

„Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségdukációs programsorozat: a 2021–2023. évek között megvalósult programok értékelése

The „Egészségpart” mobile summer screening and health education program: Evaluation of programs implemented in years 2021–2023

Dr. Péntes Melinda¹ ✉, Dr. Mikesy Gergely¹, Kenesei-Kalló Andrea¹, Jóni András Dániel¹, Lengyel Livia^{1,4}, Bertókné Tamás Renáta², Árváné Egri Csilla², Gál Veronika³, Dr. Jóó Tamás^{1,4}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest

²Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Szűrőirányítási Főosztály

³Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Kommunikációs Főosztály

⁴Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság

✉ penzes.melinda@emk.semmelweis.hu

Számos országban az ún. mobil egészségklinikák egyrészt az egészségműveltséget javító, figyelemfelhívó és egészségdukációs mozgó platformként működnek, másrészt a daganatok és más, nem fertőző betegségek szűrésében is közreműködnek. A 2021-ben indított „Egészségpart” programsorozatunk célja a Balatonnál nyaraló, elsősorban munkaképes korú, magyar felnőtt lakosság számára ingyenes szűrések, életmód-tanácsadás és egészségdukáció biztosítása a betegségek korai felismerése és az egészségműveltség javítása érdekében.

Tanulmányunk célja a 2021–2023. évek nyári hónapjaiban, Balaton-parti településeken megvalósult, „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” szűrőprogramhoz kapcsolódó „Egészségpart” programsorozat értékelése bemeneti (partnerség, humánerőforrás), folyamat- (aktivitások – szűrés és egészségdukáció), valamint kimeneti (részvevők száma és szociodemográfiai jellemzői) indikátorok alapján, leíró statisztikai elemzéssel.

A három év során 31 „Egészségpart” nap valósult meg, átlagosan napi 18–31 humánerőforrás jelenléte és bővülő szakmai partnerségek mellett. A programaktivitások közül nem mindegyik volt jelen mindhárom évben, de összességében a szűrő- és egészségdukációs aktivitások száma évről évre bővült (maximum 15, illetve 8 aktivitás). A szociodemográfiai adatokkal regisztrált résztvevők száma $n=727-906$ között alakult, átlagéletkoruk 51,2–54,2 év, a nők részvételi aránya 60% körüli volt, legnagyobb arányban minden évben a 45–64 éves korcsoport vett részt. A kiindulási évhez képest jelentősen emelkedett a 65 évnél idősebbek érdeklődése a program iránt. A Balaton-környéki lakosok részvételi aránya az első évhez képest (27%) jelentősen megemelkedett a harmadik évre (53%).

Az „Egészségpart” program komplex értékelése elengedhetetlen annak érdekében, hogy a későbbiekben fej-

lesztendő területek a programtervezésben és -megvalósításban azonosíthatókká váljanak. A résztvevők esetenként változó összetételére és igényeire dinamikus reagálás szükséges, valamint elengedhetetlen a szakmai partnerségek akár évről-évre történő felülvizsgálata és a humánerőforrás allokálásának átgondolása.

Kulcsszavak: szűrővizsgálat, egészségműveltség, értékelés, egészségfejlesztés

In many countries, mobile health clinics operate, on the one hand, as a mobile platform for improving health literacy, raising awareness, and providing health education. On the other hand, they also contribute to screening cancers and other non-communicable diseases. The goal of our “Egészségpart” program series launched in 2021 is to provide screenings, lifestyle counseling, and health education free of charge for the Hungarian, adult, working-age population vacationing or living at Lake Balaton in order to detect their diseases early and improve their health literacy.

The present study aims to evaluate the input (partnership, human resources), process (activities, including screening and health education), and output indicators (number of participants and their socio-demographic characteristics) by applying descriptive statistical analyses.

During the three years, 31 “Egészségpart” days were implemented, with an average of 18–31 human resources present per day, and the number of partnerships was increased. Not all program activities were available in all three years, but overall, screening and health education activities increased yearly (a maximum of 15 and 8 activities, respectively). The number of participants registered with socio-demographic data was between $n=727-906$, their mean age was 51.2–54.2 years, the

participation rate of females was around 60%, and in each year, the 45–64-year old age group participated in the greatest proportion. Compared to the baseline year, participants older than 65 years were more interested in the program. The participation rate of residents living at Lake Balaton increased significantly from baseline to the third year (27% versus 53%, respectively).

A complex evaluation of the “Egészségpart” program series is essential to identify areas for future development in program planning and implementation. Dynamic response to the changing socio-demographic characteristics and health needs of participants is necessary during year-by-year program planning. Besides, revision of professional partnerships and allocation of human resources are also needed.

Keywords: screening, health literacy, evaluation, health promotion

BEVEZETÉS

Számos krónikus, nem fertőző betegség betegségterhének és mortalitásának hátterében életmódi és egészségmagatartási kockázati tényezők húzódnak meg [1]. A magyar lakosság körében a halálozások és a betegségteher elsődleges okai között szerepelnek a szív-érrendszeri betegségek, tüdőrák, vastagbélrák, krónikus obstruktív légzőszervi betegségek, cukorbetegség, deréktáji fájdalom és az elesések [1,2]. Mindezen megelőzhető betegségek kialakulásának hátterében olyan életmódi kockázati tényezők állhatnak, mint a nem megfelelő táplálkozás, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás és a mozgáshiány [1,3]. Bár a magyar felnőtt lakosság túlnyomó többsége úgy gondolja, hogy sokat tehet az egészségéért, [4] egészségmagatartásuk és az ezt befolyásoló egészségműveltségük kedvezőtlen [1,5,6]. Az egészségtudatos magatartás kialakításában, az egészség megőrzésében/fejlesztésében, a betegségek megelőzésében és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeiben meghatározó szerepe van az egyéni felelősségvállalásnak is, amelynek előfeltétele a megfelelő egészségműveltség [7,8].

A preventív egészségügyi szolgáltatások közül a primer prevenció (például egészséges táplálkozás alapjai, fizikai aktivitás növelése, dohányzás elleni programok, szájhigiénés edukáció), a szűrővizsgálatok és az életmód-tanácsadás szerepe kiemelkedő a rizikómagatartások kezelése és a hozzájuk kapcsolódó, népegészségügyi szempontból jelentős betegségek megelőzése, illetve időben történő felismerése szempontjából. Mindezen feladatok egy részét az alapellátásnak kellene biztosítania vagy ösztönöznie. Ugyanakkor a háziorvosi és védőnői humán erőforrás-hiány, valamint a növekvő számú betöltetlen háziorvosi praxisok a prevenció mindhárom szintjét magában foglaló ellátás minőségére és hozzáférhetőségére kedvezőtlenül hatnak, így a lakosság egészségmagatartásának és egészségi állapotának kellő

mértékű javulása sem várható [9]. Számos országban ún. mobil egészségklinikákat üzemeltetnek a daganatok és más, magas prevalenciájú, nem fertőző betegségek megelőzése és szűrése érdekében [10-13]. A mobil egészségklinikák – például busz vagy kamion – kettős céllal működnek: egyrészt nemzeti szűrőprogramokhoz illeszkedő egészségügyi szolgáltatást nyújtanak, másrészt az egészségműveltséget javító, figyelemfelhívó és egészségédukációs, mozgó platformot biztosítanak [13]. A hátrányos helyzetű és sérülékeny csoportok egészségügyi ellátáshoz és egészségédukációhoz való hozzáférést különösen megkönnyítheti a mobil egészségklinikák működése [12,13]. Általuk számos, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférési korlát – mint például közlekedési/földrajzi akadályoztatás, vizsgálatok elmaradása ellátási költségek miatt, finanszírozási problémák, egészségügyi humán erőforrás-hiány, betegközpontú ellátás vélt hiánya – leküzdhető, valamint a primer prevencióban, daganatok és nem fertőző betegségek szűrésében, krónikus betegségek menedzselésében is szerepet játszhatnak a mobil egészségklinikák [10,12].

