

A Mezőcsáti Egészségügyi Központ Egészségfejlesztési terve



készült: 2011. március



TARTALOMJEGYZÉK

Előszó.....	4
Bevezetés – az egészségügyi intézmények lehetséges szerepe a prevencióban	6
I.Állapotleírás, helyzetfelmérés.....	10
Elhelyezkedés, természeti környezet.....	10
A Város lakosságának demográfiai és viszonyai.....	10
Egészségi állapot mutatók	13
Születéskor várható élettartam.....	14
Halálozási mutatók.....	14
Megbetegedési mutatók.....	16
Egyéb egészségi állapot mutatók.....	17
Egészségügyi ellátás.....	20
Szükségletfelmérés, problémák azonosítása.....	21
1.Módszertani leírás.....	22
Fókuszcsoporthoz interjúk és a kérdőíves vizsgálatok összesített eredményei.....	22
Az egészségfejlesztési terv elkészítésének lépései.....	25
a.Általános leírás.....	25
SWOT analízis.....	27
Releváns döntési kritériumok.....	29
egészségfejlesztési stratégia.....	30
1.Szakmai indoklás.....	31
2. célok	32
3.Stratégiai irányvonalak.....	33
2011 évi prioritások és cselekvési terv.....	34
10.A 2011-ben megvalósítandó programelemek.....	34
a.Egészségfejlesztési terv készítése.....	34
b.Újszülött gondozási program	34
c.Fogápolási program.....	35
d.Dohányzásról való leszokást támogató program.....	35
e.Krónikus légzőszervi betegek klubja.....	35
f.családi egészségnap.....	36
11.Az egészségfejlesztési terv megvalósításának módja.....	36
Visszacsatolás	40
12.Monitoring.....	40
13.A programok értékelési területe.....	41
14.Alkalmazott indikátorok.....	41
Kommunikáció, egészségkommunikáció.....	44
Mellékletek.....	47
1.sz. Melléklet – Az egészségtervek általános felépítése.....	47
2. sz melléklet: Felhasznált dokumentumok és szakirodalom:.....	52



ELŐSZÓ

Intézményünk, Mezőcsát Város Önkormányzat Egészségügyi Központja (továbbiakban: Egészségügyi Központ) Mezőcsát város lakosságának alapellátását szakellátását és gondozását végzi, fenntartója Mezőcsát Város Önkormányzata.

Mezőcsát Városa - a kistérség szellemi-kulturális-gazdasági-társadalmi központá válásához méltó módon -, beleértve az Önkormányzat fenntartásába tartozó intézményeket is, évek óta folyamatos és tervszerű fejlődésre, megújulásra törekszik annak érdekében, hogy a meglévő értékek megőrzése mellett mind a városban, mind a kistérségben a jelenleginél több szellemi és anyagi lehetőség teremtszódjon. A város vezetése különösen elkötelezett a városban, illetve az egész kistérségben itt élő lakosság egészségi állapotának, életminőségének fejlesztése iránt.

A tudatos fejlesztés során került megtervezésre és a TIOP 2.1.2. pályázat keretein belül megvalósításra a kistérség járóbeteg szakorvosi ellátását biztosítani hivatott új központ. Az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése mellett jelentős figyelem fordítódott a helyi lakosság egészségfejlesztését célzó intézményi és kistérségi pályázatok összeállítására, gondos tervezésére is.

Mezőcsát Város Önkormányzat Egészségügyi Központja által elkészített TÁMOP 6.1.2-es pályázat szakmai célkitűzéseiben, célcsoportjaiban ebbe a fejlesztési rendszerbe illeszkedik, azt egészíti ki a Központ kompetenciáinak megfelelően.

A járóbeteg központ működésének megkezdése átrendezi a Központ által működtetett szolgáltatásokat - a szakrendelések átkerülnek egységesen az új intézménybe, így a Központ működtetésében várhatóan csak az egészségügyi alapellátás marad. Az Egészségügyi Központ és az új szakrendelő intézet közötti együttműködést segíti a két intézmény szomszédossága, és a vezetések közötti szoros együttműködés. A háziorvosok, védőnők hatékonyan egészítik ki a szakrendelések munkáját, elsősorban a betegek gondozása illetőleg az egészségfejlesztés, prevenció területén.

A TÁMOP-6.1.2. pályázat kötelező és kiinduló tevékenysége az Intézmény jelen egészségfejlesztési tervének elkészítése, mely elsősorban a prevenció szemszögéből vizsgálva



átfogóan ismerteti az intézménynek a település életében betöltött helyét; szerepét; a prevenció érdekében eddig megtett törekvéseket, az Intézménynek a térség civilszervezeteivel, intézményeivel, városvezetésével, egyéb szervekkel történő kapcsolatrendszerét, a célok elérése érdekében javasolt éves részletes cselekvési tervet, az eredmények mérésére vonatkozó javaslatokat, valamint hosszabb távú célokat és feladatokat. Mivel az egészségfejlesztési terv működését tekintve „ciklikus” jellegű, ezért jelen terv aktualizálása évente, kétevente javasolt a változó igények és lehetőségek függvényében. Az egészségfejlesztési terv elkészítése során figyelembe vettük a TÁMOP-6.1.2. Pályázati Útmutatóban leírt szempontokat, az Országos Egészségfejlesztési Intézet által 2009-ben kiadott „Fejleszthető egészség – módszertani útmutató egészségtervekhez” című szakmai segédletét, az Európai Bizottság által kidolgozott The European Quality Instrument for Health (EQUIPH) - az egészségfejlesztés szakmai értékelésére irányuló eszközrendszer – ajánlásait, valamint a Népegészségügyi Programot. Jelen dokumentum e módszertani elvárásoknak megfelelően került elkészítésre.



