



**Egészségügyi kapacitások határon átnyúló fejlesztése Losonc  
és Salgótarján térségében**  
HUSK/1101/1.4.1/0053

**Határon át az egészség felé – a Salgótarjáni Járás Egészségterve**



**Szent Lázár Megyei Kórház**  
ALAPÍTVÁ: 1870

**Készítette: Herman Szabolcs**  
**2015.**

# Tartalom

Tartalom .....	2
Bevezetés .....	4
Vezetői összefoglaló .....	5
I. A kutatásról .....	7
1. Az általános, átfogó jellegű feladat .....	7
2. A probléma megfogalmazása .....	7
3. A kutatási célok .....	9
4. A kutatás lebonyolítása .....	10
4.1. Adat-, és információgyűjtés.....	10
4.2. A kutatás során ellátandó feladatok .....	10
II. Az egészség fogalma és értelmezése .....	10
1. Fogalmi meghatározások .....	10
2. A WHO általi egészség-meghatározás.....	11
2.1. Fizikai egészség.....	12
2.2. Intellektuális (mentális) egészség.....	12
2.3. Emocionális (érzelmi) egészség.....	12
2.4. Spirituális (lelki) egészség.....	13
2.5. Szociális egészség .....	13
2.6. Foglalkozási, munkahelyi egészség .....	14
2.7. Környezet és az egészség .....	14
III. A célterület bemutatása .....	14
1. A Salgótarjáni Járás általános jellemzése .....	15
2. A lakosság egészségi helyzete és az egészségügyi ellátás .....	17
2.1. Megbetegedési és halálozási mutatók.....	17
Okspecifikus halandóság .....	19
1. A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás.....	19
2. Keringési rendszer betegségei okozta halálozás .....	23
3. Légzőrendszer betegségei okozta halálozás.....	24
4. Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás .....	25
5. Külső okok miatt bekövetkezett halálozás .....	26
2.2. Egyes kiemelt életmódtényezők.....	27
2.3. A megyei háziorvosi daganatos megbetegedés adatainak elemzése – különös tekintettel a Salgótarjáni járásra.....	28

2.4.	Az egészségügyi alap-, és szakellátórendszer.....	32
IV.	Az egészségterv és annak elkészítése.....	37
1.	A stratégiai tervezés .....	37
2.	Az egészségterv .....	37
3.	Az egészségterv céljai.....	39
4.	Megközelítések.....	40
4.1.	Az egészségterv szintér alapú megközelítése.....	40
4.2.	Az egészségterv fejlesztési folyamatként történő értelmezése .....	41
4.3.	Az egészségterv mint ciklikus működési mód .....	42
4.4.	Az egészségterv mint dokumentum .....	44
5.	Módszertani támogatás az egészségtervek elkészítéséhez .....	48
5.1.	A közösségfejlesztés szerepe az egészségfejlesztésben.....	49
5.2.	A járás településterveinek elemzésének, értékelésének tapasztalatai.....	52
5.3.	Az Egészségkoalíció funkciója az egészségtervek létrehozásában .....	60
6.	Javaslatok az egészségtervek elkészítéséhez .....	64
	A folyamat egészére vonatkozó általános ajánlások.....	64
	Összefoglaló javaslatok az egészségtervek elkészítéséhez .....	64
	Egyéb javaslatok .....	66
MELLÉKLET.....		67
1.	sz. melléklet.....	67
	A kutatás során indokolt, vagy felhasznált adat-, és információforrások összefoglalása .....	67
2.	sz. melléklet.....	68
	A Járási Statisztika összefoglaló táblája a Salgótarjáni Járásról.....	68
3.	sz. melléklet.....	69
	Beszámoló a Népegészségügyi Program keretében megvalósuló szervezett szűrésekről.....	69
4.	sz. melléklet.....	71
	Mit, milyen fejezeteket tartalmaz egy állapotleírás? .....	71
5.	sz. melléklet.....	76
	Kulcsproblémák kiválasztása a közösségi szintér program összeállítása során .....	76
Felhasznált Irodalom .....		79

## Bevezetés

Az *egészségterv* a Salgótarjáni Járás, mint területi közigazgatási egység, és az azt alkotó települések, vagy kisebb településcsoportoknak is egy meghatározó dokumentuma, kiindulópontja. Ezen terv léte megalapozza a szemléletmód változást, az egészségügyi fejlesztéseket és nagymértékben hozzájárul a járási folyamatok hosszú távú tervezéséhez is.

Az *egészség* alapvető faktor az életünkben, hiszen minden értéktelenné, semmissé válik abban az esetben, ha nem vagyunk egészségesek. Az egészség önmagában és kizárólagosan nem csupán a betegségmentes állapotot, a betegség meglétének hiányát jelenti, hanem sokkal többet ennél. Az ember olyan globális –, de nem statikus - állapotát jelenti, amely a „jól-lét” fogalmát is beemeli az értelmezési keretbe, a gondolkodási miliőbe: ekkor a bőség egyaránt megjelenhet az egyén fizikai; érzelmi; intellektuális; lelki; munkahelyi; szociális és környezeti-kapcsolat tekintetű manifesztációjában.

Az egészség(i állapot) nem állandó hogylétet jelez. Folyamatosan és erőteljesen formálódó, csak a most, a jelen pillanatában „végleges” státuszról van szó. Mivel a körülöttünk lévő világ folyamatosan változik, így az egészséget felfoghatjuk olyan –speciális- egyéni alkalmazkodó készségnek is, amellyel a környezetükből érkező impulzusokra válaszolunk, reagálunk. Ez az állapot pedig különleges a tekintetben, hogy számos tényező befolyásolja azt (a külvilágunk színes alakulása).

Megfelelő szakismerettel *az egészség fejlesztésébe* bátran, bárhol belevághatunk. Ennek a fejlesztésnek nincsenek előre rögzített korlátai: mindegy hogy mikor, hogy hol is vagyunk, hogy éppen milyen közösséggel, milyen korosztállyal, stb. foglalkozunk. Ez a jól-léti állapot mindig fejleszhető, és mértéke minden egyéb mást meghatároz. Az egészség fejlesztése tehát egy szükségszerű elvárás és feladat, a tevékenység kereteit pedig a gyakorlatban a „minden” kategóriája jelöli ki: minden-kor; minden-hol; minden-ki. Ez az egyik alapismérve munkának, a másik jellegzetessége pedig az, hogy a fejlesztéssel minden-képpen hozzájárul(j)unk az élet minőségének javításához, eme sajátos alkalmazkodó készségünk csiszolásához.

A jelen tanulmány egy olyan produktum, amely ajánlásokat, javaslatokat is megfogalmaz a fejlesztéshez szükséges stratégia felállításához. Stratégia nélkül a fejlesztés nem lehet hatékony, így stratégiai tervezés nélkül a probléma feltárás és megoldás, az egyes irányok kijelölése, és az intervenciók elemek sem állhatnak össze koherens rendszerré. Az elemek szinergiája, az egymás hatásának erősítése és a katalizátori jellege így nem érvényesülne.

Tehát a *tervezési módszer* nem lehet más, mint ez: az egészség minőségének javítása érdekében – a jelen helyzetből, a problémákból és szükségletekből kiindulva - meghatározni a hosszabb távú terveket (stratégia) és javaslatokat tenni a cél elérését biztosító módszerekre, eszközökre is (taktika). A tervezési, fejlesztési folyamatnak alapvető célja a kistérség lakosságának, szereplőinek vonatkozásában a az egészség tudat szervezett formálása is. Mindezek alapján az egész folyamatra az „*egészségterv*” módszer alkalmazása a legindokoltabb.

## Vezetői összefoglaló

A World Health Organization (WHO; 1948) meghatározása szerint „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.”

Lokális szinten, a mindennapok területén értelmezve az egészséget befolyásoló tényezők a következők: egyéni megélése a mindennapok szabadságának; a lakó-, munkahelyi – és természeti környezet; a társas kapcsolatok és a társas támogatottság; az anyagi helyzet, valamint az értékek és ismeretek, tapasztalatok, valamint az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége.

Az egészségterv értelmezése összetett. A szintér alapú megközelítése alapján a problémák ott találhatóak meg, ahol a mindennapi élet is zajlik. Ezek azok a különböző szinterek, ahol a nehézségek halmozódva jelentkeznek. A problémák eltérő súlyosságúak és eltérő beavatkozási irányokat és különböző intenzitású akciókat követelnek ki maguknak. Az egészségterv fejlesztési folyamatként történő értelmezése alapján hasonlít ugyan más fejlesztési folyamatokhoz (közös bennük a stratégiai tervezés motívuma), de ennél fontosabb jellemzői azok, amelyek speciális jellegzetességként is meghatározóak. Központi elemek: a célcsoport igényei, mint kiindulási pontok, az érintett szintér fejlettségének a szintje, illetve az a minőségi elvárás, miszerint az egészségterv az egészség területén a jelen hiányosságokat ne növelje, hanem éppen visszaszorítsa azokat. Amennyiben az egészségtervre mint ciklikus működési módra tekintünk, akkor egy már jól működő egészségtervből indulunk ki. Ebben a helyzetben már a közösség képes arra –az ismeretei és tapasztalatai alapján -, hogy ez alapján további, egyéb fejlesztéseket is generáljon. A közösség belső kvalitása lesz az események további mozgatórugója. Végül az egészségterv mint produktum is értelmezhető, hiszen végleges formáját egy dokumentum alakjában nyeri el. Ebben a megközelítésben a terv öt lényeges fejezetére kerül a hangsúly, ezek: állapotleírás, problématerkép, stratégia, cselekvési terv, és visszacsatolás.

Az egészségterv céljainak meghatározása két szinten történik. Általános értelemben a közösségi, társadalmi jól-lét és a versenyképesség javításához járul hozzá az egészségterv. Amennyiben viszont a különleges céljaira fókuszálunk, akkor előtérbe kerül az egyes településeken, szintereken élők életminőségének és egészségi állapotának a javítása, a közösségek támogatása és a felszínre kerülő problémák adekvát megoldása.

Jelen tanulmány célja eredetileg egy járási egészségterv elkészítése lett volna. Azonban már a kutatás megkezdése előtt világossá vált, hogy ezen szándék elérése nem lesz sikeres, mivel a településcsoportos egészségtervekre jellemző alulról történő építkezés a Járásban nem valósult meg. Nem voltak jellemzőek a települési egészségtervek, nem voltak tervezői és csoportok és egységes akarat sem a járási szintű tervezés megvalósítására. Vagyis hiányoztak az alapfeltételei annak, hogy egy járási lefedettségű, a későbbi fejlesztésekhez is felhasználható alapidokumentum születhessen. Jelen esetben tehát amit és amennyit vállalhattunk, az a következő volt: a fellelhető és rendelkezésre álló járási információk és a szakma módszertani dokumentumai alapján megteremteti az alapfeltételeket a tervezés megkezdéséhez, vagyis az egymásra épülő struktúra kialakításához. Ezt a célt kifejezetten szolgálják azok az ajánlások, javaslatok is,

amelyek próbálják összefoglalni a tapasztalt hiányosságokból eredő feladatok sikeres elvégzésének kvalitatív elemeit.

A kutatás elején *hipotéziseket* alkottunk és a munka befejeztével megállapításokat tettünk a tekintetben, hogy mennyire voltak megalapozóak a kezdeti feltételezések. A kutatás korai szakaszában már bebizonyosodott, hogy a Salgótarjáni Járás települései általánosságban nem rendelkeznek települési egészségtervekkel: mindösszesen négy település terveiről tudtunk. A tervek elemzése és értékelése megvilágította azt a nagymértékű hiányosságot és káoszt, amely az egyes produktumok szakmai tartalmát is meghatározta. A települési egészségtervek legfeljebb közepes szintű szakmaiságot és következetességet tükröznek, az elvárt kritériumoknak nem képesek megnyugtatóan megfelelni. A települési egészségtervekben megfogalmazott feladatok az elmélet szintjén maradtak, a megvalósításukról nincsenek hiteles információink. A megvalósítás nyomon követése, a monitoring teljes egészében hiányzó terület, így az esetleg konkrétan megvalósítandó feladatok is veszélybe kerülhetnek. A megismert települési egészségtervek jelen állapotukban további tervezésre gyakorlatilag alkalmatlanok.

A Járásban 2009-ben létrejött a *Salgótarjáni Egészségkoalíció*, amely a környező településekhez és színterekhez kötődő egészségtervek szakmai koordinálására lett volna hivatott. A tömörülés gyakorlatilag érdemi szakmai tevékenység nélkül gyakorlatilag azonnal meg is szűnt, a kevéske működési tapasztalatok is feldolgozatlanok maradtak. A Koalíciónak a jövőben is nagy szerepe lenne az egészségfejlesztési folyamatokban, a megszületendő egészségtervek körüli bábáskodásban, a monitorozásban és visszacsatolásban egyaránt.

A majdani járási egészségterv megalkotásához a tanulmány végén ajánlások is szerepelnek, amelyek próbálják összefoglalni a tapasztalt hiányosságokból eredő feladatok sikeres elvégzésének kvalitatív elemeit. Szerepelnek köztük globális, a folyamat egészére szóló általános javaslatok és konkrét dedikálások is, amelyek az egészségtervek elkészítéséhez nyújtanak segítséget.

A tanulmány címe: *Határon át az egészség felé*. Jelen dolgozattal párhuzamosan elkészül a szlovákiai Losonc város környéki települések komplex egészségterve is. Pontosabban ott is hasonló megállapítások születtek a jelenlegi helyzettel, a felkészültség fokával kapcsolatosan. A feltételek ott sem ideálisak most még arra, hogy megalkossák a járási egészségtervet. A kutatók a munka során rendszeresen egyeztettek a célokkal, a módszertani eszközökkel és az elvárt eredményekkel kapcsolatosan. A tanulmányok is hasonló tartalommal készülnek, ott természetesen kiemelve a szlovákiai specifikumokat. A határon átnyúló együttműködések érdekében a járási egészségtervek elkészítésének időszakában szakmailag indokolt lenne a partnerek közti kommunikáció, az lehetőségek és eredmények megbeszélése, megosztása. Közös szakmaközi platform, információs és szakmai hálózat létrehozása és működtetése is szerepel az ajánlások között.

# I. A kutatásról

## 1. Az általános, átfogó jellegű feladat

Jelen tanulmány a két határ menti járás (Losonci és Salgótarjáni Járások) lakossága életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgálja, magában foglalva a kiinduló helyzet felmérését (állapotleírás-egészségkép), ennek alapján cselekvési terv kidolgozását és az egészségterv kommunikálásának fázisát. Megvalósításában minden érintett egyenrangú és aktív félként vesz részt, mivel a településeken élők közös akaratát összegzi.

Észak-magyarországon, a szlovák-magyar határon átnyúló egészségügyi együttműködések kezdeti fázisban lévők, erősen formálisak. Ahhoz, hogy ezen az állapoton túl lépjünk, meg kell ismernünk az európai fejlettebb gyakorlatot is. (Az Európában működő, határon átnyúló legjobb gyakorlatok összegyűjtése, mindenekelőtt a határon átnyúló egészségügyi együttműködési tevékenységek tartalmának, gyakorlati megvalósításainak ismertetése példák bemutatásán keresztül egy másik, önálló tanulmányban történik.)

## 2. A probléma megfogalmazása

A kistérségi egészségterv létrehozásával kapcsolatosan az alapvető probléma a következő. Az érintett célrégióban – a Salgótarjáni térség településein (kistérség, majd járás) – jelenleg még nem állnak rendelkezésre egy átfogó, komplex, adott településcsoportot érintő egészségterv elkészítésének a feltételei.

A kistérségi egészségterv elkészüléséhez szükséges tervezői folyamatok elemei egymásra épülnek, minden egyes lépcsőfoknak rendelkezésre kell állnia a végső produktum kialakításához.

A hasonló volumenű, érintettségű egészségtervek formai és tartalmi követelményeit az Országos Egészségfejlesztési Intézet <sup>1</sup>szakmai ajánlásai fogalmazzák meg és minőségbiztosítási folyamaton átvezetve az elkészült terv szakmai véleményezésére is sor kerülhet, amelyben a szükséges tartalmi elemeknek, módszertani kívánalmak teljesítésének is szerepelniük kell.

### **A legfontosabb és elvárt követelmények a következők.**

1. A kistérségi/járási, vagy településcsoportos egészségterveknek „*alulról kell építkezniük*”. Ez azt jelenti, hogy települési szinten is rendelkezni kell egészségtervekkel, illetve a célrégióban minél több egyéb szintérnek is legyen saját terve, pl. intézmények; munkahelyek (pl. Szent Lázár Megyei Kórház: rendelkezik ilyen tervvel); oktatási intézmények, stb. Amikor ezek a helység szintű alapidokumentumok már rendelkezésre állnak, akkor történhet meg a – közösségek bevonásával, közösségfejlesztési módszerekkel – a kistérségi terv elkészítése.

---

<sup>1</sup> <http://www.oefi.hu/>

*Az egészségterv csak alulról építhető<sup>2</sup>*



2. Az egészségterv formailag egy dokumentum, amelyet az adott szintér (szintér az a „hely”, ahol az egyén otthon és a problémák is „otthon vannak” és ahová várják a megoldásokat) szereplői és partnerei a közösség felhatalmazásával közösen készítenek el.
3. A tervnek *öt lényegi eleme van*, amelyek egyben tartalmi vázat is adnak a dokumentumnak: *állapotleírás – problématerkép – stratégia – cselekvési terv – visszacsatolás*. Jelen esetben viszont megállapítható, hogy részben tudjuk jelenleg kimeríteni ezeket a szakmai követelményeket.

A jelenlegi helyzettel kapcsolatos, a konkrét nehézségeket mintegy megelőlegezendően **hipotéziseink** a következők.

1. Általánosságban elmondható, hogy jelenleg az érintett települések jelentős része nem rendelkezik települési egészségtervvel, igazából nem ismerik annak célját, a tervezés módszerét és a kapcsolódó cselekvési tervben megfogalmazott feladatokat, köztétéseket. A megvalósítással és a visszacsatolási, monitoring folyamatok rendszerével, elvárásaival sincsenek tisztában.
2. A rendelkezésre álló települési egészségtervek szempontrendszerre nem egységes, és az elkészült produktumok is eltérő szakmai minőségűek.
3. A Kistérségben a meglévő települési egészségtervek hiányosságai mellett még az egyes szintereket érintő egészségtervek is ritkák, vagy hiányosak.
4. Az eddig megszületett egészségtervek (települési és szintereket érintő) cselekvési tervekben rögzítettek végrehajtása a gyakorlatban nem kezdődött el, vagy akadozik. A megvalósításuk nyomon követése, a folyamatok monitorozása nincs kidolgozva, nem működik.
5. Nem volt, vagy nincs elég forrás az egészségtervekben foglaltak megvalósítására. Legfeljebb a helyi stratégiák szintjén rekedtek meg a folyamatok.

<sup>2</sup> Solymosy József Bonifác, a OEFI főigazgató helyettesének előadása alapján (2012.05.25)

6. Az egyes egészségtervek jellegzetességei, erősségei és gyenge pontjai feldolgozatlanok maradtak, azoknak egymással történő összevetése nem történt meg.
7. A tervezésből és megvalósításból származó eredmények és tapasztalatok igazából visszacsatolatlanok maradtak és egységes kistérségi/járási egészségterv hiányában gyakorlatilag hatástalanok maradtak, a kistérségi egységes stratégia hiányában külön szálon futnak.
8. Járási, megyei szintű (szak)politikákra nem volt hatásuk a meglévő terveknek és a járási egészségterv hiánya miatt az egészség, mint fejlesztendő terület nem épülhetett be járási szinten a fejlesztési folyamatokba. Önmagukban további tervezésre így azok alkalmatlanok maradtak.

A fentiek alapján - előzetesen és általánosságban - az alábbi összegzést tehetjük. A klasszikus értelemben vett járási egészségterv jelenleg feladatban nem elkészíthető, csupán

e l ő k é s z í t h e t ő.

Ezt támasztja alá az a tény, hogy a járást érintő komplex egészségterv csak ütemezetten, több lépcsőben és a fenti „alapozó” dokumentumokat követően – az egyes fázisok egymásra épülésével - készíthető el. Másik fontos indok pedig az, hogy az alulról építkező – a helyi tervező közösségeket bevonó – tervezési struktúra is hiányzik, kiépítése és működtetése is alapfeltétele lenne a terv elkészültének.

### 3. A kutatási célok

A kutatás általános célja, hogy az e l ő k é s z í t e t t kistérségi egészségterv – a létrehozott és mozgósított közösségi erőforrások támogatásával – majd végső, kész állapotában hozzájáruljon a célrégió településeken élők életminőségének, ezen belül is egészségi állapotának javításához, fejlesztéséhez.

A kutatás konkrét céljainak megvalósítása *megalapozza a járási egészségtervet*: járási szinten státuszjelentést ad, összetett térségi *leírást* nyújt, feltárja a *problémákat*, a hiányosságokat és *javaslatokat* tesz a stratégiai szintű beavatkozásokra, amelyek megvalósításához *módszertani segítséget* is nyújt. Ezek a célok a következők.

1. Az egészségterv elkészítésével kapcsolatos módszertan határon átnyúló összehangolása
2. Helyzetfeltárás (a térségek komplex állapotleírása). A térség, a lakosság és a lakosság egészségi állapotának bemutatása; a betegségek előfordulásainak, betegség kockázatok elemzése, (statisztikai) elemzése, feldolgozása; a betegellátás gyakorlatának elemzése; a meglévő aktivitások, szolgáltatások összefoglalása és a meglévő egészségtervek (települési; színtér-specifikus) és egyéb fejlesztési dokumentumok elemzése, összegzése.
3. Az egészségterv program megalapozása. (problémadefiníciók és a jövőkép felvázolása).
4. Stratégia és cselekvési terv megfogalmazása. A feladatok megfogalmazása, ütemezése (a programozás) és az egészségterv kistérségeken belüli és határon átnyúló működtetéséhez szükséges szervezeti keretek meghatározása.

## 4. A kutatás lebonyolítása

### 4.1. Adat-, és információgyűjtés

Adat-, és információszolgáltatók az érintett szakemberek, szervezetek (egészségügy; közoktatás; szociális; döntéshozók; civilek) és az eddig elkészült (fejlesztési és egyéb) dokumentumok; statisztikai adatforrások. Az egészségterv elkészítéséhez a legfontosabb szereplők, adat-, és információszolgáltatók a következők.<sup>3</sup>

1. *Salgótarjáni Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézete*
2. *Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve*
3. *Országos Egészségfejlesztési Intézet és irodái*
4. *Települési önkormányzatok*
5. *Közoktatási intézmények*
6. *Egészségügyi és szociális, stb. szolgáltatók*
7. *Civil szervezetek*
8. *Központi Statisztikai Hivatal*
9. *Kistérség lakossága*
10. *Meghatározó szakmai szervezetek, intézmények, szakemberek, akik a kistérségi egészségterv el(ő)készítéséhez és fejlesztéséhez inputokkal tudnak hozzájárulni.*
11. *Egyéb járási, megyei adatszolgáltatók, adatbázisok*

A kutatási célok több szintűek, ezért többféle adat-, és információforrás bevonása volt indokolt.

### 4.2. A kutatás során ellátandó feladatok

A jelen dolgozatban - a végleges, nagy volumenű és összetett munkát igénylő, szakmailag megalapozott és közösségi tervezésen alapuló – Járási Egészségterv megalapozása zajlik. A megalapozó szakaszban számos módszer, adat-, és információgyűjtési technika, valamint hálózatosodási lehetőség/követelmény bemutatásra kerül. Ezek mellett javaslatokat is megfogalmazunk az egyes megvalósítási elemekhez és az elvárt eredmények eléréséhez egyaránt. *A kutatás során indokolt, vagy felhasznált adat-, és információforrások összefoglalása az 1.sz. melléklet-ben szerepel.*

## II. Az egészség fogalma és értelmezése

### 1. Fogalmi meghatározások

Az egészség fogalma a történelem során sokat változott. Az egészség nem más, mint a betegségek hiánya – mondták az orvoslás, a gyógyítás képviselői. Ez a gondolkodásmód már a 18. században kialakult és az un. *biomedikális, vagy hagyományos szemlélet* jellemzőjeként jelentkezett a betegség hiánya. Ezen szemlélet térnyerésének sokat kedvezett a

---

<sup>3</sup> A terv megalapozásának időszakában felhasznált adat-, és információforrások a felsorolásban *dőlt betűvel* lettek kiemelve.

természettudományok gyors fejlődése is: a kísérletezések felgyorsultak és az eredmények is gyakorlatiak lettek.

Egy másik megközelítésben – már napjainkban - az egészséget az egyén, a szubjektum véleménye alapján határozhatjuk meg – ez az un. *percepcionális modell*. Alkalmazási nehézsége, hogy az emberi kultúra sokszínűsége miatt az objektív egészség állapot nagymértékben eltérő szubjektív egészségérzetet jelenthet. <sup>4</sup> A nagy nemzetközi szervezetek ajánlásai között szerepel indikátorként a „vélt egészség” fogalma, viszont nemzetközi összehasonlításokban komoly problémát jelent az említett kultúrafüggő értelmezésbeli determináció.

A 20. század egyes szociológiai kutatásai alapján a biomedikális szemlélet teljesen háttérbe szorult, mivel az egészséget az egyéni működés épségét, az egyes társadalmi funkciók betöltésének mértékével, a funkciók ellátására szolgáló kvalitással azonosítják. Ez az un. *funkcionális megközelítés*, amely az egyes szerepek ellátására, a feladatok elvégzésére való teljesítőképesség állapotával azonosítja az egészség állapotát. Ez testi, lelki és szociális működésre és a közösségben való részvételre, illetve a környezethez történő alkalmazkodásra egyaránt értendő. A népegészségügy szempontjából az a megközelítés nagyon fontos, hiszen közvetlenül a lakosságtól, az emberek egyes csoportjaitól szerezhetők be információk az általuk ellátható tevékenységekkel kapcsolatban. A funkcionalitás mértékének apadása élesen körülrajzolja a következményként jelentkező betegségteher kontúrjait.

## 2. A WHO általi egészség-meghatározás

A World Health Organization (WHO; 1948) <sup>5</sup> meghatározása szerint „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.” Az egészségnek 7 különféle dimenzióját különböztethetjük meg és az egészség csak abban az esetben lesz maradandó, fenntartható, amennyiben az összes dimenziója a megfelelő szinten képes működni.

Az egészség, egészségmegőrzés dimenziói



<sup>4</sup> Design for a set of European Community Health Indicators. Final report by the ECHI Project, 2001. (kézirat)

<sup>5</sup> <http://www.md-health.com/Dimensions-Of-Health.html>

## 2.1. Fizikai egészség

A szervezet megfelelő működése. A fizikai egészség megőrzéséhez hozzájárul minden olyan tevékenység, amely segíti a test legjobb kondíciójának megőrzését.



- A jó fizikai egészség megtartásához fel kell ismernünk a szervezetünk nem megfelelő táplálkozásra és életmódra vonatkozó figyelmeztető jelzéseit.
- A szervezet legjobb kondícióba tartása hozzájárul az önkontroll és az önbecsülés megtartásához.
- A fizikai egészség megőrzését segíti a megfelelő mértékű pihenés, alvás, testmozgás és az egészségkárosító magatartásoktól való tartózkodás.

Mindenkinek tisztában kell lenni testsúlyával, vérnyomásával, vércukor- és koleszterin szintjével és optimális szinten tartásának fontosságával.

## 2.2. Intellektuális (mentális) egészség

Meg kell találni annak a módját, hogy kreatívak legyünk, és olyan ösztönző tevékenységeket végezzünk, amely lehetővé teszi általános egészségi állapotunk megőrzését.



Olyan tevékenységek, amelyek lehetővé teszik a magas szintű intellektus elérését:

- kitalálni és megérteni új ötleteket,
- gondozni és ösztönözni a szellemi fejlődést,
- bevonódás kulturális és intellektuális tevékenységekben.

Míndezek hozzájárulnak a saját kreativitásunk, probléma megoldó képességünk fejlődéséhez és segíti, hogy jobban megismerjük személyes érdeklődésünket valamint a körülöttünk lévő világot.

Ezáltal biztosíthatjuk napra készségünket, új ötleteket találhatunk ki, annak érdekében, hogy kielégíthessük intellektuális kíváncsiságunkat.

## 2.3. Emocionális (érzelmi) egészség

Az érzelmi egészség arra összpontosít, hogy figyeljünk az érzéseinkre, gondolatainkra, viselkedésünkre, beleértve a pozitív és negatív reakcióinkat:



- keresnünk kell az optimista életfelfogást, élveznünk kell az életet, az alkalmi csalódások ellenére is,
- alkalmazkodnunk kell a változásokhoz, és megfelelően kell kifejezni az érzelmeinket,
- szabadon kell kifejezni az érzéseinket, mialatt irányítjuk is ezeket és ez teszi lehetővé, hogy egészséges módon megbirkózzunk a stresszel.

Ha az egészséges utat választjuk, akkor:

- legyen pozitív hozzáállásunk (pozitív attitűd),
- meg kell tanulni a környezet menedzselését,
- az életben prioritások felállításával törekedjünk az egyensúly megteremtésére,
- fel kell fedoznünk, hogyan támogathatjuk érzelmeink pozitív kifejezését, fel kell ismernünk mások gondolatait és érzéseit.