A mobil egészségklinikákban rejlő ellátási és egészségédukációs lehetőségeket több hazai szervezet is felismerte az elmúlt években. A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) 2018-ban indította el a „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” programját annak érdekében, hogy mindenki számára egyenlően hozzáférhető legyenek a legalapvetőbb egészségügyi preventív szolgáltatások. A programban kezdetektől fogva partnerük volt a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és az egészségfejlesztési irodák. A program keretében szűrőbuszok által mozgó szűrővizsgálatokat és egészség-tanácsadást nyújtottak a felzárkózó települések hátrányos helyzetű lakosai számára, így innovatív megoldások útján tették lehetővé a prevenció ellátás színtereinek kibővítését [14,15]. A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program irányítását 2023 áprilisától az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) vette át az akkori NNK-tól. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat 2019-ben indította el szűrőbuszokkal megvalósított mozgó gyermekszemészeti szűrőprogramját, valamint 2022-től a Naszladny Attila Egészségfejlesztési Program keretében egészségügyi szolgáltatást biztosítanak mobil egészségközpontokban és Máltai Egészségpontokon egészségügyi szakdolgozó által asszisztált telemedicinális ellátási formában [16,17]. Szintén mozgó, komplex szűrővizsgálati és edukációs programot végez a Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja (MÁESZ), amely 2010 óta „humanitárius formában működő egészségvédelmi programként” biztosít a munkahelyek, illetve a lakosság számára általános egészségi állapotfelmérést és egészségédukációt [18,19].

Az elmúlt években számos opportunist szűrőprogramot szerveztek különböző szervezetek egy-egy település lakosai vagy rendezvény résztvevői számára. Kevésbé ismert azonban, hogy akár ezeken a szűrőprogramokon, akár a fentebb bemutatott komplex szűrővizsgálati és tanácsadási programokon összességében mennyien vesznek részt, milyen szociodemográfiai jellemzőkkel rendelkeznek a résztvevők,

illetve mekkora egy program szűrési-tanácsadási kapacitása. Mindezek ismerete elengedhetetlen lenne annak érdekében, hogy akár az opportunista, akár a mozgó szűrővizsgálatok minden szempontból tervezhetőek legyenek, és elérjék azokat az egyéneket, akik számára a szűrés, a szakszerű egészség-
 edukáció és életmód-tanácsadás, valamint az egészségügyi ellátórendszer felé történő továbbirányítás kiemelt jelentőségű lenne.

A fentebb említett hazai szűrő- és edukációs programok többsége a leginkább veszélyeztetett, munkaképes korú felnőtt lakosságot feltételezhetően csak korlátozottan éri el, hiszen a programok többsége munkaidőben vagy a munkával töltött éves időszak hétvégéin zajlik. Ráadásul túlnyomórészt felzárkózó településeket céloznak meg a mozgó szűrőprogramok, [14-17] így a más településeken élő, munkaképes korú lakosságnak valószínűleg kevésbé nyílik lehetősége az opportunista szűrő- és edukációs programokon való részvételre. Mindezeket figyelembe véve a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának (EMK) szakmai támogatásával 2021 nyarán egy olyan egészségügyi szűrő- és edukációs programsorozatot indított, amely elsősorban a Balaton mellett nyaralókat, illetve a helyi lakosokat célozta meg hétvégente. Az „Egészségpart” elnevezésű programsorozat az NNK, majd az OKFŐ mobil szűrőegységeinek (szűrőbuszok) igénybevételével és ezen országos szervezetekkel együttműködésben valósult meg 2021–2023. nyári hónapjaiban. Az „Egészségpart” célja a

Balatonnál nyaraló, a nyári hónapokat ott töltő, illetve ott lakó, elsősorban munkaképes korú, magyar felnőtt lakosság számára ingyenes szűrések, életmód-tanácsadás és egészség-
 edukáció biztosítása a betegségek megelőzése, korai felismerése és az egészségműveltség javítása érdekében.

CÉLKITŰZÉS

Jelen tanulmány célja a 2021–2023. évek nyári hónapjaiban megvalósult „Egészségpart” programsorozat értékelése publikus bemeneti (partnerség, humán erőforrás), folyamat- (aktivitások – szűrés és egészség-
 edukáció), illetve kimeneti (résztevők) indikátorainak leíró jellegű bemutatása útján. További célul tűztük ki annak a feltárását, hogy változott-e a három év során az „Egészségpart” programon résztvevők összetétele egyes szociodemográfiai jellemzőik alapján.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az NNK által indított „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” szűrőprogramhoz kapcsolódóan lehetőség nyílt ezen szűrőprogram éves tervén túli helyszíneken, szakmai együttműködés keretében a szűrőbuszok igénybevételére további szűrőprogramok megvalósítása céljából. Annak érdekében, hogy a felzárkózó települések mellett más társadalmi-gazdasági helyzetű településeken elsősorban a munkaképes korú lakosokat is elérjék a szűrőprogramok, a MEMT először 2021-ben igényelt vizsgálóbuszokat az „Egészségpart” prog-

„Egészségpart” programsorozat aktivitásai

Szűrővizsgálatok	Egészségedukáció
1. általános egészségügyi anamnézis és életmódi kockázatfelmérés ^{1,2,3}	1. életmód-tanácsadás ^{1,2,3}
2. vércukorszintmérés ujjbegyvérből ^{1,2,3}	2. dietetikai tanácsadás ³
3. koleszterinszint-mérés ujjbegyvérből ^{1,2,3}	3. testmozgással kapcsolatos tanácsadás ^{2,3}
4. trigliceridszint-mérés ujjbegyvérből ^{1,2,3}	4. helyes szájhigiénia oktatása ^{1,2,3}
5. point of care vérteszt (HbA1c) ¹	5. népegészségügyi szűrésekkel kapcsolatos tájékoztatás ^{1,2,3}
6. PSA-szint vizsgálat vérből ^{2,3}	6. Teddy Maci Kórház ^{1,3}
7. vérnyomásmérés ^{1,2,3}	7. alapfokú újraélesztés oktatása ^{1,3}
8. pulzusmérés ^{1,2,3}	8. dohányzásról való leszokás támogatása rövid intervencióval ^{2,3}
9. EKG ^{1,2,3}	
10. boka-kar index mérés ²	
11. cukorbetegség kockázatalapú szűrése ³	
12. testtömegindex ^{1,2,3}	
13. testösszetétel vizsgálat (InBody) ^{1,2,3}	
14. szájjüregi szűrés ^{1,2,3}	
15. bőrgyógyászati (anyagjegy) szűrés ^{1,2,3}	
16. csontsűrűség-vizsgálat ²	
17. funkcionális mozgásminta szűrés ^{2,3}	

Megjegyzés: ¹2021. év, ²2022. év, ³2023. év.

