

*Mottó: „Őrzők, vigyázzatok a strázsán,
Az Élet él és élni akar”*

Ady Endre

Nemzeti Rákellenes Program

2006. FEBRUÁR

**Kiadta az Egészségügyi Minisztérium megbízásából
az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet**

**Felelős kiadó:
Dr. Rác Jenő egészségügyi miniszter**

Budapest, 2006. február

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐZMÉNYEK ÉS CÉLKITŰZÉS	6
HELYZETELEMZÉS	7
1. A daganatos megbetegedések epidemiológiai helyzete	7
A Nemzeti Rákregiszter	8
2. A gyermekonkológia helyzete	9
3. A daganatok kialakulásának megelőzése	10
3.1. Az elsődleges megelőzés	10
3.1.1. Dohányzás és alkoholfogyasztás	12
3.1.2. Az elhízás szerepe a daganatok kialakulásában	14
3.1.3. Táplálkozás szerepe a daganatok kialakulásában	14
3.1.4. Fertőzések szerepe a daganatok kialakulásában	15
3.2. A másodlagos megelőzés	15
3.2.1. Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben	16
4. A daganatos betegellátás	19
4.1. A daganatok diagnosztikája	19
4.1.1. Képző eljárások	19
4.1.2. Laboratóriumi vizsgálatok – tumormarkerek	20
4.1.3. Patológiai diagnosztika	20
4.2. Gyógyítás: komplex onkoterápia	21
4.2.1. Sebészet	21
4.2.2. Sugárterápia	22
4.2.3. Gyógyszeres kezelés	23
4.2.4. Biológiai kezelés	23
4.2.5. Az onkológiai betegek komplex rehabilitációja	24
5. Hospice (palliatív ellátás)	27
6. A daganatos beteg-ellátás szervezete	29
6.1. A daganatos betegellátás jelenlegi helyzete	29
6.2. Az onkológiai ellátás szervezeti felépítése	30
6.3. Gyermekonkológiai ellátás	31
6.4. A daganatos betegellátás informatikai helyzete	33
7. Kutatás-fejlesztés szerepe	34
8. Az onkológiai ellátás európai harmonizációja, nemzetközi kapcsolatok	35
9. Személyi feltételek: a daganatellátásban résztvevők oktatása	37
9.1. Graduális és posztgraduális orvoscépzés	37
9.2. Nem-orvos szakemberképzés	37
9.2.1. Pszichológusképzés	38
9.2.2. Egészségügyi szakdolgozók és szakasszisztensek	38
9.2.3. Önkéntesek képzése	39
9.3. Házi orvosok képzése és továbbképzése	39

10. Társadalmi szervezetek szerepe	40
11. A Nemzeti Rákellenes Program minőségfelügyelete	41
AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS JÖVŐJE	44
I. CÉL: A rosszindulatú daganatos megbetegedések kialakulását elősegítő tényezők előfordulásának visszaszorítása az elsődleges megelőzés hatékonyságának és társadalmi támogatottságának növelésével	44
II. CÉL: A rosszindulatú daganatos megbetegedések minél korábbi felismerése az eredményes gyógyítás érdekében a másodlagos megelőzés (szűrés) hatékonyságának és társadalmi támogatottságának növelésével	45
III. CÉL: Az onkológiai betegellátás minőségének javítása az onkológiai ellátórendszer európai harmonizációjával az onkológiai központok egységes rendszerének kialakítása révén	46
IV. CÉL: A daganatos betegségek korai felismerésének hatékonyabbá tétele érdekében az alapellátás felkészítése az onkológiai betegellátásban betöltött szerepére	47
V. CÉL: A gyógykezelés hatékonyságának javítása céljából a korszerű daganat-diagnosztika feltételeinek fejlesztése	48
VI. CÉL: A betegek életminőségének javítása a daganatsebészet korszerűsítésével	49
VII. CÉL: Az életkilátások, az életminőség növelése, valamint a várakozási idő csökkentése céljából a regionális sugárterápiás ellátás feltételeinek javítása, és a sugárterápiás eszközpark korszerűsítése	50
VIII. CÉL: A gyógyulás esélyének növelése és a betegek életminőségének javítása érdekében a gyógyszeres és a biológiai kezelés feltételeinek javítása.	51
IX. CÉL: Az onkológiai betegek ellátásának folyamatossága és a betegségmentesség hatékonyságának javítása érdekében az onkológiai gondozók szakmai integrálása a megyei szintű onkológiai központokba	52
X. CÉL: A daganatos betegek esélyegyenlőségének javítása a megyei szintű és regionális központok fejlesztésével	53
XI. CÉL: Az egységes és magasszínvonalú valamint eredményes betegellátás, a megbetegedési és halálozási statisztikák megbízhatóságának növelése érdekében az onkológiai ellátás országos koordinálásához szükséges feltételek megteremtése, ideértve az onkológiai tevékenységről és a daganatok előfordulásáról szóló informatikai és adatszolgáltatási rendszerek fejlesztését is	54
XII. CÉL: A betegek társadalomba és családba való visszailleszkedésének elősegítése érdekében az onkológiai betegek komplex rehabilitációs rendszerének kialakítása . . .	56
XIII. CÉL: A betegek életminőségének javítása érdekében országos hospice hálózat kiépítése	57
XIV. CÉL: A daganatos betegek komplex ellátásának javítása érdekében az onkológiai ellátásban résztvevő szakemberek (szakorvosok, szakdolgozók) európai szintű képzése	58

XV. CÉL: Az onkológiai ellátás egységes és magasabb színvonalának megteremtése érdekében meg kell erősíteni a minőségfelügyeletet	59
XVI. CÉL: A daganatos betegek és hozzátartozóik, valamint az onkológiai ellátásban résztvevők bevonása	60
MELLÉKLETEK	61
1–12. ábra	62
1–4. táblázat	70

ELŐZMÉNYEK ÉS CÉLKITŰZÉS

A Magyar Köztársaság Kormánya a rosszindulatú daganatos betegségek (továbbiakban rák; daganat) nemzetközi összehasonlításban is rendkívül kedvezőtlen hazai viszonyainak mielőbbi és tartós javítása érdekében célul tűzte ki, hogy csökkentse a daganatos betegségekből adódó terheket, csökkentse a megbetegedési és halálozási mutatókat, egyúttal növelje a betegek és hozzátartozóik életminőségét. Ennek érdekében egy összetett, összehangolt, minden érintett szakterületet átfogó és minden érintett csoportot megszólító társadalmi összefogást hirdet meg. Célja az érvényes gyakorlatot átalakítva komplex onkológia szemlélet megvalósítása, átszervezéssel kiegyenlített betegellátást biztosító, hatékony ellátórendszer kialakítása és működtetése. Ennek érdekében az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban: WHO) „National Cancer Control Programmes” elnevezésű programjának irányelveit és ajánlásait követve útjára kívánja bocsátani a Nemzeti Rákellenes Programot (továbbiakban NREP).

A NREP létrehozásának további célja az, hogy a kormányzat számára kitörési pontokat jelöljön meg, felhasználva a legkorszerűbb nemzetközi és hazai tapasztalatokat, valamint a mérvadó szakmai és civil javaslatokat. A program a hazai epidemiológiai helyzetből és a hazai daganatos betegellátás jelenlegi viszonyaiból indul ki, konkrét tennivalókra tesz javaslatot, és támaszkodik az egészségügyi kormányzat irányelveire is. A program megvalósítása új szemléletet és új gyakorlatot igényel a kormányzat, a lakosság és az egészségügyi szakemberek részéről, továbbá olyan új struktúrák kialakítását teszi szükségessé, amelyeket most kell létrehoznunk, hogy az életminőség javulásában és az ellátórendszer hatékonyságának és felkészültségének változásában rövidtávon elért eredmények mellett 10-15 év múlva a halálozási mutatók javulásában is jelentkező értékelhető eredményeket mutathassunk fel.

A program-dokumentum magába foglalja a daganatos megbetegedések epidemiológiai helyzetének elemzését, valamint az azon alapuló elsődleges és másodlagos megelőzési stratégiát; áttekinti a hazai daganatos betegellátás és az ellátásszervezés problémáit, és javaslatot tesz a szükséges strukturális, jogi és finanszírozási változtatásokra.

A program segítségével létrejön egy egészségesebb környezet, ahol csökken a rákos megbetegedések gyakorisága, kialakul egy humánusabb, jobban műszerezett, a kor színvonalán tevékenykedő modern ellátórendszer, ahol a korszerű diagnosztika gyors és hatékony komplex kezelést tesz lehetővé. Mindezek eredményeképpen biztosak lehetünk abban, hogy csökken a megbetegedések gyakorisága, javul a betegellátás, javul a betegek és hozzátartozók életminősége, könnyebbé válik visszailleszkedésük a családba és a társadalomba, csökken a halálozási arány, javul a haldoklók ellátása, támogatása, életminősége.

HELYZETELEMZÉS

1. A DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK EPIDEMIOLÓGIAI HELYZETE

A hazai rákhalálzási adatok sajnos hosszú idő óta drámaiak. Jelenleg Magyarországon körülbelül 300 ezer fő szenved daganatos megbetegedésben, 2003-ban 33 530 fő halt meg daganatos betegség következtében. A szív és érrendszeri betegségek mögött a daganat a második leggyakoribb halálóki tényező. A daganat biológiai természetéből fakadóan az ellene folytatott küzdelem nehéz és sokrétű. A daganatos halálozás nagy gyakorisága miatt e betegség megelőzése, korszerű kezelése, visszaszorítása népegészségügyi probléma.

Magyarországi és európai daganatos halálozási statisztikák összehasonlító elemzése

A daganatos megbetegedések miatti halálozási adatokat (mortalitás) a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) tartja nyilván. Az életkor szerint standardizált halálozási ráta használata alkalmas a daganatos megbetegedések trendjének meghatározására, mivel kiküszöböli a lakosság elöregedéséből adódó daganatos megbetegedések számának emelkedését. A KSH szolgálat adatot a WHO számára is. Ezek alapján készülnek a nemzetközi szakirodalomban megjelent epidemiológiai elemzések, melyek arról tanúskodnak, hogy *Európában Magyarországon a legmagasabb a daganatos megbetegedések miatti halálozás*. Az európai rákstatistikák elemzése és az abból levonható tapasztalatok útmutatást nyújthatnak a hazai daganatellenes stratégiák kialakításához. 36 európai ország kor szerint standardizált mortalitási rátájának elemzése kimutatta, hogy Magyarország a férfiak összes daganatos halálozási sorrendjében az első, míg a nők összdaganatos halálozási sorrendjében a második helyen áll. A magyarországi rákmortalitási adatokat összehasonlítva az európai országok megfelelő adataival megállapítható, hogy a dohányzással összefüggő tüdő- és szájüregi daganatok esetében Magyarország vezet a férfi halandósági statisztikát, ugyanakkor a női daganatos halálozás tekintetében a vastagbél-daganatok és a leukémiák esetében az első, az emlő-daganatok esetében pedig a 9. helyen áll.

Magyarország férfi daganatokra vonatkoztatott mortalitási rátája még a közép-kelet-európai régióban is kiemelkedően magas. Magyarországot a Cseh Köztársaság követi, és Lengyelország áll a 3. helyen. A kelet-európai országok, közöttük Magyarország kedvezőtlen daganatos halálozási mutatói a dohányzás, nagymértékű alkoholfogyasztás, és a daganatos betegek országosan egyenetlen ellátási színvonalának következménye. A magyarországi halálozás csökkentése elsősorban a daganatok megelőzésétől, valamint korai diagnózistól, a korszerűbb diagnosztikai módszerek és a hatékony terápiai eljárások alkalmazásától várható.

Rosszindulatú daganatok előfordulási gyakorisága Magyarországon

2000 és 2003 között a férfi daganatos megbetegedések száma 34359-ről 40366-ra növekedett. Az egyes daganattípusok megoszlása szerint a 2000. évben a tüdődaganat a leggyakoribb 20,5%-os részesedéssel. A vastagbél-daganatok morbiditása az összes daganatos megbetegedés 13,0%-a, míg a szájüregi daganatok a 8,1%-os előfordulással a 3. helyen állnak. 2000 és 2003 között a tüdődaganatok morbiditási arányszáma 145,1-ről 155,9-re, míg a vastagbél-daganatoké 92,1-ről 100,2-re emelkedett 100 000 főre számítva. A daganatok gyakoriságának növekedéséhez a prosztata- és a bőrdaganatok bejelentési számának emelkedése is hozzájárult, amely az adatszolgáltatás javulását tükrözi.

A 2000–2003. évi időszakban a bejelentett női daganatok száma 32751-ről 40184-re növekedett. A morbiditási listát az emlődaganatok vezetik 20,3-21,3%-kal. Ezt követi a vastagbél-daganat 12%-kal. A tüdődaganatok 9,5%-os részaránnyal a 3. helyen állnak. Kiemelkedően magas a tüdődaganatok morbiditási arányának változása, amely 3 év alatt 58,2-ről 70,7-re emelkedett 100 000 főre számítva.

A diagnosztizált női emlődaganatok száma 1888 esettel növekedett. Az esetszám emelkedés feltehetőleg a 2001-ben indult szervezett emlőszűrésnek tulajdonítható. Öröndetes, hogy új emlőtumoros esetek között a korán felfedezett in situ emlődaganatok aránya növekedett, amely a gyógyulás esélyét nagymértékben javítja. Ugyanakkor sajnálatos, hogy a női tüdőrákos betegek száma 2003-ban 3543-ra emelkedett a 2000-ben bejelentett 3116 tüdőrákos esethez viszonyítva. A korcsoportokra bontott adatok szerint már a 35-40 éves korosztályban is előfordulnak tüdődaganatos esetek, amely a fiatal korban elkezdett dohányzás magyarországi gyakoriságára, elterjedésére utal. A méhnyak daganatok incidenciáján belül figyelemre méltó az a tény, hogy a bejelentett méhnyak daganatok 30%-a in situ carcinoma, amelyek korai felismerése a méhnyakrák miatti halálozást jelentős mértékben csökkenthetné. A hazai rákmorbiditási és -mortalitási adatok alapján a daganatellenes programok egyértelműen körvonalazhatók.

Ha a megelőzés területén kínálkozó lehetőségeinket nem használjuk ki, akkor bizonyos becslések alapján, „életkor-specifikus” adatokra támaszkodva, az elkövetkezendő években 1.000 fiú újszülöttből 313, 1.000 leányból pedig 149 rosszindulatú daganat miatt fog meghalni 75 éves kora előtt.

A Nemzeti Rákregiszter

A daganatos halálozási adatok pontos ismerete nélkülözhetetlen a hatékony Rákellenes Program kialakításához. A rosszindulatú daganatos megbetegedéseket az egészségügyi intézmények a Nemzeti Rákregiszternek jelentik be.

A Világbank „felzárkózási programja” által létrehozott Nemzeti Rákregiszter 2000-ben kezdte el tevékenységét a nemzetközi irányelveknek megfelelően. A Nemzeti Rákregiszter 198 gyógyintézetből kap rendszeresen daganatos megbetegedési adatokat. A jelentési fegyelem javulásának köszönhetően nőtt az adatfeldolgozás minősége. Kiemelten szükséges azonban a Rákregiszter tartalmi hitelességének szakmai ellenőrzése és folyamatos javítása, működésének nemzetközi szinten is elfogadható biztosítása. Ennek érdekében kívánatos a Regiszter feladatkörének kibővítése a túlélési adatok gyűjtésének és elemzésének megkezdésével, az on line bejelentés lehetőségének biztosításával.

A Rákregiszter adatainak megfelelő hitelességét időnként „representatív minták” gyűjtése és értékelése alapján kell felmérni.

A szakmai jelentési rendszerek fejlesztése alapvető feltétele a program során megvalósuló eredmények monitorozásának.

A *gyermekonkológiai központok* valamennyi rákbeteg gyermek adatait megbízható központi nyilvántartásban regisztrálják, így a kezelési eredmények betegségfajtánként, központonként és országos szinten is nyomon követhetők és kiértékelhetők.

2. A GYERMEKONKOLÓGIA HELYZETE

A rosszindulatú daganatos-leukémiás betegségek gyermekkorban lényegesen ritkábban fordulnak elő, mint felnőttkorban, jelentőségük mégis kiemelkedő, mivel:

1. a halálokok között 1 és 14 év közötti gyermekeknél a daganatos megbetegedések a balesetek után az első helyen állnak,
2. időben felismerve és megfelelően kezelve eredményesen gyógyíthatók, és már érett felnőttként utódaik között sem fordul elő gyakrabban daganatos betegség,
3. egy gyermek elvesztése olyan csapás az egész család részére, mely csak nehezen, hosszú évek után és akkor sem teljesen dolgozható fel; rontja mind a szülők, mind a testvérek életminőségét, életvezetését.

A fentiek miatt az egész társadalom mélyen átérzi, hogy minden áldozatot meg kell hozni a gyermekkori daganatos kórképek számának csökkentése és a betegek gyógyítása érdekében. A NREP nem nélkülözheti a gyermekkori rákos megbetegedések elleni küzdelem korszerűsítését és megerősítését.

Az elmúlt három évtizedben a daganatos betegségek gyógyítása terén a legjelentősebb haladás a gyermekkori esetek kezelési eredményeiben történt mind nemzetközi szinten, mind Magyarországon. Míg a hetvenes években csak a betegek töredéke gyógyult meg véglegesen,

ma már átlagosan a gyermekkori daganatos betegek csaknem kétharmada gyógyítható. Természetesen a túlélési esélyeket alapvetően meghatározza a daganat típusa és helyes kezelése. Jelenleg minden 1000 fiatal felnőttkorba lépő személy közül 1 valamely gyermekkori rákos betegség túlélője.

A gyermekkori daganatos betegségek gyakorisága

A gyermekkori rosszindulatú daganatos betegségek számáról pontos adataink vannak. Hazánk az elsők között volt Nyugat-Európában is, ahol e gyermekek adatainak országos nyilvántartása és korszerű, egységes kezelése már 1971-ben megindult. 2004-ben az új megbetegedések száma 14/100 000 15 év alatti gyermek (kb. évi 300 új eset), a kezelés alatt álló betegek száma 622, a gondozottak száma 2163 volt. A gyermekkori rosszindulatú daganatos megbetegedések gyakorisága hasonló a nyugat-európaihoz. Hazai sajátosság, hogy a daganatok közül a központi idegrendszer daganatos megbetegedéseinek gyakorisága eléri a leukémiás megbetegedések gyakoriságát. A daganatok harmadik harmadát alkotja az összes többi daganattípus.

3. A DAGANATOK KIALAKULÁSÁNAK MEGELŐZÉSE

3.1. Az elsődleges megelőzés

A rákok többségének összes kiváltó okát mindmáig nem ismerjük. Világszerte tudósok ezrei kutatják fáradhatatlanul a bizonyítékokat, amelyek a rákos folyamat megindulásához vezetnek. Annyi bizonyos, hogy nem egyetlen kiváltó okot kereshetünk, mert közismert, hogy számtalan külső és belső tényező, továbbá örökletes mechanizmusok együttes jelenléte és kölcsönhatása eredményezi a rák kialakulását.

A fenntartható fejlődés, a gazdasági versenyképesség egyik alapfeltétele maga az ember, jó egészségben, erőforrásai birtokában. Természetes és mesterséges környezetünkben ismételtlen vagy rendszeresen ható fizikai (pl. ionizáló és nem ionizáló sugárzás, zaj, rezgés), kémiai [különböző veszélyes vegyi anyagok: rákkeltők, reprodukciót károsítók, fejlődési rendellenességet okozók, immuntoxikusak, endokrin-rendszert rombolók, allergének vagy tüdőkárosító porok (pl. azbeszt)], biológiai (pl. vírusok, baktériumok), továbbá elsősorban mozgásszervi megbetegedéseket okozó ergonómiai kóroki tényezők, vagy a fokozott fizikai vagy lelki megterhelés, stressz-hatások, pszichoszociális eredetű kóros helyzetek okozta megnövekedett igénybevétel a leggyakoribb okai, provokáló vagy progressziót fokozó tényezői az embereket sújtó népbetegségeknek (krónikus nem fertőző betegségeknek, közöttük a tumoros megbetegedéseknek). A daganatos megbetegedések mintegy 5-10%-a a munkahelyi, 1-2%-a környezeti kóroki tényezőkből származik az iparosodott országokban a WHO források szerint.

