



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ VASTAGBÉLSZŰRÉS OKTATÁSI TANANYAG

A VASTAGBÉLSZŰRÉSBEN RÉSZTVEVŐ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK MUNKATÁRSAI SZÁMÁRA

NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

2019.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

ELŐSZÓ

A tananyag az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megbízásából az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú Komplex népegészségügyi szűrések elnevezésű kiemelt projekt keretében készült. A tananyag a TÁMOP-6.1.3. A-13/1-2013-0001 számú kiemelt projekt keretében fejlesztett „Továbbképzés - Népegészségügyi célú vastagbélvizsgálat” című tananyag (Dr. Döbrössy Lajos szaktanácsadó, Dr. Mester Lajos Msc, SZTE Oktató Háziorvosa, intézeti szakorvos, Nagy Attila programozó matematikus-közgazdász) átdolgozott, bővített kiadása.

Az e-learning felületen megvalósuló továbbképzés legfőbb célja, hogy felkészítse a vizsgálatban érintett szakembereket – háziorvosokat, körzeti ápolókat és asszisztenseket – az országos népegészségügyi vastag- és végbélvizsgálat (továbbiakban a tananyagban vastagbélvizsgálat) megvalósítására.

Célunk, hogy a továbbképzést elvégző szakemberek naprakész információkkal rendelkezzenek a népegészségügyi vizsgálat helyzetéről, a vastagbélvizsgálat elméleti alapjairól, valamint hasznos ismereteket sajátítsanak el a vizsgálat gyakorlati megvalósításához. További cél, hogy a tananyag fejlessze a résztvevők kommunikációs készségeit, praktikus tanácsokat nyújtson a vizsgálati tevékenységük során felmerülő problémák megoldásához és támogatást nyújtson az elektronikus informatikai rendszer használatához.

Az e-learning felületen megvalósuló szakmai továbbképzés építkezik a TÁMOP-6.1.3-A projekt megvalósítása során fejlesztett „Vastagbélvizsgálat kiterjesztésének támogatása Csongrád megyében” című akkreditált továbbképzés, illetve a mintaprogram megvalósításának tapasztalataira.

Szerzők

| | |
|--|--|
| Bilics Edit tananyagfejlesztő, népegészségügyi egészségfejlesztő | Dr. Terebessy András tananyagfejlesztő, népegészségügyi szakértő |
| Fehér Dániel Gábor vastagbélvizsgálati koordinátor | Tonté Dóra tananyagfejlesztő, népegészségügyi felügyelő |
| Dr. Szepes Zoltán Gábor tananyagfejlesztő, gasztroenterológus | |

Lektorok

Dr. Döbrössy Lajos
Dr. Nagy Ferenc Brúnó

TARTALOM

| | |
|---|-----------|
| Előszó | 2 |
| A kötet szerzői | 2 |
| I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK | 5 |
| I.1. Bevezetés | 5 |
| I.2. A daganatok fejlődésmenete | 5 |
| I.3. A szűrővizsgálatról általában | 6 |
| I.4. A szűrés, mint különleges vizsgálat | 7 |
| I.5. A szűrővizsgálat jellemzői | 7 |
| I.6. A szűrővizsgálat eredménye a gyakorlatban | 9 |
| I.7. A szűrővizsgálati módszer hatásosságának kritériumai | 9 |
| I.8. „Szervezett szűrés” – népegészségügyi feladat | 9 |
| II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL | 11 |
| II.1. Bevezetés | 11 |
| II.2. A vastagbél-daganat előfordulása, halálloki szerepe | 11 |
| II.3. A vastagbél-daganat fejlődésmenete | 12 |
| II.4. A vastagbél-daganat kimutatására szolgáló módszerek | 12 |
| II.4.1. Rektális-digitális vizsgálat | 13 |
| II.4.2. Kolonoszkópos vizsgálat | 13 |
| II.4.3. Laboratóriumi módszerek | 13 |
| II.5. A vastagbél-szűrés stratégiája: „egylépcsős”, vagy „kétlépcsős”? | 14 |
| II.6. Hazai konszenzus a vastagbél-szűrésről | 15 |
| II.7. A magyarországi szabályozás | 15 |
| II.8. Komplex népegészségügyi szűrések az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú kiemelt projekt keretében | 15 |
| II.9. A népegészségügyi lakossági vastagbél-szűrés gyakorlati lebonyolítása az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú Komplex népegészségügyi szűrések elnevezésű kiemelt projekt keretében | 17 |
| II.9.1. Szűrővizsgálatok lebonyolítása | 17 |
| II.9.2. Eredményközlés és betegkövetés | 17 |
| II.10. Egyéb, speciális helyzet kezelése a szűrés kapcsán | 18 |
| Függelék – Összefoglaló a Csongrád megyei vastagbél-szűrés programról | 19 |
| III. KOLONOSZKÓPIA | 23 |
| III.1. A kolonoszkópia, mint vizsgálati módszer | 23 |
| III.2. A kolonoszkópia előkészítése | 23 |
| III.3. A béltisztításról | 24 |
| III.4. Milyen hatásmechanizmusú béltisztítókat használhatunk? | 24 |
| III.5. A béltisztítók mellékhatásai | 24 |

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

| | |
|---|-----------|
| III.6. Örökletes kolorektális karcinómák..... | 25 |
| III.6.1. Háttér és korábbi eredmények | 27 |
| III.6.2. Családi halmozódású, örökletes CRC azonosítása, diagnosztizálása | 27 |
| IV. EGÉSZSÉGGOMMUNIKÁCIÓ | 29 |
| IV.1. A kommunikáció szerepe a lakosság szűréseken való részvételének növelésében, a szűrések társadalmi elfogadottságának támogatásában..... | 29 |
| IV.2. A tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve | 29 |
| IV.3. Kommunikációs alaptípusok, technikák a sikeres személyközi egészségkommunikációhoz | 30 |
| IV.3.1. Egyoldalú | 30 |
| IV.3.2. Kétoldalú..... | 30 |
| IV.4. A részvételt befolyásoló tényezők | 31 |
| IV.5. A célcsoportokra jellemző viselkedésformák megismerése, kulcsüzenetek megfogalmazása, kommunikációs eszközök és technikák bemutatása..... | 31 |
| IV.6. Kulcsüzenetek | 31 |
| IV.7. Gyakori kérdések és válaszok – Székletvérvizsgálat..... | 32 |
| IV.8. Kolonoszkópia | 33 |
| IV.9. Személyközi egészségkommunikáció, kommunikációs- és kérdezéstechnikák..... | 35 |
| IV.10. Példák a páciensek együttműködésének növelésére, a nehezen együttműködő betegek meggyőzésére | 36 |
| IV.11. Összegzés | 36 |
| V. AZ ONKOLÓGIAI SZŪRÉSI RENDSZER (OSZR) MŰKÖDÉSE | 37 |
| V.1. Szűrési Informatikai rendszer – Onkológiai Szűrési Rendszer kommunikációs modul (OSZRComm) | 37 |
| V.1.1. A továbbképzés céljai | 37 |
| V.1.2. A lakosságlista | 37 |
| V.1.3. A szűrési rendszer környezete..... | 38 |
| V.2. Az informatikai rendszer komponensei | 38 |
| V.3. Kolorektális szűrés | 39 |
| V.4. Az OSZRComm vastagbélűzés felületének működése | 40 |
| Ajánlott irodalom | 45 |
| Javasolt további irodalom | 45 |
| Hivatkozások | 45 |

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap

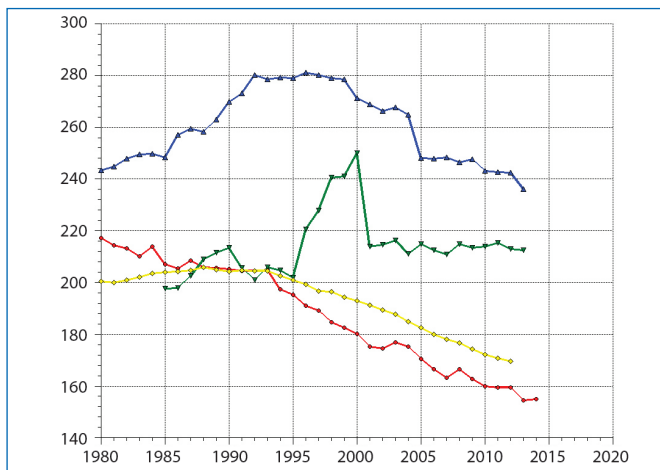


BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

I.1. Bevezetés

Hazánkban a daganatos megbetegedések joggal nevezhetők népegészségügyi problémának. A halálokok között a szív- és érbetegségek állnak első helyen, az összes halálozás mintegy felét okozva, de a halálozás mintegy negyedéért a daganatos betegségek felelősek. 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 (1. ábra).



1. ábra: 100.000 lakosra számított daganatos halálozás (SHH) (WHO European Mortality Database – Egészségügyi Világszervezet Európai Halálozási Adatbázisa)
KÉK – Magyarország, SÁRGA – Európai Unió, PIROS – Ausztria, ZÖLD – Horvátország

Fontos szempont azonban az is, hogy a halálozás mely életkorban következik be, amit a betegség miatt elvesztett életévek számával jellemezhetünk. Magyarországon az elmúlt 20 évben a szív-érrendszeri betegségek tekintetében az elvesztett életévek száma jelentősen csökkent, azaz ebből az okból kifolyólag kevesebben illetve kevésbé korán halnak meg. Ugyanakkor a daganatos betegségek miatt elvesztett életévek száma nem csökkent, sőt, egyes daganatok esetén még növekedett is.

E betegségek megelőzésének népegészségügyi fontossága tehát kiemelkedő. 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 betegségterher mérséklésére hosszú távon a betegségmegelőzés, a halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a szűrővizsgá-

lat a legígéretesebb stratégia. Az egészségügyi kormányzat 2000-ben középtávú célul tűzte ki a teljes lakosságra kiterjedő szűrővizsgálatok bevezetését és működtetését.

Az alapellátásban dolgozó háziiorvosi praxisoknak kulcszerepük van a népegészségügyi lakosságszűrés végrehajtásában. A szűrővizsgálatok eredményességének a legfontosabb feltétele a népesség mind teljesebb részvétele a szűrővizsgálatokon. Kiemelten fontos, hogy az alapellátásban dolgozók helyesen tájékozódjanak a feladattal összefüggő fogalmakról és gyakorlati ismeretekről, felvérteződjenek a szűrővizsgálatokkal összefüggő tévhitek és téves fogalmak eloszlatására. Ez a feltétele annak, hogy betölthessék a népesség mozgósításában és a szűrővizsgálatok végrehajtásában tőlük kért és várt szerepet.

A tananyag rendeltetése:

1. összefoglalja a szűrésre, különösképpen a népegészségügyi lakosságszűrésre vonatkozó alapvető ismereteket;
2. ismerteti a vastag- és végbélszűréssel kapcsolatosan a szakterület mai álláspontját; és
3. meghatározza az alapellátásban dolgozó háziiorvosok, körzeti ápolók és asszisztensek feladatait a vastagbél-szűrés végrehajtásában;
4. a tananyag foglalkozik azokkal a kommunikációs technikákkal, amelyeket az alapellátásban dolgozóknak ismerniük és alkalmazniuk ajánlatos annak érdekében, hogy az ellátási körzetükben lakó, átlagos kockázatú népességet a vastagbél-szűrésen való részvételre mozgósítani tudják;
5. a tananyag bemutatja azokat az informatikai ismereteket, amelyeket a vastagbél-szűrés sikeres lebonyolítása megkíván.

I.2. A daganatok fejlődésmenete

A szűrővizsgálatok mibenlétének megértését elősegíti a betegség „életútjának”, fejlődésmenetének megismerése. A szakirodalom *fejlődésmenet* („natural history”) néven

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

ismeri a daganatok kialakulásának és lefolyásának természetes menetét. Ez adja a szűrés daganatbiológiai alapjait. A daganatok kialakulása és a körlefordulás ugyanis az egészséges állapotból a klinikai megjelenésig, majd a végkifejletig *időben elhúzódó, több szakaszból összetevődő folyamat*, amelyben több „szakaszhatár” különül el (2. ábra). Az első „szakaszhatárt” az egészséges sejtekből történő 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 időtartam a rosszindulatú átalakulás előtt. A másik „szakaszhatárt” a betegség tüneteinek és panaszainak megjelenése jelenti, amelyek nyomán a beteg orvoshoz fordul. Ezzel kezdetét veszi a betegség „klinikai szakasza”, ahol elkülöníthetjük az újonnan felismert – incidens – eseteket (attól függetlenül, hogy tünetek vagy szűrés alapján ismerték fel), és a hosszabb ideje kezelés alatt álló – prevalens – eseteket. Az ún. „klinikai szakaszt” szabályszerűen megelőzi egy olyan hosszabb-rövidebb ideig tartó „preklinikai szakasz”, amelyben egy idő után a betegség már detektálhatóvá válik. A még tünetmentes daganat valamilyen speciális vizsgálattal kimutatható eltéréssel már jelt ad magáról, például a méhnyak felszínéről kóros morfológiájú sejtek válnak le, az emlőben röntgenvizsgálattal jellegzetes árnyék mutatkozik, vagy a vastagbélben mirigyes polip (adenoma) látható, amely szakaszosan és rejtetten vérezhet. 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, áttétképzés lehetőségével járó daganat kialakulásának megelőzésére, és a halálos kimenetel kockázatának elkerülésére. 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-, emlődaganat) 3-4 évig, a vastagbél-daganat esetleg ennél is hosszabb ideig „időzik” ebben a szűrésre alkalmas szakaszban, ezért a két évente végzett ismételt székletvér vizsgálat a folyamat megbízható felismerését ígéri.

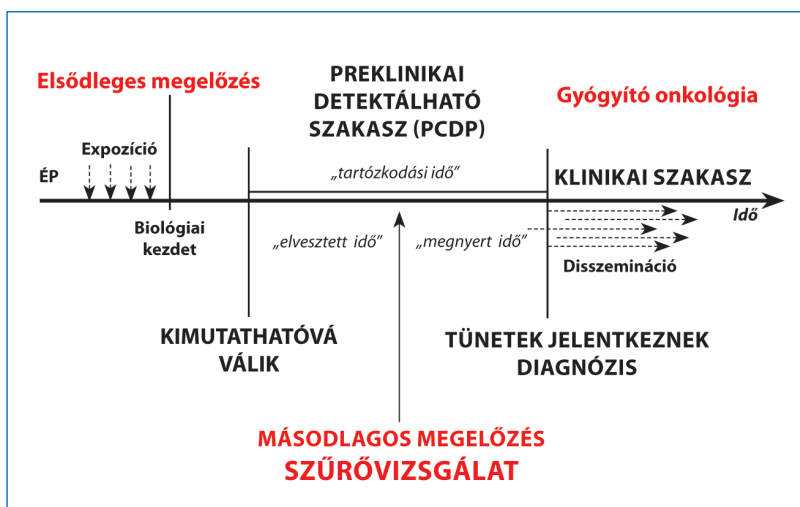
Ezen felül természetesen vannak olyan daganatok is, amelyek szűrésre alkalmas időszaka egyénenként nagyon változó. Ilyenek például a prosztatata daganatos elváltozásai, amelyek egyesekben nagyon sokáig változatlan formában maradnak fenn, míg másoknál nagyon agresszív formában jelentkeznek. A gyakorlatban alkalmazott vizsgálatok tájékozódó jellegűek, amelyeket a beteg egyéni kockázataival, tüneteivel és más vizsgálatokkal összhangban lehet csak értékelni. Emiatt a szervezett népegészségügyi szűrővizsgálati programban a prosztatata általános lakossági szűrése jelenleg nem szerepel.

I.3. A szűrővizsgálatról általában

Napjainkban a „szűrés” egyre gyakrabban használt, divatossá vált fogalom. A szűrővizsgálatot és fontosságát mind meggyőzőbben ajánlják a közösségek figyelmébe, sulykolják az emberek tudatába, ugyanakkor a „szűrés” fogalmát sokféle tevékenységre alkalmazzák tévesen.

A zavar szükségessé teszi a fogalom tisztázását, mert a helyes orvosi magatartás ezen a téren sem az orvos szubjektív véleményétől függ: a szűrés mibenlétének, szabályainak 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, azokkal mondhatni naponta érintkező háziorvosok, körzeti ápolók és asszisztensek tisztán lássák: miben különbözik a bármely okból létrejött orvos-beteg találkozás során elvégezhető „alkalomszerű” szűrővizsgálat – a valóságban esetkeresés („case finding”) esetleg valamely kórkép korai felismerését („early detection”) célzó vizsgálat – a szolgáltató által kezdeményezett, tömegesen, népegészségügyi méretekben végzendő, „szervezett” szűrővizsgálattól. A háziorvosnak ismernie kell a szűrővizsgálatok daganatbiológiai alapjait, a szűrővizsgálatok mibenlétét, alkalmazásuk szabályait, a szakterület mai



2. ábra: A daganatok kialakulásának folyamatmodellje (Victor J. Schoenbach, Ph.D. prezentációja alapján)

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

állítását, a szűrővizsgálatok várható hasznát, az azokkal járó lehetséges károsodásokat és a vizsgálatok elhanyagolásának következményeit is. Ezt kívánja meg az etikus orvosi magatartás, és pácienseik érdeke. Az alapellátás feladata, hogy korrekt tájékoztatással a szűrővizsgálatok lehetőségéről elősegítsék a felkínált vizsgálatok elfogadását.

I.4. A szűrés, mint különleges vizsgálat

A szűrés tünetmentes személyek vizsgálata alkalmas módszerrel annak érdekében, hogy egy adott célbetegség fennállásának valószínűségét kizárja, vagy éppen megerősítse.

A szűrés különbözik az orvos-beteg találkozások minden más formájától. A széleskörű vizsgálatot ugyanis nem a vizsgált személy, hanem az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi a szervezett szűrés esetében. A szűrésen résztvevők tehát egészséges, vagy magukat egészségesnek vélt személyek. A vizsgálat az egészségeseket – ha csak átmenetileg is – szociológiai értelemben a „beteg szerepébe” helyezi, mert azzal, hogy felvillantja előttük a betegség fennállásának lehetőségét, bizonytalanságot, aggodalmat, félelmet kelthet benne, ezek pedig nemkívánatos lélektani mellékhatások forrásai lehetnek.

A szűrés tünet- és panaszmentes egyéneket céloz meg, akik *tűrőképessége* alacsonyabb, mint az orvostól önként jelentkező betegeké. *Alapelv, hogy a tömegmértű szűrés népegészségügyi tevékenység, és a szűrés hasznának jelentősen felül kell múlnia az esetleges káros hatásokat.* Cél a károkozási kockázat minimalizálása, és a minél nagyobb hatékonyság elérése.

A szűrővizsgálat nem definitív diagnózisra törekvő, csupán a betegséget valószínűsítő eljárás. A „negatív” szűrővizsgálati lelet a vizsgált személyt megnyugtatóan hivatott arról, hogy jelenleg – igen nagy valószínűséggel – 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.

I.5. A szűrővizsgálat jellemzői

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. Szükséges, hogy *érzékeny és fajlagos* legyen, azaz például ráknak mondja a már igen kisméretű daganatot is, de csak a rákot mondja ráknak. Ahogyan azonban a diagnosztikus vizsgálatok, úgy a szűrővizsgálatok is tévedhetnek, ennek megfelelően a szűrővizsgálat eredményét – melyet „nem-negatív”-nak vagy „negatív”-nak nevezünk – a további vizsgálatok megerősíthetik vagy megcáfolhatják (1. táblázat). (A nem-negatív leletet máshol – mások „pozitív”-nak nevezik, ám egy eset pozitívnak csak a tisztázó vizsgálat pozitivitása után mondható.)

| Szűrés eredménye | Megerősítő vizsgálat eredménye | | Összesen |
|------------------|--------------------------------|-----------|---------------|
| | Beteg | NEM beteg | |
| Nem-negatív | a | b | a + b |
| Negatív | c | d | c + d |
| Összesen | a + c | b + d | a + b + c + d |

1. táblázat: A szűrővizsgálat lehetséges kimenetelei:

- a: valóban nem-negatív eset (a szűrő- és megerősítő vizsgálat is igazolja a betegséget)
- b: tévesen nem-negatívnek minősített eset (a szűrővizsgálat eredménye pozitív, de a megerősítő vizsgálat kizárja a betegséget)
- c: tévesen negatívnek minősített eset (a szűrővizsgálat nem jelzi a betegséget, de a megerősítő vizsgálat igazolja)
- d: valódi negatív eset (a szűrő- és megerősítő vizsgálat is elveti a betegséget)

Tekintettel arra, hogy a mindennapi gyakorlatban negatív szűrővizsgálati eredménnyel nem történik további kivizsgálás, különösen fontos, hogy a tévesen negatívok száma igen alacsony legyen. Ezt a szűrővizsgálat magas érzékenységgel lehet elérni. Az *érzékenység* (szenzitivitás) annak a mutatója, hogy a szűrővizsgálati módszer milyen biztonsággal képes felismerni a rejtett célbetegséget, azaz a vizsgálatban részesült összes daganatos személy hány százalékában járt a vizsgálat nem-negatív eredménnyel. Mértéke egy viszonyszám, amelynek számlálójában a vizsgálaton felismert daganatos esetek, nevezőjében a vizsgálaton részt vett összes, azaz mind a felismert, mind a fel nem ismert daganatos esetek száma áll (2. táblázat).

| Szűrővizsgálat | 1000 vastagbél-daganatos páciens közül a helyesen azonosítottak száma | A szűrővizsgálat érzékenysége |
|----------------|---|-------------------------------|
| gFOBT | 474 | 0,474 |
| iFOBT | 810 | 0,81 |
| Kolonoszkópia | 930 | 0,93 |

2. táblázat: A guaiac alapú (gFOBT), az immunkémiai alapú (iFOBT), valamint a kolonoszkópos vizsgálatok érzékenysége.