1. táblázat

Az „Egészségpart” programsorozat szűrő- és egészség-
 edukációs aktivitásai 2021., 2022. és 2023. években. (forrás: saját szerkesztés)

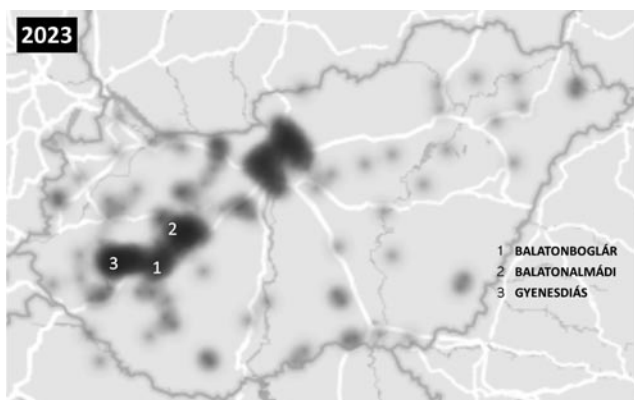
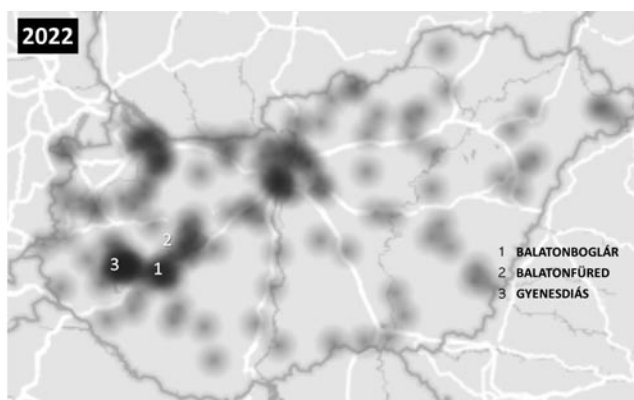
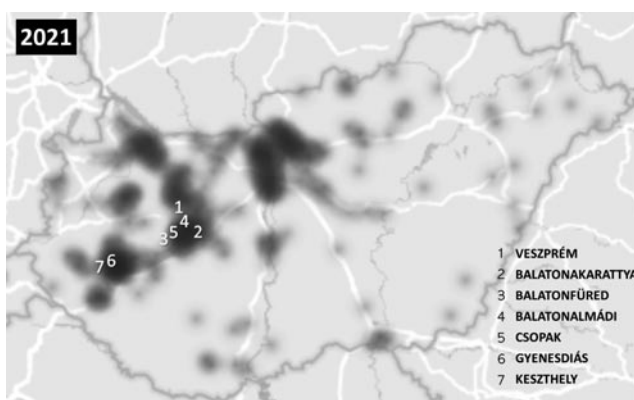
ramsorozat megvalósításához. Az „Egészségpart” elsősorban azokat a munkavállaló embereket célozza meg, akik számára a szűrővizsgálatok időbeli elérhetősége egybeesik a munkaidejükkel, ezért feltételezhetően korlátozottan tudják igénybe venni a preventív egészségügyi ellátásokat. Éppen ezért az „Egészségpart” 2021–2023. július–augusztus hónapjaiban hétfévente került megrendezésre a Balaton partján és környékén lévő települések strandján vagy a strand közelében. A 2022-es évben az „Egészségpart” hátrányos helyzetű településeket is meglátogatott a Balaton-parti programsorozatot megelőző szerdai és csütörtöki napokon, de ezen napok indikátorainak a feldolgozása jelen publikációnak nem képezi részét. Az „Egészségpart” programsorozathoz a MEMT és az EMK 2021-ben és 2022-ben az NNK-val, míg 2023-ban az OKFŐ-vel történő együttműködés keretében kapott használatra két szűrőbuszt. Programsorozatunk számos további szakmai együttműködő partnerrel valósult meg.

A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program hatásait felmérő vizsgálat az Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásügyi Bizottság engedélyével rendelkezik (IV/2395-3/2022/EKU).

Az „Egészségpart” szűrővizsgálatokat és egészségügyi elemeket tartalmazott. A programon résztvevők a regisztrációt követően általános és életmódi kockázatfelmérésen, majd a szűrőbuszokon különféle szűrővizsgálatokon vettek részt, illetve a szűrőbuszok melletti helyszíneken (nyitott sátrak) további szűrővizsgálatokat, életmód-tanácsadást és egészségügyi programokat vehettek igénybe (1. táblázat). A szűrővizsgálatok eredményeiről azonnali visszajelzést kaptak a résztvevők, vizsgálati eredményeik pedig az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben (EESZT) rögzítésre kerültek.

Jelen tanulmányban az „Egészségpart” programsorozatot bemeneti, folyamat- és kimeneti indikátorok alapján értékeljük [20]. Bemeneti indikátornak tekintettük a szakmai partnersegeket és a humán erőforrást (HR), amelyek az adott évi „Egészségpart” alapján összesítve kerülnek bemutatásra. Folyamatindikátorként az adott év aktivitásait vizsgáltuk. Az aktivitásokat szűrővizsgálatokként és edukációs programokként csoportosítottuk. Kimeneti indikátorként a résztvevők számát vizsgáltuk; egyrészt összesítve az egyes évek „Egészségpart” programjain, másrészt egy szűrési nap átlagos résztvevői számára vonatkozóan. A résztvevők szociodemográfiai jellemzői közül elemeztük a nem (férfi/nő), az életkor, az életkori csoportok (2. táblázatban bemutatott kategóriák szerint) és a lakóhely (Balaton környéki/nem Balaton környéki) megoszlását. A szociodemográfiai adatok a résztvevők személyazonosító igazolványa, lakcímkártyája és TAJ-azonosítója alapján, a regisztráció során kerültek rögzítésre, azonban az elemzésre kerülő adatbázisban ezen adatok csak a résztvevők anonimitását biztosító módon kerültek bevezetésre. A regisztráció során a résztvevők a jelenléti ív aláírásával egyben a GDPR adatvédelmi nyilatkozat megismerését is aláírták.