Az elsődleges megelőzés a daganatos betegségek kialakulásában szerepet játszó oki, vagy kockázati tényezőnek ismert vagy feltételezett hatások kiiktatását jelenti az egyes emberek mesterséges, illetve természetes környezetéből vagy életmódjából. Az elsődleges megelőzés komplex, össztársadalmi feladat, amelynek eredményei hosszú távon, akár évtizedek múlva jelentkeznek, és amely a társadalom forrásainak teljességét igénybe veszi, értelemszerűen meghaladja az egészségügy, még inkább az onkológia lehetőségeit.

A kedvezőtlen epidemiológiai helyzetnek számos oka közül az egyik legfontosabb az elsődleges megelőzés („primer prevenció”) elégtelensége, több évtizedes lemaradása. Emiatt környezetünk rákkeltő tényezőit nem tudtuk hatékonyan szervezetünkötől távol tartani, s így a rosszindulatú daganatok kialakulását megakadályozni.

Az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek, illetve ezek készsége szintű elsajátítása elsősorban a mindennapi élet színterein valósítható meg oly módon, hogy az egyes életkori sajátosságokat – életciklusokat – alapvetően figyelembe vesszük. Ezek a készségek elsősorban a táplálkozásra, a mozgásra, a dohányfüst mentes életmódra vonatkoznak, de természetesen különös fontossága van a lelki egészség védelmének is, hiszen az egészséges választás elősegítése érdekében szükséges az egyes emberek és közösségek helyes önértékelése és döntési képességeinek javítása. A megelőző ismeretek közé nem csupán az egészség védelme és fejlesztése, hanem az egészségügyi szolgáltatások megfelelő használata, az orvoshoz fordulási kultúra, illetve a javasolt szűrővizsgálatokon való részvétel egészségkulturális megalapozottsága is hozzátartozik.

Az ismeretek átadásának kiemelkedően fontos színtere az oktatási intézményrendszer.

Fentieknek megfelelően egyformán fontos feladat a népesség egészségnevelése, az egészséges életmódra szoktatás, az egészségről alkotott helyes felfogás megteremtése, a helyes táplálkozási kultúra kialakítása, az egészségkárosító szenvedélyekre (dohányzás, alkoholfogyasztás), vagy szokásokra (pl. a mértéktelen napozás) való rászokás megelőzése, vagy a le szoktatás, a személyi higiénia igényének és gyakorlatának kialakítása. A munkahelyi és környezeti egészségkárosító tényezők elkerülése.

Fentiekhez csatlakozik a dohányzás, alkoholfogyasztás, a helytelen táplálkozás és a mértéktelen napozás egészségkárosító hatása is, amelynek minden összetevője olyan életmódbeli gondot okoz, amely össztársadalmi kérdés, s aktív egészségnevelés, felvilágosítás, a média, az egészségügy, a kormány és a törvényhozás közreműködése nélkül megoldhatatlan.

A WHO 2002-es ajánlása a rákmegelőzés kulcselemei, kockázati tényezői közül az alábbiakat emeli ki:

- a dohányzás elleni küzdelem;
- az egészséges étrend;
- az elhízás megakadályozása, sportolás és szabadidős testmozgás;
- az alkoholfogyasztás csökkentése;

- a hepatitis B-vírus elleni oltás;
- a tartós napsütés hatásának elkerülése.

Az egészségpolitika feladata, hogy kezdeményezze a megelőzéssel összefüggő ismeretek iskolai oktatását, szorgalmazza a rizikótényezőkre és azok elhárításának lehetőségeire vonatkozó ismeretekkel összefüggő témájú cikkek, műsorok megjelenését a médiákban, és támogassa a dohányzásellenes és más társadalmi szervezetek és egyesületek (Magyar Rákellenes Liga, Rákbetegek Országos Szövetsége stb.) ismeretterjesztő, felvilágosító tevékenységét.

3.1.1 Dohányzás és alkoholfogyasztás

Hazánkban vezető népegészségügyi probléma a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Az egy főre eső cigaretta és tömény szesz felhasználás, illetve fogyasztás terén Európa élvolnába tartozunk, amellyel egyértelműen összefüggésbe hozható a tüdőrák, ajak- és szájüregi rákok, gégerák, húgyhólyag- és emésztőszervi rákok nagy halálozási száma és kiemelkedően magas előfordulási gyakorisága.

Dohányzás. A dohányfüst rákkeltő tényezők tárháza, mivel kb. 4.000 vegyi anyagából 438 rákkeltő, s jelentős nikotin, kátrány, szénmonoxid és ún. poliaromás szénhidrogén és nitrozo vegyület összetevői közvetlen módon és a véráram útján jutnak el a tüdőbe és egyéb szervekbe. A rákkeltő hatás a „passzív dohányosokat” sem kerüli el, jelentősen veszélyeztetettek, és munkahelyi, vagy családi kapcsolat révén 20-30%-kal nagyobb tüdőrák kockázatnak vannak kitéve. A „volt dohányos” kockázata még 10 év múlva is nagyobb!

Az összes daganat kialakulásának 25-30%-ában a dohányzás etiológiai tényezőként szerepel. A dohányzó egyéneknél háromszor nagyobb valószínűséggel fejlődik ki daganat (tüdő, fej-nyak, húgyhólyag, stb.), mint a nem dohányzó személyekben. Figyelemre méltó az a tény, hogy 2003-ban több nő halt meg Magyarországon tüdőrák miatt, mint emlő vagy vastagbél daganatokban. Az Európai Unió tagállamaiban 1990–1994. között végzett felmérés szerint a férfiak 34%-a, a nők 24%-a dohányzott rendszeresen. A 25-39 éves korcsoportban ez arányilag még magasabb volt: 55% a férfiak, míg 40% a nők esetében, amely várhatóan a dohányzással összefüggő daganatok fokozott előfordulását eredményezi. Ennek értelmében az Európai Rákkódex prevenciós programjának alappillére a dohányzás visszaszorítása, a nemdohányzók védelme. Az Európai Unió országaiban a dohányzás elleni fellépést kötelező érvényű jogszabályok és nem kötelező érvényű javaslatok vezérlik. A WHO kezdeményezésére kidolgozott Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény elősegíti, hogy a dohányzás visszaszorítása Magyarországon is előtérbe kerüljön. Az Európai Unióhoz való csatlakozás újabb lehetőséget nyújt Magyarország számára, hogy az EU tagállamok dohányzásellenes intézkedéseit átvegye. Az európai egészségügyi miniszterek közreműködésével kidolgozott „Varsói Nyilatkozat a Dohányfüst mentes Európáért 2002.”, és ennek alapján megfogalmazott Európai Dohányzásellenes Stratégia (2002.) az alábbi főbb javaslatokat tartalmazza: a dohánytermékek promóciójának tilalma; a dohánytermékek adótartalmának növelése; dohány-

zás elleni kampányok; füstmentes közterületek. Magyarország 2003-ban aláírta a WHO által kezdeményezett Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt, amely várhatóan elősegíti majd a dohányzás elleni erőfeszítések eredményességét. Ennek alapján is kötelezettségünk a dohányárúkhhoz való hozzáférés, a reklám további korlátozása, a tájékoztató és megelőzési programok szélesítése.

A Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) szerint Magyarországon kb. 2,6 millióan dohányoznak (1,6 millió férfi és 1,0 millió nő), a rendszeres dohányzás prevalenciája a nők körében 1994-re 26,6%-ra emelkedett. A fiatalkori dohányzás trendje is kedvezőtlen. A KSH átfogó jelentést tett közzé a dohányzással összefüggő betegségek morbiditási és mortalitási adatairól. Az elemzés szerint 1999-ben az összes férfi halálozás 28%-a következett be dohányzás miatt, míg nők esetében az érték 9%. A női dohányzás prevalenciájának folyamatosan növekedése következtében a női tüdőrák okozta halálozás további emelkedésével kell számolni.

Az Európai Unió a dohányzás ellen összehangolt nemzetközi küzdelmet hirdetett meg, amelyhez hazánk is csatlakozott. A dohányzás elleni intézkedések hazánkban egyre több területet érintenek, a társadalom felvilágosítása és meggyőzése azonban még nem elég eredményes. Szigorítottuk a nemdohányzókat védő törvényt, füstmentesek lesznek a gyermekintézmények, továbbá a munkahelyek is dönthetnek úgy, hogy teljesen megtiltják a dohányzást. Vannak játékos formában készített, a rászokást megelőző óvodai és iskolai programjaink. Erősítjük a leszokást elősegítő szakmai hálózatot, és fokozatosan emeljük a dohánytermékeket terhelő jövedéki adót. Ha lassan is, de változóban van a közvélemény ítélete: növekvőben van a nemdohányzó életmód presztízse, jóllehet a dohányzók arányában az elmúlt években nem történt elmozdulás (férfiak: 43%, nők: 30%).

Az állam szabályozó szerepe mellett az önkéntes oktató, sőt „leszoktató” programok népszerűsítése, a „visszaautasítás technikájának” a megtanítása és megtanulása a 10-18 éves iskolás korosztály számára sorsdöntő.

Alkoholizmus. Óriási terhet ró az egész társadalomra és az egészségügyre a nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő hazai alkoholfogyasztás.

A dohányzással társuló alkoholizmus felerősíti és növeli a rákkockázatot, a két rizikófaktornak tulajdonítható a hazai rákhalálozás 40-50%-a! A férfiak között kétszer több a dohányos és négyszer több az alkoholista, mint a nőknél, de a különbség a nők megváltozott szokásai miatt csökken, így a tüdő-, az ajak-szájüregi-garat-gége-, nyelőcső-, máj- és gyomorrákok gyakorisága és a halálozás a nők között is emelkedik.

Csak a Népegészségügyi Program szintjére emelt felvilágosító tevékenység, egészségnevelés eredményezhet olyan életstílus váltást, amely a cigaretta és tömény szesz együttes fogyasztás jelen mértékének gátat vethet. Olyan program szükséges, amely elsősorban a gyermekek és fiatalok alkoholfogyasztásának csökkentésére, a felelősségteljes, mértékletességre ösztönző hozzáállás megteremtésére, a veszélyeztetett csoportok védelmére irányul.

3.1.2. Az elhízás szerepe a daganatok kialakulásában

Az elhízás lényeges szerepet játszik mind a cardiovasculáris, mind a daganatos betegségek kialakulásában. A testtömeg index (BMI) növekedésével ($23 \text{ kg/m}^2 - 30 \text{ kg/m}^2$) fokozatosan növekszik a vastagbél-, emlő-, endometrium-, vese-, nyelőcsődaganatok kialakulásának kockázata. A 30 kg/m^2 testtömeg index-el rendelkező egyén kockázata például a vastagbél daganat kialakulására 100%-kal nagyobb, mint a 23 testtömeg indexszel rendelkező személy kockázata. Az elhízás növeli a daganat-kialakulás esélyét.

A statisztikai adatok szerint a vastagbél-daganatos betegek 11%-a, az emlődaganatos betegek 9%-a, az endometriális daganatokban szenvedő betegek 37%-a rendelkezett emelkedett testtömeg index-el. Ezért az elsődleges megelőzés egyik fő feladata az elhízás elkerülésének hangsúlyozása, ami egészséges táplálkozással és megfelelő testmozgással érhető el.

A *fizikai aktivitás*, azaz az egyén bármilyen mozgása, ami energiafelhasználással jár, a szervezet energiaegyensúlyának egyik fontos eleme. A fizikai aktivitás csökkenti a daganat kialakulásának kockázatát.

A rendszeres testmozgás segíti az ideális súly fenntartását és több, egymást átfedő biológiai mechanizmussal együtt csökkenti a daganatok kialakulásának kockázatát. Az utóbbi két évtizedben a túlsúlyosak és elhízottak aránya gyermekek és felnőttek körében folyamatosan növekedett. Az elhízás pedig növeli a daganat kialakulásának gyakoriságát.

3.1.3. Táplálkozás szerepe a daganatok kialakulásában

A *táplálkozás* és az egészség/betegség kapcsolata már hosszú idő óta ismert. Alacsony zsírtartalmú, rostban, gyümölcsben, zöldségben, és teljes értékű gabonafélékben gazdag táplálkozás sok ráktípus kialakulásának kockázatát csökkenti. A felnőttekhez képest a gyermekeknek arányosan kevesebb rostra van szükségük. Náluk a magasabb rosttartalmú étrendet fokozatosan kell bevezetni. Túl sok rost hamar teltségérzést okozhat, így a gyerekek táplálkozása elégtelenné válhat energia, vitaminok és ásványi anyagok tekintetében.

Az antioxidánsok semlegesítik a szabadgyököket. A szabadgyökök a normális sejtfolyamatoknak is természetes melléktermékei, a szervezet hatékony védekező rendszerrel rendelkezik velük szemben. Túlzott mennyiségben a szabadgyökök károsíthatják a szervezet molekuláit, többek között a DNS-t is. Az antioxidánsok közé tartoznak többek között a béta-karotin, az A-,C- és E-vitaminok, likopin, flavonok és egyéb anyagok.

Az *egészséges táplálkozási szokások*: a táplálkozás napi ritmusa, az egyes étkezések energiatartalma és minőségi összetevőivel kapcsolatos készségek, szokások megismertetésének és átadásának egyik legjobb színtere az iskola, illetve az újra egyre szélesebb körben terjedő közétkeztetés. Az energiaegyensúly másik oldala a mozgás, illetve a mozgásban gazdag életmód előfeltételeinek megteremtése a táplálkozással egyenrangú fontosságú minden szinten és minden életkorban.

3.1.4. Fertőzések szerepe a daganatok kialakulásában

Az Európai Rákkódex adatai szerint (2003) a daganatok 10%-a vírus, baktérium vagy parazita-fertőzés miatt alakul ki az Európai Unióban. A fertőzés következtében kialakuló daganatok közé sorolhatók a méhnyak-, a máj-, a gyomor- és egyes hematológiai daganatos megbetegedések.

A méhnyakrák kialakulásában a humán papilloma vírusfertőzés lényeges szerepet játszik. A hepatitis B és C vírusfertőzés májrákot okozhat. A *Helicobacter pylori* fertőzés jelenléte hatáskörösára növeli a gyomordaganatok kialakulásának veszélyét. Az Epstein-Barr vírus (EBV) és a HIV vírus fertőzés lymphoid tumorok, utóbbi emellett a Kaposi-sarcoma kialakulását segíti elő.

Kérdés: ki a felelős az egészségkárosító életmóddért?

Részben maga az egyén, mivel az életmód „az egészségre befolyással lévő személyes döntések halmaza, amelyre az egyénnek több-kevesebb befolyása van”. Az egyén felelősségén túl feltehető a kérdés, hogy mi az oka a dohányzás, az alkoholfogyasztás rendkívül gyakori előfordulásának, az egészségtelen táplálkozásnak? A regionális epidemiológiai különbségek utalnak arra, hogy a kulturális környezet és a társadalmi-gazdasági-politikai viszonyok hatással vannak a daganatos megbetegedések kialakulására. A stresszel terhelt napi életben a legkönnyebben hozzáférhető stresszoldó mechanizmusok a pillanatnyi örömet okozó káros szenvedélyek, a dohányzás és a mértéktelen evés és ivás.

A társadalom megdöbbenően toleráns az önkárosító magatartásformákkal szemben.

A jobb életminőség elérése ezért elodázhatatlan társadalmi feladat.

3.2. A másodlagos megelőzés

A másodlagos megelőzés célja a tüneteket és panaszokat még nem okozó daganatok és daganatelőtti állapotok felismerése a későbbi, súlyosabb következmények megelőzése érdekében, módszere pedig a szűrővizsgálat.

A panaszok és a tünetek megjelenésével veszi kezdetét a betegség klinikai szakasza. A betegség biológiai értelemben vett kezdetétől a tünetek jelentkezéséig terjed a betegség preklinikai szakasza. A szűrővizsgálat célja, hogy kiszűrje még a kialakulásuk kezdeti szakaszában lévő betegségeket.

A negatív szűrővizsgálat minimálisra csökkenti a rosszindulatú daganat valószínűségét, a pozitív szűrővizsgálat valószínűsíti azt, esélyt ad arra, hogy a vizsgált személy még a betegség tünetmentes, korai állapotában kerüljön orvos kezébe. A szűrővizsgálat célja az egyes daganatos betegségből eredő halálozás mérséklése. A szűrési program alkalmasságának értékmérője az érzékenység (szenzitivitás) és a fajlagosság (specifitás).

Az alkalmas módszer érzékeny, ha ráknak mondja a rákot, és fajlagos, ha csak a rákot mondja ráknak.

A szűrési program eredményeként:

- a) nő az egy naptári év alatt diagnosztizált új megbetegedések száma (incidencia),
- b) nő a korai klinikai stádiumban felfedezett daganatok száma és a túlélési idő (a diagnózis felállítása és halál bekövetkezése közötti időtartam),
- c) csökken a daganat miatt bekövetkezett halálesetek száma (a mortalitás) és
- d) az életminőség mutatói javulnak.

3.2.1. Szűrés az egészségügyi ellátórendszerben

Az egészségügyi gyakorlatban szervezett és alkalmoszerű szűrővizsgálatokat különböztetünk meg. Szervezetten csak a bizonyítottan hatásos szűrővizsgálati módszereket szabad alkalmazni a nagy átlagos kockázatú népességcsoportokban. A hatásosság egyedül elfogadott bizonyítéka az, hogy a céllakosságban a szűrésnek tulajdoníthatóan számottevően csökkenjen a célbetegségből származó halálozás. Ezeknek a követelményeknek a méhnyak-, az emlő- és a vastagbéliszűrés felel meg. A többi, a tünet- és panaszmentes állapotok korai felismerésére ugyan alkalmas, de nem hatásos szűrővizsgálati módszereket alkalmoszerűen, az orvos-beteg találkozások alkalmával, az orvosok onkológiai ébersége jegyében kell elvégezni.

Szervezett szűrések

A szervezett szűrés az egészségügyi ellátórendszer keretében, közpénzből finanszírozott feladat:

- az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra kiterjedő,
- a célszemélyek személyes meghívását és követését alkalmazó,
- szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi tevékenység,
- amelynek szervezését, koordinálását és minőségellenőrzését az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (továbbiakban: ÁNTSZ) végzi.

Emlőszűrés. Az emlő szűrővizsgálata a 45-65 év közötti nők kétévenkénti mammográfias vizsgálatából és az emlők tapintásos vizsgálatából áll. 2002 óta elégséges, kb. 40 olyan, az országot földrajzilag lefedő szűrőállomás működik, amelynek diagnosztikus és terápiás háttérkapacitása biztosítva van. A cél olyan szolgáltató rendszer kialakítása, amely képes a korcsoportba tartozó nők 80%-át rendszeresen átszűrni. Az első szűrési ciklusban (2002-2003) országos átlagban a megszólítottak 43%-a vett részt a szűrővizsgálaton. A Népegészségügyi Program részeként a mozgó szűrőbuszok működtetése elősegíti, hogy a szűrések elérhetőbbé váljanak a lakosság számára.

Méhnyakszűrés. Több évtizedes magyar hagyományos gyakorlat szerint – a 25-65 év közötti nőlakosság egyszeri negatív szűrővizsgálata után háromévenként elvégzendő teljes nőgyógyászati vizsgálatot jelent, amelynek elengedhetetlen része a citológiai vizsgálat. A feladat ellátásához kellő számú és színvonalú citológiai laboratórium áll rendelkezésre. Az egészségügyi ellátórendszer feladata a mozgó szakorvosi szolgálat bevonásával elérhetővé és hozzáférhetővé tenni a szűrővizsgálatokat azok számára is, akik az elmúlt évtizedekben – különösen vidéken – nem éltek a szűrés lehetőségével. A háziorvosok bevonása és a megfelelő kommunikáció a lakosság átszűrtségének növelését eredményezi. Az elkövetkezendő évek feladata lesz – sikeres külföldi példákat követve -az előképzett szakdolgozók (szülésznők, védőnők) bevonása a kenetvételbe.