A *fajlagosság* (specifitás) 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 lelet lesz annak,

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

aki nem-daganatos beteg, illetve a rákmegelőző állapot sem található meg nála. A módszer akkor kellően fajlagos, ha alacsony a tévesen nem-negatívnak minősített esetek aránya.

Az ideális szűrőtesztnak mind érzékenysége, mind fajlagossága 100%-os. Ilyen teszt sajnos nem létezik. Ennek az az oka, hogy az egészséges és a betegpopulációt nem minden esetben tudjuk tökéletesen elkülöníteni, biológiai jellemzőik „átfedhetnek”. Egy egészséges embernél is mérhetünk 150 Hgmm vérnyomásértéket (pl. sportolás után), míg egy kezdődő vagy enyhe hipertóniában is előfordulhat 140 Hgmm alatti érték. El kell tehát fogadni, hogy a mindennapi orvosi gyakorlathoz hasonlóan a szűrővizsgálatok esetén is fennáll a téves pozitívítás, vagy téves negatívítás lehetősége.

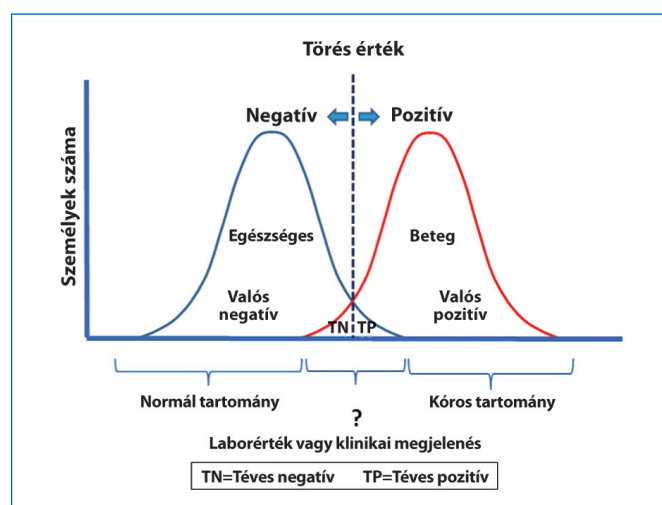
Tévesen negatívnak azok a negatív leletet eredményező esetek minősülnek, amelyekben később két egymást követő szűrővizsgálat közötti időben – klinikai úton fedezik fel a daganatot, és ezt a kórlefolyás, vagy a szövettani vizsgálat igazolja. Ezek az ún. *intervallum-rákok* nagy valószínűséggel már a szűrővizsgálat idejében is fennálltak, ám a vizsgálat – valamilyen okból – adós maradt a felismerésükkel. Ezek a „fals negatív” esetek, amelyek lehetőségével – mint a fentiekben láttuk – sajnos számolni kell. Előfordulhatnak a vizsgálatokat értékelők személyéhez kötött hibák, a tévedések jelentős hányada mégis a módszerek érzékenységének és fajlagosságának korlátaira vezethető vissza. Előfordulhat természetesen az is, hogy a korábbi szűrővizsgálat óta eltelt időben keletkezett, gyorsan növekvő daganatról van szó; ezeket nevezik *valódi intervallum-rákoknak*. Az intervallum-rákok a szűrőprogram minőségének legbeszédesebb mutatói.

A tévesen *nem-negatív* esetekben a 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 betegeknek, annak ellenére, hogy a rosszindulatú folyamat már fennáll. A tévesen nem-negatívnak minősített 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.

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 nem-negatívnak ítélt eseteket.

Ha a negatívnak és nem-negatívnak minősített esetek közötti átmenet – amelyet a szakirodalom töréspontnak („cut-off point”) nevez – élesen különül el, mind a kétirányú tévedés lehetősége nagyobb. Az érzékenység javításával a fajlagosság szenved csorbát, és ez az esetek túldiagnosztizálását eredményezi, azaz, olyan személyeket is további orvosi vizsgálatra (esetleg kezelésre) juttat, akik szűrés nélkül nem kerültek volna ellátásra. A szűrővizsgálat tehát törekeny egyensúlyt jelent, a helyes egyensúly megtalálása bölcs megítélést igényel. Erre nagy szükség van, mert többről van itt szó, mint „műhelygondokról”, mivel mind a negatív, mind a pozitív irányú tévedéseknek orvosi, etikai, de pénzben is kifejezhető következményeivel kell számolni (3. ábra).



3. ábra

Lényeges kívánalom, hogy

1. A szűrővizsgálati módszer legyen „társadalmilag elfogadott”, azaz a szűrővizsgálatra meghívott személyek elfogadják a felajánlott szűrővizsgálatot.
2. Ennek feltétele, hogy a szűrővizsgálat által okozott megterhelés ne haladja meg a vizsgált tünet- és panaszmentet (magát egészségesnek vélő) személy túróképességét; más szóval legyen egyszerű, könnyen kivitelezhető.
3. Előnyére válik, ha elvégzése (vagy elvégzésének egyik szakasza) nincs orvos kezéhez kötve, hanem egészségügyi szakdolgozó is el tudja végezni.
4. Ne legyenek nem kívánatos mellékhatásai, beleértve a lélektani mellékhatásokat is.

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

5. Elvárható, hogy az eljárás költséghatékony legyen, azaz a ráfordítás és a szűrővizsgálatról várható haszon megfelelő arányban álljon.

1.6. A szűrővizsgálat eredménye a gyakorlatban

Az előbbi fejezetben bemutatott szakmai információk a páciensek számára természetesen kevésbé érdekesek, őket sokkal inkább foglalkoztatja az eredmény megbízhatósága. („Akkor biztos, hogy nincs rákom?”) Ezt a kérdést szakszerűen a szűrővizsgálat ún. jósló vagy *prediktív értéke* alapján válaszolhatjuk meg. Prediktív értéknek 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). A nem-negatív esetek hátterében nem minden esetben áll rosszindulatú daganat, de valamilyen elváltozás sokszor kimutatható (különösen igaz ez a vastagbél-szűrésre), így a nem-negatív eredménnyel zárult szűrővizsgálatot követő kivizsgálásra mindenképpen bátorítani kell a páciens.

1.7. 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 szakmai közmegegyezés szerint a hatásosság legjobb bizonyítéka az, hogy a szűrővizsgálati módszer *mérsékli a célbetegségből származó halálozást, illetve bizonyos szűréstípusok esetén – hosszú távon – a morbiditást a vizsgált lakosságban.*

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 kimutatható szakaszán gyorsan „átsuhanó”, gyorsan növekedő daganatoknak; ez áll a „length bias” néven ismert torzító hatás hátterében.

A szűréssel felismert daganatok esetén a túlélés valószínűségének nagyobbak kell lennie, mint a tünetek alapján felismert daganatokénak.

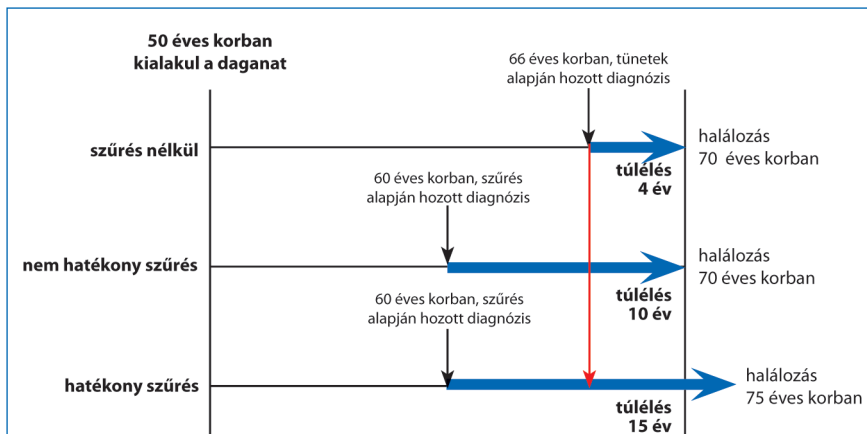
A túlélési idő meghosszabbodását hasonlóképpen csalóknak ítélik, ezért nem tekintik önmagában a hatásosság elfogadható bizonyítékának. A szűrésnek köszönhetően korábban születik meg a diagnózis, mint szűrés nélkül történt volna, ezért a diagnózis – és fatális kimenetel esetén – a halál bekövetkezése közötti idő is ennyivel meghosszabbodik, de ez nem jelenti szükségképpen a halál idejének a kitolódását. Így a túlélési idő meghosszabbodása csupán látszólagos („lead-time bias”) (4. ábra).

1.8. „Szervezett szűrés” – népegészségügyi feladat

Tömeges szűrővizsgálatokat csakis *epidemiológiailag bizonyítottan hatásos módszerekkel* szabad kezdeményezni, azaz csak olyan szűrővizsgálati módzatok alkalmazhatók a lakosságszűrésben, amelyek bizonyítottan csökkentik a célbetegségből származó halálozást a céllakosságban. Az általánosan elfogadott szakmai definíció szerint a népegészségügyi méretű, szakmailag indokolt gyakorisággal megismételt szűrést „szervezett szűrés” elnevezéssel illetik; ez *népegészségügyi tevékenység.*

A szervezett szűrésekkel szembeállíthatók az ún. alkalmoszerű (opportunistikus) szűrések, amelyek hatásossága epidemiológiai módszerrel nem bizonyított. A házi-orvosi praxisban ezeket esetkerésésnek („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 alkalmoszerű szűrővizsgálatok alkalmazásának egyetlen feltétele és szabályozója az orvosi ítélőképesség, indítéka – daganatok esetén – az orvos „onkológiai ébersége”. Az egyén számára hasznosak lehetnek, ám esetenként tetemes „közösségi forrásokat” emésztenek fel anélkül, hogy hasznuk társadalmi szinten demonstrálható lenne.

A tüneteket még nem okozó daganatok felismerésére ugyan alkalmasak, de máig nélkülözik a népességbeli halálozás csökkenésével mért hatásosság epidemiológiai bizonyítékait. Ezen vizsgálati módszerek sora hosszú, közülük néhány példa: a prosztatata rektális-digitális vizsgálata, a bőr és szájüreg



4. ábra: Időelőny torzítás

I. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI CÉLÚ SZŰRŐVIZSGÁLATOK

megtekintéses és tapintásos vizsgálata, a herék tapintásos vizsgálata, a hasnyálmirigy endoszkópos ultrahangos vizsgálata stb. Ezeknek a „klinikai szűrővizsgálatoknak” az orvosi gyakorlat keretei között történő végzését – különösen a magas kockázatú személyek esetében – bátorítani lehet, de felhasználásukkal szervezett népegészségügyi lakosságszűrés nem kezdeményezhető.

A szervezett szűrővizsgálat 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 szűrésen résztvevőket, 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 hangvétellő, névre szóló levélben hívják meg; ismételt meghívólevelet küldenek annak, aki a meghívásra nem válaszol.

A szakterület mai állása szerint a fent leírt kívánalmakat kielégítő, szervezett szűrővizsgálatokat csak az emlő-, a méhnyak- és a vastagbél-daganatok (vagy rákelőző állapotok) korai felismerésére lehet kezdeményezni, mert:

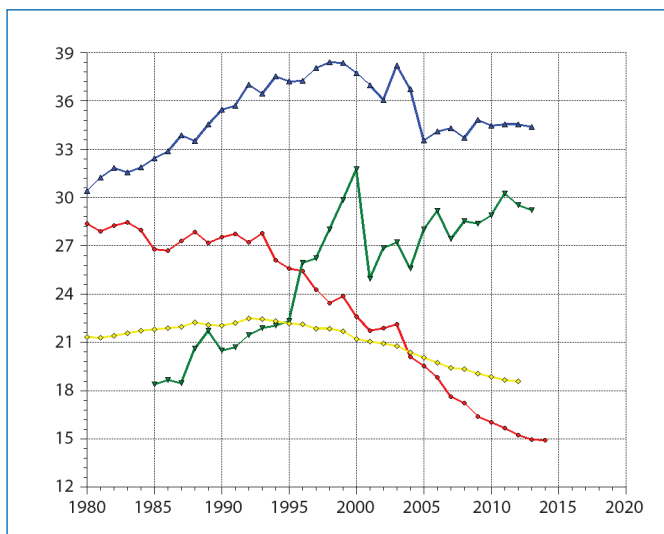
- a célbetegség jelentős népességcsoportot érint, ezért népegészségügyi probléma; a tünetmentes szakaszban is már kimutatható eltérések vannak;
- kimutatásukra alkalmas módszerek állnak rendelkezésre;
- hozzáférhetőek tömegszűrésre alkalmas eljárások;
- a ráfordítás arányban áll a várható haszonnal.



II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

II.1. Bevezetés

A nyugati életformát folytató, gazdaságilag fejlett országokban a rosszindulatú vastag- és végbéldaganat – a tüdőrák mögött – a második leggyakoribb, mindkét nemet érintő daganattípus. Magyarországon is súlyos népegészségügyi problémát jelent: mind az új megbetegedések számát, mind a halálteki szerepét tekintve a második helyet foglalja el. Ezzel a halálzási rátával nemzetközi összehasonlításban az élen áll az adatszolgáltató országok között. Európában elfoglalt helyünket kevésbé a megbetegedés gyakorisága, döntően a magas halálzási arány határozza meg (5. ábra).



5. ábra: 100.000 lakosra számított vastagbél-, végbél és végbél-nyílás daganatos halálzási, (WHO European Mortality Database – Egészségügyi Világszervezet Európai Halálzási Adatbázisa) (SHH)

KÉK – Magyarország, SÁRGA – Európai Unió, PIROS – Ausztria, ZÖLD – Horvátország

A magas halálzási egyik fő oka a korai felismerés hiánya. A vastagbél-daganatban szenvedő betegek többsége már előrehaladott, elhanyagolt daganattal keresi fel orvosát. A korai felismerés és kezelés a szűrővizsgálatok kiterjesztése útján jelentősen enyhítené a kedvezőtlen epidemiológiai helyzetet.

Teljes az egyetértés abban, hogy az idő előtti halálzási mérséklése elodázhatatlan, és ennek legígéretesebb eszköze a szűrővizsgálat. A szűrővizsgálatok elmaradásának nagyszámú megmenethető életév elvesztése az ára. A nemzetközi szervezetek (pl. Európa Tanács, WHO) kifejezetten támogatják a szervezett vastagbél-szűrést.

Az Európa Tanács 2003-ban közzé tett ajánlásaiban ösztönzi a tagállamokat a székletbeli rejtett vérzés kimutatásán alapuló szűrőprogramok létesítésére. A vastagbél-szűrés 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 vastagbél-daganat 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 vastagbél-daganat minőségbiztosításában alkalmazandó eljárásokról (European Commission. European guideline for colorectal screening and diagnosis. Luxemburg. 2011.).

II.2. A vastagbél-daganat előfordulása, halálteki szerepe

A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint hazánkban egy nap-tári évben bejelentett új vastag- és végbél-daganatos esetek száma (BNO C18-21) évente 10.000 körül mozog (2012-ben 10549). Férfiaknál gyakoribb és mérsékelten emelkedő trendet mutat (2012-ben 5674 eset), nőknél a gyakoriság kisebb alacsonyabb, és mérsékelt csökkenést mutat (2012-ben 4875 eset).

A Központi Statisztikai Hivatal adatközlése szerint a vastagbél-daganat eredetű halálesetek száma is rendkívül magas: évi 5000 körül ingadozik; ezzel a gyakorisággal az európai országok „ranglistáján” a 100.000 főre számított halálzási (mortalitás) élen áll (lásd I. fejezet 1. ábrája). A kormegoszlását tekintve a vastag- és végbél-daganat okozta halálzási mindkét nemben a 40. év után válik mind gyakoribbá, 50 és 70 év között tetőzik, majd csökkenőre fordul.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

A *túlélési esélyeket*, azaz a diagnózis felállítása és a vizsgált betegségből eredő halál bekövetkezése között eltelt időt jelentősen befolyásolja a daganat előrehaladottsága (helyileg kiterjedt volta), differenciáltsága („grading”), a környéki nyirokcsomókba adott áttétek és a távoli metasztázisok megléte vagy hiánya. 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 az adatközlő országok közül Magyarországon a legnagyobb. Ez az arányszám a hazai egészségügyi ellátórendszer minőségét kedvezőtlen színben tünteti fel. A magas halálozási arány azzal magyarázható, hogy a korai stádiumban sikeresen reszekálható vastagbél-daganatok jelentős hányadát jelenleg túl későn, már operálhatatlan állapotban ismerik fel. Ez indokolja korai felismerésüket és korai kezelésüket. Ezek a riasztó tények hathatós cselekvést sürgetnek.

II.3. A vastagbél-daganat fejlődésmenete

Az első fejezetben megismert fejlődésmenet (natural history) a vastagbél-daganat esetén jól ismert. Keletkezésüket többnyire jóindulatú mirigyos polipok (adenomák), ritkábban egyes idült gyulladással vastagbél-betegségek előzik meg (colitis ulcerosa, Crohn-betegség). Nem ritka a mirigyos polipok, a vastagbél-daganat és egyes örökletes szindrómák családi halmozódása, tehát gyakrabban fordulnak elő egyes ágú rokonok között (szülő, testvér, gyermek). A magas kockázatú csoportba tartozó egyének rendszeres ellenőrzése a szervezett szűréstől független, az egészségügyi ellátórendszer orvosi feladata. A vastagbél-daganatok többsége, mintegy 75%-a 10 mm-nél nagyobb átmérőjű polipokból, átlagos kockázatú személyekben alakul ki (ami szintén alátámasztja a szervezett népegészségügyi szűrés fontosságát). Ezeket sporadikus rákoknak nevezik.

A vastagbél mirigyos polipjai – gyakoriságuk miatt – jelentős népegészségügyi problémát jelentenek, mert a tünetmentes

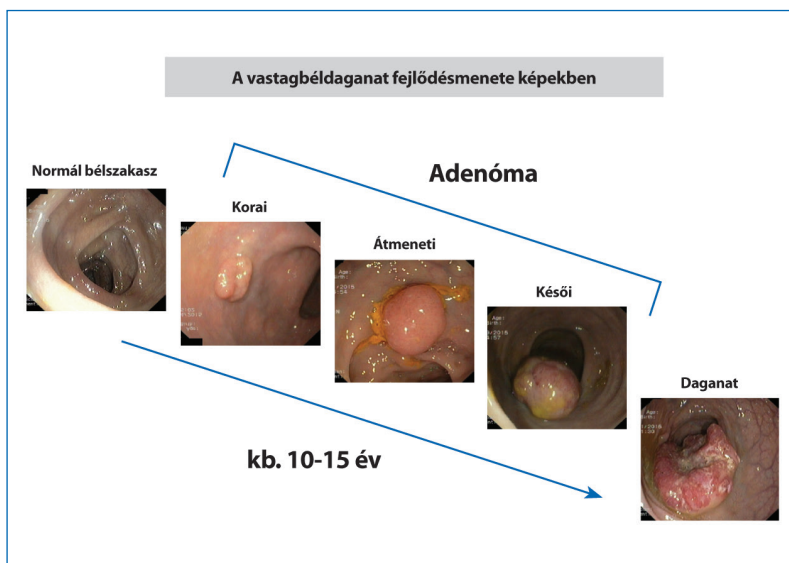
átlagos kockázatú népesség mintegy 5-10%-ában, az 50 év-nél idősebb átlagos kockázatú népesség akár 20-25%-ában is megtalálhatók. A polipok eltávolítása, így a vastagbél-daganat kialakulásának „elsődleges megelőzése” tekinthető a szűrővizsgálat talán legfontosabb céljának. Természetesen összefüggés áll fenn a polip mérete, szövettani típusa, a szöveti atípi mértéke és a rosszindulatúvá válás valószínűsége között. A polip mérete és a vérzés hajlama összefügg egymással. Minél nagyobb a polip, annál gyakrabban és annál jobban vérzik.

A vastagbél-daganat kialakulása (6. ábra) hosszú folyamat, mely során már látható, de még jól kezelhető nyálkahártya eltérések (polipok/adenomák) alakulnak ki. Az adenomák rákelelő állapotoknak számítanak. „Adenoma-karcinoma szekvencia” néven ismert az a fejlődési láncolat, amelynek során az egyre súlyosbodó hám-atípiát mutató mirigyos 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 vastagbél-daganat 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%.

A vastagbél-daganat kifejlődése tehát időben elhúzódó folyamat: mintegy 5-15 évig (átlagosan 10 évig) tart a fejlődésment a 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 végbél-daganatot szűrővizsgálatra különösen alkalmas célbetegséggé teszik.

II.4. A vastagbél-daganat kimutatására szolgáló módszerek

Jóllehet a vastagbél-szűrés módszertani arzenálja gazdagnak tűnik, látni kell, hogy mindmáig nem rendelkezünk egyetlen olyan szűrővizsgálati módszerrel, amely minden igényt kielégítene, mert korlátozott az elérhetősége, vagy potenciális kockázattal jár, vagy társadalmi elfogadottsága a vizsgált személyek számára távolról sem optimális. Ezért a nemzetközileg elfogadott és Magyarországon is bevezetés alatt álló szűrési módszer „kétlépcsős”.



6. ábra: A vastagbél-daganat fejlődésmenete képekben (kolonoszkópos felvétel).

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

Természetesen nagyon fontos az onkológiai éberség, de a klinikai tünetek alapján a felismerés általában későbbi stádiumban történik, mint szűrés segítségével. Mindez nyilvánvalóan a túlélésre is kihat.

Az 5 éves túlélés a vastagbél-daganat első és negyedik stádiuma között lényegesen csökken.