BEVEZETÉS – AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK LEHETSÉGES SZEREPE A PREVENCIÓBAN

„Nagyobb orvos, ki távol tartja a betegséget, mint aki csupán gyógyítja azt. Jobb a megelőzés a gyógyításnál, mert megóv minket a betegséggel járó szenvedéstől” (Thomas Adams, 1612-1653)

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen, és jelentősen elmarad attól, amit társadalmi–gazdasági fejlettségünk általános szintje lehetővé tene. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében hazánk vezető helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A hazai egészségügy előtt álló kihívásokat a fenti általános európai tendenciákon kívül a magyar lakosság általánosan rossz egészségi állapota, a középkorú férfiak magas halálozási rátája, az EU-átlag dupláját kitevő korai halálozás, az elveszített potenciális életévek magas száma, növekvő mértéke súlyosbítja. A daganatok, a keringési rendszer és az emésztőrendszer betegségei, a pszichiátriai és mozgásszervi megbetegedések mértéke európai összehasonlításban is nagyon kedvezőtlen, kialakulásukban nagymértékben közrejátszik az egészségtelen, önpusztító életmód. Előfordulásuk a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket követi, a betegségek következtében a leghátrányosabb helyzetű társadalmi rétegek (pl.: romák) leszakadása a születéskor várható élettartamban évtizednyi mértékű. A Népegészségügyi Program következetes végrehajtásától várjuk életminőségünk és egészségi állapotunk teljes jogú felzárkózását az Európai Nemzethez.

A népegészségügyi helyzet gyökeres megváltoztatása, az egészségi állapot érzékelhető javítása, valamint az ellátó rendszer érdemi változása érdekében 2003-ban a 46. számú országgyűlési határozattal (2003.IV.16.) elfogadásra került az egy évtizedre szóló „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja, amelyet a 4/2006. (II.8.) OGY határozat „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja”, továbbiakban **Népegészségügyi Program** elnevezésre módosított. A NP elsődleges célja volt, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen. Ennek eredményeként tíz év távlatában legyen három évvel hosszabb a születéskor várható élettartam Magyarországon mindkét nem esetében. A NP deklarálta, hogy az egészségét javítását, a betegségek megelőzését, az emberhez méltó élet meghosszabbítását csak az egész társadalom szervezett erőfeszítéseivel, anyagi, szellemi erőforrásainak, egyéni kezdeményezéseinek mozgósításával és hatékony felhasználásával lehet elérni. Ebből a szempontból az NP megfelel a Dzsakartai Nyilatkozat – Egészségmegőrzés a XXI. században (1997) szellemének „Az egészséget

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



veszélyeztető tényezőkkel szemben az akciók új formáira van szükség. Az elkövetkező évek kihívása, hogy a társadalomban, a helyi közösségekben, a családokban meglévő potenciált felszabadítsuk. Ehhez nyilvánvalóan át kell látni az egyes kormányzati ágazatok, a kormányzati és nem-kormányzati intézmények, a közszolgálati és magánszektor közötti kapcsolatrendszer. Az együttműködés döntő. Ez megköveteli új, egyenlő alapon történő partneri viszony kialakítását az egészség érdekében a különböző ágazatok között, a társadalomirányítás minden szintjén.”

A magyar lakosság egészségi állapotának ismeretében a NP az évtized leglényegesebb feladatára, azon népbetegségek visszaszorítására koncentrál, melyek a legnagyobb egészség-hasznot jelenthetik, és a megelőzést, a korai felismerést helyezi előtérbe. **Különösen fontos**, hogy ezeket az előnyöket az átalakuló egészségügyi intézményrendszerben is meg lehessen tartani, illetve a változás kapcsán **a megelőzés mind az ellátórendszer, mind a lakosság számára további lehetőségeket jelenthessen.**

Ebben a folyamatban döntő jelentősége van az **egészségügyi alap és szakellátásban dolgozóknak**, orvosainak, védőnőinek, asszisztenseinek egyaránt. Elengedhetetlen, hogy ehhez alkalmazkodva adott közösségek jöjjenek létre, amelyek képesek meghatározni közös és egyéni feladataikat a megelőzés és az egészségfejlesztés terén.

A Mezőcsáti Egészségügyi Központ megjeleníti ezt a közösséget. Jelen prevenciós gyakorlatának, lehetőségeinek áttekintése és felmérése kiinduló pontot jelent egy célzott, helyi igényekre, szükségletekre és lehetőségekre alapozott prevenciós terv kidolgozására, s az ehhez igazodó szolgáltatások rendszerének felépítésére.

Az elnyert életmódprogram segíti Intézményünket abban, hogy jobban megfeleljen a NP. „Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein” 4. Célkitűzésben megfogalmazottaknak, azaz: „A mindennapi élet színterein, a településeken, az oktatási intézményekben, a munkahelyen, valamint **az egészségügy intézményeiben megvalósuljon az egészséget támogató politikai gyakorlat, hatékonyan érvényesüljenek az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés módszerei. Az egészségügyi ellátórendszer gyógyító tevékenysége mellett megelőző és egészségfejlesztési munkát is végezzen.** A gyógyító munka mellett kapjon nagyobb figyelmet a megelőzés. Legyen



meg az ehhez szükséges infrastruktúra és finanszírozás. Az egészségmegőrzésbe a betegek családtagjait is vonják be.”