Vastag- és végbélszűrés. Az 50-70 év közötti férfiakat és nőket érinti. Módszere a két-évenként végzett rejtett bélvérzés vizsgálat a székletből immunkémiai módszer alkalmazásával. A modellkísérlet befejezését, valamint a beérkezett adatok értékelését követően kerülhet sor a szűrővizsgálatok fokozatos kiterjesztésére. Ebben az esetben a hazai endoszkópiás eszközpark fejlesztése indokolt.

Alkalomszerű szűrővizsgálatok

A szájüreg szűrése. A szájüregi rákok okozta halálozás drámai emelkedése miatt sürgető feladat. A fog- és szájbetegségek szakorvosai mellett a háziorvosok és a foglalkozás-egészségügyi orvosok elsődleges feladata a szájüreg megtekintése és tapintásos vizsgálata, valamint a kiszűrt betegek továbbküldése a megfelelő szakorvoshoz.

Prosztataszűrés. A prosztata-specifikus antigén (PSA) kimutatása, valamint a prosztata végbélen át ujjal történő vizsgálata alkalmas a prosztata daganatok szűrővizsgálatára. A prosztata rákszűrés célú, tömegesen alkalmazható, nagy vizsgálati biztonságú szűrésére a nemzetközi szervezetek által elfogadott evidencián alapuló eljárás jelenleg nem ismert. A gyakorlatban alkalmazott vizsgálatok tájékoztató jellegűek, amelyeket a beteg egyéni kockázataival, tüneteivel és más vizsgálatokkal összhangban lehet csak értékelni. Emiatt a szervezett népegészségügyi szűrővizsgálati programban a prosztata általános lakossági szűrése jelenleg nem javasolt.

Tekintettel a prosztata daganatainak nagy számára azonban nem mondhatunk le arról, hogy a férfiak körében széleskörű ismeretterjesztést folytassunk ennek a daganatnak a veszélyéről, azokról a korai gyanújelekről, tünetekről, elváltozásokról, amelyekkel minél hamarabb orvoshoz kell fordulni. A korai szakban történő felismerés, illetve a minimális elváltozások szoros nyomon követése lehetővé teszi az időben történő beavatkozást és a teljes gyógyulást.

A bőr szűrése. A nemzetközi irodalom szerint a bőrrák gyakorisága folyamatosan nő. A bőrdaganatok kétharmada a napsugarak káros hatásaira vezethető vissza. A bőrdaganatok

könnyen észrevehetőek, de a korai felismerésüket nehezíti, hogy nem emlékeztetnek rosszindulatú bőrelváltozásra, nem keltik daganat gyanúját. Az egyik legrosszabb indulatú daganatfőle a melanoma, bár a bőrdaganatoknak csak 4%-kát teszi ki, de ugyanakkor a bőrdaganat miatti halálozás túlnyomó többségéért felelős.

A bőrdaganatok minél korábbi felismeréséért a 20-40 év közötti tünetmentes egyének számára három évente, míg 40 év felett évente ajánlatos a bőrgyógyászati szűrővizsgálat elvégzése.

Indokolt a bőr önvizsgálata az újonnan kialakuló bőrnövedékek és egyéb változások felismerése miatt.

Tüdőszűrés. Míg korábban a TBC volt a rettegett légúti betegség, mára a tüdőrák foglalja el ezt a helyet. A tüdőrák világszerte – Magyarországon is – a leggyakoribb daganatos halálok. 2003-ra a nők között is vezető helyre ugrott. A probléma súlyosságát mutatja, hogy a megbetegedési és halálozási értékek közel azonosak. Ezek a tények cselekvést sürgetnek.

Kétségtelen, hogy a tüdőrákok jelentős hányadát tüdőszűrő állomások fedezik fel. Az itt felfedezett esetek mintegy 20%-a még operálható stádiumban volt és túlélési idejük is meghosszabbodott. Ez a „siker” azonban nem tükröződik a halálozás csökkenésében.

A meglévő tüdőgondozó hálózat szakemberekkel, szakdolgozókkal, a géppark felújításával lehet csak alkalmas a tüdőrák szűrésére és a betegek gondozására. „Egészségcentrumokká” átalakítva pedig a megelőzést és korai felismerést szolgáló feladatok széles körét láthatnák el.

A here szűrése – 18 éves kor fölött ajánlott évente.

Másodlagos megelőzés a gyermekonkológiában

Újszülött- és csecsemő- ill. gyermekkorban (szemben a felnőtt korral) kötelező a meghatározott életkorokban elvégzett gyermekorvosi vizsgálat, amely lehetővé teszi a korai diagnózist.

4. A DAGANATOS BETEGELLÁTÁS

A daganatdiagnosztika, a terápia és a rehabilitáció módszertani lehetőségei az elmúlt évtizedben elképzeltetetlen mértékben fejlődtek. A megváltozott társadalmi környezetben a lakosság komplex onkológiai szolgáltatást vár el a magasan képzett szakemberektől. Hazánkban a rákos megbetegedések száma folyamatosan emelkedik, a gyógyulás elérése hosszantartó folyamat eredménye.

Az esélyegyenlőség szempontjából további hátrányos eltérések tapasztalhatóak a daganatos betegek ellátásában résztvevő társszakmák területén is, mind a személyi és tárgyi feltételek, mind a szakmai együttműködés tekintetében.

4.1. A daganatok diagnosztikája

A daganatok korai diagnózisa kulcsfontosságú, mert meghatározza az elsődleges terápiás döntést, ezáltal a daganatos beteg túlélésének esélyeit is.

A korszerű onkológiai diagnosztika a (1) képalkotó eljárások, a (2) laboratóriumi vizsgálatok és a (3) patológiai vizsgálatok eredményeire támaszkodik. A hatékony és korszerű onkoterápia és -diagnosztika a diagnosztikus és terápiás szakemberek szoros együttműködésén (onkológiai team) és a szervezett konzultáción, azaz a multidiszciplináris kommunikáción alapul.

A szervezett konzultációkon lehetőség van a rutinszerűen alkalmazott protokollok mellett az egyéni diagnosztikus és terápiás megbeszélésekre is.

A fenti diagnosztikai eljárások esetén garantálni kell, hogy a lelet a lehető legrövidebb idő alatt eljusson a beteghez és kezelőorvosához. Mindhárom diagnosztikai tevékenységre jellemző hazánkban az előregedett műszerezettség és a súlyos szakemberhiány (lásd még telemedicina!).

4.1.1. Képalkotó eljárások

A radiológiai és izotópdiaagnosztika a gyógyításban stratégiai fontosságú szakma, az utóbbi negyed században hatalmas technikai fejlődésen ment át és ez a fejlődés napjainkban is egyre magasabb igényt támaszt mind a befektetői, mind a felhasználói oldalon. A múlt század képalkotó módszerei a fizikai felfedezéseken alapultak, anatómiai információkat szolgáltatottak. Jelenleg a képalkotás funkcionális, molekuláris viszonyokat szándékozik megjeleníteni, felismerve és nyomon követve a betegségekkel kapcsolatos jelenségeket.

Képalkotó módszerek. A digitális réteg képalkotó módszerek, azaz a komputertomográfia (CT), ultrahang- (UH), mágneses rezonanciás vizsgálat (MR) és a pozitron emissziós tomográfia (PET) hatalmas lehetőségek az elváltozások korai felismerésében és pontosabb leírásában.

A képalkotó eljárások az onkológiai vizsgálati algoritmus minden lépésében szerepet játszanak: a daganat kimutatásában, a stádium meghatározásában, a terápia hatékonyságának felmérésében, a betegség követésében, a kiújulás korai felfedezésében, valamint az újabb stádium meghatározásában.

A jól megválasztott radio-diagnosztikai eljárás nagyban hozzájárul a megfelelő terápia megválasztásához, ezzel növelheti a daganatos betegek túlélési esélyeit.

A vizsgálatok akkor értékelhetők hasznosan, ha megfelelő technikai feltételek mellett protokoll szerinti eljárasmódok alkalmazásával készülnek.

4.1.2. Laboratóriumi vizsgálatok – tumormarkerek

A nemzetközi irodalomban a tumormarker kifejezés minden olyan testazonos anyagra vonatkozik, amely a daganatos beteg testfolyadékáiban emelkedett mértékben van jelen, míg az egészséges ember vagy a nem daganatos beteg hasonló testfolyadékáiban csak alacsony koncentrációban (vagy egyáltalán nem) jelenik meg.

E markerek kimutatása, annak ellenére, hogy rendszerint nem specifikusak, a daganatok és kiújulásaik korai felismerésének fontos eszközévé vált.

Hazánkban a tumormarkerek vizsgálata elmarad a nemzetközi elvárásokhoz képest. Az Európai Unió országaiban ezek alkalmazása évről évre nő. Míg Ausztriában a vizsgálati szám általában 2,5 millió/év, Belgiumban 3 millió/év volt, addig hazánkban 2000-ben kb. 300 000 hasonló vizsgálatot végeztek. Ezekre a vizsgálatokra nálunk is hasonló reális igény van.

Az elmaradás oka részben az, hogy a tumormarker-vizsgálatok információs értékét a jelenlegi hazai onkológiai gyakorlatban nem ítélik meg reálisan és egységesen.

4.1.3. Patológiai diagnosztika

A patológiai diagnosztikának fontos szerepe van a szűréstől a daganatos betegellátásig minden lépésnél, mivel patológiai diagnózis nélkül korszerű daganatterápia nem tervezhető. Személyi és tárgyi feltételeit az egészségügyi ellátórendszer minden szintjén biztosítani kell.

A korszerű patológiai ellátás feladata a mikroszkópos sejt- és kórszövettani diagnosztika, amely a daganatok és a rák megelőző állapotok kimutatásának kizárólagos módszere. Fontos szerepe van a daganatok kiterjedésének meghatározásában, ugyanakkor a kezelés lehetőségeiről is információkkal szolgál, így elengedhetetlen a terápiás terv megválasztásában, és a betegkövetésben (prognosztikai patológia). Hozzájárul a terápia iránti érzékenység megállapításához, valamint a molekuláris célpontok ellen tervezett gyógyszerek támadáspontjának meghatározásához (molekuláris patológia).

A patológia feladata a boncolások végzése, és ezen keresztül az esetek klinikopatológiai kiértékelése. Ez egyben az onkológiai betegellátásban az egyik legfontosabb minőségellenőrző tevékenység.

A korszerű patológiai diagnosztika jelentős humán-erőforrást igényel. A patológus szakemberek (szakorvosok, nem-szakorvosok, szakszemélyzet) hiányának pótlásáról mihamarabb gondoskodni kell.

4.2. Gyógyítás: komplex onkoterápia

Magyarországon a daganatos betegek ellátására az elmúlt évtizedekben két ellátási típus alakult ki. Egyfelől létrejöttek az úgynevezett onkológiai központok, illetve az őket befogadó onkológiai szemléletű kórházak, amelyekben a korszerű diagnosztika és komplex onkoterápia sok feltétele jelenleg is adott. Más kórházakban viszont a daganatos betegek szakellátása a különböző orvosi diszciplínák keretében történt és történik, távolról sem egyéges vagy korszerű elvek alapján.

Az egységes terápiás elvek érvényesítése érdekében 2005. december 1-jén kijelölésre kerültek azok az intézmények, ahol az onkológiai betegek korszerű ellátása a már meghatározott terápiás és finanszírozási protokollok szerint történhet a továbbiakban. Néhány daganattípus – részben sajátosságai, részben a hazai gyakorlat miatt – kezelése nem az onkológiai központokban, hanem külön egységekben történik (a gyermekonkológia mellett pl. az onkohematológiai betegségek, a tüdődaganatok, az agydaganatok, szemdaganatok). A diagnosztika és terápia elvei, fejlesztési és korszerűsítési igényei természetesen ezekre a daganattípusokra és ellátó helyeikre is vonatkoznak.

A rosszindulatú daganatok korszerű kezeléséhez multidiszciplináris stratégia szükséges, mely magába foglalja: a sebészeti, a sugárterápiás és a gyógyszerterápiás ellátást, valamint a rehabilitációt és a terminális gondozást is. Az ellátás során gondoskodni kell a pszichológiai segítségnyújtásról és a korszerű fájdalomterápiáról is.

4.2.1. Sebészet

Napjainkban az esetek mintegy háromnegyedében a sebészet (operatív szakmák: az általános sebészet, mellkas-sebészet, urológiai sebészet, nőgyógyászati és fej-nyak sebészet, orthopédia, idegsebészet, szemészet, stb.) egymagában, vagy más gyógyeljárásokkal kombinálva képes a beteg érdekét: gyógyulását vagy palliációját szolgálni; alapvetően befolyásolja tehát nemcsak az élettartamot, hanem az életminőséget is. A korábban alkalmazott radikális, sokszor csonkoló, a beteg teherbíró képességét jobban igénybevevő műtétek nem feltétlenül eredményeztek feltétlenül hosszabb túlélést vagy jobb életminőséget, így a betegség stádiumára alapozott sebészi terápia vált fontossá. Napjainkban már a megfelelő sugár- és gyógy-

szeres kezelés birtokában előtérbe kerültek a funkciót megtartó és az esztétikai szempontokat is figyelembe vevő primer daganatsebészeti eljárások. Emellett megnövekedtek a távoli áttétek műtéti lehetőségei is.

Az eredményes sebészi kezelés számos feltételre épül. Fontos a korai stádiumban történő daganat felismerés, melyet a szűrővizsgálatok kiterjesztése hivatott biztosítani; elengedhetetlen a felismert daganat típusának, sajátosságainak megfelelő, a műtétet megelőzően elvégzett pontos és gyors stádium-felmérés (a hagyományos alapvizsgálatok mellett ma már elvárhatóan CT, MRI, endoszkóp, célzott mintavétel, marker-vizsgálatok, szükség esetén pedig PET-CT), majd az ezekre alapozott korrekt műtét. A daganat-sebészet ma már speciális feltételt igényelhet (műtét közbeni szövettan lehetősége, citológiai vizsgálat, intraoperatív képalkotás, korszerű protézisek, plasztikai sebészeti eszközök, radiofrekvenciás eszközök, stb.).

A csonkolás utáni rekonstruktív sebészet alapjait meg kell teremteni, hogy a tumorsebészet lehetőleg centrumokban történjen.

4.2.2. Sugárterápia

A rosszindulatú daganatok komplex kezelésében a sugárterápia szerepe igen jelentős: az összes rosszindulatú daganatos beteg mintegy fele részeseül ellátása során sugárkezelésben. Kiszélesedett a sugárkezeléssel gyógyítható betegségek száma, és ennek megfelelően a kezelt betegek száma is emelkedett.

A megbízható adatokat szolgáltató Nyugat- és Közép-Európából származó legújabb felmérések szerint az Európai Unióban az infrastruktúra állapota hazánkban a legrosszabb, ugyanakkor legnagyobb a személyzet munkaterhelése.

Nagyenergiájú besugárzókészülékek. A nemzetközi ajánlás szerint 10 millió lakosra 50 nagyenergiájú besugárzókészülék szükséges. Jelenleg hazánkban 12 sugárterápiás ellátóhely működik, a lineáris gyorsítók száma jelenleg 23, a ma már leginkább csak palliatív céllal alkalmazható telekobalt készülékek száma pedig 10.

Brachyterápiás készülékek. Korszerű, nagy dózisteljesítményű, távirányításos utántöltő készülék csaknem valamennyi sugárterápiás ellátóhelyen működik. A prosztatadaganatok kezelésében használatos kapszulába zárt jód (I-125) permanens implantáció hazánkban jelenleg nem hozzáférhető; alkalmazására azonban szükség lenne.

A sugárterápiás szakorvosi állások mintegy 15%-a betöltetlen. A növekvő igények miatt sugárterápiás szakorvosok, fizikusok, szakasszisztensek képzésének támogatására, sugárbiológiai részlegek kialakítására szükség van.

4.2.3. Gyógyszeres kezelés

A rosszindulatú daganatok komplex onkológiai ellátásának egyik jelentős tényezője a gyógyszeres kezelés, amely citosztatikus-, hormon- és biológiai terápia, vagy azok kombinációja lehet. Előrehaladott betegségben önállóan, vagy más gyógymódokkal kombinált alkalmazásától a betegek 15%-ának gyógyulása remélhető, és további jelentős betegcsoportban a várható élettartam jelentős meghosszabbodása megfelelő életminőség mellett.

A nemzetközi definíció szerint a klinikai onkológiai tevékenység önálló szakterület, amely speciális szakképesítéshez, szakmai gyakorlathoz kötött. Művelése a klinikai onkológus szakorvoson kívül megfelelő jártasságú nővéreket és környezetet is igényel.

A gyógyszeres kezelést nyújtó osztályok nagy része jelenleg nem rendelkezik a személyzet védelmét biztosító korszerű felszereléssel. A klinikai onkológiai ellátás jól képzett klinikai onkológus szakorvoson kívül megfelelő szakmai környezetet, felszereltséget, kellő jártasságú nővéreket, szakdolgozót igényel. A korszerű és hatékony hazai onkológiai hálózat működtetésének egyik elengedhetetlen feltétele a megfelelő minőségű és megfelelő körülmények között előkészített daganatgátló és egyéb speciális gyógyszerekhez való hozzáférés. Biztosítani és garantálni kell, hogy a citosztatikus keverékinfúziók kontrollált körülmények között, készítésükre előírt személyi, tárgyi feltételek betartásával készüljenek. A 2004-ben megjelent szakmai minimum-feltételek erre nézve irányt adóak, azonban e szakmai feltételek még számos ellátó helyen a valóságban nem biztosítottak.

Magyarországon a daganatos megbetegedések gyógyszeres kezelésének lehetőségei korszerűek. A kezelés költségigényes és a nemzetközi előrejelzések szerint az elkövetkezőkben jelentősen emelkedni fog.

4.2.4. Biológiai kezelés

A biológiai kezelés a terápia sajátos formája, mely a szervezetben keletkező természetes anyagokat, illetve a belőlük készített gyógyszereket alkalmazza. A biológiai kezelések jelentős része a kísérleti daganatterápia körébe tartozik, de számos alkalmazás már ma is bekevert a klinikai gyakorlatba.

A biológiai kezelés legfőbb képviselői a következők:

Monoklonális antitestek

A monoklonális antitesteken alapuló terápia jelentős része klinikai kísérleti fázisban van, de néhány ezek közül a kemoterápiára rezisztens esetekben, vagy adjuváns terápiként már ma is ajánlott.

Növekedési faktorok és citokinek

A növekedési faktorok elsődlegesen a vérképzésre ható természetes anyagok. A daganatterápiában a gyógyszeres terápia kapcsán jelentkező mellékhatások csökkentésére használják.

Egyes citokinek – adjuváns terápiaként – melanoma, mieloma és vesetumorok esetén jönnek elsősorban szóba.

Tumor elleni immunizálás

A tumor elleni immunizálást általában a kifejezett tumor kezelésére alkalmazzák, ugyanakkor a daganat-megelőzésre is alkalmas lehet. A leggyakrabban alkalmazott immunizálási eljárások közül kiemelésre érdemes az antigén, a DNS alapú és az anti-idiotípus antitest vakcinák mellett a teljes sejt és a dendritikus sejt alapú immunizálási eljárások.

Anti angiogenesis terápia

Az érújdonképződés szabályozásának jobb megismerésével lehetővé vált a daganatok vérellátásához szükséges új erek képződésének gátlása.

Génterápia

A leggyorsabban fejlődő terület, mely hosszútávon a daganatellenes kezelés új megközelítését és eredményességének jelentős javulását segíti elő.

Tumor növekedés gátlás

A tirozin kinázok jelentős szerepet játszanak a sejtek növekedésének, osztódásának szabályozásában. Ma már lehetőség van a tirozin kinázok típusainak gén vagy fehérje szintű kimutatására, ugyanakkor megjelentek a tirozin kinázok működését gátolni képes molekulák.

BCG terápia

A hólyagtumor recurrencia gátlására alkalmazott immunmodulációs eljárás.