#### 2.4. Spirituális (lelki) egészség

A lelki egészség magában foglalja azon nézetrendszerek és értékek felfedezését, amely célokat adnak életünknek. A különböző csoportok és egyének, különböző hitekkel, hiedelmekkel rendelkeznek, de az élet általános értelmének keresése alapvetőnek tekinthető, azért hogy harmóniában éljünk önmagunkkal és másokkal, tekintet nélkül arra a vonatkozási rendszerre, amelyet követni kívánunk.



Egészségesebbé tesz és életünk konzisztensebbé válik, ha megtaláljuk saját életünk értelmét, ami azt is lehetővé teszi, hogy elfogadjuk mások hitét és életértelmezését.

Az egészséges lelki élethez szükséges teendők:

- figyelembe kell venni saját döntéseinkhez és cselekedeteinkhez értékeinket,
- mindennap időt kell fordítanunk a pihenésre,
- el kell fogadni mások nézőpontját, véleményét,
- időt kell fordítani lelki életünk gondozására.

#### 2.5. Szociális egészség

A szociális egészség az emberek közötti interakciók (kapcsolatteremtési képességre) utal: önmagunk és mások elfogadása, tartalmas emberi kapcsolatok, minőségi kommunikációs készség. Ez lehetővé teszi, hogy családi és baráti támogató rendszert hozzunk létre. Aki jó szociális egészségre törekszik, annak számára fontosak a következők:



- harmóniában éljünk a környezetünkkel és másokkal,
- a közösségi jólétet a saját jólétünk fölé helyezzük.

Mit tehetünk a szociális egészségünkért:

- fejleszteni kell az egészséges kölcsönös függőségi kapcsolatokat, és így fejlődnek az egészséges magatartásformák is,
- egyensúlyt kell teremteni a környezet és a közösség között.

## 2.6. Foglalkozási, munkahelyi egészség

Fontos, hogy megtaláljuk az egyensúlyt, a harmóniát a szabadidő és a munkaidő között. A kollégáinkkal olyan kapcsolatban kell állnunk, amely biztosítja a munkahelyen is az egészséges légkört és a hatékony munkavégzést. Az időnk nagy részét munkahelyen, munkában töltjük, ezért fontos, hogy találjunk olyan céltudatos elfoglaltságot, amelyet szeretünk csinálni.



- Élvezük a mindennapokban a munkát, amit végzünk
- Érezzük úgy, hogy nyíltan beszélhetünk a munkáltatóval és kollégákkal.
- Dolgozunk elfogadható munkaterheléssel.

## 2.7. Környezet és az egészség

Ez a természeti, fizikai környezet és az egészség kapcsolatát jelenti. A környezet jelentős hatást gyakorol az általános egészségi állapotunkkal kapcsolatos érzésekre. Mit tehetünk azért, hogy egészséges környezetben élhessünk?



- Élünk harmóniába a környezettel.
- Tegyük környezetünk megóvásáért.
- A környezeti hatásoktól való védekezés során, minimálisra kell csökkenteni a károsító magatartás-formákat, tevékenységeket.
- Fel kell ismernünk mindennapi tevékenységünk hatásait a környezetre.
- Felelős életet kell élni a rövid és hosszú távú környezeti szükségletek figyelembe vételével.

## III. A célterület bemutatása

Az alábbi szakaszban a járás általános bemutatása után, ennél nagyobb figyelmet és terjedelmet szentelve kíséreljük meg szemléltetni a településcsoport lakosságának egészségi helyzetét és a járás egészségügyi ellátását. A fejezetben elsőként kitérünk a járás legfőbb általános mutatóira: települések; demográfia, foglalkoztatási helyzet, stb. A lakosság egészségi helyzetének leírása a megbetegedési és halálozási mutatók által generált információkon alapulnak. Emellett betekintést nyerhetünk még az egyes kiemelt életmód tényezőkbe, a háziorvosok lejelentett adatainak daganatos megbetegedés adatainak elemzésével a megye és a járás daganatos megbetegedési helyzetébe és felvázolásra került még a tanulmányban az egészségügyi alap-, és szakellátórendszer is. *A megvalósított szűrések pedig a 3.sz. melléklet-ben megtalálhatóak.*

Az egészségi helyzettel kapcsolatos ismertetés elsősorban két meghatározó tanulmány - és az egyikben még kutatás is -, valamint a jelen dolgozathoz elkészített interjúk (járásai tisztifőorvos; járási vezető védőnő) leírt anyagain, eredményein alapul. A két dolgozat önmagában is meghatározó, nagy volumenű, megkerülhetetlen és gyakorlatilag friss adatokat tartalmazó szakmai termék.

A szerepeltetett adatoknál újabbak teljes körű beszerzése és feldolgozása nem feladata a jelen megbízásnak, az egyes interjúk kérdéseibe beleszöve kaphattunk legfrissebb információkat az egyes területekről, pl. orvosi ellátás, védőnők, stb.

*Fontos! A majdan megvalósuló Járási Egészségterv készítőinek viszont nem lesz megspórolható az a feladat, hogy az állapotleírás kereteit megtöltsék majd a frissen be-/lekért adatokon és azok feldolgozásán alapuló státuszjelentéssel.*

A dolgozat jelen fejezetében tehát az alábbi két tanulmány volt az, amely meghatározta a járási egészséghelyzet és az egészségügyi ellátás bemutatását. Az egyik a „Salgótarjáni kistérség lakosságának egészségi állapota és a szervezett szűrések területi eredményei” című dolgozat<sup>6</sup> Az írásban 2003-2008-as adatok szerepelnek, a tanulmány részletes és teljes, a Salgótarjáni Kistérségre fókuszál. A másik, egy előzőnél is átfogóbb és részletesebb írás Nógrád Megyére vonatkozóan tesz bemutatásokat, megállapításokat és egy tájékoztató formájában született meg 2014-ben: *Tájékoztató Nógrád Megye Közgyűlése számára „Nógrád megye egészségi helyzetéről”* címmel.<sup>7</sup> A szerzők jellemzően 2012-es, vagy annál frissebb adatokkal dolgoztak, illetve ötéves összevont adatokkal is számoltak.

Jelen írásunkban próbáltunk párhuzamot is vonni a két anyagban szereplő tendenciák megvilágosítására.

## 1. A Salgótarjáni Járás általános jellemzése

Nógrád Megye lakosainak száma 2012.12.31-én 200.755 fő volt, népsűrűsége (79 fő/km<sup>2</sup>). A településszerkezetben alapvető változás nem történt, a megyére továbbra is a kis lélekszámú falvak a jellemzőek. A megye legnépesebb járásában, a Salgótarjáni járásban 29 település található<sup>8</sup>, viszont 2013 előtt 24 helységből állt az akkori Salgótarjáni Kistérség. Területe 525 km<sup>2</sup>, a lakosság száma pedig 64.504 fő (2013), vagyis csaknem minden harmadik Nógrád megyei lakos a járásban él. Az átlagos népsűrűség 122,7 fő (2011), a megyei átlag 78,2, tehát a megyénél másfélszer sűrűbben lakott ez a terület együttes. A lakosság száma tíz esztendő alatt több mint egytizedével csökkent. A természetes fogyás mértéke 544 fő.

---

<sup>6</sup> Salgótarjáni kistérség lakosságának egészségi állapota és a szervezett szűrések területi eredményei – Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi Regionális Intézete 2010.május. Összeállította dr. Papp Zoltán

<sup>7</sup> Tájékoztató Nógrád Megye Közgyűlése számára „Nógrád megye egészségi helyzetéről” – Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, készült: 2014. június 6. Összeállította: Dr. Surján Orsolya megyei tisztifőorvos; Feketéné Dr. Zeke Ildikó megyei tisztiorvos; Bertókné Tamás Renáta; Ferenczné Antal Gabriella; Katkó Orsolya; Kiszé Bábólnai Katalin; Kosztovics Ottóné; Lilinger Éva; Megyes Márta; Váczi Ferenc; Váczi Ferencné; Zsidai Diána  
[http://www.nmkh.hu/nmkh25/images/dokumentumok/2014/Nograd\\_megyei\\_Kozgyules\\_2014.pdf](http://www.nmkh.hu/nmkh25/images/dokumentumok/2014/Nograd_megyei_Kozgyules_2014.pdf)

<sup>8</sup> A járás illetékességi területe: Bárna, Cered, Egyházasgerge, Etes, Ipolytarnóc, Karancsalja, Karancsberény, Karancskeszi, Karancslapujtó, Karancsság, Kazár, Kisbárkány, Kishartyán, Litke, Lucfalva, Márkháza, Mátraszele, Mihálygerge, Nagybárkány, Nagykeresztúr, Rákócziabánya, Ságújfalva, Salgótarján, Sámsonháza, Somoskőújfalva, Sóshartyán, Szilaspopony, Vizslás, Zabar.



A foglalkoztatási tendenciák a megye adataihoz hasonlíthatók, viszont kiemelendő, hogy a járási pályakezdő álláskeresők aránya egy év alatt az egyötödével emelkedett (21,7%), míg az országos tendencia 10,1%-os csökkenést mutat. A pályakezdők aránya is magasabb az álláskeresőkön belül (14,1%), mint azt országosan mérték.

A Járási Statisztika szerint<sup>10</sup> az egy adófizetőre jutó személyi jövedelemadó alapot képező jövedelem 1607 ezer Ft; a nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma 319,1 fő/ezer lakos. A rendszeres szociális segélyben részesítettek átlagos száma 9 fő/ezer lakos. A települések 89,7%-a rendelkezik óvodával, valamint általános iskolája van a települések 58,6%-ának. A járásban regisztrált vállalkozások száma pedig 108 ezer lakosra vetítve. *A járásról összefoglaló tábla a 2.sz. melléklet-ben megtalálható.*

Még egy adat. 2012-ben a Salgótarjáni Kistérség komplex mutatójának értéke 2,72 volt, amely a magyarországi kistérségek rangsorában a 101. helyre volt elegendő. A komplex mutatók frissítésre kerültek (2012) és megalapozták a járási fejlettséget tükröző mutatót.<sup>11</sup>

## **2. A lakosság egészségi helyzete és az egészségügyi ellátás**

A bemutatás alkalmával a két nevezett tanulmányt vettük alapul és a két vizsgált időszakot próbáltuk összekötni azzal, hogy ahol lehetett, vagy érdemes volt, ott időbeni összehasonlításokat tettünk, tendenciákat mutattunk be. A leírásban emellett megtalálhatóak még a jelen tanulmányhoz elkészített interjúk releváns részei is.

### **2.1. Megbetegedési és halálozási mutatók**

A megbetegedési és halálozási mutatók összehasonlító elemzésének összetett eredménye van. Az adatok vizsgálata hozzájárul ahhoz, hogy részletesen megismerhessük a lakosság egészségi állapotát és az egészségügyi ellátórendszer működését. Emellett az elemzés segítséget nyújt a háttérben húzódó okok feltárásához és a veszteségek minimalizálására irányuló intervenciós stratégiák megalkotásához. Olyan helyi sajátosságokra is rámutat az elemzés, amely lokális beavatkozási, prevenciós akciókat generálhat.

A megyében a vezető halálokok sorrendje nem tér el az országos mutatóktól. A keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések a vezető halálokok.

Megyei vonatkozásban a nők háromötöde, a férfiak csaknem fele keringési betegségek következtében, és minden ötödik nő, illetve minden negyedik férfi valamely daganatos betegségben hal meg.

---

<sup>10</sup> <http://www.jaras.info.hu/lap/salgotarjani-jaras>

<sup>11</sup> A Gazdaság-és Vállalkozáskutató Intézet kimutatása alapján. [gvi.hu/dl.php?file=306&type=research](http://gvi.hu/dl.php?file=306&type=research)

A vezető halálokok korcsoportos bontása alapján megállapítható, hogy a 39 évnél fiatalabb lakosok esetében jellemzően külső okokra vezethetők vissza a halálesetek, míg az ennél idősebb, de 60 éves életkort el nem érők esetében már a betegségek is jellemzőek: legfőképpen a nőknél a daganatok, férfiaknál az emésztőrendszer betegségei okozzák az elhalálozást. A 60 évnél idősebbek esetében a vezető halálozási ok leginkább a keringési betegségekből eredeztethető.

### **Halálozási Mutatók Információs Rendszere**

A megyei lakosság halálozási helyzetének bemutatása az okspecifikus halálozás ismertetésével folytatódik.<sup>12</sup> A terület nemenkénti bemutatása megalapozza a betegségekkel kapcsolatos befolyásoló tényezők redukálását. A visszaszorítás alternatívái az elsődleges-, másodlagos-, vagy harmadlagos prevenció formáiban jelennek meg.

**Az egyes prevenciók területek jellemzői**

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>lényege</i>	<i>helye</i>	<i>hatókör</i>	
Elsődleges (primer)	bármilyen tevékenység a kockázati tényezők elhárítására	... alapellátás szereplői	betegségmegelőzés	
		... keretein kívül	egészségfejlesztés	
Másodlagos (szekunder)	betegségek, jelzések korai szakaszú felismerése	egészségügyi ellátás ...	időbeni kezelés	
Harmadlagos (tercier)	károsodások súlyosbodásának megállítása, csökkentése		... keretein belül	gyógykezelés
				rehabilitáció

A korai, vagy idő előtti halálozásnak (65 év alatt) kiemelt jelentősége van. Az okspecifikus halálozások elemzése is a 15-64 éves korosztályra épül. Egy települési egység lakosságcsoport (település, régió, stb.) egészségi állapotát legelőször ezzel a mutatóval ragadják meg. A korai halálozáson belül az elkerülhető halálozás kategóriája a gyógyítás által befolyásolható eseteket.

<sup>12</sup> 2013-ban az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (továbbiakban: OTH) létrehozta a Halálozási Mutatók Információs Rendszerét (továbbiakban HAMIR). Az elemzések során a halálozások és megbetegedések területi különbségeinek vizsgálatok szükséges az egyes zavaró tényezők (pl: különböző koreloszlás a vizsgált területeken) kiküszöbölése. Ennek egyik módja a standardizálás. A HAMIR programban nem csak nyers adatok érhetőek el, hanem megfelelő statisztikai módszerekkel standardizált és stabilizált halálozási hányadosok (SHH). Ezek azt mutatják meg, hogy a tényleges halálesetek száma, hogyan aránylik a várható halálesetszámhoz (ami akkor lett volna várható, ha a vizsgált populációban a korszpecifikus halálozási arányszámok olyanok lettek volna, mint a standard országos – populációban). A HAMIR program az adatok stabilizálására az évek összevonását alkalmazza, ezért az elemzések nem a 2012. évről, hanem öt év összevont adataiból származnak.

## Okspecifikus halandóság

### 1. A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás

A rosszindulatú daganatok okozta halálozás halálloki súlya a második leggyakoribb halálok országos és megyei szinten egyaránt. *A járás területén 2008-ban ez volt a korai halálozás vezető halálloka.* Olyan genetikai betegségről van szó, amely az arra fogékony személyek szervezetében karcinogén (rákkeltő) környezeti hatások során alakul ki. A *nők* esetében a megyei adatokat tekintve megállapítható, hogy a Salgótarjáni –és Szécsény – *járas egyes településein magasabb halálozással* számolhatunk. A férfiak esetében az egész megyében az országos átlagot meghaladó adatok állapíthatók meg.

#### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a daganatos betegségek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	betegségmegelőzés	Az egészséges környezet és az egészséges életmód megteremtése.
Másodlagos (szekunder)	egészségfejlesztés	
	időbeni kezelés	szervezett szűrőrendszer kialakítása és működtetése
	gyógykezelés	onkológiai központok, diagnosztika, komplex gyógykezelés, és rehabilitáció
Harmadlagos (tercier)	rehabilitáció	

### Légcső- hörgő és tüdő daganatok (C33-34)

Ezen daganatos betegségek okozta korai halálozási tendenciák a megyét két részre osztják. A keleti járásokban magasabb a halálozás az országos átlaghoz képest, a megye nyugati részében viszont alacsonyabb annál. A légcső- hörgő és tüdő daganatok vezető szerepet játszanak a halálloki csoporton belül. *A Salgótarján környéki terület női lakossága* esetében (2008) jelentősen *kedvezőtlenebbek* a mutatók, mint országosan. *A férfiak* esetében az országos átlaghoz közeli érték szerepel.

#### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a légcső- hörgő és tüdő daganatos betegségek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	betegségmegelőzés	dohányzás visszaszorítása, elhagyása, légszennyezés csökkentése (közlekedés, ipar)
Másodlagos (szekunder)	egészségfejlesztés	
	időbeni kezelés	behatóroltak a lehetőségek: a korai szűrés fejlesztése
	Harmadlagos (tercier)	
rehabilitáció		

### Az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatai (C00-14)

A betegségecsoport általános jellemzői. A halálozás jelentősen emelkedett az utóbbi 30 évben; zömében olyan daganatok, amelyek már rákmegelőző állapotban könnyen felismerhetők a szájüreg egyszerű, gondos áttekintésével; jelentős részüket a beteg is felismerheti; időben felfedezett és kezelt esetek 80%-ában gyógyítható.

A korai halálozás mértéke a *nők* esetében az egész megyében magasabb, mint az országos átlag. A salgótarjáni járás keleti részein kedvezőtlenebb a helyzet, mint a településcsoport más területein, ráadásul 2008-ban a jelenleginél kedvezőbb volt a helyzet a járás akkori területén.

A *férfiak* esetében kevésbé homogén képet kapunk, a *megyeszékhely és környéke kedvezőbb mutatókat* (akár -20%) produkál, míg a megye nyugati települései hasonló mértékben meg is haladhatják az országos átlagot.

#### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatos betegségeinek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>		<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	betegségmegelőzés	dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás kerülése, megfelelő szájhigiéne, egészséges táplálkozás, hatékony fogászati prevenció
Másodlagos (szekunder)		egészségfejlesztés	
Harmadlagos (tercier)		időbeni kezelés	korai kiszűrés, korai beavatkozás fejlesztése
		gyógykezelés	
		rehabilitáció	

#### *Colorectalis carcinoma (C18-21)*

Egy komplex csoportról van szó (vastagbél, szigmabél-végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anuscsatorna rosszindulatú daganatai) A betegségrcsoport általános jellemzői: kialakulásukban kiemelt szerepe van pl. egyes táplálkozási tényezőknek (fokozott energia-bevitel, túlzott zsírfogyasztás, telített zsírsavak túlsúlya, kevés ételmi rost bevitel), a fizikai inaktivitásnak, mely életmódtényezők primer prevencióval befolyásolhatók. A WHO ajánlása szerint végzett vizsgálatok megfelelően alkalmazva nagyban csökkentheti a halálozást.

A 15-64 év közötti Nógrád megyei *nők* tekintetében *nincs eltérés* az országos átlagtól, a *férfiak* esetében az egész megye halálozási arányszáma *magasabb*, mint az országos átlag. A salgótarjáni járás településeinek *értékei belesimulnak* a megyei és az országos adatokba.

#### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a Colorectalis carcinoma csoport daganatos betegségeinek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>		<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	betegségmegelőzés	egészséges táplálkozás – túlzott hús-és állati zsiradék fogyasztásának kerülése, rostúsabb táplálkozás; mozgásszegény ülő életmód helyett rendszeres fizikai aktivitás
Másodlagos (szekunder)		egészségfejlesztés	
Harmadlagos (tercier)		időbeni kezelés	a korai kiszűrések és korai invazív beavatkozások
		gyógykezelés	
		rehabilitáció	

### **A női emlő rosszindulatú daganatai (C50)**

Magyarországon a leggyakoribb női daganattípusról van szó. Az emlőrák okozta halálozás mérséklésére, a rendelkezésre álló stratégiák közül ez idő szerint a korai felismerés és a korai kezelés a legígéretesebb eljárás.<sup>13</sup> A vizsgálatok Nógrád megyére az országosnál kedvezőbb helyzetet mutatnak, viszont 2002-2006 közti időszakban a *Salgótarjáni kistérségben élő 15-64 éves nők körében a halálozás jelentősen meghaladta a hazai átlagot.*

### **A méhnyakrák (C53)**

A méhnyakrák okozta halálozás hazánkban a 80-as évek eleje óta csökkenő tendenciát mutat, melyet a 1992 és 1998 között tapasztalt kismértékű emelkedés váltott fel. A megyére az országos átlaghoz közelítő adatokhoz képest kismértékű pozitív eltérés található.

A 2008-as kistérségi kutatásból az derül ki, hogy az azt megelőző időszakban *Salgótarján és környékének települései esetében a korai halálozás tekintetében alacsonyabb volt az SHH értéke, mint az országos viszonyítási alap (ugyanebben az időszakban viszont 3 nógrádi kistérségben az országos átlagnál magasabb halálozási arányszámot regisztráltak)*

#### **A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a női emlő és a méhnyak rosszindulatú daganatos betegségeinek visszaszorítására**

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	betegségmegelőzés	Emlőrák. A zsírdús táplálkozás, az elhízás, a túlzott alkoholfogyasztás, a fogamzásgátlók szedésének kerülése.
	egészségfejlesztés	Méhnyakrák. Genitális fertőzések kerülése, megfelelő személyi higiéné, szociális helyzet javítása, fiatal női lakosság oltásának támogatása.
Másodlagos (szekunder)	időbeni kezelés	A szervezett szűrővizsgálat hatékonyságának növelése, a korai kiszűrés és invazív beavatkozás
Harmadlagos (tercier)	gyógykezelés	
	rehabilitáció	

### **A prosztata rosszindulatú daganatai (C 61)**

Egy speciális férfi probléma: a prosztata daganatai. A betegségcsoport általános jellemzői: a prosztatarák – a fejlett országokban a gyakoribb daganatok közé tartozik. Előfordulása térbeli eltéréseket mutat (pl. Észak-Európa fokozott érintettsége), melynek hátterében a genetikai, környezeti és életmódbeli csoportba tartozó rizikótényezők állhatnak. Nem befolyásolható rizikó tényezőként szerepel a kor: a kórkép jellemzően az ötödik évtizedben kezdődik és gyakorisága az életkorral növekszik, feltehetően az időskori endocrin változásoknak köszönhetően. Az egészségfejlesztési tevékenység által befolyásolható tényezők az életmóddal kapcsolatosak, melyek közül a túlzott zsírfogyasztás és a dohányzás érdemel kiemelt figyelmet. Mivel lassan növekvő, hosszú ideig panaszt még nem okozó betegségről van szó, megfelelő idő áll rendelkezésre a korai felismerésre. Ebben a stádiumban teljes gyógyulás, hosszú túlélés biztosítható

<sup>13</sup> A szakemberek véleménye szerint az emlőszűrés tulajdonképpeni céljának eléréséhez – a tünetmentes, 10 mm-nél nem nagyobb átmérőjű, még nem tapintható emlőrák kimutatásához – szükséges feloldóképességgel a mammográfia rendelkezik.

Nemzetközi összehasonlításban hazánk az EU-s átlag alatt áll (közel -20%) a felismert új esetek tekintetében, viszont a halálozási átlagaink meghaladják az EU átlagot (+10%).

Nógrád megye járásait többnyire a hazai átlag alatti halálozás jellemzi, egyedül a *Salgótarjáni kistérség* területén volt látható 2004-2008 között olyan *emelkedett halálozás*, amely mögött a véletlen szerepe kellő biztonsággal elvethető.

### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a a prosztata rosszindulatú daganatos betegségeinek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>		<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	<b>preven</b> <b>ció</b>	betegségmegelőzés	Túlzott zsírfogyasztás kerülése, zöldségben, gyümölcsben gazdag étrend.
Másodlagos (szekunder)		egészségfejlesztés	
Harmadlagos (tercier)		időbeni kezelés	Korai kiszűrés és kezelés.
		gyógykezelés	
	rehabilitáció		

A kihelyezett szűrések létjogosultságát alátámasztja az esetenkénti nagy érdeklődés is, mely alapvetően a szűrés ingyenességéből, és könnyű hozzáférése miatt (rendelési időn túl, akár hétvégén is, esetenként egészségügyi intézményen kívül) ered.

### **Összefoglalás**

A daganatos betegségek megelőzésében fontos a folyamatos komplex egészségfejlesztési tevékenység különböző szintereken - a lakosság minél szélesebb rétegét megcélozva.

### A feladatok (lehetőségek) és eredmények

Elsődleges (primer) prevenció
<p>Az általános kockázati tényezőket tudatosítani kell: túlsúly, mozgásszegény életmód, dohányzás- és alkoholfogyasztás, személyi higiéné.</p> <p>Bizonyos daganattípusok esetében kiemelt jelentőséget kap a dohányzás és az alkoholfogyasztás: légső-, hörgő és tüdő daganatok, ajak- szájrégi daganatok. A colorectalis daganatok tekintetében a helyes táplálkozás.</p> <p>A megyei háziorvosok leterheltsége miatt az elsődleges prevenció kevésbé tud megvalósulni.</p> <p>A települési rendezvények, egészségnapok (kezdeményezők: önkormányzatok és civil szervezetek) figyelemfelkeltő hatásúak lehetnének (segítenék az egészséges táplálkozás és a rendszeres mozgás életmóddá válását).</p> <p>A népegészségügyi és tisztiorvosi szolgálat e rendezvényeken való aktív együttműködés mellett elsődlegesnek tartja a fiatal korosztályban végzett egészségfejlesztési tevékenységet. Az országban elsőként Nógrádban indult meg az úgynevezett E-Bug program, mely játékos formában, szemléletes képekkel illusztrált nevelő, oktató internetes portál.<sup>14</sup></p> <p>Új szolgáltatásként, lehetőségként jelent meg 2014-ben a HPV (humán papilloma vírus) karcinogén típusai elleni védőoltás a 7. osztályos lányok körében.</p>
Másodlagos (szekunder) prevenció
<p>Fontos a korai szakaszban történő felismerés, a szűrés. Szervezett népegészségügyi szűrés keretében lehetőség van az emlőrák, a méhnyakrák és Nógrád megyei mintaprogram keretében a colorectalis daganatok korai kiszűrésére.</p> <p>A szűrési lehetőségeken való alacsony részvételi arány növelése érdekében a népegészségügyi szakemberek felvették a kapcsolatot a háziorvosokkal, ápolókkal, védőnőkkel és a polgármesterekkel. Lehetőség van csoportos beutazásra, és egészségnapokhoz kapcsolódva is meg tudják a szűréseket szervezni.</p> <p>Az érintettek közreműködésével sikerült növelni a részvételi arányt. Kiváló példa erre Varsány település, ahol a mammográfián több mint 90 %-os megjelenést értek el - a falugondnok aktivitásának köszönhetően.</p>
Harmadlagos (tercier) prevenció
<p>A már kiszűrt betegek megfelelő kezelése, rehabilitációja.</p>

<sup>14</sup> <https://www.antsz.hu/nepegeszsegugy/ebug>

## 2. Keringési rendszer betegségei okozta halálozás

A keringési rendszer betegségei népegészségügyi jelentőségét halálloki súlya is alátámasztja, hiszen 2006-ban a férfiak és nők összhálózásának több mint 30%-át okozta!

A két legfontosabb körkép a magas vérnyomás, agyérrendszeri betegségek és ischaemias szívbetegségek csoportja. Ez a 15-64 éves korcsoportban az elkerülhető halálozások közé tartozik.

A nők esetében a keringési rendszer betegségei okozta halálozás az egész megyében magasabb, mint az országos átlag. A megye keleti és legnyugatibb részeiben jelentős mértékű eltérés figyelhető meg. *A férfiak esetében Salgótarján - valamint Pásztó és Bátorterenyre - járásban magasabb a halálozás, mint az országban átlagosan.* Ezekben a területi egységekben a halálozás emelkedése figyelhető meg.

A magas vérnyomás jelentősége kettős, egyrészt magas prevalenciájú népbetegség, másrészt több cardiovascularis betegség rizikófaktora.

A nők tekintetében a magas vérnyomást és az ezzel szoros összefüggésben lévő agyérbetegségek okozta halálozás megyei értékei jóval meghaladják az országos átlagot. A férfiak esetében is magasabb – kicsivel mérsékeltebb, mint a nőknél - a halálozási arány, mint országos szinten. A Salgótarjáni járásban *mindkét nem tekintetében is az agyérrendszeri betegségek következtében bekövetkezett korai halálozások mértéke legalább 20-30%-al meghaladja az országos átlagot.*

### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a magas vérnyomás és az agyérbetegségek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>		<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	betegségmegelőzés	az egészséges táplálkozás, testmozgás, dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítása, egészségfejlesztés az oktatásban és nevelésben
Másodlagos (szekunder)		egészségfejlesztés	
Harmadlagos (tercier)		időbeni kezelés	a magas vérnyomás szűrés hatékonyságának növelése
		gyógykezelés	a magas vérnyomás betegségben szenvedők megfelelő kezelése, a stroke betegek gyors beszállítása és adekvát profilú osztályokon való kezelésre, és a rehabilitációs lehetőségek
		rehabilitáció	

Az ischaemias szívbetegség okozta korai halálozás a megyében inhomogenitást mutat. A nők esetében a nógrádi halálozási adatok az országosnál sajnos sokkal rosszabbak. A férfiaknál jobb a helyzet, de a Salgótarjáni és Bátorterenyi járás adatai *legalább 20%-kal kedvezőtlenebbek* az országos átlagnál.