Az egészségfejlesztési program illeszkedik a NP. 15. Célkitűzéséhez (Ellátásfejlesztés) melynek céljai: „Az alapellátás tevékenységi körének bővítése, az életmód-tanácsadás bevezetése. **Az ellátás különböző szintjein dolgozó egészségügyi személyzet szemléletének, magatartásának befolyásolása a minél korábban befejezett ellátás érdekében. Az ellátás különböző szintjein: A szív-és érrendszeri betegségek megelőzési szemléletű ellátásának javítása. Az onkológiai betegségek megelőzési szemléletű ellátásának javítása. A mozgásszervi betegségek rehabilitációs rendszerének fejlesztése.**”

Jelen egészségfejlesztési terv szerkezetében, tartalmi felépítésében követi az egészségtervek szerkezeti vázát, azaz az **I. Állapotleírás, helyzetfelmérés** fejezetben részletesen bemutatjuk a város demográfiai, társadalmi, egészségügyi jellemzőit, a város, a civil szervezetek és a Központ egészségfejlesztési törekvéseit. A **II. fejezetben** összefoglaljuk a **szükségleteket és problémákat**. A **III. fejezetben** megfogalmazásra kerülnek a helyi szükségletekre, lehetőségekre, elvárásokra reflektáló **egészségfejlesztési stratégiák**, illetve szemléltetjük, hogy a Központ egészségfejlesztési terve hogyan szolgálja a város, valamint az Intézmény stratégiáját, fejlődési terveit. A **IV. fejezet, 2011. évi prioritásokat** tartalmazza, a 2011-ben megvalósuló konkrét tevékenységeket, azaz az **Éves cselekvési tervet** ismerteti részletesen. Tevékenységeink nyomon követése, elért eredményeink figyelemmel kísérése fontos a hatékonyság, eredményesség szempontjából. Az értékelés folyamata lehetőséget ad az időben történő változtatásokra, a helyzethez történő alkalmazkodásra, a következő év prioritásainak, tevékenységeinek a meghatározására. Ezzel az **V. fejezetben (Visszacsatolás, monitoring)** foglalkozunk részletesen. A **VI. fejezet (Kommunikáció)** a programok megvalósítását támogató kommunikációs lehetőségeket és tevékenységeket foglalja össze.

A dokumentum az intézmény vezetőségének, megkérdezett orvosoknak, a programokat megvalósító helyi szakembereknek és egészségfejlesztési szakértőknek közös munkája.



I. ÁLLAPOTLEÍRÁS, HELYZETFELMÉRÉS

ELHELYEZKEDÉS, TERMÉSZETI KÖRNYEZET

Mezőcsát az Észak-Magyarországi régióban, Borsod-Abaúj-Zemplén megye délkelet részén, a Miskolc – Tisza É-D-i vonal és a Mezőkövesd-Tiszaújváros Ny-K –i vonal kereszteződésében helyezkedik el. Miskolc 35 km-re, Tiszaújváros és Mezőkövesd 25 km-re, az M3-as autópálya mintegy 5 km-re fekszik a településtől. A település DNy-i határán terül el a Borsodi Mezőség Tájvédelmi Körzet, melyet népiesen Kis-Hortobágnak is neveznek, hiszen tájjellege hasonló, mint Hortobágyé és a két tájegységet mindössze a Tisza folyó, valamint annak ártere választja el egymástól. A település nemcsak az ország keleti periferiájához tartozik, hanem ezen belül is egyrészt az Észak-keleti nagyipari központ (Miskolc) belső periferiájának határán helyezkedik el, másrészt, pedig a Tisza folyó szomszédsága is egyfajta sajátos, országon belüli periferiális helyzetet teremt.

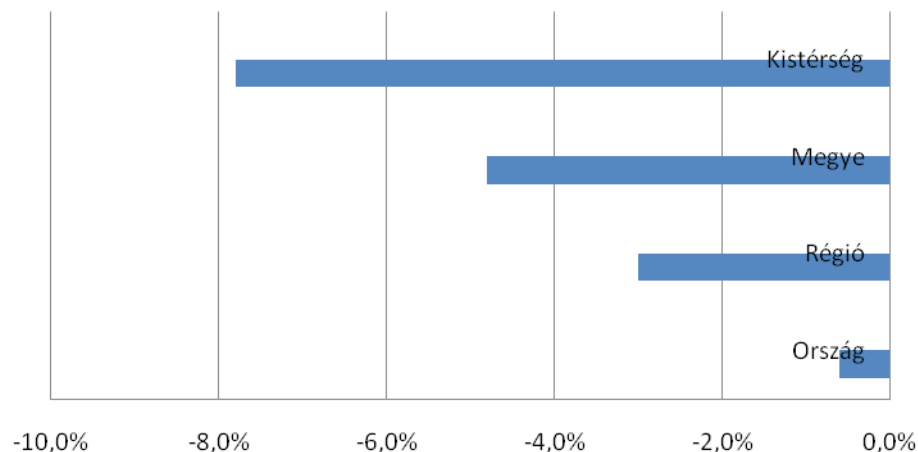
A térség turisztikai adottságai jelenleg nem érik el azt a kritikus tömeget, amelyek a turisták hosszabb tartózkodási idejét meg tudnák alapozni. Az idegenforgalom és a helyi szabadidős lehetőségek sajátos adottsága a Tisza-part és az itt végigfutó EUROVELO kerékpár útvonal. A Borsodi Mezőség védett madarak vonulási útvonalába esik, és ezen állatok táplálkozási, pihenő és költő területe. Nem elhanyagolhatók a környező Ramsari Jegyzékben szereplő vizes élőhelyek vonzereje a természetbarát turisták számára.

A VÁROS LAKOSSÁGÁNAK DEMOGRÁFIAI ÉS VISZONYAI.

