

SOLACE – alacsony dózisú CT-vel végzett tüdőszűrés program - Szakmai összefoglaló

Összeállította:
dr. Barta Ildikó
orvosszakmai vezető
Sellye, 2026.03.12.



Co-funded by
the European Union

Tartalomjegyzék

1. Projekt bemutatása	2
<i>a. Előzmények.....</i>	2
<i>b. Kérdésszerű pontok.....</i>	3
<i>c. A HUNCHEST-SOLACE program</i>	3
<i>d. A program célja</i>	4
<i>e. Hazai megvalósítás.....</i>	4
2. A szűrőprogram szakmai megvalósítása	5
<i>a. Általános leírás.....</i>	5
<i>b. Beválogatási és kizárási kritériumok</i>	5
<i>c. Gyakorlati megvalósítás</i>	6
<i>d. A dohányzás leszokást támogató programba történő bevonás</i>	7
3. Megvalósítás a Sellyei Járásban.....	7
<i>a. Általános toborzási módszerek</i>	8
<i>b. Specifikus toborzási módszerek</i>	8
<i>c. A mediátorok szerepe</i>	9
<i>d. A szűrések szervezése és lebonyolítása.....</i>	10
<i>e. Dohányzás leszokás támogatás</i>	10
<i>f. Leletek, eredmények, utánkövetés</i>	10
<i>g. További kutatások, vizsgálatok</i>	11
4. Eredmények.....	11
<i>a. Szűrési eredmények.....</i>	11
<i>b. További eredmények.....</i>	12
<i>c. A dohányzás leszokás támogatás eredményei</i>	13
<i>d. Mozgósítással, toborzással kapcsolatos eredmények.....</i>	13
5. Értékelés, tapasztalatok	14

1. Projekt bemutatása

a. Előzmények

A tüdőrák a férfiak körében a második, a nők körében pedig a harmadik leggyakrabban diagnosztizált daganatos megbetegedés az EU tagállamaiban. Emellett 2017 óta mindkét nem esetében a rákos halálozás vezető oka. A tüdőrák kezelésével kapcsolatos jelentős kutatási erőfeszítések ellenére az elmúlt három évtizedben a primer tüdőrákkal kapcsolatos halandóság emelkedett, és a tüdőrákot kapott személyek 85 százaléka meg is hal ebben a betegségben.

Tekintettel arra, hogy a tüdőrákot gyakran már előrehaladott stádiumban fedezik fel, az ötéves túlélési arány csupán 15% vagy még ennél is kevesebb. Egy korábbi vizsgálat szerint korai tumorstádiumban (I stádium) lévő betegek E betegek között a teljes ötéves túlélési arány 75 százalék volt, azonban a TNM szerint T1 stádiumban lévő betegek között az ötéves túlélési arány 82 százalék volt, míg a már T2 stádiumban lévő betegeknél ez az arány már csak 68 százalék volt. A tumor mérete is befolyásolta a túlélést, amely a legkedvezőbb az 1 cm-nél kisebb, és a legkedvezőtlenebb az 5 cm-nél nagyobb átmérőjű tumoroknál volt ebben a vizsgálatban.

Az alacsony dóziszú computer tomográfiai képalkotó eljárással (LDCT-vel) végzett tüdőrákszűrés képes a tüdőrák korai, gyógyítható stádiumban történő felismerésére, így a halálozás jelentősen, legalább 20%-kal csökkenthető. Az elmúlt két évtizedben számos az USA-ban és Európában végzett randomizált vizsgálat bizonyította ezt, melyek közül az USA-beli National Lung Screening Trial (NLST) és a holland-belga randomizált tüdőrákszűrési vizsgálat (NELSON) volt különösen jelentős.

Bár a tüdőrákszűrés LDCT-vel történő nyilvánvaló útja elsöre egyszerűnek tűnik, nyilvánvaló, hogy az USA és Nyugat-Európa magas tudományos színvonalú tüdőrákszűrési vizsgálataiból származó szűrési kritériumok és feltételek nem vihetők át minden európai országra, így Magyarországra sem egy az egyben. A bonyolultság a részletekben rejlik, kezdve azzal, hogy hogyan kell azonosítani, megközelíteni és meggyőzni a veszélyeztetett egyéneket, akiknek a részvétel egyértelmű előnyökkel jár. Emellett a teljes folyamat megfelelő irányítása, különösen az eredmények és a megfelelő következő lépések kommunikációja kulcsfontosságú a szűrőprogram sikere szempontjából. Az LDCT-szűrési folyamatnak átfogónak kell lennie, és nem állhat meg az LDCT kiértékelése után.

Ennek megfelelően Magyarországon is széleskörű vizsgálatok folytak az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI) szakmai vezetésével. 2013-19 között a HUNCHEST 1 vizsgálat igazolta a vizsgálat hatékonyságát hazai körülmények között, a HUNCHEST 2 implementációs vizsgálat (18 magyarországi központban 4215 páciens bevonása) pedig azt igazolta, hogy országosan hasonló eredményekkel végezhető a szűrések, és a pozitív szűrések utáni betegutak is kialakításra kerültek. Az eredmények alapján LDCT-vel több daganat fedezhető fel korábbi stádiumban. Emellett, a nemzetközi és hazai költséghatékonysági tanulmányokhoz hasonlóan, a HUNCHEST2 program adatain alapuló költséghatékonysági elemzés is arra a következtetésre jutott, hogy az LDCT költséghatékony eljárás, már középtávon jelentős megtakarítás várható azáltal, hogy elkerülhetővé válnak az előrehaladott betegek ellátásával kapcsolatos magasabb költségek. Jelenleg folyamatban van, szintén az OKPI irányítása alatt egy további pilot program (HUNCHEST 3), melynek célja a betegutak kialakítása az alapellátástól az LDCT tüdőrákszűrésig.

b. Kérdéses pontok

Az Egyesült Államokban 2013-ban vezették be az LDCT-szűrést, átvéve az NLST bevonási kritériumok és algoritmusok alkalmazását. Az USA-ban a toborzási arány azonban alacsonynak bizonyult, ezért ismételt, már a bevezetés után lefolytatott vizsgálatok voltak szükségesek a bevonási kritériumok és a toborzási stratégiák kiigazítására

Európában, így Magyarországon is (HUNCHEST 1, 2 és 3) számos kísérleti vizsgálat zajlott/van folyamatban az LDCT-alapú tüdőrákszűrés népegészségügyi hasznosságának, végrehajthatóságának és költséghatékonyságának felmérésére. Orvosi és gazdasági szempontból egyaránt fontos, hogy *jól válasszuk meg a szűrni kívánt kockázati célcsoportot*. Ennek céljából kerülnek meghatározásra a korra, dohányzási előzményekre, az expozícióra és az életmódra vonatkozó kockázatbecslési modellek. A már sikerrel használt kockázati modellek ellenére a fő kihívás továbbra is fennáll: *hogyan lehet biztosítani, hogy minél több magas kockázatú egyén vegyen részt a tüdőrákszűrőprogramokban*. Ez a "nehezen elérhető" emberek eléréséről, tájékoztatásáról és meggyőzéséről, valamint az egyenlőtlenségek kezeléséről szól. Így szükséges olyan vizsgálatok lefolytatása, melyek az LDCT-szűrés megvalósíthatóságát támasztják alá a nehezen elérhető populációs rétegek körében.