II.4.1. Rektális-digitális vizsgálat

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

II.4.2. Kolonoszkópos vizsgálat

A vastagbél teljes hossza, egészen a vékonybél-vastagbél átmenetéig, a szem számára látótérbe hozható. Lehetőséget ad a talált polipok mintegy 90%-ának eltávolítására, akár „egy ülésben” is, így jól szolgálja a vastagbél-szűrés elsődleges célját. Ezek alapján a kolonoszkópos vizsgálat a vastagbélvizsgálatok „arany standardja”, a legmegbízhatóbb (úgynevezett „egylépcsős”) szűrővizsgálati módszer. Hatásosságát randomizált, ellenőrzött vizsgálatokban nem vizsgálták, megfigyelésen alapuló vizsgálatok az eljárás hatásossága mellett szólnak. Nemzetközi tapasztalatok és kutatások alapján ma már megfogalmazhatók a kolonoszkópia minőségi követelményei, ami alapján leírhatók a „minőségi kolonoszkópos vizsgálat” jellemzői.

A „minőségi kolonoszkópia” kritériumai:

- fizikális státusz rutinvizsgálata, laboratóriumi és koagulációs paraméterek meghatározása;
- a béltraktus megfelelő megtisztítása;
- szükség esetén a beavatkozás előtti gyógyszerelés (szedatioanalgezia);
- teljes kolonoszkópia elvégzése a coecum elérésével (min. 90%), és lehetőség szerint az ileum megtekintésével; képi archiválással;
- a vizsgálat során az átlagos adenóma detektációs ráta meghaladja a 25%-ot (férfiaknál 30%, nőknél 25%);
- 20-40% polip-felismerési arány; és szükség szerint polipeltávolítás, („tisztá colon” elérése a polipok eltávolításával); a vizsgálat során megkísérlik eltávolítani a nyeles, illetve a 2 cm-nél kisebb sessilis polipokat, a sebészetre történő továbbutalást megelőzően;
- az észlelt és eltávolított polipok méretének pontos meghatározása; kórszövettani háttér biztosítása;
- Gondos nyálkahártya áttekintés, hat percnél nem rövidebb kihúzási idő („withdrawal time”) képi archiválással
- megfelelő sebészeti háttér; a súlyos szövődmények (bélperforáció, kórházi ellátást és vértranszfúziót igénylő vérzés, ill. halálozás) aránya nem haladja meg a 2 ezreléket. Részletesen: perforáció arány szűrő kolonoszkópiánál <1/1000; posztpolipektómiai vérzés incidencia <1/100;

- adekvát betegmegfigyelés és beavatkozást követő időszakban rendezett ellenőrzési rend; szövődmény esetén rendelkezésre áll háttérintézmény, ahol képesek megoldani az adott, felmerült problémát.

A minőségi kolonoszkópiának megfelelő személyi és tárgyi feltételek és folyamatok biztosítása dokumentált módon:

- Humán erőforrás tekintetében
 - rendelkezik legalább 2 fő (főállású), legalább 3 éves gasztroenterológiai szakvizsgálattal rendelkező szakorvossal (Valamennyi szakorvos az elmúlt évben legalább 150 kolonoszkópos vizsgálatot végzett.);
 - rendelkezik vizsgálóegységenként legalább 2 fő aszisztenssel (akik közül az egyik szakasszisztens);
 - rendelkezik a szükséges személyi feltételekkel a páciensek szedációjában történő vizsgálatára.
- Tárgyi feltétel tekintetében
 - rendelkezik megfelelő fektető helyiséggel;
 - rendelkezik a minőségi kolonoszkópia végzéséhez szükséges tárgyi feltételekkel:
 - ◆ legalább 2-2 HD endoszkóppal (kolonoszkóp és gasztroszkóp), jól működő vágókészülékkel vizsgáló egységenként;
 - ◆ digitális képtárolási rendszerrel (háttértárolóval) vizsgáló egységenként;
 - ◆ használatban lévő automata eszközmosó készülékkel vizsgáló egységenként;
 - ◆ CO₂ insufflátorral vizsgáló egységenként;
 - ◆ rendelkeznek a megfelelő, vérzéscsillapítást biztosító eszközökkel vizsgáló egységenként;
 - a laboratórium képes biztosítani a rendelkezésre álló infrastruktúra karbantartását.

II.4.3. 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 hemoglobin kimutatása, amelyet kémiai, vagy immunkémiai módszerrel végeznek. A két „módszer-család” közötti különbség abban áll, hogy amíg a kémiai kimutatás *emberre nem specifikus* (pl. *gFOBT*), azaz elvégzése előtti napokban fogyasztott állati eredetű hús, és bizonyos gyógyszerek befolyásolják az eredményt (tévesen pozitív, vagy tévesen negatív leletek), ezért alkalmazása a vizsgálatot megelőző napokban diétás megkorlátozásokat indokol. Az immunkémiai eljárások

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

emberre specifikusak (pl.iFOBT), így nincs szükség diétás megszorításokra.

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

Ezek a gyűjtőnéven „hemocult-teszt”-ként ismert eljárások a székletbeli hemoglobin kémiai kimutatásán alapulnak. E célra a guaiac-alapú, színreakciós tesztek (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 fajlagosságuk magasabb, mint a guaiac-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 gyors tesztek 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 jelenlétére is alkalmasak lehetnek.

A vastagbéliszűrési program az immunkémiai kimutatáson alapuló tesztet használja.

Kétfázisú immunológiai tesztek

Újabban úgy vélik, hogy a hemoglobin 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 daganatok kimutatása látja kárát. Ezekkel a hatásokkal szemben a nagyobb molekulású 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.

Egyéb eljárások

Egyéb eljárások, mint a székletbeli DNS kimutatása piruvátkináz tartalmának meghatározása (M2-PK), egyes onkogének szűrővizsgálata vagy metilált DNS kimutatása vérből rutinszerűen egyelőre nem terjedtek el.

II.5. A vastagbéliszűrés 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 gyakoriságára illetve módszertanára azonban különböző szakmai ajánlások léteznek.

„Egylépcsős” vastagbél-daganat-szűrési stratégia: 50 éves kor után, 5 évenként, (de akár csak „egyszer az életben” – „once in a life-time”) önállóan, más vizsgálatoktól függetlenül alkalmazott kolonoszkópos vizsgálat. Ennek elméleti háttere, hogy csak a kolonoszkópia képes felismerni a rákelőtti állapotnak tekinthető vastagbél-polipokat, kizárni vagy igazolni a vastagbél-daganat felmerült gyanúját, ezzel jelentősen hozzájárul a vastag- és végbél-daganatból eredő halálozás mérsékléséhez, és mint ilyen, „elsődleges” szűrő-módszerként is alkalmazható.

„Kétlépcsős” vastagbéliszűrési stratégia: a szűrővizsgálat módszereként a székletbeli rejtett vérzés immunológiai kimutatását alkalmazza azzal, hogy a nem-negatív székletvér lelet után – tisztázó vizsgálatként – kolonoszkópos vizsgálat elvégzését teszi szükségessé.

Magyarországon a „kétlépcsős” vastagbéliszűrés kerül bevezetésre.

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 kórszövet-tani feldolgozására és kórismézésére is. Számos előnye miatt a vastagbéliszűrés „arany standard” módszere. Nem felel meg azonban ez a módszer a szervezett népegészségügyi szűrővizsgálatokkal szemben támasztott egyéb kritériumok közül az elfogadhatóság, magas részvételi hajlandóság kritériumának, mivel a vizsgálat nem végezhető el könnyen és gyorsan, és nagyon megterhelő a páciens számára. Az „egylépcsős” szűrés társadalmi elfogadottsága is alacsonyabb volna az elvárhatónál.

A „egylépcsős” szűrés lakossági méretű bevezetését a hazai kolonoszkópos kapacitás szűkössége nagyban megnehezítené. A szűrővizsgálatokból az endoszkópos szakhálózatra háruló teher a kolonoszkópos kapacitás legalább másfélszeres megnövelését, személyi és infrastrukturális fejlesztését tenné szükségessé.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

Hivatkozva a népegészségügy, mint szakterület jelenlegi állásfoglalására, a magyarországi népegészségügyi lakosságszűrés vastagbéliszűrési 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. Ahhoz, hogy a kétlépcsős stratégia megfelelően hatékony legyen, a székletvizsgálatot a célpopulációban két évente ismételni kell.

II.6. Hazai konszenzus a vastagbéliszűrésről

Hazánkban az elhúzódó vitát – az „egylépcsős” vagy a „kétlépcsős” szűrés bevezetéséről – 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 immunesztek kiválasztását piackutatás eredményeitől tette függővé. Az állásfoglalás összhangban áll az Európa Tanács 2003/878/EC számú, a népegészségügyi szűrővizsgálatokra vonatkozó, már idézett ajánlásaival.

A konszenzus-konferencia a székletbeli hemoglobint jelző immunológiai széklet-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 az információt a laikusok számára is érthető módon tegyék közzé.

II.7. A magyarországi szabályozás

1. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 88.§. (2) a) pontja az alapellátás feladatákként 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.§.(4)),
 - elvégezzék azokat a kompetenciájukba tartozó szűrővizsgálatokat, amelyekre a jogszabály nem jelöl ki más szolgáltatót; más esetekben pedig az egyéne-

ket a szűrővizsgálat elvégzésére kijelölt egészségügyi szolgáltatóhoz utalják (4.§. (a)),

- nyilvántartást vezessenek a más egészségügyi szolgáltató feladatkörébe tartozó szűrővizsgálatokra történő beutalásról és a vizsgálat eredményéről, valamint a szűrővizsgálat alapján gondozásba vett személyekről (8.§.(2)),

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 végbéldagányos 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 feladatákként fogalmazta meg. Az intézkedés összhangban áll az Európa Tanács lakosságszűréssel foglalkozó 2003/878/EC számú ajánlásával.

A mammográfiás emlőszűrésre és a citológiai méhnyakszűrésre a jogszabály „más szolgáltatót” jelölt ki. Ezeknek a szűrési módzatoknak a lebonyolításában, az alapellátásban dolgozó háziorvosnak és asszisztensének, valamint a körzeti ápolónak a feladata a praxisból szűrővizsgálatban részesült személyek nyilvántartása, valamint a szűrések ajánlása, a szűréseken való részvétel szorgalmazása, és az ezzel kapcsolatos tájékoztatás. Ezzel szemben a vastag- és végbéliszűrés lebonyolítására a jogszabály nem jelöl ki más szolgáltatót.

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

II.8. Komplex népegészségügyi szűrések az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú kiemelt projekt keretében

A korábbi mintaprogramok után a szervezett vastagbéliszűrés újabb fejezete az Európai Unió forrásból tervezett EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 kiemelt projekt megvalósítása, amely fő célja a vastagbéliszűrés országos kiterjesztése. A projekt gazdája az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, amely működteti és irányítja a többi népegészségügyi

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

célú, célzott szűrővizsgálati programot is (emlő- és méhnyakszűrés).

A projekt céljai

A projekt átfogó, hosszú távú célkitűzése az, hogy csökkentse a vastagbél-daganatból eredő halálozást, továbbá növelje a szervezett népegészségügyi szűrések hatékonyságát. A projekt által kitűzött célrendszer azonban ennél komplexebb, több szintre tagolható. A projekt átfogó és konkrét céljai, valamint a részcélok a következők:

A projekt átfogó céljai:

1. A népegészségügyi programok hatékonyságának növelése, jelen projektben kiemelten a daganatos megbetegedések és az ebből eredő halálozások számának csökkentése, a daganatos betegségek súlyos következményeinek elkerülése.
2. A projekt célja, hogy a szűrővizsgálatok teljes körűen szabályozottak legyenek, javuljon a közfinanszírozott, szervezett, célzott szűrővizsgálatok hatékonysága és teljes körűen megvizsgált és rendszerbe állítható, majd folyamatosan karbantartott legyen a népegészségügyi szempontból nagy jelentőségű, alkalomszerű szűrővizsgálatok szervezése.
3. A lakosság egészségtudatosságának fejlesztése (beleértve a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóságot), a célcsoportokhoz igazított egészségkommunikáció alkalmazásának megerősítése. A szűrővizsgálati rendszer felülvizsgálata és korszerűsítése. A lakosság egészségének fejlesztése.

A projekt konkrét céljai:

1. A szűrővizsgálatok szabályozási keretrendszerének kidolgozása, amely egységesen tartalmazza a javaslatokat a jogi és a nem jogi szabályozókra, a korszerű nemzetközi gyakorlat, szakmai kritériumok és a hazai szükségletek figyelembevételével. A keretrendszernek magában kell foglalnia a szabályozási, finanszírozási folyamat – struktúrák – kompetenciák – minőségbiztosítás megtervezését.
2. A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok (emlőszűrés, méhnyakszűrés továbbá a vastagbél-szűrés) továbbfejlesztése, a rendszer komplex (jogi, szakmai, pénzügyi) újratervezése és -szervezése, a szükséges kapacitások meghatározása a hatékonyság növelése érdekében. A népegészségügyi szűrővizsgálatokban közreműködő szakemberek szakmai, kommunikációs ismereteinek növelése, további védőnők bevonásának elősegítése a méhnyakszűrés végzésébe.
3. Szervezett lakossági vastagbél-szűrés országos kiterjesztése az 50-70 éves férfi-női korcsoportban.
4. A népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú működő vagy országos alkalmazásra esélyes szűrővizsgálatokról – hatásosság vizsgálatot, pilot programot és átfogó, egészséggazdasági vizsgálatot, javaslatot is tartalmazó – a szakmai döntések támogatása.

5. Pilot melanóma- és szájüregi szűrés megvalósítása a szűrésekkel kapcsolatos szakmai kritériumok alkalmazhatósága és országosan egységes kivitelezésének biztosítása érdekében.

A projekt rész céljai:

1. A szűrési keretrendszer részeként a vastagbél-szűrés folyamatos népegészségügyi szűrés-ként történő biztosításához a szűrés valamennyi mozzanatát érintő szabályozó kidolgozása, javaslat a jogi és finanszírozási támogatás biztosítására, valamint valamennyi, szűrésben résztvevő szakember számára egy szűrési minőségügyi kézikönyv elkészítése.
2. A vastagbél-szűrés országos kiterjesztése valamennyi közigazgatási egység tekintetében.
3. A méhnyakszűrés, mint szervezett népegészségügyi szűrés módszertani fejlesztése. A HPV- szűrésnek a szervezett szűréshez történő kapcsolódásának vizsgálata, javaslat tétel.
4. Az emlőszűrés hatékonyságának érdekében Sugár-egészségügyi minőségügyi kézikönyv biztosítása a mammográfiás szűrőhelyek számára. Az egységes, magas színvonalú szűrőtevékenység biztosítása érdekében a szűrőállomások és komplex szűrőközpontok (emellett a magán szolgáltatók) működésének értékelése/újraértékelése, a szolgáltatás minőségének támogatása a megfelelő dokumentumok elkészítésével.
5. A szűrések támogatására informatikai szakrendszer(ek) újratervezése, fejlesztése, monitoring rendszer biztosítása, emellett a szűrésben résztvevők képzéséhez, tájékoztatásához, tananyagfejlesztéshez, a szűrések lakossági népszerűsítéséhez támogató rendszerek és funkciók biztosítása fejlesztéssel és korszerű IT elemek beszerzésével.
6. Képzések: az egyes szűrésekben résztvevő szakemberek (házi orvosi praxisok szakemberei, mammográfiák, endoszkópos szakasszisztensek) szakmai és kommunikációs (és az adatkezeléshez szükséges informatikai) ismereteinek növelése tananyagfejlesztéssel, e-learning típusú képzés megvalósításával. A citológiai asszisztensek képzési rendszerének felülvizsgálata, citológiai asszisztensek képzése. Ezen túl a méhnyakszűrésre kiképzett védőnők számának további növelése újabb védőnők továbbképzésével. A képzések akkreditálása a minőségbiztosítás részeként.
7. A szájüregi és melanóma pilot szűrések a meghatározott rizikócsoportok tagjainál, a projektben eldön-

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

tött közigazgatási területen történnek, abból a célból, hogy a szűrések kritériumrendszerét vizsgálva egyrészt eldönthető legyen ezen szűrések alkalmazásának módja, a szűrést végzők köre, kompetenciájuk, másrészt a szűrést támogatják olyan dokumentumok (jogszabály módosítási javaslat, hatástanulmány, protokollok, adatkezelés stb.), amelyek a szűrések kivitelezésének megfelelő minőségét, egységességét (lehetősegint az esélyegyenlőséget) biztosíthatják.

II.9. A népegészségügyi lakossági vastagbélvizsgálás gyakorlati lebonyolítása az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 számú Komplex népegészségügyi szűrések elnevezésű kiemelt projekt keretében

A szervezett népegészségügyi lakossági szűrővizsgálatok megszervezését, működésének összehangolását, monitorozását és értékelését az egészségügyi kormányzat az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet alapján az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) feladatává tette. A feladatok felelőseinek szervezeti átalakulását a 378/2016. (XII. 2.) Kormányrendelet 19. § (1) bekezdése szabályozza. Az Országos Szűrési Koordinációs Osztály feladatait a területi szűrési koordinátorok szakmai irányításán és a területen végzett koordinációs munkájuk szakmai támogatásán keresztül látja el, akik a megyei kormányhivatalok népegészségügyi főosztályainak kötelékében működnek.

II.9.1. Szűrővizsgálatok lebonyolítása

A szervezett vastagbél szűrővizsgálat alapját képezi az életkor alapján veszélyeztetett személyek személyi azonosítására alkalmas adatait (TAJ) tartalmazó lakosságlista. A lista „tisztított”, azaz nem tartalmazza az időközben elhunytak, valamint a vastag- és végbéldaganat miatt gondozás alatt álló valamint a szűrés során kolonoszkópos vizsgálaton a protokoll szerinti időintervallumon belül megjelent személyek adatait.

Minthogy a népegészségügyi lakossági szűrővizsgálat területi elven épül fel, meghatározott közigazgatási egységekben (város, község) valósul meg. Szervezési egysége a háziorvosi körzet. A területi szűrési koordinátor a vastagbélvizsgálásra meghívható lakosok adataiból praxiskódok szerint állítja össze a meghívási listákat, majd a kész listákat hozzárendeli az egyes praxisokhoz. Ezek után a praxist ellátó háziorvos számára elérhetővé válik a lista. A háziorvosnak elektronikusan lehetősége van kiválasztani, hogy a lakos kapjon, vagy ne kapjon meghívólevelet (ez opcionális) (lásd V. fejezet).

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

Ezt követően a háziorvos által elfogadott szűrési lista elektronikusan visszakerül a szűrési koordinációért felelős szerve-

zethez, majd a szervezet megbízásából a Magyar Posta előkészíti a névre szóló meghívóleveleket, és postázza őket.

A meghívólevelek kiküldése több ütemben zajlik.

A meghívólevél névre szóló, személyes hangú levél, amely tájékoztatja a címzettet a vastagbélvizsgálás 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 a székletminta vételére alkalmas „páciens csomagokat” (KIT-eket) kapnak. A KIT tartalmaz 2 db speciális mintagyűjtő tartályt, 1 db simítózáras fényvédelemmel ellátott plastik tasakot, 1 db szemléltető ábrákkal ellátott használati útmutatót, 1 db díjhitelezett és előre megcímzett borítékot, 1 db kisméretű, légpárnás borítékot, 1 pár gumikesztyűt, valamint 1 db nyilatkozatot. A praxis a meghívási listán szereplő lakosok számára személyenként 2 db etikett címkét kap. A szűrési csomag átadásakor a későbbi beazonosíthatóság érdekében fel kell ragasztani az etiketteket a mintagyűjtő tartályokra.

Az alapellátásban dolgozók a szűrővizsgálathoz jelentkezők átadják a „páciens csomagot” a szűrővizsgálatra jogosult személyeknek. Felhívják a figyelmüket a csomagban elhelyezett „használati utasítás” követésére.

A mintagyűjtő eszközökhöz mellékelte „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 alkalommal vett székletmintából történik.

A személyazonosításra vonatkozó etikett-címke szolgál, amelyet az alapellátásban dolgozóknak kell a mintagyűjtő tartályokra ragasztani. A meghívólevél levágott szelvényét bele kell tenni a székletmintát tartalmazó postán feladandó borítékba.

Az alapellátásban dolgozó figyelmeztesse páciensét, hogy a mintákat haladéktalanul tegyék a tasakba, azokat a megcímzett borítékba tegyék és adják fel a postán (tehát ne a postaládába helyezték el!), onnan kerül tovább a laboratóriumba.

II.9.2. Eredményközlés és betegkövetés

A székletminta értékelése az Országos Szűrési Koordinációs Osztály által szerződötetett vagy jogszabályban kijelölt klinikai laboratóriumban történik. A laboratórium minden beérkezett mintát értékel, és az eredményeket feltölti az Or-

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

szágos Szűrési Nyilvántartásba, amelyen keresztül a házi orvos a saját körzete adatait 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 páciens tájékoztatni kell arról, hogy ez a szűrővizsgálat sem 100%-os biztonságú, ezért bármilyen gyanús tünet (pl. vérzés, székelési szokások megváltozása, stb.) esetén 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 annak egyetértése és együttműködése esetén a házi orvos 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. Az ezzel kapcsolatos szakmai indokokat és javaslatokat a házi orvosnak ismertetnie kell a pácienssel.

A házi orvos az Onkológiai Szűrési Rendszerben rögzíti, hogy a páciensét további vizsgálat céljából kolonoszkópos laborba irányította, majd megkéri, hogy ennek a vizsgálati eredménynek a birtokában is keresse fel a praxist.

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

A kolonoszkópos vizsgálatot végző endoszkópos laboratóriumokat az OTH jogutódja felkéri a vastagbél szűrésben részt vett páciensek vizsgálati eredményeinek elektronikus rögzítésére az Országos Szűrési Nyilvántartásba.

A házi orvos kiemelt 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 páciens 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.

II.10. Egyéb, speciális helyzet kezelése a szűrés kapcsán

A szervezett szűrés az ún. átlagos kockázatú népességet célozza (*sporadikus daganatok, lásd II.3. bekezdés*). A magas kockázatú csoportba sorolható személyek kiszűrése és ellátása továbbra is a házi orvos feladata.