Akut szívizomelhalás. A nők körében bekövetkezett halálozás mértéke a megye egy részén az országos átlag körüli, a nyugati megyehatárnál és Szécsény, Bátorterenyre járás területén pedig jóval magasabb az országos átlagnál. A Salgótarjáni járás adatai *hasonlóak az országos átlag mértékéhez.* A férfiak esetében az országos átlagtól való eltérés nagyobb lakosságcsoportot érint, a Salgótarjáni járásban a város és közvetlen környéke *veszélyeztetettebb*, itt találhatunk olyan településeket, ahol az átlagot *akár egyötödével is meghaladja* halálozás mértéke.

## Keringési betegségek okozta halálozás csökkentésének lehetőségei

<i>A megelőzés fajtái</i>		<i>A feladatok (lehetőségek) és eredmények</i>
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	– Fontos az egészséges táplálkozás, testmozgás népszerűsítése, a dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítása. – Az oktatásban, nevelésben minél fiatalabb korban elkezdni az egészségfejlesztést, pl. mindennapos testnevelés; „Mintamenza” program <sup>15</sup>
Másodlagos (szekunder)		– A magas vérnyomás szűrés hatékonyságának növelése. – Az egészségfejlesztési rendezvényeken rendszeresíteni kell ezt a fajta szűrést. – Segíteni kell az egyéni felelősségérzet kialakulását.
Harmadlagos (tercier)		– A már kiszűrt betegek megfelelő kezelése, a stroke és heveny szívizomelhalás esetén kiemelten fontos a gyors beszállítás és megfelelő ellátás. A mentőszolgálatnál bevezetett transztelefonikus EKG is ezt a célt szolgálja. <sup>16</sup> – A rehabilitációs lehetőségek széles körű megteremtése és alkalmazása (a megye mindhárom kórházában folyamatban van rehabilitációs fejlesztés)

### 3. Légzőrendszer betegségei okozta halálozás

A légzőrendszeri betegségek meghatározó része miatti korai halálozás elkerülhető, így a betegségek okozta halálozás kiemelt fontossággal rendelkezik. A megyében ez a típusú (korai) halálozás mindkét nem esetében nagymértékben meghaladja az országos átlagot. Az országos átlag egyötödével nagyobb többlethalálozás a nőknél is nagy területen látható (Salgótarján, Szécsény, Bátorterenyre járás), de a férfiak esetében a megye nagyobb részében ez az emelkedés szignifikáns.

#### Idült alsó légúti betegségek

Az idült alsó légúti betegségek alkották a légzőrendszeri halálozások kb. kétharmadát. Nógrád megye esetében a férfiak mutatói kedvezőtlenebbek a nőkénel.

#### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a légzőrendszer betegségeinek visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	betegségmegelőzés	dohányzás visszaszorítása a lakosság körében általában és a célcsoportokban (várandósok, szoptató anyák, iskolások, fiatalok, fokozottan veszélyeztetett betegek, stb.); a nemdohányzók védelméről szóló jogszabály előírásainak betartatása és fokozott ellenőrzése, megfelelő árpolitika, reklámra vonatkozó hatékony szabályozás, adótörvény szigorítása.
	egészségfejlesztés	
Másodlagos (szekunder)	időbeni kezelés	a hatékony gyógykezelés (lehetőségei adottak)
Harmadlagos	gyógykezelés	

<sup>15</sup> A program lényege, hogy a Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv munkatársai segítik a közétkeztetési szolgáltatókat egy egészségesebb étrend bevezetésében: alapvető célkitűzés a só- és cukortartalom csökkentése, az adalékanyagok felhasználásának visszaszorítása, a lassan felszívódó szénhidrátok (teljes kiőrlésű gabonák, barna rizs, stb.) előtérbe helyezése és a helyben megtermelt nyersanyagok felhasználása.

<sup>16</sup> Lényege, hogy amennyiben az első ellátás során ápoló érkezik a helyszínre, az elkészült EKG-t a végleges ellátó központ orvosa megnézi és szükség esetén azonnal fogadja a beteget, s nem szükséges az első ellátó sürgősségi osztályra előzetesen bevinni, ezáltal rövidül a betegút.

A Salgótarján és környékének halálozási mutatója (2002-2006) egyharmaddal meghaladta az országra jellemző átlagos értéket. Ebben az időszakban a nőknél ez a halálozási többlet 10-30%-os volt. A 2007-2011-es időszakban a nőknél csupán a Pásztó járás térsége mondható országos szinten is átlagos halálozási aránnyal rendelkezőnek, a férfiak esetében pedig csaknem az egész megyére jellemző, hogy az országos arányszámot 20%-kal meghaladta a mutató, csak a megye déli sávjában néhány településnek van az országoshoz hasonló hányadosa. A Salgótarjáni járás településein *mindkét nem tekintetében az egyötödével haladja meg az érték az ország átlagát.*

#### Légzőszervi betegségek okozta halálozás csökkentésének lehetőségei

A megelőzés fajtái		A feladatok (lehetőségek) és eredmények
Elsődleges (primer)	p r e v e n c i ó	– Kiemelt fontosságú a dohányzás visszaszorítása a lakosság körében. <sup>17</sup> A nemdohányzók védelméről szóló jogszabály jelentős előrelépést jelentett, különösen a passzív dohányzás visszaszorításában. A légszennyezettség csökkentése. Jelenleg legnagyobb problémát a közlekedésből adódó légszennyezettség jelenti. Szmog riadó tervvel csak Salgótarján városa rendelkezik.
Másodlagos (szekunder)		– Fontos az időben történő felismerés és a megfelelő szakellátás. Gyakran a tünetek csak akkor jelentkeznek, mikor már jelentős a károsodás.
Harmadlagos (tercier)		– A szakemberek javasolják különösen a dohányosoknak 40 év felett a légzésfunkciós vizsgálat időszakos elvégzését.

#### 4. Emésztőrendszer betegségei okozta halálozás

Magyarországon az emésztőrendszeri betegségek miatt bekövetkezett halálesetek több mint négyötödét májbetegségek okozzák, ezek döntő többsége alkoholos eredetű. Nógrád megyében, mindkét nem esetében az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás az országos átlagnál alacsonyabb értéket mutat. A nőknél az egész megyére jellemző az átlag körüli érték, míg a férfiak tekintetében a Salgótarjáni és a Szécsény járás területén vannak az országos átlagtól kedvezőbb halálozási mutatók.

Tény, hogy az alkoholos májbetegséghez klasszikusan kapcsolódó nemi különbség eltűnése van folyamatban. Nógrád megyében a nők körében az országos átlagtól való kedvezőtlen irányú eltérés mutatkozott. Ez alól kivétel volt a Salgótarjáni kistérség (2002-2006), ahol átlagos volt az ilyen halálozások mértéke, és ennél a településcsoportnál a férfiak mutatói is az átlaghoz közelítettek.

<sup>17</sup> A dohányzásról való leszokás támogatására a Balassagyarmati Járási Népegészségügyi Intézet programot dolgozott ki, melyet a kórház tüdőgyógyászati osztályával közösen végeznek. A program sikerességét bizonyítja, hogy már a rétsági rendelőintézet is csatlakozott a programhoz. A leszokási arány 54,3% volt a 2012. évi program résztvevői között.

## A befolyásolható-megváltoztatható tényezők az emésztőrendszeri betegségek visszaszorítására

A megelőzés fajtái		hatókör	feladat
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	betegségmegelőzés	a túlzott szeszes ital fogyasztás visszaszorítása; a veszélyeztetett csoportok (állami gondozottak, hajléktalanok, munkanélküliek, kisebbségi csoportok, menekültek, nehéz körülmények közt élők, alkoholisták környezete, stb.) preventív segítése, alkoholos italok toxikus összetevőinek hatékonyabb felügyelete.
		egészségfejlesztés	
Másodlagos (szekunder)		időbeni kezelés	a késői beavatkozásoktól érdemi eredmények nem várhatók
Harmadlagos (tercier)		gyógykezelés	
	rehabilitáció		

A 2007-2011-es időszakban a Salgótarjáni járás nőket érintő halálozási arányszámai romlani kezdtek, a járás egyes településein 10-20%-kal is magasabb értékek születtek. A férfiak esetében viszont a Salgótarjáni járás mutatói kedvezőbbek, a határ menti települések esetében akár 20%-kal is alacsonyabb értékek mutatkoznak. Ezzel szemben a megye középső és déli részein akár a halálozás mértéke 10-20%-kal is meghaladja az országos átlagot.

### Emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás csökkentésének lehetőségei

A megelőzés fajtái		A feladatok (lehetőségek) és eredmények
Elsődleges (primer)	<b>prevenció</b>	– nagy hangsúlyt kell fektetni a helyes táplálkozásra, a dohányzás elhagyására és az alkoholfogyasztás visszaszorítására.
Másodlagos (szekunder)		Nincs lehetőség klasszikus szűrésre. – az alkoholizmus korai felismerése, a megfelelő ellátási helyre való eljutás és a visszaesést megakadályozó közösségépítés területén még vannak kiaknázatlan lehetőségek..

## 5. Külső okok miatt bekövetkezett halálozás

A külső okok miatt bekövetkezett halálozás két nagy csoportja különböztethető meg a közlekedési balesetek okozta halálozás, és a szándékos önártalom. Mindkét halálóki csoportra jellemző, hogy a nők esetében a megyei adatok országos átlag alattiak: az eltérés 10-20%-os mértékű. A közlekedési balesetek okozta halálozások jellemzően fiatalabb korban és betegségektől legtöbbször függetlenül következnek be, így mind a potenciális életév veszteség, mind a születéskor várható élettartam alakulását kedvezőtlenül befolyásolják. Azonban nemcsak a halállal végződő események jelentősek: a sérülések és rokkantság lakossági terhe is számottevő.

A közlekedési balesetek okozta korai mortalitás a férfiakat sújtja erőteljesebben. A férfiak esetében a közlekedési balesetek tekintetében a megye keleti felében, így a Salgótarjáni járás településein is kedvezőbb helyzet mutatkozik az országos átlaghoz hasonlítva, a járás egyes településein 10-20%-kal is kevesebb haláleset történik.

Az öngyilkosság okozta korai halálozás. A szándékos önártalom vizsgálatokor nőknél a megye

legnagyobb része az országos átlag alatti, és a megye nagy területén szignifikáns is az eltérés. Hasonló a helyzet a férfiak esetében is, itt kedvezőbb a mortalitási arány, mint országosan. A Salgótarjáni járásban a nők esetében átlagosan 10%-kal, míg a férfiaknál 10-20%-kal kevesebb az öngyilkosság. Viszont a megye déli területein már átlagosan 10%-kal magasabb az országos átlagnál a hányados értéke.

### A befolyásolható-megváltoztatható tényezők a külső okok okozta halálozás visszaszorítására

<i>A megelőzés fajtái</i>	<i>hatókör</i>	<i>feladat</i>
Elsődleges (primer)	betegségmegelőzés	<i>közlekedési balesetek</i> szigorú közlekedés biztonsági szabályozás, hatékony ellenőrzés, alkoholfogyasztás visszaszorítása, oktatás-nevelés.
	egészségfejlesztés	<i>Szándékos önártalom</i> a krízishelyzetek kezelésének oktatása, a hétköznapi megküzdési képesség fejlesztése. Oktatás-nevelés krízishelyzetek kezelésére, krízishelyzet kialakulásának megelőzése (szociális és gazdasági biztonság, társas kapcsolatok), öngyilkossági eszközök (lőfegyver, mérge) hozzáférhetőségének korlátozása.
Másodlagos (szekunder)	időbeni kezelés	<i>Szándékos önártalom</i> krízisintervenció (telefonos lelkisegély szolgálat, krízisosztály, lelki gondozás), szakemberképzés (egészségügyi, paramedikális, ágazaton kívüli).
Harmadlagos (tercier)	gyógykezelés	
	rehabilitáció	

## 2.2. Egyes kiemelt életmódtényezők

### A dohányzás

A dohányzás a vezető halálokok között igen sok (az ajak- szájüreg és garat, valamint a gége- légcső- hörgők és a tüdő és a nyelőcső rosszindulatú daganatai, ischemiás szívbetegségek és idült alsó légúti betegségek) kialakításában jelentős szerepet játszik. A visszaszorítása ezért az elsődleges megelőzés lehetőségeinél csaknem minden esetben szerepelt. Az OLEF 2003<sup>18</sup> adatai alapján Nógrád megyében a lakosság közel 35 %-a dohányzott, vagyis több, mint minden harmadik lakos. A 2007-2011-es időszakot vizsgálva megállapítható, hogy mindkét nem esetében jelentős területen meghaladja a megye az országos átlagot, és mindkét nem esetében jelentős területen szignifikáns az eltérés. A megye nyugati fele az országos átlag körüli, vagy az alatti adatokat mutat, míg a keleti területeken legalább 10%-kal magasabb a dohányzással összefüggő halálesetek száma, mint országos átlagban. A Salgótarjáni járásról elmondható, hogy nők esetében átlagosan legalább 20%-kal magasabb az érintett halálesetek száma. A férfiak megoszlása nem annyira homogén, mint a nők esetében: itt is jelentős a halálozástöbblet, de több településen „csak” legfeljebb 10%-kal, a többi településen pedig sajnos itt is legalább az egyötödével magasabb a halálozási arány, mint országosan.

### Alkoholfogyasztás

A rendszeres és nagy mennyiségben történő alkoholfogyasztás területén a Régió férfi lakossága országos viszonylatban is kedvezőtlen helyen áll. Az OLEF 2003 adatai alapján a nagyivók

<sup>18</sup> Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003

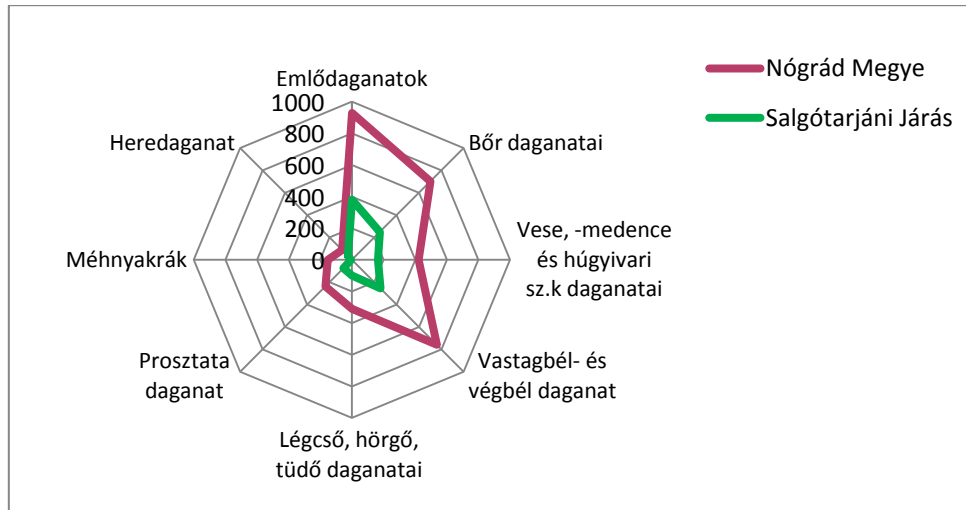
Nógrád megyében a lakosság 9%-át jelentették, vagyis minden tizenegyedik lakost. A vizsgálatban nagyivónak nevezték azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi<sup>19</sup> alkoholt fogyasztottak.)

### 2.3. A megyei háziiorvosi daganatos megbetegedés adatainak elemzése – különös tekintettel a Salgótarjáni járásra

Magyarországon a daganatos megbetegedések a második leggyakoribb halálokot jelentik. A daganatos betegségek időben történő felismerése nagyon fontos kihívás, a leggyakrabban előforduló daganattípusok (a vese és húgyúti daganatok kivételével) a jól szűrhető, esetleg népegészségügyi szűrési programmal rendelkező betegségtípusok közül kerülnek ki. A szűrési programok és szűrővizsgálatok célja az időben történő felismerés, korai terápia és ezzel a halálozás csökkentése. A mai terápiás lehetőségek mellett a kiszűrt egyéneknek jobbak a gyógyulási esélyeik és nagyobb a túlélés.

A Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve 2014-es vizsgálata a megyei háziorvosoktól bekért, a praxisukban jelentkező, különböző daganattípusok adatainak elemzésén alapult. A 131 körzet jelentett adatai (137 körzet van a megyében) 5153 fő beteget érintett. Három salgótarjáni – két balassagyarmati és egy rétsági - körzetből nem érkeztek adatok.

A megyei és a járási daganatos megbetegedések megoszlása<sup>20</sup>



<sup>19</sup> Egy alkoholegység 15 gramm alkoholnak felel meg, így egy korsó sör 1,4, egy pohár bor 1,35 és egy fél deci rövidital 1,14 egységgel egyenértékű, azaz a 14 egység alkohol közelítőleg megegyezik 6 dl rövid itallal, vagy 5 l sörrel, vagy 2 l borral. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak nevezték azokat is, akik esetében az egy napra számított alkoholemennyiség meghaladta nőknél a 3, illetve férfiaknál az 5 alkoholegységet.

<sup>20</sup> A beérkezett részletes BNO kód szerinti táblázatban a 97féle daganatos betegséget kódoló BNO közül egy olyan kód volt, ahol nulla volt az érintettek száma, így a rosszindulatú daganatos megbetegedések teljes BNO kód szerinti listájára találunk a megyénkben betegeket. A megadott 97féle BNO kódból a daganatos betegségek 70%-a (3656 fő) az alábbi csoportokba (21 BNO) tartozik: A további 30% olyan nagy szórást mutat a 75 BNO kód között, hogy összefüggések leírására nem alkalmas, mert 1-1 kódhoz csak kevés eset tartozik.

A lejelentett daganatos betegek száma a megye lakosságának 2,6%-át jelentett, nemek szerinti megoszlásuk pedig: 42%-uk férfi (2144 fő) és 58%-uk (3009 fő) a nő, így csaknem kétötöd – háromötödös megoszlásról beszélhetünk a nemek tekintetében. A megyei daganatos betegségek halálozási mutatóiban viszont fordított a helyzet, hiszen a KSH adatai szerint (2012) az összesen 661 fő halálesetből 58,2% volt a daganatos férfi. A daganatos betegek és a daganatos betegségek következtében bekövetkezett halálesetek aránya tehát a megyében fordított. A két jellemző összehasonlításából az is kiolvasható, hogy a férfiak sajnos később fordulnak orvoshoz a panaszaiikkal és kevesebben vesznek részt a szűréseken is.

A jelentett daganatos betegek 43,7 %-a (2254 fő) 65 év alatti, vagyis idő előtti halálozásról beszélünk. Ezért kiemelkedő a népegészségügyi jelentősége.

A megye járásainak tekintetében a *daganatos betegek száma a Salgótarjáni járásban a legnagyobb*, összesen 1938 fő, ami a megyei daganatos betegek 37,6%-át jelenti, ami érthető is, mivel a megyei lakosságból csaknem minden harmadik ember a járásban él. Amennyiben viszont a járások lakosságához viszonyítjuk a járási daganatos betegek számát, akkor megállapíthatjuk, hogy a Salgótarjáni járásban az összlakosság 3,1%-a daganatos beteg. Ez az arány egyharmadával ugyan kisebb, mint a Bányterenyi járás arányszámánál, és *átlagosan 40,0 -50,0%-kal magasabb, mint a megye többi járásának hasonló arányszámai.*

#### A Nógrád megyei daganatos megbetegedések megoszlása

Járás	Daganatos betegek száma (fő)				Lakosság- szám (fő)	Lakosság- szám: megye/járás (%)	Lakosságszám/ daganatos betegek száma (%)
	Összesen	nő	férfi	65 év alatti			
Salgótarjáni	1938	1169	769	838	62678	31,2	3,1
Bányterenyi	992	618	451	448	23857	11,8	4,2
Pásztói	702	413	289	322	31497	15,6	2,2
Szécsényi	411	219	192	177	19096	9,5	2,2
Rétsági	459	273	186	217	23798	11,8	1,9
Balassagyarmati	651	355	296	288	39829	19,8	1,6
<i>összesen</i>	<i>5153</i>	<i>3047</i>	<i>2183</i>	<i>2290</i>	<i>200755</i>		

#### Emlődaganat (C50)

Az emlődaganat a leggyakoribb daganatos megbetegedés a megyében. A háziorvosok bejelentései alapján a daganatos megbetegedések 18%-a emlődaganat (összesen 929 fő). Az ilyen betegségben szenvedők kisebbik fele (44,6%) 65 év alatti életkorú.

*A Salgótarjáni járásban az emlődaganatos betegek a járási lakosság 0,60%-át jelenti, ami közel 380 főt jelent. A járás emlődaganatos megbetegedéseinek aránya a többi járás hasonló daganatos megbetegedéseinek arányához viszonyítva hasonló az imént már tárgyalt összehasonlítással, vagyis a megyében a járások között szintén a második helyen áll ezzel az arányszámmal, a többi járás adatainál akár 2-3-szorosan is kedvezőtlenebb értékeket mutatva. A Bányterenyi*

járásban ennél is magasabb (0,71%), míg a többi járásban viszont jelentősen alacsonyabb hányadosokat kapunk: ezekben a járásokban a 0,20-0,36% között van az összlakosságon belül az emlődaganatos megbetegedések aránya.

### **Bőrdaganatok (C44-C43)**

A daganatos betegségeken belül az előfordulás gyakorisága szerint a bőrdaganatok követik az emlődaganatot, tehát a második leggyakoribb daganatos megbetegedésről van szó. A megyében összesen 702 főt érint a betegségszám. Ebből 199 fő – közel minden negyedik eset - a bőr rosszindulatú melanómája (C43), 18 fő melanoma in situ (D03, azaz nagyon korai stádiumú); 9 fő a bőr in situ rákja és 476 fő az egyéb bőrdaganatok), ez a megyei lejelentett daganatos betegségek számának a 13,6%-a. Tehát csaknem minden hetedik daganatos betegnek bőrdaganata van. A betegségekben érintett esetek közel egyharmada (246 fő) 65 évnél fiatalabb.

*A Salgótarjáni járásban a 0,40% körüli a lakosságon belül ezen daganatos betegségben szenvedők aránya, amely egyharmaddal kevesebb, mint a leggyakoribb daganatos betegek száma (emlődaganat). A betegségben érintett lakosok száma hozzávetőlegesen 250 fő. A többi járásban a bőrdaganatos betegségekben szenvedők aránya eltérő képet mutat, a járás arányszámait ebben az esetben is meghaladják a bátonyterenyi értékek, ahol közel 50%-al magasabb a bőrbetegség előfordulása. A többi járásban viszont legalább egyharmaddal, de a balassagyarmati közel 60-70%-kal is alacsonyabb az érték, mint Salgótarján környékén.*

### **Vese (C64-C68)**

A megyei daganatos betegségek gyakorisági sorrendjében a vese és húgyvezeték daganata következik. Összesen 421 főt érintett, ami azt jelenti, hogy majdnem minden tizenkettedik daganatos bejelentés ebbe a csoportba tartozik. A betegek 42,9%-a nő és 57%-a férfi. A női betegek aránya emellett csaknem azonos a 65 év alatti bejelentett esetek arányával is (41%).

*A Salgótarjáni járásban ezen daganatos esetek előfordulásának aránya az összlakossághoz képest 0,26%-os, vagyis 160-170 főt jelent. A Bátonyterenyi járás ennél magasabb (0,30%), míg a többi ennél jelentősen alacsonyabb arányszámokkal rendelkezik (14,0-16,0% között).*

### **Vastagbél- és végbél daganatok (C18; C19-21)**

A két külön daganatot együttesen vizsgáljuk. Az emlődaganatok után a második leggyakoribb daganatos betegség a megyében, 760 fős érintettségével. Nógrádban 402 fő (7,8%) – ez hasonló gyakoriságban fordul elő, mint a vese és húgyvezeték daganatos betegségei - vastagbél-daganattal diagnosztizált beteget jelentettek le a körzeti orvosok, és a betegek 29,4%-a a 65 év alatti korosztályba tartozik. A betegségek jelentkezése tekintetében nincs jelentősége a nemek szerinti hovatartozásnak. A végbél-daganatok a megyében 358 főt érintenek (6,95%) és a betegek kétötöde (40,0%), 144 fő 65 éven aluli. Az esetek nemek szerinti megoszlásában a férfiakat érinti a bejelentések nagyobbik fele (55,3%; 198 fő), míg a nőket a kisebbik része (44,7%), 160 fő.

*A Salgótarjáni járásban a Colorectalis Carcinomák előfordulása a lakosság arányában 0,41%-os értéket képvisel, ami a bőrdaganatos arányszámhoz hasonló: ebben az esetben is közel 250-260 főről van szó. A bátonyterenyi adatoknál a salgótarjáni járás adatai csaknem itt is egyharmaddal*

alacsonyabbak, viszont ennél is alacsonyabbak a többi járás hasonlóműtatói (0,21-0,37%): a balassagyarmati terület adatainál *kétszer kedvezőtlenebbek* a megyeszékhely környékének adatai.

### **Légcső-, hörgő- és tüdő daganat (C33-C34)**

A megyei bejelentett daganatos betegek 6,0%-a tartozik ebbe a betegség típusba (311 fő összesen). Jellemzően hörgő-, és tüdődaganatról van szó, mert 305 esetről van szó, további 6 fő pedig légcső tumorról lett lejelentve. Az érintettek közül 140 fő (45,0%) 65 év alatti korosztályú.

A *Salgótarjáni járás* adatai –járási lakosságszám függvényében – szintén a bátonyterenyei adatok után a második legkedvezőtlenebb helyre kerültek. Míg az előbbi járásban 0,23% az érintettség aránya, addig a Salgótarján és körzetében csupán 0,16%, *azaz közel 100 főt érint*. A többi járásban a betegséggel érintettek aránya ennél alacsonyabb, 0,08-0,16% között helyezkedik el.

### **Prosztata (C61H0)**

Ez a daganattípus kizárólag a férfiakat érinti, az összes bejelentett daganatos férfiak 11%-a, vagyis minden kilencedik eset tartozik ebbe a kategóriába. A megyében összesen 237 férfinél jelentettek le prosztatadaganatot, és a betegek egynegyede 65 év alatti. A *Salgótarjáni járásban* az érintett betegek lakosságon belüli aránya 0,12%-os, vagyis 75 fő körül mozgott. Ezzel az értékkel a *harmadik legrosszabb helyzetű* járás a megyében.

### **Méhnyakrák (C53)**

Az összes megyei daganatos betegségek 2,8%-áról van szó, ami 153 beteget jelentett. Ez a megye lakosságának a 0,07%-át jelenti. Az esetek csaknem háromötöde (62%) 65 év alatti. A *Salgótarjáni járásban* az érintett lejelentett esetek lakosságon belüli aránya 0,8%-os, amely 5-6 főt érint. A Bátonyterenyei járást kivéve (itt 0,12%-os az arány, vagyis ott közel a felével nagyobb arányban) a *többi járásban* a 0,03-0,95% közötti ez az arányszám, vagyis jelentősen *kedvezőbb a helyzet*.

### **Here rosszindulatú daganata (C62)**

Ez a daganattípus a megyei daganatos és lejelentett esetek 1,7%-át jelenti, amely összesen 87 főt érint. Ebből a nagytöbbség 65 év alatti (84,5%). A *Salgótarjáni járásban* a daganat előfordulása a lakosság körében 0,06%-os, vagyis *érintettsége 37-38 főt érintett*. A Bátonyterenyei-t kivéve az összes *többi járás esetében legalább kétharmaddal kisebb* arányban jelentettek le a körzeti orvosok hasonló daganatos előfordulást a lakosság köréből.

A vizsgálat fenti, kiragadott részéből is látható, hogy a megyében és a *Salgótarjáni járásban is sok embert érintenek a rosszindulatú, daganatos betegségek*. Az egyes daganatos megbetegedések gyakorisága a járások lakosságszámának függvényében történő vizsgálata elszomorító képet fest a megyeszékhely és környékének helyzetéről. Összességében megállapítható, hogy a Bátonyterenyei járást kivéve a *második legrosszabb helyzetben lévő megyei járásról van szó*. Ez a tény nem elhanyagolható semmilyen szempontból

(egészségpolitika; gazdasági szempont, stb.) A szűrővizsgálatoknak tehát fontos helye és szerepe van.

## **2.4. Az egészségügyi alap-, és szakellátórendszer**

### **Háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátás**

A jelen tanulmányhoz több interjú is készült. Ezek közül az egyik a megbízott járási tisztifőorvossal (Nógrád Megyei Kormányhivatal Salgótarjáni Járási Hivatal Járási Népegészségügyi Intézet). A járási háziorvosi helyzet bemutatásához a vele készült interjú is felhasználásra került.