Jelent tanulmány elemzési mintájába azok az esetek (résztvevők) kerültek, amelyek minden szociodemográfiai



Megjegyzés: A hőterképeken a sötétebb árnyalatok az adott területen lakóhelyül rendelkező résztvevők nagyobb létszámát jelölik.

1. ábra

Az „Egészségpart” helyszínei és a résztvevők lakóhely szerinti megoszlása Magyarországon belül 2021–2023. években. (forrás: saját szerkesztés)

változó vonatkozásában értékelhető adattal rendelkeztek. Az indikátorok leíró elemzése esetében elemszámot és megoszlást, a résztvevők szociodemográfiai jellemzőinek vizsgálata során pedig megoszlást, átlagot és szórás számítottunk. Az életkor folytonos változó esetében normalitás-ellenőrzést végeztünk Kolmogorov-Smirnov-tesztel. A résztvevők szociodemográfiai változók szerinti megoszlásában bekövetkező változásokat a vizsgált időszak alatt Pearson-féle khi-négyzet próbával és – nem normális eloszlású folytonos változók esetében – Kruskal-Wallis H-tesztel vizsgáltuk. Az adatelemzést SPSS 29 verziójú programmal végeztük, a szignifikancia értékét $p < 0,05$ határoztuk meg.

EREDMÉNYEK

Az „Egészségpart” programsorozat összesített eredményeit évenkénti bontásban a 2. táblázat mutatja be. Az első évben 7 Balaton-környéki településen 13 szűrési napon (csak szombaton és vasárnap), míg a további években 3–3 településen 9 szűrési napon valósult meg a program (péntek–vasárnap napokon). Egy szűrési napra átlagosan 6 munkaóra jutott. Az egyes években a szűrési helyszíneket az 1. ábra mutatja be.

A bemeneti indikátornak tekintett szakmai partnerségek száma a három év során a 2. táblázatban megjelenített módon változott. A programsorozat során a megvalósításban résztvevő szakmai partnerünk volt a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, az Országos Kórházi Főigazgatóság, a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, a Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikája, Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézete, valamint Népegészségtani Intézete, a Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete, a Magyar Fogorvostanhallgatók Egyesülete és a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem. A szűrő- és edukációs programsorozat humánerőforrását túlnyomórészt egészségügyi szakemberek alkották (orvos, fogorvos, egészségügyi szakdol-

gozó, orvos- és fogorvostanhallgató, egészség tudományi hallgató, rekreációs és egészségfejlesztő szakember/hallgató, szűrési koordinátor, népegészségügyi szakember, dietetikus, dentálhigiénikus), mellettük kommunikációért felelős, illetve operatív és technikai HR (pénzügyi-gazdasági szakember, buszvezető, informatikus, adminisztrátor) is szükséges volt a programok kivitelezéséhez. Egy szűrési napon átlagosan 2021-ben 23, 2022-ben 18, 2023-ban pedig 31 munkatárs vett részt kivitelezőként.

Az „Egészségpart” folyamatindikátorainak a szűrővizsgálati és egészségédukációs programok aktivitásait tekintettük. A programsorozat három éve alatt végzett aktivitásokat az 1. táblázat foglalja össze. Bár nem minden aktivitás volt jelen mindhárom évben, összességében a szűrő- és egészségédukációs aktivitások száma évről évre bővült. A szűrővizsgálatok a 18 évnél idősebb résztvevőket célozták, ám mivel esetenként családok is érkeztek programunkra, gyermekek és serdülők számára szóló edukációs aktivitásokat is terveztünk a programba (például Teddy Maci Kórház, szájhigiénia oktatása, újraélesztés oktatása).

A folyamatindikátorokhoz szorosan kapcsolódó kimeneti indikátornak tekintettük a résztvevők létszámát. A szűréseket a regisztrációt követően vehették igénybe a résztvevők, majd ezt követően bekapcsolódhattak az edukációs aktivitásokba is. A szűrésen részt vevő szülők gyermekei regisztráció nélkül

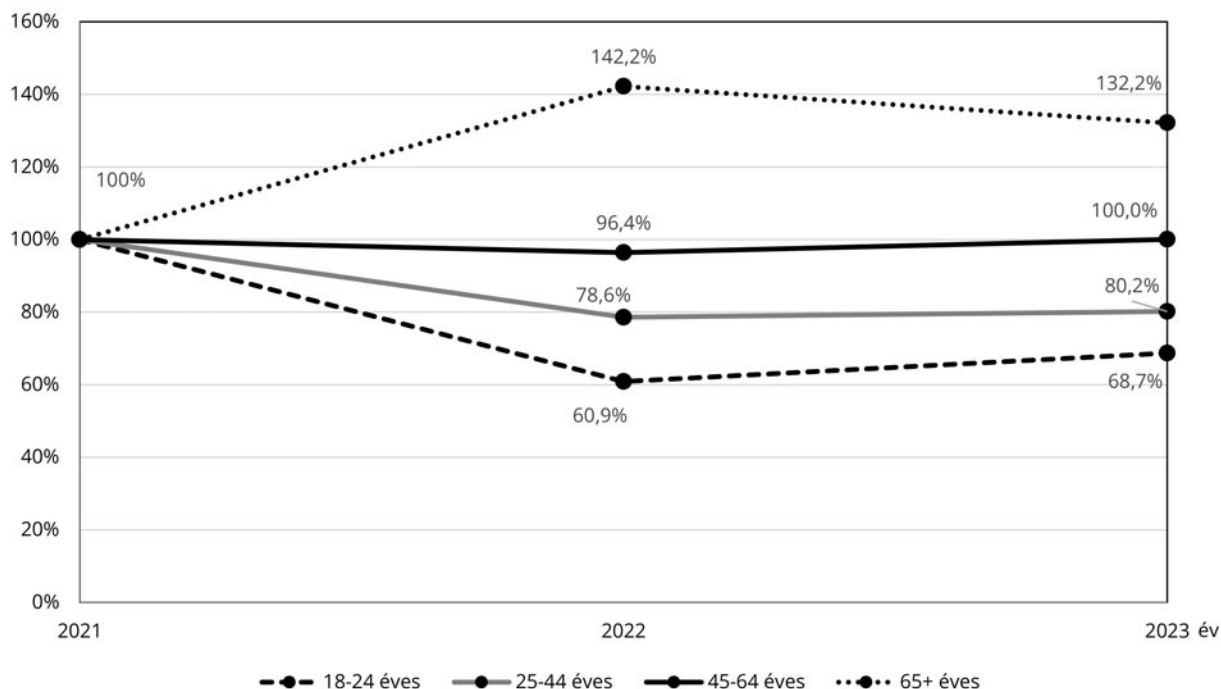
	Egészségpart 2021	Egészségpart 2022	Egészségpart 2023
Helyszínek (n)	7	3	3
Szűrési és edukációs napok (n)	13	9	9
Szűrési és edukációs órák (h)	78	54	54
Bemeneti indikátorok			
Humánerőforrás (n/nap, átlagosan)	23	18	31
Szakmai partnerség (n)	4	4	9
Folyamatindikátorok			
Szűrővizsgálatok (n)	12	15	14
Edukációs programok (n)	5	5	8
Kimeneti indikátorok			
Regisztrált résztvevő (n)	1482 (906) ^a	729	727
Regisztrált résztvevő/nap (n)	114	75	81
Szociodemográfiai jellemzők			
Nő, n (%)	564 (62,3)	448 (61,5)	436 (60,0)
Életkor (év), átlag (SD)	51,2 (15,83)	54,9 (15,76)	54,2 (15,82)
18–24 éves, n (%)	49 (5,4)	24 (3,3)	27 (3,7)
25–44 éves, n (%)	272 (30,0)	172 (23,6)	175 (24,1)
45–64 éves, n (%)	370 (40,8)	287 (39,4)	297 (40,9)
≥65 éves, n (%)	215 (23,7)	246 (33,7)	228 (31,4)
Balaton-környéki lakos, n (%)	245 (27,0)	371 (50,9)	387 (53,2)