A biológiai daganatkezelés a terápiás eljárásoknak egy olyan régi-új irányzata, mely a tudományos kutatások eredményeinek felhasználásával a terápia-rezisztens esetekben is eredményhez vezethet, illetve a mellékhatások szempontjából kedvezőbb terápiás eljárásokat tesz lehetővé. Ezen a területen jelentős lépések szükségesek. A jelenlegi infrastruktúra minimális befektetéssel megfeleltethető a szükségleteknek.

4.2.5. Az onkológiai betegek komplex rehabilitációja

Hazánkban a rákban megbetegedettek száma folyamatosan emelkedik, a betegség hosszantartó, krónikus folyamat, a gyógyítás okozta fizikai terhek pedig nehezítik a betegek pszichoszociális egyensúlyának megőrzését. A daganatos beteg számára megváltozik a világ, csökken a munkaképessége, változik a családban betöltött szerepe, fizikai és lelki erőnléte, egzisztenciális helyzete, életminősége.

A daganatos beteg orvosi, családi és szociális rehabilitációja a daganat diagnózisának felállításával kezdődik. A rehabilitáció a szomatikus és lelki panaszok kezelésének szerves egysége.

A *testi rehabilitáció* a daganatos megbetegedés, vagy annak kezelése által okozott anatómiai vagy működésbeli károsodások megelőzését vagy megszüntetését célozza funkció-megtartó műtétek, sebészi rekonstrukció vagy tünetenyhítő kezelés útján. Fontos a gyógytornászok, sztóma kezelésében jártas nővérek, logopédusok közreműködése.

Az onkológiai betegek *lelki segítségnyújtása* elválaszthatatlan a szomatikus ellátástól. A betegek lelkiállapotát a család, a közvetlen környezetük befolyásolja leginkább, ezért fontos az ő felkészítésük. Fontos az egészségügyi személyzet pszichológiai képzése; adott esetben pszichológusra vagy akár pszichiáterre van szükség, akik krízisintervenciót, egyéni pszichoterápiát, csoportterápiát, kognitív magatartásterápiát, mozgás- és relaxációs terápiát alkalmaznak.

A testi-lelki rehabilitáció gyakorlata a megyei szintű onkológiai központokban már megtalálható.

Legfontosabb tüneti kezelés a *fájdalomcsillapítás* lehetőleg gyógyszerekkel, megfelelő kombinációban, dózisban és időrendben. Az esetek mintegy ötödében a fájdalom gyógyszeresen nem csillapítható, ilyenkor invazív fájdalomcsillapítást kell végezni.

Sok a tennivaló a daganatos betegek tünetenyhítése, a palliáció területén: a daganatos megbetegedéssel együtt járó kínzó gyengeség, étvágytalanság, viszketés, hasmenés, nehézlégzés, vérszegénység stb. megszüntetése vagy enyhítése révén az életminőség javítása, ami az egyik meghatározó pillére napjaink onkológiai szemléletének.

A komplex rehabilitációs intézményrendszer feladatai sokrétűek, amelyet különböző munkacsoportok láthatnak csak el:

Pszicho-onkológiai munkacsoport: a daganatos beteg fizikai panaszain túl pszichés problémákkal is küzd. Fontos az erre rászoruló betegek pszichés problémáinak feloldása. A munkacsoport feladata a kezelés alatt, illetve a kezelést követően a betegek gondozása, az egészségesek társadalmába való visszatérés segítése. A foglalkozások formája: egyéni és csoport-pszichoterápia, életvezetési tanácsadás, támaszcsoport vezetés, kreatív műhelyfoglalkozás.

Lelkipásztori munkacsoport: a súlyos betegségben szenvedők körében a hit sok esetben könnyebbséget jelent a helyzet elfogadásában. Erőt adó támaszt nyújthat ezeknek a betegeknek a lelkipásztori szolgálat.

Szociális munkacsoport: a daganatos betegek hazánkban gyakran már a diagnózis nyilvánosságra kerülésekor vagy a kezelés során szociálisan ellehetetlenülnek. Elvesztik munkahelyüket, nehéz anyagi helyzetbe sodródnak. A munkacsoport feladata a tájékoztatás az elérhető szociális szolgáltatásokról, illetve új munkalehetőségek felkutatása.

Táplálkozási munkacsoport: a daganatos betegek 50%-a már a diagnózis felállításakor alultáplált, és a betegség lefolyása során ez az arány csak fokozódik. A munkacsoport feladata a betegek diétás tanácsadása, illetve ha szükséges az otthoni vagy az ambuláns mesterséges táplálás vezetése.

Információs munkacsoport: Magyarországon igen sok előítélet, tévhit kíséri a daganatos betegségeket, ezek gyógyíthatóságát. Ezért fontos feladat a prevencióval, illetve szűrővizsgálatokkal kapcsolatos felvilágosítás minél szakszerűbb végzése. A munkacsoport felvilágosító irodalom biztosításával, a Tűzmadár honlap szerkesztésével segíti a betegek tájékoztatását. A munkacsoport üzemeltetné – együttműködve a Magyar Rákellenes Ligával és más betegszervezetekkel – a „rákvonal” telefonos hálózatot.

Oktató Munkacsoport: a külföldi gyakorlatnak megfelelően szükséges az önkéntes segítők igénybevétele. A munkacsoport feladata a betegszervezetek önkéntes segítői hálózatának képzése illetve feladatának kijelölése.

Alternatív gyógyító eljárások tanácsadó szolgálata: Társadalmunkban egyre nagyobb az elvárás a természetgyógyászat lehetőségeinek kiaknázására. Különösen nagy az igény a helyzetüket gyakran reménytelennek érző, daganatos betegségben szenvedők körében. A betegek védelmét szolgálná egy tanácsadó szolgálat működtetése, amely segítséget nyújt a különböző hatékony alternatív gyógyító eljárások elérésében.

5. HOSPICE (PALLIATÍV ELLÁTÁS)

Olyan egészségügyi ellátási forma, melyben a gyógyíthatatlan – elsősorban terminális állapotban lévő daganatos megbetegedésben szenvedő végső stádiumába került – betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a betegek életminőségének javítása, a családtagok, gyászolók támogatása történik multidiszciplináris ellátó csoport segítségével.

A hospice ellátás formái

I. Palliatív mobil csoport (mobil-team)

Kórházon vagy tartós bentlakást biztosító intézeten belül, illetve az otthoni hospice ellátás során végzett olyan szakellátás, melynek célja a különböző osztályokon kezelt terminális állapotú betegek ellátásának segítése, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése.

Feladata:

- szakmai segítségnyújtás a terminális állapotú, elsősorban daganatos betegek és családtagjaik számára erre kiképzett, interdiszciplináris csoport segítségével;
- szakmai, konzultatív segítségnyújtás a kórház és az otthoni szakápolás személyzete számára.

A mobil-team nem működhet kórházi és/vagy otthoni szakápolás, mint háttér-intézmény nélkül.

II. Otthoni hospice gondozás

A betegek otthonában végzett olyan szakellátás, melynek célja a beteg és környezetének segítése, a beállított terápia követése, szükség esetén annak módosítása, valamint a beteg szakszerű ápolása és életvezetése.

Az otthoni hospice ápolás csak terminális állapotú betegeknek nyújtható. Otthoni szakápolás keretében csak abban az esetben végezhető, ha az otthonápolást végző az otthoni hospice gondozás személyi és tárgyi minimumfeltételeit is biztosítani tudja.

III. Hospice-palliatív terápiás osztály

A fekvőbetegellátást nyújtó szolgáltatónál szervezett önálló palliatív osztály vagy részleg.

Működésének feltétele, hogy kiegészüljön otthoni hospice ápolási egységgel.

A palliatív ellátás, hospice és home care koncepciója hazánkban új keletű, még nem bontakozott ki valódi értékéhez méltóan. Elsősorban civil és egyházi kezdeményezésre jött létre, ahol 24 órán át folyamatosan az otthoni, vagy az otthoni légkörhöz hasonló környezetben palliatív, az életminőséget javító ellátást és terminális gondozást nyújt az arra rászorulóknak.

nak. Csapatmunkát igényel, amelyben házi orvos, onkológus, szakképzett nővér, fizioterapeuta, pszichológus, lelkipásztor, szociális munkás és önkéntesek dolgoznak az igényeknek megfelelő összetételben.

Magyarországon évente több mint 33.000 ember hal meg rákbetegség következtében, de közülük jelenleg csak évi 2000–2500 részesül hospice ellátásban. A hospice a gyógyíthatatlan – elsősorban a rákbetegség végstadiumában levő – betegek teljes körű ellátását jelenti, amely magában foglalja a fájdalomcsillapítást, a tünetek kezelését, a pszichés, szociális és spirituális problémák megoldását. Célja a lehető legjobb életminőség elérése a beteg és családja számára. Sajatossága, hogy speciálisan képzett, interdiszciplináris csoport végzi az ellátást.

Magyarországon 1991 óta létezik hospice ellátás. A hospice és home care személyi és tárgyi feltételeit miniszteri rendelet szabályozza.

Jelenleg 11 hospice bentfekvő részleg működik 143 ágygal, 29 hospice házigondozási csoport, 2 nappali szanatórium, ezen kívül 6 ápolási otthonban illetve szociális otthonban folyik hospice jellegű ápolás 46 ágyon, és 4 hospice mobil-team (kórházi támogató csoport) végez hospice tevékenységet. Összesen tehát 52 szervezet működik 189 ágygal, (közülük az OEP modellprogramban részt vesz 29 szervezet: 8 bentfekvő részleg és 21 házi ellátó csoport).

A WHO adatai szerint minimum 5 palliatív ágy kell százezer lakosra, tehát minimum 500 hospice/palliatív ágyra lenne szükség Magyarországon.

6. A DAGANATOS BETEGELLÁTÁS SZERVEZETE

A daganatos betegellátás célja a kialakult betegség eredményes gyógykezelése, valamint a betegek testi és lelki rehabilitációja. A cél elérésének feltétele a hatékony ellátórendszer biztosítása, a megfelelő célprogramok kialakítása, a szükséges fejlesztések feltételeinek megteremtése, és a daganatos betegellátásban résztvevők képzése, továbbképzése.

6.1. A daganatos betegellátás jelenlegi helyzete

A szakellátási adatok szerint a lakosság onkológiai ellátásában az országban működő csaknem valamennyi egészségügyi szolgáltató érintett. Az onkológiai ellátásban résztvevő intézmények eltérő szakmai felkészültsége és kapacitása következtében a daganatos betegellátásra az egyenetlenség jellemző.

A területenként eltérő színvonalú onkológiai ellátás az alábbi lehetséges hiányosságok valamelyikére vezethető vissza:

- onkológiai csapatok hiánya, a mozaikszerű, nem összehangolt ellátás,
- a patológiai és képalkotó diagnosztika, valamint hozzáférhetőségének teljes vagy részleges hiánya,
- onkoterápiás protokolloktól eltérő kezelések alkalmazása,
- sugárterápiás eszközpark hiányosságai,
- rekonstrukciós műtétek korlátozott hozzáférhetősége,
- rehabilitációs lehetőségek hiánya,
- fájdalomambulanciák kis száma,
- hospice ellátás elégtelensége
- megbízható gondozási nyilvántartás hiánya.

Az onkológiai gondozóhálózat az 1950-es évek elején állami erőforrásokból, központi irányítással létesült. Jelenleg 86 onkológiai gondozó működik, amely lefedi az ország egész területét. Az onkológiai gondozók többsége azonban nem rendelkezik minden daganattípus szűrésére, kivizsgálására, kezelésére és gondozására szolgáló korszerű feltételekkel. Ezért feladataikat újra kell szervezni.

Jelenleg 1700 onkológiai ágyon történik a daganatos betegek gyógyszeres és sugárterápiás kezelése, valamint krónikus ápolása. Ez az ágyszám a fenti feladatok megfelelő elvégzésére nem elegendő. Az ágyszámok meghatározásánál alapfeltétel az egyes terápiás modalitások és különböző szolgáltatások éles elkülönítése, mert a különböző tevékenységek elkülönítésének hiányában sem a speciális feladatok, sem az ápolási feladatok nem biztosíthatóak megfelelően.

6.2. Az onkológiai ellátás szervezeti felépítése

Az onkológiai ellátóhelyek jelenleg *hierarchikus hálózati rendben* szerveződnek és működnek. Ezeket a feladatokat a háziiorvosi hálózat, a városi/megyei/fővárosi kórházak onkológiai osztályai, az egyetemeken daganatos betegellátó klinikai onkológiai osztályai, és országos szinten az Országos Onkológiai Intézet látja el.

Az alapellátás feladata, hogy

- egészséges életmódra neveljen (a nevelési-oktatási intézményekkel is együttműködve),
- folyamatosan monitorozza az egyéni kockázatokat, az ÁNTSZ-szel együttműködve összeállítsa a szűrési programokat, motiváljon a szervezett szűrésen való részvételre,
- elvégezze a szakmai kompetenciájába tartozó, a korai felismerést célzó vizsgálatokat (pl. szájüregi szűrés, bőrszűrés, stb.),
- daganatos betegség gyanúja esetén elősegítse a diagnosztikai szakellátásra kerülést,
- részt vállaljon a daganatos beteg otthoni ellátásában,
- rehabilitációt kezdeményezzen, segítse a gyógyult beteg visszailleszkedését a munka világába.

Az onkológiai gondozók jelenlegi feladata az, hogy

- az alapellátásban dolgozó háziiorvosok, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, az ÁNTSZ, valamint az onkológiai szakellátás között a szakmai kapcsolatokat megszervezze,
- részt vegyen az elsődleges megelőzés, az alkalmoszerű szűrések, a rehabilitáció és palliáció számukra kijelölt tevékenységében.

A megyei szintű onkológiai központok szerepét a megyei és fővárosi klinikai onkológiai osztályok látják el, amelyek szakmailag integrálják a területükön lévő onkológiai gondozókat és minden daganatos betegellátási tevékenységet végző kórházi, klinikai egységet. Feladatuk:

- a daganatos betegség gyanújával beutalt személyek teljes onkológiai diagnosztikájának biztosítása;
- a multidiszciplináris onkológiai team-ek megszervezése és működtetése;
- onkoterápiás protokollok szerinti ellátás biztosítása;
- a területéhez tartozó onkológiai gondozók szakmai irányítása és ellenőrzése;
- kívánságra onkológiai konzultáció nyújtása;
- a területéhez tartozó onkológiai gondozók szakmai irányítása és ellenőrzése;

- a megyében történő daganatellátással kapcsolatos tevékenység koordinálása;
- a betegutak megszervezése;
- a házi orvos konzultatív segítése.

Nagyobb populáció (2-2,5 millió lakos) onkológiai ellátásának koordinálására *regionális onkológiai központok* kijelölésére van szükség az európai uniós régióknak megfelelően. Lényeges elem, hogy sugárterápiás háttérrel és elegendő kapacitással kell rendelkezniük. Feladatuk:

- a teljes onkológiai diagnosztika biztosítása;
- az onkológiai team megszervezése és működtetése;
- a komplex onkoterápia kiszolgálása, beleértve a sugárkezelést is;
- új onkoterápiás protokollok kipróbálása és bevezetése a szakma szabályai szerint;
- részvétel a graduális és postgraduális képzésben;
- részvétel az onkológiai kutatásokban.

Az Országos Onkológiai Intézet feladatai:

- a hazai daganatos betegellátás koordinálása, a regionális és megyei szintű onkológiai központok, valamint az onkológiai gondozók hálózatának tevékenységéhez módszertani segítséget nyújt, a Szakmai Kollégiummal közösen a szakmai irányelvek, protokollok készítésével, azok bevezetésének támogatásával biztosítja az egységes színvonalú szakmai ellátást és az egyenlő hozzáférést.
- felkérésre szakvéleményt ad a magyar állampolgárok külföldi gyógykezelésének indokoltságáról;
- felkérésre részt vesz a hazai onkológiai kutatásokban és nemzetközi együttműködési programokban;
- a komplex onkoterápia legújabb eredményei hazai meghonosításának elősegítése.

6.3. Gyermekonkológiai ellátás

A magyar gyermekonkológiai hálózat regionális központjai Magyarországnak az Európai Unióhoz való csatlakozása során kialakított 7 tervezési-stratégiai régióknak megfelelően helyezkednek el.

A gyermekonkológiai ellátórendszer feladatai

A gyermekonkológiai kezelés meghatározó, túlnyomó többségét (csaknem 90%-át) intenzív kemoterápia képezi, 30%-ban sebészi kezelést és 20%-ban sugárterápiát tartalmaz. Az aktív kombinált kezelés, főként a hosszantartó intenzív gyógyszeres terápia és az annak kö-

vetkeztében várható akut és krónikus szövődmények és mellékhatások kivédése, elhárítása hosszabb-rövidebb ideig tartó, ismétlődő kórházi bentfekvést tesznek szükségessé, mely során az akut, nem ritkán intenzív ápolási igény krónikus ellátási szakaszokkal ötvöződik. A betegek életkori sajátosságai (csecsemőkortól az ifjúkorig) a szükséges ellátási módot még komplexebbé teszik. A betegség leküzdése mellett a gyermekek testi és lelki fejlődését is a lehetőséghez mértén biztosítani kell. Az anya-gyermek elválaszthatatlan egysége, a gyermekszülő, gyermek-család kapcsolat normális funkciójának fenntartása különös figyelmet igényel. Az aktív kezelés befejezése után a gyermekek legalább a felnőttkor eléréséig, hosszantartó követést, ellenőrzést igényelnek. A gyermekonkológiában az egy főre eső megmentett életévek száma nagy, és a megmentett élet minősége elsőrendű fontosságú.

Az elmondottak bizonyítják, hogy a gyermekonkológia és a felnőtt onkológiai ellátás jelentősen különbözik egymástól.

A gyermekonkológiai központok szerteágazó, komplex és sajátos feladatokat látnak el, ezért a gyermekonkológiai osztályoknak az általános gyermekgyógyászati szolgáltatásokon túl széleskörű, speciális onko-haematológiai ellátást is biztosítani kell megfelelő multidiszciplináris háttérrel.

A gyermekonkológiai hálózat jelenlegi tevékenysége

A gyermekonkológiai központokban biztosítható – a nemzetközileg elfogadott, egységes elveken nyugvó diagnosztikus és terápiás eljárások alapján – a gyermekkori rákbetegségek valamennyi fajtájának multidiszciplináris ellátása az intézményen belül, vagy más intézménnyel történő kollaborációban.

A gyermekkori rákbetegségek kezeléséhez szükséges gyógyszerek rendelkezésre állnak. A hazai gyermekonkológiai ellátás ilyen módon történt megszervezése révén a hazai kezelési eredmények megközelítik, sőt el is érik a fejlett országok gyógyítási eredményeit.

A gyermekonkológiai rehabilitációs munka a motivációk megőrzését, a kreativitás ösztönzését szolgálja, és az életkori sajátosságok folytonos figyelembevételével a személyiségfejlődést is elősegíti. A munka már a kórházon belül, a diagnózis megállapítása után haladéktalanul megkezdődik.

Módszerei: a szülők krízisintervenciós megsegítése, a gyermekek pszichoterápiája, játék- és foglalkozásterápia, kórházi oktatás, kapcsolatteremtés az óvodákkal-iskolákkal, családgondozás, nevelési tanácsadás, a műtetre, transzplantációra való előkészítés, a haldokló és családja lelki támogatása.

A kórházon kívül alkalmazott rehabilitációs eljárások: családlátogatás, személyes tárgyalások az illetékes egészségügyi fórumokon a beteg és család érdekében, exitus esetén

a család lelki utógondozásának megszervezése, nagyobb gyermekeknél a továbbtanulás vagy pályaválasztás segítése, a rosszindulatú daganatos betegségekben szenvedő gyermekek nyaralásának, táboroztatásának rendszeres megszervezése.

Pszichológusok, pedagógusok, gyógytornászok, szociális munkások segítik a központok munkáját.

