgáltatások minőségének meghatározására, program minőségbiztosítására, a felhasznált közforrások hasznosulásának mérésére. Ennek oka az volt, hogy a nemzetközileg elvárt folyamat-mutatók (processz indikátorok), a közvetlen eredmények meghatározására alkalmas mutatók (outcome indikátorok), csak mintegy harmadát volt képes előállítani. Ez azt jelentette, hogy a szűrővizsgálatok célnépszerűségének joga csorbult, mivel adatok hiányában a szűrési rendszer paraméterei az egyes személyekhez köthetően nem voltak meghatározhatók, nem voltak átláthatók, a hiányosságok, hibák és tévedések nem voltak tetten érhetőek és kiküszöbölhetőek, ezért a minőség nem volt garantálható. Nem volt ismert a közpénzek felhasználásának hatékonysága és a szűrés révén megmentett életévekben mért hatásszáma sem.

A szűrővizsgálat eredményével egyes személyhez köthető módon csak a szűrőállomás rendelkezett. Az OSZR csak az összesített („aggregált”) szűrési eredmények ismeretére volt jogosult, nem volt jogosult a szűrés eredményeinek egyes személyekre vonatkoztatott ismeretére. A vonatkozó törvény a szűrőállomást meggátolta abban, hogy a szűrés megtörténtén túl egyéb, a szűrés, és a szűrést követő tisztázó diagnosztikus vizsgálatok eredményét az OSZR-nek személyhez kötötten jelentse, jóllehet azokat a szűrőállomás bármely orvossal (például a citológiai vizsgálatra beküldő nőgyógyással) személyhez kötötten közölhette, mert az egészségügyi ellátórendszeren belül az egészségügyi és személyazonosító adatok továbbításának és összekapcsolásának – az 1997. évi XLVII. Tv. 10.§. (1) bk. szerint – nem volt törvényi akadálya, még akkor sem, ha az adatkezelés célja „az egészség megőrzésének, fenntartásának előmozdítása”, más szóval a szűrővizsgálat volt. Ugyanakkor, az adatok az OSZR-rel nem voltak közölhetőek.

Az OSZR rendelkezett a folyamat-indikátorok létrehozásához szükséges „forgalmi adatokkal”, a szűrés eredményére vonatkozó adatokkal azonban csak összesített, névtelen, TAJ-szám nélküli, azaz személyhez nem köthető módon rendelkezett. Hasonlóan, csak összesített – és

hiányos – adatokkal rendelkezett a tisztázó diagnosztikus vizsgálatok eredményéről, azok találati pontosságáról is. Adatai részben azért is hiányosak voltak, mert a betegmigráció miatt a szűrőállomás maga sem értesült az ott szűrt, ám a diagnosztikus vizsgálatokat az ellátórendszer más intézményében elvégzett személyek vizsgálati eredményeiről. Márpedig az OSZR-nek, hogy minőségbiztosítási feladatainak megfelelhessen, személyhez köthető módon tudnia kell, hogy a szűrővizsgálat eredménye pontosnak bizonyult-e, vagy sem; arról, hogy a szűrővizsgálatban részesültek közül ki volt tévesen pozitív, ki tévesen negatív, kinél jött létre intervallum-rák. A szűrés eredményeinek személyhez kötött ismerete nélkül a minőségbiztosítás el lehetetlenült.

A minőségbiztosítás másik akadály a különböző céllal működtetett adatbázisok adatállományainak összekapcsolási tilalma volt. Amint azt az Állami Számvevőszék (ÁSZ) az egyes onkológiai szűrőprogramokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről szóló, 2008. májusban közzétett jelentésében megállapította: „a szűrőprogramok eredményességének megítéléséhez rendelkezésre álló adatbázisok (OEP, ÁNTSZ, Nemzeti Rákregiszter (NRR), KSH) elkülönítetten működnek, közöttük az adatok összekapcsolása nem valósult meg.” [10]. Külön-külön egyik adatbázisból sem volt megítélhető a szűrőprogramok eredményessége és hatékonysága, mivel a megbetegedések szűrésre vonatkozó mutatói, és a beavatkozások adatai nem futottak össze, nem volt ellenőrzött, integrált információs rendszer, más szóval, nem épült ki a szűrési rendszer minőségbiztosítási, monitoring része.