*„Az alapellátást tekintve a közfinanszírozott háziorvosi körzetek száma: 49. Egy körzet területi ellátási kötelezettség nélküli. 24 felnőtt és 15 vegyes (felnőtteket és gyermekeket is ellátó) körzet működik. 10 engedélyezett gyermekkörzet működik, zömében a megyeszékhelyen.*

*Az engedélyezett körzetekből 8 betöltetlen, 2 felnőtt körzet, 3 gyermekkörzet (ebből 2 Salgótarjában) és 3 vegyes körzet. Látható, hogy a legtöbb betöltetlen körzet a megyeszékhelyen található, különösen a gyermek alapellátás kerülhet veszélybe hamarosan. Ennek oka, hogy a még praktizáló 7 házi gyermekorvos átlagéletkora 58 év, és közülük ketten a 65. életévüket is betöltötték. A felnőtt és vegyes körzetekben dolgozó háziorvosok átlagéletkora is magas, szintén 58 év.*

*Közülük 85 % 50 év feletti, 35 %-uk 60 év feletti, és 24 %-uk betöltötte a 65. életévét is. A vegyes körzetek a községek lakosainak ellátását végzik. Jellemzően nem egy, hanem több községet is. Van olyan orvos, akihez 6 település is tartozik.*

*Mivel egy háziorvosi praxis területi ellátási kötelezettségének el kell érnie az 1200 főt, ahhoz hogy finanszírozást kapjon, ezt nem is lehet másképpen ilyen aprófalvas vidéken megoldani.*

*Azonban ez azzal jár, hogy nincs minden nap rendelés a településeken. A rendelési időn túl a háziorvosnak rendelkezési állási idejében kell az otthonukban ellátni a fekvőbetegeket illetve hívásra a körzetéhez tartozó bármely településen ellátást nyújtania. Ehhez társul még a betöltetlen körzetek ellátása, helyettesítéssel.*

*A prevenció feladatokra kevés idejük jut. Az egyik legfontosabb feladat tehát a szakemberek térségbe vonzása, és megtartása. Ehhez kell társuljon az egészségdeterminánsok komplex kezelése, a munkahelyteremtéstől az egészséges életmód népszerűsítéséig. „*

### **Fogorvosi alapellátás**

A megyében a közfinanszírozott fogorvosi körzetek száma: 58, ebből betöltetlen 10 körzet. Ebből 6 a Salgótarjáni járásban található. Fogorvosi ügyeleti ellátás az egész megyében csak Salgótarjában működik munkaszüneti és ünnepnapokon.

## Járóbeteg szakellátás

### Járóbeteg szakellátás Nógrád megyében

<i>Intézmény megnevezése</i>	<i>Kórházhoz integrált/önálló</i>
Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján	kórházhoz integrált
Dr. Kenessey Albert Kórház Balassagyarmat	kórházhoz integrált
Margit Kórház Pásztó	kórházhoz integrált
Rétság kistérségi Egészségfejlesztő Központ Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.	önállós szakrendelő
Szécsény és Térsége Egészségügyi Centrum Nonprofit Közhasznú Kft.	önállós szakrendelő
Bátonyterenye Város Önkormányzata Rendelőintézete	kórházhoz integrált

A szécsényi és a rétsági önálló rendelőintézetek 36 település 44 340 lakosát látják el, így a járóbeteg szakellátások könnyebben hozzáférhetők a lakosság számára. A két intézmény 63 szakorvost, 46 egészségügyi szakdolgozót foglalkoztat.

### Mentés, betegszállítás

Az Országos Mentőszolgálat telephelyeiben változás nem történt, Balassagyarmat, Bátonyterenye, Bercel, Héhalom, Pásztó, Rétság, Salgótarján és Szécsény településeken van mentőállomás, egy mentésirányító és egy betegszállítás irányító csoport működik. A salgótarjáni mentőállomáson folyamatos rohamkocsi szolgálat és munkanapi 12 órás esetkocsi szolgálat működik. A rohamkocsi szolgálatot szakorvosok hiányában nem tudják teljes egészében működtetni.

Nógrád megyében a szervezett létszám 173 fő, betöltött 172,7 fő. Gondot okoz, hogy Salgótarjánban a 4,75 szervezett orvosi státuszt nem tudják betölteni, 3 főállású orvosuk van, közülük egy rendelkezik szakvizsgával (2014).

### Fekvőbeteg szakellátás

#### Nógrád megye ágyszámai intézményekre lebontva

<i>Intézmény neve:</i>	<i>Ágyszámok</i>		
	<i>Aktív</i>	<i>Krónikus</i>	<i>Összesen</i>
Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet, Balassagyarmat	342	285	627
Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján	550	110	660
Margit Kórház Pásztó	15*magán	175	190
<i>Összes ágyszám:</i>	<i>907</i>	<i>570</i>	<i>1477</i>

2012-ben a megye egészségügyi szolgáltatói állami tulajdonba kerültek, új működési engedélyeket kaptak, fenntartójuk a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és

Szervezetfejlesztési Intézet lett. Az intézmények ágyszámaiban változás nem történt.

A megyei kórház. <sup>21</sup> A Szent Lázár Megyei Kórház ma Nógrád megye vezető egészségügyi ellátó intézménye, területi ellátási kötelezettsége a progresszív ellátás szempontjából az egész megyét felöleli.

Az intézmény az Észak-magyarországi régió kórházi ágyszámának összesen 7,5 %-át képviseli és a régióban meglévő 22 szakmacsoportból 17-et működtet. A szolgáltatói kapacitása 660 ágy, ami a régióban a 4. legnagyobb. Jelenleg 550 aktív fekvőbeteg és 110 krónikus ágyat üzemeltet. A járóbeteg-szakrendelések heti óraszám: 1193 szakorvosi és 329 nem szakorvosi óra. A gondozók heti óraszám: 149 szakorvosi és 62 nem szakorvosi óra. Ezekhez jön a fogászati ellátás heti 114 szakorvosi órában.

Az intézmény alapvető tevékenysége:

- a fekvőbeteg-ellátás,
- járóbeteg-ellátás,
- szűrés és gondozás

A rehabilitációs osztályon jelenleg stroke betegek, végtagamputált betegek, idegsebészeti, traumatológiai, ortopédiai műtéten átesett betegek, traumatológiai, reumatológiai, neurológiai betegek rehabilitációjával foglalkoznak, elsősorban programozott rehabilitáció keretei között.

Az egyéb intézeti szolgáltató egységek a diagnosztikai és szakellátási háttérszolgáltatások területén a központi laboratórium, a röntgen, ultrahang és műtő részlegek, a sterilizáló, a patológia, a diabetológia, valamint az intézeti gyógyszerár.

Ezen kívül a Kórház nőgyógyászati és gyermekgyógyászati mozgó szakorvosi szolgálatokat is működtet.

### **Védőnői ellátás**

Az állami, népegészségügyi feladatok ellátásában szervesen közreműködnek a védőnők is. A védőnők (területi, iskola, kórházi, családvédelmi) egészségvédelmi, közegészségügyi, járványügyi, nő-, anya-gyermekvédelmi megelőző feladatokat látnak el. Ezek mellett fontos szereplői a közösségi egészségfejlesztésnek, a prevenciónak és az egészségi állapot helyreállításának. Fontos még megemlíteni partneri funkciójukat is, amely a népegészségügyi feladataik ellátásához kötődő állami-önkormányzati relációban a legmarkánsabb.

A védőnők helyzetének, munkájának –pl. szerepük az egészségfejlesztésben - mélyebb megismerése érdekében a járási vezetővédőnővel interjú is készült, melynek anyaga beépült a terület és szakemberek helyzetének és munkájának a bemutatásába.

2013 év végén a területi védőnői állások egyötöde nem volt betöltve, a szervezett iskola-védőnői állások esetében viszont csupán csak 2 állás várt betöltésre. *A Salgótarjáni járásban 25 szervezett védőnői állás van, közülük 19 betöltött, csaknem egyötödük (6 állás) pedig*

---

<sup>21</sup> A megyei kórház bemutatása a Szent Lázár Megyei Kórház Egészségterve 2013-2017. c. tanulmányból (TÁMOP-6.1.2-11/1-2012-1571 „Egészségesen az egészségügyben”) származik.

*helyettesítéssel ellátott állás (2014 vége)* Ezek közül 3 esetben a feladatok ellátása heti 20 órában nyugdíjas szakemberek bevonásával történik. A járás helyzete a megyében átlagosnak tekinthető, mert a Rétsági járásban minden hetedik, a Pásztói járásban viszont csaknem minden második (!) állás helyettesítéssel van ellátva. A járásban van a megyei *iskola-egészségügyi feladatot főállásban ellátó, szervezett védőnői állások kisebbik fele* (8 fő/17 fő). Ebből a be nem töltött állás nem volt.

*„... 8 védőnői körzet (6 betöltetlen állás és 1 betöltött, de GYES-en lévő kolléganő és 1 betegség miatt tartósan – 3 hónapnál hosszabb ideig - távol lévő védőnő) és 1 iskola védőnői állás volt helyettesítéssel ellátva. ... a 17 dolgozó területi védőnő közül 8 fő „saját” körzete mellett egy másik körzetben is ellátta a védőnői feladatokat.*

*A védőnői ellátást nem jellemzi a differenciált ellátás, ami azt jelenti, hogy a védőnő igyekszik a helyettesített körzetében is ugyanazt az ellátást nyújtani, mint a „saját” (nem helyettesített) körzetében. Ez azt eredményezi, hogy sem a „saját”, sem a helyettesített körzetben nincs teljes körű ellátás.*

*Nincs teljes körű ellátás azokban a körzetekben sem, ahol heti 20 órában (3 körzet) alkalmaznak védőnőt.*

*A járás területén a helyettesítések miatt a védőnők nagyon leterheltek. „*

A megyében dolgozó védőnők egyharmada 50 év feletti életkorú. A területi védőnők közül 20 fő (majdnem az egyharmaduk) 50 év feletti életkorú. Az iskola védőnők közül pedig 5 fő (egyharmaduk) 50 év feletti. A Salgótarjáni járásban a 17 fő területi védőnő közül összesen 6 fő legalább 50 éves, de közülük ketten betöltötték már a 60. életkort is. A járás iskola-egészségügyi feladatot főállásban ellátó védőnői közül 3 fő betöltötte az 50. életévét.

Az eddigiek alapján megállapítható, hogy *a járási védőnők leterheltsége általános érvényű és magas szintű.* Munkájukat a lakosság, az érintettek köréből származó humán erőforrás nem támogatja: a járásban egyetlen közfoglalkoztatott személyt sem delegált az önkormányzat az illetékes védőnő mellé (laikus segítő), és nincs olyan betanított segítő sem a településeken (ők lehetnek pl. a segédegészségőrök), akik támogatnák a védőnők tevékenységeit.

Az ellátás minőségét és nagymértékben befolyásolja az egy védőnőre jutó gondozottak és az ellátandó települések száma. A Salgótarjáni járásban dolgozó 17 védőnő közül 5-en három települést is ellátnak. Ennél több település ellátásáról egyetlen védőnőnek sem kell gondoskodnia, szemben a többi járással, tehát a járás területi védőnői ebben a tekintetben kedvezőbb helyzetben vannak a kollégáiknál.

A védőnők a mindennapi feladataik elvégzésében az ellátási területükön fontos partneri szerepet is betöltenek. Munkavégzésük során széles –elsősorban lokális, vagy területi – kapcsolati hálóval rendelkeznek.

*„A védőnő munkavégzése során kapcsolatot tart az egészségügyi-, a szociális és az oktatási szféra szakembereivel, és a civil szervezetekkel. A falvakban legszorosabb a kapcsolata a körzeti nővérrel és a háziorvossal, a városban a házi gyermekorvossal. Óvodai, iskolai feladatai ellátása során együttműködik az óvodapedagógusokkal és a pedagógusokkal ... A védőnők jellemzően „saját körzetükben” egészségnapokhoz, egészséghetekhez kapcsolódva közreműködnek egészségvédelmi programok szervezésében, lebonyolításában. Egészségnevelő előadásokat köznevelési intézményekben rendszeresen tartanak. Csoportos foglalkozásokat (baba-mama klub, csecsemőgondozás, elsősegélynyújtás) a tanácsadókban vezetnek.*

*A gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódóan az észlelő- és jelző rendszer tagjaként a gyermekjóléti szolgálat dolgozójával segítik egymás munkáját ... A települést érintő programok kapcsán a rendezvény sikere érdekében közösen tevékenykedik a művelődési ház dolgozóival is ... A védőnő kölcsönös, érdemi együttműködésre törekszik kapcsolatrendszerének szereplőivel ... A védőnő és a felsorolt szakemberek számítanak, számíthatnak egymásra, egymás munkájára. A falvakban a szakemberek közötti kapcsolat szorosabb, mint a városban ...”*

A védőnők kommunikációja elsősorban az érintetteket célozza meg (családok), de emellett multiszektorális szereplőket is megkeresnek. A településeken működő/vagy működtetendő szakmaközi fórumoknak, együttműködéseknek meghatározó résztvevői lehetnek ezek a szakemberek. Ezek mellett szintén alapvető szerepet töltenek be a helyi közösségek, különböző szinterek életében is. Elfogadottak és beágyazottak a helyi társadalmakba.

*„A védőnő munkavégzése során a gondozott családok érdekében sok szakemberrel áll kapcsolatban ... felveszi a kapcsolatot és együttműködik a településen működő civil szervezet vezetőjével. Bekapcsolódik a körzetéhez tartozó település/települések közösségi életébe. Megítélésem szerint a védőnő a helyi közösség – különösen a falvak - egyik meghatározó személyisége.”*

Az ellátás minőségének és szakmai munka hatékonyságának legfontosabb eredményeit az alábbiakban emelte ki a szakember.

*„A gyermekek egészségi állapotára vonatkozóan a fontosabbak közül kiemelném a csecsemőhalálozást, a koraszülöttséget, a fertőző megbetegedéseket, a veleszületett fejlődési rendellenességeket melyek csökkenésében a védőnői ellátás is szerepet játszott. Az elmúlt évben a járás területén nem volt csecsemőhalott. A halvaszületettek száma 3 volt.*

*A járásban az életkorhoz kötött védőoltások és a kampányoltások átoltottsága 98 % feletti, ami nemzetközileg is elismerésre méltó. A védőoltások szervezését, teljesítésének nyomon követését és jelentését a védőnők végzik.*

*A gyermekek státuszvizsgálatainak, szűrővizsgálatainak teljesülése 1, 3 és 5 éves korban 98-100%, szintén fontos eredmény, melynek szervezése, megvalósulásának nyomon követése is védőnői feladat.*

*A 6 hónapos korig kizárólag szoptatott csecsemők terén elért eredmények elsősorban szintén a védőnők erőfeszítésének köszönhetőek. „*

A vezető védőnő a minőségi fejlesztés és a hatékonyság elősegítése érdekében az alábbi fejlesztendő területeket emelte ki.

*„... sürgős megoldásra vár a helyettesítéssel ellátott körzetek helyzetének megoldása ... indokolt lenne a területi védőnők által ellátandó gondozottak létszámának felülvizsgálata, csökkentése ... a védőnői ellátás minőségét, hatékonyságát emelné egy korszerű védőnői számítógépes program, és az ellátó rendszer szereplői közötti rendszeres kapcsolattartást és együttműködést elősegítő egységes informatikai rendszer kiépítése.”*

## **IV. Az egészségterv és annak elkészítése**

Az „egészségterv” módszer alkalmazásának indoklásáról már esett szó. A különböző színtereken zajló fejlesztések eredményei a leginkább akkor erősítik egymás hatását, ha ezt a módszert alkalmazzuk, ha az egészségtervben foglaljuk össze mindazokat az elképzeléseket és lehetőségeket, amelyeket a járás közössége felvázolt és amelyek megvalósítására társadalmi szándék, közösségi akarat is társul. Az egészségtervben megfogalmazott stratégiai programmal hozzájárulhatunk a járás lakosságában az egészségtudat megfelelő kialakításához és formálásához.

### **1. A stratégiai tervezés**

Már az egészségterv megszületése is egy tervezési folyamat eredménye és a tervben foglaltak megvalósítása egy másik fejlesztési folyamatot jelent. Az egészség fejlesztése stratégiai tervezést igényel, e tekintetben hasonlít bármely más fejlesztési folyamathoz. A jobb életminőség és a jobb egészség elérése célként jelenik meg a tervezés, a fejlesztés során. Az egészség(fejlesztési) tervnél hasonlóan járunk el, mint bármely más projekt tervezése esetében. Ezen stratégiai terv is a különböző helyzetek közti minőségi változtatásokkal operál, vagyis a jelen státusból kiindulva –egy fejlesztési folyamatrendszer beiktatva – egy magasabb szintű, minőségileg magasabb pozíciójú helyzetet kíván elérni. Egy egészségfejlesztési program is ezt teszi az egészség fókuszpontba állításával.

### **2. Az egészségterv <sup>22</sup>**

Az egészségterv nagy lendületet ad az életminőség javításához, és értsünk ez alatt egy közösséget, vagy a lakosságot, vagy bármely szintér szereplőit egyaránt.

*„A szintér olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, ahol a probléma is „otthon van”, és ahova, az előzőekből adódóan a beavatkozást is el kell juttatni. A lokális szinterek egészségtervei*

---

<sup>22</sup> A téma kidolgozásában a „Fejleszhető Egészség – módszertani útmutató egészségtervekhez” (Dr. Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác; OEFI, 2010) c. OEFI szakmai anyaga nyújtott segítséget. <http://www.oefi.hu/egeszsegterv.pdf>

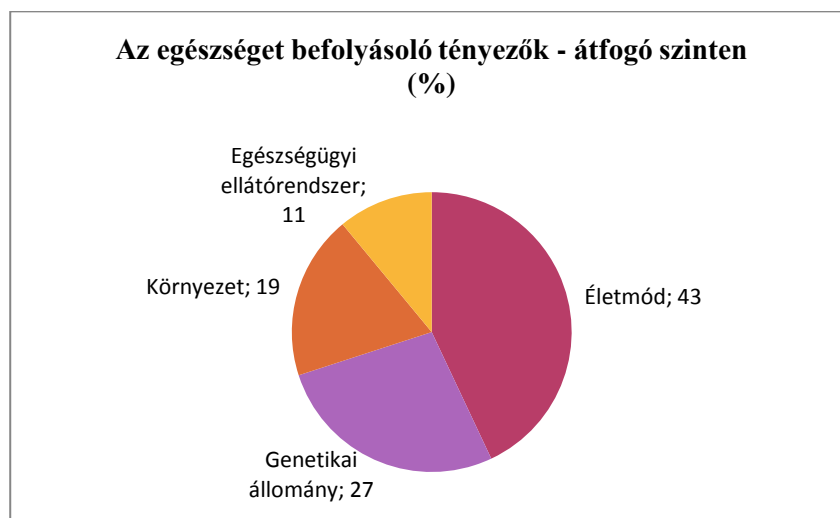
összekapcsolhatóak, egymást kiegészítik és megalapozzák a felsőbb szintű, komplexebb egészségterveket.” (szerzők)

Az egészséggel, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tudatformálás az, amivel kezdeni kell a tervezőfolyamatot. A magot elsőként az egyes elmékben kell elültetni és csírázni hagyni. A változást mindenekelőtt az egyes fejekben érendő el, amely szükséges motivációt biztosít a közösségi tervezői folyamat beindításához, ez a projekt „gyutacsa”, amely beindítja a folyamatokat. Fontos, hogy az érintettek tisztában legyenek azzal, hogy sokat tehetnek az egészségük megőrzéséért és fejlesztéséért. Ismerniük kell lehetőségeiket és szerepeiket.

Az egyéni felelősségérzetük felélesztése és későbbi motiválása szempontjából is elengedhetetlen, hogy ismerjék meg **az egészséget befolyásoló tényezőket** is, amelyek láttatni engedik a beavatkozásaik, aktivitásaik területeit és kereteit.

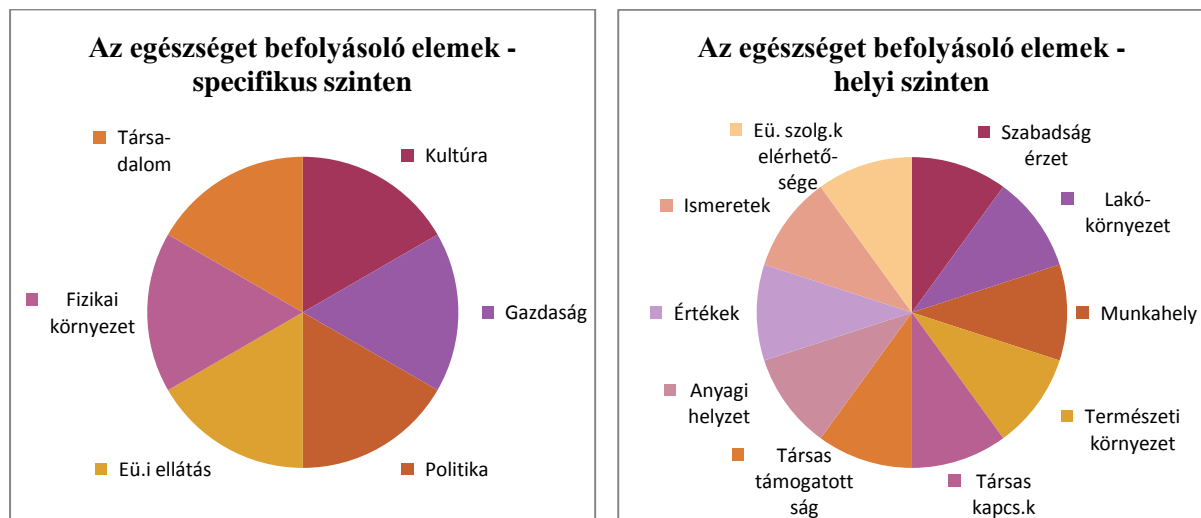
Ehhez ismerniük kell, hogy:

- egy embercsoport egészségi állapotát –*globális értelmezésben* - a genetikai adottságok, a környezeti hatások, az életmód és az egészségügyi ellátórendszer működése határozza meg.



- amennyiben viszont *specifikus szinten* gondolkodunk az egészséget befolyásoló faktorokról, akkor viszont színesebb képet, több meghatározó elemet is számba kell venni. Ezek a környezeti elemek a következők: társadalmi, kulturális, gazdasági, politikai és fizikai környezet, valamint az egészségügyi ellátás.
- az életvilág színterein, a mindennapok helyszínein –*ez a lokális szint* – megint más tényezők azok, amelyek a „gyakorlatban” hatással vannak az egészségre. Ezek: egyéni megélése a mindennapok szabadságának; a lakó-, munkahelyi – és természeti környezet; a társas kapcsolatok és a mások támogatottsága; az anyagi helyzet, valamint az értékek és ismeretek, tapasztalatok, valamint az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége.

Ezek a befolyásoló tényezők determináló faktorok nem konstans súllyal jelentkeznek mint egyes meghatározó elemek.



Eltérő jelentőséggel játszanak szerepet az egészségi állapot kialakításában, mivel egymással kölcsönhatás rendszerben vannak. Mivel egymással interakciós viszonyban vannak, így befolyásolhatóságuk mértéke is változó – ami egyáltalában nem biztos, hogy megegyezik a befolyásolási súlyuk mértékével.

A jó tervezéshez kellő idő kell, az előkészítő szakasz „megspórolása” a termék sikerességét veszélyezteti. A stratégiaépítéshez azonban nem csupán idő és energia szükségeltetik, hanem rendelkezni kell jövőképpel és küldetéssel is, amely az erőt, az kitartást és céltudatosságot jelenti a munka során. A jelenlegi helyzet, a státusz pontos megismerése elengedhetetlen a következő lépés megtételéhez: a problémák meghatározásához. A megoldásukhoz viszont nem állhatunk neki stratégiaalkotás nélkül.

### 3. Az egészségterv céljai

*Általános célként* megfogalmazható, hogy az egészségterv hozzájárul a társadalmi jól-lét, a versenyképesség javításához, szintjeik emeléséhez. Az életminőség fejlesztésével a mindenkori közösségekben egy olyan változás indul meg, amely globálisan is érezteti hatását, megerősíti az adekvát társadalmi részvételt.

A *különleges célok* között pedig megjelenik a színtereken élők életminőségének és egészségi állapotának javítása, a közösség támogatása, és a feltárt problémák szakszerű megoldása.

Az egészségterv *konkrét céljai* pedig a következők.

- tervezői, szervezői csoportok jöhessenek létre a közösségeken belül, akik egyazon cél érdekében képesek közösen és aktívan együttműködni;
- a színtér állapotának bemutatása alkalmas legyen az egyedi sajátosságok felszínre kerülésére (egészséget befolyásoló faktorok!)

- a státuszjelentés alapján a problémák konkrétan lokalizálhatóak és tematikusan rendezhetőek legyenek;
- a problémák megoldását célzó aktivitások tervezése, megvalósítása és értékelése során pedig olyan visszatérő gyakorlat alakuljon ki, amely elősegíti:
  - a közösség és tagjainak aktivitását és közreműködését (tenni, változtatni akarás; képesség és észség, valamint támogatottság);
  - az eddigi atyáskodó és inaktív szemléletek lebontását;
  - az egészség területén jelentkező egyenlőtlenségek felszámolását.

#### 4. Megközelítések

A *színtér alapú* egészségfejlesztési megközelítés jótékonyan hat a közösség aktivitására, a közösen gondolkodásra. A pozitív közösségi minta megkönnyíti az egyéni orientálódást is, az „egészségesebb” opció választása egyértelműbbé válik. Fontos jellemzője a partnerségi viszony és az ebből származó munkamódszer, amely az érintett közösség által feltárt saját problémáit is együttes felelősségvállalással kívánja megoldani. A kis közösségek szerepe emellett még az is, hogy a lokális helyzetet, az eredményeket képesek legyenek a magasabb szintű, vagy további tervezés (pl. kistérségi, járási) számára biztosítani. A színterek a „mit/miket” kérdőszavakra keresik a válaszokat.

Az egészségterv mellett egy *ciklikus fejlesztési folyamat* is, amely a „hogyanokra” adja meg a feleletet. A színterek munkáját - adottságaikat is számításba véve- szakaszolja (előkészítés – megvalósítás – megerősítés), így ezzel is segíti a jelen állapotból az ideálisabb, az „egészségesebb” állapotba történő eljutást. A fejlesztési folyamatban a lokális erőforrások részvétele és a különböző, de az egészség érdekében megjelenő tevékenységek egymást erősítő hatása a meghatározó.

Az egészségterv egy *hosszú távú tervet* jelent, amelyben az egyes szakaszokban elért eredményeken alapulhat a következő feladat és annak megvalósítása. A rendelkezésre álló lokális közösségek és azok gyakorlatainak felhasználása kívánt tartalmi elemként jelenik meg a terv státusz-bemutatásába, illetve a konkrét feladatokkal kapcsolatos fejezetekbe.

Formailag tekintve az egészségterv egy *dokumentum*, amely a színtér szereplői és partnerei együttműködve készítenek el. Fontos, hogy munkájuk közösségi akaraton és felhatalmazáson alapul. Ennek a produktumnak öt meghatározó eleme van: az állapot leírás; probléma térkép; stratégia; cselekvési terv és visszacsatolás.

##### 4.1. Az egészségterv színtér alapú megközelítése

*„A színtér legegyszerűbben úgy határozható meg, hogy olyan közösségi tér, ahol az emberek köszönnek egymásnak (laikus megfogalmazás).”* (szerzők)

A család után következő szocializációs szintről van szó, amit az egyén „életvilágának” is nevezhetünk. Ez a megközelítés magában foglal minden olyan nem kötelező, hanem önkéntes alapon szerveződő és működtetett olyan tevékenységet, amely a mindennapok valamely

színterén zajlik. Ez nem csupán a civil szereplőket jelenti, hanem megjelennek az intézményesített formák is, ilyenek lehetnek például az oktatási és szociális intézmények, a munkahelyek, stb. A szakszerű és folyamatos működtetés eredményeképpen rejtett folyamatok is láthatóvá válnak, felszínre kerülnek az egyes szereplők ismeretei, magatartásai és a fejlesztést elősegítő készségei.

A színtereken feltárt problémák jelen vannak a „közösségi egység” mindennapjaiban –és egyidőben, egyszerre vannak jelen. Ezek a nehézségek nem egyedülállóak, hanem halmozódva jelentkeznek. A problémák súlyossága eltérő mértékű, szerepelnek köztük gyors beavatkozást igénylők és vannak olyanok is, amelyek szervezettebb, körültekintőbb és kitartóbb kezelést igényelnek. Az egészségtervek „alulról felfelé” történő építkezése lehetővé teszi, hogy a színtereken jelentkező, de ott a megfelelő kompetencia hiányában nem korrigálható problémák egy magasabb szintre kerülve a megfelelő szintű kezelésben részesüljenek.

#### 4.2. Az egészségterv fejlesztési folyamatként történő értelmezése

A stratégiai tervezés elengedhetetlen velejárója az egészség fejlesztésének, ebben a tekintetben hasonlít bármely egyéb fejlesztési folyamathoz. Itt a fejlesztés céljaként a jobb egészség, az életminőség javítása szerepel. A problémák és a megoldási alternatívák rendszerében kiigazodni nem lenne lehetséges, ha nem építenénk fel stratégiát, amely képes rendszerezni és irányítani a fejlesztési folyamat egészét. A stratégia meghatározza az értékeket és a szakmai gondolkodást, keretbe rendezi az intervenciók lehetőségeit és időbeni ütemezést is nyújt a megvalósítás számára.

Az egészségterv elkészítése azonban speciális jellemzőkkel is rendelkezik, amely megkülönbözteti más fejlesztési folyamatoktól. Az érintettek/célcsoport igényei jelentkeznek alapként, vagyis kiindulási pontként, valamint a tervezés szintjét nagymértékben befolyásolja magának az adott színtérnek is az érettsége, fejlettsége.