Mezőcsát napjainkra a lakosainak számát tekintve – stagnáló-fogyó – kisváros képét mutatja, állandó lakosainak száma, 2008. január 1. napján 6 508 fő volt, 1990 óta a népesség 5,6 %-kal csökkent. A lakosság szám csökkenés oka a természetes fogyás, valamint a belföldi vándorlás negatív eredménye, az elvándorlás.

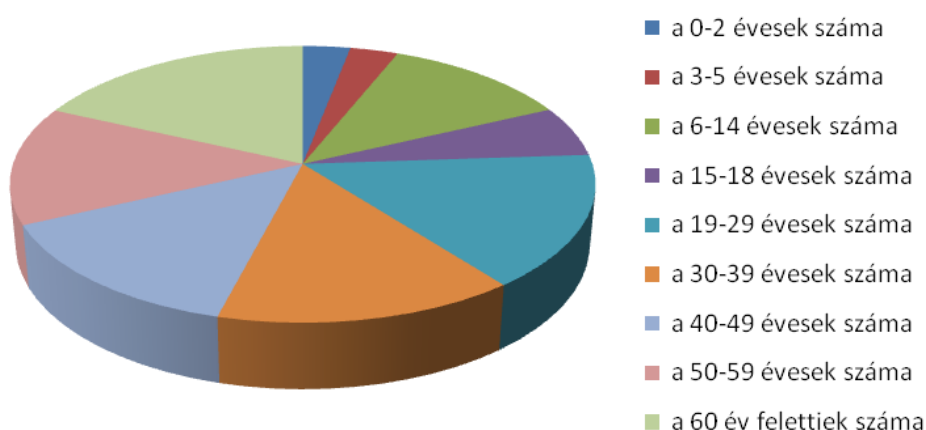


Lakónépeség számának változása az utolsó 10 évben (1998-2008)



Bár a város lakosságának öregedési indexe (kicsivel 70% felett) alacsonyabb mind az országos (100%), mind a megyei átlagnál (85%), összességében jellemző az előregedés. A folyamatot egyaránt erősíti a születések számának csökkenése, valamint az, hogy az elvándorlás is elsősorban a fiatalabb korosztályokra jellemző, ami tovább csökkenti mind a fiatalabb generációk számát, arányát, mind pedig a születendő gyermekek számát.

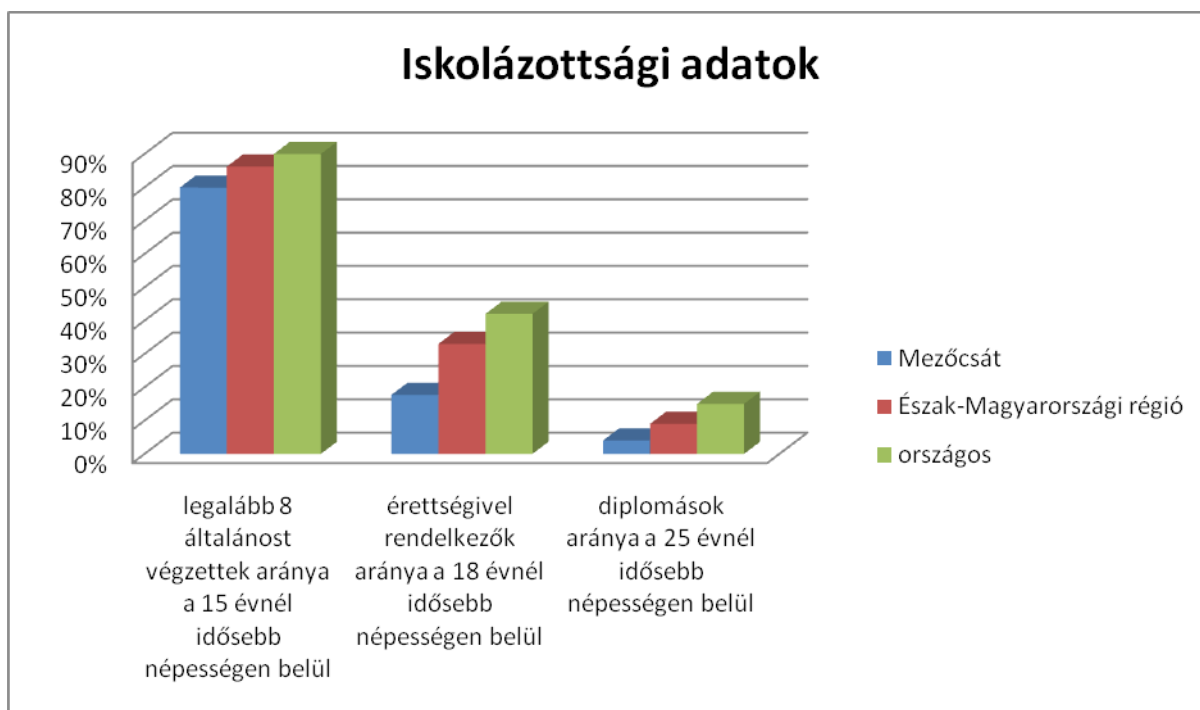
Mezőcsát



A térségben jelentős roma közösség él. A romák száma a 2001-es népszámlálás alapján 5,7%, de becslések szerint ténylegesen meghaladja a népességének 25%-át. A térség roma népessége a nagyobb településeken koncentrálódik, Mezőcsáton lakóhelyi szegregátumok alakultak ki, ahol a romák becsült lélekszáma 1700-1800 fő.

A roma lakosság természetes szaporulata magasabb a nem roma lakoságénál. Ez a korstruktúrára kedvező, fiatalító hatást gyakorol.