A lefolytatott randomizált szűrővizsgálatok tapasztalatai azt mutatták, hogy a *nők erősen alulreprezentáltak* a programban. A női résztvevőkre vonatkozó részelemzések statisztikai ereje gyenge volt. Az NLST, a NELSON és a LUSI (Németország) vizsgálatok adatai azonban arra utalnak, hogy a nők nagyobb hasznot húzhatnak a szűrőprogramban való részvételből, mint a férfiak. Ezért szükséges a nőket nagyobb hatékonysággal megszólító módszerek kidolgozása. Ez szükséges ahhoz is, hogy pontosabb nemspecifikus adatokat nyerjünk az előnyökről és ártalmakról (túldiagnosztizálás, sugárterhelés), valamint a költséghatékonyságról, beleértve a véletlen leleteket is.

A *veszélyeztetett és marginalizált közösségekben élő egyének* körében gyakoribb az erős dohányzás, ami az átlagosnál magasabb tüdőrák előfordulási gyakoriságot eredményez esetükben. Ennek ellenére alulreprezentáltak a randomizált vizsgálatokban és pilot tanulmányokban. A marginalizálódott vagy hátrányos helyzetű közösségek több okból, pl. etnikai, társadalmi, földrajzi okok miatt is marginalizálódhatnak. Az etnikai marginalizáció összefügghet a kisebbségekkel (pl. roma etnikum) és a migrációval. A társadalmi depriváció összefügghet a tartós munkanélküliséggel és az alacsonyabb iskolázottsági szinttel. Az alacsony népsűrűségű, távoli régiók különleges kihívást jelentenek a szűrőcentrumok nehezebb elérhetősége miatt.

Vannak olyan egyének is, akik *egyéb (tüdő)betegségük okán nagy kockázatnak vannak kitéve* a tüdőrák kialakulása szempontjából. A krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) vagy fibrotikus interstitiális tüdőbetegségben (ILD) szenvedő betegek különleges megelőző intézkedéseket igényelnek a tüdőrák korai felismerése érdekében. Ez igaz a mellkasi daganatok túlélőire is, akiket multimodális terápiával, különösen a tüdőt érintő sugárterápiával kezeltek. Az elsődleges rákbetegségük eseménytelen követése és "gyógyulása" után ezeket a betegeket is be kell vonni a tüdőrákszűrésbe.

c. A HUNCHEST-SOLACE program

Az EU4Health EU4H-2022-PJ-01 keretében 2023. április elsején indult a SOLACE (Strengthening the screening of Lung Cancer in Europe) az Európai Bizottság által finanszírozott konzorciális egészségügyi program 13 EU tagállam multidiszciplináris szakértői munkacsoportjának, és 33 intézményének részvételével.

SOLACE – Szakmai összefoglaló

A SOLACE program az Európai Rákellenes Terv (Europe's Beating Cancer Plan) célkitűzéseivel összhangban került támogatásra az, amely a rák korai felismerésének javítására, valamint a betegségek megelőzése és az egészségfejlesztés, valamint az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés elősegítése révén a közegészségügy javítására és előmozdítására irányul az Európai Unióban.

d. A program célja

A SOLACE célja, hogy biztosítsa a hatékony, korszerű és korszerű tüdőrákszűrő programok megvalósítását és optimalizálását az EU tagállamaiban. Szem előtt tartva a tagállamok heterogén körülményeit, a SOLACE célja, hogy moduláris keretet (eszköztárat) biztosítson a tüdőrákszűrés nemzeti vagy regionális szintű, egyénre szabott megközelítéséhez.

Átfogó cél: hatékony szűrési rendszer kidolgozása, melynek elemei régióként vagy országonként változhatnak

Fontos elemek:

- rizikónak kitett populáció részvételének növelése
- élettartam és életminőség növelése
- növelni az előnyöket és csökkenteni a káros hatásokat
- magas minőség és megfelelő költséghatékonyság elérése

Célok:

- elősegíteni az LDCT alapú szűrővizsgálatok alkalmazását (egységes és világos protokollok meghatározása)
- meghatározni, hogy kiket szűrjenek és elérni ennek a csoportnak minél magasabb arányú részvételét a szűrésben
- javítani az előny/hátrány arányt, és költséghatékonyságot
- összehozni a szűrés szempontjából fontos kulcsszereplőket

A konzorciális projekt a szakmai ismeretek összegzésén és a módszertani fejlesztéseken túl magában foglal 3 pilot vizsgálatot, melyek 2023. október 1-én indultak, és céljuk a szűrőprogramban alulreprezentált (nők, szociálisan hátrányos helyzetűek, földrajzi izolációban élők, etnikai kisebbségek), illetve kiemelt kockázattal rendelkező (légzőszervi megbetegedésekben, korábban daganatos betegségben szenvedők) népcsoportok szűrőprogramba való bevonásának hatékonyabbá tétele.

e. Hazai megvalósítás

A HUNCHEST-SOLACE vizsgálat általános célkitűzése tehát a tüdőrák és dohányzásról való leszokás iránti figyelemfelkeltés, és az LDCT-vel történő tüdőrákszűrő programban való részvétel ösztönzése a szűrőprogram szempontjából nehezen hozzáférhető, valamint kiemelt kockázattal rendelkező népességcsoportokban Magyarországon.