A Nemzeti Rákregiszter az egyes daganatos megbetegedések bejelentésének rendjéről szóló 24/1999.(VII.6) EüM. rendelet alapján rendelkezik epidemiológiai feladatainak ellátásához kellő személyi és egészségügyi adatok (klinikai és kórszövettani diagnózis) együttes kezeléséhez szükséges teljes körű törvényi felhatalmazással. Képes ellátni epidemiológiai feladatai egy részét, úgymint a kórismézett új daganatos betegek személy szerinti nyilvántartását (incidencia, vagy morbiditás). Ugyanakkor nem, vagy csak spekulatív módon volt képes kiszámítani a túlélés, valamint a korábban kórismézett, egy adott időpontban még életben lévő személyek arányát (prevalencia), mert a KSH kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon szolgáltatott adatot az elhunytakról, minthogy a vonatkozó törvény szerint az egészségügyi adatok fokozott védelme nem szűnik meg a halál bekövetkezésével, így az élő és elhunyt betegek esetében lényegében azonos adatkezelési szabályok érvényesülnek. A Rákregiszternek nem volt információja az elvégzett szűrésekről, azok eredményéről; ezért nem volt megállapítható, hogy az egyes regisztrált daganatos betegek milyen hányada tekinthető szűréssel felfedezettnek, sem arról, hogy az esetleges halálozás-csökkenés milyen hányada tudható be a népegészségügyi szűrővizsgálatoknak.

Az intervallum-rákok „tetten érése” az NRR szerepvállalása nélkül nem volt lehetséges. A Rákregiszter ugyanis az

egészségügyi ellátórendszer adatszolgáltatása útján negyedévenként frissül a klinikailag és kórszövettanilag ráknak bizonyult esetekkel. Az intervallum-rákok tetten érése csakis úgy valósulhat meg, hogy az NRR időről-időre átadja az OSZR-nek az új rákos esetek személy szerinti adatait, függetlenül attól, hogy a kérdéses személy részesült-e szűrővizsgálatban, vagy sem. Minthogy mindkét rendszer tartalmazza a TAJ-t, az adatok átadásának technikai akadályai nincsenek. Az OSZR-nek az új rákos személyek adatait össze kell futtatnia a szűrési nyilvántartás adataival azt megállapítandó, hogy a kérdéses rákos személy részt vett-e szűrővizsgálaton, vagy nem, és ha igen, milyen eredménnyel. Ha kiderül, hogy negatív eredménnyel vett részt, szükséges, hogy az e célra létrehozott „ellenőrző és minőségbiztosító csoport” visszakeresse a korábbi szűrési mintát (citológiai kenetet, mammográfiás filmet), azt újra megvizsgálja, és eldöntse, hogy található-e abban rosszindulatúságra utaló jel, vagy sem. Ha igen, az eset „tévesen negatív” esetnek minősül.

Az egyéni állapot követése nem történhet személytelen módon. Ez lenne a kizárólagos módja annak, hogy az OSZR tudomást szerezzen az intervallum-rákokról, a népegészségügyi lakosságszűrési program legfontosabb minőségmutatójáról: a tévesen véleményezett, elnézett esetekről. Mindaddig törvényi akadály volt annak, hogy a szűrési rendszer meghatározza az intervallum-rákok gyakoriságát, ellenőrizze, megállapítsa és orvosolja a mögöttes fogyatékosokat. Ezzel a szűrésre jogosult állampolgárok egészséghez való joga szenvedett csorbát.

TÖRVÉNYMÓDOSÍTÁS: ÚJ LEHETŐSÉG A MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSBAN

A népegészségügyi szervezett szűrővizsgálatok értékelhetősége megkívánja, hogy az ellátórendszer egységeiben keletkezett elsődleges adatok személyhez köthetően a szűrési nyilvántartás rendelkezésére álljanak. Az Országgyűlés a népegészségügyi célból történő adatkezelés fogyatékosainak kiküszöbölése érdekében a 2010. évi CLXXII. Törvény 106.§-ával módosította a korábbi, 1997. évi XLVII. törvény 16/a §-át, ezáltal elhárultak a vázolt akadályok a szűrővizsgálatok minőségbiztosítása, azaz az eredmények monitorozása és értékelése útjából.

A törvénymódosítás lehetővé tette az egészségi állapotra vonatkozó adatok személyhez kötött kezelését, és az OSZR illetve a NRR által gyűjtött adatok összekapcsolása lehetővé tette révén pedig megnyitotta az utat a lakosságszűrési program minőségbiztosítása számára, a népegészségügyi lakossági szűrővizsgálat eredményességének, célkitűzéseinek értékelését, és a Nemzeti Rákregiszter feladatainak maradéktalan ellátását.

A népegészségügyi lakosságszűrés minőségbiztosításának korszerűsítése érdekében törvénymódosítás sürgetővé tette az OSZR informatikai rendszerének újratervezését, és az OSZR és NRR közötti adatkapcsolás megtervezését.