#### A színtereken történő fejlesztések jellemzői az egyes szakaszok tekintetében

Szakaszok		A fejlesztés területei		Elvárt kimenet
I.	Előkészítő szakasz (egészségterv előtt)	1.	Intézményi hálózat és szakmai humánháttér	helyi humán erőforrás fejlődik, projektek adaptálása, projektek megvalósítása
		2.	Helyi, települési humán erőforrás	
		3.	Közösségek	
		4.	Helyi tervezési képességek, potenciák	
		>> A jól működő közösségek esetében –azokon a színtereken – a stratégiai tervezés elindulhat. Kialakítandó a működés és fenntarthatóság rendszere		
II.	Megvalósítás (egészségterv a színtéren)	5.	Egészségtervek megvalósítása	helyi közösség fejlődik, programok adaptálása, programok megvalósítása
		6.	Egyéni ismeret, tudásszint, attitűd	
		7.	Közösségi kohézió	
		>> A közösen létrehozott, jól funkcionáló egészségtervek esetében az egészségterv további fejlesztése és az életmód változtatás területei kerülnek előtérbe.		
III.	Megerősítés (több szintér komplex egészségterve)	8.	Életmódváltozás közösségi minták alapján	helyi közösség egészségállapota javul, komplex programok adaptálása, megvalósítása, intézményesülő gyakorlat, tudás átadás
		9.	Egészségi állapot javulása, térségi egészségtervek elterjedése	
		10.	Munkavégző képesség, foglalkoztathatóság	
		>> A közösség életmódjának és az egészségi állapot javulása esetében az összetettebb projektek megismerésének és átéléseinek, illetve a tapasztalatok megosztásának időszaka következik. Újabb igények generálódhatnak.		

Az egészségterv fontos kvalitásbeli elvárása az, hogy a jelen lévő hátrányokat az egészség területén ne növelje, sőt visszaszorítsa azokat. Ezért fontos, hogy a tervezési kommunikációban megjelenhessenek azoknak a kevésbé szervezett, kevés érdekérvényesítő képességgel rendelkező, vagy kiszolgáltatottabb (hátrányosabb) csoportoknak is az érdekei és szükségletei, valamint a fejlesztés eredményei is elérhetőek legyenek a számukra. Így tehát az egyes szintereken belül jelentkező, olyan „belső” szinterek bevonása is megtörténik, amelyek önmaguktól nem lettek volna képesek megjelenni.

Ezekben az esetekben az alacsonyabb fejlettségi fokkal rendelkező „szub-szinterek”-nek a magasabb szintre történő bevonása – a képviselőik részvételre történő buzdításával - indokolt. Az ilyen kisebb szinterek felé történő nyitás előfeltétele, hogy nyílt, partneri együttműködés szándékával közelítsünk feléjük és világosan fejtsük ki részükre a célokat, a fejlesztésben rejlő lehetőségeket. Emellett a körültekintő előkészítés, a világos kommunikáció, közösségfejlesztés alkalmazása és az érintett csoportoknak a jövőbeni megvalósításba történő bevonása, illetve a folyamatok átláthatóságának biztosítása is segíti ezt a folyamatot. A szintereken belül zajló viszonyok alakulása és a fejlesztés sikeressége érdekében a változást a többség és kisebbség esetében is a fejekben kell elkezdeni, fontos tudatosítani bennük, hogy az elérendő cél (a jobb egészség elérése és az életminőség javítása) valóban közös érintettségű területek és megvalósításukhoz szükséges az egész közösség aktív és egyenrangú és felelősségteljes részvétele.

#### **4.3. Az egészségterv mint ciklikus működési mód**

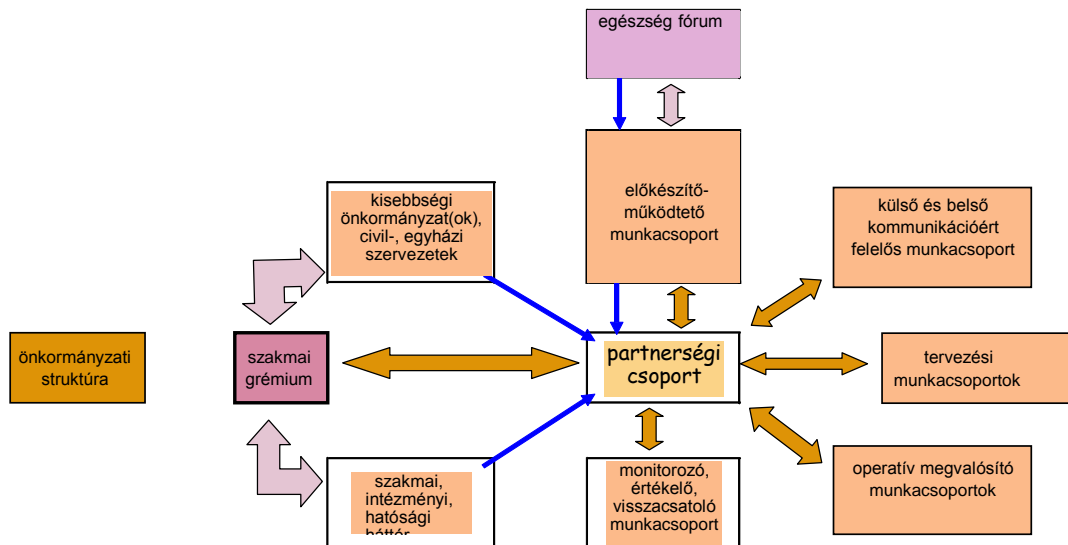
A már jól működő egészségterv egyfelől kielégíti azokat a szükségleteket, melyeket a közösség a tervezés során megfogalmazott, másrészt viszont nem elégszik meg önmaga sikerével, hanem újabb igények megfogalmazásával jövőbeni fejlesztéseket is motivál, elindít. Ekkor már a közösség számos és értékes tapasztalattal is rendelkezik, készek arra, hogy egy új ciklusban is aktívan tevékenykedjenek. Ekkor már az érintett résztvevő közösségek valóban képesek arra, hogy alkossanak, hogy számítsanak rájuk és, hogy kellő energiát adhassanak a további folyamatoknak. Az általuk gerjesztett erő a belső kvalitásaikból származtatható.

Ekkor már – az egészségterv sikeres működése esetén - a közösségben megjelenik az igény a folytatásra, az újabb hasonló, vagy komplexebb tervezési folyamatokban történő részvételre. Az egyének, a közösség oldaláról és az egészségterv működtetése szempontjából is az alábbi feltételek már teljesültek.

- az együttműködésre, a további közös gondolkodásra és fejlesztésekre megjelent a közösségi igény;
- a problémák lokalizálásának képessége a közösségben magasabb szintre került;
- a szándék, tervek és folyamatok kommunikálása jól követhető struktúrát mutat és a célok, feladatok és jövőbeni elvárások átláthatósága is biztosított;
- a szakmai, módszertani ismeretek fejlődnek, így biztosított a háttere a permanens és ciklikus működtetésnek.
- az előző feltételek teljesítése esetén nem marad el a teljes társadalmi támogatottság sem.

A gyakorlatban mindenképpen javasolt és indokolt, hogy egy nagyobb csoportot kell megszólítani, majd bevonni a folyamatokba. Az ideális állapot az, amikor a színtér valamennyi szereplője egy fórumot alkot, legyen ez egészségfórum, pl. falugyűlés. Az egészség területén jelentkező problémákat az egyes területek több szemszögből és megközelítésből érzékelik, így a közös tereznél már árnyaltabb és összetettebb kép alakul ki a nehézségekről.

**Egészségterv – működési mód (eredeti ábra)**



A csoport felállításához és működtetéséhez szükséges feltételek és módszerek kialakítása is egy tanulási folyamat eredménye. Mindehhez a szükséges és megalapozó tevékenységek időszaka fárasztó és gondoktól sem mentes lehet. Azonban nem egy személyben kell felvállalni ezeket a tennivalókat.

A megalapozó, a háttérmunkának jelentős részét az ún. partnerségi csoportnak kell ellátnia. Ez a szövetség, vagy egyesülés más kisebb számú szereplőt foglal magában. Az egészségkoalíció létrehozására első példa a Salgótarjáni Kistérség Egészségkoalíciójának létrehozása volt.

*„A 2009. december 10.-én létrejött Salgótarjáni Egészség Koalíciónak az volt a célja, hogy összefogást kezdeményezzen Salgótarján város azon szervezetei és intézményei között, akiknek fontos a város/kistérség, lakosainak egészségi állapota. Ezek a szervezetek eddig is tettek ezért, de együttműködéssel hatékonyabbá akartuk tenni mindenki munkáját.” (a koalíció koordinátora)*

A koalíciónak több szekciója, munkacsoportja is lehet, amely a összetett feladatokat láthat el. Ilyenek lehetnek a technikai előkészítő és operatív feladatok; a megvalósítás (és/vagy annak koordinációja); a kommunikáció; a monitorozás és visszacsatolás, valamint a disszeminációs feladatok.

A partnerségi csoport - ajánlottan: egészségkoalíció elnevezéssel – önkéntes tagjainak és a delegált személyeknek nem szükséges rendelkezniük minden szakterülethez illeszkedő, átfogó ismeretekkel. Ennél fontosabb követelmény az, hogy a koalíción belül és szervezett formában

átadhatóak, megismerhetőek és megoszthatóak legyenek az egyes szakterületekről származó információk. A partneri kör két részből áll: egyrészt a szintér konstans szereplői (pl. iskola; vagy önkormányzat), másrészt a közvetlenül érintettek csoportjából delegáltak (pl. szülők képviselői, vagy szegregátumi képviselő, stb.) alkotják.

A tervezési folyamat egyik produktuma lesz az cselekvési terv, amelyet az egészség fórum elfogadott. Ez egy színes tevékenység-, és szolgáltatási palettaként értelmezendő, és a benne foglalt egyes aktivitási elemeket kell majd a közösségnek a szintéren megvalósítania.

#### **4.4. Az egészségterv mint dokumentum**

Az egészségterv egy dokumentum formájában nyeri el végleges manifesztálódását. A hazai szakvélemény közös és határozott megfogalmazása, ajánlása alapján a produktumnak öt lényeges fejezetet kell tartalmaznia. Ezek a kötelezően javasolt területek a következők: *állapot leírás, probléma térkép, stratégia, cselekvési terv, és visszacsatolás.*

##### **Állapotleírás**

Minden tervezet, stratégiai az állapotleírással, a jelen státusz bemutatásával kezdődik, így az egészségterv esetében sincs ez másként. A tartalmi elemei könnyen hozzáférhetőek, ha a különböző jelentésekre, statisztikai dokumentumokra gondolunk. Ezek az információk intézményesített formában kerülnek elkészítésre, feldolgozásra. A legjelentősebb források: Központi Statisztikai Hivatal és a Megyei Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szervei, illetve az egyes Járási Hivatalok Népegészségügyi Intézetei.

A fejezetben az egészség előfeltételeinek a meglétét/hiányát szükséges bemutatni, ehhez azonban szükséges, hogy előzőleg az egészséget befolyásoló tényezőket vegyük alapul és csak ezután mutassuk be az előfeltételek állapotát. Az egészséget befolyásoló tényezők a következők: *fizikai, kulturális, politikai, gazdasági, egészségügyi és társas környezet.* A szintér állapotának jellemzéséhez ajánlott ezen szempontok mellett maradni.

Mivel az egészségtervvel a szintéren belüli egyenlőtlenségek csökkentését és a szintérnek önmagában az állapotát is egyaránt javítani szeretnénk, ezért fontos, hogy elemezzük az adatokat, arányokat és tendenciákat keressünk az egyes adatok, változók között és mögött. Értelmezni kell a kapott információkat, hiszen a szintér jellemző az átlagszámok, az attól való eltérések, az adatok időbeli –és akár területi – változásai is. *Az állapotleírásban rögzített fejezetek a 4.sz. melléklet-ben szerepelnek.*

##### **Problématérkép**

Az egészségtervben megfogalmazott problémák a jelenre, a most-ra vonatkoznak. Ezek nehézségekként jelentkeznek, tehát minden esetben negatív állapotot jelentenek. Tényekkel, adatokkal alátámaszthatóak, így racionálisan igazolható a létük (az alátámasztást jelentő adatok a cselekvési terv indikátorainak megállapításához elengedhetetlenek lesznek). Tehát a problématérkép funkciója nem csupán az egyes nehézségek nevesítésében és ábrázolásában merül ki. A térkép által mutatott problémák már azzal, hogy nevesítették azokat, egy magasabb minőségi szintre is kerültek: alkalmasakká váltak arra, hogy ténybeli alátámasztásokat is nyerve a tervezés alapjául szolgáljanak. Ehhez hozzájárul az a jelenség is, hogy az önkéntes alapon

formálódó aktív csoport magáénak –a közösséginek – érzi a problémákat és motivált arra, hogy a saját mozgásterén és lehetőségein belül valamilyen megoldást keressenek. Tehát a kezdeti problémamevesítés egy minőségi tervezési alappá nőheti ki magát, és a térkép alkalmas emellett arra is, hogy általa a problémák kezelésének időbeni sorrendjét is megállapíthassuk.

A problémák alapos megfogalmazását követi, hogy előkészítsük azokat az egyes problémacsoportok kialakításához. Ez jelenti a nehézségek elemzésének a kezdetét. Az így megszürt és csoportosított problémák jelentik valójában a térképet.

A térképen rendszerint három problémacsoport körvonalai rajzolódnak ki.

1. csoport. A legsürgősebb problémák, amelyek súlyossága, vagy veszélyeztető faktora olyan magas, hogy azonnali beavatkozásokat igényelnek. Itt általában a koalíció feladata a hatóságok/intézmények felé történő pontos és azonnali jelzések megtétele.
2. csoport. Ágazati, vagy komplex problémák, amelyek estében a lokális rendezés nem lehetséges. Itt a koalíció feladata szintén a jelzés megtételében és a kommunikációban merül ki, a jelzések címzettjei pedig a szintér felett álló hierarchikus szervezetek, vagy más csoportok.
3. csoport. A helyben megoldható olyan problémák, amelyek feltétele a sikeres stratégia alkotása. Ezeknél a problémáknál valamilyen mértékű forrásigény jelentkezik. Az egészségterv számára ezek lesznek az egyes elemek meghatározásának megalapozói.

A szintér problémáinak elemzéskor két tényezőt mindenképpen vizsgálni kell. Ezek a tényezők specifikusak, az adott szintérré jellemzőek.

1. a szükséges erőforrás mértéke.
2. a szükséges kompetencia megléte

A probléma megoldásához szükséges erőforrás (tudás; adottságok; hagyományok; humánkapacitás és pénzügyi forrás) Elsőként azt kell eldönteni, hogy milyen jellegű erőforrásra is van szükség. A kis forrásigényű problémák általában helyben kezelhetőek, míg a nagyobb forrást igénylő nehézségeket általában pályázati forrásokból, támogatásokból lehetséges kezelni. A problématerkép elkészítésének sikere abban az esetben is elkönyvelhető, amikor a jelzett kis forrásigényű problémák megoldásához nem is kell forrást rendelni –sem belső, sem külső oldalról – és a problémákat lokális szinten mégis sikerült rendezni.

A másik tényező azt mutatja meg, hogy mennyire vagyunk képesek kezelni a problémákat, hogy mekkora „illetékességgel” rendelkezünk a megoldás tekintetében. A nagy forrásigényű problémákhoz hasonlóan abban az esetben is a szintéren kívüli támogatottságot kell szereznünk, amikor a megoldáshoz nincs kellő mértékű kompetenciánk. Ezekben az esetekben a problémák nehezen kezelhetőek. *A kulcsproblémák kiválasztásáról bővebben az 5.sz. melléklet-ben olvashatunk.*

A szintéren „élő”, de ott helyben nem kezelhető problémákat abban az esetben tudjuk megnyugtatóan és véglegesen megszüntetni, ha azokat egy magasabb kompetenciával és/vagy nagyobb forrással rendelkező szintér felé toljuk tovább. Becsatornázzuk „otthoni” nehézségeinket

egy nagyobb megoldási lehetőségeket kínáló szintérré, ezzel megnövelve az esélyt a problémakezelésre.

Az alapvető elvekben a tervezőknek, a partnerségi csoportoknak meg kell állapodniuk, majd azt rögzíteni is kell a stratégiában is. Ezek közül a legfontosabbak: az esélyegyenlőség; a szolidaritás; az emberközpontú szolgáltatásnyújtás; az átláthatóság és elszámoltathatóság.

### **Stratégia**

Amikor elhatároztunk valamilyen cselekvést, beavatkozást, a jövőképünk és küldetésünk szerint cselekszünk, valamint megismertük a jelenlegi státuszunkat és feltártuk, rendszereztük és elemeztük a problémáinkat, akkor nem a problémák azonnali megoldására kell gondolnunk. Az egészségkoalíciónak ekkor a „know how”-val kell foglalkoznia, vagyis a stratégia elkészítésével.

A stratégiaalkotásnál egyaránt figyelembe kell venni a belső és külső körülményeket. A belső dimenzió az erősségeket és gyengeségeket jelenti. A SWOT analízis elkészítése meghatározó alapeleme a stratégia készítésének. Minden szervezet, így esetünkben partnerségi csoport, vagy koalíció is rendelkezik egy sajátos helyzettel, melyet tulajdonságai és külső status quo-ja, valamint makroszintű jelenségek határoznak meg. Az erősségek a tervezés során azokat a specialitásokat jelenti, amelyek a koalíció számára mintegy kitörési pontot jelenthetnek egy minőségi ugrás megtételére, a jelen helyzetből történő elmozdulásra. A belső környezetben túl külső lehetőségeink is vannak, amelyek elősegíthetik a pozitív változ(tat)ásokat. A koalíció (mint szervezet) külső dimenziója gátló tényezőket is tartalmaz, ezek a tervezés és megvalósítás veszélyeiként jelentkeznek. A külső környezeti helyzet megítéléséhez a megfelelő minőségű információval kell rendelkezünk.

A SWOT analízis kategóriáinak átgondolásával a partnerségi csoport jelen helyzetét mutatjuk be. Elkészítéskor a nevezett négy kategóriába fontossági sorrendben tegyük bele az egyes tényezőket, számuk ne legyen túl sok, legfeljebb 5-7 elemmel számoljunk. A stratégiai irányok abban az esetben fognak kirajzolódni, amikor a kategóriák egyes elemeit egyenként vizsgáljuk és megoldási alternatívákat dolgozunk ki. Az erősségek – lehetőségek metszete mellett körvonalazódnak a stratégiai irányok, a gyengeségek – veszélyek metszete mellett a gyors beavatkozást igénylő területek.

A stratégiai irányok meghatározása után át kell tekinteni, meg kell határozni azokat az érintetteket (személyek, szervezetek), akik valamilyen irányba befolyásolhatják a stratégiánkat. Ezen érintett szereplők stratégiát befolyásoló mechanizmusának vizsgálatát a Stakeholder analízissel végezhetjük el. Egy jól elvégzett analízis elősegítheti a gátló, vagy közömbös helyzetek építő, pozitív átalakítását irányító stratégia születését.

A SWOT analízis elkészítése után kerülhet sor a cselekvési terv megalkotására

### **Cselekvési terv**

A cselekvési terv nem más, mint kisebb projekttervek összessége, a tervet amikor elfogadja az egészség fórum (a legnagyobb szint) attól kezdve már cselekvési programról beszélünk. A kisebb projekteknek megoldást kell találnia azokra a problémákra, amelyek a problématerképen

szerepelnek. Fontos, hogy a szintér saját kompetenciájába tartozzon a probléma és viszonylag rövid időn belül, egy év alatt kezelhető legyen. A projekteknek erős és szervezett kommunikációs háttértámogatásra van szüksége és minden esetben válaszolniuk kell a célorientált projekttervezés főbb kérdéseire: Ki nyújt szolgáltatást? Kinek, melyik célcsoport részére? Milyen szolgáltatásról, miről van szó? Hogyan valósítjuk meg a szolgáltatásokat? Miért van szükség a betervezett egyes elemekre? Mikor kell nyújtani a szolgáltatásokat, milyen időtartamban valósulnak meg az egyes elemek? stb.

A jó projektnek szolgáltatásaival elsősorban a megcélzott csoport szükségleteit kell kielégítenie olyan módon, hogy emellett a szolgáltatások a fenntarthatósága, az elért eredmények és hatások megmaradása biztosított lehessen. Minél hatékonyabb a célcsoport szükségleteinek a kielégítése, annál hatékonyabb maga a projekt is. Minél több lokális problémát helyben old meg, annál nagyobb eredményességgel képes kezelni a célcsoport problémáit is.

A sikeres projektben költséghatékony a megvalósítás; a szakmai kompetenciák adottak és magas szintűek; a kommunikáció széles, nyílt és átható erővel rendelkezik és az egész folyamatnak széles körű a társadalmi elfogadottsága.

A cselekvési terv elkészítésekor a célok hierarchiájában kell gondolkodni: átfogó, specifikus és működési célok azok, amiket a leggyakrabban teljesíteni szükséges. A szinterek egészségterve alkalmas arra, hogy bekapcsolódjon ebbe a rangsor szerint felépülő célrendszerbe olyképpen, hogy sikeresen kanalizálja a lokális célokat és feladatokat a globális célokat követő specifikus célok mellé. A lakosság versenyképességének fejlesztése és a jobb egészségi állapot elérése, majd a születéskor várható élettartam növekedés célként történő megfogalmazása mellé kerülhet célként a szintér egészségtervének az elkészítése, megvalósítása is.

*„Az egészségterv ne csak egy-egy esemény, egészségnap, szűrés megvalósítására vonatkozzon, hanem olyan hosszú távú terv legyen, aminek az egyes fázisaiban elért eredményekre épülnek a következő projektek. Viszont méltatlan és életszerűtlen is lenne, ha a meglévő közösségi gyakorlatok (klubok, rendezvények, stb.) nem kerülnének be az egészségterv cselekvési terv fejezetébe.”*  
(szerzők)

Már a projekt tervezésekor meg kell határozni annak a kvantitatív ismérveit is. Ilyenek: az esélyegyenlőség biztosítása; az előnyben részesítés; a fenntarthatóság igénye; a monitorozás és hatásvizsgálat. A „feed-back” fontossága is egyértelmű, a visszacsatolások biztosítják az egészségterv ciklikus működtetését.

A tervezés során a fentiek mellett a mérés (folyamat; eredmény és hatás) indikátorait is meg kell határozni. Specifikus mutatókról van szó, amelyek az egyes projektekre tekintettel sajátosak.

#### **Indikátorokkal szemben támasztott általános követelmények - SMART**

<i>SMART kritériumok</i>		
<b>S</b>	Specific	specifikusak, mennyiség, minőség tekintetében
<b>M</b>	Measurable	mérhetőek, objektív módon
<b>A</b>	Achievable	teljesíthetőek
<b>R</b>	Relevant	relevánsak, szelektívek, függetlenek
<b>T</b>	Time-based	időhöz kötöttek

A mutatóknak objektív módon mérhetőnek kell lenniük és az indikátorokban foglalt mennyiségi és minőségi elvárásoknak a projekt megvalósítása során meg kell felelni (teljesíthetőnek kell lenni). Ez jelzi azt, hogy egy vállalat sikeres volt-e, vagy sem. Relevánsnak is kell lennie ezeknek a mutatóknak, hiszen a cél eléréséhez kell kapcsolódniuk. Az indikátorok teljesítésének emellett időben kötött keretek között kell megvalósulnia. Az indikátorok jellemzésére követelményrendszert kell alkalmazni - az indikátorok ún. SMART kritériumairól, vagy követelményeiről van szó.

### ***Visszacsatolás, új ciklus indítása***

A visszacsatolás olyan visszajelzés a színtér közössége számára, amely megerősíti az eddigi tevékenységükben és előkészíti a következő ciklus megvalósítását. Az egészségterv ciklikusan működik. Ezen működés tapasztalatai a feedback-en keresztül jutnak vissza a színtér szereplőihöz. Különösen fontos az indikátorok teljesülésének tapasztalatai. Ezáltal a következő megvalósítási szakasz – tevékenységei és kis projektjei - előkészíthetővé és megtervezhetővé válik. A visszacsatolás esetében különösen fontos a felelősök és időbeni ütemezések meghatározása.

A visszacsatolás révén, amennyiben szükséges, akkor pontosíthatjuk az állapotleírást, és ezeket a változtatásokat a cselekvési terv célkitűzésinek módosításával kell véglegesíteni. A visszacsatolásnak minőségfejlesztési szerepe is releváns, hiszen általa a kezdetekkor, az indulási állapot és helyzet időszakában megállapított és elfogadott elvek gyakorlatban történő megvalósulását is nyomon követhetjük, vizsgálhatjuk.

## **5. Módszertani támogatás az egészségtervek elkészítéséhez**

Az alábbi fejezetben néhány olyan segítséget, támpontot próbálunk nyújtani, amely segítséget adhat a feladattal járó szervezéshez és tervezéshez. A metodológiai támogatás természetesen nem lehet teljes körű, csupán felvillantja a legfontosabbnak tartott és követendő irányokat. A közösségfejlesztés és eszköztára mindenképpen megemlítendő itt, hiszen az egészségterv is közösségi alapon születik meg, település esetében a lokális társadalom az, amely önmagát szervezve, fejlesztve, majd pedig közösen tervezve létrehozza a saját egészségtervét. A téma feldolgozása a terület elméleti alapjain nyugszik.

Ennél gyakorlatiasabb forrásból származik a módszertani adalékunk következő csoportja. A járási települések egészségtervének elemzése és értékelése következik, amely a konkrét megállapításokat, ajánlásokat is tartalmaz. Mit és hogyan ne csináljunk!

A fejezet befejező részében pedig a Salgótarjáni Egészségkoalíció esettanulmányán keresztül mutatjuk be, hogy mennyire fontos is lett volna egy ilyen tömörülés munkája, hogy milyen szépen alakult a megszületése és biztatónak tűnt a működése. Sajnálatos módon kérészetű

szervezetről van szó –jelenleg – és működésének újragondolása, feladatainak újbóli ellátása a mindennapok egészségfejlesztési lokális kezdeményezéseinek szakmailag rengeteget segíthetne.

### 5.1. A közösségfejlesztés szerepe az egészségfejlesztésben

Az egészségfejlesztéshez, a közösségi alapon megszületendő (és nem csupán települési) egészségtervek létrehozásához két rövid, de meghatározó tanulmány ismerete és feldolgozása mindenképpen ajánlott. Az egyik Vercseg Ilona „*Legalább ennyit a közösségfejlesztésről*”<sup>23</sup> című dolgozata, a másik pedig Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László szakmai anyaga „*Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*”<sup>24</sup> címmel. A jelen szakasz bemutatása is ezen módszertani füzetek alapján valósult meg.

*„Az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi szektor feladata. Hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja nélkül nem lehetséges, igaz, támogató társadalmi háttér nélkül sem....”*  
(Füzesi –Tistyán)

A mai értelemben vett közösségfejlesztés humán segítő szakmai alapokon nyugszik, amely közel száz évvel ezelőtt jött létre. A community development kifejezés nem csupán a közösségfejlesztést, hanem a közösségi fejlesztést is magában foglalja.

A közösségfejlesztés értelmezése a közösség és a fejlesztés szavak jelentéseinek meghatározását is szükségessé teszi.

**A közösség**, mint lokális fogalom. A szó funkcionális értelmezést nyert, hiszen egyben jelentette az emberek (embercsoport) összetartozását és együttműködését, valamint a helyhez kötöttséget is. Funkcionális a fogalom a tekintetben is, hogy a civil társadalom alapintézményeit, a demokrácia gyakorlómezejét is jelenti, valamint rugalmasabb struktúrájuk miatt államilag létre nem hozható szolgáltatásokat is megteremtnek, így tehát a közösségek hatalom valós alternatívái is egyben.

A modern társadalmakban azonban a lokalitás szerepe jelentősen csökken, így helybeliségnek már nincs olyan meghatározó jelentősége a globalizációban.

Az egészségfejlesztésben is központi szerepe van a közösségeknek. Érthetjük alatta az emberek összefüggő hálózatait is, amelyek különböző dimenziók mentén alakulnak. Ezek a kiterjedések a következők: lakóhely; elfoglaltság, amely a napi élet legnagyobb részét kitölti; a munka, valamint az életkori és demográfiai jellemzők. A közösség felfogható intézmények sokaságaként is, amelyek fontosak a közösségi identitás kialakításában (család; önkéntes és civil szervezetek, szomszédság, stb.) A közösséget értelmezhetjük emellett kapcsolatként is az intézmények, szervezetek között, amelyek a szűkös erőforrások megszerzése érdekében folytatott rivalizálást segítenek csökkenteni és erősíteni közöttük az együttműködést (konszenzus szerepe).

---

<sup>23</sup> Vercseg Ilona - Legalább ennyit a közösségfejlesztésről Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez - Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004

<sup>24</sup> Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken - Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004

A közösség ezek mellett hatalom is, amely segít definiálni a az (egészségi) problémákat és megteremtheti a forrásokat a problémák kezeléséhez.

A közösséghez való viszonyulás, a szervezettség és a közösségi cselekvés **fejleszthető** és ez nem más, mint a közösségfejlesztés feladata.