A házi orvostól elvárható, hogy a betegeinél a személyes és családi kórelőzmények felvétele során rákérdezéssel „kiemeljék” és nyilvántartsák a vastagbél daganat 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 vastagbélkarcinóma családi előfordulása,
- a vastagbél daganat előfordulása a közvetlen egyenes ági rokonok között (szülő, gyermek, testvér).
- egészségtelen életmód folytatása (dohányzó, túlsúlyos, rendszeres alkoholfogyasztó, mozgásszegény stb.)

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.

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

Függelék - Összefoglaló a Csongrád megyei vastagbélászúresi programról

3. táblázat: A Csongrád megyei pilot vastagbélászúrés program 1. körének részletes indikátorai

| Mutatószám | Férfi | Nő | Összesen | iFOBT szűrések irányértékei (European Guideline) |
|---|--------|--------|----------|--|
| OEP által megadott célpopuláció (fő) | 24 240 | 29 158 | 53 398 | |
| 2015.01.14-én kipoztázott meghívó (db) | 1 268 | 9 163 | 10 431 | |
| <i>Behívási arány</i> | 5,2% | 31,4% | 19,5% | 95% (Célpopulációhoz képest) |
| 2015.07.07-ig kézbesítetlen meghívó (db) | 17 | 64 | 81 | |
| <i>Kézbesíthetlenségi arány</i> | 1,3% | 0,7% | 0,8% | (Kipoztázott meghívókhoz képest) |
| Kézbesített meghívó (db) | 1 251 | 9 099 | 10 350 | |
| Háziorvos által kiadott szűrés csomag | 614 | 5 331 | 5 945 | |
| <i>Megjelenési arány</i> | 49,1% | 58,6% | 57,4% | (Kiadott szűrés csomag/ Kézbesített meghívó) |
| Kémiai laborba érkezett szűrés csomag (db) | 542 | 4 986 | 5 528 | |
| <i>Részvételi arány (Laborba érkezett szűrés csomag/ Kézbesített meghívó)</i> | 43,3% | 54,8% | 53,4% | 65,0 % (minimum 45,0 %) |
| Értékelhető székletminta (db) | 1 090 | 9 971 | 11 061 | |
| Értékelhetetlen székletminta (db) | 0 | 8 | 8 | |
| Értékelhetetlen székletminta (%) | 0,0% | 0,1% | 0,1% | <1 % (3 % alatt elfogadható) |
| Összes lelet (összes elvégzett szűrővizsgálat) | 542 | 4 985 | 5 527 | Negatív és nem-negatív lelet együtt |
| Negatív eredményű lelet (db) | 441 | 4 477 | 4 918 | |
| <i>Negatív eredményű lelet (%)</i> | 81,4% | 89,8% | 89,0% | (Összes lelethez képest) |
| Nem-negatív eredményű lelet (db) | 101 | 508 | 609 | |
| <i>Nem-negatív eredményű lelet (%)</i> | 18,6% | 10,2% | 11,0% | 4,4 % - 11,1 % |
| Kazetta veszteség (db) | 72 | 345 | 417 | |
| Kazetta veszteség (%) | 11,7% | 6,5% | 7,0% | (Kiadott és laborba érkezett csomag eltérése) |
| Kolonoszkópiára utaltak száma (fő) | 63 | 381 | 444 | |
| <i>Kolonoszkópiára utaltak aránya (%)</i> | 11,6% | 7,6% | 8,0% | Kémiai laborba érkezett szűrés csomaghoz |
| Kolonoszkópiára küldést elfogadta (fő) | 53 | 347 | 400 | |
| <i>Kolonoszkópiára küldést elfogadta (%)</i> | 84,1% | 91,1% | 90,1% | >90 % (85 % felett elfogadható) |
| Kolonoszkópiára küldést nem fogadta el (fő) | 9 | 33 | 42 | |
| Kolonoszkópiát magán úton intézi (fő) | 1 | 1 | 2 | |
| Kolonoszkópia eredménye összesen (fő) | 37 | 263 | 300 | |
| Kolonoszkópia részvételi arány (%) | 69,8% | 75,8% | 75,0% | Kolonoszkópiára küldést elfogadta (fő)-höz |
| Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (fő) | 23 | 134 | 157 | |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (%)</i> | 36,5% | 35,2% | 35,4% | kolonoszkópiára beutaltakhoz képest |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (%)</i> | 4,2% | 2,7% | 2,8% | 13,3–22,3‰ |

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

| | | | | |
|---|------|------|------|--------------------------------------|
| Kolonoszkópia eredménye „malignus” (fő) | 3 | 13 | 16 | |
| Kolonoszkópia eredménye „malignus” (%) | 8,1% | 4,9% | 5,3% | kolonoszkópiára beutaltakhoz képest |
| Kolonoszkópia eredménye „malignus” (%) | 0,6% | 0,3% | 0,3% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest |
| Kolonoszkópia eredménye „egyéb elváltozás” (fő) | 5 | 42 | 47 | |
| Kolonoszkópia eredménye „negatív” (fő) | 6 | 74 | 80 | |
| Kolonoszkópia eredménye „értékelhetetlen” (fő) | 0 | 1 | 1 | |
| Szövettan eredménye összesen (fő) | 30 | 151 | 198 | |
| Szövettan eredménye „értékelhetetlen” (fő) | 0 | 2 | 2 | |
| Szövettan eredménye „nem malignus” (fő) | 25 | 137 | 162 | |
| Szövettan eredménye „nem malignus” (%) | 4,6% | 2,7% | 2,9% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest |
| Szövettan eredménye „malignus” (fő) | 5 | 12 | 17 | |
| Szövettan eredménye „malignus” (%) | 0,9% | 0,2% | 0,3% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest |
| Szövettan eredménye „malignus in situ” (fő) | 3 | 3 | 6 | 1,8–9,5% |
| Szövettan eredménye „malignus I.st.” (fő) | 2 | 9 | 11 | |
| Szövettan eredménye „malignus II.st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövettan eredménye „malignus III.st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövettan eredménye „malignus IV. st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |

4. táblázat: A Csongrád megyei pilot vastagbélzsűrés program 2. körének részletes indikátorai

| Mutatószám | Férfi | Nő | Összesen | iFOBT szűrések irányértékei (European Guideline) |
|--|--------|--------|----------|--|
| OEP által megadott célpopuláció (fő) | 23 162 | 28 114 | 51 276 | |
| 2015.05.15-én kipoztázott meghívó (db) | 7329 | 4370 | 11 699 | |
| Behívási arány | 31,6% | 15,5% | 22,8% | 95% (Célpopulációhoz képest) |
| 2015.07.07-ig kézbesítetlen meghívó (db) | 70 | 29 | 99 | |
| Kézbesíthetlenségi arány | 1,0% | 0,7% | 0,8% | (Kipoztázott meghívókhoz képest) |
| Kézbesített meghívó (db) | 7 259 | 4 341 | 11 600 | |
| Háziorvos által kiadott szűrési csomag | 3 177 | 2 125 | 5 302 | |
| Megjelenési arány | 43,8% | 49,0% | 45,7% | (Kiadott szűrési csomag/ Kézbesített meghívó) |
| Kémiai laborba érkezett szűrési csomag (db) | 2 826 | 2 020 | 4 846 | |
| Részvételi arány (Laborba érkezett szűrési csomag/ Kézbesített meghívó) | 38,9% | 46,5% | 41,8% | 65,0 % (minimum 45,0 %) |
| Értékelhető székletminta (db) | 5 640 | 4 040 | 9 680 | |
| Értékelhetetlen székletminta (db) | 25 | 12 | 37 | |
| Értékelhetetlen székletminta (%) | 0,4% | 0,3% | 0,4% | <1 % (3 % alatt elfogadható) |
| Összes lelet (összes elvégzett szűrővizsgálat) | 2 826 | 2 020 | 4 846 | Negatív és nem-negatív lelet együtt |

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|---|
| Negatív eredményű lelet (db) | 2 310 | 1 789 | 4 099 | |
| <i>Negatív eredményű lelet (%)</i> | 81,7% | 88,6% | 84,6% | (Összes lelethez képest) |
| Nem-negatív eredményű lelet (db) | 516 | 231 | 747 | |
| <i>Nem-negatív eredményű lelet (%)</i> | 18,3% | 11,4% | 15,4% | 4,4 % - 11,1 % |
| Kazetta veszteség (db) | 351 | 105 | 456 | |
| Kazetta veszteség (%) | 11,0% | 4,9% | 8,6% | (Kiadott és laborba érkezett csomag eltérése) |
| Kolonoszkópiára utaltak száma (fő) | 336 | 147 | 483 | |
| <i>Kolonoszkópiára utaltak aránya (%)</i> | 11,9% | 7,3% | 10,0% | Kémiai laborba érkezett szűrési csomaghoz képest |
| Kolonoszkópiára küldést elfogadta (fő) | 300 | 135 | 435 | |
| <i>Kolonoszkópiára küldést elfogadta (%)</i> | 89,3% | 91,8% | 90,1% | >90 % (85 % felett elfogadható) |
| Kolonoszkópiára küldést nem fogadta el (fő) | 30 | 8 | 38 | |
| Kolonoszkópiát magán úton intézi (fő) | 6 | 4 | 10 | |
| Kolonoszkópia eredménye összesen (fő) | 121 | 55 | 176 | |
| Kolonoszkópia részvételi arány (%) | 40,3% | 40,7% | 40,5% | Kolonoszkópiára küldést elfogadta (fő)-höz képest |
| Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (fő) | 72 | 28 | 100 | |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (%)</i> | 21,4% | 19,0% | 20,7% | kolonoszkópiára beutaltakhoz képest |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „polypoid” (%)</i> | 2,5% | 1,4% | 2,1% | 13,3–22,3‰ |
| Kolonoszkópia eredménye „malignus” (fő) | 8 | 2 | 10 | |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „malignus” (%)</i> | 6,6% | 3,6% | 5,7% | kolonoszkópiára beutaltakhoz képest |
| <i>Kolonoszkópia eredménye „malignus” (%)</i> | 0,3% | 0,1% | 0,2% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest |
| Kolon. eredm. „egyéb elváltozás” (fő) | 13 | 10 | 23 | |
| Kolonoszkópia eredménye „negatív” (fő) | 28 | 15 | 43 | |
| Kolon. eredm. „értékelhetelen” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövetten eredménye összesen (fő) | 64 | 28 | 101 | |
| Szövetten eredménye „értékelhetetlen” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövetten eredménye „nem malignus” (fő) | 57 | 26 | 83 | |
| <i>Szövetten eredménye „nem malignus” (%)</i> | 2,0% | 1,3% | 1,7% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest |
| Szövetten eredménye „malignus” (fő) | 7 | 2 | 9 | |
| <i>Szövetten eredménye „malignus” (%)</i> | 0,2% | 0,1% | 0,2% | elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest 1,8–9,5‰ |
| Szövetten eredménye „malignus in situ” (fő) | 3 | 1 | 4 | |
| Szövetten eredménye „malignus I.st.” (fő) | 4 | 1 | 5 | |
| Szövetten eredménye „malignus II.st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövetten eredménye „malignus III.st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |
| Szövetten eredménye „malignus IV. st.” (fő) | 0 | 0 | 0 | |

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

II. A VASTAGBÉLSZŰRÉSRŐL

A „TÁMOP-6.1.3 A-13/1-2013-0001 Pilot jellegű szűrő-programok (védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbél-szűrési programok) kiterjesztésének támogatása” c. kiemelt projekt révén országos pilot program keretében valósult meg Csongrád megyében a háziorvosi vastagbél-szűrési modellprogram. A program a jelen tananyagban bemutatott ún. kétlépcsős szűréssel történt. A lakosság behívása két körben történt.

A részvételi arány elérte a minimálisan ajánlott 45%-os értéket az első szűrési körben, azonban az a célértékként ajánlott 65%-tól elmaradt (53,4% volt), a második körben viszont csak 41,8% volt. Az értékelhetetlen székletminták arányát a nemzetközi ajánlások 1% alatt tartják elfogadhatónak, a pilot programban ez nagyon jó, 0,1% illetve 0,4% volt.

A nem-negatív eredményű leletek aránya az első körben 11,0%, a másodikban 15,4% volt, ez utóbbi kör már a nemzetközi ajánlások szerinti 4,4% – 11,1% sávon kívül található, de az első körben is a felső értéket közelíti.

A kolonoszkópiára utaltak számát három betegcsoport összesítésével határoztuk meg: a kolonoszkópiára küldést elfogadta (fő), a kolonoszkópiára küldést nem fogadta el (fő), a kolonoszkópiát magán úton intézi (fő).

Az így kapott kolonoszkópiára küldést elfogadók aránya (első körben 90,1%, másodikban 92,9%) felette van a nemzetközi ajánlásoknak (>90% kiváló, 85% felett elfogadható).

A kolonoszkópos vizsgálatok részvételi aránya az első körben 75,0%, a másodikban viszont csak 40,5% volt. A kolonoszkópia eredményeként talált polypoid arány 2,8% volt az első, 2,1% a második körben az elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest. A nemzetközi ajánlás ezt 13,3–22,3%-ban adja meg, vagyis a pilot program eredménye alapján az érték a felső határ körül mozog (esetleg meg is haladja azt).

A szűrési program két körének eredményeként 299 beteg mintája került szövettani értékelésre. A szövettani értékelés alapján 26 malignus daganatot sikerült kiszűrni. A szövettani vizsgálat eredménye 0,3%-ban volt malignus az elvégzett szűrővizsgálatokhoz képest az első, 0,2%-ban a második körben. Ez a nemzetközi ajánlás (1,8–9,5%) alsó szintjének felel meg.

Összegzésül elmondható, hogy a Csongrád megyei pilot vastagbél-szűrési program indikátorai az esetek többségében közelítik vagy elérik a nemzetközi ajánlásokat (3. és 4. táblázat)

III. KOLONOSZKÓPIA

Jelen fejezet célja, hogy bemutassa:

- a kolonoszkópiát, mint vizsgálati módszert,
- az előkészítési folyamatot,
- a béltisztító szerek hatásmechanizmusait, mellékhatásait.

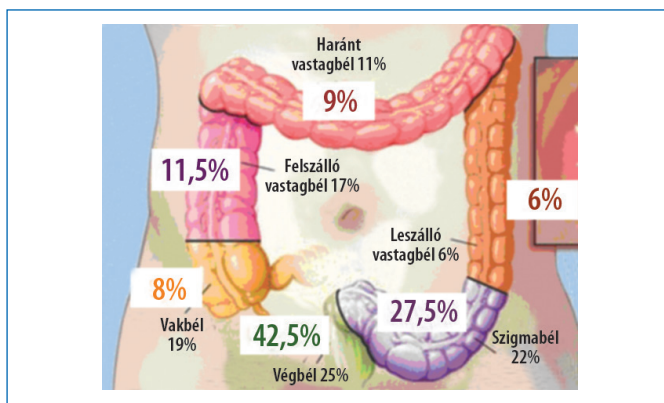
III.1. A kolonoszkópia, mint vizsgálati módszer

Típustól némileg függően kb. 150 cm hosszú és 12 mm átmérőjű flexibilis eszközzel végzett vizsgálat, melynek a bevezetése a rektumon keresztül a kolonba történik.

A kolont a rektumtól egészen a vékonybél alsó szakaszáig lehet vizsgálni, miközben a bél lumenét gázzal (levegő v. CO₂) fújja szét a vizsgálatot végző személy. Az eszköz végén lévő video chip által közvetített jel monitoron keresztül látható. Szükség esetén a beteg pozíciójának változtatásával, asszisztensi segítséggel juttatható fel az eszköz.

A kolorektális karcinóma (továbbiakban CRC) szűrés során felkutatathatók a daganat korai jelei, felismerhetők a polipok, illetve biopszia-vétellel ellenőrizhetőek az ismeretlen eredetű képletek, gyulladt területek. Megfelelő körülmények esetén a polipok levételével a rákmegelőző állapot megszüntethető. Ideális diagnosztikus eszköz magas rizikójú páciensek számára, de mint a CRC szűrés első számú eszköze kérdéses, mivel: az eljárás idő-, eszköz- és szakértelem-igényes; invazív, ezért társadalmi elfogadottsága alacsony. A vizsgálattal járó kellemetlenségek csökkentésére szisztémás analgészia vagy akár altatás is igényelhető.

A tumorok elhelyezkedésének arányát a vastagbél területén a 7. ábra mutatja.



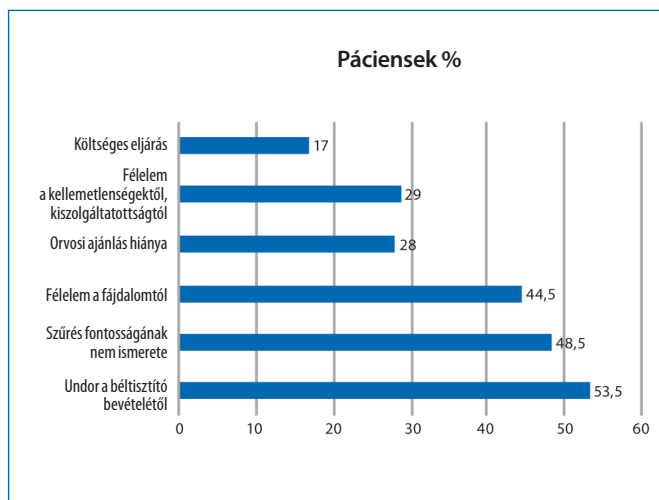
7. ábra: Milyen a tumorok elhelyezkedésének aránya a vastagbél területén?
FEKETE SZÁZALÉKOS ADATOK – nemzetközi adatok
SZÍNES SZÁZALÉKOS ADATOK – magyar adatok

Megjegyzés:

- A rectum tumorok aránya jóval magasabb a hazai adatok alapján.
- A rectalis digitalis vizsgálattal csaknem minden 5. tumor tapintható.
- Flexura lienalis előtti, vagyis szigmoidoszkóppal elérhető a tumorok több mint ¾-e.
- Körülbelül az esetek 5%-ban többszörös, azaz szinkron tumor fordul elő.

III.2. A kolonoszkópia előkészítése

A betegek egyik leggyakoribb ellenvetése a kolonoszkópos vizsgálattal kapcsolatban maga az ELŐKÉSZÍTÉS (8. ábra). A nem kielégítő béltisztítás a magas színvonalon végzett kolonoszkópia legnagyobb akadálya. A kolonoszkópián átesett betegek 25%-ánál nem kielégítő az előkészítés. A polipoknak kb. 4%-a nem kerül felismerésre a megfelelő előkészítés mellett sem, míg ez az arány 12-20%-ra nő a rossz előkészítés miatt.



8. ábra: A betegek félelmének okai a kolonoszkópos vizsgálattól

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

III.3. A béltisztításról

- Tisztán látható béltraktusra van szükség ahhoz, hogy az endoszkópos vagy a röntgenvizsgálat során megfelelően vizsgálható és értékelhető legyen a bél.
- A bél teljes megtisztítására van szükség a következő beavatkozásokhoz:
 - Diagnosztikus eljárások (kolonoszkópia, szigmoidoszkópia, vastagbél röntgen – irrigoscopia- vagy CT – virtuális kolonoszkópia – vizsgálata előtt).
 - Biopsziavétel.
 - Polipectomia és egyéb operatív endoszkópos beavatkozás előtt.
- Ennek elérése érdekében diétás megszorítások mellett, a beteg béltisztításra alkalmas előkészítő készítményt kell, hogy alkalmazzon a beavatkozást megelőzően, valamint megfelelő mennyiségű folyadékot kell fogyasztania.
- A béltisztítást igénylő vizsgálatok legjelentősebb része a vastagbelet érinti (kolonoszkópia, szigmoidoszkópia) kisebb részben azonban a vékonybelet érinti (bárium-tartalmú kontrasztanyag nyeletésével végzett röntgenvizsgálat, kapszulas endoszkópia).
- A nem megfelelően előkészített (nem elég tiszta) bél veszélyezteti a beavatkozás sikerességét, amely idővesztést vagy akár a beavatkozás félbeszakításának szükségességét eredményezheti, ezzel a diagnózis felállítása is elmaradhat vagy csúszhat.

III.4. Milyen hatásmechanizmusú béltisztítókat használhatunk?

A laxatívumok 4 fő fajtája:

1. Duzzasztó, volumennövelő anyagok (széklet lazítók): Megtartják a bélben található folyadékot. Reflexesen stimulálják a motilitást (bélmozgás, anyagcsere), ezáltal felgyorsítják a béltartalom mozgását/ürülését a vastagbélben és növelik a széklet volumenét, lágyítják a székletet.
2. Ozmotikus szerek: Ozmotikusan aktív, nehezen felszívódó ionokat és molekulákat tartalmaznak, amelyek "beszívják" és megtartják a vizet a lumenben, ennek eredményeként a széklet fellazul, kimosódik. Ide tartoznak a
 - Hyperozmotikumok
 - Glycerin,
 - Nehezen felszívódó disacharidok (lactulose, sorbitol, mannitol))
 - Ozmotikus anyagok
 - Polyethylene glycol 3350 (PEG- pl. EndoStar Lavage, és egyéb magisztrális PEG-ek hatóanyaga)
 - Magnézium sók (-szulfát, – citrát – pl. A Picoprep ozmotikus része)
 - Foszfát sók (pl Fleet® Phospho-soda)
3. Stimuláló szerek:
 - Ricinus félék (ricinusolaj): Vékonybélben fejt ki a hashajtó hatását 1-3 órával a bevételt követően. Olaj tar-

talma miatt diagnosztikus eljárások előtt kevésbé alkalmas (elhomályosítja az optikát), elektrolit háztartásvárt okozhat.