A jövő esélyeit behatárolják a tragikusan alacsony iskolázottsági adatok, miszerint az egy lakos által átlagosan elvégzett osztályok száma alig valamivel magasabb, mint 8.



A település „öregedő” tendenciája nagymértékben meghatározza a szociális, egészségügyi problémákat, valamint a szükséges beavatkozások irányait is. Az önkormányzat tudatosan törekszik arra, hogy az „egyedül állóvá váló” időseket bevonja a közösség életébe, segítse őket, megakadályozva ezzel az elszigetelődést, idő előtti leépülést.

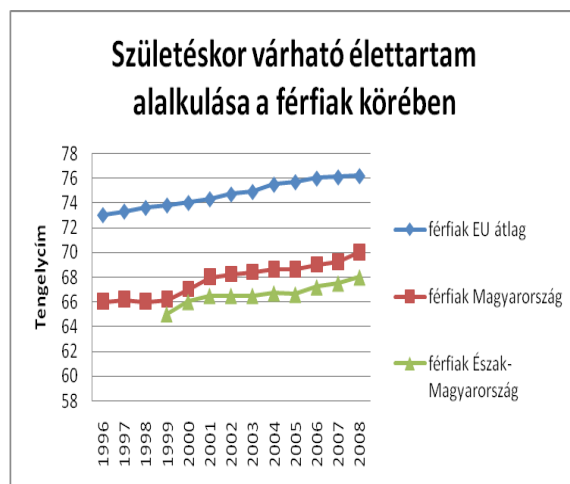
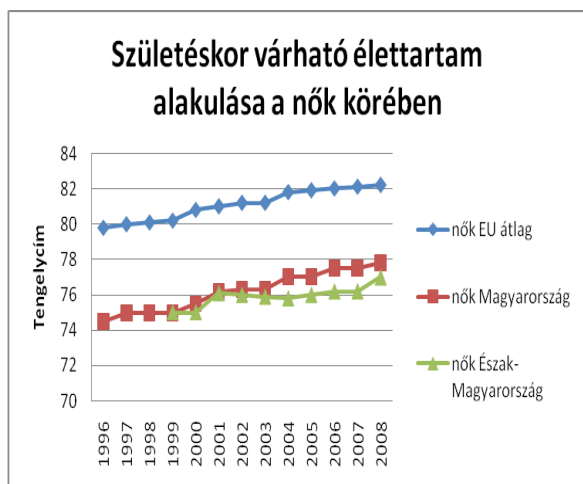


EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MUTATÓK

A lakosság egészségi állapotának főbb mutatói az országos és megyei viszonyokhoz hasonlóan kedvezőtlenek. Mind a megbetegedésben, mind a halálozásban döntő részt képviselnek a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rosszindulatú daganatos megbetegedések. Népbetegségként van jelen a magas vérnyomás, a cukorbetegség és az idült légzőszervi megbetegedés. Fontos kóroki tényezőként jelenik meg a dohányzás és alkohol fogyasztás magas szintje. Külön problémaként említik a helyi szakemberek a fogyasztott dohánytermékek és alkohol rossz minőségét is, ami tovább súlyosbítja a káros szenvedélyek egészség romboló hatását. A drog használat a térségben jelenleg nem jellemző probléma, melynek vélhetően elsősorban gazdasági okai vannak.

A térség lakosainak rossz egészségi állapota a társadalmi-gazdasági elmaradottsággal szorosan összefüggő életmódbeli okokra vezethető vissza. Jellemző az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek hiánya, az inaktív, mozgásszegény életmód, a dohányzás és alkoholfogyasztás elterjedtsége. A megélhetési gondok, az alapvető létfeltételek megteremtésének küzdelme mellett a helyes életmód, az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás nem elsőrangú kérdés, ennek fontosságáról, módjairól a helyi lakosságnak többnyire nincs információja

Születéskor várható élettartam



A születéskor várható élettartam tekintetében a tendencia megegyezik az országos és nemzetközi emelkedő tendenciával, azonban az Észak-Magyarországi régió mutatói elmaradnak mind az országos, mind az EU átlagétól, a férfiak esetében az elmaradás jelentősebb. A 2008. évi adatok



alapján a férfiak esetében több,mint 6 év, a nők esetében 5 évvel rövidebb a várható élettartam, mint az EU-27 átlaga.

Halálozási mutatók

A Mezőcsáti Kistérségben a halálozással kapcsolatot mutató legfontosabb tényezők mindegyikében jóval magasabb értéket mutat, mint a regionális átlag.

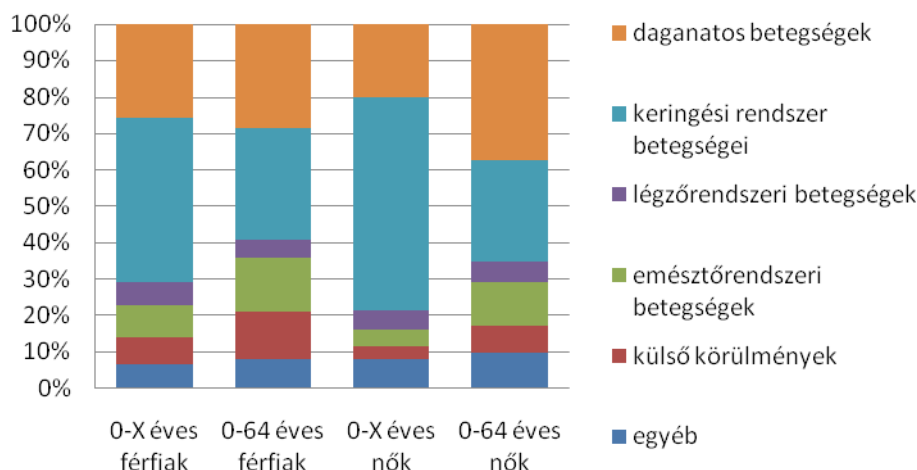
A halálozással kapcsolatot mutató legfontosabb tényezők	Észak-Magyarországi Régió	Mezőcsáti Kistérség
Élveszületések aránya 1000 lakosra	10,0	11,9
Munkanélküliek aránya	9,7%	15,1%
Mezőgazdaságban dolgozók aránya az összes foglalkoztatott %-ban	4,2%	14,8%
Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma 1000 lakosra	54,0	81,0

(Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, Népegészségügyi Jelentés 2004)

A kistérségben a 100 000 főre jutó összes halálozások száma 23 %-kal magasabb az országos átlagnál, de felülmúlja a regionális és megyei átlagot is. A leggyakoribb halálok, a keringési betegségben elhunytak száma az összes jelölt területi átlagnál magasabb, az országosnál 16 %-kal. Arányaiban ennél is sokkal rosszabb a helyzet az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek okozta halálozások számában, az országos átlagot 117%-kal haladja meg. A leggyakoribb 5 fő halálok között emlegetett külső okokra visszavezethető halálozások száma 84%-kal magasabb az országos átlagnál, de még a megyei átlagot is meghaladja 58%-kal. A légzőrendszeri megbetegedések miatt bekövetkező halálozások száma bár alacsonyabb a megyei és regionális átlagnál, de az országosat így is 38%-kal múlja felül.



Az Észak-Magyarországi régió lakosságának haláloki struktúrája (2006-2008)



A korcsoportos haláloki struktúrát vizsgálva látható, hogy

- 35 év alatt férfiak esetében a külső okok (baleset, öngyilkosság), míg az őik körében a külső okok mellett a daganatos halálozás a legkifejezettebb
- a keringési rendszer betegségei a férfiak körében 45, a nők esetében pedig 65 év felett vezető halálökká válik
- a daganatok haláloki súlya a fiatalok kiugrást követően leesik, majd az 55-64 éves korcsoportig növekedve a második helyre kerül

Megbetegedési mutatók

A 2007-es egészségügyi ellátás igénybevételi adatok szerint legtöbbször ízületi megbetegedések miatt keresték fel a szakrendelőket. A második helyen a szív-érrendszeri megbetegedések állnak, igen gyakoriak még a különféle légúti megbetegedések, a tüdőbetegség, valamint az asztma. A nőgyógyászati panaszok miatti ellátások is magas számban jelentek meg, valamint maga a kistérségi születésszám (10,4 ezrelék) is az országos (9,5 ezrelék), de a régiós átlagot (9,9 ezrelék) is meghaladóan.

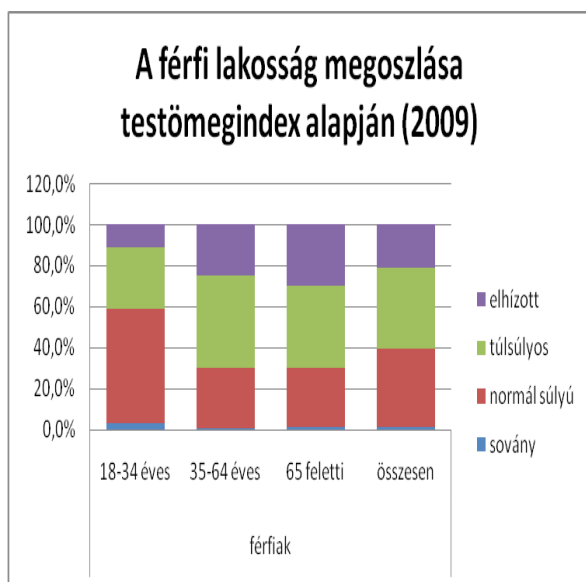
A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



2007 első 8 hónapjában az érintett települések betegeit 48.757 esetben látták el az ország különböző járóbeteg-szakellátóinál. Ebből 42 189 esetben, azaz az esetek 87 %-ában a tiszaujvárosi, mezőkövesdi, miskolci és mezőcsáti szakrendelőkben.

Egyéb egészségi állapot mutatók

Az egészségi állapot alakulásában kiemelten fontos helyet foglalnak el azok az életmódi tényezők, melyekért az egyén is felelőssé tehető. Ezen életmódi tényezők, állapotok jó prediktorai lehetnek a várható megbetegedési struktúráknak. A városban önálló vizsgálat ezen tényezőkre vonatkozóan nem készült, így az alábbiakban a 2000. és 2003. évi OLEF, illetve a 2009. évi ELEF vizsgálatok országos adatai alapján mutatjuk be ezen tényezők súlyát. Ismertek azok az összefüggések, hogy mind az alkoholfogyasztás, mind dohányzás gyakorisága a szocioökonómiai státusz romlásával növekszik. Ezek alapján joggal élhetünk azzal a feltételezéssel, hogy Mezőcsáton az országos adatoknál rosszabbak ezek az életmódi jellemzők. Ezt a feltételezést támasztják alá a kistérségi morbiditási és halálozási adatok országos, de még a régiós átlagnál is egyértelműen és szignifikánsan rosszabb értékei.