„A **közösségfejlesztés** (*community development*) vagy közösségszervezés (*community organization*) felfogásunkban elsősorban szomszédságok, települések, térségek közösségi kezdeményező- és cselekvőképességének fejlesztését jelenti, amelyben kulcsszerepe van a polgároknak, közösségeiknek és azok hálózatainak, valamint a helyi szükségletek mértékében a közösségfejlesztőknek is, akiknek bátorító, ösztönző, informáló, kapcsolatszervező munkája életre segítheti vagy kiegészítheti, megerősítheti a meglévő közösségi erőforrásokat. „(Varga, Vercseg, 1998)

A gazdasági növekedés önmagában nem oldja meg a legnagyobb társadalmi, vagy közösségi problémákat, amelyek a mindennapokat is végig kísérik.

Egyes nézetek szerint

„Végül és mindezekkel összhangban úgy gondoljuk, hogy az emberek gazdasági, politikai vagy kulturális kiszolgáltatottságának, függőségének csökkentését elő kell segíteni, s a közösségfejlesztés ebben is segítségünkre lehet.”(Vercseg)

A közösség önmaga által való fejlesztése maga a közösségfejlesztés. A meghatározó kérdés az, hogy a helyi közösség képes-e felismerni és tudatosan kezel-e a helyben is jelentkező nehézségeket. Tud-e ezekre reflektálni, motiválni a közösség tagjait és külső partnereket az együttműködéshez.

Az önmagát fejlesztő, tudatos és együttműködő közösségre jellemző, hogy tagjai

- érzelmileg pozitívan viszonyulnak saját lakóhelyükhöz, a közösségükhöz;
- rálátással rendelkeznek a közösség életére és tudatosan élik meg a viszonyt a saját közösségükkel.
- tisztán látják saját esélyeiket és lehetőségeiket;
- felelősségvállalók, kezdeményezők
- az elképzeléseiket megpróbálják kialakítani és egyeztetni a közös tervek létrehozását segítendő,
- fejlesztik szervezettségi szintjüket, hogy a közösség elképzelései meg is valósuljanak.

### **Közösségfejlesztés - egészségfejlesztés**

„A közösségfejlesztési folyamat egy településen a lakosság vagy/és szervezeteinek megszólításával és bevonásával, aktivizálásával kezdődik, majd a problémák felismerésével és azok nyilvánossá tételével folytatódik. Ennek során mind többen kapcsolódnak a folyamathoz, és jutnak el a közösségben meg- fogalmazódó feladatok felismeréséhez és közösségi megoldásához, mégpedig ismereteik és képességeik fejlesztése útján, a lehetséges partnerekkel együttműködve.” (Varga, 1988)

Tehát a közösségfejlesztés folyamata megcélozza a lakosság/érintettek (egyének és közösségek) önálló és felelősségteljes aktivitásra történő *képessé tételét* valamilyen társadalmi/közösségi cél érdekében. Abban az esetben, amikor az érintettek az egészségi állapotukon szeretnék javítani, akkor a képessé tétel (mint közösségfejlesztési produktum) is ebbe az irányba fordul, ez lesz az iránya a beavatkozásoknak. Tehát *a közösségfejlesztéssel felkészülni az egészségfejlesztésre.*

*„Az egészségfejlesztés célja, hogy az egyének, közösségek képessé váljanak az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük.” (Füzesi –Tistyán)*

Az egészségi állapot értékelésekor az egészséget gyakran *abszolút fogalomként* értelmezzük és kezeljük. Ennek értelmében a meghatározás egyszerű, vagyis valaki vagy egészséges, vagy beteg. Más az egészség értelmezése abban az esetben, ha egyes embercsoportoknak, közösségeknek, stb. szeretnénk segíteni annak érdekében, hogy a csoport tagjai és maga a közösség egészségesebb legyen. Ebben az esetben *relatív fogalomként* értelmezzük az egészséget, vagyis jobb állapotot szeretnénk elérni.

Abban az esetben, amikor segítségünkkel javul, vagy javítjuk az egészségi állapotot, akkor tulajdonképpen az élet minőségének javításán dolgozunk, amely a valós jóllét növekedésével és egyben a betegségek és korlátozó tényezők csökkenésével jár együtt. Tehát *a pozitív egészség* növelése és a *negatív egészség* csökkentése párhuzamosan jellemzik az egészségi állapot javítását.

Az egészségfejlesztésnek nagyon fontos része az egészségnevelés, de annak nem kizárólagos eszköze. Több módszer alkalmazására van szükség. Maga az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi rendszer feladata, hanem az egyének és közösségek számára is fontos teendőt határoz meg. A fejlesztési folyamathoz motiváció és támogató társadalmi háttér is szükséges. Az embereknek az „életvilágukban” (az egyes szintereken) úgy kell érezniük, hogy „magától értetődő”en részt vesznek a saját egészségük fejlesztésében.

### **A közösségi szinterek és a támogató társadalmi háttér**

A közösségi szintér *egyrészt célterülete is, másrészt szereplője* –közösségi normaképzés; kommunikációs szerep; értelmezési keret; magatartásmodellek, stb. - *is az egészségfejlesztésnek.* Ezek a szinterek lehetnek *formálisak* (pl. iskola, munkahely), vagy *nem formálisak* (spontán szervezeti tagság szükséges, pl. a saját lakótömb, vagy utca), de lehet egy *szituációhoz kötött*, ahhoz simuló is, pl. egy konkrét rendezvény résztvevői. Léteznek *speciális szinterek is*, ilyenek pl. hadsereg, vagy börtönök, illetve az iskolarendszer (kortárs csoport; szubkultúra meghatározó jellege).

A közösségi szinterek ezeken kívül segítik a fejlesztéshez szükséges partneri kapcsolatok kialakítását és működtetését, illetve az egészségfejlesztési folyamat finanszírozhatóságát is biztosíthatják.

A közösségi szintereket érintő egészségfejlesztés elengedhetetlen feltétele az aktívan *támogató társadalmi háttér.* E nélkül *eredménytelenné* válik az egészségfejlesztési folyamat. A jogalkotás

egy ilyen támogató háttérrel biztosíthat, viszont gyakran az élet olyan területein és olyan problémák jelennek meg, amelyet jogalkotással kezelni nehézkes, vagy lehetetlen.

### **A közösségi színtereken megvalósuló sikeres egészségfejlesztési folyamatok jellemzői**

Olyan *módszerek alkalmazásáról van szó, amelyek jól illeszkednek az egyes életkori csoportok jellegzetességeihez.* Ezek során a sajátosságokban rejlő lehetőségek kiaknázásra kerülnek. A program az egyes életkori csoportok egészségének fejlesztését célozzák meg.

*A fiatalok csoportja kiemelendő,* ez a korcsoport jól kezelhető az iskolarendszeren belül. Az életkori alapon megközelíthető szinterek kizárólagos kiemelése önmagában nem vezet eredményekhez, hiszen a fiatalnak is csak egyik színtere az iskola, a napja jelentős részét itt tölti, de előtte és azután más szinterekhez kapcsolódik. Abban az esetben, ha csak az iskolával foglalkoznánk, akkor egysíkú folyamatot indukálnánk, hiszen elvesznének az iskola hatásai a más szinterekre nézve.

Ezek a tevékenységek *maguk által generált aktivitásokkal* a környezetük egészségfejlesztésének érdekében zajlanak. *Cselekvő alanyok, érintettek* nélkül nem lehetséges létrehozni eredményes egészségfejlesztési tervezést és megvalósítást. A célok adott élethelyzetekhez történő igazítása, illetve az alkalmazandó módszerek helyes meghatározása nem valósulhat meg az érintettek tevékeny, agilis bevonása és hozzájárulása nélkül.

Kiaknázódnak az adott *színtérben rejlő adottságok, azok lehetőségként lesznek azonosítva és azon módon is hasznosulnak, kerülnek felhasználásra.*

Legértékesebb programok azok, amelyek nem külső behatásra, szándéokra visszavezetve jönnek létre. A csupán belső próbálkozások és megnyilvánulások alapja az, hogy a közösség készül, várakozik és „mozgolódik” a problémák megoldása, a változtatás kieszközlése érdekében. Az *igazi motiváció az, amely belülről mozgathatja a közösséget. A belső és a kifelé irányuló kommunikációnak meghatározó szerepe van a folyamatban.*

*Erőforrások jönnek létre a lehetőségekből.* A közösségi színtereken a megfelelő módszerek alkalmazásával viszonylag problémamentesen elérhetjük a személyek, a közösség aktivitását. Ez a fajta cselekvési hajlandóság energiákat, erőforrásokat jelent az egészségfejlesztés érdekében és elősegíti annak finanszírozhatóságát.

*Önfenntartó folyamatok születnek meg,* amelyek külső segítségek, források nélkül is megmaradnak és működnek. A folyamatok akkor lesznek önfenntartóak, ha szokások beépülnek a mindennapok működtetésébe. Ez úgy jön létre, hogy a hatékony egészségfejlesztés módosítja a meglévő és új normákat, magatartásformákat. Ezek válnak szokásokká, rutinokká az átadott tudások megszerzése által, így nagymértékben életképebb és fenntarthatóbb struktúrákat, fejlesztéseket hoznak létre.

## **5.2. A járás településterveinek elemzésének, értékelésének tapasztalatai**

A jelen tanulmányhoz szeretnénk volna feldolgozni, a szakmai anyagba beépíteni az egyes települések által a rendelkezésünkre álló egészségterveket is. A munka során így több alkalommal is megkerestünk minden egyes települést és hivatalos úton bekértük

tanulmányozásra az elkészült terveket. Az eredmény az lett, hogy az ismételt megkeresés után is mindössze négy település küldte meg a koncepcióját. Ez jelentheti azt az érdektelenséget, motivátlanságot is, amely a tanulmányt, annak célját és szükségességét követi, illetve jelezheti valóban azt a helyzetet is, hogy csupán négy településnek van egészségterve. Ezt a következtetést erősíti meg az egyes polgármesterek visszajelzése is, amely alapján arról informáltak, hogy nem készítettek még el ilyen tervet a településen. A kutató szubjektív véleménye az, hogy mindkét következtetés helyes lehet, valamint ez előre megjósolható is volt.

Tehát az alábbi szakasz a rendelkezésre álló négy település egészségtervének feldolgozását jelenti, amely nem tekinthető e tekintetben reprezentatívnak, viszont a megállapított problémák és hiányosságok jól tükrözik, helyesen jelenítik meg a „mintára” vonatkozó tervek általános nehézségeit.

Az egyes egészségtervek feldolgozását és összehasonlítását, értékelését az egészségtervekhez készült módszertani ajánlások alapján rögzített öt kötelezően ajánlott tartalmi elem (fejezet) tekintetében végeztük el. Fontos megjegyzés, hogy a Települési Egészségterv egy olyan komplex dokumentum, amely jellegéből fakadóan a település összes tervezett közösségi programját tartalmazza (és nem kizárólag egy pályázaton támogatásért pályázó programokat.)

## **1. fejezet: állapotleírás**

Az állapotleírás egyes elemeinek bemutatásakor törekedni kell a helyi sajátosságok kiemelésére.

*Kötelező elemek (minimálisan elvárt információk).*

*Természeti és építészeti és társadalmi környezet.* a település földrajzi elhelyezkedésének sajátosságai; közlekedési viszonyok; infrastruktúra (ivóvízhálózat, elektromosság, gáz, csatornázottság, burkolt utak, stb); kihasználatlanul álló telkek és épületek számbavétele; kiemelkedő építészeti alkotások, egyéb sajátosságok („falubüszkesége”);

*Releváns demográfiai mutatók:* lakosság szám, nemek eloszlása, koreloszlás, ezek alakulása 3 év viszonylatában; nemzeti kisebbségek becsült aránya; fogyatékkal élők; iskolai végzettség.

*Gazdasági mutatók.* Helyi és környékbeli vállalatok, vállalkozások, működési területük; földrajzi terület fejlődése az elmúlt 5 évben (gazdasági, szociális, egészségügyi mutatók változásában megfigyelhető tendenciák)

*Foglalkoztatottság.* jellemző gazdasági ágazat; munkavállalók, munkanélküliek, szociális segélyből élők száma a teljes lakosság szám arányában; ingázók aránya; szakképzési lehetőségek helyben vagy a környéken.

*Intézmények.* oktatási, szociális, egészségügyi, kulturális, stb. intézmények.

*Civil szervezetek.* név szerint; mióta működnek; milyen területen; a lakosok mely csoportja alakította – a településen vállalt tisztség szempontjából.

*Szolgáltatások.* posta; gyógyszertár; sportolási, szórakozási lehetőségek; üzletek; kommunikációs (pl. kábel TV, helyi újság, honlap, internet lehetőség)

A településen zajló *közösségi programok, hagyományok* bemutatása (különös tekintettel a pályázó szervezet közösségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységére). Milyen a lakosság

viszonyulása a közösségi programokhoz (érdeklődés, önkéntes munka, felajánlások)? Milyen az intézmények és szervezetek közti mindennapos kapcsolat?

*Az egyes települési egészségtervek – értékelés*

Település 1.

A kérdőíves felmérés eredményei nem áttekinthetőek. A diagram alkalmazása célravezetőbb lett volna több esetben is a táblázatok helyett.

Település 2.

A lakosság megbetegedésének statisztikai mutatói hiányoznak. A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett pánciensiek előforduló betegségei – hiányoznak a betegség típusok arányszámai, 3-5 év távlatából (nők, férfiak), ezekből az adatokból derül ki, hogy hol szükséges a beavatkozás, prevenció, egészségfejlesztési programok formájában! Ezek nélkülözhetetlen adatok, hogy elkerülhető legyen bizonyos betegségeknél az elhalálozás növekedése. és elősegítsük az átlagéletkor növekedését.

Hiányos szakaszok: egészségi állapotot befolyásoló tényezők felsorolása; a lakosság életmódjának, egészségi állapotának jellemzői, országos, és térségi összehasonlítása; Több információt, bekezdést lehetett volna alfejezetként feltüntetni, pl. természeti és épített környezet-infrastruktúra; gazdasági mutató; foglalkoztatottság; intézmények- oktatási, kulturális, stb.; civil szervezetek és szolgáltatások.

Település 3.

Egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés bemutatása. Ebben a részben hiányzik: a lakosság megbetegedésének statisztikai mutatói; a háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett pánciensiek előforduló betegségei; a betegségtípusok arányszámai 3-5 év távlatából (nők, férfiak), ezekből az adatokból derül ki, hogy hol szükséges a beavatkozás, prevenció, egészségfejlesztési programok formájában. Ezek nélkülözhetetlen adatok, hogy elkerülhető legyen bizonyos betegségeknél az elhalálozás növekedése. és elősegítsük az átlagéletkor növekedését.

Egészségi állapotot befolyásoló tényezők felsorolása hiányos, és nincs jelentés a lakosság életmódjának, egészségi állapotának jellemzőiről, országos, és térségi összehasonlításról sem.

Mi indokolja, hogy a TÁMOP 6.1.2 pályázat keretén belül egészségügyi szűrésen való részvétel elősegítését nevezte meg mint tevékenységet? Több információt, bekezdést lehetett volna alfejezetként feltüntetni.

Település 4.

Hiányzik a fejezet. nem lehet megtudni semmit az alábbi területekről: a települési egészségterv háttere, szükségessége (pl. pályázat elemeként készült?); célkitűzések, mit szeretnének elérni; település részletesebb bemutatása; egészségi állapotot befolyásoló tényezők felsorolása; a gazdasági helyzete; intézmények; civil szervezetek és szolgáltatások.

## *Általános értékelés*

A lokális környezet bemutatása, a közösség területének és életének bemutatása általánosságban sem sikeres, nem kellő megalapozottságú. A tervezők nem fektettek kellő figyelmet és türelmet a fejezetben szükséges elemek bemutatására. A természet és az egyes építészeti objektumok bemutatása nagyobb hangsúlyt kapott, mint a demográfia, a lakosság vizsgálata. Megállapítható még az is, hogy a gazdasági mutatók, a foglalkoztatottság és a lokális intézmények, szolgáltatások leírása is nagyon szűkszavú, ha egyáltalán megemlíti ezeket a fontos ismérveket. A civil szervezetekről, azok küldetéséről és munkájukról is keveset tudhatunk meg a fejezetben. A településen zajló közösségi programok, rendezvények, stb. megemlézése is esetleges. Az egyes folyamatokon belül –pl. demográfia, vagy foglalkoztatottság – nem láthatunk tendenciákat, mivel az időbeni és/vagy térbeli összehasonlítások is hiányoznak. A lakosság egészségi állapotáról és az egészséget befolyásoló tényezőkről szintén keveset olvastunk. A lakosság életmódja, a közösség mindennapi életének bemutatása, valamint az észlelt defektusok, a nehézségek megvilágítása elég gyenge fényben történik. Az állapotleírásokban foglaltak – volt olyan település, ahol a fejezet önmaga is kimaradt -nem adhatnak kellő információt és alapot a stratégiák megalkotásához.

### **2. fejezet: igényfelmérés elemzése, kulcsproblémák kiválasztása**

*Kötelező elemek (minimálisan elvárt információk).*

Az igényfelmérés tervezésében *résztevők* bemutatása (név, a képviselt lakossági csoport /célcsoport/, intézmény, szervezet megjelölésével). Igényfelmérés *tervei és megvalósulása* (tapasztalatok). Igényfelmérés *értékelése*. Összes válaszadók száma a teljes lakosságszámhoz viszonyítva, az egyes problémák, igények bemutatása. A *közösségi támogatottság* bemutatása az érintett célcsoport viszonylatában; a felajánlások száma, jellege. *Problémák, igények tematizálása* legalább saját kompetencia és forrásigény szempontjából, kulcsproblémák kiválasztása, amelyekre a stratégia épül (indoklása).

*Az egyes települési egészségtervek – értékelés*

Település 1.

Megfelelő tartalom, de a szemléltetés nem megfelelő.

Település 2.

Hiányzik az egész fejezet! A dokumentumban nincs számadatokkal indokolva a kulcsproblémák kiválasztása. Milyen mutatók alapján fogalmazták meg a rövid és középtávú terveket? A problématerkép módszert is alkalmazhatták volna.

Település 3.

Ide tartozik a kérdőíves felmérés és a kapott információk elemzése, ami más szakaszban szerepel.

Település 4.

A fejezet hiányzik. A dokumentumból nem derül ki mi alapján történt a cselekvési program összeállítása. Hiányoznak a lakosság igényei, szükségletei egy felmérés alapján pl. sportpálya, játszótér; a lakosság közérzete, egészségi állapot javítás

érdekében tehetne-e valamit a település vezetése; az egészségtervben található Cselekvési program II./1 fejezettől a II./4 fejezettel bezárólag, tartalmilag részben ehhez az elemhez tartozik. Problématérkép használata ajánlatos lett volna.

### *Általános értékelés*

Általánosságban megállapítható, hogy az állapotfelmérés színvonala elégségesnek bizonyult, így a stratégiatervezés fundamentuma tehát laza talajra építkezett. tovább nehezítette a „tervezést”, hogy két esetben hiányzott a területet érintő fejezet is. A többi esetben a számadatok nem kerültek elemzésre, feldolgozásra. A problémák meghatározása és rangsorolása, súlyozása –a számadatok alátámasztó erejének hiánya miatt – következtetlenek, esetlegesnek tűnnek. Az önkényes problémagenerálást, vagy problémaerősítést fokozza az a tény is, hogy az érintettek szükségletei, igényei nem jelentek meg valós súlyukkal. A problématérkép felállítása nem közismert módszer a tervezők között, a nehézségek megmaradnak a spontán rendszerezés és „kalkulálás és jóslás” szintjén.

### **3. fejezet: rövid és hosszú távú stratégia a közösségi cselekvés ösztönzése**

*Kötelező elemek (minimálisan elvárt információk).*

A fenti elemzés alapján, rövid-, közép- és hosszú távú *tervek* készítése, *célkitűzések* megfogalmazása. *Korábban* kitűzött stratégiák célok megvalósulásairól.

*Az egyes települési egészségtervek – értékelés*

Település 1.

Megfelelő tartalom.

Település 2.

Nem készült kellő komolyságú igényfelmérés, amire épülhetett volna a többi szakasz. Rövid,- közép,- hosszú távú tervek készítése nagyon hiányos. Egészségfejlesztés eszközszerének bemutatása is alacsony színvonalú.

Település 3.

Teljesen hiányzik a fejezet. Hiányoznak a rövid,- közép,- hosszú távú tervek készítése és az egészségfejlesztés eszközszerének bemutatásai.

Település 4.

Teljesen hiányoznak: rövid,- közép,- hosszú távú tervek készítése; egészségfejlesztés eszközszerének bemutatása.

### *Általános értékelés*

Nem derült ki az igényfelmérésekből az a fontos információ sem, amelynek birtokában betekintést nyerhetnénk a települések vezetőségének problémákat érintő attitűdjébe. Amennyiben így nem számolhatunk a helyi grémium és a közösség bizonyítható támogatásával, addig a problémák kezelése és az erre épülő stratégia is csak homályos ködbe veszik: nincs igazolható és rangsorolt problémakosár; nincs feltárt és tudatosan átgondolt kompetencia

számítás; nincs adekvát forrásigény a problémák kezelésére. A stratégia pedig ezekre a tényekre építkezne. A közép- és hosszú távú terhek jellemzően hiányoznak a települési „tervek”-ből, így azok súlytalanok maradnak már a megalkotásuk alatt is, a stratégiaalkotás elveszik az előzetes két fejezet nem megfelelő színvonalú produktumai miatt. Nincs előkészítve a stratégia tervezése, így a gyakorlatban már ezzel a fejezettel be is fejeződhet az egészségterv készítése. Két település esetében ráadásul hiányzik is a dokumentumból a stratégiaalkotás fejezete.

#### **4. fejezet: cselekvési terv**

*Kötelező elemek (minimálisan elvárt tartalom).*

A stratégiában megfogalmazott, rövid-, közép- és hosszú távú terveknek megfelelően annak bemutatása, hogy az elkövetkező 3 évben *konkrétan mit, hogyan kívánnak tenni* a célok elérése érdekében. Programként kell feltüntetni a megfelelő és a *még hiányzó konkrét forrásokat*, illetve az utóbbi előteremtésére vonatkozó terveket. *Időütemezés, felelősök* (név, intézmény vagy szervező), az elérni kívánt célt, *várt eredményeket* 3 év alatt, illetve az első évben. Megalakult *operatív csoport* (egészségterv csapat) tagjai név szerint az intézmény, szervezet megjelölésével.

*Az egyes települési egészségtervek – értékelés*

Település 1.

Megfelelő a tartalom.

Település 2.

A lakosságot érintő problémák a dokumentumból nem tűnnek ki. Konkrétan nincs megfogalmazva mely egészségügyi állapotot befolyásoló tényezőn illetve életmódon szükséges változtatni, hogy csökkenjen a megbetegedések száma. Az egészségtervhez tartozó program összeállításánál hiányzik: a célcsoport megnevezése, hol, mikor és ki valósítja meg; indikátor szám. A rendezvények mozgással egészséges táplálkozással, szenvedélybetegségekkel kapcsolatosak. (Miért? ennyire túlsúlyosak az emberek? Sok a mozgásszervi megbetegedés? Erre van igény?) Nem koherens, nem magalapozott szakasz.

Település 3.

Hiányzik a fejezet.

Település 4.

A lakosságot érintő problémák a dokumentumból nem tűnnek ki. Konkrétan nincs megfogalmazva mely egészségügyi állapotot befolyásoló tényezőn illetve életmódon szükséges változtatni, hogy csökkenjen a megbetegedések száma.

*Általános értékelés*

A stratégiákban nem jellemző, hogy rövid-, közép- és hosszú távú tervek meg lettek volna jelenítve. Tehát nem is tudunk a jövőt illetően semmit sem „terv”szerűen megvalósítani. Nem tudja a cselekvési terv bemutatni, hogy mi is fog történni, zajlani az elkövetkező években. A konkrét források így nehezen tervezhetőek, az időbeni ütemezés és a felelősök körének kijelölése is problémákba ütközik. Az elvárt eredményeket nem ismerjük olyan szinten, hogy el tudjuk

dönteni azt, hogy egyáltalán jót, maradandót cselekszünk-e. Volt olyan település, ahol ez a fejezet sem került be az Egészségtervbe.

## **5. fejezet: folyamatos értékelés, monitorozás. Visszacsatolás és kommunikáció.**

*Kötelező elemek (minimálisan elvárt információk).*

A programtól várt *eredmények*; az elért eredmények *mérésének* bemutatása; a mérőszámok, a *mutatók* meghatározása. A mért eredmények folyamatos *visszacsatolása* (*elégedettségi vizsgálat*). Kommunikációs és disszeminációs elképzelések.

*Az egyes települési egészségtervek – értékelés*

Település 1.

Hiányzik a fejezet.

Település 2.

Teljesen hiányzik a szakasz tartalma, csak említések szerepelnek. Nem derül ki, hogy az egész lakosságot érinti, vagy egyáltalán kire vonatkozik. Egy- egy programra hány fő részvételét tervezték? A programokról milyen formában értesül a lakosság? Folyamatosan valósulnak meg a programok, vagy csak egy évben. Az egészségtervet három évenként frissíteni szükséges.

Település 3.

Hiányzik a fejezet.

Település 4.

Hiányzik a fejezet.

*Általános értékelés*

A rendszeres értékelés és a megvalósítás során kapott jelzések és visszacsatolások nélkül nem lehet sikeres és fenntartható egy fejlesztési folyamat sem. Az eddigi fejezetek termékei legfeljebb is csak korlátozott igazságú mutatókat hozhattak létre. Ezeket most mérni kellene, de nincs felelőse, kompetenciája a feladatoknak, az egyes szereplőknek. A visszacsatolás és a mérések bemutatása ciklikusan jelentkező feladatok lennének, de nincs olyan személy, vagy csoport, amely felvállalná ezeket, amely információkat, megállapításokat közölhetne egy kompetens szereplőnek, viszont nincs olyan elhivatott és motivált csoport sem, amely szeretné tudni a visszajelzések, mérések tartalmát. Már csupán azért sem, mert három esetben nem is foglalkoztak ezzel a tervezők.

**Az egyes települési egészségtervek összegzése**

Település 1.

A kapott formátum nagyon nehezen kezelhető, eltöredezett szövegtömbök halmaza. A kötelező elemeket és alfejezeteket vastagított betűtípussal érdemes kiemelni. Az Egészségterv tartalmilag nem egész, az 5. fejezet (értékelés, monitorozás) hiányzik.

A sorszámozás alfejezetszinten is indokolt lett volna. A tanulmány oldalai nincsenek sorszámozva, ezért nem felhasználóbarát olvasói szempontból a terv. Tartalmilag viszonylag elfogadható a terv, bár a megvalósítás konkrétumai nem tervezettek.

#### Település 2.

Bevezetés. Az első oldalon az olvasható, hogy .... Község Önkormányzatának Pályázata. Melyik pályázathoz kapcsolódik? Célkitűzések hiányosak:, mit szeretnének elérni? A dokumentum borítóján, az első oldalon célszerű feltüntetni a készítés dátumát. Tartalomjegyzék: Teljesen hiányzik. Egy tanulmány, dokumentumkészítésnél a tartalmi felsorolást oldalszám megadásával szükséges elkészíteni. Az egészségterv tagoltsága nem megfelelő az ajánlott kötelező elemek nincsenek nevesítve. Az egyes szakaszok hiányosak, részben alkalmasak a feldolgozásra, a további fejezetek megalapozására. Módszertan és alaposág mellőzése jellemzi a tervet.

#### Település 3.

Tartalomjegyzék. A tartalmi felsorolásból kitűnik, hogy az egészségterv nem tartalmazza teljességgel az egészségterv kötelező elemeit, illetve a tartalmi tagoltság nem megfelelő. Tartalmilag teljesen hiányos, a továbbgondolásra, valódi tervezésre alkalmatlan a leírt szakmai anyag, amelyben még a kötelező elemek is hiányoznak.

#### Település 4.

A dokumentum borítóján, az első oldalon célszerű feltüntetni a készítés dátumát. Jelen esetben a cselekvési program tervezéséből derül ki, hogy 2000-ben készült. Tartalomjegyzék: egy tanulmány, dokumentumkészítésnél a tartalmi felsorolást oldalszám megadásával szükséges elkészíteni

A tartalmi felsorolásból kitűnik, hogy az egészségterv nem tartalmazza teljességgel az egészségterv kötelező elemeit. Az állapotleírás, a kulcsproblémák azonosítása, a stratégia és a cselekvési terv gyakorlatilag egyaránt hiányoznak, vagy nagyon hiányosak. A tervből nem derülnek ki az alapvető információk, pl. az egész lakosságot érinti? Egy- egy programra hány fő részvételét tervezték? A programokról milyen formában értesül a lakosság? Folyamatosan valósulnak meg a programok, vagy csak egy évben?

### 5.3. Az Egészségkoalíció funkciója az egészségtervek létrehozásában

#### *A Salgótarjáni Egészségkoalíció*

A Salgótarjáni Egészségkoalíció 2009-ben, az Országban elsőként jött létre. Széles szakmai figyelem kísérte létrejöttét és működésének beindulását. Szép reményekkel, nagy tervekkel és célokkal indult ez a szövetség. Jelen dolgozat szempontjából a Koalíció települési egészségterveket generáló, azokat szakmai-módszertani szempontból irányító és a lokális közösségeket aktiváló szerepe miatt igazából releváns. Ezen kívül még meghatározó szerepe lehetne egy járási egészségterv megalkotásában, és annak értékelésében, a monitoring tevékenységekben. Döntő szerepe lehetne emellett a járási egészségterv kommunikációjában és disszeminációs feladatainak ellátásában egyaránt. A Koalíció jelenének, szerepének megismerése céljából interjút készítettünk az egyik egészségfejlesztő, egészségnevelő szakemberrel (NMKH Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv), aki hat évvel ezelőtt bábáskodott a Salgótarjáni Egészség Koalíció megszületésénél.