- Antrakinonok: Ezen készítményeket előanyagként (prodrug) bejuttatva, a vastagbélben lévő baktérium flóra hatására lebomlanak nem felszívódó cukrokká. Gátolják a víz és az elektrolitok felszívódását, fokozzák a nyálkahártya permeabilitását és a bélmozgást. A nátrium és vízvisszaszívás csökkenése a bélrendszer $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATP}$ -áz gátlásának a következménye. Ezek a szerek rendszerint 6-12 órán át fejtik ki hatásukat.
- Szennozidok – Senna, rebarbara: a leggyakoribb és talán legismertebb formája a stimuláns hashajtóknak a szenna, melyet tisztított formában alkalmazhatunk bélelőkészítőként is (pl. X-prep).
- Diphenylmetán derivátumok (Phenolphthalein, bisacodyl, sodium picosulfat): Serkentik a bélmozgást, és gátolják a víz reabszorpciót. A biszakodil (Dulcolax), a szisztémás keringésbe felszívódik, emiatt nagyobb a kockázat mellékhatásokat tekintve. A nitrogén-oxid szintézisen keresztül fokozza a simaizom relaxációt és az elektrolit szekréciót. A nátrium piko-sulfát difenil-metán-származék, mely a PICOPREP®-nek stimuláns hashajtó részét adja. Szerkezetileg hasonló a biszakodilhoz, azonban nem szívódik fel, ezáltal direkt szisztémás hatása nincs.
- Felületképző anyagok – epesavak, síkosító-, kenőanyagok (lubrikánsok): Egy kisebb csoportja a stimuláns szereknek (pl. epesav), amelyek természetes hashajtónak minősülnek, a bélmozgást elősegítve, noha a pontos hatásmechanizmusuk nem ismert.
- 4. Síkosító, kenőanyagok (per os, enema, kúp formában) – ásványi olajok, felületaktív anyagok (sodium docusat – anionos felületaktív anyag): Emulziót képeznek a széklettel, síkosítják a széklet útját a bélben (vékony filmréteget képezve a székleten), a vizet visszatartják a székletben. Sem szájon át, sem enema (végbél-beöntő), sem kúp formában adagolva önmagukban nem alkalmazhatók (csak a végbél-, és kiegészítő béltisztító készítményként) a teljes vastagbél tisztítására.

III.5. A béltisztítók mellékhatásai

Minden béltisztító szernek van mellékhatása. Ezek azonban igen ritkák, főleg azok, melyek tartós egészségkárosodást jelentenek, vagy orvosi beavatkozást igényel-

III. KOLONOSZKÓPIA

nek. Leggyakrabban akkor alakulnak ki, mikor nem előírás-szerűen vagy tartósan használják pl. székszorulás miatt. A vastagbél-tükrözés előtti béltisztításhoz biztonságosan alkalmazhatóak (5. és 6. táblázat). (lásd még a IV.8. alcím 9. pont).

| Duzzasztó, lazító anyagok | Ozmotikus anyagok | Stimuláló anyagok | Síkító anyagok |
|--|-----------------------------------|---|--|
| Gázképződés, puffadás | Dehidráció | Hasi görcsök | Inkontinencia |
| Bélelzáródás | Puffadás, gázképződés | Elektrolit zavarok | Zsírban oldódó vitaminok csökkent felszívódása |
| Asztma | Szívelégtelenség | Vesekárosodás | Lipoid pneumonia |
| Egyéb gyógyszerek felszívódását csökkentik | Magnézium-mérgezés | Melanosis colontos (pigment lerakódás a bélnyálkahártyán a rendszeres szennozoid használat miatt) | |
| | Hyperphosphataemia, hypocalcaemia | | |

5. táblázat: A béltisztítók mellékhatásai

| | PEG | Sodium phosphate | Sodium picosulfate/ Mg citrate | Szennozid |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| Terméknév | EndoStar Lavage | Fleet Phosphosoda | Picoprep | X-Prep |
| Határidő (óra) | 1-4 | 0.5-4 | 3-4 | 5-8 |
| Folyadék beviteli igény (liter) | 4 | 2 | 3 | 2 |
| Főbb mellékhatás | Hányinger, puffadás, hasi fájdalom | Elektrolit zavarok, veseelégtelenség | | Alkoholt és cukrot is tartalmaz!!! Hasi fájdalom |
| Diétás megszorítás | Szilárd táplálék nem ehető 1/2-1 nappal korábban | Alacsony rosttartalmú táplálék 1 napig | Alacsony rosttartalmú diéta az előkészítést megelőző napon | Szilárd táplálék nem ehető 1/2-1 nappal korábban |

6. táblázat: Magyarországon elérhető, nem magisztrális bélelőkészítő folyadékok összetétele

Informálni kell a beteget arról, hogy elégtelen előkészítés esetén a sikertelen vizsgálat miatt újabb, esetleg még hatásosabb előkészítés következhet. Ha lehetséges, mindig az osztott, két fázisú (5-5 órás) előkészítést alkalmazzuk (pl. délelőtt és délután a reggeli vizsgálatához, és délután majd másnap kora reggel egy kora déli vizsgálat esetén). A hashajtás második fázisa a vizsgálat időpontja előtt 5 órával kezdődjön el. Az előkészítés kulcsa a rost- és szilárd étel-mentes étkezés, a folyékony táplálék felvétel (pl. húsleves, tea) és a bő folyadék fogyasztás a hashajtó alkalmazása során.

III.6. Örökletes kolorektális karcinómák

A gasztrointesztinális karcinómák világszerte jelentős népegészségügyi problémát jelentenek magas incidenciájuk és mortalitási rátájuk miatt. A Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC) GLOBOCAN 2012 vizsgálatának adatai alapján minden negyedik újonnan diagnosztizált daganat emésztőrendszeri kiindulású, és a daganatos halálozások mintegy harmadáért felelős. [1] Bizonyított, hogy bizonyos emésztőrendszeri daganatok kialakulásában örökletes genetikai tényezők játszanak szerepet. A becslések szerint a kolorektális daganatok (CRC) 20-30%-a mutat családi halmozódást, ilyen esetekben a multifaktoriális öröklődés a legvalószínűbb. Az esetek 5%-áért azonban magas átörökítési valószínűségű, egy gént érintő mutációk felelősek, és az általuk létrehozott tumorerősség általában multiplex daganat szindrómák részeként jelennek meg. [2] A három legismertebb és leggyakoribb egyetlen génmutáció átörökítésén alapuló CRC típus a hereditár, nem polip jellegű vastagbél-daganat (HNPCC; Lynch-szindróma), a familiáris adenomatous poliposis (FAP) és a MUTYH-asszociált poliposis. Ilyen esetekben megnő a kockázata a gasztrointesztinális és extraintesztinális daganatok egyidejű, fiatal korban történő kialakulásának (7. táblázat). Ezen kívül az öröklött hasnyálmirigy-rák előfordulása akár a 4-10%-ot is elérheti. [3] [4]

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFECTETÉS A JÖVŐBE

III. KOLONOSZKÓPIA

| Szindróma | Érintett gén | Gasztrointesztinális daganat | | Extraintesztinális daganat | |
|--|------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| | | Élettartam kockázat | Átlagéletkor (év) a diagnózis idején | Élettartam kockázat | Átlagéletkor (év) a diagnózis idején |
| Lynch-szindróma | MLH1/MSH2 ^a | CRCa 22-74% | 27-60 | Emlő 1,5-18% | 46-52 |
| | MSH6 ^b | CRCb 10-69% | 50-63 | Petefészek 3,4-22% | 42-54 |
| | PMS2 ^c | CRCc 15-20% | 47-66 | Húgyúti rendszer 0,2-25,5% | 52-57 |
| | PMS1, GFBR2, | Gyomor 0,2-13% | 49-55 | | 59-60 |
| | BRAF, MLH3, EpCAM | Hasnyálmirigy 0,4-3,7% Vékonybél 0,4-12% | 51-56 46-51 | Prosztata 9-30% | |
| Familiális adenomatous poliposis (FAP) | APC | CRC 100% | 38-41 | Pajzsmirigy 2% | 25-33 |
| | | Vékonybél 3-10% | 44 | | |
| | | Hasnyálmirigy 1,7% | 50 | | |
| Attenuált FAP | APC | CRC 69% | 54-58 | Thyroid 1-2% | 26 |
| | | Vékonybél 4-12% | 60 | | |
| MUTYH-asszociált poliposis | MUTYH | CRC 43-100% | 48-50 | | |
| | | Vékonybél 4% | 61 | | |
| | | Gyomor 1% | 38 | | |
| Juvenilis poliposis szindróma | SMAD4 | CRC 38-68% | 34-44 | | |
| | BMPR1A | Hasnyálmirigy, gyomor, vékonybél 21% | 54 | | |
| Peutz-Jegers szindróma | STK11 | CRC 39% | 42-46 | Emlő 32-54% | 37-59 |
| | | Gyomor 29% | 30-40 | Petefészek 21% | 28 |
| | | Vékonybél 13% | 37-40 | Méh 9% | 43 |
| | | Hasnyálmirigy 11-36% | 41-52 | Méhnyak 10% | 34-40 |
| | | | | Here 9% | 6-9 |
| | | | | Tüdő 7-17% | 47 |
| Cowden-szindróma | PTEN | CRC 9-16% | 44-48 | Emlő 25-85% | 38-46 |
| | | | | Pajzsmirigy 3-38% | 31-38 |
| | | | | Endometrium 5-28% | 25 |
| | | | | Vese 15-34% | 40 |
| | | | | Melanoma 6% | 3 |
| Hereditár diffúz gyomordaganat | CDH1 | Gyomor 67-83% | 38-40 | Emlő 39% | |

7. táblázat: A gasztrointesztinális daganat szindrómák jellemzői [5]

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Kifejlesztésre került egy nemzetközi evidenciákon alapuló ajánlás az átlagos rizikónak kitett és veszélyeztetett betegek szűréséről, kezeléséről és követéséről. [6] [7] Magyarországon a lakossági szűrőprogram ezek figyelembe vételével fog megvalósulni, de ezen kívül különös figyelmet kell fordítani a pozitív családi anamnézisű, örökletes daganat szindrómákra gyanús betegekre és az érintett személyek és családtagok genetikai vizsgálatára, amely jelenleg Magyarországon még nem érhető el.

III.6.1. Háttér és korábbi eredmények

Az örökletes daganat szindrómák diagnózisa a betegkövetési stratégiát is befolyásolja: meghatározza a követési vizsgálatok megkezdésének idejét, illetve a vizsgálatok közti időintervallum hosszát, továbbá megelőző célzatú sebészeti beavatkozásra is szükség lehet (preventív colectomia). [5] [8] A daganatokra való örökletes hajlam azonosítása a beteg kórtörténete (polipok száma és kialakulásának ideje, szövettani eredmények stb.) és családi anamnézise alapján történik (Bethesda ill. Amsterdam kritériumok). Az anyai és apai ágat külön-külön kell felmérni, figyelembe véve a malignus és premalignus állapotok előfordulását a közeli, első- és másodfokú hozzátartozókban, valamint az érintett hozzátartozók életkorát a polip vagy rosszindulatú daganat diagnózisa idején. A korábbi vizsgálatok során igazolást nyert, hogy az örökletes daganatszindrómák szűrése jelentősen csökkentheti a daganatos halálzási arányt. Egy finn tanulmány 10 éves követés során nem talált szignifikáns növekedést a Lynch-szindrómás betegek mortalitásában azokhoz a hozzátarto-

zókhoz képest, akikben nem volt jelen mutáció. [9] Továbbá egy prospektív, megfigyeléseken alapuló vizsgálat kimutatta, hogy a hereditár, nem polip jellegű (HNPCC) vastagbél-daganatban szenvedő betegek családtagjainak rövid időintervallumonként történő kolonoszkópos követése 72%-ban csökkentette a CRC mortalitását. [10] (8. és 9. táblázat)

| | |
|---|---|
| Normál populáció | 5% |
| Kolorektális karcinóma a családi anamnézisben | 10-20% |
| Gyulladásos bélbetegség | 15-40% (adekvát kezelés esetén <10%) |
| HNPCC | 70-80% |
| FAP | >95% |

9. táblázat: Kolorektális daganat kialakulásának relatív kockázata

III.6.2. Családi halmozódású, örökletes CRC azonosítása, diagnosztizálása

A familiáris adenomatous poliposis (FAP) az összes CRC kb. 1%-ért felelős, autoszóm domináns öröklődés mutató betegség. Az APC gén mutációja (30%-ban germline mutáció, azaz az adott személyben alakult ki) miatt a vastagbélben számos, több száz – ezer adenomatózus polip alakul ki. Az érintett egyéneknél a polipok – az életkort tekintve – már a második évtizedben megjelennek, majd számuk rohamosan gyarapszik. Malignus transzformáció esélye az életkorral párhuzamosan növekszik, 40-50 éves korban a CRC esélye közel 100%. A FAP diagnosztikus kritériumait a 10. táblázat szemlélteti. A FAP-ban szenvedő betegek kiszűrése és rendszeres követésének elkezdése a tinédzserkorra teendő.

| Polip típusa | Kontroll kolonoszkópos vizsgálat időzítése |
|---|--|
| Magas rizikójú polip (min. 1 kritérium) | 3 év múlva |
| • polipok száma ≥ 3 | |
| • villosus adenoma | |
| • magas kockázatú diszplázia | |
| • legnagyobb átmérő ≥ 10 mm | 5 év múlva |
| Alacsony rizikójú polip (minden kritérium megléte esetén) | |
| • polipok száma 1-2 | |
| • tubularis adenoma | |
| • alacsony kockázatú diszplázia | 5 év múlva |
| • legnagyobb átmérő < 10 mm | |
| Serrated adenoma | |
| • diszpláziát nem mutat, legnagyobb átmérő < 10 mm | |
| • diszpláziát nem mutat, legnagyobb átmérő ≥ 10 mm | 3 év múlva |
| • dysplastikus mérettől függetlenül | 3 év múlva |
| • serrated adenoma szindróma | évente |
| Polipok száma > 10 | 3. év előtt |

8. táblázat: Post-polipectomiás kontroll vizsgálatok ütemezése az American Gastroenterological Association (AGA) 2012. évi, illetve European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) 2013. évi ajánlása alapján [11][12].

| A FAP diagnosztikus kritériumai: (legalább az alábbiak közül egynek teljesülnie kell) | |
|--|--|
| 1. | ≥ 100 kolorektális adenomatózus polip |
| 2. | az APC gén igazolható mutációja |
| 3. | kolorektális adenoma 30 éves kor előtt és családi FAP előfordulás |
| 4. | extracolonalis manifesztációk (desmoid tumor, osteoma, lágyszöveti tumorok) és családi FAP előfordulás |

10. táblázat

A családi halmozódású, genetikailag örökletes szindrómák közül a másik legjobban genetikailag feltérképezett a hereditár non-poliposis kolorektális karcinóma (HNPCC). A HNPCC

III. KOLONOSZKÓPIA

okozta vastagbél-daganatban a DNS mismatch repair gének hibája okozta mikroszatellita instabilitás (MSI) mutatható ki. A HNPCC klinikai diagnózisának felállításában, illetve a gyanú felvetésében a Bethesda kritériumokat használjuk (11. táblázat).

| Bethesda kritériumok | |
|----------------------|--|
| 1. | Kolorektális daganat 50 éves kor előtt |
| 2. | Szinkron, metachron tumor, vagy más HNPCC-asszociált tumor életkortól függetlenül |
| 3. | Kolorektális daganat igazolt MSI-vel 60 éves kor alatt |
| 4. | Egy vagy több elsőfokú rokon HNPCC-asszociált (endometrium, ovarium, gyomor, pancreas, húgyhólyag, ureter, vesemedence, epe-úti és agytumorok) tumormmal, legalább egy tumor 50 éves kor előtt |
| 5. | Kettő vagy több első-, vagy másodfokú rokon HNPCC-asszociált tumormmal, életkortól függetlenül |

11. táblázat

A HNPCC felismerésének jelentőségét a klinikumban az érintett családban a tagoknál történő örökletes vastagbél-daganatok fiatal korban induló szűrése mellett, a HNPCC-asszociált egyéb szervrendszeri daganatok vizsgálata is adja (12. táblázat).

| Amsterdam II. kritériumok |
|---|
| Legalább 3 rokon HNPCC-asszociált tumormmal |
| <ul style="list-style-type: none"> Egyikőjük elsőfokú rokona a másik kettőnek Legalább 2 egymást követő generáció legyen érintett Legalább 1 esetben 50 éves kor előtt legyen diagnosztizálva FAP legyen kizárva A tumor szövettanilag legyen igazolva |

12. táblázat

IV. EGÉSZSÉGGKÖMUNIKÁCIÓ

Az egészségkommunikációs fejezet célja, hogy támogatást és segítséget nyújtson az alapellátásban és a szakellátásban dolgozók számára, annak érdekében, hogy fejleszteni tudják kommunikációs képességüket és így információ átadásuk eredményesebb és hatékonyabb lehessen.

A fejezet az alábbi témákat érinti:

- A kommunikáció szerepe
- Kommunikációs alaptípusok, technikák
- Konzultációs témák
- Háziiorvosi praxisok lehetőségei
- Kulcsüzenetek; gyakori kérdések

A szűrőprogram eredményessége – mind szakmai, mind egészséggazdasági értelemben – a lakosság részvételétől függ. Ennek érdekében olyan összetett kommunikációs stratégiára van szükség, amely biztosítja, hogy a célcsoportból minél többen kapjanak a tájékoztatáson alapuló döntés meghozatalához szakmailag hiteles információt, melyre hagyatkozva saját egészségük érdekében felelős döntést képesek hozni arról a lényeges kérdéstről, hogy részt vesznek-e a szűrésen.

IV.1. A kommunikáció szerepe a lakosság szűréseken való részvételének növelésében, a szűrések társadalmi elfogadottságának támogatásában

A lakossági szűréseken való részvétel növelésében kulcsfontosságú a kommunikáció szerepe. A kommunikáció – legyen egyoldalú vagy kétoldalú – hatással van a lakosságra, képes befolyásolni mind pozitív, mind

negatív irányban a döntéshozatalukat. Reprezentatív felmérések bizonyítják, hogy a lakosság az egészséggel és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban a leghitelesebb információ forrásának az egészségügyi szakdolgozókat tekinti. [13] A háziiorvosok és az asszisztensek kezében van a kommunikáció, mint eszköz és lehetőség, hogy a megszólított egyének a lehető legjobb döntést hozzák meg az egészségük érdekében.

IV.2. A tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve

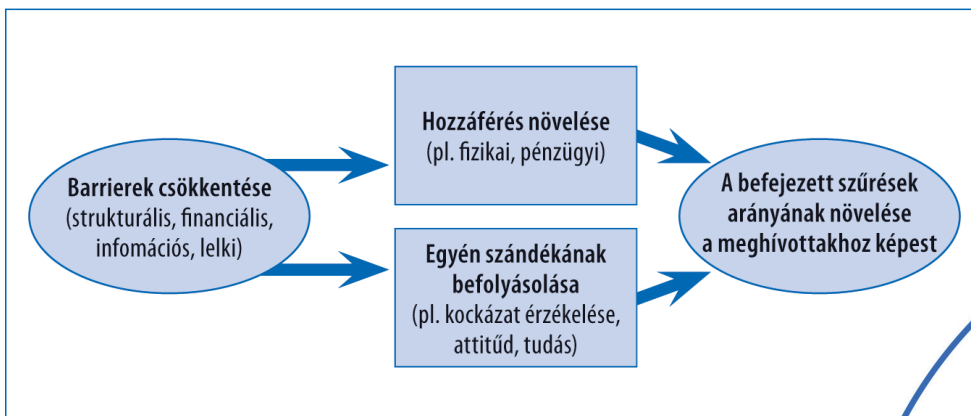
A szervezett szűrővizsgálaton való részvétel önkéntes, tehát jogi értelemben nem kötelező (kivételt képez a másokra, a környezetre is veszélyt jelentő fertőző betegségek felderítését célzó szűrés, ami kötelezővé tehető).

A tájékoztatáson alapuló önkéntesség elve a szűrés kulcskérdése. A szűrési kommunikációs stratégia lényege az önkéntes részvételhez szükséges valamennyi információ szolgáltatása (átadása, megosztása) az érintettek részére.

A szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság három kulcsfontosságú tényezője az egyén oldaláról:

- tudás, ismeret;
- lehetőség a szűrésre;
- ösztönzés, motiváció a részvételre.

Az egyén-orientált megközelítés lényege, hogy a szűrési célcsoport számára eljuttassa és érthetővé tegye a szükséges információkat, könnyebbé tegye a szűrővizsgálatokon való részvételt, illetve motiválja a szűrendő egyéneket arra, hogy vegyenek részt a felajánlott szűréseken (9. ábra).



9. ábra: Az egyén-orientált intervenciók elvi, sematikus keretrendszere

IV.3. Kommunikációs alaptípusok, technikák a sikeres személyközi egészségkommunikációhoz

A sikeres egészségkommunikációhoz az alábbi egyén-orientált beavatkozások és célzott kommunikációs eszközök szükségesek:

IV.3.1. Egyoldalú

1. Meghívólevél

Bizonyított tény, hogy csak a személyes meghívás-visszahívás alapján szervezett szűrőprogramok hatékonyak. A névre szóló meghívás kulcsszerepet játszik abban, hogy a részvételi arány magas legyen. [14]

2. Az egyén számára küldött emlékeztetők

Az egyéni emlékeztetők körébe tartoznak az írott (pl. levél, e-mail) vagy telefonos üzenetek, amelyek emlékeztetik a meghívottat arra, hogy a szűrési előjegyzés időpontja esedékes. Az emlékeztetők terén kiegészítő szolgáltatások is lehetnek. *Például:*

- az írott vagy telefonos emlékeztetők nyomon követése;
- kiegészítő szöveg vagy szóbeli tájékoztatás a részvételi szükségességéről, a vizsgálat előnyeiről, illetve a részvételt akadályozó tényezők leküzdéséről;
- segítség nyújtása időpont egyeztetéshez.

Ezek az intervenciók a szűrési célcsoport egészére, vagy azon belül külön definiált speciális célcsoportokra egyaránt irányulhatnak (pl. hátrányos helyzetűekre, vagy szűréseken korábban soha meg nem jelenőkre).