A TERVEZETT SZŰRÉSI ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER SZEREPLŐI

A minőségbiztosítás rendszere sokszereplős. Résztvevői:

- a belügyminisztérium lakosság-nyilvántartásából nyert adatok figyelembevételével (elhalálozás, címváltozás), és a célbetegség miatt kezelés alatt állók kivonása után – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) hivatott átadja az OSZR-nek nem csak a „tisztított”, hanem az OEP elszámolás alapján az összes – a szűrőprogramban, vagy azon kívül – szűrővizsgálatban részesülő személy TAJ-alapú, személyazonosítást lehetővé tevő adatát tartalmazó listát;
- az Országos Szűrési Nyilvántartói Rendszer (OSZR) a lakosságlista alapján biztosítja a behívó-visszahívó rendszer, valamint a jelentésrendszer, a szűrőprogramok értékelési, és minőségbiztosítási rendszerének működtetését. Ennek érdekében:
 - a szűrésben szereplő munkahelyek (szűrőállomás és klinikai diagnosztikai egységek, azaz a mammográfiás, citológiai és klinikai laboratóriumi egységek, valamint a háziiorvosi szolgálat) és azok az egészségügyi szolgáltatók, amelyeknél a szűrési rendszerrel kapcsolatos elsődleges adatok keletkeznek, az adattömeget az OSZR-nek jelentik;
 - a Nemzeti Rákregiszter, amely az egészségügyi betegellátó intézményektől – a 24/1999.(VII.6) EÜM. rendelet értelmében – megkapja az új daganatos betegek klinikai és kórszövetani kórisméjét, ilyen módon nyilván tartja a daganatos betegségek előfordulását. A szűrési rendszer minőségbiztosítása megkívánja az NRR és az OSZR közötti adatkapcsolatot.

A TERVEZETT SZŰRÉSI ÉS MINŐSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER FELADATAI

A meghívások és visszahívások kezelése a szűrési rendszer alapfeladata. Ezt elősegítendő, az OEP a TAJ-alapú adatbázisából az OSZR-nek átadja

- a célnépesség, azaz az életkor alapján veszélyeztetett tünet és panaszmentes személyek természetes azonosítóit, lakcímét, genetikai nemét és háziiorvosának kódját. Ezek az adatok jelentik – az egyes szűrési módok esetén előírt korcsoportokban és intervallumokban – a lakossági behívólisták alapját.
- az adatszolgáltatási időszakban bekövetkezett halálozások tényét és idejét azért, hogy az OSZR a szűrés szervezése során elkerülje a halott személyek behívását.
- a veszélyeztetett korosztály minden lakosára vonatkozó szűrési, megbetegedési és beavatkozási kódokat és időpontokat. Ez az információ teszi lehetővé az egészséges, azért szűrésre behívandó lakosok leválogatását, a meghívási jogosultság ellenőrzését.
- a háziiorvosi praxis-kódokat és pecsétszámokat, neveket és elérhetőségeket; ez a szűrőszervezés során lehetővé teszi a háziiorvosi körzeteken alapuló behívási modell

végrehajtását, például vastagbélvizsgálat esetében. (A KSH és Magyar Posta adatai alapján van lehetőség közgazdasági egységenkénti (területi) behívási modell bizonyítására).

A JELENTÉSRENDSZER TERVEZETT MŰKÖDÉSE

Az OSZR (emlőszűrés esetében a szűrési egység) a lakosságlistában szereplő személyeknek névre szóló meg szólító levelet küld. A szűrési munkahely (mammográfiás egység, citológiai laboratórium, klinikai laboratórium) megküldi az OSZR-nek mind a megszóltítottak, mind a szűrővizsgálaton megjelentek azonosító adatait. Ez az adatszolgáltatás teszi lehetővé a lakossági részvétel („compliance”) nyommon követését.

A szűrési munkahely megküldi az OSZR számára a ténylegesen elvégzett szűrővizsgálatok eredményét, valamint a nem-negatív esetekben az együttműködő klinikai és patológiai diagnosztikus egységekben végzett tisztázó diagnosztikus vizsgálatok eredményét (UH, citológia, hengerbiopszia, nyílt sebészi biopszia, kórszövetani lelet). Ez az adatszolgáltatás teszi lehetővé a hazai, valamint nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítését, valamint a minőségbiztosítás és értékelés alapadat-nyilvántartásának felépítését (szűrési és diagnosztikus ál-pozitív, ál-negatív, jósló értékek stb.).

Érdek fűződik a háziiorvosi praxisok bevonásához a rendszerbe az on-line adatküldés bevezetése útján.

Az NRR a bizonyított rákos megbetegedések tételes vizsgálatát teszi lehetővé; az ott nyilvántartott emlőrákos, méhnyakrákos és vastagbélrákos betegek tételes adatköre – az OSZR adatbázisával való összevetés útján – lehetővé teszi a szűrési előzmények feltárását, az ál-negatív szűrési eredmények (amelynek következménye az intervallum-rákok előfordulása) kimutatását. Ez utóbbiak jelentik a szűrési program legfontosabb minőségmutatóját, amely csakis a patológiai diagnózis ismeretében, az NRR és az OSZR adatcseréje útján érhető tetten. Csakis az NRR képes a szűrt és nem szűrt lakosság körében a túlélésre vonatkozó indikátorok kiszámítására.