A programban Magyarország 3 térségben összesen 7 partnerintézménnyel vett részt:

- Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (kedvezményezett)
- Ormánsági Egészségközpont, Sellye (kedvezményezett)
- Opre Roma Egyesület (kedvezményezett)
- Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház (kedvezményezett)

- Pécsi Diagnosztikai Központ (kedvezményezett)
- Debreceni Egyetem (társult partner)
- Pécsi Tudományegyetem (társult partner)

2. A szűrőprogram szakmai megvalósítása

a. Általános leírás

A vizsgálat többcentrumú, beavatkozással járó utánkövetéses vizsgálat, mely 3 pilot vizsgálatból épül fel:

- Pilot 1 (WP4): Nők bevonása LDCT tüdőrákszűrő programba
- Pilot 2 (WP5): Hátrányos helyzetűek bevonása LDCT tüdőrákszűrő programba
- Pilot 3 (WP6): Egyéb diagnosztizált betegségük kapcsán fokozott kockázatúak bevonása LDCT tüdőrákszűrő programba

Magyarországon a pilot vizsgálatokba összesen 4400 fő, célcsoportba tartozó páciens bevonása tervezett a következők szerint:

- Pilot 1: 2000 fő nő
- Pilot 2: 150 fő szociálisan hátrányos helyzetű, 1250 fő magát roma etnikumúnak valló páciens, illetve 100 fő földrajzilag elszigetelt települések élő páciens
- Pilot 3: 700 fő COPD-ben, 100 fő ILD-ben szenvedő páciens; illetve 100 fő ráktúlélő páciens

b. Beválogatási és kizárási kritériumok

A vizsgálat általános bevásztási és kizárási kritériumai mindhárom pilot vizsgálatra egyaránt vonatkoznak, és a HUNCHEST 1,2 vizsgálatokban igazolt kritériumrendszert követik.

Általános beválogatási kritériumok

- életkora 50 - 74 év és 364 nap
- jelenleg dohányos, több, mint 25 csomagév (1 csomagév = naponta elszívott cigaretta szála száma osztva 20-szal (1 csomag), szorozva a dohányzás időtartamával [év])
- korábban dohányzott és a dohányzást legfeljebb 15 évvel ezelőtt hagyta abba, múltjában legalább 25 csomagév dohányzás szerepel
- aláírt, vizsgálat-specifikus beleegyezési nyilatkozat a vizsgálatba belépés előtt.

Általános kizárási kritériumok

- Olyan orvosi vagy pszichiátriai állapot, amely kizárja informált beleegyezési nyilatkozat megtételét.
- Fémbeültetés vagy fémből készült orvostechnikai eszköz a mellkasban vagy a hátgerincnél (pacemaker, Harrington-féle rögzítő pálcák stb.), amely sugárgyengítő műterméket hozhat létre, amely miatt a tüdőről készült képminőség romolhat.
- Korábbi tüdőrákos anamnézis.
- Az elmúlt öt éven belül orvos bármilyen daganat jelenlétét megállapította, kivéve a nem-melanomás bőrrákot és a legtöbb in situ karcinómát. (Öt éven belül megállapított vagy kezelt melanomás vagy in situ húgyhólyag átmeneti sejtes rákos betegek nem bevásztathatók.)

SOLACE – Szakmai összefoglaló

- A tüdő vagy annak bármely részének korábbi eltávolítása (pl., thoracotomia lobectomiával vagy pneumonectomia).
- Légzőrendszer állapota miatt tartós otthoni oxigénterápia szükségessége (COPD IV stádium).
- Képtelenség fej fölé emelt kézzel a háton fekvésre. Háton fekvés fejpárnával vagy anélkül a karok fej mögé emelésével szükséges a CT vizsgálat elvégzéséhez.
- Tüdőrák jelenlétére utaló tünetek, beleértve az elmúlt 12 hónapban bekövetkezett, 6,8 kg-nál nagyobb megmagyarázatlan súlyvesztést vagy a megmagyarázatlan vércöpetést.
- Orvosi felügyelet mellett antibiotikummal kezelt pneumonia vagy akut légzőrendszeri fertőzés a felvételt megelőző 12 hétben. (Ezek a személyek beválaszthatók az első antibiotikus szedést követő 12 hét múlva.)
- Az elmúlt 12 hónapban elvégzett mellkas CT vizsgálat.

Az egyes pilot vizsgálatokra vonatkozó specifikus beválogatási kritériumok

Az általános beválogatási kritériumokon túl további kritériumok alapján kerülnek az egyes pilot vizsgálatokba bevonásra a vizsgált alanyok:

- Pilot 1: női nem
- Pilot 2:
 - roma kisebbségi etnikumhoz tartozó csoport: az alany magát roma etnikumúnak vallja a vizsgálat kérdőívének kitöltése során
 - szociálisan hátrányos helyzetű: saját bevallása alapján iskolai végzettsége maximum középiskolai végzettség, saját anyagi helyzetét rossznak, vagy nagyon rossznak ítéli meg (5 fokozatú skálán két legalsó kategória), saját bevallása alapján nincs állandó teljes állású foglalkoztatottsága
 - földrajzilag izolált településen lakó: legalább 1 órányi autózással érhető el számára a szűrőcentrum
- Pilot 3: Diagnosztizáltan COPD-ben szenved és/vagy ILD-ben szenved és/vagy anamnézisében bármilyen rákos megbetegedés szerepel, amelyből 5 éve kigyógyult

c. Gyakorlati megvalósítás

A vizsgálat teljes hossza 30 hónap (2023. október 1 – 2026. március 31.), mely 3 részre tagolódik:

- Kontroll periódus (6 hónap - 2023. október 1 – 2024. március 31.). A pilot vizsgálatok első szakasza, amikor a szűrésre érkezők toborzása a Magyarországon korábban a HUNCHEST 2 és HUNCHEST 3 programokban alkalmazott, az általános magyar lakosságot célzó toborzási módszerek szerint történik. A kontroll periódusban a toborzás a HUNCHEST 2 és HUNCHEST 3 vizsgálatokban alkalmazott módszerek szerint zajlik. Ennek során a célszemélyeket háziorvosi rendelőkben, tüdőgondozókban és egyéb egészségügyi intézményekben elhelyezett információs szórólapokon és plakátokon keresztül tájékoztatjuk az LDCT-vel végzett tüdőrákszűrés előnyeiről és lehetőségéről.
- Teszt periódus (12 hónap – 2024. április 1 – 2025. március 31.). A pilot vizsgálat 2. szakasza, amikor a szűrésre érkezők toborzása a célcsoportok számára kidolgozott speciális módszertan alapján történik.
 - A nők hatékonyabb megszólítására információs anyagokat, médiatartalmakat juttatunk el hozzájuk olyan kommunikációs csatornákon keresztül, amiknek elsősorban a hölgyek a célcsoportja.