3. Egyéni ösztönzők

Az egyéni ösztönzők körébe tartoznak azok a viszonylag kis összegű, nem kényszerítő erejű „jutalmak”, amelyek célja az, hogy motiválják a részvételt a szervezett szűrésen, illetve hogy az egyének másokat (pl. családtagokat) is igyekezzenek rávenni arra. Az ösztönzők különböznek azoktól a pénzügyi juttatásoktól (pl. utazási támogatás), melyek az egyének által fizetett „out-of-pocket” költségeket hivatottak csökkenteni.

4. „Small” média (pl. saját gyártású nyomtatott szóróanyagok, tájékoztatók)

A saját gyártású kommunikációs termékek körébe tartoznak a nyomtatott tájékoztatók, szóróanyagok, hírlevelek stb. Ezek a kommunikációs anyagok speciális csoportokra szabottan vagy általánosabban, egy tágabb célcsoportnak szóló tájékoztatást adhatnak a szervezett szűrésekről, azok elérhetőségéről, előnyeiről. A „small” média keretén belül hatásos lehet a helyi (kerületi, városi, stb.) írott sajtó, rádió, TV-csatorna.

5. „Mass” média (tömegkommunikáció)

A tömegkommunikáció – beleértve a televíziót, rádiót, nyomtatott sajtót, óriásplakátokat – alkalmazásának célja egészségnevelő, tájékoztató és motivációs kommunikációs üzenetek eljuttatása a célcsoportokhoz a szervezett szűrés-

sekről. A tömegkommunikáció önmagában is használható, de az esetek többségében egyéb eszközöket is használnak emellett a részvétel növelésére (pl. egyéni emlékeztetőket).

Hiteles médiaszereplők, közismert színészek, sportolók, közéleti személyiségek (akár hiteles politikusok!) médiaszereplése egyértelműen növelheti a szűrési részvételi szándékot!

IV.3.2. Kétoldalú

1. Csoportos tájékoztatók, képzések

A csoportos egészségnevelő, tájékoztató intervenciók célja a szűrés céljának, előnyeinek, fontosságának ismertetése, illetve annak megtanítása, hogy a szűrésre meghívottak milyen módon küzdhetik le a szűrésen való megjelenés ellen ható – gátló – tényezőket. A tájékoztató képzések során sor kerülhet a szűrendők bátorítására, motiválására is. Ezeket az oktatásokat általában egészségügyi dolgozók, egészségfejlesztők tartják, akik prezentáció, vagy más oktatási módszerek, esetleg interaktív eszközök segítségével, szerepjátékokkal igyekeznek meggyőzni a résztvevőket a részvételi fontosságáról. A csoportos tájékoztatásban szerepet vállalhatnak a lakosság számára jól ismert helyi szaktekintélyek, de akár az adott szakma országosan is ismert szaktekintélyeinek részvétele is nagy segítség lehet.

2. Egyéni tanácsadás

Az egyéni szintű képzés – egészség-tanácsadás – a szűrési indikációjáról, előnyeiről, a hozzáféréséről, a hozzáférést akadályozó tényezőkről stb. közvetít információkat a kliensek felé egyénre szabottan, abból a célból, hogy informálja, bátorítsa, motiválja őket a részvételre. Az egyéni egészség-tanácsadás általában az alapellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók feladata, de bevonhatók más egészségügyi dolgozók, egészség-tanácsadásban képzett és jártas népegészségügyi szakemberek, vagy akár felkészített laikus tanácsadók is. Az egyéni egészség-tanácsadás végezhető személyesen, vagy akár telefonon keresztül, egészségügyi szolgáltatónál vagy közösségi színtereken, a munkahelyen vagy akár az egyén lakásán is.

Az egyéni egészség-tanácsadás keretében átadandó üzeneteket ki lehet alakítani általánosan, a teljes célpopulációra vagy specifikusan, adott kockázati csoportokba tartozó személyekre szabottan (pl. alacsony iskolázottság, időskor, fogyatékkal rendelkezők, stb.). A személyre szabott tanácsadást gyakran kiegészítik egyéb támogató szóróanyagokkal (pl. saját gyártású nyomtatott tájékoztatókkal), illetve egyéni emlékeztetővel.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

IV.4. A részvételt befolyásoló tényezők

A szűrés eredményessége szempontjából döntő fontosságú a szűrővizsgálatra meghívott népesség – azaz a „keresleti oldal” – együttműködése a szűrést szolgálókkal. A lakossági részvétel, azaz a megjelenési vagy részvételi arány 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 alkalmoszerű szűréssel, amelyet a spontaneitás, a szervezés hiánya, esetleg alkalmoszerű 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” javítását célzó tevékenységek eredményességét is, lévén, hogy egyik kimondott célkitűzése, hogy kedvezően befolyásolja az emberek rosszindulatú daganatok megelőzhetőségébe vetett hitét, és a megelőzés felkínált lehetőségeinek elfogadását. [14]

Az egészségkommunikációs fejezet további pontjai elsősorban azokra az elemekre összpontosítanak, amelyre a háziorvosnak és az asszisztenseknek hatásuk lehet, és amelyeket befolyásolni tudnak a munkájuk során.

IV.5. A célcsoportokra jellemző viselkedésformák megismerése, kulcsüzenetek megfogalmazása, kommunikációs eszközök és technikák bemutatása

Az Egészségkommunikációs fejezet további része gyakorlati tanácsokkal és eszközökkel látja el – a szűrés megvalósításának és a mozgósításnak bázisát képező – a vastagbéliszűrésben résztvevő háziorvosokat, asszisztenseket. Az egyén a postán érkezett meghívólevéllel felkeresi a háziorvosát, ahol nemcsak a szűrés elvégzéséhez szükséges páciens csomagot veheti át (szűrés első lépése), vagy a beutalót (szűrés második lépése), hanem egyéni tanácsadás, konzultáció is folyik. A személyes találkozó alkalmával az egyénnek fel kell hívni a figyelmét a szűrés fontosságára és menetére, továbbá lehetőséget kell adni arra, hogy az egyén feltegye kérdéseit.

Tekintettel arra, hogy a rendelési időben nagyszámú meghívott fordulhat meg, segítségként összeállításra került egy sorvezető, amely tartalmazza azon kulcsfontosságú információkat, melyeket minden egyes vastagbéliszűrésre meghívott egyénnek át kell adni az egyéni találkozások során. Ez az összeállítás segítheti a háziorvos és az asszisztens munkáját, és váza lehet a kommunikáció felépítésének.

A háziorvos/asszisztens hiteles fellépése, hozzáállása döntő lehet a compliance javításához és a szűrésen való magas megjelenési arány biztosításához.

Konzultációs témák (check list)

Az alábbi lista azon kérdéseket és információkat tartalmazza, melyeket a meghívólevéllel érkező egyénnel az első találkozás alkalmával feltétlenül meg kell beszélni:

- Anamnézis felvétele (családon belüli daganatos megbetegedések)
- Mit tehet saját egészsége érdekében?
- Miért fontos a vastagbéliszűrésen való részvétel?
- Melyek a szűrővizsgálat lépései?
 - Személyre szóló meghívó
 - Székletminta vétel módja, feladása postán
 - Mit jelent a negatív eredmény?
 - Mit jelent a nem-negatív eredmény?
 - Melyek a következő lépések nem-negatív lelet esetén?
 - Miért fontos a kolonoszkópia, hová kell menni vizsgálatra, hogyan történik a vizsgálat?
- Kérdések-válaszok

Fontos, hogy az üzenetek közvetítésénél, a pácienssel való kommunikációban az orvosi szakzsargont, a latin kifejezéseket tudatosan kerüljük és figyeljünk a helyes verbális és metakommunikációs technikák alkalmazására! Az egyszerű, közérthető fogalmazás kulcsfontosságú ahhoz, hogy a szűrésre meghívottak megértsék az információkat, sőt ahhoz is, hogy ezeket környezetükben is tovább adhassák. A szűrendő egyén számára részletesen ismertetni kell a vastagbél-daganat gyakoriságát, a betegség több éves fejlődésmentét, a szűrés révén a megelőzhetőség esélyét, és azt, hogy a szűréssel egy nagyon súlyos betegséget lehet megelőzni, időben felismerve gyógyítani, amely lehetővé teszi a betegségmentes életévek meghosszabbítását. Vagyis a szűrés életet menthet.

IV.6. Kulcsüzenetek

- Vastagbéliszűrés kulcsüzenetei I. – a szűrés előtt
 - A szűrés térítésmentes, a székletminta vétele nem fájdalmas.
 - A vastagbélrák előfordulása igen gyakori, de időben felismerve gyógyítható.
 - A szűrésre használt teszt kellően megbízható, használata egyszerű. A mintát az erre a célra biztosított eszközzel kell venni, és feladásig hűtőben kell tartani. Gondoskodjon róla, hogy a minta ne fagyjon meg, és ne melegedjen fel – célszerű a hűtő ajtajában tárolni.
 - A mintát postán adja fel, ne a postaládába dobja be.

- A meghívólevél alján lévő vonalkódos részt tegye bele a sima borítékba.
- Az eredményről 2-3 hét múlva érdeklődhet a háziorvosi rendelőben.
- Vastagbélvizsgálat kulcsüzenetei II. – negatív eredmény
 - A szűrésre 50-70 év között 2 évenként szükség van.
 - Ha két szűrés között panaszok jelentkeznek, vagy tünetek mutatkoznak, haladéktalanul jelentkezzen a háziorvosánál vizsgálatra.
 - Mesélje el pozitív tapasztalatait környezetében is, különösen akkor, ha ismer olyan egyént, aki szintén kapott meghívót a szűrővizsgálatra.
- Vastagbélvizsgálat kulcsüzenetei III. – nem-negatív eredmény
 - A további, alapos kivizsgálás segít kideríteni, hogy mi okozhatja a vér jelenlétét a székletben.
 - Lehet, hogy súlyos betegséget sikerül megelőzni. Éppen ez a szűrés célja.
 - A vastagbél-tükrözés (kolonoszkópia) nem kellemes vizsgálat, de életet menthet, megfelelő bódításban, altatásban fájdalommentes beavatkozás.
 - Ma már mindent megtesznek, hogy csökkentsék a vizsgálatot kapcsolatos kellemetlen érzetet (pl. bódítás, altatás).

A háziorvosi praxisok lehetőségei a lakosság tájékoztatásában, meggyőzésében és mozgósításában

A nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján a háziorvosi praxisok bevonása a vastagbélvizsgálatba elengedhetetlen, döntő fontosságú, mert ösztönző hatással van a megjelenési hajlandóságra. A háziorvos, mint az elsősorú kapocs az ellátórendszerrel, lokálisan az ellátandó lakosok környezetében élve, ismerve az igényeiket, lehetőségeiket, személyre szabottan tud kommunikálni a lakosokkal. A háziorvos szakmai tekintélye és a lakosság bizalma jó alapot képez a hiteles és eredményes információátadásra, meggyőzésre. Ebben a fejezetben olyan gyakori kérdéseket gyűjtöttünk össze, melyek a vastagbélvizsgálat során felmerülhetnek az egyének részéről. A kérdésekre megadunk egy-egy, a laikusok számára is egyszerűen értelmezhető választ, amelyek segítségére lehetnek a háziorvosoknak és az asszisztenseknek a tanácsadásban.

IV.7. Gyakori kérdések és válaszok

Székletvizsgálat

1. Mi a vastagbélvizsgálat?

A vastagbélben lévő elváltozások szűrővizsgálattal időben felismerhetők, még azelőtt, hogy érezhető tünetek jelentkezhetnének. Ennek oka, hogy a vastagbélbetegségekre, valamint a vastagbélben található polipokra, illetve a vastagbélben található polipokra, valamint a vastagbélben található polipokra, jellemző, hogy kis mennyiségű vér távozhat belőlük, amely a széklettel kiürül, viszont szabad szemmel nem látható. A szűrési teszt használatának célja, hogy kimutassuk a székletből a még nem látható vért. A szűrés során felfedezett polipok, valamint a korai stádiumban

lévő vastagbélbetegségeket időben eltávolítható, így a szűrés életet menthet.

2. Mi az a székletvizsgálat (FOBT)?

A vizsgálat a székletben nyomokban, kis mennyiségben előforduló vér kimutatására szolgál, ami szabad szemmel nem látható.

3. Hogyan történik maga a vizsgálat?

A székletből történő mintavételhez szükség van az Ön aktív közreműködésére. A vastagbélvizsgálat vizsgálatához két, különböző időben nyert székletminta szükséges, ehhez talál két darab székletminta vevő tartályt a borítékban. A második mintát úgy vegye le, hogy aznap vagy legkésőbb másnap postára tudja adni a mintákat! A két mintavétel közötti idő ne legyen több 2-3 napnál! A tartályokba helyezett mintát az előre megcímezett borítékba kell tennie és a postahivatalban feladnia (nem szabad a postaládába dobni). A tégléket a laboratórium vizsgálja tovább. Szállítási és mintát célszerű hűtőszekrényben tartani. Az eszközök és a postázás is térítésmentes az Ön számára.

4. Okoz-e fájdalmat a szűrővizsgálat?

Nem. A székletvizsgálaton alapuló szűrővizsgálat gyors, egyszerű és fájdalommentes.

5. Mi a teendő a vizsgálatot megelőzően? Mire figyeljen a székletminta vétele előtt?

A vizsgálat érvényességéért, annak elvégzése előtt kérjük, mindenképpen figyeljen az alábbiakra:

- A székletminta vétele nem végezhető el menstruáció ideje alatt, valamint az azt követő 3 napon belül.
- A székletminta vétele nem végezhető el vérző aranyeres csomók esetén, vagy ha a vizeletben vér van, ami szennyezi a székletet. Ez utóbbi esetben az orvossal kell konzultálni a teendőket illetően.

6. Hogyan végezzük a mintavételt? Mikre kell figyelni közben?

1. Mielőtt mintát vesz, ürítse ki a húgyhólyagját! Próbálja meg elkerülni, hogy a széklet a WC-csészében vízzel vagy vizelettel érintkezzen!
2. Székletminta gyűjtésére lehetőségek:
 - Fogjon fel egy kis mennyiségű székletet a WC-papírral, és abból vegyen mintát!
 - Húzzon eldobható gumikesztyűt vagy nejlonzacskót a kezére, és úgy fogja fel a székletet, és így nyerjen belőle mintát!
 - Használjon egy eldobható, tiszta műanyag poharat vagy eldobható műanyag tálcat a széklet felfogására!
3. A mintavevő pálcát a tartály kupakjához van rögzítve. Csavarja el a zöld kupakot, és húzza ki a kupakhoz rögzített pálcát a tartályból!
4. A mintavételhez húzza végig a mintavevő pálcát a széklet felületén úgy, hogy közben körbeforgatja a mintavevő pálcát!
5. A székletmintát tartalmazó pálcát helyezze vissza a tartályba, a kupakot csavarja be.

A vizsgálathoz elegendő a kis mennyiségű székletminta, nem szükséges a mintavevő tartályt teletöltenie!

7. Mit kell tenni a postára adás előtt?

Mielőtt a mintákat postára adná, kérjük, ellenőrizze a következőket:

- Mind a kettő speciális tartályba vett mintát.
- Mind a kettő speciális tartályon rajta van az ön azonosítását szolgáló vonalkódos matrica (etikett címke).
- A mintát tartalmazó tartályokat (2 db) jól lezárva behelyezte a simítózáras plasztik tasakba.
- A meghívólevél alján lévő vonalkódos részt levágta és a vonalkódos részt és a tartályokat tartalmazó lezárt plasztik tasakot behelyezte a légpárnás, díjhitelezett, előre megcímezett borítékba.
- Lezárta az előre megcímezett, díjhitelezett légpárnás borítékot.

8. Mennyire megbízható a vizsgálati módszer?

Mint minden szűrővizsgálati módszer, a székletvér kimutatása sem hibamentes. Ezért ha a negatív vizsgálati eredmény ellenére bélpanaszai, székletürítési panaszai alakulnak ki, feltétlenül keresse fel háziorvosát! Ilyen jellemző panasz lehet a két hétnél tovább húzódó székrekedés, hasmenés vagy ezek váltakozása. Orvoshoz kell fordulnia akkor is, ha a székletben vér vagy nyák található, illetve ha valamilyen nyilvánvaló okkal nem magyarázható fogyás, gyengeség jelentkezik. Indokolatlan, elhúzódó hasi fájdalom, más okból igazolt vérszegénység esetén is mielőbb forduljon kezelőorvosához!

9. Mi történik a szűrővizsgálatot követően?

Az Ön által feladott mintát a laboratóriumban vizsgálják meg, majd az eredményről a háziorvosi praxist elektronikus felületen keresztül értesítik. A vizsgálat eredményéért feladása után 2-3 héttel jelentkezzen a rendelőben! Az esetek jelentős részében a szűrővizsgálat eredménye negatív, tehát nem mutat ki semmilyen rendellenességet, ez esetben a két év múlva esedékes újabb meghívásig nincs további tennivalója.

10. Mit jelent, ha a vizsgálat eredmény nem-negatív?

Ha a laboratóriumi vizsgálat során vért találnak a székletben, az még távolról sem jelent vastagbélrákot! A székletben igazolt mikroszkópos vér jelenléte esetén azonban feltétlenül ki kell zárni az esetleges daganat, vagy a rákmegelőző polip jelenlétét, ezért ilyen esetben mindenképpen el kell végezni a végbéltükrözést (kolonoszkópiát). A vizsgálat alkalmával az egész vastagbél részletesen átvizsgálható, az esetleges rendellenességekből szövettani mintát lehet venni, sőt a kisebb elváltozások (polipok) azonnal eltávolíthatóak, ami egyúttal gyógyulást is jelent.

11. Milyen esetben nem vehet részt a szervezett vastagbélvizsgálásban?

A korábban már diagnosztizált, nyilvántartásban szereplő vastagbélbetegségben (pl.: Crohn, colitis ulcerosa,

daganat, stb.) szenvedő betegek szervezett vastagbélvizsgálásban való meghívása nem indokolt, tekintettel arra, hogy e páciensek orvosi gondozása rendszeres felügyeletet igényel. Ebben a betegcsoportban más elvek alapján történő gondozás, felügyelet, tükrözéses ellenőrzés szükséges.

IV.8. Kolonoszkópia

1. Mi a vastagbél?

A vastagbél az elfogyasztott táplálék salakanyagainak továbbítására és kiürítésére szolgáló, mintegy másfél méter hosszú bélszakasz.

2. Mi a vastagbélrák?

A vastagbélrák a vastagbélben általában lassan, 10-15 éven keresztül kifejlődő rosszindulatú daganat, amely a leggyakrabban a vastagbél jóindulatú polipjainak (egy gyakori szemölcszerű képződmény a bélben) rosszindulatúvá alakulásával fejlődik ki. A vastagbélrák időben felfedezve egyike a legjobban kezelhető daganatos megbetegedéseknek. A vastagbélvizsgáló vizsgálatot ajánlott minden 50-70 év közötti nőnek és férfinak két évente elvégezni.

3. Hogyan csökkenthetők a vastagbél (kolorektális) daganatok kialakulásának kockázatai?

A daganatos betegségeknel különösen fontos a megelőzés: a megfelelő életmód mellett a rendszeresen elvégzett szűrővizsgálatok segíthetnek a daganatok megelőzésében, illetve korai felismerésében, amely nagymértékben javítja a gyógyulási esélyeket. A megfelelően szervezett szűrővizsgálatok és a magas részvétel segítségével a vastagbélrák előfordulása és a betegséggel összefüggő halálozás akár 30-50%-kal is csökkenthető!

Mindezek mellett fontos odafigyelni testünk jelzéseire is. Ha bármilyen figyelmeztető tünetet észlelünk, akkor haladéktalanul orvoshoz kell fordulni!

Ön is sokat tehet azért, hogy megelőzze a daganatos megbetegedések kialakulását: igyekezzen minél több zöldséget, gyümölcsöt fogyasztani. Térjen át a teljes kiőrlésű gabonából készült pékárukra, mindezzel együtt egyen kevesebb vörös húst, csökkentse az olyan ételek fogyasztását, amelyekben sok az állati zsiradék, illetve a cukor. Ajánlott a napi legalább félórás testmozgás. Mellőzze a dohányzást és a túlzott alkoholfogyasztást! A fentiek mellett elengedhetetlen, hogy részt vegyen a felajánlott vastagbél vizsgálatokon!

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

4. Kit veszélyeztet a vastagbélrák?

A vastagbélrák leggyakrabban az 50 év feletti férfiak és nők körében előforduló megbetegedés, ami második leggyakoribb rosszindulatú daganatos halálok Magyarországon. Ez a népegészségügyi méretű, összetársadalmi probléma hazánkban évente mintegy 10.000 új megbetegedéssel és több mint 5.000 fő halálával jár. Ha a családban előfordult már ilyen megbetegedés, akkor még jobban figyeljen oda az egészségére és jelenjen meg a szűrővizsgálatokon, mert a családi előfordulás növelheti Önnél is a daganat kialakulásának kockázatát.

5. Mi az a vastagbéltükrözés, idegen nevén kolonoszkópia?

A vastagbéltükrözés a teljes vastagbél, és az esetek döntő többségében a vékonybél végső szakaszának áttekintését jelenti, melynek során lehetőség nyílik a vérzésforrás, a gyulladás, a polipok és a daganatok felismerésére, a vizsgálat alatt szövettani vizsgálat céljából mintavételre, illetve terápiás beavatkozásra (pl. a polip teljes egészében történő eltávolítására, aktív vérzés csillapítására, megszüntetésére).

6. Mi az a kolonoszkóp?

Vastagbéltükrözés vizsgáló eszköze. A kolonoszkóp egy 140-160 cm hosszú, 1-1,5 cm átmérőjű hajlékony cső, mely fényforrással, kamerával és a szövettani mintavételt, illetve a polipok eltávolítását lehetővé tevő munkacsatornákkal van ellátva. Az optika és a bélfal tisztításához vizet is tudnak vele befecskendezni, illetve a látást zavaró folyadéktartalom leszívható.