Az ÁNTSZ Észak-magyarországi Regionális Intézetének kezdeményezésére 2009. év végén megalakult a *Salgótarjáni Egészség Koalíció*.

*A szövetség létrehozásának célja az volt, hogy a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében összefogja a különböző civil és társadalmi szervezeteket, intézményeket, elősegítse a partnerségi együttműködést és segítsen felkutatni, illetve használni a közösségi erőforrásokat. A Koalíció konkrét célja pedig az volt, hogy a Salgótarjáni Kistérség minden településének legyen települési, és a kistérségnek kistérségi szintű egészségterve.*

Nagy szükség van arra, hogy szervezett formában *tudatosítani kell az emberekben*, hogy - az egészség érték, megtérülő befektetés és emellett hangsúlyozni kell az egyéni felelősséget is az életmód megválasztásában.

A népesség egészségi állapotát, halandóságát a fejlett országokban az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége határozza meg.

Amennyiben a települések jelentős intézményei és aktív civil szervezetei közösen, együttműködve terveznek, valósítanak meg programokat, úgy a fejlesztés hatékonyabb lesz, több embert lehet elérni és a szűkös erőforrásokat is jobban ki lehet használni.

A Koalíció az aláírt együttműködési megállapodás eredményeképpen a partnerek a következő évre (2010) már közös cselekvési tervet dolgoztak ki. A szövetség tagjai kifejezték azon szándékukat is, hogy az egészségterv elkészítését és ciklikus működtetését tekintik fontos feladatuknak települési, majd pedig kistérségi szinten. A megállapodásban foglaltak alapján szükség szerint, de legalább kéthavonta ülésezik a Koalíció.

A Partnerségi Együttműködési Megállapodást 2010-ben *az alábbi szervezetek* írták alá:

- Balassi Bálint Megyei Könyvtár
- Belszervi Betegek Salgótarjáni Egyesülete
- Magyar Rákellenes Liga Salgótarjáni Alapszervezete

- József Attila Művelődési Központ Ifjúsági Információs és Tanácsadó Iroda
- Salgótarjáni Központi Általános Iskola és Diákotthon
- Madách Imre Gimnázium és Szakközépiskola Kanizsai Dorottya Egészségügyi Tagintézménye
- Szent Lázár Megyei Kórház
- Magyar Vöröskereszt Nógrád Megyei Szervezete
- Halló Mentálhigiénés Egyesület
- Egészséges Életért Klub
- Nógrád Megyei Pedagógiai Társaság
- Salgótarjáni Civil Kerekasztal
- „Biztonság, öröm, tanulás az egészségesen fejlődő gyermekekért” Alapítvány
- Abigél Egyesület
- Gézengúz Alapítvány
- ÁNTSZ Észak-magyarországi Regionális Intézete

A Koalíció megalakulása előtt ezen szervezetek közötti partneri kapcsolatok változóak voltak.

*„Ez szervezetenként változó volt. Voltak a koalíció előtt is szorosan együttműködő szervezetek, és menet közben is alakultak és változtak kapcsolatok.”*

A Koalíció 2010-ben Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával együttműködve a település egészségtervének előkészítését végezte el, melynek része volt a lakosság igényeinek felmérése és a problémák feltérképezése.

A megalakulást követő évben a Koalíció jelentős programja volt az Emlőrák Ellenes Világnap és a Lelki Egészség Napja alkalmából októberben megrendezésre került figyelemfelkeltő séta is.

***A koalíció jelenleg nem működik.*** Gyakorlatilag megalakulása után már egy évvel nem is tudta betölteni eredeti funkcióját. A röpké működési időszak eredményeiről elemzés és értékelés nem készült, illetve az érintettek visszacsatolása sem valósult meg.

*„Az egy év cselekvési tervéről nem készült elemzés, hogy hogyan és mi valósult meg, mik voltak a tapasztalatok és a problémák. A személyi változások miatt, nem volt a koalíciónak olyan jellegű lezáró ülése, ahol visszacsatolást kértünk volna a tagoktól.”*

Pedig a szövetség létrejötté pedig anno hiánypótlónak tűnt. Országosan az első Koalícióról volt szó 2009-ben, amely az egészség köré szerveződött.

*„Megyénkben korábban nem működött olyan fórum, ahol a különböző típusú szervezetek (civil, önkormányzati, önálló gazdálkodású) egy közös cél érdekében összeegyeztették programjaikat és segítették egymás munkáját. A korábbi együttműködések általában személyes kapcsolaton alapultak, valamint egy-egy szereplő között volt eseti kapcsolat és nem mindenki közös munkája valósult meg.”*

A megalakuláskor csatlakozási feltétel nem volt, de egyéni-szervezeti cél viszont igen: az egészségtudatosság fejlesztése és az egészségi állapot javítása - a szervezet profiljának megfelelő módon.

Éppen ennek következtében:

*„Nem sikerült aktív gazdasági szereplőket, tehát a közsférán kívüli munkáltatókat bevonni a programba. Ezért az aktív munkavállalókat csak akkor tudtuk elérni, ha egyéb csoporthoz is tartoztak pl.: aktív véradó, könyvtárlátogató stb.”*

Minden csatlakozót megkérdeztek, hogy mit is vár el az együttműködéstől és konkrétan mivel tud ön maga is ahhoz hozzájárulni.

*„Az alakuló ülésre meghívott 8 szervezet örült a lehetőségnek és szívesen vett részt az együttműködésben. ... Az alakuló ülésen részt vett még Salgótarján Megyei jogú város akkori alpolgármestere, biztosítva a jelenlévőket a támogatásáról, és mivel további célunk volt az együttműködés kiterjesztése a kistérség szintjére, ezért meghívtuk a Salgótarjáni Kistérség Többcélú Társulásának munkaszervezet vezetőjét is. Viszont a Városi Önkormányzattal és a Kistérségi Társulással nem készült hivatalos együttműködési megállapodás. (kiemelés tőlem: H.Sz.)...*

*A későbbiekben még 9 szervezet csatlakozott a koalícióhoz, akik a médiában megjelent tájékoztató után kerestek lehetőséget a csatlakozásra.”*

A Koalíció közösen elfogadott terveit nem sikerült megvalósítania. A közigazgatási változtatások (személyi és szervezeti) és a tagszervezetek humán-leterheltsége kedvezőtlen következményeket jelentett a szövetségre nézve: vége lett a partneri együttműködésnek. Sajnálatos módon az elért eredmények és a működés tapasztalatai visszacsatolatlanok, feldolgozatlanok maradtak.

*„A közösen kialakított cselekvési terv jó alap volt 2010 évben az együttműködőknek, de a későbbiekben nem volt lehetőség elemezni, hogy mennyire valósult meg a közös terv, és mennyire tértek el tőle a tagok és miért. ... 2011-ben a közigazgatási rendszer ismételt átalakulása után személyi és szervezeti változások miatt nem folytatódott a közös munka és az egészségtervek sem valósultak meg.*

*A kistérségi egészségtervekhez szükség lett volna minden tagszervezet saját egészségtervére is. Sajnos ez mindenhol komoly problémát okozott a személyi és kapacitásbeli problémák miatt is. Minden szervezet foglalkozott a saját egészségtervével, de a célcsoportok változatossága miatt az állapotfelméréshez és szükségletfelméréshez szükséges kérdőívek sem voltak egységesíthetők, még egyes szervezeteken belül is többféle kérdőívre lett volna szükség (célcsoport függően). A csatlakozó szervezeteknek nem volt szabad kapacitása és anyagi lehetősége sem a kérdőívek elkészítésére, kitöltésére, elemzésére és ezek alapján a szervezetre vonatkozó saját egészségterv elkészítésére.”*

A Koalíció nem működik és újraindulása a közeljövőben nem is várható. A valamikori folytatáshoz, illetve új Egészség Koalíciók működtetéséhez az interjú adó szakembernek megállapításai és javaslati is vannak.

### **Megállapítások.**

*„Az egészségterv, mint cél, nehezen elfogadtatható és kivitelezhető. A tagszervezetek többségének nincs ilyen típusú dokumentuma, és nem is szükséges a működésükhöz, hogy legyen, ezért plusz feladatként merül fel.”*

A szakember véleménye és tapasztalata, hogy a kisebb településeken az egyes szereplők között közvetlenebb a kapcsolatok rendszere, így könnyebb a tervezés koordinációja és az egészségtervek létrehozása, mint a városokban, a nagyobb településeken.

*„Amennyiben nem önálló gazdálkodású a szervezet, hanem egy nagyobb /országos/ szervezet része, úgy az egészségterv önálló pályázati anyagokhoz sem használható fel, így az elkészítéshez nem fűződik semmilyen érdek.”*

### **Javaslatok.**

*„Fontos lenne a helyi döntéshozókat aktívan bevonni az együttműködésbe, hogy ha a tagok érzik a támogatást (nem feltétlenül anyagi jellegűt) és az elismerést, akkor talán megvalósítható egy olyan egészségterv, ami alulról építkezik és tartalmazza a lakosság konkrét igényeit és véleményét.”*

Nem szabad, hogy az egyes programelemeknek felelősei legyenek, a felelősök legyenek nyilvánosan megnevezve és a közösség, vagy csoport által elfogadva. Sok konfliktus elkerülhető, ha megfelelő a feladatok és felelősök meghatározása.

*„Meg kell határozni az együttműködések kereteit, mert nem biztos, hogy egy adott program főszervezője nem konkurenciaként vagy kritikaként fogadja-e a felé nyújtott segítséget.”*

### **Összegzés.**

A Koalíció létrejött, de a gyakorlatban nem működött, eredményt felmutatni nem tudott. A tagságot jelentő célcsoport nem motivált az együttműködésben, a célok végrehajtásában, a folytatásban és az újratervezési folyamatot – amennyiben majd igény lesz rá – a döntéshozók bevonásával kell megkezdeni.

Jelenleg a Salgótarjáni járásnak nincs olyan – önkéntes alapon szerveződő – tömörülése, amely a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében működne. Ennek következtében nincs célzott indíttatás, motiválás sem a lakosság és egyéb –szintér - szereplők körében sem a fejlesztési produktumok, az egyes települési egészségtervek létrehozására.

## 6. Javaslatok az egészségtervek elkészítéséhez

Az alábbi szakaszban –mintegy összefoglalásként – csupán a legfontosabb és átfogó javaslatok szerepelnek. Nem célja ennek a résznek sem, hogy minden olyan ajánlást számba vegyen és rögzítsen, amely az egészségfejlesztéshez és egészségtervek készítéséhez oly fontos szakmai anyagokban, módszertani füzetekben, stb. megtalálható. Sajnos ezek ismeretét –legalább (el)olvasási szinten – nem lehet mellőzni, ezeket a tervezések előtt indokolt megismerni. A következőkben megfogalmazott dedikálások tehát inkább átfogóak és általánosak, szívesebben áthatják az egész tervezési folyamatot, mintsem konkrét és részletekbe menően taglalják az egyes problémák elkerülésének megelőzését és megoldásait.

### A folyamat egészére vonatkozó általános ajánlások

Elsőként, a tervezés előtt, az elhatározást mintegy megalapozandóan is, de gondoljuk át ismereteinket, tudásunkat és eddigi tapasztalatainkat - magával az egészséggel kapcsolatosan. Mérjük fel, hogy mit is jelent nekünk, hogyan értelmezzük az egészséget, az egészségképet, az egészségi állapotot befolyásoló tényezőket és milyen intervenciós lehetőségeket látunk, amelyekkel javíthatunk a fejlesztés érdekében. Számptalan kérdést feltehetünk magunknak és a formálódó tervezői csoport tagjai számára is, de k e z d j ü k a z a l a p o k k a l! Mi is ez az egész, amit szeretnénk csinálni? Milyen célja van, hogy egyáltalán nekikezdjünk? Honnan indulunk és hová tartunk, mi a célunk? Hogyan, milyen eszközökkel, módszerek alkalmazásával és milyen lépcsőkön keresztül juthatunk egyáltalán előre? Milyen saját kapacitásaink és erőforrásaink vannak, amelyekkel számolhatunk és melyeket kell pótolnunk, hogy az alapfeltételek teljesülhessenek? Hogyan szeretnénk majd kommunikálni és kikkel kellene megosztani az eredményeket? stb.

A lényeg, hogy t a r t s u n k t ü k r ö t magunk elé, hogy láthassuk a realitásokat és tervezhessük a jövőt. T a n u l j u n k! Alakítsuk ki a komplex és meglévő feltételrendszerünket és gondoljuk át az alulról építkezés reális lehetőségeit és az ezzel kapcsolatos feladatainkat! L e g y ü n k a l á z a t o s a k a szakmát jelentő tudás és szakemberek irányába és felejtjük el, hogy önmagunkban mi is meg tudjuk csinálni a feladatot! Hatalmas felkészültséget és tudást feltételez egy megfelelő színvonalú egészségterv elkészítése, ehhez segítségre lesz szükségünk. Önmagunkban, a jelenlegi felszínes ismereteinkkel fog sikerülni, kudarcra ítéljük a lehetőséget, amelyet kaptunk, vagy magunknak hoztunk létre. A büszke embert tanítani nem lehet, tehát vegyük igénybe a kínáló s e g í t s é g e t. Említettük, hogy a kapacitásokkal, kompetenciákkal, a szükséges szakmai támogatással rendelkezünk kell. Ezért a megfelelő s z a k i s m e r e t hiányában ne kezdjük el a tervezést (emlékezzünk a meglévő települési egészségtervek értékelésére)!

### Összefoglaló javaslatok az egészségtervek elkészítéséhez

Már a folyamat megkezdésekor fontos a k ö z ö s a k a r a t. Elhatározás kell a megrendelő részéről is, amely nem abban nyilvánul meg, nem addig tart, amíg a terv megszületik, hanem a megvalósításban, a nyomon követésben és visszacsatolásban is aktívan részt kell vennie. A

projekt t u l a j d o n o s i t u d a t n a k mindvégig meghatározó erővel kell jelen lennie: amennyiben a járás vezetése, vagy az egyes települések vezetése nem érzi magát kompetensnek a monitoring, az eredmények és hatások értékelésére, akkor konszenzusos megegyezéssel delegálja át ezt a feladatot egy olyan közösségnek, vagy szervezetnek, amely küldetésénél, feladatkörénél, vagy vállalásainál fogva is alkalmas ezekre a feladatokra. Jelen esetben a Salgótarjáni E g é s z s é g k o a l í c i ó lehetne ebben a megfelelő partner.<sup>25</sup>

N e e l é g e d j ü n k m e g azzal, ami van, amit a rendelkezésünkre álló energia, kapacitás önmagából kihozni enged. Fejlesszük szakmai környezetünket, bővítsük azt és pótoljuk a hiányosságainkat: különben a csapathoz alakítjuk a tervet és nem fordítva, ahogy szükséges lenne. Emlékezzünk a meglévő tervekre, azok jó példái annak, hogy „magunk képére” alakítjuk – a jelen állapotunk szerint – az egészségterveket, azok tartalmát, terjedelmét és színvonalát.

C é l k é n t j e l e n j e n m e g, hogy tervezői csoportok jöhessenek létre, színterekre specifikus információk birtokába kerülünk, a részletesen feltárt helyzetelemzés alapján a problémákat tematizáljuk és rangsoroljuk. Ezek mellett rutinszerűen olyan gyakorlatokat kell kialakítanunk, amelyek a közösség számára: motiválóak – aktivitásra és támogatottságra készítetők – az egészség területén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésére fókuszálnak.

Az egészségtervekkel kapcsolatosan ne felejtsük el az alábbi fontos támogató megjegyzéseket. Önmagunkban ne kezdjük el egészségtervet készíteni, hiszen az c s a p a t m u n k a k e l l, hogy legyen, tehát elsőként építsük fel a megfelelő –tervezői, szervezői- team-et. Eztán megalkothatjuk a csapat feladatstruktúráját és a felelősségi rendszerét is meg kell tervezni (feladatok – felelősök - határidő). A csapatban és partneri csoportban közösen kell tevékenykedni, meg kell tanulni az együtt-működés logikáját és gyakorlatát: így lesz csak közös a siker és a felelősség is.

A z é r i n t e t t e k, a lakosság, az egyes színterek tagjai, az emberek kommunikációs és információs k ö z é p p o n t b a á l l í t á s a is nagyon fontos, tehát az egyik meghatározó feladatunk legyen az, hogy beszéljünk az emberekkel, hogy valóban ismerjük meg igényeiket és szükségleteiket. Mindeközben mi is tájékoztatást adunk a számukra a tervezői folyamatról, amivel elősegítjük a munkánkhoz szükséges közösségi támogatás megvalósulását.

V á l j u n k t e h á t k ö z ö s s é g g é s t e g y ü k e z t a z o n n a l k é t é r t e l e m b e n i s: legyünk, hozzunk létre aktív megvalósítói közösséget és formáljuk közösséggé az érintetteket, a célcsoportot is. Közösségfejlesztési módszereket, szakembereket is be kell vonnunk a siker érdekében. A k ö z ö s s é g f e j l e s z t é s t e r ü l e t é n a kiaknázatlan lehetőségek felmérésére szükség van és indokolt bevonni rendelkezésre álló, pl. megyei közösségfejlesztő szakmai potentátokat is az előkészítésbe, a folyamatok megalapozásába és a végcél elérésébe: hogy aktív é s k é p e s s é v á l t h e l y i t á r s a d a l o m álljon rendelkezésünkre a feladatok ellátásához. A közösség tagjai pozitívan viszonyuljanak egymáshoz, a településhez; ismerjék meg saját közösségüket; tisztában

---

<sup>25</sup> A tömörülés létrehozása, ismételt életre keltése szükséges és indokolt lenne. Tagjait újra kellene verbuválni, de előtte feldolgozni az eddigi működési tapasztalatokat és újragondolni a jövőbeni struktúrát, a vállalható szerepeket és feladatokat. Konkrétan rögzítendő működési alapszabályok megalkotása is szükségeltetik. A Járás és Salgótarján város vezetésével hivatalos együttműködési megállapodás megkötésére is szükség van (tulajdonosi tudat; motiváció és társadalmi támogatottság). A működés során a döntéshozók bevonása elengedhetetlen.

legyenek saját lehetőségeikkel és vállalják felelősségteljesen az aktivitást; legyenek elképzeléseik és azt próbálják megvalósítani, és ehhez nyitottak legyenek a szervezettségükön is javítani.

Ne felejtkezzünk el a szemléletmód alakítása és közösségi elfogadása szemszögéből a települési rendezvények, egészségügyi kiemelt funkciójáról és szerepéről sem. A szűrések népszerűsítése és helyben történő elvégzése érdekében is indokolt számolni a lokális rendezvényekkel. A tervezésnél ezek mellett még kiindulási alap lehet az a tény is, hogy az egészségfejlesztésnek az oktatás és nevelés területén különösen fontos szerepe van.

Az egészségterv elkészítésekor az egyes életkorcsoportoknak megfelelő módszereket érdemes alkalmazni és ne felejtkezzünk el a fiatalok csoportjának kiemelt szerepéről sem.

A lehetőségeket pozitív gondolkodással alakítsuk át erőforrásokká, tehát ami rendelkezésre álló adottságunk, azt ismerni kell és ami hiányzó feltétel, azt meg kell teremtenünk.

Önfenntartó folyamatok létrehozása legyen a célunk és a tervezés eredményeiben is ezek legyenek a meghatározó elemek. Az új kialakult normák, szemléletmódok, stb. mindennapi gyakorlatokká válhatnak, amely segíti az elképzelések fennmaradását. Tegyük magunkévá a közösségi gondolatokat.

### **Egyéb javaslatok**

A jelen projekt –melyhez jelen tanulmány is kötődik - jellegzetessége, hogy egy határon átnyúló –magyar-szlovák – közös megvalósítás keretein belül valósul meg. A gyakorlatban olyan követelményeknek is meg kell felelnie, mint az egyes projektelemek megvalósításának speciális esete, miszerint a határ mindkét oldalán, mindkét partner és párhuzamosan valósítja meg ugyanazokat a projektelemeket, szolgáltatásokat. Így van ez a járási egészségtervek esetében is, vagyis két járási egészségterv születik egyazon időben. A Salgótarjáni Járás egészségterve elkészítésének folyamata így párhuzamosan zajlott a Losonci Járás hasonló történéseivel. A két partner munkatársai folyamatosan egyeztettek a célokkal, a módszertani eszközökkel és az elvárt eredményekkel kapcsolatosan. Az eredmények valóban hasonlóak lettek, hiszen a két kiindulási állapot sem tért el hangsúlyosan egymástól. A határon átnyúló együttműködések érdekében a járási egészségtervek elkészítésének időszakában szakmailag indokolt lenne a partnerek közötti kommunikáció, az lehetőségek és eredmények megbeszélése, megosztása. Közös szakmaközi platform, információs és szakmai hálózat létrehozása és működtetése is szerepel az ajánlások között. Az ajánlott együttműködési formák között betervezendők majd a tanulmányutak, a közös konferenciák egyaránt.

## MELLÉKLET

### 1. sz. melléklet

#### A kutatás során indokolt, vagy felhasznált adat-, és információforrások összefoglalása<sup>26</sup>

Kutatási cél		Dokumentum- elemzés	Interjú		
			egyéni (alapozó)	fókusz csoportos	
1.	<b>Helyzet- feltárás</b> (a térségek komplex állapotleírása)	a térség, a lakosság és a lakosság egészségi állapotának bemutatása	✓	✓ (3-4 fő)	
		betegségek előfordulásainak, betegség kockázatok elemzése, (statisztikai) elemzése, feldolgozása.	✓		
		A betegellátás gyakorlatának elemzése.	✓		
		A meglévő aktivitások, szolgáltatások összefoglalása.	✓		
		A meglévő egészségtervek (települési; szintér-specifikus) és egyéb fejlesztési dokumentumok elemzése, összegzése	✓		
2.	<b>Az egészségterv program megalapozás</b>	<b>Probléma</b> definíció.	✓	✓ (3-4 fő)	✓ (1-2 cs.)
		Jövőkép felvázolása.	✓	✓ (3-4 fő)	✓ (1-2 cs.)
3.	<b>Stratégia és cselekvési terv</b> megfogal- mazása	Programozás.	✓	✓ (3-4 fő)	✓ (1-2 cs.)
				✓ (3-4 fő)	
4.	A megvalósítás, <b>vi</b> sszacatolá <b>s és</b> <b>monitoring</b> megalapozása	Az egészségterv kistérségeken belüli és határon átnyúló működtetéséhez szükséges szervezeti keretek meghatározása		✓ (3-4 fő)	

<sup>26</sup> Megjegyzés: a színes kiemelés az e l k é s z í t e n d ő Egészségterv szakmai vázát mutatják - az 5 tartalmi elem.

## 2. sz. melléklet

### A Járási Statisztika összefoglaló táblája a Salgótarjáni Járásról<sup>27</sup>

Salgótarjáni járási statisztika	
Járáshoz tartozó települések száma:	29
Terület, km2:	525
Népsűrűség, fő/km2:	122,7
Lakónépesség 2010 év végén, fő:	64437
14 év alattiak aránya, %:	14,7
15-64 évesek aránya, %:	66,7
65 év felettiak aránya, %:	18,6
Nyilvántartott álláskereső aránya a munkavállalási korú népességből, %:	18,5
Egy adófizetőre jutó személyi jövedelemadó alapot képező jövedelem, ezer Ft:	1607
Nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma ezer lakosra:	319,1
Rendszeres szociális segélyben részesítettek átlagos száma ezer lakosra:	9
Óvodával rendelkező települések aránya, %:	89,7
Általános iskolával rendelkező települések aránya, %:	58,6
Rendszeres szociális segélyben részesülők száma	108

<sup>27</sup> Forrás: [gvi.hu/dl.php?file=306&type=research](http://gvi.hu/dl.php?file=306&type=research) ; <https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/jarasok.xls>

### 3. sz. melléklet

#### Beszámoló a Népegészségügyi Program keretében megvalósuló szervezett szűrésekről<sup>28</sup>

Az alábbiakban a 2013-as évben a Népegészségügyi Program keretében megvalósított megyei lakossági szűrővizsgálatokat tekintjük át. A vizsgált időszakban a legfontosabb szűrési programok a következők voltak. A védőnői méhnyakszűrő program (VMP); a nőgyógyászati méhnyakszűrő program; a mammográfiás emlőszűrés, valamint a vastag-és végbélrák korai felismerését célzó Colorectális szűrés. Ezek a szűrések a szűrések segítették leginkább a betegségek minél korábbi felismerését célzó szekunder prevenciós célokat.

#### ***Védőnői méhnyakszűrő program (VMP)***

A 2013-as évben 16 megyei védőnő részvételével valósult meg a szűrőprogram. 2009-től a Népegészségügyi Program és a Nemzeti Rákellenes Program céljainak megvalósítása érdekében lehetőséget kaptak a védőnők is a méhnyakrák elleni személyes fellépésre. Összesen 27 megyei településen 925 hölgy kapott meghívólevelet a szűrésen történő részvételre. A szürendő nők 85%-át elérték a védőnők. A szűréshez szükséges kenetvételt minden hatodik területi védőnői állás esetében elvégezték, a kenetvételt az elért nők (791 fő) kisebbik felénél (47%) sikerült elvégezni. A szövettani vizsgálatok eredményeképpen 12 gyulladáso és 4 daganatgyanus esetet sikerült beazonosítani. Ezután az érintett nők nőgyógyász szakorvoshoz történő irányítása is megtörtént.

#### ***Nőgyógyász által végzett méhnyakszűrés***

2013-ban összesen 3 alkalommal, három turnusban történt a szűrésre a nők meghívása (4598 fő). A megjelenési arány a nőgyógyászoknál nem érte el az 1%-ot sem! A Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv feltételezése szerint ez az eredmény nem valós, mert a folyamatban dokumentációs problémák adódtak. Ez be is bizonyosodott, hiszen a szűrésre jelentkezőket a szakrendelések „vizsgálatként” jegyezték fel, így kódolták az eseteket. Finanszírozási okok álltak a háttérben, illetve a magán orvosi szűréseken megjelent nők száma sem került be a statisztikákba.

#### ***Szervezett lakossági emlőszűrés***

A szűrőprogram a megyében két szűrőközpontban a Szent Lázár Megyei Kórházban működő Komplex Mammográfiás Központban, valamint a nyugat nógrádi településeken a Rétsági járásban élő hölgyek esetében a Váci Jávorszky Ödön Kórházban működő Váci Mellközpontban történik. A 45-65 éves női lakosságot érinti a szűrés, az emlőszűrés vizsgálat kétévente ismétlődő.

---

<sup>28</sup> Felhasznált szakmai anyag. Tájékoztató Nógrád Megye Közgyűlése számára „Nógrád megye egészségi helyzetéről” – Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, készült: 2014. június 6. Összeállította: Dr. Surján Orsolya megyei tisztifőorvos; Feketéné Dr. Zeke Ildikó megyei tisztiorvos; Bertókné Tamás Renáta; Ferenczné Antal Gabriella; Katkó Orsolya; Kisné Bábolnai Katalin; Kosztovics Ottóné; Lilinger Éva; Megyes Márta; Váczi Ferenc; Váczi Ferencné; Zsidai Diána

[http://www.nmkh.hu/nmkh25/images/dokumentumok/2014/Nograd\\_megyei\\_Kozgyules\\_2014.pdf](http://www.nmkh.hu/nmkh25/images/dokumentumok/2014/Nograd_megyei_Kozgyules_2014.pdf)

Az emlőszűréseken megjelentek aránya 2008-2013 között folyamatosan csökkent. A vizsgált időszakban átlagosan a behívottak egyharmada meg is jelent a szűrővizsgálatokon. Ez az arány nagyon elszomorító és elgondolkodtató -2013-ban 13378 behívás és 3981 megjelenés történt - , hiszen a kívánt megjelenési arány, a cél a 70-80%-os megjelenés elérése lenne. A Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv egy „Szűrési Stratégiát” dolgozott ki a 2014-es év folyamán abból a célból, hogy a szűrésen való megjelenési arányt legalább 5%-kal megnöveljék. Ennek érdekében:

- felvették a kapcsolatot a helyi döntéshozókkal, polgármesterekkel, önkormányzatokkal (tájékoztatás és a csoportos beutaztatás segítése, szervezése);
- a háziiorvosi szolgálatok tájékoztatást kaptak az adott településen élő, a szűrésben érintett nőkről, akik az adott hónapban meghívást kaptak a szűrésre;

Általános tapasztalat az volt, hogy elvétve található olyan település, ahol az egyes szereplők együttműködésben segítenék a szűrés szervezését. Követendő példák viszont vannak, azokon a településeken, ahol összefogtak a cél érdekében, ott 90% fölötti megjelenési arányt is lehetséges volt elérni.