Megjegyzés:

^aA regisztrált résztvevők közül a zárójelben szereplő résztvevőkről állt rendelkezésre szociodemográfiai adat.

2. táblázat

Az „Egészségpart” szűrő- és edukációs programsorozat három évének összefoglaló eredményei a bemeneti-, folyamat- és kimeneti indikátorok, illetve a résztvevők egyes szociodemográfiai jellemzői mentén. (forrás: saját szerkesztés)



2. ábra

Az „Egészségpart” programon résztvevők korcsoportok szerinti megoszlásának változása az első, 2021-es évhez képest. (forrás: saját szerkesztés)

látogathatták az edukációs foglalkozásokat. A 2. táblázatban bemutatott résztvevői létszámok csak a 18 éves vagy idősebb regisztrált felnőtteket foglalják magukban. Az „Egészségpart” első évében 1482 regisztrált résztvevője volt a hét helyszínen megvalósult programsorozatunknak, akik közül 906 fő esetében álltak rendelkezésre szociodemográfiai adatok, így a jelen tanulmány mintájába ők kerültek be. A második évtől a 3–3 programhelyszínen nagyjából felére csökkent a regisztráltak száma. Minden évben a nők kissé nagyobb arányban vettek részt az „Egészségparton”, mint a férfiak, és összességében részvételi arányuk nem változott jelentősen a három év során ($\chi^2=0,89$, $df=2$, $p=0,640$). A résztvevők átlagéletkora mindhárom évben 50 év felett volt, és jelentősen emelkedett a kiindulási évhez képest ($H=26,70$, $df=2$, $p<0,001$). Legnagyobb arányban minden évben a 45–64 éves korcsoport vett részt a szűrő- és edukációs programjainkon. Programsorozatunk résztvevőinek nagyjából kétharmadát az aktív munkavállalói korosztályt képező 25–64 évesek alkották, bár részvételi arányuk a kiindulási évhez képest (71%) 2022-ben (63%) és 2023-ban is csökkent (65%). Az életkori csoportok részvételének változásait a 2. ábra mutatja be. Az első (2021.) évi eloszlást vettük minden korcsoportban kiindulási értéként, ehhez viszonyítottuk a következő évek változásait. Összességében a kiindulási évhez képest jelentősen emelkedett a 65 éven felüliek részvételi aránya a program harmadik évére, míg a munkaképes korúak részvételi hajlandósága – különösen a fiatalabb korcsoportokban – romlott ($\chi^2=26,64$, $df=6$, $p<0,001$). Az „Egészségpart”-on a 45–64 évesek részvételi aránya minden évben nagyjából változatlan volt, a legidősebb korcsoport körében növekedett az érdeklődés a program

iránt, míg a legfiatalabb korcsoport elérése eleve alacsony volt a program indulásától kezdve, és a részvételi arányuk tovább mérséklődött az évek során. A program évenkénti összehasonlítása során az egyes korcsoportok részvételi aránya csak 2021–2022. évek között mutatott jelentős változást ($\chi^2=24,78$, $df=3$, $p<0,001$), míg 2022-ről 2023-ra a korcsoportok részvételi arányának változásában már nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget ($\chi^2=1,05$, $df=3$, $p=0,788$). A résztvevők lakóhely szerinti megoszlását tekintve programsorozatunk első évében a regisztráltak mindössze 27%-a volt Balaton-környéki lakos, azonban a második évben már közel fele, míg a harmadik évben már több mint fele a Balaton-környéki településeken rendelkezett állandó lakóhellyel ($\chi^2=143,89$, $df=2$, $p<0,001$), lásd 1. ábra. A hőterképek alapján megállapítható, hogy a programsorozat első évében elsősorban a Pest vármegyei, Balaton-környéki és észak-dunántúli régióból érkeztek a résztvevők, 2022-ben viszont láthatóan szélesebb országos lefedettséget tapasztaltunk, míg 2023-ban a résztvevők inkább balatoni és a főváros körüli régiókból érkeztek az „Egészségpartra”.

MEGBESZÉLÉS

Az „Egészségpart” program komplex értékelése elengedhetetlen annak érdekében, hogy a későbbiekben fejlesztendő területek a programtervezésben és -megvalósításban azonosíthatókká váljanak. A bemeneti indikátorok közül a szakmai partnerségek bővülésével a programsorozat szakmai alátámasztottsága, illetve hitelessége növekedett. Nem lehet azonban egyértelműen kijelenteni, hogy a több szakmai partner

bevonása mindenképpen fejleszti a programot, mint ahogy az sem nyilvánvaló, hogy ezek a szervezetek szinergikus viszonyban vannak egymással. A több résztvevő intézmény szervezésileg és financiálisan is többletérő lehet a szervezőkre. Éppen ezért a program eredményességének és hatékonyságának növeléséhez igen fontos az igények tisztázása, esetenként a program célkitűzéseinek újragondolása, és ezek alapján a ténylegesen szükséges szakmai profiloknak megfelelő partnerségek megtartása, illetve fejlesztése. Mindezekkel párhuzamban a szűrő- és edukációs program humánerőforrás-szükséglete esetében is elengedhetetlen a költség-haszon viszonyok mérlegelése. Tudomásunk szerint tanulmányunk elsőként mutatja be egy szűrő- és edukációs programsorozat átlagos napi humánerőforrás-igényét, valamint részletezi a megvalósításban résztvevő szakmai partnerségeket.