Valamennyi központ vonzásterületén működnek alapítványok az onkológiai betegellátás támogatására. A központok rendelkeznek anyaszállással vagy a szülők elhelyezésének egyéb megoldásával, így biztosítva van, hogy a szülők a beteg gyermekük mellett maradhasanak, és részt vehessenek gyermekük gyógyításában a kórházi kezelés ideje alatt.

6.4. A daganatos betegellátás informatikai helyzete

A hazai daganatos betegellátó-helyek működtetéséhez olyan új informatikai kultúrát hordozó infrastruktúra meghonosítására van szükség, amely az ellátás minőségi szintjeihez illeszkedő, koordinált, és igazodik azok szervezetszerűen összehangolt működésének sajátosságaihoz és igényeihez. Ez kezdetben a meglévő adottságok jobb és más kihasználását jelenti az új gondolkodásmódnak és igényeknek megfelelően, azonban a hazai informatikai rendszerek átfogó megújítása, illetve továbbfejlesztése elkerülhetetlen. Az onkológiai ellátás sajátos igényeit tekintve olyan szakmai szempontból átfogó és differenciált, térségekre bontható elemekből építkező, országos méretű és integrált információs rendszer fokozatos kialakítására van szükség, amely a betegadatokat és a betegellátásra vonatkozó összes szükséges és lehetséges információt képes kezelni.

E célt segíti, hogy hazánk csatlakozott a brüsszeli finanszírozásból létrehozott EUROCHIP projekthez. A projekt célja a 25 tagország morbiditási és mortalitási, elsődleges és másodlagos megelőzésre vonatkozó adatainak összegyűjtése, elemzése. Fontos, hogy az onkológiai informatika megfelelően illeszkedjen a hazai kórház-informatikai rendszerekhez és a kialakítandó telemedicina hálózathoz.

7. KUTATÁS-FEJLESZTÉS SZEREPE

A rákellenes küzdelem sikere a rákkutatás eredményességétől és a legfontosabb eredmények gyakorlati hasznosításának hatékonyságától függ. Az onkológiai kutatások a daganatképződés, -növekedés és -terjedés alapvető mechanizmusainak feltárásán alapulnak. Az utóbbi években felgyorsult a kutatás eredményeinek beépülése az onkológiai gyakorlatba, ami napjainkban óriási kihívást jelent.

A humán genom megismerése új távlatokat nyitott az onkológiai kutatások számára, de egyben szükségessé teszi azok folyamatos, jelentős fejlesztését és koordinációját. A genetikai és genomikai kutatások eredményeinek köszönhetően a közeljövőben az onkológiai diagnosztika és terápia gyökeres átalakulása várható világszerte. Az Európai Unió jelenlegi keretprogramja kiemelt prioritásként kezeli a genomika és biotechnológia eszköztárának bevetését a rákellenes küzdelembe, és jelentős pályázható forrást biztosít a tagországok nemzeti rákkutatási támogatásainak kiegészítésére. Magyarországon több, mint húsz éve folynak nemzetközi szinten elismert molekuláris onkológiai kutatások. Annak érdekében, hogy a betegek számára biztosítani tudjuk a tudományos bizonyítékokon alapuló legújabb diagnosztikai és kezelési eljárásokat, és hogy a hazai rákkutatás nemzetközi versenyképessége megőrizhető legyen, elengedhetetlenül szükséges, hogy a kutatás – a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – a Nemzeti Rákellenes program egyik kulcseleme legyen.

1. Az elmúlt években a genetikai és genomikai kutatások eredményei a daganatkutatás minden területén forradalmi változást eredményeztek, ami a korábban használt diagnosztikus és terápiás protokollok megváltozásához vezetett. Ennek néhány jellegzetessége a következő:
2. Az alapkutatások eredményei beépültek a diagnosztikába. A klinikai onkológia egyik alappillére a molekuláris eljárások alkalmazása.
Az alkalmazott klinikai kutatások feladata, hogy az új eljárások meghonosodjanak a daganat-diagnosztikában és kezelésben. Az elsődleges célkitűzés az egyénre szabott daganatterápia megvalósítása, és az ehhez szükséges eszközök és módszerek használata.
3. A nemzetközi kutatási folyamatokban történő részvétel – mind az Európai Unióval, mind az USA-val aláírt szerződés keretében – új lehetőséget teremthet a hazai klinikai kutatásokban is.

Támogatni kell a hazai és a nemzetközi együttműködésekben alapuló innovációs kutatásokat és az ezeket végző kutatóműhelyeket. A hazai onkológiai kutatási aktivitást a diagnosztikai és terápiás eljárásokkal foglalkozó ipari együttműködések nagymértékben elősegítik. Különösen fontos a nemzetközi együttműködésben megvalósuló tervezett gyógyszerkipróbálásokban való részvétel.

8. AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS EURÓPAI HARMONIZÁCIÓJA, NEMZETKÖZI KAPCSOLATOK

Magyarország Európai Unióhoz való csatlakozásával fontossá vált, hogy az Európai Unióban sikerrel alkalmazott rákellenes programok javaslatait hazánkban is alkalmazzák. Az európai rákellenes program lényeges elemeit az „Európai Rákellenes Kódex”-ben (European Code Against Cancer) foglalták össze. A Rákellenes Kódex 3. kiadására 2003-ban került sor, amelynek kidolgozásában Magyarország is részt vett. Ugyanígy aktívan részt kell venni mindazokban az európai vagy globális programokban, amelyek az onkológiai tevékenységek harmonizációját szolgálják (pl. az Európai Onkológiai Intézetek Szervezetével, a WHO lyoni Rákügynökségével stb.).

Az Európai Onkológiai Intézetek Szervezete, az Organization of European Cancer Institutes (OECI) 29 európai ország 80 onkológiai központjának egyre bővülő hálózata. A Szervezet a professzionális rák centrumok munkáját hangolja össze a megelőzés, a betegellátás, a kutatás, a fejlesztés, a gondozás és az oktatás területén. Legfontosabb célkitűzései az onkológiai halálozás csökkentése, az onkológiai betegek életminőségének és az ellátás színvonalának növelése és a kutatási eredmények adaptálásának elősegítése az onkológiai gyakorlatba. Európában a Rák Centrumok kritériumrendszere korábban nem volt meghatározva és jelenleg nagy különbségek tapasztalhatók az egyes országok intézményes rendszere között. Az OECI a harmonizációt és a kiegyenlítést három lépésben képzei el: (1) az onkológiai ellátás minőségi szintjeinek meghatározása, (2) közös európai onkológiai akkreditációs rendszer életbe léptetése, (3) az onkológiai oktatás közös európai curriculumának kidolgozása. Az OECI keretében együttműködő szakemberek a megfelelő szakmai bizottságokban kidolgozták és elfogadták a közös európai onkoterápiás protokollokat, meghatározták az onkológiai ellátóhelyek akkreditációs rendszerét, minőségi szintjeit, az onkológiai szakorvos képzés európai rendszerének kidolgozását.

Az európai célkitűzések hazai megvalósításának másik területe a WHO lyoni Rákügynökségével (I.A.R.C.) folytatott szoros együttműködés. A Rákügynökség az európai és a többi kontinens rákellenes programjainak összehangolására irányuló tevékenysége keretében teljes körű, átfogó megközelítésre törekszik a rákellenes programok valamennyi lehetséges aspektusát tekintve. Magyarország részt vesz a projekt tudományos tanácsában.

Az európai együttműködés másik széles területe a genfi WHO központ által koordinált tevékenység a nemzeti rákkontroll programok felújítása érdekében. Az e téren végzett eddigi tevékenységek figyelembe vételével történt a közreműködő tagországok – közte Magyarország – kiválasztása.

Az orvosegyetemek rákkutatói kiterjedt európai és tengerentúli kapcsolatrendszert teremtettek, amely a további együttműködés biztos alapját képezi.

Bekapcsolódtunk az ESMO (Európai Onkológus Orvosok Társasága) továbbképzési és tudományos tevékenységébe, amely Európában az akkreditált szakképzést végzi.

Az amerikai egészségügyi, orvostudományi intézményekkel történő együttműködésnek hosszú évekre visszatekintő hagyományai vannak.

Egészségügyi együttműködésünk egyik sajátos és fokozódó jelentőségű módját jelentették azok a tevékenységek, amelyek Nancy Goodman Brinker, az USA magyarországi nagykövete kezdeményezésével indultak, aki a mellrák ellenes küzdelem területén honosított meg új módszereket, a civil szervezetek aktivizálásával. Az USA jelenlegi budapesti nagykövete a férfiak egészségének védelmét szolgáló szűrőprogramot (proszta) javasolt.

2005 januárjában a magyar és az amerikai egészségügyi miniszterek által aláírt, a tárca közötti egészségügyi egyetértési megállapodás része a világ vezető szakmai intézményeivel, közöttük a Nemzetközi Rákintézettel való kutatási együttműködés.

Az egészségmegőrzés, megelőzés, rákellenes küzdelem területén meghatározó jelentőségű a mellrák program (hagyományossá váló „híd séta”, mellrák ellenes bélyeg, 2006 márciusában Budapesten közép-kelet-európai emlőrák szimpózium). Ezek a kezdeményezések elősegítik a más daganatos betegségek elleni társadalmi összefogás módjait is.

A gyermekkori leukémiák terápiájának kidolgozásában és folyamatos továbbfejlesztésben, illetve a megelőzéssel kapcsolatos oktatási programok kimunkálásában kiemelkedő szerepet játszik az International BFM Study Group. Eredetileg belnémet együttműködésként indult (Berlin, Frankfurt, Münster városok klinikái kezdték), de mára bekapcsolódtak ebbe az együttműködésbe nemcsak a meghatározó európai országok gyermekonkológiai munkacsoportjai és klinikái, hanem amerikai, illetve távol keleti klinikák is. A jelenleg Magyarországon alkalmazott összes gyermekkori leukémia és lymphoma terápiás protokollja a BFM-ből származik.

A gyermekonkológiai hálózat európai országokkal intézményesen, és a különböző központok egyedileg is több kétoldalú, ill. az Európai Unió által támogatott tudományos együttműködésben vesznek részt, és szoros szakmai kapcsolatot épített ki az Egyesült Államok számos kutatóintézetével. A Texas Children's Hospital-lel közös tudományos kutatási programban vesz részt gyermekkori szolid tumorok (különös tekintettel az agytumorok) molekuláris genetikai prognosztikai faktorainak kimutatása területén. A legtöbb gyermekonkológiai centrum rendelkezik nemzetközi tudományos kapcsolatokkal.

9. SZEMÉLYI FELTÉTELEK: A DAGANATELLÁTÁSBAN RÉSZTVEVŐK OKTATÁSA

Az onkológiai ellátás területén a tudomány és az alkalmazott technológiák gyors és kiterjedt fejlődése szükségessé teszi a gyakorlati tevékenységek specializációjához kapcsolódó új ismeretanyagok folyamatos bővítését.

9.1. Graduális és posztgraduális orvoscépzés

A szakmai munka alapkérdése a megfelelő mennyiségű és felkészültségű szakorvos megléte. A szakorvosképzésben meghatározó szerepük van az egyetemeknek és az Országos Onkológiai Intézetnek. (A képzésben résztvevő intézmények fejlesztése és versenyképességük jelentős javítása az Európai Unió egyik központi célkitűzésének megfelelően igen fontos feladat.)

Az első szintet a graduális képzés jelenti, ahol a daganatos betegségekkel kapcsolatos kérdések főleg diszciplinárisan és kurzusok formájában szerepelnek a tananyagban. A jelenlegi gyakorlat előrelépését jelentené a négy orvoscépzésben résztvevő egyetemen folyó onkológiai képzés jobb összehangolása, közös törzsanyag kidolgozása. Az onkológiai alapismeretekre a fogorvos és gyógyyszerészképzésben is hangsúlyt kell fektetni.

A második szint a posztgraduális képzés, amely részben szakképzés, részben doktori képzés. A jelenlegi rendszerben a klinikai onkológiai szakképesítés ráépített szakvizsga, azonban a daganatos betegek számának emelkedése a komplex betegellátási rendszerben elengedhetetlenül fontossá teszi a klinikai onkológiai szakképesítés alapszakvizsgává tételét. Ezzel biztosítható lenne, hogy kellő számú fiatal orvos érezze életre szóló szakmai kihívásnak és elkötelezettségnek a daganatos betegek gyógyítását, változtatva azon a szomorú helyzeten, hogy a daganatos betegek több mint felét ma nem klinikai onkológiai szakorvosi szakképesítéssel rendelkező szakorvosok kezelik. Mivel az onkológus szakorvosok közel fele nem az onkológiai szakterületen dolgozik, indokolt az onkológus szakorvosképzés bővítése.

Külön hangsúlyt kell fektetni a szakorvosok élethosszig tartó továbbképzésének biztosítására.

9.2. Nem-orvos szakemberképzés

Az onkológiai betegellátás igen sok feladatát speciálisan felkészített szakembereknek kell végezniük. Ez az a terület, ahol a felsőoktatás bolognai elveken nyugvó több szintes képzési rendszere bevezetésre kerülhet. Ennek megfelelően kell áttekinteni és akkreditálni a képzőhelyeket, megszüntetni a szükségtelen átfedéseket, biztosítva a helyes szakmai koncepciók

érvényesülését. Igen fontos, hogy a bachelor-master szintek tanrendjének újrafogalmazása mellett a végzett hallgatók a jogosítványaikban a jelenleginél sokkal nagyobb önállóságot kapjanak. Ez életszerűbb és korszerűbb lenne a jelenlegi állapotnál.

A progresszivitásnak megfelelően sokoldalú ellátást igényel a daganatos betegek szomatikus és pszichés gondozása. Szükség van mind a diagnosztikában és a terápiában részt vevő asszisztensekre, technikusokra (ezek speciális képzettségére), mind a klinikai munkát támogató onkológiai szakápolókra, gyógytornászokra (rehabilitációt elősegítő képességekkel), dietetikusokra, pszichoonkológusokra és megfelelő tanácsadókra (pl. információátadással, oktatással foglalkozó munkacsoport kialakítására).

9.2.1. Pszichológusképzés

Ma Magyarországon az onkológiával foglalkozó osztályok kevesebb, mint egyharmadában foglalkoztatnak pszichológust, és ez az arány a centrumok esetében sem haladja meg az 50%-ot. A pszichológusok többsége általános pszichológus, onkopszichológusként igen kevés szakember dolgozik. Az alapfokú képzés tematikájában szerepel a kórházi dolgozók mentálhigiéniájának és a gyógyíthatatlan betegek, betegségek pszichés vonatkozásainak ismertetése. A képzés során fel kell készíteni a pszichológushallgatókat a helyes egészségmagatartás népszerűség szintű kialakítására, a komplex onkoterápiában és rehabilitációban résztvevő egészségügyi dolgozók felkészítésére, a „kiégési szindróma” megakadályozására és a betegek lelki támogatására.

9.2.2. Egészségügyi szakdolgozók és szakasszisztensek

Az onkológiai ellátás területén dolgozók szakosító képzésének és továbbképzésének feltételeit szolgáló programok kiemelt támogatásban részesülnek, melynek célja a diagnosztikai és sugárterápiás ellátó területeken, az onkológiai centrumokban, a betegek ápolásában, rehabilitációjában és a családok segítésében részt vevő szakdolgozói teamek képzésének, továbbképzésének támogatása, valamint az együttműködő funkciók erősítése a komplex betegellátás érdekében.

A jelenleg támogatott körbe tartozó szakosító képzések a következők:

- a) citológiai előszűrő szakasszisztens,
- b) hisztokémiai és immunhisztokémiai szakasszisztens,
- c) radiofarmakológiai szakasszisztens,
- d) képi diagnosztikai asszisztens,
- e) izotóp asszisztens,
- f) onkológiai szakápoló,
- g) hospice szakápoló és koordinátor.

Ezen túlmenően fontos lenne, hogy mind a megelőzést, mind a rehabilitációt végző teamekbe a táplálkozási szakemberek (dietetikusok) is bevonásra kerüljenek.

A szakdolgozók megoszlása szélsőséges területi egyenlőtlenségeket mutat, ami rontja a komplex ellátás megvalósíthatóságát. A képzési és humán erőforrás programoknak biztosítaniuk kell a növekvő igények kielégítésére szolgáló szakemberek számát, és az egyenletes területi lefedettséget.

Az egészségügyi szakdolgozók és szakasszisztensek alapfokú- és továbbképzése jelenleg az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetének (ETI) szervezésében történik. Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésében a Magyar Ápolási Egyesület is közreműködik.

9.2.3. Önkéntesek képzése

Az egyre nagyobb számban jelentkező laikus önkéntesek oktatása, felkészítése az adott betegellátó intézet feladata.

9.3. Háziorvosok képzése és továbbképzése

Az oktatás hiányosságai miatt a házi orvosok az onkológiai tevékenységet végző szakorvosokhoz hasonlóan sokszor nincsenek tisztában a rákmegelőzés módszereivel, a komplex terápia és a rehabilitáció alapelveivel. A házi orvosi hálózat létrejöttével a dolgozó szakorvosok feladatköre szükségessé tette az onkológiai képzés-továbbképzés megszervezését és azt, hogy a gyakorlati ismeretek elsajátításához megfelelő szakkönyv álljon rendelkezésre.

10. TÁRSADALMI SZERVEZETEK SZEREPE

A rákellenes küzdelemben jelentős szerepe van a civil szervezeteknek. A rákbetegek kezelésének lényegi eleme, hogy a beteg – és a társadalom is – elfogadja, hogy a rák, bár súlyos betegség, nem halálos ítélet. Az egyik legnehezebb feladat a közgondolkodás megváltoztatása ezen a területen. A szakmai érveknél többet jelent a gyógyult betegek véleménye, információja. Ők közvetítik leghitelesebben a társadalomnak, a megbetegedett egyénnek és családjának is, hogy hogyan vegyék fel a küzdelmet a betegségükkel, milyen problémákkal szembesültek a kezelésük során, hogyan gyógyultak meg, valamint milyen az életük gyógyult rákbetegként. Ha ők hívnak és buzdítanak a szűrésekre, az mindig hitelesebb. Több betegszervezet felismerte és felvállalta ezt a lehetőséget. Felvilágosító és betegtámogató munkájuk hozzájárulhat a Nemzeti Rákellenes Program sikeréhez.

A civil szervezetek, mint a Magyar Rákellenes Liga, Rákbetegek Országos Szövetsége, „A rák ellen az emberért, a holnapért” Alapítvány komoly lehetőségekkel rendelkezik a lakosság egészségtudatának és egészséges életmódjának kialakításában, egészségük megőrzésében, az egészségre való nevelés fejlesztésében, valamint az erre irányuló gyakorlat kialakításában. A civil szervezetek sikeresen motiválják a lakosságot a szervezett szűrésre szóló meghívás elfogadására, hozzájárulnak a rákbetegek eredményes rehabilitációjához és a társadalomba való visszailleszkedésükhöz.

A különböző környezetvédő szervezetek hasonlóan nagy szerepet vállalhatnak a megelőzésben azzal, hogy felhívják a figyelmet a környezetkárosító, gyakran rákot okozó anyagok egészségkárosító hatásaira.

Több civil és szakmai szervezet együttműködve dolgozik az egészséges táplálkozás megvalósítása érdekében és az elhízás elleni küzdelemben, fontos szerepet játszik a rákbetegségek megelőzésében. Felvilágosító munkájuknak az iskolai nevelésben, a jövő generációk egészsége érdekében kulcsszerepe van.

Fontos, hogy a betegek tájékoztatása – kivizsgálásukat és kezelésüket illetően – szakszerű, és egyben közérthető legyen. A rákbetegnek megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie saját betegségéről, a vele és körülötte történő folyamatokról, a szükséges várakozások vagy állapotromlások okairól.