SOLACE – Szakmai összefoglaló

- A szociálisan hátrányos helyzetű célcsoportok megszólításának fő módszertani megközelítése a „mediátor” személyek bevonásán keresztül közvetlen személyes kommunikáció. A mediátorok olyan – a cél népességcsoportba tartozó, vagy azzal szorosan együtt élő, vele napi szinten együttműködő - személyek, akiknek megfelelő képzés után tájékoztatják, érzékenyítik a hátrányos helyzetű alanyokat, továbbá segítik a kapcsolatfelvételt a tüdőszűrő centrummal és az időpontfoglalást. Szükség esetén támogatjuk a tüdőszűrést végző centrumba történő utazást.
 - A tüdőgyógyászati betegségben (COPD, ILD) szenvedő pácienseket célzottan szólítjuk meg, amikor hospitalizációra kerülnek, illetve járóbetegellátáson jelentkeznek a projektben résztvevő betegellátó intézményekben
- Kiértékelési és utánkövetési periódus. (12 hónap – 2025. április 1 – 2026. március 31.). Az adatok magyarországi elemzése, illetve a SOLACE projektben tett vállalások szerint egyes anonimizált és aggregált adatok előkészítése és átadása. Zajlik tovább azon betegek utánkövetése, akik még részt vesznek a dohányzás leszokás támogató programban, vagy még folyamatban van pozitív szűrési eredmény esetén a diagnosztikus eljárás.

d. A dohányzás leszokást támogató programba történő bevonás

Mivel a tüdőrák kialakulásának kockázata jelentősen emelkedett dohányzók esetén, népegészségügyi szempontból is kiemelten fontos volt, hogy a szűrésre érkező dohányosok figyelmét erre felhívjuk, és hatékony, empátikus támogatást nyújtsunk azoknak, akiknek szándékukban áll felhagyni a dohányzással.

A leszokás ösztönzése és támogatás több lépésben történt. Első körben a képzett kutatás koordinátorok minimál intervenciót végeznek minden szűrésre érkező és aktuálisan dohányzó páciens esetén.

A szűrés során a dohányzó pácienseket a programozott dohányzásleszokás támogatásban részt vevő munkatársaknak referáljuk, akik telefonon megkeresik a bevont személyeket, és motivációs beszélgetés keretén belül felméri a dohányosok motivációját a leszokásra, illetve tájékoztatják a klienst a programozott leszokás támogatás mibenlétéről és menetéről. Nyitottság esetén a pácienseknek felajánljuk a programozott dohányzásleszokás támogatás nekik legmegfelelőbb formáját (telefonos vagy személyes (egyéni vagy csoportos) leszokás támogatás). A szűrésben részt vevőket nem kötelezi semmi a leszokást támogató programban való részvételre.

3. Megvalósítás a Sellyei Járásban

A Sellyei Ormánság Egészségközpont adminisztratív okok miatt 2024.április 1-én csatlakozott a projekthez, majd 2024. május 1-én kezdte meg a páciensek toborzását és szűrések gyakorlati lebonyolítását. Így ezen intézmény esetében a kontroll periódus és a teszt periódus nem különült el egymástól időben.

A női célcsoportban és tüdőgyógyászati betegségben szenvedők célcsoportjában a kontroll periódus adatait a korábbi HUNCHEST vizsgálatok során keletkezett eredmények szolgáltatták.

A nehezen elérhető célcsoportban pedig időben azonos periódusban, de földrajzilag elkülönítve zajlott a kontroll és a teszt időszak. A teszt terület a Sellyei Járás volt, míg a kontroll terület a hasonló adottságokkal rendelkező Hegyháti Járás volt.

A pilot vizsgálatokba az Ormánság Egészségközpont összesen 800 fő bevonását tervezte a következők szerint:

- 200 fő a női célcsoportból
- 400 fő a nehezen elérhető célcsoportból (ebből 100 fő hátrányos helyzetű, 300 fő roma)
- 200 fő a tüdőgyógyászati betegségben szenvedők célcsoportjából (ebből 150 fő COPD, 50 fő tumor túlélő)

a. Általános toborzási módszerek

Az általános toborzási módszerek a korábban említett információs plakátok és szórólapok jelentették. Ezek mind egészségügyi intézményekben (háziorvosi rendelők, járóbeteg szakrendelő), mind nem egészségügyi intézményekben (pl. önkormányzati hivatalok) kihelyezésre kerültek.

A térségek háziorvosait és polgármestereit emailben, illetve postai úton tájékoztattuk a szűrőprogramról és a szűrési lehetőségről, ill. kértük az információk eljuttatását a lakossághoz.

Online felületeken is közzétettük az információkat, mind az Ormánság Egészségközpont honlapján, mind közösségi média felületeken.

A Sellye városában megjelenő „Sellyei sorok” információs újságban is hirdettük a szűrési lehetőséget. Emellett – bár már a szűrési periódus második felében – több online cikk is foglalkozott a szűrési projekttel különböző helyi és országos média felületeken. Egy alkalommal a televízióban is megjelent egy - az orvosszakmai vezetővel készült - interjú.

b. Specifikus toborzási módszerek

Az általános toborzási módszerek mellett igyekeztünk minél inkább a személyes megszólításra helyezni a hangsúlyt mindhárom célcsoportban. A projektben résztvevő szakemberek korábbi tapasztalatai szerint ugyanis a leghatékonyabb mozgósítási forma a személyes meghívás.

Úgy gondoltuk, hogy a közvetítő szerepre azok a személyek a legalkalmasabbak, akiknek a szavára leginkább hallgatnak, véleményére leginkább adnak a célcsoport tagjai. Korábbi szűrési és egészségfejlesztési programokból származó tapasztalataink alapján ők leginkább az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek, akik napi kapcsolatban vannak a páciensekkel és akiket egészségügyi kérdésben hiteles információforrásnak tekintenek. Így megkerestük a térség(ek)ben az alapellátásban dolgozó háziorvosokat és asszisztenseket és felkértük őket a toborzásban való részvételre. Bár a háziorvosok nagy része is támogatta a kezdeményezést, a gyakorlati megvalósításra a körzeti ápolók vállalták magukra. Közülük került ki az aktív toborzást végző mediátorok egy része.

A toborzásban és jelentkezők utazásának támogatásában való aktív szerepvállalásra (egyfajta 'nagyköveti' szerepre) személyesen felkerestünk és felkértünk polgármestereket és kisebbségi önkormányzati képviselőket is. A felkérést vállalók adták a személyes meghívással toborzók másik részét.

A toborzásban aktívan szerepet vállalók számára „mediátor tréning anyag” került összeállításra. Tekintettel arra, hogy a mediátorok különböző tudással, készséggel, tapasztalattal rendelkezhetnek, így számukra egy több modulból álló tréning anyagot készítettünk, mely az alapvető egészségügyi szakmai információk mellett a SOLACE program ismertetését és a megfelelő kommunikációs stratégiát is magában foglalta.

SOLACE – Szakmai összefoglaló

A női célcsoport specifikus megszólításában használt eszköz volt még a nők által látogatott helyeken (boltokban, szépségszalonokban) kihelyezett szórólapok és plakátok is.

A projekt tervben szereplő emlőszűrésre szóló meghívóval egybekötött tüdőszűrés meghívás ügyében is egyeztetünk az illetékes szűrés szervező szakemberekkel. Azonban adminisztratív okok miatt végül ez nem valósult meg, ugyanis a kérdéses időpontban a térségben éppen nem zajlott aktívan mammográfiás meghívó kiküldés.