### ***Vastagbélszűrési mintaprogram (2013-2014)***

A vastagbél és a végbél rákja a gazdaságilag fejlett, a nyugati életformát követő országokban gyakori. Férfiaknál a tüdőrák, nőknél az emlőrák után a második leggyakoribb oka a daganatos halálozásnak. A 2011-es évben összesen 206 fő volt az új megbetegedettek megyei létszáma, amely a lakosságszámhoz arányosítva kedvezőbb értéket mutat, mint az országos átlag. Egy évvel később csökkent a megyei regisztráltak száma, ebben az évben 184 fő volt új megbetegedő. A csökkenés mértéke a lakosságszámhoz viszonyítva 1% körüli. Annak ellenére, hogy az idejében felismert vastagbélrák jó eséllyel gyógyítható, évente több mint 100 ember hal meg Nógrád megyében a vastagbél és végbél rák következtében.

A vastagbél szűrés célja: a rákmegelőző állapotok kimutatása, a korai stádiumban lévő elváltozások mielőbbi gyógyítása és a vastagbélrák miatt bekövetkező halálesetek számának a mérséklése.

A mintaprogramban pályázati úton lehetősége nyílt a megyén kívül még Győr-Moson-Sopron és Heves megyéknek arra, hogy 20000 lakos szűrését megszervezzék és lebonyolítsák. A feladatot az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) kapta meg, amely a munkáját a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveinek bevonásával látja el. A feladatok összehangolására országos szűrési koordinátort, valamint megyei szűrési koordinátorokat nevezett ki. A rendszer a személyes meghíváson, szükség esetén visszahíváson és betegkövetésen alapul. Országos és területi szűrési nyilvántartásokat hoztak létre, ezek a nyilvántartások pedig a háziiorvosi hálózatba is bekerültek.

Nógrád megyében a 2013. évben 18 háziiorvosi praxis, a praxisok 17,48 %-a csatlakozott (18 fő) önkéntes alapon a vastagbél szűrési programhoz. A Salgótarjáni járás programhoz csatlakozott háziiorvosainak aránya csaknem 40%-os (2014), vagyis 5 háziiorvos közül ketten közreműködtek a programban. A járási háziiorvosainak aránya jónak nevezhető a többi járási

hajlandósági értékek figyelembe vétele mellett, hiszen ez a legmagasabb járási részvételi arány a megyében, valamint olyan járások is vannak (Balassagyarmati és Szécsényi járások), ahol egyetlen házi orvos sem érdeklődött igazán a mintaprogram iránt.

A megszólított lakosoknak csak az egyharmada (35%) jelent meg a házi orvosánál. 239 vizsgálat született összesen, ebből 98 esetben „nem negatív” lett az eredmény, vagyis 8,5%. A „nem negatív” eredménnyel rendelkező páciensek kisebbik fele (45%) nem fogadta el a felajánlott további vizsgálatokat.

A vastagbélvizsgáló program 2014-ben is folytatódott, Nógrád megyében két házi orvos kilépett és nyolc praxis csatlakozott újonnan a programhoz. Tehát 24 házi orvosi praxisban volt lehetőség - az adott praxisba bejelentkezettek részére - a vastagbélvizsgálásra.

### **További feladatok**

Szükséges a lakosság minél szélesebb körében ismertetni a vastagbélvizsgáló lehetőséget és annak fontosságát. Ehhez azonban nagyon fontos lenne, hogy minden házi orvosi szolgálatnál elérhető legyen a vastagbélvizsgáló program, hiszen hiába szeretne a páciens részt venni a vizsgálatban, ha az adott házi orvosi praxisban - ahová bejelentkezett - ez nem elérhető számára.

## **4. sz. melléklet**

### **Mit, milyen fejezeteket tartalmaz egy állapotleírás? <sup>29</sup>**

Az állapotleírás tartalma színterenként, közösségekként eltérő lehet – mivel függ a megszerezhető adatok jellegétől, a rendelkezésre álló szakemberek, közreműködők képzettségétől és sok mástól. Az állapotleírásnak vannak azonban olyan fejezetei, amelyek elkészítése mindenképpen ajánlott – ezek a fejezetek az adott színtér jellemzését szolgálják.

Az alábbiakban színterenként teszünk kísérletet arra, hogy – a teljesség igénye nélkül – felsoroljuk, mit kell tartalmaznia az állapotleírásnak. Az egyes színterek esetében az állapotleírás dimenziói nagymértékben hasonlóak egymáshoz.

**A települések esetén** az állapotleírásnak a következő információkat célszerű tartalmaznia:

- A település helyzete, múltja, jelene, várható fejlődése a tágabb környezetben (kiszéleken, megyében stb.) vizsgálva, illetve a település lakóinak viszonya a településhez (miért szeretnek és miért nem szeretnek itt élni);
- a település demográfiai jellemzése (lakosság száma, kor, nem, életkori csoportok szerinti összetétele). Ezeket a jellemzőket, hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek, célszerű

---

<sup>29</sup> Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken - Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004

hosszabb távon áttekinteni. Például azt, hogy miként alakult a lakosság száma, összetétele évekre visszamenőleg. Ezek az adatok minden településről rendelkezésre állnak.

- A születésekre, halálozásokra, el- és beköltözésre vonatkozó adatok, ezek egyenlegei;
- a település helyzete a kommunális szolgáltatásokat jellemző adatokon keresztül szemlélve (például a lakóházak száma, esetleg az évenként felépülő új házak száma, a vezetékes vízellátásba, gázellátásba bekötött lakások száma illetve aránya, a szennyvízcsatornával ellátott lakások aránya, a hulladékgyűjtés helyzete stb.).
- A lakosság egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a megbetegedésre, a halálozásra, az orvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei.
- A lakosság életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, esetleg kábítószer-fogyasztás) elterjedtségéről szóló adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó megállapítások (szabadidős sportok, a táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.).
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például az idős korosztály problémái (magány, kiszolgáltatottságból adódó depresszió, önérvényesítési képesség csökkenése), a hátrányos helyzetű gyerekek (szociális nehézségek, született idegrendszeri károsodások, pszichés zavarok), a szociálisan nehéz helyzetben lévő családok nehézségei (betegség, gyerekeiket egyedül nevelő szülők, munkanélküliek), az öngyilkosság, alkoholfogyasztás problémája.
- Az életkörülmények jellemzése. Ide tartoznak például a lakásviszonyokat jellemző adatok (laksűrűség, szobaszám, komfortfokozat stb.), az ellátásra vonatkozó adatok (boltok száma, jellege, mozi stb.).
- A szociális, gazdasági feltételek, körülmények jellemzése. Ide tartoznak például a közoktatás, a foglalkoztatás, a jövedelem, a bűnözés, a kulturális szolgáltatások témái, valamint a munkalehetőségekre, az ingázás sajátosságaira vonatkozó adatok is.
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a természetes környezet állapotát leíró adatok (levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezések forrásai stb.). Az épített környezet állapotát mutatják be a település egyes területei közötti különbségek, például a rossz állapotú környékek leírása.
- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például az etnikai kisebbségekre vonatkozó adatok, a szociális segélyben, közgyógyellátásban, munkanélküli-ellátásban stb. részesülők, a szegények, a segítséggel (pl. fogyatékkal) élők körülményeinek ismertetése.
- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például a település megközelíthetőségét (szilárd burkolatú úttest, vasúti összeköttetés, rendszeres buszjáratok), a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs lehetőségeket (rendszeresen megjelenő nyomtatott kiadvány, települési kábeltelevízió) leíró adatok.
- Az egészségügyi ellátás intézményeinek jellemzése. Ide tartoznak például az ellátást nyújtó szolgáltatók és a kapacitás leírása (orvosok, védőnők száma, rendelők jellemzése, a szakellátás hozzáférhetősége stb.).
- Része lehet az állapotleírásnak a település problémáival kapcsolatos lakossági vélemények elemzése is (például falugyűlések, fogadóórák tapasztalatainak összegzése, esetleg a település megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése stb.).
- A helyi segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában részt vevő professzionális segítők (házi- orvos, védőnő, óvónő, pedagógus stb.), a

civil segítők (a sport, a kultúra, a hitélet területéről stb.), támogatási szándékot mutató más személyek, alapítványok, vállalkozók, illetve a település által elérhető külső erőforrások (támogatást adni tudó szakmai csoportok, intézmények stb.).

### **Az iskolák esetében az állapotleírásnak célszerű tartalmaznia<sup>30</sup>:**

- Az iskola tanulóinak, tanárainak és egyéb személyzetének demográfiai jellemzése (kor, nem, életkori csoportok szerinti összetétel). Ezeket a jellemzőket – hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek – célszerű hosszabb távon áttekinteni. Például miként alakult a diákok száma, nemi és szülői státusz szerinti összetétele, a pedagógusok száma, szakképzettsége, fluktuációja, a tanulók, a pedagógusok és a technikai személyzet aránya, a főfoglalkozásban, részmunkaidőben, óraadóként foglalkoztatott pedagógusok száma – mindez évekre visszamenőleg.

- Az iskola épületének fizikai állapota (építés és felújítások éve, a gépészeti szerkezetek állapota: víz- és szennyvízvezeték, elektromos hálózat, korszerű hulladékgyűjtés stb.).

- A diákok és a pedagógusok (egyéb dolgozók) egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például az iskolai hiányzást, illetve táppénzes állományt okozó megbetegedésre, korlátozottságokkal együtt járó állapotokra, fogyatékoságokra, iskolai balesetekre, az iskolaorvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei.

- A diákok, tanárok (egyéb dolgozók) életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, kábítószer) elterjedtségére vonatkozó adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó ismeretek (szabadidős sportok, táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.). Speciális problémát jelenthet az iskolába való bejárás, ingázás - akár diákokról, akár pedagógusokról van szó -, amelyek az életmódra is hatással lehetnek.

- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például a diákok szorongással, stresszel kapcsolatos nehézségei a teljesítmény centrikus iskolai környezetben, a családi problémák iskolában való megjelenései, elszigetelődés a diáktársaktól, a barátok hiánya, a jövőtől való félelem, a bizonytalanság, a konfliktusok a pedagógusokkal stb. Szinte ugyanezek fogalmazhatók meg a pedagógusok lelki egészségét veszélyeztető tényezőkre vonatkozóan is, kiegészítve a megélhetési problémákkal, a szakmai kompetenciára vonatkozó megfelelésekkel, a családi és hivatásbeli szerepek összeegyeztetéséből adódó konfliktusokkal.

A veszélyeztetett, hátrányos helyzetű gyerekek (csonka családok, deviáns szülők, munkanélküli eltartók, önálló lakással nem rendelkező családok gyerekei) külön problémát jelentenek, akár a gyerekek iskolai karrierjének, akár a pedagógusok sajátos nehézségeinek szempontjából közelítjük meg a problémák kezelését.

Speciális – de figyelmen kívül nem hagyható – kérdéskör a szülőkkel való kapcsolattartás, együttműködés, esetleg konfliktusok például a pedagógusokkal vagy az iskolavezetéssel.

- Az oktatási feltételek jellemzése. Ide tartoznak például az iskolai oktatás feltételeit jellemző viszonyok leírásai (például tantermek száma, megfelelő felszereltsége, megközelíthetősége, komfortossága, tornaterem, sportpályák, iskolai udvar léte, nagysága, a

---

<sup>30</sup> Az iskolai egészségfejlesztési programokhoz ajánlható az Oktatási Minisztérium honlapján található „Segédlet. Az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez” cí-mű hasznos összeállítás is. (Szerk: Simonyi I., 2004.)

kiszolgáló helyiségek korszerűsége, mint a mosdók, öltözők, ebédlő, büfé) és annak megítélése, hogy megfelelőek-e a tanulói létszámhoz, valamint az iskolai szakmai munka zavartalan végzéséhez.

- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a természetes környezet állapotát jellemző adatok (az iskola elhelyezkedése a településen, a levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezések forrásai stb.). Az épített környezet állapotát jellemzi például az iskolán kívüli, de a közvetlen környezetben elhelyezkedő épületek, területek leírása (üzemek, ipartelepek, forgalmi csomópontok, szlamosodott területek stb.).

- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például a hátrányos helyzetű tanulóakra vonatkozó adatok (az adatvédelemre vonatkozó törvényi előírások betartása mellett), a tanulók eltérő társadalmi háttéréből (különbségek a mindennapi fogyasztásban, a szórakozási lehetőségekben, szabadidős tevékenységekben) adódó konfliktusai. A támogatásra szoruló tanulók száma a közétkeztetésben, a tankönyvvásárlásban stb. Az egyenlőtlenségek a pedagógusok és az iskola egyéb dolgozói esetében is megjelenhetnek (pályakezdők, sokgyerekesek, gyermeküket egyedül nevelők, stb.).

- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például az iskola megközelíthetőségét (tömegközlekedéssel, autóval, kerékpárral), a balesetveszélyes források feltárását, a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs lehetőségeket (rendszeresen megjelenő iskolaújság, belső televíziós rendszer, az internet széles körű hozzáférhetősége) leíró adatok.

- Az iskola-egészségügyi ellátás jellemzése. Ide tartoznak például az iskola- orvosra, az iskola védőnőjére, esetleg iskolapszichológusra, egyéb tanácsadó szolgáltatásokra, a rendelések hozzáférhetőségére, a rendelő felszereltségére vonatkozó adatok.

- Része lehet az állapotleírásnak az iskola problémáival kapcsolatos diák-, tanár- és szülői vélemények elemzése is (például diákparlamentek, tantestületi megbeszélések, szülői értekezletek és fogadóórák tapasztalatainak összegzése, esetleg az iskola megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése stb.).

- A helyi segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában résztvevő professzionális segítők (iskolaorvos, védőnő, iskolapszichológus, szociális munkás, önkormányzati képviselő, illetve az oktatásért felelős önkormányzati munkatárs), a civilsegítők (a sport, a kultúra, a hitélet területéről, elsősorban az aktív szülőkközreműködésének eredményeként), támogatási szándékot mutató egyéb személyek, az iskolában végzett korábbi tanítványok, az iskolát támogató alapítványok, vállalkozók, illetve az iskola által elérhető egyéb külső erőforrások (támogatást adni tudó szakmai csoportok, intézmények, amelyeknövelik az iskola érdekérvényesítő képességét).

**A munkahelyek esetében az állapotleírásnak célszerű tartalmaznia:**

- A munkahelyen dolgozók demográfiai jellemzése (dolgozók száma, kora, neme, életkori csoportok, iskolai végzettség, szakképzettség szerinti összetétel). Ezeket a jellemzőket – hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek – célszerű hosszabb távon áttekinteni (például: miként alakult a dolgozók száma, összetétele évekre visszamenőleg).

- A munkahelyi fluktuációra vonatkozó adatok (mind a munkavállalókra, mind a menedzsmentre vonatkozóan).

- A munkahelyet biztosító épület (épületek, telephelyek) fizikai állapota (építés és felújítások éve, a gépészeti szerkezetek korszerűsége: víz- és szenny- vízvezeték, elektromos hálózat, korszerű hulladékgyűjtés és -kezelés stb.).
- A dolgozók egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például az akut és krónikus megbetegedésre, a foglalkozási és a foglalkozással összefüggő betegségekre, a munkahelyi balesetekre, a megváltozott munkaképességekre, a rehabilitáltakra, az idő előtti halálózásra, az orvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei. Fontos emellett a munkahelyi kockázatok, veszélyek, a munkabiztonsággal összefüggő kérdések feltárása is.
- A dolgozók életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek elterjedtségére (dohányzás, alkohol, esetleg kábítószer-fogyasztás) vonatkozó adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó megállapítások (szabadidős sportok, a táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.).
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például a munkavállalással, a foglalkoztatás bizonytalanságával (a munkanélküliségtől való félelemmel), az előmeneteli lehetőségekkel, a bérhellyzettel, a teljesítménnyel, a vezetéssel (tulajdonossal) kapcsolatos problémák éppúgy, mint a képzetlen, illetve alulképzett dolgozóknak a kiszolgáltatottságukból adódó félelmek, az önérvényesítési képesség hiánya, a családi és munkahelyiszerpek összeegyeztethetőségének konfliktusai.
- A munkakörülmények jellemzése. Ide tartoznak például a munkavégzés feltételeit bemutató adatok (például üzemcsarnokok, irodák száma, megfelelő felszereltsége, a munkahely megközelíthetősége, komfortossága, valamint a munkaidő hossza, a túlmunka végzésének gyakorisága, a munkaszervezésből, az ingázásból adódó problémák).
- Szociális, gazdasági feltételek, körülmények jellemzése. Ide tartozik például a kiszolgáló helyiségek korszerűsége, mint a mosdók, öltözők, ebédlő, büfé, a szabadidős aktivitást, illetve rekreációt lehetővé tevő tornaterem, sportpályák, zöldterület megléte, nagysága, a szociális munkahelyi háló működése (váratlan életesemények bekövetkezésekor), egyéb szociális intézmények léte, illetve – a munkahely révén – hozzáférhetősége (bölcsőde, óvoda, üdülő stb.).
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a munkahely természetes környezeti állapotát jellemző adatok (levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezők forrásai stb.), de az is, hogy az adott munkahely mennyiben járul hozzá a környezeti állapot mi- nőségének befolyásolásához (a munkahely által kibocsátott zaj, víz- és levegőszennyezés következtében előállott környezeti károk, azok hatása az ott élő lakosság egészségére). Az épített környezet minősége ugyanilyen jelentőséggel bír (a munkahely elhelyezkedése a településen belül, ipari parkban, leromlott településrészen stb.).
- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például a munkavégzés szempontjából hátrányos helyzetben lévők, a képzettségükből, egészségi állapotukból, alacsony bérviszonyaikból, családi helyzetükből adódóan sérülékeny csoportok, akik egyidejűleg többféle hátránnyal küzdenek, és a munkanélküliség által is veszélyeztetettek.
- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például a munkahely megközelíthetőségét (rendszeres, illetve a munkaidőhöz igazodó buszjáratok), a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs, informálódási lehetőségeket (például rendszeresen megjelenő belső üzemi kiadvány, vállalati lap stb.) leíró adatok.
- Az egészségügyi ellátás intézményeinek jellemzése. Ide tartozik például az egészségügyi és sürgősségi ellátást nyújtó foglalkozás-egészségügyi szolgálat és kapacitás

leírása (orvos, ápolónók száma, rendelők jellemzése, a rendelési idő megfelelősége, a szakellátás hozzáférhetősége).

- Része lehet az állapotleírásnak a munkahely problémáival kapcsolatos munkavállalói vélemények elemzése is (például üzemi összejövetelek, szakszervezeti jelentések összegzése, esetleg a munkahely és a munkavállalók megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése, a felmondások okainak összegzése).

- A segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában részt vevő professzionális segítők (mindenekelőtt a menedzsment, a foglalkozás-egészségügyi orvos, az ápolónő), a civil segítők a munkahelyen (a sporthoz, a kulturális eseményekhez), a támogatási szándékot mutató egyéb személyek, alapítványok, vállalkozók, illetve a település által elérhető külső erőforrások (pályázatok, támogatást adni tudó szakmai-foglalkozási csoportok, intézmények, lobbiszervezetek).

## 5. sz. melléklet

### **Kulcsproblémák kiválasztása a közösségi szintér program összeállítása során <sup>31</sup>**

A közösségi szintér program állapotleírást tartalmazó részének egyik legfontosabb eredménye az életminőséget, egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló tényezők (problémák) feltárása, illetve bemutatása. A települések, az iskolák, a munkahelyek és egyéb közösségek az állapotleírás során számos problémát feltárnak, amelyek megoldására a közösség életminőség- és egészségfejlesztési stratégiát dolgoz ki. A stratégia kidolgozása során az egyik legnehezebb feladat annak eldöntése, hogy a számos lehetőség közül melyik megoldására koncentrálnak.

A következő módszer segítséget nyújt ahhoz, hogy meghatározzuk stratégiánk tartalmát, és kiválasszuk a legfontosabb problémák kezelésére szolgáló cselekvési programokat.

Tételezzük fel, hogy az állapotfelmérés alapján számos, az életminőséget, az egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló probléma kerül napvilágra az adott szintéren. Mindegyik valamilyen módon fontos, de az összessel nem foglalkozhatunk a stratégia kialakítása során. Lehetnek például a településnek a környezeti elemekkel, és ehhez kapcsolódóan az infrastrukturális ellátottsággal (például gáz- vagy szennyvízvezeték), a helyi lakosság életmódjával (alkoholizmus, táplálkozás stb.), vagy az egészségügyi ellátással kapcsolatos problémái. Az iskolának problémát jelenthet a csökkenő gyerekszám, a nyelvtanárok hiánya, a gyerekek közötti növekvő társadalmi egyenlőtlenségek, vagy éppen az iskolai oktatást-nevelést nem támogató többségi szülői attitűd. A munkahelynek a bizonytalan piaci környezet mellett gondot okozhat a káros környezeti kibocsátások miatti konfliktus a települési önkormányzattal, hatóságokkal, zöld szervezetekkel, de a munkavállalók magatartása is a munkabiztonsági intézkedésekkel kapcsolatban.

---

<sup>31</sup> Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken - Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat, az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. E fejezet alapjául Ivády Vilmos korábban megjelent írása szolgált (Id. Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Soros Alapítvány, Budapest, 1998).

Az *első lépésben* az állapotfelmérés alapján válasszunk ki kezelhető számú problémát, mondjuk a tíz nagyobb súlyút. Ezt az összes probléma fontosság szerinti sorrendbe állításával (pontozással) választhatjuk ki. A fontosságot az egészségi állapotra, az életminőségre gyakorolt becsült hatás alapján határozzuk meg.

A *második lépésben* a tíz kiválasztott legfontosabb problémát rangsoroljuk aszerint, hogy kezelésükhöz, megoldásukhoz a helyi település, illetve önkormányzat, az iskola, a munkahely, azaz az adott közösségi szintér szintjén mennyire adott a szükséges kompetencia. Kompetencia alatt elsősorban a problémakezeléséhez szükséges jogszabályi lehetőségeket, a szakembereket és a szaktudást értjük. Az 1-es jelenti azt a problémát, amely kezeléséhez a kompetencia- szint a legmegfelelőbb, a 10-es a legkevésbé kezelhető problémát jelöli.

A *harmadik lépésben* a kiválasztott tíz problémát aszerint állítjuk sorrend- be, hogy a kezelésükhöz szükséges források mennyire állnak az adott szintéren rendelkezésre. A legkevésbé forrásigényes probléma kezelése 1-es, a legtöbb forrást igénylő probléma 10-es súlyt kap. A forráshelyzet megítélése, csakúgy, mint a kompetenciaszinté viszonylagos. (A *tényleges* forrásigény, illetve kompetenciaszint e módszer alapján nem határozható meg.)

A *negyedik lépés* a problémák rendezését jelenti, mindkét ismérv szerint. Ehhez az alábbi mátrixok szolgálnak segítségül:

A **település** szintjén:

10 pont	"kompetenciaszint"	II. kis forrásigény, de helyi szinten nem vagy rosszul kezelhető problémák (pl. környezetvédelmi szabályozás, fogyasztási minták, élet-mód elemek befolyásolása)	IV. nagy forrásigény és a település szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. települést elkerülő út építése, baleseti és környezeti kockázat csökkentése)
		I. kis forrásigény és a település szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségnevelés a védőnő, a háziorvos bevonásával)	III. helyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény megoldható (pl. foglalkoztatás, szociális gondoskodás, közműfejlesztés)
5 pont		1 pont	5 pont
1 pont			10 pont

**Forrásigény**

Az **iskola** szintjén:

10 pont	"kompetenciaszint"	II. kis forrásigény, de iskolai szinten nem vagy rosszulkezelhető problémák (pl. fogyasztási minták, életmód elemek befolyásolása a diákoknál)	IV. nagy forrásigény és az iskola szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. az iskolaépület bővítése, korszerűsítése, iskolát elkerülő út építése, s ezzel a baleseti és környezeti kockázat csökkentése)
		I. kis forrásigény és az iskola szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségfejlesztési tevékenység az iskolai védő- nő, az iskolaorvos, a pedagógusok, a szülők és a kortárs- segítők bevonásával)	III. iskolai szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény megoldható (pl. nyelvszakos pedagógusokfoglalkoztatása, újonnan létesülő sportpályák, szabadidős aktivitást szolgálóterületek, helyiségek programmal való megtöltése)
5 pont		1 pont	5 pont
1 pont			10 pont

**Forrásigény**

A munkahely szintjén:

10 pont	“kompetenciaszint”	II. kis forrásigény, de munka- helyi szinten nem vagy rosszulkezelhető problémák (pl. környezetvédelmi szabályozás, fogyasztási minták, életmód elemek befolyásolása)	IV. nagy forrásigény és a munkahely szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. a munkahely kitelepítése a településtől távolabb eső terület-re a környezeti kibocsátások mérséklésére, a baleseti és környezetikockázat csökkentésére)
		I. kis forrásigény és a munka- hely szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségfejlesztés afoglalkozás-egészségügyi szolgálat, az érdekvédelmi szervezetek, a humánpolitikai szakemberek és aktív munkavállalók bevonásával)	III. munkahelyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrás-igény megoldható, illetve bizonyos feltételek teljesülnek (pl. foglalkoztatás kibővítése, szociális létesítmények fenntartása, béren kívüli juttatások növelése)
5 pont		1 pont	5 pont
1 pont			10 pont

#### Forrásigény

A táblázat különböző celláiba eső problémák megoldása eltérő forrás- és kompetenciaszintet igényelnek. A megvalósíthatóság szempontjából az az egészség- fejlesztési stratégia ítéltető a legkedvezőbbnek, amely az I. cellába eső problémák kezelését tűzi ki célul. A III. cellába eső problémák kezelésére az adott szintérnek külső forrásokat kell keresnie. A II. cellába eső problémák kezelése egy olyan stratégia keretében lehetséges, amelyikben a megfelelő kompetencia- szintek megkeresésére esik a hangsúly, lobbizási tevékenységek, illetve delegálások révén (például lobbizni a kistelepüléseket jobban védő iparfejlesztés, hulladék- kezelés érdekében, a lakosság egészségesebb életmódját támogató egészségesebb élelmiszerek, italok alacsonyabb forgalmi adójáért, iskolapszichológusi státuszok létesítéséért). A IV. cellába esnek azok a problémák, amelyek kezelésére az adott szintérnek a legkisebb az esélye, így ha a stratégia erre épül, biztos, hogy a megvalósíthatóság esélye minimális. Itt elképzelhető a II. és III. cellába eső problémák kezelésére javasolt stratégia kombinálása.

Összességében tehát egy olyan stratégia kidolgozása javasolt, amely az adott szintér szintjén legjobban kezelhető problémák megoldására koncentrálna. A biztosan felmutatható eredmény, ha szerény is, sokkal jobb kezdet a közösségi szintér program hatékonyságának igazolására.

## Felhasznált Irodalom

A Szent Lázár Megyei Kórház Egészségterve 2013-2017.

Füzesi Zsuzsanna – Tistyán László Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken - Az Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek Kiadványsorozat, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. [www.Oefi.Hu](http://www.Oefi.Hu)

Füzesi Zsuzsanna, Tistyán László: Községi egészségtervek készítése és megvalósítása. *Nővér Praxis*, 1998. I. Évf. 5. sz.

Füzesi Zsuzsanna, Tistyán László, Szőke K.: Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott egészségtervek az életminőség javítására. in: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (Szerk.: Kopp M.) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.

Salgótarjáni kistérség lakosságának egészségi állapota és a szervezett szűrések területi eredményei – Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Észak-magyarországi regionális Intézete 2010.május. Összeállította dr. Papp Zoltán

Tájékoztató Nógrád Megye Közgyűlése számára „Nógrád Megye Egészségi Helyzetéről” – Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Készült: 2014. Június 6. Összeállította: Dr. Surján Orsolya Megyei Tisztifőorvos; Feketéné Dr. Zeke Ildikó Megyei Tisztiorvos; Bertókné Tamás Renáta; Ferenczné Antal Gabriella; Katkó Orsolya; Kisné Bábolnai Katalin; Kosztovics Ottóné; Lilinger Éva; Megyes Márta; Váczi Ferenc; Váczi Ferencné; Zsidai Diána [Http://www.Nmkh.Hu/Nmkh25/Images/Dokumentumok/2014/Nograd\\_Megyei\\_Kozgyules\\_2014.Pdf](http://www.Nmkh.Hu/Nmkh25/Images/Dokumentumok/2014/Nograd_Megyei_Kozgyules_2014.Pdf)

Vercseg Ilona - Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez - Az Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek Kiadványsorozat, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004 [WWW.OEFI.HU](http://www.OEFI.HU)

Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszthető Egészség. Módszertani Útmutató Egészségtervekhez, Oefi 2010.

Kishegyi Júlia - Makara Péter: Az Egészségfejlesztés Alapelvei, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.

Varga A. Tamás - Vercseg Ilona: Közösségfejlesztés, Magyar Művelődési Intézet, Budapest 1998.

Elektronikusan elérhető szakmai anyagok  
[www.oefi.hu/modszert.htm](http://www.oefi.hu/modszert.htm)

Települési egészségtervek  
[www.soros.hu](http://www.soros.hu);

[http://www.kka.hu/\\_soros/Sweb.nsf/dd5cab6801f1723585256474005327c8/cb61e5347084e0e7c1256bbc005d1400?](http://www.kka.hu/_soros/Sweb.nsf/dd5cab6801f1723585256474005327c8/cb61e5347084e0e7c1256bbc005d1400?OpenDocument)  
*OpenDocument*