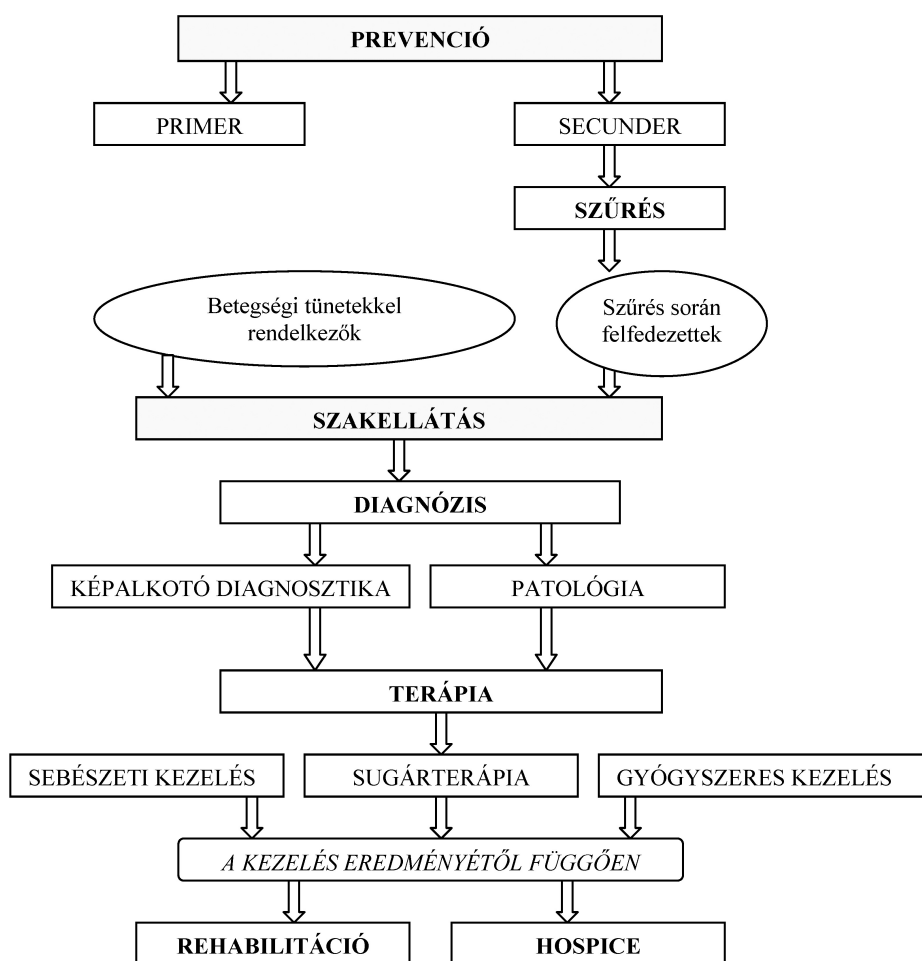
A gyógyulás során és a rehabilitációban a civil szervezetek, beteggyesületek segíthetnek a rákbetegek lelki felkészültségének, küzdőképességének erősítésében, életminőségük javításában, a betegséggel való együttélés képességének fejlesztésében.

11. A NEMZETI RÁKELLENES PROGRAM MINŐSÉGFELÜGYELETE

Az onkológiai ellátás színvonalának javítása, európai harmonizációja elsősorban azoknak az ellátási egyenetlenségeknek a megszüntetését követeli meg, amelyek a betegek esélyét korlátozzák a megfelelő minőségű ellátáshoz történő hozzáférésben. Legfontosabb célkitűzés a daganatos halálozás csökkentése, az onkológiai betegek életminőségének és az ellátás színvonalának növelése, valamint a kutatási eredmények adaptálásának elősegítése a gyakorlatban.

Ezen célkitűzések megvalósítása és az eredmények értékelése egy komplex minőségfejlesztési program része.

A minőségfejlesztési program lépései



A Nemzeti Rákellenes Program minőség felügyeletét Donabedian triásza alapján a struktúra-folyamat-eredmény szempontjából a fenti lépéseknek megfelelően kell megvalósítani.

Az onkológiai ellátás minőségi szintjeinek meghatározása

Az európai onkológiai intézmények minőségi besorolásánál az amerikai National Cancer Institute által definiált „Comprehensive Cancer Centre” fogalomból indulnak ki az európai szakemberek is. Eszerint a komprehenzív (azaz átfogó, teljes körű) onkológiai központot az alábbiak jellemzik:

- a) képesség a daganatos betegségek globális áttekintésére és kezelésére,
- b) a multidiszciplináris diagnosztikai módszerek megléte,
- c) a prevenció, a betegellátás, a betegkövetés és a gondozás egyaránt,
- d) transzlációs kutatási tevékenység.

Az onkológiai ellátás minőségi szintjeinek meghatározása során az Európai Onkológiai Intézetek Szervezete (OECI) a komprehenzivitás alapján öt kategóriát állapított meg:

1. Rákbeteg Nyilvántartás,
2. Onkológiai Egység,
3. Onkológiai Osztály,
4. Onkológiai Központ,
5. Komprehenzív Onkológiai Központ.

Az európai harmonizáció első lépése annak meghatározása, hogy az OECI tagintézményei milyen intézettípusba tartoznak, és a daganatos betegek ellátásának milyen módjait gyakorolják. Az így kialakuló adatbázis nélkülözhetetlen a továbblépéshez, ennek keretében elkészült az OECI kérdőíve az onkológiai intézetek átvilágítására, az ellátás minőségi szintjeinek felmérésére.

Az onkológiai betegellátás személyi, tárgyi feltételeinek meglétének ellenőrzését, a tevékenységekhez rendelt működési engedélyek kiadását az ÁNTSZ végzi.

Az OECI minőségbiztosítási javaslata az onkológiai ellátás színvonalának felmérésére.

Az OECI kérdőív és a kézikönyv segítségével az egyes intézetek felmérhetik saját minőségi szintjüket, ami egyúttal az európai onkológiai akkreditációjuk előkészítését is szolgálja. A komprehenzivitás különböző szintjeinek megfelelő európai akkreditációnak két fő eleme van:

1. Az általános rendszeres minőségbiztosítási rendszer vagy annak továbbfejlesztett változata,
2. A minőségi szintbesorolásnak megfelelő feltételek megléte, amelyet onkológus szakemberek helyszíni látogatása ellenőriz és tanúsít.

A közös európai onkológiai akkreditáció célja az azonos tartalmú és kiegyenlített színvonalú onkológiai ellátás biztosítása az európai térségben, mindenekelőtt az Európai Unióban, annak tagországaiban.

Az onkológiai ellátó egységek európai akkreditációjának feltétele a korszerű módszerek (bizonyított eredményeken alapuló irányelvek, protokollok) ismerete és használata a klinikai gyakorlatban. Első lépés a standardok, feltételek és ajánlások [standards, options, recommendations, (SOR)] kidolgozása az eljövendő gyakorlat számára, ami algoritmust szolgáltat a betegellátás segítésére a napi gyógyító munka különböző szituációiban. A SOR projekt magába foglalja az elsődleges eljárás prioritásait (diagnózis, stádium meghatározás, prevenció, első vonalbeli kezelés és betegkövetés) mind a felnőttkori, mind a gyermekkori daganatok esetén.

Az akkreditációs folyamat auditjainak ki kell terjednie a szervezet és adminisztráció, a személyzet és irányítás kérdéseire, a felszerelésekre és berendezésekre, a szakmapolitikára és eljárásokra, a személyzet oktatására és képzésére, az eredmények értékelésre. A standardok megléte után kerülhet sor a „comprehensiv guideline”-ok olyan szériájának a bevezetésére, amelyek a magyarországi leggyakoribb és legfontosabb daganatos betegségek legkorszerűbb elsődleges ellátását segítik elő.

AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS JÖVŐJE

A Nemzeti Rákellenes Program alapvető célkitűzése a daganatos halálozások növekvő trendjének megállítása, amelynek megvalósításához az alábbi területeken kell előrelépni:

I. CÉL: A ROSSZINDULATÚ DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK KIALAKULÁSÁT ELŐSEGÍTŐ TÉNYEZŐK ELŐFORDULÁSÁNAK VISSZASZORÍTÁSA AZ ELSŐDLEGES MEGELŐZÉS HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS TÁRSADALMI TÁMOGATOTTSÁGÁNAK NÖVELESÉVEL

Feladat:

1. Biztosítani kell a lakosság egészségi állapotának folyamatos monitorozását, s az azt károsan befolyásoló tényezők alakulásának folyamatos elemzését.
2. Széleskörű és a célcsoportoknak megfelelő felvilágosító programokat kell szervezni a népesség egészségnevelése, az egészséges életmódra szoktatás, az egészséges életfelfogás helyes kialakítása érdekében.
3. El kell érni, hogy a daganatképződést elősegítő környezetkárosító tényezők aránya fokozatosan csökkenjen.
4. Támogatni kell az egészségkárosító szenvedélyekre (pl. alkoholfogyasztás) és szokásokra (mértéktelen napozás) való rászokás megelőzését, vagy a leszoktatás, a személyi higiénia igényének és gyakorlatának kialakítását.
5. Lépéseket kell tenni a dohányzás visszaszorítása érdekében, ideértve a nemdohányzók védelmét szolgáló jogszabályok további szigorítását és hatékony leszoktató programokat kell szervezni.
6. Elő kell segíteni a helyes táplálkozási kultúra kialakítását és a mindennapos aktív testmozgás, valamint az iskolai testnevelés feltételeinek megteremtését.
7. Mozgósítani kell a civil szervezeteket az előzőekben megfogalmazott feladatok megoldásának elősegítéséhez.
8. Ösztönözni kell a települési egészségtervek fenti szempontoknak megfelelő elkészítését, illetve felülvizsgálatát, valamint a közösségi döntéshozatal során az egészséghatás vizsgálatok figyelembe vételét.

Határidő: folyamatos

II. CÉL: A ROSSZINDULATÚ DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK MINÉL KORÁBBI FELISMERÉSE AZ EREDMÉNYES GYÓGYÍTÁS ÉRDEKÉBEN A MÁSODLAGOS MEGELŐZÉS (SZŰRÉS) HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS TÁRSADALMI TÁMOGATOTT-SÁGÁNAK NÖVELÉSÉVEL

Feladatok:

1. Minden rendelkezésre álló eszközzel növelni kell a szervezett lakossági szűréseken való megjelenés arányát, el kell érni, hogy a leginkább veszélyeztetett korosztályok minél nagyobb arányban vegyenek, vehessenek részt a szűréseken.
2. Mozdó szűrőállomások programozott munkába állításával is emelni kell az átszűrtség mértékét, a szűréseken való megjelenések számát a leginkább rászoruló területeken.
3. Tovább kell erősíteni a civil szervezetek aktivitását, a különböző egyházi kezdeményezéseket és az üzleti szféra támogatói szerepét.
4. Fejleszteni kell az egyének egészségtudatos magatartását és képességüket az ön-vizsgálatra, a daganatos gyanújelek korai felismerésére.
5. El kell érni, hogy érvényesüljön az onkológiai éberség minden orvos-beteg találkozás során.

Határidő: folyamatos

III. CÉL: AZ ONKOLÓGIAI BETEGELLÁTÁS MINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER EURÓPAI HARMONIZÁCIÓJÁVAL AZ ONKOLÓGIAI KÖZPONTOK EGYSÉGES RENDSZERÉNEK KIALAKÍTÁSA RÉVÉN

Feladatok:

A meghatározott onkológiai tevékenységre működési engedéllyel rendelkező szolgáltatók személyi és tárgyi feltételrendszerének áttekintése alapján:

1. Kerüljenek meghatározásra a megyei szintű és regionális onkológiai központok kijelölésének feltételei, az ellátók előminősítése kerüljön nyilvánosságra.

Határidő: 2006. szeptember 30.

2. Kerüljön kialakításra a hozzáférési esélyegyenlőséget biztosító megyei szintű és regionális onkológiai központok rendszere.

Határidő: 2007. január 1.

3. Az onkológiai ellátásban résztvevő intézmények, ellátóhelyek minősítése az európai akkreditációs szempontrendszer figyelembevételével.

Határidő: 2007. december 31.

IV. CÉL: A DAGANATOS BETEGSÉGEK KORAI FELISMERÉSÉNEK HATÉKONYABBÁ TÉTELE ÉRDEKÉBEN AZ ALAPELLÁTÁS FELKÉSZÍTÉSE AZ ONKOLÓGIAI BETEGELLÁTÁSBAN BETÖLTÖTT SZEREPÉRE

Feladatok:

1. Magas kreditpont értékű tematikus továbbképző tanfolyamokat kell szervezni az alapellátásban dolgozók részére az onkológiai szűrés, -ellátás, -gondozás alapelveiről és gyakorlatáról, a fájdalomcsillapítás korszerű és hatékony módjairól, a gyógyászati segédeszköz ellátás és a rehabilitáció lehetőségeiről.

Határidő: 2006. június 30-tól folyamatos

2. A házi orvosok és az onkológiai központok között a rendszeres kapcsolattartás feltételeinek kialakítása, szakmai szabályozása és ellenőrzése.

Határidő: 2006. június 30.

V. CÉL: A GYÓGYKEZELÉS HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSA CÉLJÁBÓL A KORSZERŰ DAGANAT-DIAGNOSZTIKA FELTÉTELEINEK FEJLESZTÉSE

Feladatok:

1. Megfelelő szakmai és finanszírozási szabályok kialakításával, valamint ezek betartásának ellenőrzésével biztosítani kell a képzőképző diagnosztikai eljárások megfelelő minőségű és hatékony alkalmazását.

Határidő: 2006. december 31., utána folyamatos.

2. Fel kell gyorsítani a molekuláris patológiai diagnosztika alkalmazását.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatosan.

3. Fel kell gyorsítani a telemedicina, ezen belül a telepatológiai diagnosztika feltételeinek kialakítását a diagnosztika hatékonyságának fokozása és minőségének biztosítása érdekében, internet protokollon működő digitális mikroszkópos referencia-portálok létrehozásával.

Határidő: 2007. december 31., utána folyamatos.

3. Javítani kell az onko-radio-diagnosztika működési feltételeit, és korszerűsíteni kell az eszközparkot.

Határidő: 2010. december 31.

VI. CÉL: A BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA A DAGANAT- SEBÉSZET KORSZERŰSÍTÉSÉVEL

Feladatok:

1. Minden onkológiai központban ki kell alakítani a távoli áttétek, a szervmegtartó műtétek és a rekonstrukciós műtétek végzésének feltételeit.

Határidő: 2012. december 31.

2. El kell érni, hogy az onkológiai műtéteket kizárólag onkológiai team döntése alapján lehessen végezni,

Határidő: 2012. december 31.

VII. CÉL: AZ ÉLETKILÁTÁSOK, AZ ÉLETMINŐSÉG NÖVELÉSE, VALAMINT A VÁRAKOZÁSI IDŐ CSÖKKENTÉSE CÉLJÁBÓL A REGIONÁLIS SUGÁRTERÁPIÁS ELLÁTÁS FELTÉTELEINEK JAVÍTÁSA, ÉS A SUGÁRTERÁPIÁS ESZKÖZPARK KORSZERŰSÍTÉSE

Feladatok:

1. El kell készíteni a sugárterápiás géppark részletes országos fejlesztési tervét a Nemzetközi Atomenergia Ügynökség és az ESTRO közös kritériumainak megfelelően, egy külön felállítandó pártatlan szakértői testület által.

Határidő: 2006. július 31.

2. Cserélni kell az amortizálódott (10 évnél idősebb) gyorsítókat.
3. Növelni kell az ultrafeszültségű sugárforrások számát, figyelembe véve az ellátandó terület lakosságának és a rendelkezésre álló besugárzó készülékek számát.
4. A 10 évnél idősebb kobaltágyúkat fokozatosan gyorsítóra kell cserélni.
5. Új, korszerű sugárterápiás központot kell létesíteni a közép-dunántúli régióban.
6. Minden sugárterápiás központban biztosítani kell a korszerű brachyterápia lehetőségét.
7. A 10 évnél idősebb utántöltő készülékeket fokozatosan cserélni kell.
8. A permanens I-125 implantáció technikai és finanszírozási feltételeit meg kell teremteni.
9. A 3 vagy több nagyenergiájú besugárzókészülékkel rendelkező központokban a meglévő szimulátorok mellé CT-szimulátort kell telepíteni, illetve a 10 évnél idősebb, amortizálódott szimulátorokat CT-szimulátorra kell cserélni.
10. Az összes újonnan telepített gyorsítót a telepítéssel egyidejűleg fel kell szerelni multi-leaf kollimátorral és EPID-del.
11. A sugárterápiás központokban az intenzitás modulált radioterápia feltételeit fokozatosan meg kell teremteni.
12. Minden fejlesztés alapfeltétele a megfelelő szakember gárda előzetes biztosítása.

Határidő: 2013. december 31.

VIII. CÉL: A GYÓGYULÁS ESÉLYÉNEK NÖVELÉSE ÉS A BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN A GYÓGYSZERES ÉS A BIOLÓGIAI KEZELÉS FELTÉTELEINEK JAVÍTÁSA

Feladatok:

1. Közelíteni kell a klinikai onkológiai ágyak számát a WHO normáihoz, illetve fejleszteni kell az onkológiai feladatok megfelelő minőségű ellátásához szükséges kórházi kapacitásokat.

Határidő: 2010. december 31.

2. El kell érni, hogy a rosszindulatú daganatban szenvedő betegek citosztatikus kezelése onkológiai központokban történjen.

Határidő: 2006. március 1., és utána folyamatos.

3. Ösztönözni kell, hogy a klinikai onkológiai osztályokon a kúraszerű ellátás feltételei kialakításra kerüljenek.

Határidő: 2008. január 1.

4. Folyamatosan be kell vezetni a klinikai gyakorlatba már bekerült legkorszerűbb biológiai terápiákat, így a monoklonális antitesteken alapuló kezelési módokat, a növekedési faktorok és citokinek használatát, a tumor elleni immunizálást, az anti angiogenesis terápiát, a génterápiát, a tumornövekedés gátlást, illetve az immunmodulációs eljárásokat.

Határidő: 2007. december 31., és utána folyamatosan.

IX. CÉL: AZ ONKOLÓGIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK FOLYAMATOSSÁGA ÉS A BETEGSÉGMENEDZSMENT HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN AZ ONKOLÓGIAI GONDOZÓK SZAKMAI INTEGRÁLÁSA A MEGYEI SZINTŰ ONKOLÓGIAI KÖZPONTOKBA

Feladatok:

1. Át kell világítani az onkológiai gondozókat, és ennek tapasztalatai alapján részletes javaslatokat kell készíteni működésük korszerűsítésére.

Határidő: 2006. december 31.

2. A gondozók felkészítése a komplex onkológiai tevékenységben való részvételre az onkológiai központokkal és az alapellátással történő hatékony együttműködésre.

Határidő: 2007. december 31.

X. CÉL: A DAGANATOS BETEGEK ESÉLYEGYENLŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA A MEGYEI SZINTŰ ÉS REGIONÁLIS KÖZPONTOK FEJLESZTÉSÉVEL

Feladatok:

1. Meg kell szervezni a multidiszciplináris onkológiai teameket, el kell készíteni működési rendjük intézményi szabályzatba történő beillesztését.

Határidő: 2006. június 30.

2. Felül kell vizsgálni a megyei szintű központok beutalási rendjét és területi ellátási kötelezettségét.

Határidő: 2007. január 1.

3. Át kell tekinteni a megyei szintű és regionális központok gép-műszer felszereltségét, és fel kell mérni a fejlesztési szükségleteket.

Határidő: 2006. június 30.

4. Meg kell valósítani a közép-dunántúli regionális onkológiai központ kialakítását.

Határidő: 2007. január 1.

XI. CÉL: AZ EGYSÉGES ÉS MAGASSZÍNVONALÚ VALAMINT EREDMÉNYES BETEGELLÁTÁS, A MEGBETEGEDÉSI ÉS HALÁLOZÁSI STATISZTIKÁK MEGBÍZHATÓSÁGÁNAK NÖVELÉSE ÉRDEKÉBEN AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS ORSZÁGOS KOORDINÁLÁSÁHOZ SZÜKSÉGES FELTÉTELEK MEGTEREMTÉSE, IDEÉRTVE AZ ONKOLÓGIAI TEVÉKENYSÉGRŐL ÉS A DAGANATOK ELŐFORDULÁSÁRÓL SZÓLÓ INFORMATIKAI ÉS ADATSZOLGÁLTATÁSI RENDSZEREK FEJLESZTÉSÉT IS

Feladatok:

1. Értékelni kell a Nemzeti Rákregiszter működését, és ennek alapján javaslatot kell tenni a szükséges változtatásokra.