7. A kolonoszkópia bizonyítottan hatásos módszer a vastagbél-daganatok megelőzésére, így az élet megmentésére?

Igen. Epidemiológiai vizsgálatok bizonyítékot szolgáltatott arra, hogy a székletbeli rejtett vér kimutatását és kolonoszkópiát alkalmazva, az 50 év feletti férfiak és nők kétévenkénti szűrővizsgálata akár 30-50%-kal képes csökkenteni a vastagbélrák előfordulását és a betegséggel összefüggő halálozást a céllakosságban. [15]

8. Mikor indokolt a vastagbéltükrözés?

A vastagbéltükrözést minden esetben szakorvosi konzultáció előzi meg. Általában a vastagbéltükrözést a tisztázatlan eredetű hasi fájdalom, krónikus hasmenés és fogyás, emésztőrendszeri vérzés, hasmenés vagy székrekedés változása, illetve egyéb okból történt kivizsgálás során felmerült tisztázatlan eredetű vérszegénység miatt végzik. 50 éves kor felett a vastagbélrák szűrésének céljából végzendő nem-negatív székletvér vizsgálati eredményt követően minden esetben feltétlenül ajánlott, függetlenül attól, hogy a páciens tünet-és panaszmentes.

9. Hogyan készüljön fel a vizsgálatra?

Az eredményes vizsgálat érdekében a felírt béltisztító megfelelő használatán túl kérjük, fokozatosan figyeljen az alábbiakra:

- A vizsgálatot megelőző egy héten belül apró magvas ételt ne egyen (pl.: eper, kivi, málna, tökmag, lenmag,

napraforgómag, szezám, paradicsom, paprika, dió, mogoró, stb.)

- A vizsgálatot megelőző 3 napon ne fogyasszon zöldséget, gyümölcsöt és húst!
- Ami engedélyezett: tejtermékek, péksütemények (NE teljes kiőrlésű lisztből készüljön, és ne tartalmazzon magvakat!), tésztafélék (NE durumtészta legyen), szűrt gyümölcsle, levesek szűrt leve, pudingok, fagyaltok, háztartási keksz, babapiskóta.
- A vizsgálat előtti héten kerülje a vastartalmú gyógyszerek szedését!
- Minél nagyobb mennyiségű (napi 3-5 liter) szénsavmentes folyadék fogyasztása javasolt.
- A vizsgálatot megelőző nap délutántól már csak átlátszó, szénsavmentes folyadék fogyasztása engedélyezett! Kávét, fekete teát, ételfestékkel színezett teákat kérjük, ne fogyasszon!
- Az erős éhségérzet elnyomására, illetve a rosszullét elkerülése végett szőlőcukor tablettát szopogathat a vizsgálat napján is.

Csak a teljesen tiszta vastagbél vizsgálható, így az előkészítés elengedhetetlen feltétele a sikeres vizsgálatnak. Amennyiben nem sikerül az előkészítést megfelelően elvégezni, kérjük, jelentkezzen új időpontért.

10. Hogyan zajlik a vizsgálat?

A kolonoszkópia során a páciens a bal oldalára fekszik felhúzott lábakkal. Az eszközt csúszást elősegítő zselével kenik be, majd óvatosan a végbélbe vezetik. A vizsgálat során a bélnyílást levegő befújásával, illetve időnként víz bejuttatásával feltágítják. A vizsgálat befejezését követően a páciens azonnal leletet kap. Amennyiben szövettani mintavétel is történt, annak eredménye 1-2 hét múlva várható. Negatív eredményű kolonoszkópos vizsgálat után 10 év múlva szükséges a következő vastagbéltükrözést elvégeztetni.

11. Mekkora fájdalommal jár egy kolonoszkópos vizsgálat?

A vizsgálat általában nem jár jelentős fájdalommal, az esetleges kellemetlenséget a vizsgálat közben az okozhatja, hogy az endoszkóp segítségével levegőt fújnak a bélbe azért, hogy a bél kanyarulatain könnyebb legyen az áthaladás, valamint hogy a bélredők kisimuljanak, és a bélfal teljes egészében áttekinthető legyen. A kolonoszkópos vizsgálattal járó kellemetlenségek és az esetleges fájdalmak miatt egyre gyakrabban végzik a beavatkozást fájdalomcsillapítással, vagy bódításban, ill. altatásban, amely kiiktatja a vizsgálattal járó kellemetlenségeket.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

12. Milyen utógondozásra van szükség?

A beavatkozást ambulánsan végzik. Ha a vizsgálat alatt történik, a vizsgált egyén aznap már nem vezethet autót, ezért kíséreléssel szükséges érkezni a vizsgálatra. A kolonoszkópia után legalább egy-két órát még megfigyelés alatt kell tölteni, különösen, ha polip eltávolítására is sor került. Ez alatt az idő alatt a befűjt levegő távozik a bélrendszerből. Hazaérve további pihenés javasolt. Ha láz, fájdalom, vagy vérzés jelentkezik, a kolonoszkópiát végző intézményt haladéktalanul értesíteni kell. A béltisztítás miatti vízvesztés pótlására a beavatkozást követő pihenőidőben fogyasszon sok folyadékot!

13. Vannak-e a kolonoszkópiának lehetséges mellékhatásai, szövődményei?

Ritkán előfordulhat szövődmény. Szövöttani mintavétel vagy polipok eltávolítása esetén kisebb-nagyobb utóvérzés előfordulhat. A vizsgálatot megelőző hashajtás, illetve a beavatkozás közbeni mechanikus irritáció az aranyeres panaszok átmeneti erősödését okozhatja, amelyek azonban jól kezelhetők, illetve enyhébb esetben kis idővel maguktól is mérséklődnek. Maga a vizsgálat aranyeret nem okozhat. Összességében a vizsgálat biztonságos, bódításban, altatásban könnyen tolerálható! Nagyon ritkán, kb. tízezerből egy esetben előfordulhat a bélfal átlukadása (ennek akkor lehet nagyobb kockázata, ha nagyobb polip került eltávolításra). A bélátfúródás a hasüregi fertőzés lehetősége miatt azonnali műtétet igényel, melyet rögtön el is végeznek.

IV.9. Személyközi egészségkommunikáció, kommunikációs- és kérdezőtechnikák

Egyéni és csoportos tanácsadás esetén fontos odafigyelni a verbális és metakommunikációkra, amely segíthet az információ hatékonyabb eljuttatását és megértését.

Verbális kommunikációs technikák

- Legyen egy jól begyakorolt rövid felvezető szöveg, amiben elmondja, hogy miért kapta a megszólított egyén a meghívólevelet és miért fontos, hogy részt vegyen a szűrővizsgálatban.
- Legyen objektív! Ne csökkentse a vizsgálatot járó fájdalmat, kellemetlenséget és időt, de ne is dramatizálja túl!
- Használjon minél kevesebb „miért” kérdést, mert az valatásra, kihallgatásra emlékeztet.
- Ha azt szeretné, hogy egy kellemes beszélgetés alakuljon ki, akkor alkalmazzon nyitott kérdéseket, mert így jobban megismerheti a páciens gondolkodását, könnyebben megnyílik és lesz együttműködő a kliens.
- Vázzolja fel a vizsgálatot a legapróbb részletekig! A stressz negatív hatását jelentősen megnöveli az ismerlentől való félelem. Mindezt jelentősen tudja csökkenteni az, ha tudja a páciens, hogy mire számíthat a szűrés alatt.
- Ha az információt nyújtó személynek volt már vizsgálata, személyes tapasztalata, pozitív élményeivel hitelesebb teheti a tájékoztatást!

Metakommunikációs technikák

- Az egész beszélgetés alatt figyeljen a testtartására! Ebben is legyen semleges, ne legyen túl közvetlen, de ne látszódjon zárkózottnak sem. Ha beszélgetés közben a partner felé fordul egész testével (ülve vagy állva), akkor azzal figyelmet mutat a másik felé. Ha állva a kezét lazán a teste mellett tartja, vagy ülő helyzetben a combjain pihenteti, akkor azzal nyitottságot sugároz. Ha a kezét vagy a lábát keresztezi, vagy összekulcsolja azzal nem csak bizonytalanságot, de zárkózottságot is sugározhat.
- Igyekezünk közbeszólás, megszakítás nélkül, teljes, összpontosított figyelemmel meghallgatni a páciens.
- Figyeljen a távolságra és az érintésekre. Ha túlságosan közel megy valakihez, vagy megérinti a páciens (akár csak az együttérzés jeleként), akkor ő a beszélgetés alatt kényelmetlenül érezheti magát és erre fog figyelni. Ha ilyen helyzet alakul ki, akkor nehezebben tudja elérni, hogy a páciens együttműködő legyen.

Felelősség a saját egészségéért

- Cél, hogy segítse a meghívott szűrendő egyént a döntés meghozatalában! Hangsúlyozza az egyén szerepét és felelősségét!
- Következtetés: a szűrésen való részvétel nem a legkellemesebb időtöltés, de mindenképpen hasznos (sőt életet menthet). A részvétel egy felelős döntés eredménye.

A rossz hír közlésének módjai

A nem-negatív leletről, megfelelő körültekintéssel, személyesen kell tájékoztatni a páciens, elmondva, hogy a nem-negatív lelet a rosszindulatúság felmerült gyanúját jelenti, aminek kizárása, vagy megerősítése érdekében feltétlenül további (kolonoszkópos) vizsgálatra van szükség. Ismertetni kell a kolonoszkópos vizsgálatra való előkészületet, majd magának a vizsgálatnak a mibenlétét; gondoskodni kell a beutalásról; későbbiekben pedig a kolonoszkópos vizsgálat eredményétől függően, szükség esetén részt vállalni a betegellátásában.

A „Személyközi egészségkommunikáció és technikák” és a „Példák a páciens együttműködésének növelésére, a nehezen együttműködő betegek meggyőzésére” fejezetben leírt kommunikációs technikák alkalmazása segíti a szükséges információk megfelelő eljuttatásának módját.

IV.10. Példák a páciensek együttműködésének növelésére, a nehezen együttműködő betegek meggyőzésére

- Az egész beszélgetés alatt legyen kedves és udvarias, ugyanakkor határozott, hiteles is. Ilyen hozzáállással könnyebben eléri az egyén együttműködését.
- Ne „fenyegesse, zsarolja” a szűrésre meghívottat, még akkor sem, ha a féltés és segítség szándéka van mögötte. Ne mondja pl. azt, hogy „Ha nem vesz részt...” vagy „Maga tudja...” vagy „Később majd bánni fogja, hogy...”
- A féltés és segítség szándéka vezesse, amikor elmondja a szűrés kihagyásával, elmulasztásával kapcsolatos következtetéseket, tegye azonban ezt semleges hangnemen! Még ha nem is sikerül elérni, hogy részt vegyen a szűrésben, akkor sem cél, hogy bűntudatot keltsen benne.
- Megértő kommunikáció: együtt érezhet a szűrésre meghívottal, ezáltal sokkal inkább érzi úgy a páciens, hogy megérti őt. Pl.: „Tudom, hogy a sok hétköznapi teendő mellett nehéz lehet időt szakítani önmagára...”, „Megértem, hogy fél a vizsgálattól vagy a vizsgálati eredménytől...”,
- Ne hibáztassa, mert ezzel csak növeli a félelmét, és így még inkább vonakodni fog a vizsgálattól.
- Ne kezdjen kihallgatásba és ne keressen bűnbakot! Teljesen mindegy, hogy a rossz tömegközlekedés, a szigorú főnök, a nem segítőkész rokonság, vagy ő maga a fő oka, hogy vonakodik a szűrővizsgálattól. Az ok csak abból a szempontból fontos, hogy ha tud és a meghívott is együttműködő és igényli, akkor segíthet megoldások keresésében.
- Tudassa vele, hogy nincs egyedül azzal, amit érez, és hogy ez természetes (pl. félelem a vizsgálattól vagy eredménytől).

Lehetőség:

- Hangsúlyozza a mostani szűrési lehetőség kényelmi és anyagi szempontjait, és hogy ez egy nagy társadalmi összefogás eredménye (az emberek szeretnek csoportokhoz tartozni).
- Hangsúlyozza, hogy nyilvánvalóan vannak kellemetlenségek, melyek a vizsgálattal járnak (idő, fájdalom, félelem), de ennél jóval több a vizsgálat pozitív hozadéka. Ha vannak a páciensnek kétségei, akkor oldja fel a bizonytalanságot. Mondja el többször is, hogy az idejében felismert elváltozás gyógyítható, kezelhető.

IV.11. Összegzés

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, hogy útmutatást adjon a szűrésben résztvevő alapellátásban dolgozó szakembereknek ahhoz, hogyan segítsék a szűrővizsgálatra meghívottakat a tájékoztatáson alapuló, részvételtől szóló pozitív döntés meghozatalában, valamint tájékoztatást nyújtson a vizsgálat folyamatáról, a negatív és nem-negatív leletek jelentéséről és jelentőségéről, és ezen keresztül növelje a lakosság bizalmát és részvételét a szűrővizsgálaton.

A vastagbélszűrésről további információkat az alábbi weboldalon talál:

https://www.antsz.hu/portal/felso_menu/temaink/szures/vastagbelszures

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER (OSZR) 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 kibontakozását és ilyen módon az invazív, áttétképző daganat kifejlődését.

Az úgynevezett preklinikai kimutathatóság szakaszában tünet-és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata a definíció szerinti szűrővizsgálat.

A szervezett lakosság-szűrési modell az egészségügyi ellátórendszer, mint szolgáltató által központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, veszélyeztetettnek minősülő, népes lakosságcsoportokra kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott szűrési program.

A szűrés elemei

A népegészségügyi program keretein belül a szervezett lakosság-szűrési modell elemei:

- a szűrési program területileg szervezett lakosság-szűrés 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;
 - valamint a szűrővizsgálatok megismétlésének gyakoriságát, azaz a szűrés és újra-szűrés közötti intervallumot;
- személyre szóló meghívó-visszahívó, követési rendszer működése biztosítja a szűrésre jogosultak magas részvételi arányát; a szűrővizsgálatra jogosultakat névre szóló, személyes megszólítású levél útján hívják meg;
- a megyei (fővárosi) kormányhivatalok népegészségügyi főosztályai a központi adatbázisból az informatikai rendszer segítségével a saját közigazgatási illetékességükhöz kapcsolódóan kezelik.

V.1 Szűrési Informatikai rendszer

Onkológiai Szűrési Rendszer kommunikációs modul (OSZRComm)

V.1.1. A továbbképzés céljai

A továbbképzés átfogó célja, hogy a résztvevőknek rálátást biztosítson a népegészségügyi célú, szervezett vastagbél-szűréssel kapcsolatos folyamatokra, illetve a felhasználói rendszer által nyújtott támogató funkciókat bemutassa.

A képzés során áttekintjük a rendszer használatához szükséges előfeltételeket, illetve a háziorvosok számára hozzáférhető OSZRComm használatát:

- a személyes meghívás alapjául szolgáló lakosságlistát, azaz a területen lakó összes, célcsoportba tartozó és szűrővizsgálatra jogosult személy név- és címjegyzékét és azonosító adatait;
- a megjelenési arány és vizsgálati 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 név szerinti azonosítását;
- a szűrővizsgálat elvégzéséhez szűrőállomások, azaz a szükséges szaktudással rendelkező, megfelelő berendezéseket üzemeltető szolgáltató egységek biztosítottak;
- a szűrési tevékenység illeszkedik az egészségügyi ellátó rendszerhez; a nem-negatív eredményt adó esetekben a szűrőállomással együttműködő szakellátási egységek (gasztroenterológia, radiológia, nőgyógyászat, endoszkópia, sebészet, citológia és patológia) – a háziorvosi szolgálattal összehangoltan – biztosítják a tisztázó vizsgálatok elvégzését, a kezelést és a betegkövetést.

V.1.2. A lakosságlista

A lakosságlista a célzott korcsoportok egyéneit tartalmazza. A személyes meghíváson alapuló lakosság-szűrés alapfeltétele a teljes és pontos területi lakosságlista.

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

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

A lakosságlista alapvető forrása a NEAK TAJ nyilvántartása. A lakosságlistát a szűrési koordinációval foglalkozó munkatárs az informatikai rendszerben 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, és a szűrési szereplők (védőnők, házi orvosok).

A megbetegedési lista

A megbetegedési lista tartalmazza a bizonyítottan daganatos 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.

V.1.3. A szűrési rendszer környezete

Szervezeti környezet, szereplők:

- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)
A NEAK TAJ adatbázisa a szűrési rendszer lakossági adatszolgáltatója. A NEAK szolgáltatja a szűrés szervezéséhez szükséges házi orvos listát is. Ezek az adatok képezik a behívó/visszahívó alrendszer alapját.
- OSZR
Az OSZR működtetésében szerepet játszanak a következő munkatársak:
 - Országos szűrési koordinátor(ok)
 - Megyei és fővárosi Kormányhivatalok szűrési koordinátorai.
- Rákregiszter
A Rákregiszter szolgáltatja a bizonyítottan daganatos esetek adatai alapján származtatott hibalistákat, ami a minőségbiztosítási feladatok ellátásának alapja.
- Házi orvosok
A házi orvosok minden népegészségügyi célú szűrésről értesítést kapnak. A szűrés lebonyolításában aktív szerepet azonban csak a vastagbélvizsgálásban játszanak. Az elmúlt évek során a házi orvosokon túl további szereplők is bekerültek a népegészségügyi szűrés rendszerébe, folyamatába (pl.: védőnők, orvosi laboratóriumok, endoszkópos laborok)
- Szűrőállomások
Szűrőállomás gyűjtőnéven foglaljuk össze a szűrés végző szolgáltatókat:
 - Mammográfiás szűrőállomás az emlőszűrés esetében;
 - Védőnő, citológiai laboratórium a méhnyakszűrés esetében;
 - Nőgyógyászok – magánrendelés is jelentésre kötelezett;

- Házi orvos, diagnosztikai laboratórium a vastagbélvizsgálás 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 egyének.

V.2. Az informatikai rendszer komponensei

Meghívó-visszahívó rendszer

Az alrendszernek feladata a megyei kormányhivatalokban dolgozó szűrési koordinátorok tervező munkájának a segítése, valamint annak biztosítása, hogy minden szűrésre jogosult állampolgár a megfelelő időközönként meghívásra 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 meghívást;
- rendszeresen ellenőrzi a megjelenést, szükség esetén megismétli a meghívást;
- szűréstípusonként a megfelelő periódus elteltével visszahívja a lakosokat;
- képes egyénileg és különféle csoportosítások (települések, házi orvosok, kor) alapján is kezelni a lakossági adatokat (védőnői körzeteket nem);
- TAJ jogosultság ellenőrző felületet biztosít a szűrési koordinátorok számára;

OSZRComm (Onkológia Szűrési Rendszer kommunikációs modul)

- regisztrálja a szűrés megtörténtét, illetve a szűrési eredményeket;
- kommunikál a szűréshez kapcsolódó informatikai rendszerekkel;
- lehetővé teszi a szűrési szereplők számára az egyedi szűrési eseményekhez kapcsolódó adatszolgáltatást;

A minőségbiztosítási rendszer

A szűrőállomások a teljesítményértékelésről meghatározott időszakonként és módon jelentést készítenek és küldenek a Megyei Kormányhivatal főosztályára, amit az továbbít az országos szűrési koordináció számára, ami a szűrőprogramok összességének eredményességét ér



V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

tékeli. Ezek a jelentések azonban nem képesek a tévesen diagnosztizált eseteket, illetve két vizsgálat között a korábbi szűrésen negatívnak véleményezett, később diagnosztizált daganatos eseteket, az ún. intervallum-rákokat jelezni.

Intervallum-rák: két egymást követő szűrővizsgálat közötti időben klinikai úton kórismézett daganat.

Számuk a szűrőprogram érzékenységeinek mutatója.

Az intervallum-rák kialakulása mögött két állapot állhat:

1. fel nem ismert esetek, vagyis álnegatív esetek, amelyek a szűrési időpontjában már fennálltak, de nem kerültek felismerésre - amely mögött módszertani vagy technikai hiba állhat. Ez a vastagbélvizsgálat mindkét lépcsőjében, azaz a székletvér vizsgálatánál vagy a szűrő-kolonoszkópos vizsgálatnál is előfordulhat.

2. rapid fejlődésű daganat, amelyet a szűrési időpontjában használt módszerrel még nem ismerhettek fel.

Az intervallum-rákok felkutatása érdekében a szűrőprogram alatt folyamatos monitoring rendszert kell üzemeltetni, ahol egyedi szűrővizsgálati előélettel összekapcsolhatóak a daganatos morbiditási adatok.

A szűrési nyilvántartóban minden egyes szűrővizsgálatban részesült személy azonosító és vizsgálati adatai tárolva vannak. Ez lehetőséget ad arra, hogy a Rákregiszter rendszerre a szövettanilag igazolt rákos esetekben a kapott adatokat összevesse a nyilvántartott személyek „szűrési előéletével”. Így megállapítható, hogy

- a rákosnak bizonyult személyt korábban meghívták-e szűrővizsgálatra?
- részt vett-e szűrővizsgálaton?
- ha igen, milyen eredménnyel?