A szűrő- és edukációs programok időszakos értékelése során fontos tisztázni továbbá azt is, hogy a program során nyújtott teljesítmények, eredmények összhangban állnak-e a program eredeti céljaival, az egyes programelemek, valamint az operatív folyamatok megfelelően lettek-e kivitelezve. A folyamatindikátorok – azaz a helyszínen végzett szűrővizsgálatok és egészségedukációs tevékenységek száma – a program három éve alatt folyamatosan bővültek. Az értékelést viszont nem lehet pusztán ezen numerikus adatok alapján megtenni. Bár jelen tanulmány terjedelmi korlátai nem teszik lehetővé, de szükséges lenne minden egyes alkalmazott programelemet külön értékelni aszerint, hogy megfelelnek-e a program célkitűzéseinek, egészségügyi és népegészségügyi szempontok alapján a tevékenység eredménye segíti-e a programra látogató emberek egészségének és egészségműveltségének fejlesztését, valamint mindezek felül a tevékenység végrehajtása költséghatékony-e a rendelkezésünkre álló keretek között.

A kimeneti indikátorok közül az „Egységpart” által elért résztvevők átlagéletkora és korcsoportos megoszlása közelített más, hazai, mozgó szűrő- és edukációs programok által tapasztaltakhoz, bár a többnyire munkahelyekre kitelepülő MÁESZ-szűrőprogramok jelentősen nagyobb arányban érték el a munkaképes korú lakosságot [14,15,18,21]. Az „Egységpart” programsorozat ugyanakkor bizonyította, hogy alternatív színtereken is elérhető az általános, munkaképes korú lakosság. Ráadásul a strandokhoz közeli és nyári, nem szokványos szűrési színterek által a férfiakat is kissé nagyobb arányban sikerült minden évben elérni, szemben más hazai mobil szűrőprogramokkal [14,15,21,22]. A munkaképes korú férfilakosság elérése érdekében éppen ezért megfontolandó az innovatív szűrő- és egészségedukációs helyszínek előnyben részesítése, a munkahelyi, opportunista mobil szűrőközpontok jelenlétén túl [18]. Az „Egységpart” programsorozat résztvevőinek lakóhely szerinti megoszlása jelentősen leszűkült 2023-ra, amelynek hátterében részben az állhat, hogy a helyi lakosok az előző évekből már ismerték a programot, így alternatív „ellátóhelyként” azonosították a programsorozatot. Utóbbit a szakmai megvalósítók visszajelzései is alátámasztják, miszerint számos, elsősorban az idősebb korcsoportba

tartozó résztvevő arról számolt be nekik, hogy „már várta, hogy újra legyen Egységpart, és részt vehessen a szűrővizsgálatokon”. A program harmadik évére az idős korcsoport és a helyi lakosok részvételi arányának növekedése rávilágít arra, hogy az „Egységpart” eredeti céljait szem előtt tartva szükséges a helyszínek, a programaktivitások felülvizsgálata, illetve a jövőbeli fejlesztési irányok alapos átgondolása. Az „Egységpart” program 2021-ben azzal a céllal indult, hogy a munkaképes korú, nyaraló magyar lakosság számára egy olyan helyen adjon az egészségükkel kapcsolatos információkat és szűrési lehetőségeket, ami alapvetően nem tekinthető egy klasszikus egészségfejlesztési színtérnek. A rendhagyó programhelyszín már önmagában is figyelemfelhívó, a Balaton-parti strandoknál megjelenő szűrő- és edukációs programok pedig a nyaralás (is) illeszkedő programelemeket, mint például a bőrgyógyászati szűrést, a nyaralás alatt is egészséges táplálkozást és a testmozgás népszerűsítését tartalmazzák. A programsorozat harmadik évére azonban a kitűzött célok több eleme kevésbé sikeresen valósult meg, hiszen csökkent a munkaképes korúak és a feltételezhetően nyaraló résztvevők aránya. Utóbbi hátterében felmerülhet, hogy a COVID-19 pandémia során a 2021–2022. években többen választhatták a hazai üdülőhelyeket.

A mobil egészségklinikák és szűrőközpontok számos előnye mellett azok jelentős korlátairól is érdemes szót ejteni. Bár az „Egységpart” szűrővizsgálati eredményei részben integrálhatók az EESZT-be, jelenleg nem megoldott a betegutak célzott elindítása és nyomon követése. Így végső soron az egészségügyi ellátás tovább fragmentálódhat, nehezítve ezzel a páciensek definitív ellátását [10,12]. Csakúgy, mint más mobil egészség- és szűrőközpontok működtetésénél, [12] az „Egységpart” esetében is kihívást jelent a biztos finanszírozási háttér, beleértve a szűrőbusz, a fogyóeszközök, az állandó kitelepülési berendezések és eszközök, a HR- és egyéb járulékos költségekhez szükséges anyagi és dologi források megteremtése, akár szponzoráció útján. A támogatások és szponzorációk fogadása során szükséges szem előtt tartani, hogy az életmód szempontjából káros iparági interferenciákat elkerüljük a népegészségügyi célú prevenció programok esetében. Kiemelt jelentőségű a dohányipar vállalati társadalmi felelősségvállalási tevékenységének elkerülése és denormalizálása, hiszen a dohányipar érdekei és a népegészségügyi szakpolitikák – beleértve a szűrő- és egészségedukációs programokat – között kibékíthetetlen ellentétek állnak fenn [23]. Szemben más, a dohányipar érdekeltségi körébe tartozó szervezet által támogatott hazai szűrőprogrammal, [24] az „Egységpart” programsorozat elkötelezett a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 5.3 cikkében megfogalmazott, bárminemű dohányipari interferencia elkerülését illetően [23,25]. Néhány további, „Egységpart”-ot is érintő logisztikai kihívásként említhető meg a megfelelő programhelyszín, illetve a kellő szakértelemmel és alkalmazkodóképességgel rendelkező humánerőforrás rendelkezésre állása, valamint egyes alapvető műszaki feltételek – például megfelelő sávszélességű internet, áramforrás, ivóvíz – biztosítása [12].

KÖVETKEZTETÉSEK

Az „Egészségpart” szűrő- és egészséggedukációs program-sorozatunk értékelését a bemeneti-folyamat-kimeneti indikátorok tengelyén végeztük, azonban a jövőbeli tervezésnek ezzel ellentétes utat kellene bejárnia. A kimeneti oldal, azaz a résztvevők jellemzői és igényei kell hogy meghatározzák a folyamat felépítését. A résztvevők esetenként változó összetételére és igényeire dinamikus reagálás szükséges, valamint elengedhetetlen a szakmai partnerségek akár évről-évre történő felülvizsgálata és a humán erőforrásallokálásának átgondolása.

A mobil egészségklinikák jövőbeli fejlesztési lehetőségei során szükséges szem előtt tartani azt, hogy szerepük különösen fontos lehet egészségbiztonsági események, például globális járványok, háborús helyzetek vagy az egészségügyet érintő kibebiztonsági incidensek esetén, amikor a hagyományos egészségügyi infrastruktúra túlterhelt vagy károsodott. Ebben az összefüggésben a mobil egységek gyorsan telepíthetők és rugalmasan igazíthatók a változó körülményekhez, így biztosítva az azonnali reagálást és az egészségügyi szolgáltatásokat kritikus helyzetekben. Továbbá a mobil egészségklinikák innovatív megközelítést kínálnak az alapvető preventív egészségügyi szolgáltatások kiterjesztésében is, különösen az egészségügyi ellátási sivatagokban. A digitális technológiák, mesterséges intelligencia, illetve a telemedicinás lehetőségek bevonása a mobil egészségügyi ellátásba vélhetően tovább növelheti a jövőben a minőségi egészségügyi ellátáshoz történő egyenlő hozzáférést.