A tüdőgyógyászati betegséggel élők célcsoportját a Sellyei Járásban működő tüdőgyógyászati szakrendelés személyzetén (tüdőgyógyász szakorvos, asszisztensek) keresztül igyekeztünk hangsúlyosan elérni és mozgósítani.

Több településen tartottunk lakossági fórumot is (pl. Hegyszentmárton, Szentdénés, Zaláta, Ózdfalu, Lúzsok). Emellett a Magyar Máltai Szeretetszolgálat által elindított Naszlady Attila Egészségfejlesztési Program szakembereivel is felvettük a kapcsolatot. A Sellyei Járásban több falu is érintett a „Felzárkozó Települések” programban, ahol a MMSZ munkatársai mobil egészségügyi szolgálatot működtetnek. Az ő együttműködésüket is kértük a szűrésben érintett páciensek delegálásában.

A Sellyei Járásban kevés a nagy létszámú munkavállalót foglalkoztató cég. Sokan dolgoznak közfoglalkoztatásban, őket az önkormányzatokon keresztül érhattük el hatékonyan. A viszonylag nagy foglalkoztatónak számító Sellyei Agrokémia üzemből zajlott még toborzás, ahol az éves laboratóriumi szűrővizsgálat elvégzése kapcsán igyekeztünk szórólapokkal megszólítani a dolgozókat.

Természetesen a célcsoportok nem különültek el élesen egymástól, hiszen pl. egy hátrányos helyzetű településen élő COPD-s, roma nő mindhárom célcsoportba beletartozott. Így a toborzás, mozgósítás tekintetében is voltak átfedések.

c. A mediátorok szerepe

A szűrésre való mozgósításban végül 9 fő mediátor és 14 önkéntes 'nagykövet' vett részt az alábbi megoszlásban:

- Sellyei Járás: körzeti ápolók (7 fő), polgármesterek és kisebbségi önkormányzati képviselők (5 fő)
- szomszédos Siklósi és Szentlőrinci Járás: házi orvos (2 fő) polgármesterek és kisebbségi önkormányzati képviselők (4 fő)
- Hegyháti Járás: körzeti ápoló (1 fő), civil egyesületi képviselő (1 fő) kisebbségi önkormányzati képviselő (1 fő)

A mediátorokkal formális szerződést kötöttünk a toborzás időtartamára és folyamatosan monitoroztuk az elért és szűrésbe bevont egyének számát. Az önkéntes nagykövetekkel ilyen előre meghatározott megállapodás nem volt. Ők általában 1 vagy 2 szűrési napra toboroztak és jellemzően a falubuszok segítségével 8-16 fő utazását is szervezték.

Az Ormánság Egészségügyi központban dolgozókat (szakorvosok, asszisztensek, más dolgozók) is tájékoztattuk a szűrési lehetőségről és felkértük őket, hogy népszerűsítsék azt a járóbeteg szakrendeléseken.

d. A szűrések szervezése és lebonyolítása

A CT vizsgálatok a Pécsi Diagnosztikai Központban zajlottak 2 hetente szombati napokon. A szűrés zökkenőmentes lebonyolítását megkönnyítette, hogy ezeken a napokon a szűrőközpontban – az akut vizsgálatokon kívül – más vizsgálatok nem történtek, így nagy létszámú páciens tudunk fogadni viszonylag rövid idő alatt.

Összesen 21 szűrőnapot szerveztünk 2024.május és 2025.március között, átlagosan 35-40 fő részvételével.

A szűrés helyszínén szűrési koordinátor munkatársaink fogadták a pácienseket és irányították a lebonyolítást. A páciensek tájékoztatása, kikérdezése, a beleegyező nyilatkozatok és az adatlapok kitöltése az Ormánság Egészségközpont munkatársai közreműködésével zajlott.

Már a szűrésszervezés során ellenőrzésre kerültek a szűrésre jelentkezők esetében a bevásztási és kizárási kritériumok, így minimálisra tudtuk csökkenteni annak esélyét, hogy a szűrés helyszínén derüljön ki, hogy valamilyen vizsgálatot kizáró körülmény áll fenn.

Fontos eleme volt a program sikerének a célcsoport szűrés helyszínére való utazásának megszervezése. A szűrésre érkező résztvevők legalább fele így tudott eljutni a vizsgálatra.

A szállítást végző kisbuszok egy részét a térségi önkormányzatok bocsájtották rendelkezésre (falubuszok). Emellett a Sellyei Önkormányzat kisbuszát is használhattuk, mely gyakran 2 körben is szállította a résztvevőket 1-1 szűrési napon. Jelentős logisztikai feladat volt mindezt úgy ütemezni, hogy a résztvevőknek minél kevesebbet kelljen várakozni a szűrés helyszínén, ne torlódjanak a vizsgálatra várók.

e. Dohányzás leszokás támogatás

A program fontos elme volt a szűrésben résztvevő dohányosok körében a dohányzásról való leszokás ösztönzése. A szűrés helyszínén jelen lévő szakemberek személyesen végezték el ezt a feladatot.

Ennek részeként a páciensek esetében kikérdezésre kerültek a dohányzási szokások és a dohányzásról leszokással kapcsolatos motiváltság felmérése is megtörtént.

A minimál intervenciós technika alkalmazásával minden esetben javasoltuk a dohányzásról való leszokást, hangsúlyozva annak egészségügyi előnyeit.

Felajánlásra került minden esetben a dohányzás leszokás támogató programba történő bevonás. Ennek elutasítása semmilyen hátrányos következménnyel nem járt a szűrőprogramban való részvétel szempontjából.

A személyes konzultáció szervezésének földrajzi nehézségei miatt (addiktológiai konzultáns szakembert ehhez csak Sellyén tudunk felajánlani) a telefonos leszokás támogatásban való részvételt szorgalmaztuk azok számára, akik nyitottak voltak a dohányzás leszokás támogató programban való részvételre.

f. Leletek, eredmények, utánkövetés

A vizsgálatok eredménye tüdődaganat szűrés szempontjából negatív, bizonytalan (intermedier) vagy pozitív kategóriába voltak sorolhatók. A szűrési eredményeket folyamatosan nyomon követtük és a pozitív szűrési eredményű pácienseket telefonon tájékoztattuk a további tüdőgyógyászati vizsgálat szükségességéről.

Bizonytalan szűrési eredmény esetén kontroll CT időpontot javasoltunk a szűrőközpontban, melynek megszervezésében is segítséget nyújtottunk.