Határidő: 2006. december 31.

2. Át kell tekinteni az onkológiai prevenciót és az ellátást érintő ismeretek graduális és posztgraduális képzési programjait, és javaslatot kell tenni a különböző tananyagokba történő beillesztésére.

Határidő: 2007. június 1.

3. A korszerű infokommunikációs technológiák alkalmazásával is ki kell alakítani az onkológiai betegek ellátásában résztvevők folyamatos továbbképzésének rendszerét magasszintű naprakész tudásuk biztosítása érdekében.

Határidő: 2007. december 31.

4. A telemedicina alkalmazásával létre kell hozni regionális és országos szinten a konzultációs lehetőségeket, ideértve az új ellátási formák és diagnosztikai eljárások megismerését, valamint a ritka kórképek kezelése során nyert tapasztalatok cseréjét.

Határidő: 2007. december 31-től folyamatos.

5. Ki kell építeni egy közös konzultációs rendszert a patológusok és citopatológusok részére.

Határidő: 2006. december 31.

6. Olyan online kapcsolatot kell létrehozni az onkológiai betegellátó helyek hálózatának rendszerében, mely alkalmas a betegút követésére az ellátás minden formájában, a leletek és vizsgálati eredmények idővesztés nélküli eljuttatására a kezelő-

orvoshoz, és egyben kielégíti a szakmai jelentési rendszer (ideértve a Rákregisztter is) igényeit.

Határidő: 2008. június 30.

7. Biztosítani kell, hogy a Nemzeti Rákellenes Program céljaiban megfogalmazott feladatok megvalósulásáról a DrInfo rendszere megfelelő információkkal rendelkezzen.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos.

XII. CÉL: A BETEGEK TÁRSADALOMBA ÉS CSALÁDBA VALÓ VISSZAILLESZKEDÉSÉNEK ELŐSEGÍTÉSE ÉRDEKÉBEN AZ ONKOLÓGIAI BETEGEK KOMPLEX REHABILITÁCIÓS RENDSZERÉNEK KIALAKÍTÁSA

Feladatok:

1. A speciális onkorehabilitációs célú fekvőbeteg és járóbeteg kapacitások fokozatos kialakítása struktúramódosítás révén.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos.

2. Biztosítani kell minden regionális és megyei szintű onkológiai központban fájdalom-ambulanciák kialakítását és működését.

Határidő: 2007. január 1-jétől 2009-ig folyamatos.

3. Az onkológiai központok mindegyikében biztosítani kell a betegek és hozzátartozóik számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét.

Határidő: 2007. január 1-jétől folyamatos.

XIII. CÉL: A BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉ- BEN ORSZÁGOS HOSPICE HÁLÓZAT KIÉPÍTÉSE

Feladat:

1. Létre kell hozni 2010-ig régióként legalább egy, társadalombiztosítási rendszerben működő hospice-t.

Határidő: 2006. június 30-tól 2010-ig folyamatos.

2. Meg kell teremteni 3 lépcsőben az otthoni szakápolás keretében végzett hospice el-
látás országos lefedettségét (megyei, városi és városkörnyéki, országos).

Határidő: 2007. december 31. (első lépcső)

2009. december 31.(második lépcső)

2011. december 31. (harmadik lépcső)

3. A hospice szakmai és oktatási képviselőinek megteremtése és az ismeretanyag in-
tegrálása a képzésbe és a továbbképzésbe.

Határidő: 2007. december 31.

XIV. CÉL: A DAGANATOS BETEGEK KOMPLEX ELLÁTÁSÁNAK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN RÉSZTVEVŐ SZAKEMBEREK (SZAKORVOSOK, SZAKDOLGOZÓK) EURÓPAI SZINTŰ KÉPZÉSE

Feladatok:

1. El kell indítani az onkológiai szakterületeken dolgozó szakdolgozók szakosító képzését.

Határidő: 2006. szeptember 1.

2. El kell indítani az onkológiai diagnosztikai és hospice szakterületeken dolgozó szakdolgozók továbbképzését.

Határidő: 2006. szeptember 1.

3. Korszerűsíteni kell az onkológiai ellátásban dolgozó szakorvosok továbbképzését, és mind a tananyagot, mind az alkalmazott módszertant rendszeresen felül kell vizsgálni.

Határidő: 2006. december 31.

4. Programot kell készíteni az onkológiai ellátás tervezhető szakemberszükségletének biztosítására.

Határidő: 2006. szeptember 30.

5. Elő kell készíteni, hogy a klinikai onkológia szakorvosi szakképesítés alapszakvizsgává váljon.

Határidő: 2007. szeptember 1.

XV. CÉL: AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS EGYSÉGES ÉS MAGASABB SZÍNVONALÁNAK MEGTEREMTÉSE ÉRDEKÉBEN MEG KELL ERŐSÍTENI A MINŐSÉGFELÜGYELETET

Feladatok:

1. Évenként meg kell határozni az onkológiai szakfelügyeleti rendszer országos munkaprogramját.

Határidő: 2006. március 31-től évente.

2. Kerüljenek rendszeresen felülvizsgálatra az onkológiai ellátóhelyek működési engedélyei, különös tekintettel a szakmai protokollokban foglalt eljárások betartására.

Határidő: 2006. szeptember 1-jétől kétévente.

3. Minden daganatos betegellátó intézményben működtetni kell a jogszabályokban előírt belső minőségügyi és külső minőségirányítási rendszereket.

Határidő: 2006. december 31-től folyamatos.

4. Elő kell készíteni az onkológiai ellátóhelyek európai uniós akkreditációját.

Határidő: 2007. január 1-től folyamatos.

5. Kerüljenek meghatározásra a Nemzeti Rákellenes Program végrehajtásának minőségfelügyeletét elősegítő struktúra-folyamat-eredmény indikátorok.

Határidő: 2006. december 31-től folyamatos.

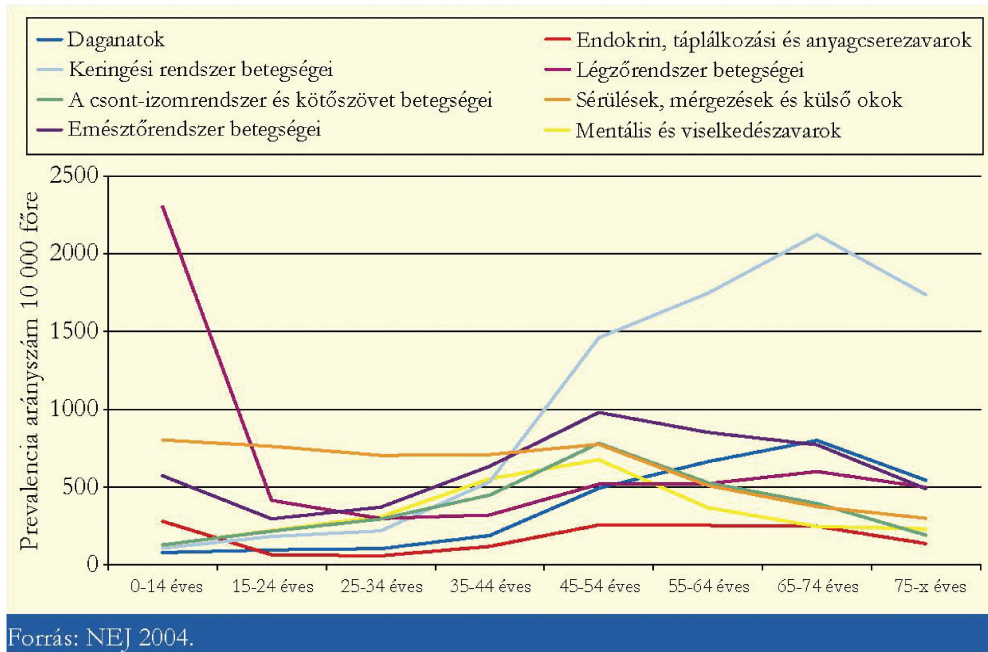
XVI. CÉL: A DAGANATOS BETEGEK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK, VALAMINT AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA A DAGANATOS BETEGEK ÉS HOZZÁTARTOZÓIK, VALAMINT AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁSBAN RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA

Létre kell hozni a Nemzeti Rákellenes Program végrehajtását segítő, a végrehajtást monitorozó és a menetközben szükségessé váló módosításokra javaslatokat kidolgozó Programtanácsot az érintett társadalmi és szakmai szervezetek, valamint társtárca és országos hatáskörű szervek képviselőiből.

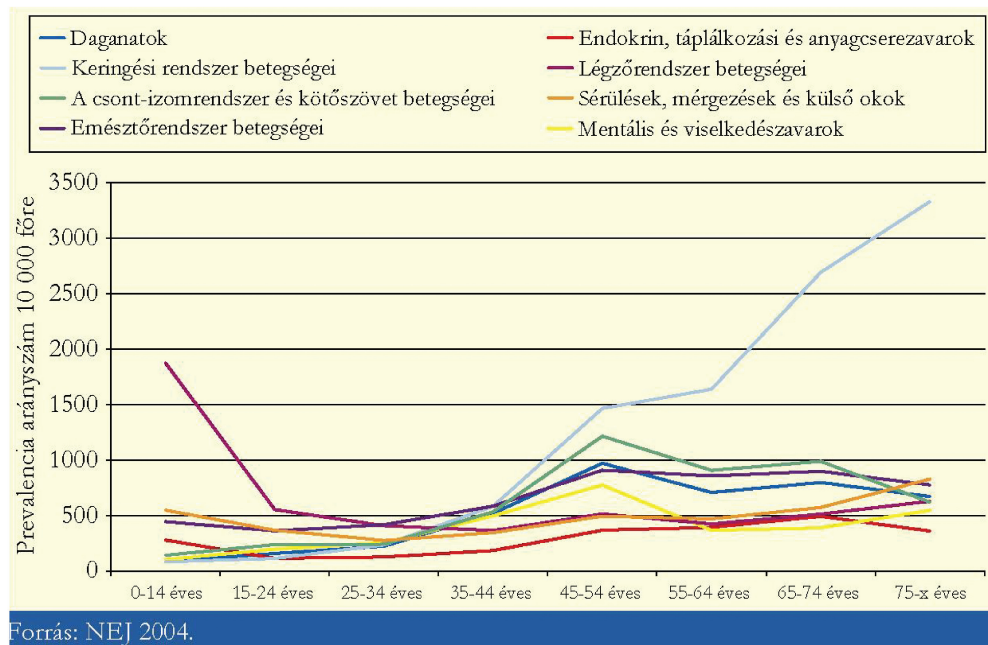
Határidő: 2006. március 1.

Mellékletek

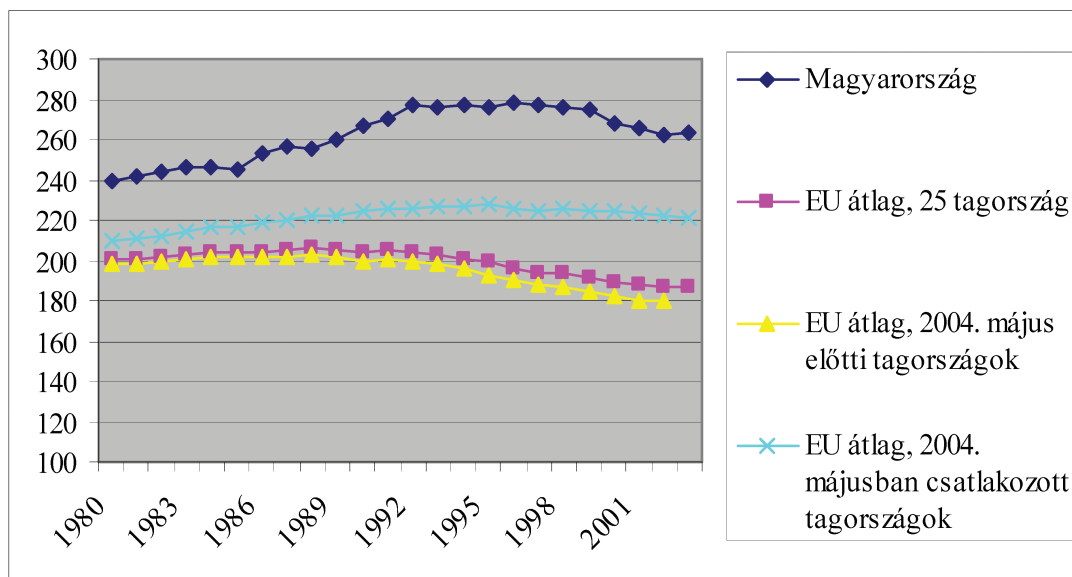
1. ábra: Korspecifikus morbiditás férfiaknál. 2002.



2. ábra: Korspecifikus morbiditás nőknél. 2002.

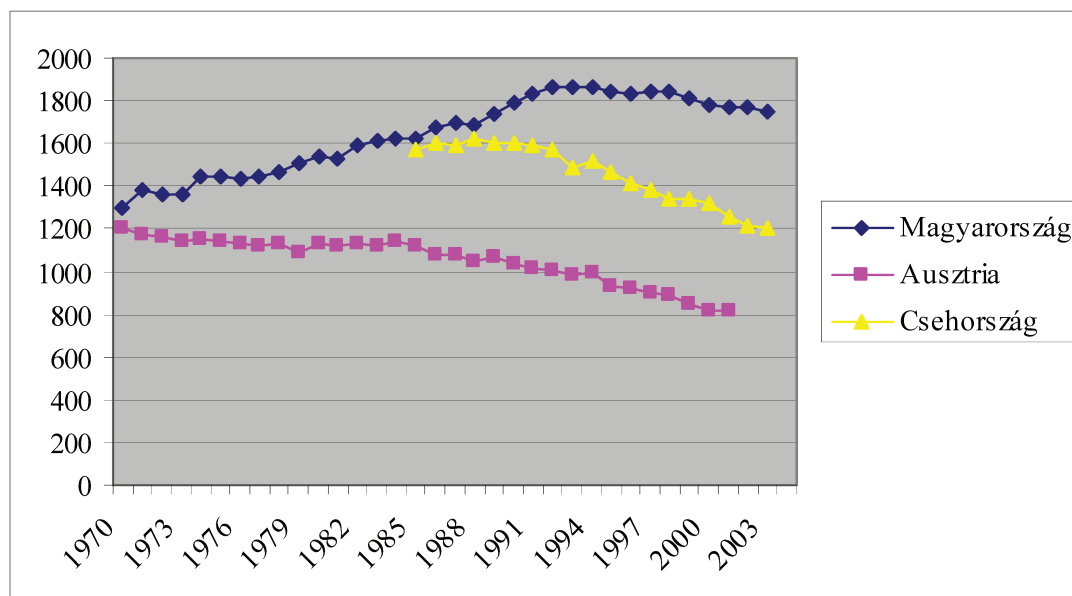


3. ábra: A rákbetegségek standardizált halálzási arányszáma



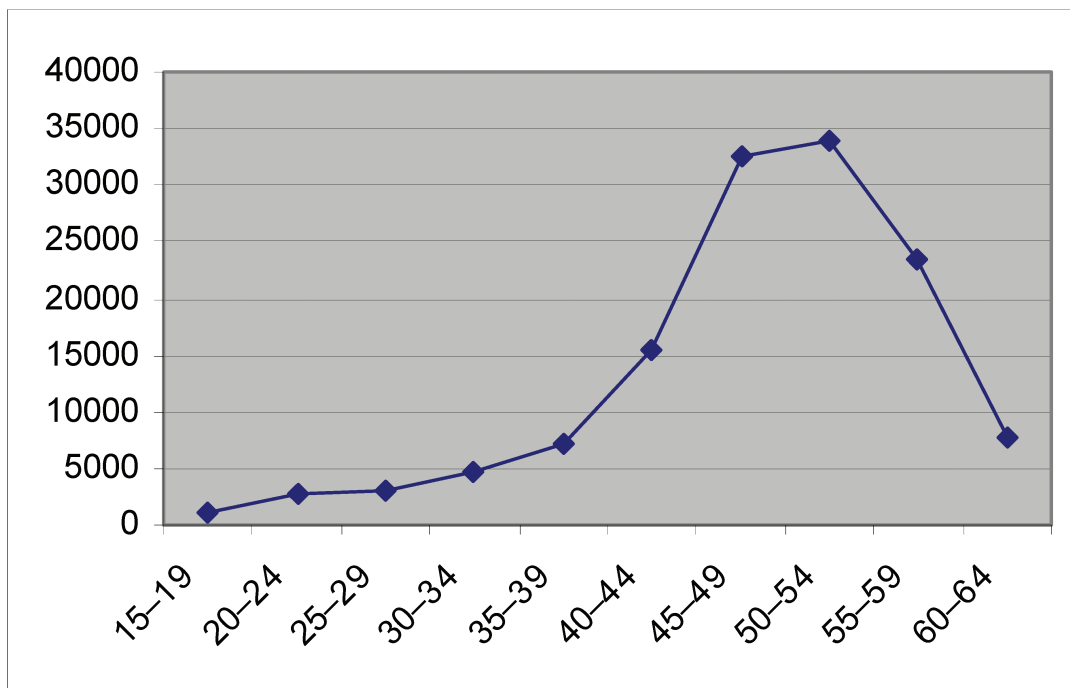
Forrás: WHO 2004.

4. ábra: 100 ezer lakosra jutó elveszett életévek rosszindulatú daganatos megbetegedések miatt



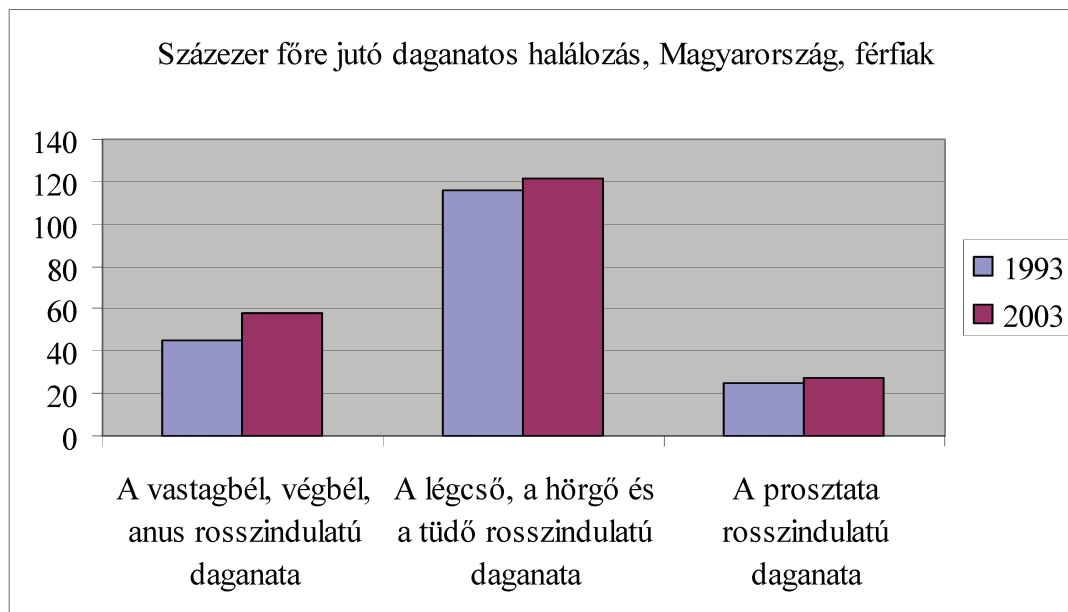
Forrás: OECD HEALTH DATA 2004.