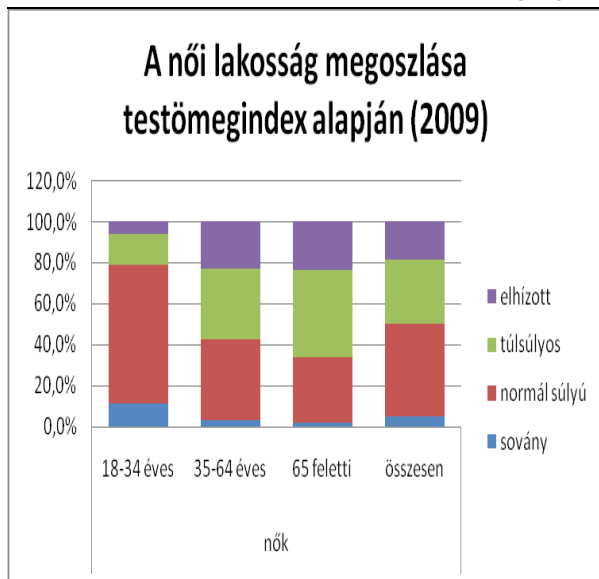


cukorbetegség, mozgásszervi betegségek és egyes daganatos betegségek kialakulásában is szerepet játszik. Az egészségmagatartás vizsgálatok eredményei alapján a lakosság több, mint fele túlsúlyos vagy elhízott, és arányuk az idősebb korosztályokban emelkedik. Ezt a tendenciát vélhetően az egyre hatásosabb terápiák eredménye okozza, amikkel egyre több túlsúlyos vagy elhízott beteg élete hosszabbodik meg.

A túlsúly és elhízás kiemelkedő egészségi kockázati tényezőként ismeretes. Kockázat emelő hatása széles körű: szív-érrendszeri betegségek, agyi érbetegségek,

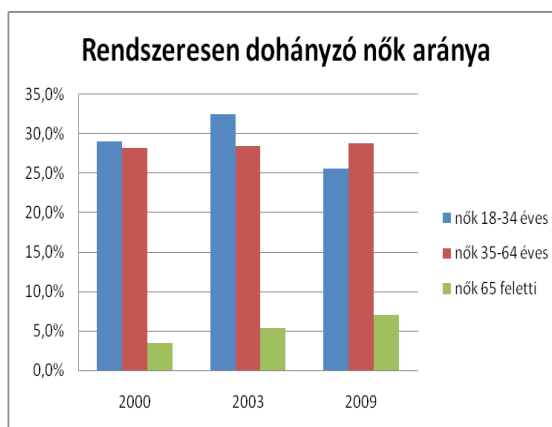
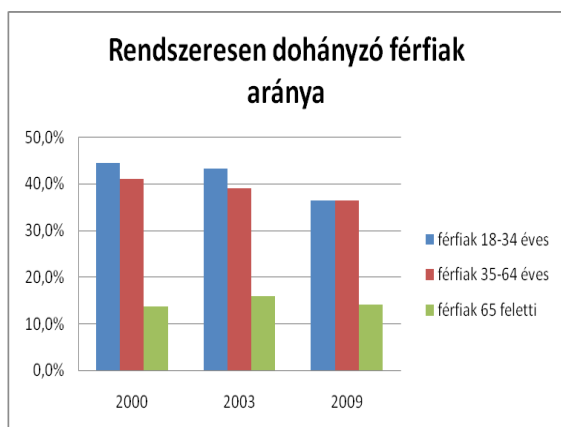


Egészségfejlesztési programok Mezőcsáti Egészségügyi Központban – „A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében meghirdetett „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok”
TÁMOP-6.1.2/A/09/1-2010-1053



A dohányzás jelentősége nemcsak a szív-érrendszeri és légzőszervi betegségek, hanem számos daganat típus kialakulásában is bizonyított. Az egészségmagatartás vizsgálatok idősoros adatai alapján - az összességében kedvezőtlen kép mellett - néhány pozitív tendencia is mutatkozik:

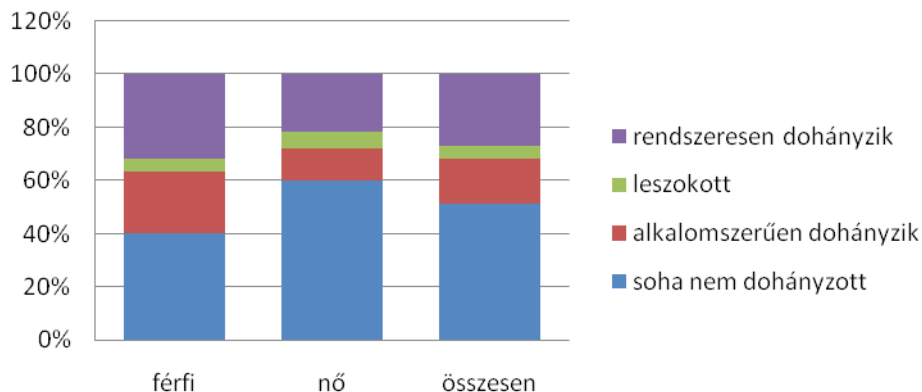
- a nők körében 2009-re (2003-hoz viszonyítva) csökkent a dohányosok aránya
- csökkent a naponta elszívott cigaretták száma a rendszeresen dohányzók körében



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A 15 évesnél idősebb lakosság megoszlása