A pozitív szűrési eredményű páciensek a kutatásban követésre kerültek. A vizsgálat után 3, 6, illetve 12 hónap múlva tájékoztunk a vizsgálatok eredményeiről és előrehaladásáról, illetve az esetleges terápia elkezdéséről. A CT vizsgálat során előfordult, hogy nem tüdőtumorra utaló, egyéb elváltozást találtak a mellkasban (pl. kardiológiai eltéréseket). Ilyen esetben a páciensek a szűrőprogram tájékoztatásának megfelelően a háziorvosukkal egyeztettek a további kivizsgálás szükségességéről.

g. További kutatások, vizsgálatok

A szűrési eredmények nemzetközi értékelése jelenleg is folyamatban van, csakúgy, mint a különböző célcsoportok körében a toborzási stratégiák eredményességének elemzése. A projekt egyik alapvető célja, hogy olyan ajánlások, protokollok kerüljenek meghatározásra, melynek elemei országonként vagy régióként eltérőek lehetnek ugyan, de mégis világosan rámutassanak, hogy kiket érdemes szűrni és hogyan tudjuk őket a leghatékonyabban elérni. Már az első értékelések alapján is úgy tűnik, hogy nemzetközi összehasonlításban más-más módszerek bizonyultak hatékonyak a különböző célcsoportok esetében a különböző szűrőcentrumokban. Ennek további részletesebb elemzése is folyamatban van. Szintén elemzés alatt áll az alacsony dóziszú CT-vel végzett tüdőszűrés költség/haszon aránya.

Az OEKP saját kutatása 2 fő területre összpontosít. Egyrészt szeretnénk alaposabban megérteni, hogy a nehezen elérhető célcsoport körében melyek a szűrésen való részvételt befolyásoló fő tényezők. Ennek érdekében a szűrésen résztvevők körében jelenleg is zajlik a kérdőíves felmérés, melynek eredményei segíthetnek más szűrőprogramok hatékony megvalósításában is.

A tüdőszűrés során a CT leleteken számos más kórkép – akár légzőrendszert, akár más szervrendszert érintő - is leírásra került. Ezen 'mellékletek', valamint az ezekhez kapcsolódó betegutak további vizsgálata a másik fő irányvonala az OEKP kutatócsapatának. Az eredmények segíthetnek a szűrővizsgálatok utáni hatékonyabb betegutak kialakításában és betegek együttműködésének javításában.

4. Eredmények

a. Szűrési eredmények

A 2024.májustól 2025.márciusig terjedő szűrési időszakban összesen 816 személyt vett részt a szűrésben.

Az OEKP által vállalt és teljesített számok a különböző célcsoportokban az alábbiak szerint alakultak:

Célcsoport	Vállalt létszám (fő)	Teljesített létszám (fő)
Nők	200	493
Szociálisan HH	100	645
Etnikai kisebbség	300	320
COPD	150	164
Ráktúlélők	50	59

A célcsoport tagjai között voltak átfedések, 1-1 személy több célcsoportba is tartozhatott!

SOLACE – Szakmai összefoglaló

Tüdődaganat szűrési eredmény tekintetében 97 esetben találtak olyan, nem egyértelműen azonosítható tüdő elváltozást, ami miatt a vizsgálatot 3, 6 vagy 12 hónap múlva indokolt volt megismételni (intermedier esetek). 25 főnek lett pozitív eredménye, ahol további tüdőgyógyászati ill. onkológiai vizsgálatokra volt szükség a teljes diagnózishoz és a gyógykezelés megkezdéséhez.

A különböző beválasztási szempontok szerinti csoportokat összehasonlítva a következő eredmények születtek:

A pozitív szűrési eredmények nemenkénti összehasonlításában szignifikánsan ($p=0,001$) magasabb volt a férfiak aránya. Etnikai hovatartozást vizsgálva, nem találtunk szignifikáns különbséget a romák és nem romák eredményei között. ($p=0,110$)

A pozitív szűrési eredményű páciensek utánkövetése jelenleg is zajlik. Az első utánkövetési időszak eredményei a következők voltak (2025.októberi adatok alapján):

	Páciensek száma (fő)
A páciens nem egyezett bele további kivizsgálásba	6
Más ok/betegség miatt halasztódott a pulmonológiai kivizsgálás	3
Kivizsgálás még folyamatban van	3
Kivizsgálás megszakadt a páciens halála miatt	2
A kivizsgálás során nem igazolódott egyértelműen tüdőtumor (kontrollra visszarendelve)	6
Aktív kezelés zajlik jelenleg is (műtét, kemoterápia stb.)	5
Összesen	25

b. További eredmények

A tumoros megbetegedések korai felismerése mellett a program szintén fontos eredménye az egyéb szervrendszereket érintő kórképek detektálása volt.

A 'mellékletként' kimutatott egyéb kórképek közül a leggyakoribb a coronaria sclerosis volt, amely a szűrésben résztvevők mindösszesen 29%-nál nem volt megállapítható. 46%-uknál enyhe, 13% közepes, súlyos fokú meszesedés 12% -nál volt megfigyelhető.

A másik gyakori szív - érrendszeri megbetegedés, az enyhe aorta sclerosis volt, amely a vizsgált csoport majdnem 70% ánál volt megfigyelhető.

Aorta tágulat az esetek 1,2%-ában volt megfigyelhető, míg 98,8%-ban nem fordult elő.

A tüdőt érintő leggyakoribb elváltozás a krónikus bronchitis volt, amely az esetek 8,8%-ában jelent meg, míg 91,2%-ban nem volt jelen. Kóros nyirokcsomó-elváltozás 1,1%-ban fordult elő, ezzel szemben 98,9%-ban nem mutatkozott ilyen eltérés. A vizsgált populációban bronchiectasia az esetek 4,3%-ában volt jelen, míg 95,7%-ban nem volt kimutatható. Atelectasia 3,3%-ban fordult elő, a vizsgálatok 96,7%-ában ez az eltérés nem jelentkezett.

A legritkább eltérés a pleurális meszesedés volt, amely mindössze 0,2%-ban jelentkezett, míg 99,8%-ban nem volt jelen.

c. A dohányzás leszokás támogatás eredményei

A szűrésben résztvevők közül 411 fő nyilatkozott úgy, hogy jelenleg is dohányzik, ami a résztvevők 50,4 %-a. Ezen belül a női célcsoportban 51,5% volt a dohányzók aránya. A szociálisan hátrányos helyzetűek több, mint fele, és az etnikai kisebbséghez tartozók mintegy 60%-a volt aktív dohányos a szűrés időpontjában.

A legmagasabb arány a COPD páciensek körében volt, ott a résztvevők 75%-a számolt be arról, hogy ismert tüdőbetegségük ellenére is dohányoznak.

Összesen 47 fő fogadta el a dohányzás leszokás támogatás valamilyen formáját. Legtöbbször a Dohányzás Leszokás Támogató Központ (DLTK) telefonos segítségnyújtását választották (39 fő). Néhányan a személyes konzultációs lehetőség, vagy a házi orvos felkeresése és gyógyszeres leszokás támogatás mellett döntöttek.