A tételes halálozási adatok ismeretében lehetőség nyílik a szűrésnek a népesség egészségi állapotára, azaz a daganatos megbetegedések gyakoriságára és a szerv-specifikus halálózásra gyakorolt hatásának elemzésére. Ez a szűrés hatékonyságának nemzetközileg jegyzett, hosszú távú epidemiológiai bizonyítéka.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatok eredményeinek monitorozása, értékelése és az ebből következő minőségbiztosítás a szűrőprogramok menedzsmentjének elengedhetetlen követelménye, amelyek teljesítése mindaddig jogszabályi akadályokba ütközött. Legújabbban az adatvédelmi törvény módosítása lehetővé tette az Országos Szűrési Nyilvántartási Rendszer számára, hogy az egészsé-

gi állapotra vonatkozó adatokat – így a szűrés eredményeit is – személyhez kötötten kezelje. Lehetővé vált az adatkapcsolat a szűrési nyilvántartás és a Nemzeti Rákregiszter kö-

zött is, ezzel lehetőség nyílt a nemzetközi követelményeknek megfelelő minőségbiztosítási rendszer kiépítésére és működtetésére.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Eckhardt S: Daganatos megbetegedési és halálozási viszonyok. In:Ádány R (szerk): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina. 2003. pp. 111-119.
- [2] Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” Egészségügyi Közlöny 2001/16. szám. 2001. augusztus 21.
- [3] 46/2003. (IV.16.) OGY. határozat az Egészség Évtizede Nemzeti Programjáról
- [4] Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 1991. évi XI. törvény
- [5] Hakama M, Miller AB, Day NE (eds): Screening for cancer of the uterine cervix. IARC. Lyon. 1986.
- [6] Döbrössy L. (szerk.): Népegészségügyi onkológiai szűrések: minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. ÁNTSZ. 2005.
- [7] European guidelines for quality assurance in breast cancer screening, European Commission, 2nd.edition, 2008.
- [8] European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. European Commission. 4th ed. 2006.
- [9] European guidelines for quality assurance in colorectal screening and diagnosis. European Commission. 1st edition. 2011.)
- [10] Állami Számvevőszék jelentése az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. 2008. május

A HYPERTONIA ÉVE 2011

Folytatás a 19. oldalról

ISKOLAI KAMPÁNY

Az „Éljen 140/90 alatt!” program keretében az MHT pályázatot hirdet iskolák részére a „Hypertonia Éve 2011” címmel. A cél, hogy minél szélesebb körben ismertté váljon a magasvérnyomás-betegség és szövődményeinek megelőzése, kiszűrése és megfelelő kezelése. Mint Prof. Dr. Kiss István, a társaság elnöke elmondta, az MHT arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy a vérnyomásmérést otthon is bárki el tudja végezni, bármilyen életkorban. Éppen ezért a szervezők pályázatot hirdetnek az ország összes általános- és középiskolája számára, hogy kiderüljön, melyik intézmény tudja a legnagyobb figyelmet fordítani az egészségre, azon belül a magasvérnyomás-betegség megelőzésére. A feladat, hogy a diákok mérjék meg szüleik, nagyszüleik, családtagjaik, ismerőseik vérnyomását és a mért értékeket a pályázathoz mellékelt vérnyomásíviken tüntessék fel, majd azokat beküldve vegyenek részt a pályázaton. A három legtöbb pontot begyűjtő iskolát díjazza: az első helyezett 300 000, a második 150 000, a harmadik 50 000 forint értékű sportszervásárlási utalványt nyer.

ONLINE AKTIVITÁSOK

A fiatal korosztály elérésének egyik legjobb módja a közösségi weboldalakon való jelenlét. A felhasználók azonban elsősorban az önkéntesnek látszó tartalmakat fogadják el, amelyek szórakoztatóak, figyelemfelkeltők, vagy erős érzelmi kötődést váltanak ki. Az MHT fiatalok felé irányuló kommunikációja ennek megfelelően a legnagyobb videó megosztó portálon fog zajlani. A 3-5 perces filmekben az ún. „Lelkes-Mérő család” bábfigurái a legnevesebb hazai szakemberekkel közösen fogják a téma egyes részleteit bemutatni. A Lelkes-Mérő család tagjai feltűnnek továbbá a legnagyobb internetes közösségi oldalakon – mint a Facebook és Iwiw – is. A szervezők azt remélik, hogy a fiatalok megértik a kampány üzenetét, és rajtuk keresztül az egészségtudatos gondolkodás beépül a családok mindennapjaiba.

Munkatársunktól