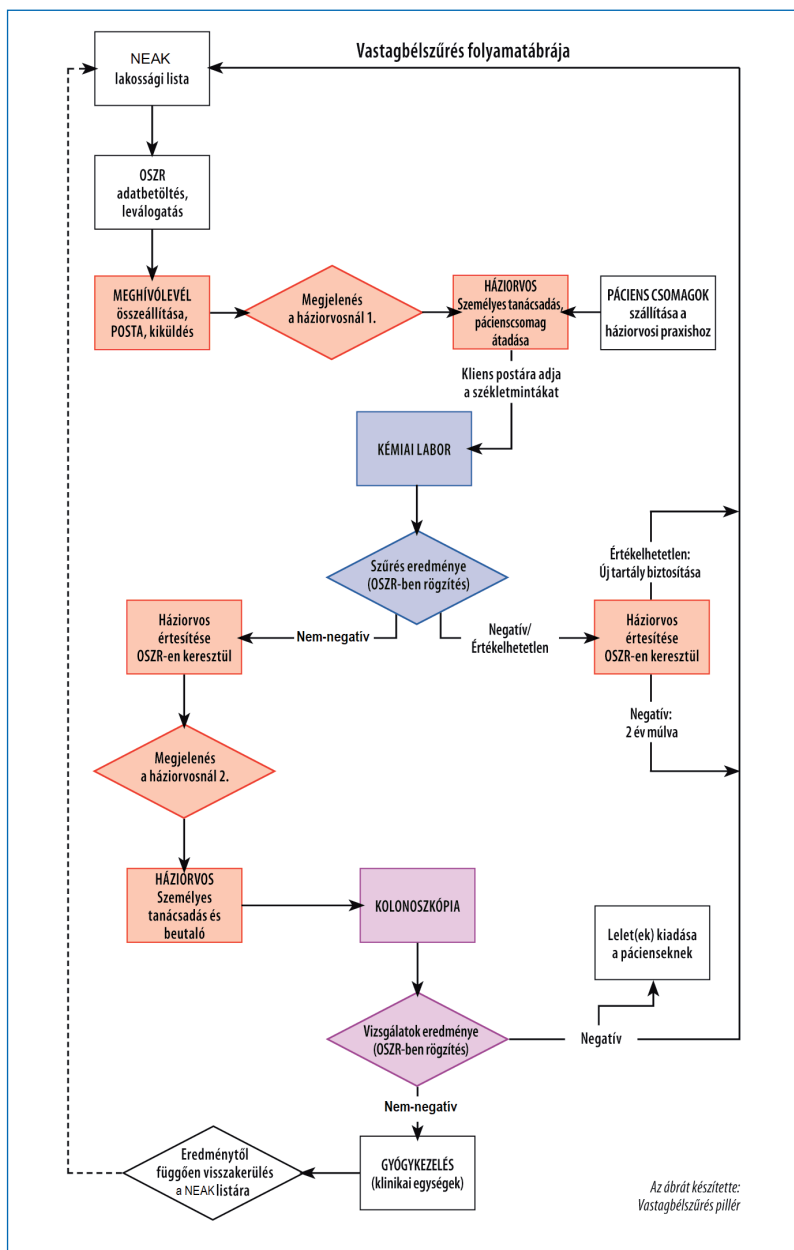
Ezek a szűrőprogram eredményességének értékelése szempontjából nélkülözhetetlen információk, melyet az információs rendszer folyamatosan szolgáltat a minőségbiztosítás működtetéséhez.

V.3. Kolorektális szűrés

A szűrés menete

A lakosságlista és a háziorvosi lista a célzott korosztályra havonta megérkezik a NEAK-tól az országos szűrési koordinációért felelős osztályra, ahol az országos szűrési koordinátor beolvassa az adatokat a szűrési rendszerbe. Az adatok feldolgozása után a megyei kormányhivatalok szűrési koordinátorai elkészítik a szűrési listákat. A szűrési folyamat első lépése a székletbeli rejtett vér kimutatása a székletmintából.

A meghívás (háziorvosnál való megjelenés, mintavételi tartály 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 páciens szűrőcsomagokat). A szűrés végző laboratóriumok is tájékoztatást kapnak a meghívottakról.



10. ábra: A kolorektális szűrés folyamata

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

A szűrés során a következő tevékenységek elvégzésére kerül sor

- Házi orvos feladata
 - mintavételi tartály kiadása;
 - a laboratóriumból visszaérkező eredmény közvetítése a páciens felé;
 - nem-negatív esetben továbbirányítás az egészségügybe;
 - a szűrt lakosokhoz kapcsolódó szűrési tevékenység folyamatos adminisztrálása/jelentése az informatikai rendszerben;
- Laboratórium feladata
 - székletminta értékelése;
 - statisztikai jelentések, megjelenések és eredmények küldése az országos szűréskoordináció számára.

A kolorektális szűrés folyamatát a 10. ábra, a résztvevők közötti adatáramlás folyamatát a 11. ábra szemlélteti.

A Megyei Kormányhivatalok Népegészségügyi Főosztály szűrési koordinátorai által végzett szűrés-specifikus tevékenység

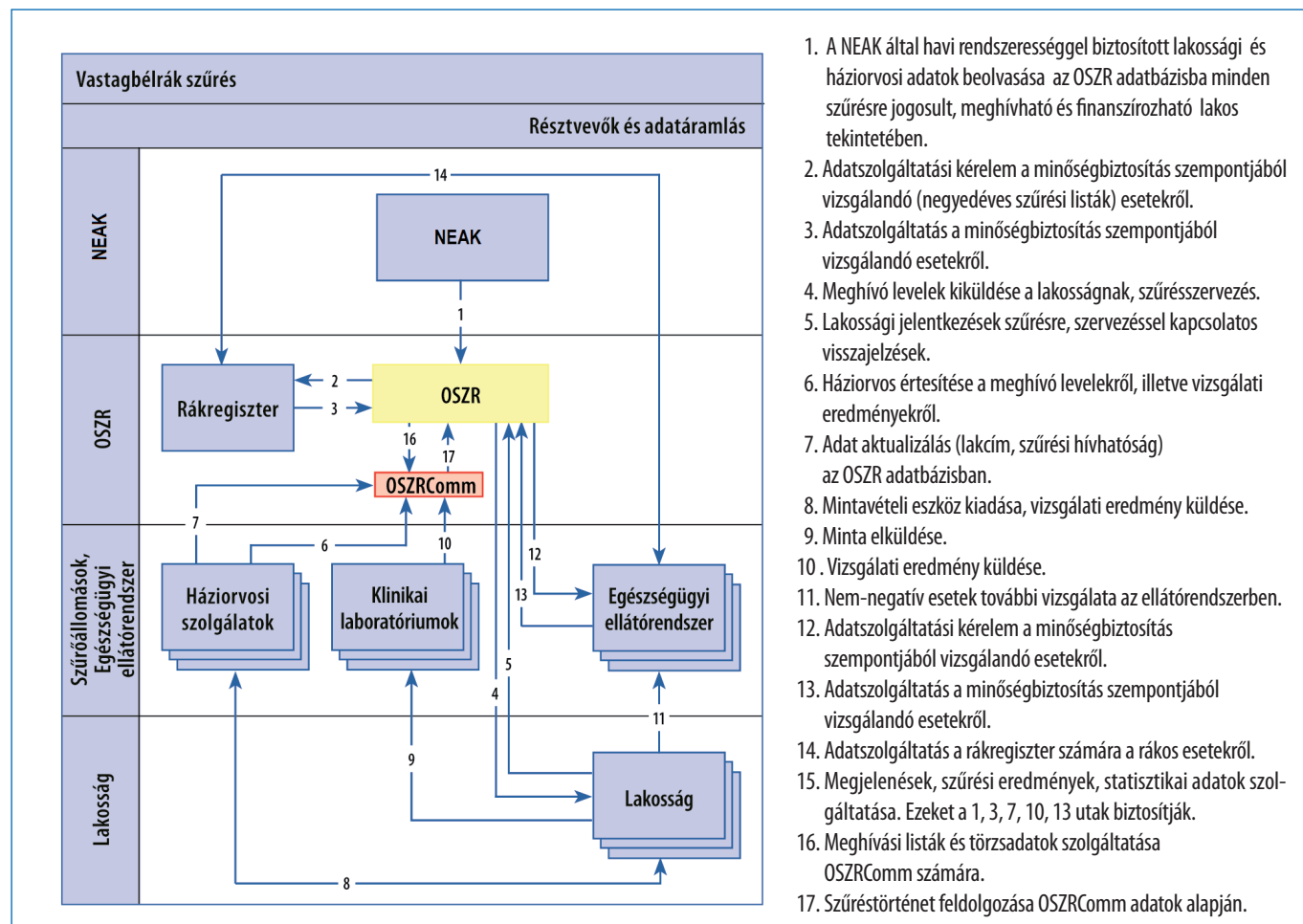
A megyei szűrési koordinátor elkészíti a lakoslistákat az OSZR (SZIRIAS) rendszerében, majd az elkészített lakoslistákat az OSZRComm-on keresztül hozzárendeli a szűrő házi orvos profiljához.

V.4. Az OSZRComm vastagbél szűrés felületének működése

Bejelentkezés

A tananyag itt kizárólag a vastagbél szűrési szerepköröket részletezi.

Szerepkör: minden a projektgazdával szerződésben álló és vastagbél szűrésre regisztrált praxis házi orvos.



11. ábra: Résztvevők közötti adatáramlás

1. A NEAK által havi rendszerességgel biztosított lakossági és házi orvosai adatok beolvasása az OSZR adatbázisba minden szűrésre jogosult, meghívható és finanszírozható lakos tekintetében.
2. Adatszolgáltatási kérelem a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálendő (negyedéves szűrési listák) esetekről.
3. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálendő esetekről.
4. Meghívó levelek kiküldése a lakosságnak, szűrőszervezés.
5. Lakossági jelentkezések szűrésre, szervezéssel kapcsolatos visszajelzések.
6. Házi orvos 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 vizsgálendő esetekről.
13. Adatszolgáltatás a minőségbiztosítás szempontjából vizsgálendő esetekről.
14. Adatszolgáltatás a rákregiszter számára a rákos esetekről.
15. Megjelenések, szűrési eredmények, statisztikai adatok szolgáltatása. Ezeket a 1, 3, 7, 10, 13 utak biztosítják.
16. Meghívási listák és törzsadatok szolgáltatása OSZRComm számára.
17. Szűrés történet feldolgozása OSZRComm adatok alapján.

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

A kezdő címen a bejelentkezés oldal nyílik meg.
<https://oszr.antsz.hu/OSZRComm/security/login.jsp>

A különböző szerepkörű felhasználók az alábbi azonosítókat használják:

házi orvos: „dr” + körpecsét szám

A felhasználók kezdeti jelszava a regisztrációkor megadott. Amennyiben nem emlékszik a jelszavára, vagy többször sikertelenül próbált bejelentkezni, vegye fel a kapcsolatot az országos szűrési koordinációval.

Ki vagyok én és Kijelentkezés

A saját adatokat 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! (12. ábra)

12. ábra

Saját adatok megváltoztatása

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 (13. ábra).

13. ábra

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

Szűrési lista kezelés

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 bal felső legördülő listából választhatja ki az aktuálisat. A szűrési listák ablakrészben mindig csak azok a szűrési listák láthatók, amelyek a látható (kiválasztott) rendelőhöz tartoznak.

A szűrési listák ablakrészben a szűrési listára kattintva a képernyő alsó részén megjelennek a szűrési lista sorolt lakosok adatai.

A szűrési listák és a lakosok listája közötti pontot megfogva a két terület nagysága tetszőlegesen beállítható.

Kezdetben a lakosok listáján be lehet 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 az alján található gombok segítségével lapozható. (Exportálni adatbiztonság és adatvédelem miatt nem lehetséges.)

A páciens lista kereshető a fölötté található keresőmezők segítségével. A kereső kifejezéseknél 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 viszont 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 (14. ábra).

The screenshot shows the OSZR Kommunikációs Modul interface. At the top, there is a search bar with the text "dr12345". Below it, there are several tabs: "Keresés TAJ alapján", "Keresés szűrési lista alapján", "Szűrési lista lekérdezése", and "Felhasználói gyorslisták". The "Keresés szűrési lista alapján" tab is selected. Below the tabs, there is a dropdown menu for "Ellátási körzetek" with the value "MINTAFALU 1001 MINTA U. 1.". Below this, there is a table with two columns: "Szűrési lista" and "Készítés". The table contains two rows: "Teszt kolorektális lista site 2" with "2011.05.19." and "Teszt kolorektális lista" with "2011.05.19.". Below the table, there is a section for "Páciensek" with a table of patient data. The table has columns for TAJ, Név, Szül. dátum, Irsz., Település, Utca, and M. The M column has a dropdown menu with options: "I", "N", "1", "2", "K", "S". A tooltip is visible over the M column, stating: "CRC szűrés miért nem teljesíthető? Meghalt (H), Elköltözött (K), Gondozott (G) (2), Egyéb (B)". Below the patient table, there is a pagination control showing "1-10 of 294" and "Oldalanként 10". At the bottom left, there is a button labeled "Keresőmezők ürítés".

14. ábra

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

Adatok felvitele, megtekintése

A páciens M oszlopának beállítása után a TAJ számra kattintva megnyílik a szűrési adatok felvitele képernyő. A képernyő bal oldalán a páciens adatai találhatóak, a jobb oldalán a szűrési

si 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 vissza lehet lépni a lista oldalra (15. ábra).

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
OSZR Kommunikációs Modul

Keresés TAJ alapján Keresés szűrési lista alapján Szűrési lista lekérdezése Felhasználói gyorslisták dr12345

| | | | |
|-------------------------|----------------|--|---------------------|
| TAJ-szám | 012345678 | Meghívólevél igény | Igen |
| Létrehozás dátuma | 2013.02.12. | Meghívólevél generálásának ideje | 2013.04.23. |
| Utolsó módosítás dátuma | 1970.01.01. | Nem hívható ok | |
| Páciens neve | MINTA GYÖRGY | Nem hívható egyéb | |
| Megye kód | 10 | Csomag igény | Első minta lakosnak |
| Megye | Heves | Csomag kiküldve | Igen |
| Város | Mintaváros | Csomag kiküldés dátuma | 2013.05.15. |
| Utca | MINTA UTCA | Megjelenés dátuma | 2013.05.29. |
| Ajtó | 1. | Első minta laborba érkezésének dátuma | 2013.05.31. |
| Írányítószám | 1002 | Első labor eredmény | Negatív |
| Kapcsolati kód | 1363220 | Második minta laborba érkezésének dátuma | |
| Születési dátum | 1949.12.01. | Második labor eredmény | |
| Születési hely | MINTAFALU | Kolonoszkópiára küldés | |
| Születési név | MINTA GYÖRGY | Kolonoszkópia helye | |
| Anyja neve | MINTA ERZSÉBET | Kolonoszkópia helye, ha a listában nem található | |
| Körzeti orvos | 100090047 | Kolonoszkópia eredmény | |
| Vizsgálatra küldte | | Szövettani eredmény | |
| Vizsgálatra küldte | | | |
| Azonosító | | | |

Laborkérő letöltése Mentés Vissza

15. ábra

Keresés TAJ alapján

A Keresés TAJ alapján menüpontra kattintva megjelenik a TAJ kereső ablak és a találati listát tartalmazó képernyő. Itt a TAJ számot megadva kereshet a rendszerbe 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 (16. ábra).

Keresés TAJ alapján Keresés szűrési lista alapján Szűrési lista lekérdezése Felhasználói gyorslisták dr12345

TAJ szám megadása
011878199 Frissítés

Páciensek

| TAJ | Név | Születési dátum | Helység | Típus | Szűrés dátum |
|-----------|--------------|-----------------|-------------------------------|-------|--------------|
| 011878199 | MINTA GYÖRGY | 1946.07.01. | Mintaváros 1002 MINTA KRT. 4. | kolo | 2011.06.03. |

16. ábra

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

Szűrési lista lekérdezése

A Szűrési lista lekérdezése képernyőn a felhasználó ellenőrizheti a praxisába tartozó páciensek 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 (Comma-Separated Values, azaz pontosvesszővel tagolt) formájában áll elő (17. ábra).

17. ábra

Felhasználói gyorslisták

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 gastroenterológiai labor által jelentett páciens adatokat a jövőben szeretnénk az OSZRComm felhasználói gyorslisták menüpontból elérhetővé tenni a háziorvosi praxisok számára.

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

AJÁNLOTT IRODALOM

1. Council of European Union: Council recommendations on cancer screening. 2003/878/EC. Official J. Eur. Union L327: 34-38. 2003.
2. European Commission. European guideline for quality assurance in colorectal screening and diagnosis. IARC. Luxemburg. 2011.
3. Döbrössy L. Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő? Medicina 2004.
4. Döbrössy L (szerk): Népegészségügyi Onkológiai Szűrések. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató Országos Tisztifőorvosi Hivatal. Budapest. 2005.
5. Döbrössy 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.
6. Döbrössy B, Kovács A, Budai A, Cornides Á, Döbrössy L: A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. Orv. Hetil. 148: 1707-1711, 2007.
7. Herszényi L, Lakatos F, Tulassay Zs. Minőségi kolonoszkópia: feltételek és elvárások. Orv. Hetil. 151: 1331-1339. 2010.
8. 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 initiatives in colorectal cancer screening: Budapest Declaration. Dig. Dis. 30: 320-322. 2012.
9. Hart JT. A new kind of doctor. J Royal Soc. Med. 74: 871-883. 1977.
10. Austoker J. Gaining informed consent for screening. Is difficult - but many misconceptions need to be undone, BMJ, 319: 722-723. 1999.

JAVASOLT TOVÁBBI IRODALOM

1. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2014 Sep 16.
2. American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016 Atlanta: American Cancer Society, 2014
3. Vaughan-Shaw P G; Aung M, Knight H, et al. Systematic Analysis of Missed Colorectal Cancer Cases and Common Pitfalls in Diagnosis Frontline Gastroenterol. 2015;6(4):232-240.
4. Patel N; Darzi A; Teare J. The Endoscopy Evolution: The Superscope Era' Frontline Gastroenterol. 2015;6(2):101-107.
5. Van Rossum LG., Van Rijn AF., Laheij RJ. et al: Random Comparison of Guaiac and Immunochemical Fecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer in a Screening Population Gastroenterology 2008;135:82-90
6. www.esgena.org (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associate)
7. Ladas SD.: Informed consent for gastrointestinal endoscopy. In Gastro- intestinal endoscopy. Chapter 5. 48-54. Ed. Meinhardt Classen. 2010

HIVATKOZÁSOK

- [1] J. Ferlay, I. Soerjomataram I, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D. M. Parkin, D. Forman D, and F. Bray, "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012.," Int. J. Cancer, vol. 136, no. 5, pp. E359-86, Sep. 2014.
- [2] M. Hegde, M. Ferber, R. Mao, W. Samowitz, and A. Ganguly, "ACMG technical standards and guidelines for genetic testing for inherited colorectal cancer (Lynch syndrome, familial adenomatous polyposis, and MYH-associated polyposis).," Genet. Med., vol. 16, no. 1, pp. 101-16, Jan. 2014.
- [3] H. Matsubayashi, "Familial pancreatic cancer and hereditary syndromes: screening strategy for high-risk individuals.," J. Gastroenterol., vol. 46, no. 11, pp. 1249-59, Nov. 2011.
- [4] D. K. Bartsch, T. M. Gress, and P. Langer, "Familial pancreatic cancer-current knowledge.," Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol., vol. 9, no. 8, pp. 445-53, Aug. 2012.
- [5] S. Syngal, R. E. Brand, J. M. Church, F. M. Giardiello, H. L. Hampel, and R. W. Burt, "ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes.," Am. J. Gastroenterol., vol. 110, no. 2, pp. 223-62; quiz 263, Feb. 2015.
- [6] J. Yee, D. H. Kim, M. P. Rosen, T. Lalani, L. R. Carucci, B. D. Cash, B. W. Feig, K. J. Fowler, D. S. Katz, M. P. Smith, and V. Yaghai, "ACR Appropriateness Criteria colorectal cancer screening.," J. Am. Coll. Radiol., vol. 11, no. 6, pp. 543-51, Jun. 2014.
- [7] C. Ardit, I. Peytremann-Bridevaux, B. Burnand, V. F. Eckardt, P. Bytzer, L. Agréus, R. W. Dubois, J.-P. Vader, F. Froehlich, V. Pittet, S. Schuselé Fillietz, P. Juillerat, and J.-J. Gonvers, "Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Screening for colorectal cancer.," Endoscopy, vol. 41, no. 3, pp. 200-8, Mar. 2009.

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYAEurópai Unió
Európai Szociális
Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

V. AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSI RENDSZER MŰKÖDÉSE

- [8] F. Armelao and G. de Pretis, "Familial colorectal cancer: a review.", *World J. Gastroenterol.*, vol. 20, no. 28, pp. 9292–8, Jul. 2014.
- [9] H. J. Järvinen, L. Renkonen-Sinisalo, K. Aktán-Collán, P. Peltomäki, L. A. Aaltonen, and J.-P. Mecklin, "Ten years after mutation testing for Lynch syndrome: cancer incidence and outcome in mutation-positive and mutation-negative family members.", *J. Clin. Oncol.*, vol. 27, no. 28, pp. 4793–7, Oct. 2009.
- [10] I. Dove-Edwin, P. Sasieni, J. Adams, and H. J. W. Thomas, "Prevention of colorectal cancer by colonoscopic surveillance in individuals with a family history of colorectal cancer: 16 year, prospective, follow-up study.", *BMJ*, vol. 331, no. 7524, p. 1047, Nov. 2005.
- [11] A. Lieberman, D. K. Rex, S. J. Winawer, F. M. Giardiello, D. A. Johnson, and T. R. Levin, "Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.", *Gastroenterology*, vol. 143, no. 3, pp. 844–57, Sep. 2012.
- [12] C. Hassan, E. Quintero, J.-M. Dumonceau, J. Regula, C. Brandão, S. Chaussade, E. Dekker, M. Dinis-Ribeiro, M. Ferlitsch, A. Gimeno-García, Y. Hazewinkel, R. Jover, M. Kalager, M. Loberg, C. Pox, B. Rembacken, and D. Lieberman, "Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.", *Endoscopy*, vol. 45, no. 10, pp. 842–51, Oct. 2013.
- [13] Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Egészségkommunikációs Felmérés 2015.:http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/
- [14] Döbrössy Lajos: Daganatok szűrése – minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató, Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest 2013.
- [15] <http://daganatok.hu/vastagbelrak-vegbelrak/vastagbel-tukrozes-kolonoszkopia>