Anyagi támogatás

A tanulmány elkészítését az Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium projekt (azonosítószám: RRF-2.3.1-21-2022-00006) keretében a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta.

Érdekeltségek

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki az „Egészségpart” program megvalósításában való közreműködésükért a következőknek: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ; Országos Kórházi Főigazgatóság; Dél-pesti Centrumkórház; Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház; Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőr-onkológiai Klinikája, Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézete, Népegészségtani Intézete; Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete; Magyar Fogorvostanhallgatók Egyesülete; Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem; Dr. Dózsa Katalin Mária – háziorvos; Dunántúli Regionális Vízmű Zrt. Köszönetünket fejezzük ki továbbá a Kulturális és Innovációs Minisztérium Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásáért (TKP2021-NVA-11), melynek keretében a mobil egészségközpontok egészségbiztonsági fejlesztési lehetőségeit vizsgálhatjuk.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] OECD; European Observatory on Health Systems Policies: Hungary: Country Health Profile 2023. 2023; <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5adc0e05-hu.pdf?expires=1707389283&id=id&accname=guest&checksum=39BB708A1AC6CB2B232BD72B2793917B> (Megtekintve: 2024.02.05.)
- [2] Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258):1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- [3] Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- [4] Központi Statisztikai Hivatal: European Health Interview Survey (EHIS) We can do for our health. [Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) Tehetünk az egészségünkért.] 2019; https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html (Megtekintve: 2024.02.05.) [Hungarian]
- [5] Bíró É, Szabó P, Kósa K: Health literacy of the Hungarian adult population. [A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége.] *Egészségfejlesztés*. 2022; 63(3): 3–11. <https://doi.org/10.24365/ef.8496> [Hungarian]
- [6] Gede N, Reményi Kiss D, Kiss I: Colorectal cancer and screening awareness and sources of information in the Hungarian population. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1): 106. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0799-1>
- [7] Olisarova V, Kaas J, Staskova V, et al.: Health literacy and behavioral health factors in adults. *Public Health*. 2021; 90: 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.011>
- [8] Csizmadia P: Definitions of health literacy. [Az egészségműveltség definíciói.] *Egészségfejlesztés*. 2016; 57(3): 41–44. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.68> [Hungarian]
- [9] Papp M, Kőrösi L, Sándor J, et al.: Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. *BMJ Open*. 2019; 9(7): e024957. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024957>
- [10] Greenwald ZR, El-Zein M, Bouten S, et al.: Mobile Screening Units for the Early Detection of Cancer: A Systematic Review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2017; 26(12): 1679–1694. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0454>
- [11] Krasnik V, Stefanickova J, Popov I, et al.: Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in Slovakia and Associated Risk Factors: A Mobile Clinic-Based Cross-Sectional Epidemiological Survey. *Seminars in Ophthalmology*.

- mology. 2018; 33(4): 506–511.
<https://doi.org/10.1080/08820538.2017.1316861>
- [12] Yu SWY, Hill C, Ricks ML, et al.: The scope and impact of mobile health clinics in the United States: a literature review. *Int J Equity Health*. 2017; 16(1): 178.
<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0671-2>
- [13] Bertoncetto C, Cocchio S, Fonzo M, et al.: The potential of mobile health clinics in chronic disease prevention and health promotion in universal healthcare systems. An on-field experiment. *Int J Equity Health*. 2020; 19(1): 59.
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01174-8>
- [14] Karácsony I, Bertókné Tamás R, Árváné Egri C, et al.: Summary of the Hungarian Mobile Health Screening Program data for 2021. [A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program 2021. évi adatainak összegzése.] *Orv Hetil*. 2023; 164(27): 1070–1076.
<https://doi.org/10.1556/650.2023.32763> [Hungarian]
- [15] Andréka L, Csenteri O, Andréka P, et al.: Health status and cardiovascular risk of Roma and non-Roma population in underprivileged settlements. [Egészségi állapot és cardiovascularis kockázat roma és nem roma populációban hátrányos helyzetű településeken.] *Orv Hetil*. 2023; 164(20): 792–799.
<https://doi.org/10.1556/650.2023.32747> [Hungarian]
- [16] Magyar Máltai Szeretetszolgálat: EFOP-1.8.24-22-2022-00002 - human resources development component of the Naszlady Attila Health Promotion Program. [EFOP-1.8.24-22-2022-00002 – Naszlady Attila Egészségfejlesztési Program humán erőforrás fejlesztés komponens.] <https://maltai.hu/efop182422202200002> (Megtekintve: 2024.02.05.) [Hungarian]
- [17] It is not even remotely possible – On the road to health. [Távrol sem lehetetlen – Az egészség útján.] *Máltai Hírek*. 2023; 29(4): 5–8. [Hungarian]
- [18] Barna I, Balogh Z, Daiki T, et al.: Hungary’s Comprehensive Health Screening Program 2010–2022. [Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010–2022.] *LAM*. 2023; 33: 1–44.
<https://doi.org/10.33616/lam.33.s10001> [Hungarian]
- [19] Hungary’s comprehensive health screening program 2010-2020-2030: Program information. [Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020-2030.: Programtájékoztató.] 2024 <https://egeszsegprog-ram.eu/program-tajekoztato> (Megtekintve: 2024.02.05.) [Hungarian]
- [20] Centers for Disease Control and Prevention Office of Policy Performance and Evaluation. CDC Approach to Evaluation. 2021; (Megtekintve: 2024.02.09.)
<https://www.cdc.gov/evaluation/approach/index.htm>
- [21] Jánosiné Canjavec J, Gellai N: Possibilities of exercise therapy at screenings implemented in mobil clinics (by screening bus). [A mozgásterápia lehetőségei mobilrendelővel (szűrőbusszal) végzett szűrővizsgálatokon.] *IME*. 2017; 16(7): 12–15. [Hungarian]
- [22] Szász O, Lengyel Z, Szalai G, et al.: Experiences of complex, mobile screening for melanoma and non-melanoma skin tumors in the Southern Transdanubian region. [Komplex, mobil szűrés során szerzett tapasztalataink melanoma és non-melanoma bőrtumороk vonatkozásában a Dél-Dunántúl régióban.] *IME*. 2010; 9(2): 42–44. [Hungarian]
- [23] Dohányzás Fókuszpont: WHO Framework Convention on Tobacco Control, Guidelines for the implementation of Article 5.3 Protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry. [A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi politikáknak a dohányipar kereskedelmi és egyéb anyagi érdekeltségeivel szembeni védelméről szóló 5.3 cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek.] https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_5_3_cikkhez.pdf (Megtekintve: 2024.02.05.) [Hungarian]
- [24] Hungary’s comprehensive health screening program 2010-2020-2030: Strategic partners. [Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020-2030.: Stratégiai partnereink.] 2024; <https://egeszsegprogram.eu/strategiai-partnereink> (Megtekintve: 2024.03.12.) [Hungarian]
- [25] Országgyűlés: Act III of 2005 on the Promulgation of the World Health Organization, Framework Convention on tobacco Control. [2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről.] *Magyar Közlöny*. 2005: 1076-1103. [Hungarian]