Összegezve elmondható, hogy a legnépszerűbbnek a telefonos leszokás támogatás bizonyult. Ennek oka valószínűsíthetően az, hogy a személyes konzultáció térben és időben is kötött forma (a Sellyei Járásban csak Sellyén elérhető – munkaidőben, előre egyeztetett időpontban), míg a telefonos támogatás rugalmasabb, és jobban egyénre szabható. A csoportos dohányzás leszokás támogatási formát senki nem preferálta.

Azok a dohányosok, akik a leszokás támogatáshoz a telefonos segítséget választották regisztrációra kerültek a DLTK adatbázisába és további utánkövetésüket az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet végezte.

d. Mozgósítással, toborzással kapcsolatos eredmények

A Hegyháti Járásból a kontroll periódus során egyetlen jelentkező érkezett a szűrésre, aki az általános toborzási módszereknek köszönhetően szerzett tudomást a vizsgálati lehetőségről. Ő a női célcsoportba tartozott. A nehezen elérhető célcsoportból senki nem jelentkezett ez idő alatt arról a területről, közülük mindenki az aktív toborzási időszakban érkezett.

A szűrésen való részvételkor felmértük a résztvevők körében a szűrésről való értesülés módját. Az eredmények a következőképpen alakultak a nehezen elérhető célcsoportban:

Értesülés módja (etnikai kisebbség)	Fő	Százalékos arány
Mediator, nagykövet	278	86,9%
Egészségügyi szakszemélyzet (házi orvos, tüdőgyógyász, szakorvos, asszisztens stb.)	38	11,9%
Ismerősön keresztül	1	0,3%
Közösségi média	2	0,6%
Plakát, szórólap	1	0,3%
ÖSSZESEN	320	100%

Értesülés módja (szociálisan hátrányos helyzetűek)	Fő	Százalékos arány
Mediator, nagykövet	539	83,5%
Egészségügyi szakszemélyzet (házi orvos, tüdőgyógyász, szakorvos, asszisztens stb.)	79	12,2%
Ismerősön keresztül	1	0,01%
Közösségi média	31	4,8%
Plakát, szórólap	6	0,1%
ÖSSZESEN*	656	

*Egyes résztvevők több értesülési módot is megjelöltek a válaszadás során

Összességében elmondható, hogy a szűrésen résztvevő szociálisan hátrányos helyzetűek 83%-a és az etnikai kisebbség tagjainak 87%-a a mediátorok és nagykövetek közvetítésével jutott el a szűrésre. Ez is jelzi, hogy a személyes megkeresésen alapuló munkájuk rendkívül sikeresnek mondható.

A projekt másik fő célja a szűrővizsgálatba bevonás módszertanának vizsgálata volt és a leghatékonyabb célcsoportspecifikus toborzási technikák azonosítása. A minél részletesebb információszerezés érdekében 2025. áprilisában találkozót szerveztünk a toborzásban aktívan közreműködők számára. Ismertettük a szűrési program eredményeit és visszajelzést kértünk a toborzás során alkalmazott módszerekről és a tapasztalatokról.

A programban résztvevő mediátorok a következőkről számoltak be:

A toborzás során megkeresett betegek száma jelentős eltéréseket mutatott a mediátorok között. Egy mediátor számolt be arról, hogy 10–20 főt keresett fel, hárman 20–30 beteget, két fő 40–50 beteget, míg két-két fő 50–100, illetve 100 fő feletti beteg megkereséséről számoltak be. Összességében a mediátorok közel fele legalább 50 beteget próbált bevonni a programba, ami aktív és intenzív toborzási tevékenységre utal.

A betegek megkeresésének módja elsősorban személyes volt: négy mediátor kizárólag személyesen kereste fel a betegeket, két fő telefonon, míg három kitöltő a személyes és telefonos megkeresést kombinálta. Egy mediátor erre a kérdésre nem adott választ. Az eredmények alapján a személyes kapcsolat domináns szerepet játszott, ugyanakkor többcsatornás megkeresési stratégia is jellemző volt. A toborzás túlnyomórészt tudatosan, előre megtervezett módon zajlott. Hat mediátor jelezte, hogy konkrét stratégiát alkalmazott, például célzott betegkör kiválasztásával, míg két fő listák, illetve kilistázás alapján dolgozott. Két mediátor nem jelölt meg egyértelmű stratégiát. Ez azt mutatja, hogy a résztvevők többsége strukturált megközelítést alkalmazott a betegbevonás során.

Összességében az adatok azt mutatják, hogy a SOLACE program betegbevonása változó volumen mellett, de jellemzően tudatosan és többféle megkeresési módszerrel valósult meg.

5. Értékelés, tapasztalatok

A projekt megvalósítása és eredményei összességében sikeresnek értékelhetők, különösen a célcsoport elérésének módja és a bevonás hatékonysága szempontjából.

A tapasztalatok egyértelműen azt mutatták, hogy a szakmai stáb és a célcsoport tagjai közötti személyes kapcsolat kulcsszerepet játszott a projekt sikerében. A szakmai vezető személye, valamint a megvalósító intézmény szakmai hitelessége és helyi kapcsolati tőkéje jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy a

SOLACE – Szakmai összefoglaló

mediátorok és nagykövetek bevonása zökkenőmentes legyen, és a résztvevők bizalommal forduljanak a program felé.

A bevonási módszerek közül a közvetlen, személyes megszólításon alapuló megközelítés bizonyult messze a leghatékonyabbnak. Ez a forma szignifikánsan eredményesebb volt, mint a hagyományos, tömegtájékoztatásra épülő eszközök, amelyek önmagukban nem voltak alkalmasak a célcsoport motiválására. A mediátorok szerepe ebben a folyamatban kiemelkedő volt. Bár a számukra biztosított szakmai tréning fontos alapot jelentett, a gyakorlat azt igazolta, hogy munkájuk hatékonyságát elsősorban a betegekkel meglévő személyes kapcsolatuk, bizalmi viszonyuk és kommunikációs készségük határozta meg.

A projekt egyik lényeges tanulsága volt, hogy a helyi „véleményvezérek” azonosítása és bevonása nélkülözhetetlen a sikeres megvalósításhoz. Ez a folyamat azonban nem képzelhető el megfelelő helyismeret és kapcsolati tőke nélkül. A hátrányos helyzetű, illetve etnikai kisebbséghez tartozó emberek esetében különösen nagy jelentősége van a korábbi személyes kapcsolatnak, a bizalomnak és az érthető, empatikus kommunikációnak. Bár ezek a kompetenciák részben tréningek során fejleszthetők, a tapasztalatok alapján az attitűd, a hitelesség és az odafordulás fontosabb tényezőknek bizonyultak, mint a formális tudás.