5. ábra: Daganatos halálozás miatt elvesztett aktív életévek



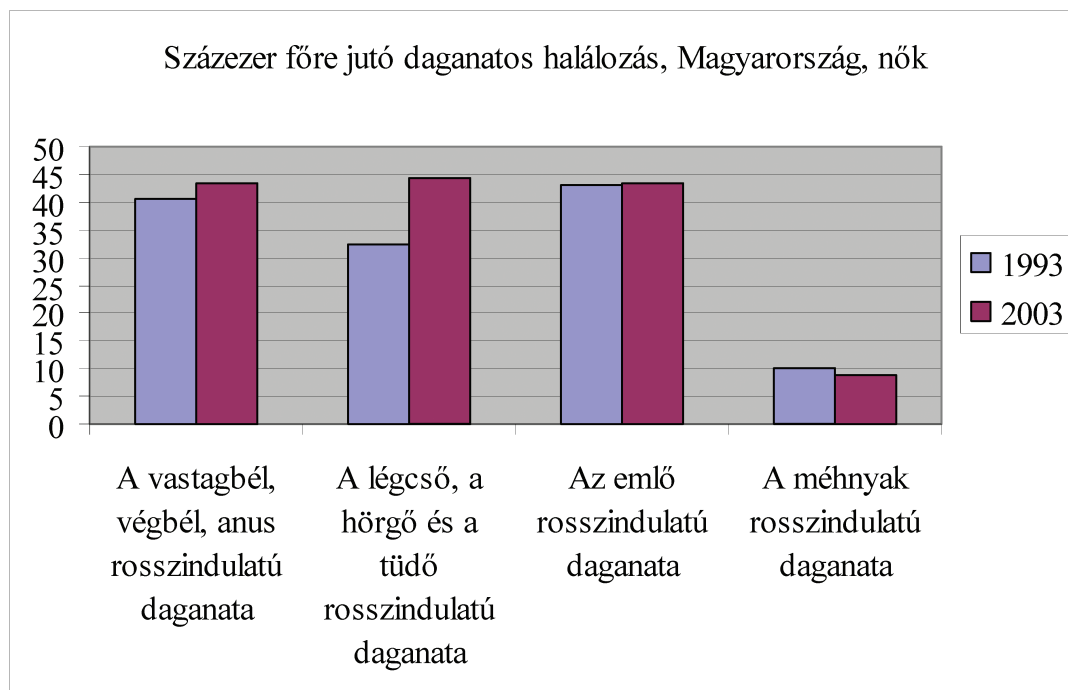
Forrás: KSH Demográfiai Évkönyv 2004.

6. ábra:



Forrás: KSH 2004.

7. ábra:



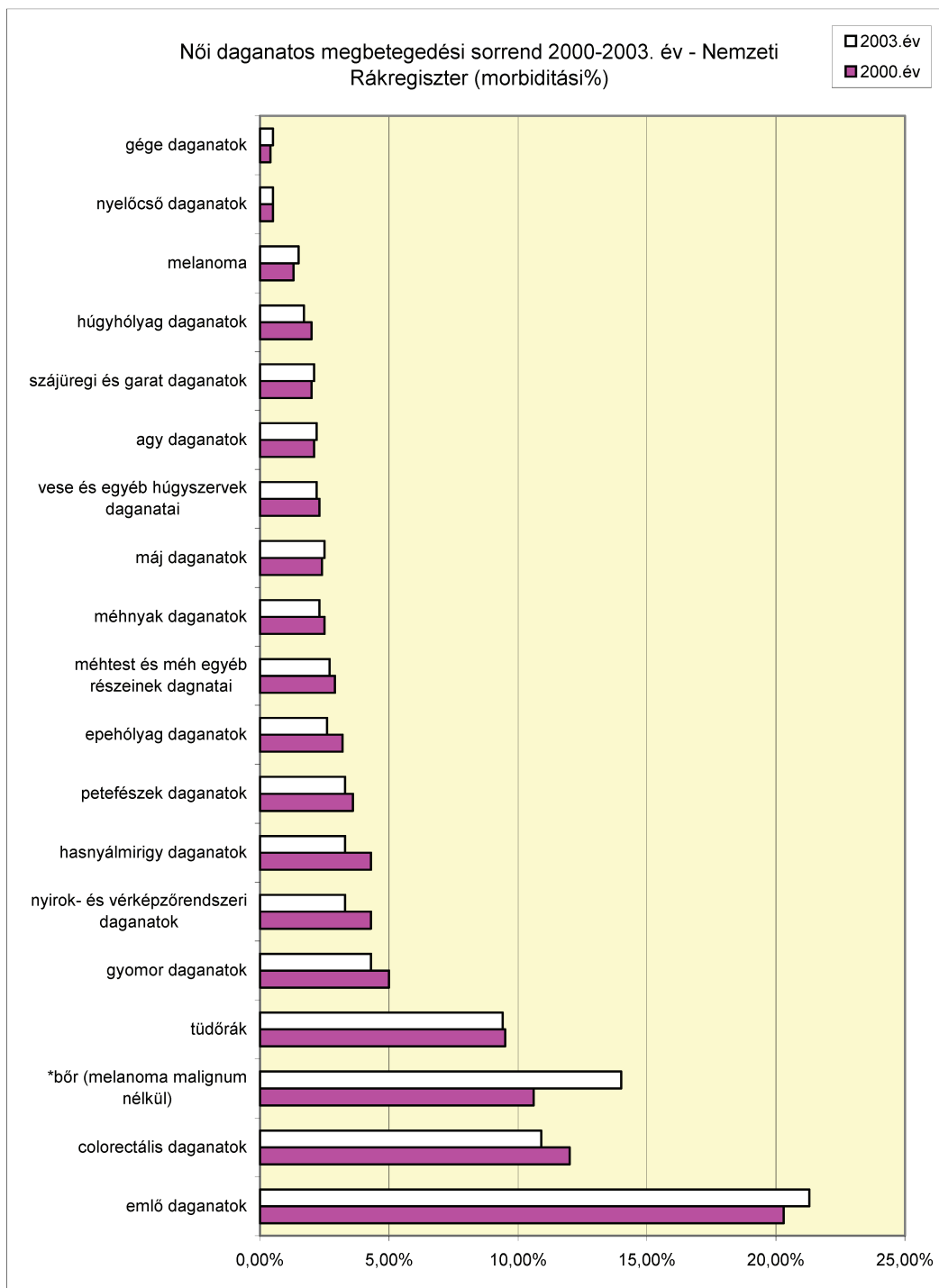
Forrás: KSH 2004.

8. ábra:



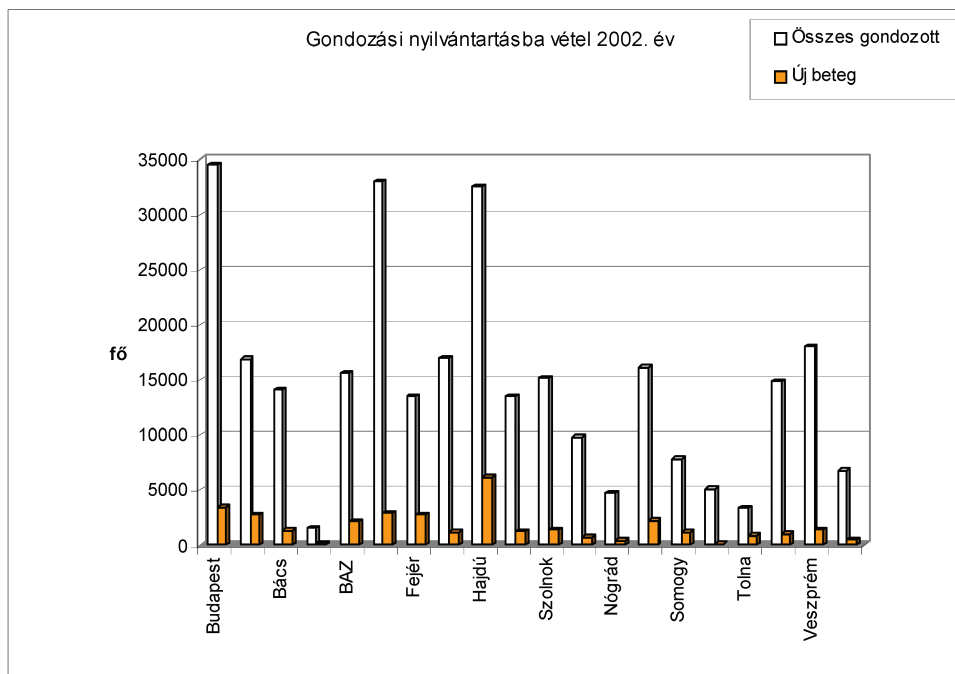
Forrás: Nemzeti Rákregiszter 2004.

9. ábra:



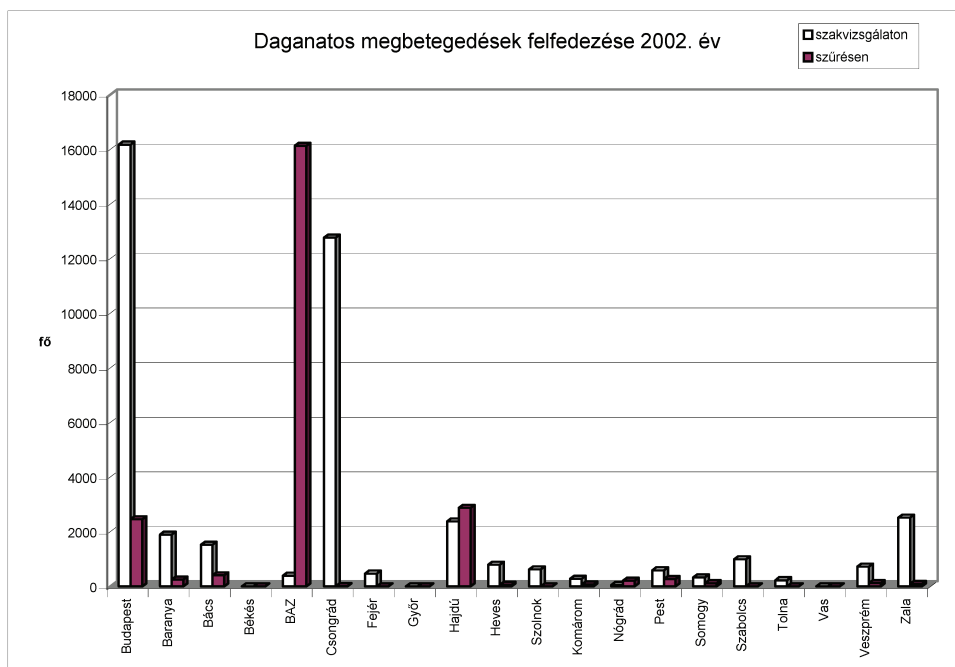
Forrás: Nemzeti Rákregiszter 2004.

10. ábra:



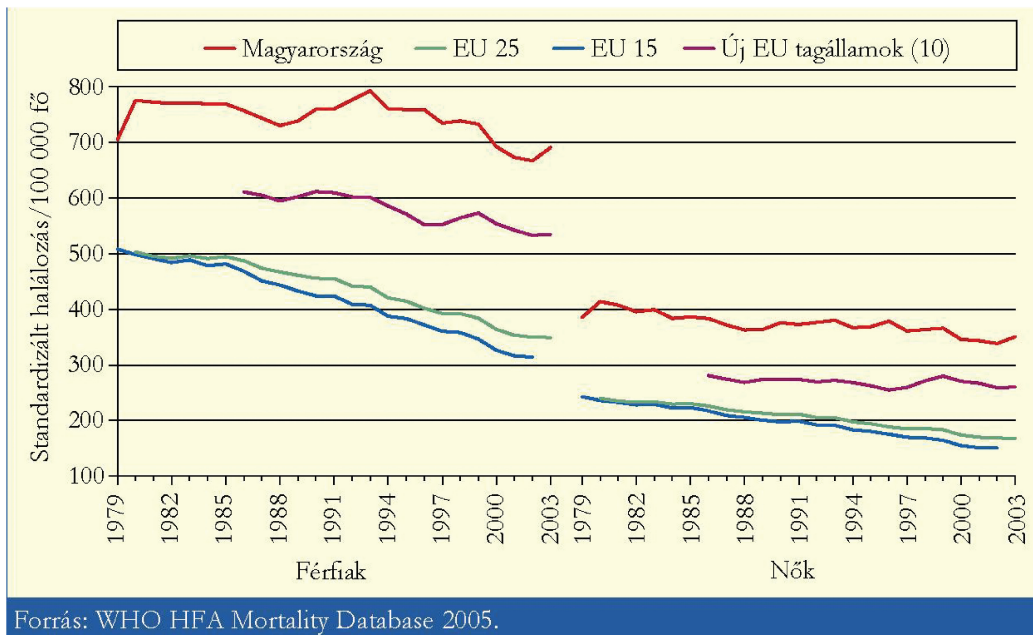
Forrás: OSAP 2002.

11. ábra:



Forrás: OSAP 2004.

12. ábra: A dohányzás eredetű korai halálozás Magyarországon, 1978-2003.



1. táblázat: **Módosítható rizikó faktorok a daganatok kialakulásának megelőzésére**

Megelőzési stratégia						
Daganat típus	Dohányzás elkerülése	Fizikai aktivitás fokozása	Túlsúly elkerülése	Egészséges táplálkozás	Korlátozott alkohol fogyasztás	Túlzott napsugárzás elleni védekezés
Emlő		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vastagbél	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tüdő	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
Szájüreg	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nyelőcső	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Méh	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Prostata				<input checked="" type="checkbox"/>		
Hasnyálmirigy	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
Hólyag	<input checked="" type="checkbox"/>					
Vese	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Gyomor						
Bőr						<input checked="" type="checkbox"/>

Forrás: Stein és mtsai: Br. J. Cancer 2004, 90: 299-303

2. táblázat: **Daganatos mortalitási ráta 1976-1997. Férfiak**

Daganattípus	VILÁG STANDARDIZÁLT MORTALIÁSI RÁTÁK											
	1976-1977		1984-1986		1988-1991		1990-1993		1992-1995		1994-1997	
	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend
Szájüreg	7,6	7	13,0	6	14,7	1	17,0	1	18,5	1	20,0	1
Gyomor	47,4	4	34,9	7	24,0	8	23,4	11	22,1	14	18,8	18
Vastagbél	28,5	11	35,0	4	29,0	2	30,8	2	32,0	2	34,3	2
Tüdő	65,6	11	87,6	6	76,4	1	81,6	1	84,1	1	85,6	1
Prostata	23,9	6	24,1	19	15,7	22	15,8	19	18,5	16	18,7	11
Leukémia	7,6	13	9,3	3	7,2	1	7,2	3	7,2	2	7,4	1
ÖSSZES DAGANAT	256,9	5	294,9	1	246,5	1	258,7	1	285,0	1	272,2	1

Forrás: GLOBOCAN 2000, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0

Sorrend: Magyarország helyezései a világ 45-50 országa között a rosszindulatú daganatos halálózásban

3. táblázat: **Daganatos mortalitási ráta 1976-1997. Nők**

Daganattípus	VILÁG STANDARDIZÁLT MORTALIÁSI RÁTÁK											
	1976-1977		1984-1986		1988-1991		1990-1993		1992-1995		1994-1997	
	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend	Mortalitás	Sorrend
Szajüreg	1,4	20	1,9	10	1,7	5	2,2	2	2,4	1	2,4	1
Gyomor	22,6	4	15,8	8	10,2	10	9,9	16	9,7	14	8,7	18
Vastagbél	22,6	12	24,2	3	18,1	2	18,5	2	19,0	1	18,7	2
Tüdő	11,2	12	14,9	13	14,9	12	16,6	7	17,9	5	20,3	5
Emió	23,8	19	26,1	20	22,6	15	23,4	9	23,9	8	23,7	6
Méhnyak	19,6	5	8,5	10	6,8	7	6,5	8	6,3	8	6,5	10
Méh - egyéb	5,1	10	7,0	9	5,0	11	5,0	11	5,0	8	4,8	13
Leukémia	5,1	10	5,5	4	4,6	2	4,5	3	4,1	1	4,4	4
ÖSSZES DAGANAT	163,6	4	164,4	3	131,5	3	135,2	2	138,0	2	138,4	2

Forrás: GLOBOCAN 2000, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0

Sorrend: Magyarország helyezései a világ 45-50 országa között a rosszindulatú daganatos halálózásban

4. táblázat

Szakma megnevezése	Szakorvosi szakképesítést szerzettek száma					Képesítést szerzett 2000-2005 összesen	szakképzésük folyamatban van	Szakképesí- téssel rendelkező orvosok száma 2004.
	2000	2002	2003	2004	2005			
Cytopatológia	0	63	28	2	0	93	3	93
Haematológia	19	10	6	4	2	41	16	83
Klinikai onkológia	36	21	36	84	17	194	87	365
Pathológia	15	11	8	8	5	47	48	105
Sugárterápia	4	2	1	6	6	19	18	54

Forrás: Egészségügyi Minisztérium 2005.

Ezúton is köszönetet mondunk az alább felsorolt szakmai és civil szervezeteknek és képviselőiknek a program elkészítéséhez nyújtott magas szakmai és emberi elkötelezettségű segítségéért!

A Nukleáris Medicina Szakmai Kollégiuma
A Rák Ellen-Együtt-Egymásért Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Egyesület
A Rákbetegség Elleni Küzdelemért Alapítvány
ÁNTSZ Megyei Intézetei
Ápolási Szakmai Kollégium
Az Egri Leukémiás, Daganatos és Immunhiányos Gyermekekért Alapítvány
Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház
Belgyógyászati Szakmai Kollégium
Bőr- és nemi betegségek Szakmai Kollégiuma
Daganatos Betegekért Dél-Budán Alapítvány
DE OEC Népegészségügyi Iskola
DE OEC Onkológiai Tanszék
EDDSZ Fejér Megyei Szervezet
Egészségügyi Informatikai Szakmai Kollégium
Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
Együtt a Daganatos Gyermekekért Alapítvány
Együtt a Rák Ellen Alapítvány
Erzsébet Hospice Otthon
Fodor József Országos Közegészségügyi Központ
Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiuma
Foglalkozás-orvostani Szakmai Kollégium
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház
Gastroenterológiai Szakmai Kollégium
Geriátriai Szakmai Kollégium
Gyermekek Egészségnevelő Prevenációs Alapítványa
Gyermekekért Alapítvány
Gyermekek sebészeti Szakmai Kollégium
Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium
Játszóház Alapítvány
Judy Rák-Alapítvány
Kardiológiai Szakmai Kollégium
Kelet-Magyarország Emlőrákos Betegeiért Alapítvány
Klinikai Genetikai Szakmai Kollégium
Magyar Ápolástudományi Társaság
Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Magyar Gyógyszerész Kamara
Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézet
Magyar Hospice Alapítvány
Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
Magyar Onkológusok Társasága
Magyar Orvosi Kamara tagszervezetei
Magyar Orvosi Nukleáris Társaság
Magyar Önkormányzatok Szövetsége
Magyar Rákellenes Liga
Magyar Vöröskereszt
Megyei Önkormányzatok Országos Szövetsége
MEH Népesedési Kormánybizottság
Országos Alapellátási Intézet
Országos Cigány Önkormányzat
Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Országos Egészségfejlesztési Intézet
Országos Gyógyintézeti Központ
Országos Korányi Tbc és Pulmonológia Intézet
Országos Onkológiai Intézet
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
Országos Szakmaközi PET Bizottság
Országos Szövetség a Daganatos és Leukémiás Gyermekekért
Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Országos Vérellátó Szolgálat
Pathológus Szakmai Kollégium
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr
Radiológiai Szakmai Kollégium
Rákos Betegek és Barátaik Veszprém Megyei Egyesülete Segítő Alapítvány
Rehabilitációs Szakmai Kollégium
Remény a Leukémiás Gyermekekért Közhasznú Alapítvány
Sebészeti Szakmai Kollégium
Simmelweis Egyetem
Simmelweis Kórház Rendelőintézet, Miskolc
Simor Pál Rákkutató Alapítvány
Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium
Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet
Szent János Kórház
SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum
Tölösi Péter Alapítvány a Leukémiás és Tumoros Megbetegedésű Gyermekek Gyógyításáért
Transzfüziológiai és Haematológiai Szakmai Kollégium
Vasutas Rákellenes Alapítvány
Védőnői Szakmai Kollégium

MEGYEI SZINTŰ ONKOLÓGIAI KÖZPONTOK MAGYARORSZÁGON