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Pénzes Melinda 2004-ben általános orvosként végzett a Szegedi Tudományegyetemen, 2009-ben megelőző orvostan és népegészségtan szakvizsgát, 2017-ben a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában PhD-fokozatot szerzett. 2007. óta dolgozik a Semmelweis Egyetemen, kezdetben az ETK Népegészségtani Intézetében, 2010-től az

ÁOK Népegészségtani Intézetében, 2022-től az Egészségügyi Menedzserképző Központban. A Semmelweis Egyetem Megelőző orvostan és népegészségtan Grémiumának tagja, Doktori Iskolájában témavezető. 2007-től számos hazai és nemzetközi népegészségügyi és dohányzással kapcsolatos kutatásban és projektben vett részt projektvezetőként, mentorként, szakmai tanácsadóként. Több hazai és nemzetközi tudományos folyóiratban rendszeresen lektorál, valamint bírálóbizottsági, illetve szerkesztőségi tag.



Jóni András Dániel 2021-ben rekreációs szervezőként és egészségfejlesztőként végzett a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetemen. 2018-tól a Semmelweis Egyetem EKK Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársa. 2022 óta vesz részt népegészségügyi projektek szervezésében, megvalósításában, kutatásokban. Az „Egészségpart”

programsorozatban kezdetektől fogva szervezőként és kivitelezőként közreműködik. 2023-tól a Semmelweis Egyetem egészségügyi menedzser MSc-képzés nappali szakos hallgatója.



Kenesei-Kalló Andrea népegészségügyi ellenőr, okleveles egészségpolitikai szakértő. 2013-ban kezdte pályafutását az Országos Egészségfejlesztési Intézetben, ahol az Egészségfejlesztési Irodákat összefogó országos projekt munkatársa volt. Pályája során további háttérintézményeknél dolgozott és lehető-



Árváné Egri Csilla tizenkét évig területi védőnőként, majd 16 évig vezető védőnőként dolgozott Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében. 2013-tól az Országos Tisztiorvosi Hivatal, majd a Nemzeti Népegészségügyi Központ által irányított európai uniós projektekben szakmai vezetőként dolgozott. Ezen projektek keretében a védőnői munkát segítő, támogató, új kompetenciát adó képzések valósultak meg, melyeknek tananyagfejlesztésében, szervezésében, megvalósulásában vett részt. 2020 júniusától a Szűrésiirányítási Főosztályon dolgozik, ahol a szervezett szűrések megvalósítása érdekében koordinációs feladatokat lát el, valamint a „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” programok végrehajtását irányította 2023. március 31-ig. Jelenleg feladatai között szerepel a szervezett lakossági prevenciós szűrőprogramok megvalósítása során a koordinációs, módszertani és szakmai felügyelet.



Gál Veronika 2005-ben kommunikációs szakember (újságíró), majd 2021-ben okleveles kommunikáció- és médiszakértő mesterdiplomát szerzett. Több mint 10 éves tapasztalattal rendelkezik a népegészségügyi kommunikáció területén, melyet az Országos Tisztifőorvosi Hivatalban, majd a Nemzeti Népegészségügyi Központban (ma Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ) és



Dr. Joó Tamás egyetemi docens, adatvezérelt egészségügyi szakértő, a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese. 2012-től 2014-ig az Egészségügyért Felelős Államtitkárságon kezdetben gazdasági elemzőként, majd egy ágazati vezetői információs rendszer kialakítását célzó uniós projekt szakmai vezetőjeként, végül az ágazatvezető személyi titkáráként tevékenykedett. 2014-től az EMK munkájában kezdetben senior egészségügyi közgazdászaként, jelenleg docenseként hazai és nemzetközi

Dr. Mikešy Gergely bemutatása az IME 2024. évi 1. lapszámában található a 33. oldalon.

Lengyel Lívía bemutatása az IME 2024. évi 1. lapszámában található a 24. oldalon.



Bertókné Tamás Renáta 2019 óta vezeti a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ Szűrésiirányítási Főosztályát. Közel 15 éve foglalkozik a népegészségügyi célú szervezett, valamint az opportunisztikus szűrésekkel. Nagy hangsúlyt fektet a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek átadására, a szűrővizsgálatokon való

részvétel fontosságának hangsúlyozására. Tanulmányait a Semmelweis Egyetemen, majd a Nemzeti Közszoigalati Egyetemen végezte.

sege volt az Európai Unió és a Norvég Alap által finanszírozott projektek világában különböző területeken tapasztalatot szerezni, mint például egészségfejlesztés, egészségkommunikáció, népegészségügy. 2023 óta a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársa, ahol hazai és nemzetközi népegészségügyi feladatokban és projektekben junior szakértőként és koordinátorként vesz részt.

gató, új kompetenciát adó képzések valósultak meg, melyeknek tananyagfejlesztésében, szervezésében, megvalósulásában vett részt. 2020 júniusától a Szűrésiirányítási Főosztályon dolgozik, ahol a szervezett szűrések megvalósítása érdekében koordinációs feladatokat lát el, valamint a „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” programok végrehajtását irányította 2023. március 31-ig. Jelenleg feladatai között szerepel a szervezett lakossági prevenciós szűrőprogramok megvalósítása során a koordinációs, módszertani és szakmai felügyelet.

az Állami Egészségügyi Ellátó Központban (ma Országos Kórházi Főigazgatóság) szerzett. Több hazai és nemzetközi népegészségügyi projekt kommunikációs feladatait koordinálta és vezette. 2019-ben külső kommunikációs szakértőként részt vett a WHO beltéri légszennyezők egészségkockázatának meghatározására szolgáló online eszköz fejlesztésében, melyhez a kockázatkommunikációs képzési anyagot készítette el. Jelenleg a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központban dolgozik.

projektek tervezésében és megvalósításában vesz részt, valamint digitális egészségüggyel, adattudománnyal, mesterséges intelligenciával, ipari befolyásolási technikákkal, egészségbiztonsággal és kibervédelemmel kapcsolatos területeken végzi kutatási, kurzusvezetői, oktatási és kormányzati szakértői feladatait. PhD-hallgatóként a dohányzás visszaszorítására irányuló intézkedések értékelését és további beavatkozási lehetőségek kutatását támogató innovatív adatvezérelt módszerekkel kapcsolatban végezte tanulmányait, doktori fokozatát 2022-ben szerezte meg. Tagja a Belügyminisztérium és a NAV mesterséges intelligencia munkacsoportjainak.