A páciensek részéről leggyakrabban megfogalmazott kifogások között szerepelt az időhiány, a földrajzi távolság vagy nehéz megközelíthetőség, valamint az érdektelenség és a motiváció hiánya. Emellett több mediátor említette, hogy gyakori oka volt a szűrés visszautasításának, hogy: „Nem akarom tudni, ha valami bajom van...”

A toborzást végzők úgy ítélték meg, hogy ezen kifogások jó része kezelhető megfelelő kommunikációval, a szűrési helyszínre való utazás megszervezésével és azzal, hogy a szűrőnapok hétvégére estek, míg mások (pl. érdektelenség) nem minden esetben voltak áthidalhatók.

A helyi polgármesterek és kisebbségi vezetők támogatása kiemelten fontos szerepet játszott mind a tájékoztatásban, mind az utaztatás megszervezésében és ezzel a földrajzi távolság leküzdésében, mely jelentősen hozzájárult a részvételi arányok növeléséhez.

A mozgósítás hatékonyságának javítására tett javaslatok között megjelentek az anyagi vagy tárgyi ösztönzők – például ajándékutalványok –, a szűrőközpont jobb megközelíthetőség biztosítása, valamint a betegek tájékoztatásának erősítése.

A toborzás hatékonyságának növelése kapcsán a célcsoport anyagi motivációjának megítélése megoszlott a szakmai stáb tagjai között. Többen fontosnak vagy kifejezetten meghatározónak tartanak az anyagi ösztönzők meglétét, míg mások ezt inkább semleges, kevésbé döntő tényezőként értékelték, ami eltérő motivációs háttérre utal a bevonásban részt vevők körében.

Ugyanakkor a legtöbb mediátor úgy vélte, hogy a toborzás jelenlegi formájában is sikeres volt, és alapvetően megfelelt a célkitűzéseknek.

A szűrés szervezése és megvalósítása során több nehézséggel is szembe kellett néznünk.

A telefonos elérhetőség gyakran problémát jelentett. A megadott telefonszámon gyakran nem értük el a jelentkezőket, vagy azok más személyhez tartoztak (pl. egy rokon, szomszéd stb.)

A célcsoport körében jellemzőek voltak a hirtelen döntésváltozások, melyek a szűrési napokon átlagosan mintegy 10%-os kiesést jelentettek, mellyel számolni kellett. Erre a projektcsapatnak tudatosan és előre felkészülten reagálnia kellett. Ugyanezen döntés változtatások megjelentek a szűrési eredmények utánkötése során is, amikor egyes bizonytalan vagy pozitív eredménnyel rendelkező páciensek elutasították a további kivizsgáláson való részvételt.

SOLACE – Szakmai összefoglaló

A célcsoport szűrési helyszínre való utazásának megszervezése alapvető fontosságú volt a projekt során. A nehezen elérhető célcsoport több, mint 80%-a a helyi önkormányzatok, vagy az OEKP által szervezett kisbuszok segítségével jutott el a Pécsi Diagnosztikai Központba.

Az utaztatás megfelelő megszervezése azonban szintén kihívást jelentett. Az optimális buszfoglaltság javította a költség-haszon arányt, az érkezési idők megfelelő időzítése pedig lerövidítette a szűrőhelyszínen a várakozási időt.

A szűrési eredményekről történő visszajelzés és utánkövetés fontos feladat volt és hatékonyan valósult meg, azonban a célcsoportra jellemző alacsonyabb egészségértési szint és informatikai korlátok jelentős többletterhet róttak a projektben résztvevő szakemberekre.

Ez a tapasztalat rámutat arra, hogy megfelelő informatikai fejlesztésekkel és egyszerűbb, felhasználóbarát megoldásokkal a jövőben csökkenthető lenne a szakmai stáb leterheltsége, miközben a résztvevők tájékoztatása továbbra is magas színvonalon biztosítható maradna.

Következtetések:

1. A megfelelő mediátorok bevonása elengedhetetlen volt a nehezen elérhető célcsoportok toborzásában. A célcsoport tagjaival való személyes kapcsolat és a mediátorok hozzáállása fontosabb volt, mint pusztán a mediátorok létszáma.
2. Tapasztalataink alapján az egészségügyi szakemberek (ápolók) különösen alkalmasak a nehezen elérhető célcsoport elérésére, emellett a többi célcsoport tagjai körében is érezhető volt a személyes meghívás hatékonysága.
3. Az alapellátásban dolgozó ápolók nemcsak a résztvevők elérésében hasznosak, hanem fontos szerepet játszanak az utánkövetésben is.
4. A helyi polgármesterek és kisebbségi vezetők támogatása különösen fontos szerepet játszott a sikerben. Még ha nem is akartak formális mediátorként vagy nagykövetként részt venni a programban, sokan segítettek a helyi kisbusz felajánlásában, vagy akár abban, hogy maguk vezették a kisbuszt, amikor a hivatalos sofőr nem volt elérhető.
5. Hasznos, ha a szakmai vezető és a koordinátor(ok) ismertek, szakmailag hitelesek és elfogadottak a régióban. Egy kisebb projektcsapat szintén előnyös lehet, ugyanis megkönnyíti a kommunikációt a munkacsoporton belül és más külső személyekkel is.
6. A szűrőhelyszín megközelíthetőségének biztosítása és/vagy a szervezett transzport elkerülhetetlen tényező a szociálisan rászoruló és etnikai kisebbségi célcsoportok számára.
7. A szűrőnapok megvalósításában fontos tényezők voltak: dedikált szombati szűrőnapok szervezése, a toborzásban és szervezésben résztvevők személyes jelenléte a szűrésen, valamint a résztvevők megfelelő koordinációja a szűrőhelyszínen. A szűrés során szerzett jó tapasztalatok ugyanis elősegítették a szűrés 'jó hírnevének' terjedését a térségben.
8. A szakmai személyzet személyes elkötelezettsége és nagy erőfeszítései nagyban hozzájárultak a projekt sikeréhez.

SOLACE – Szakmai összefoglaló

Bár a SOLACE alacsony dózisú CT-vel végzett tüdőszűrési program kifejezetten sikeresen valósult meg a Sellyei Járásban nemzetközi összehasonlításban is, az ilyen mértékű és intenzitású szervezés egy szűrési projekt során kettős megítélés alá esik.

Egyrészt rendkívül hatékony eszköznek bizonyult a célcsoport elérésében, mozgósításában és a magának a szűrésnek a lebonyolításában, másrészt költséges, és hosszú távon nem feltétlenül segíti elő a résztvevők öngondoskodásának és életmenedzsment-képességeinek fejlődését.

Ezzel kapcsolatban fontos tanulság, hogy a jövőbeni programokban érdemes megfontolni, hogy miként lehet fokozatosan nagyobb felelősséget áthárítani a célcsoport tagjaira.