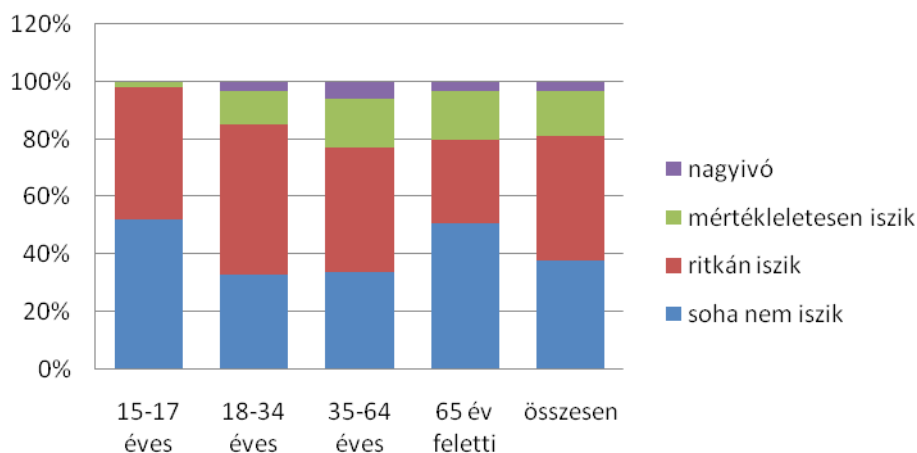


A dohányzásról leszoktató programok, kampányok hatásának kis mértékét mutatja, hogy nagyon alacsony a teljes népességben a dohányzásról leszokottak aránya. A dohányzás arányának csökkentését két stratégia mentén lehet elérni:

- megelőzni a rászokást - elsősorban iskolai illetve egyéb fiataloknak szóló programokkal
- a már dohányzók körében elősegíteni a dohányzásról való leszokást

A túlzott alkoholfogyasztás, és ezen belül a nagyivás egészségkárosító hatása nem csak közvetlenül az egyén szintjén, hanem közvetetten a társadalom (család, munkahely) szintjén is jelentkezik. Az egyes betegségek kialakulásának veszélye mellett az alkoholfogyasztásnak jelentős szerepe van közvetlenül is a korai halálozások (pl. balesetek) számának alakulásában is.

Alkoholfogyasztási szokások (2009)



EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

A Mezőcsáti Egészségügyi Központ biztosítja a városban az alapellátást, melynek keretében:

- 3 Felnőtt praxis
- 2 Gyerek praxis
- 2 fogorvosi praxis
- 3 védőnő
- központi ügyelet: a kistérség 6, valamint a kistérségen kívüli 5 települést lát el.

Járóbeteg-szakellátás a kistérségben

Jelenleg még a Mezőcsáti Egészségügyi Központ biztosítja helyben a járóbeteg szakellátást. A Mezőcsáti Egészségügyi Központban jelenleg belgyógyászat, szülész-nőgyógyászat, tüdőgyógyászat működik összesen heti 40 órában. A Központ ezenkívül labordiagnosztikai ellátást is nyújt J0-ás besorolással heti 40 nem szakorvosi órában. Az Egészségügyi Központ ellátási területe a kistérség 9 településére terjed ki. A Központ épületén kívül egy másik ingatlanban működik egy tüdőgyógyászati gondozó heti 15 órában.

A kistérség lakosságát ellátó egészségügyi intézmények zöme meglehetősen nagy távolságra helyezkedik el, a közlekedés hosszú és körülményes. A lakosság a járóbeteg ellátást csak igen korlátozott mértékben tudja igénybe venni a Mezőcsáti Egészségügyi Központonban. A rendelések többségét Tiszaújvárosban, Miskolcon és Mezőkövesden érik el.

2006-ban a 100 lakosra jutó esetszám 554 volt, amely 25 %-kal van alatta az országos átlagnak (735 eset/100 fő), ez természetesen nem az egészségi állapottal, hanem az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiányosságaival magyarázható.

A fenti helyzet megváltoztatását célozta a TIOP 2.1.2 pályázat keretében megvalósuló új kistérségi járóbeteg szakellátó központ, mely várható 2011. őszén kezdi meg működését. A szakrendelő heti 200 szakorvosi órában és 120 nem szakorvosi órában nyújt szakellátásokat. A fejlesztés során kibővül a szakrendelések szakmai összetétele is, a szükségleti adatok alapján meghatározott szakmákkal, kapcsolódó diagnosztikával és mozgásterápiás ellátásokkal. Az új épültbe integrálásra kerül a tüdőgondozó is. A szakrendelő működtetését nem a jelenlegi Egészségügyi Központ fogja végezni, hanem a pályázati előírásoknak megfelelően a kistérség települési által közösen

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



létrehozott non-profit gazdasági társaság. A Központ feladatköréből ezzel egyidejűleg kikerül a szakellátás. Az egészségügyi инвестиáció, mint ahogyan az oktatásba történő befektetés, humán erőforrás oldalról járulhat hozzá a kistérség megkapaszkodásához. Ezzel megállítható, vagy legalább mérsékelhető a kistérségre jellemző nagyarányú elvándorlás is

Fekvőbeteg-ellátás a kistérségben

A kistérség lakosait elsősorban a miskolci Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Semmelweis Kórház, a Diósgyőri Kórház és a Szent Ferenc Kórház látja el. A csúcsektátások esetében a Debreceni Egyetem és a budapesti Semmelweis Egyetem és az országos intézetek az illetékesek.

SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS, PROBLÉMÁK AZONOSÍTÁSA

A helyi szükségletfelmérés célja, hogy minél szélesebb körből, megfelelő mélységű információt, adatot nyerjünk az intézmény működéséről, lehetőségeiről, szerepéről, a helyi célcsoport problémáiról, szükségleteiről, elvárásairól, javaslataikról.

Az egyes életkori csoportokban a egészségi problémák, a háttérben lévő okok megfogalmazása és megoldási javaslat kérése történt nyitott kérdések formájában. Az egészséget veszélyeztető egészségmagatartásra vonatkozóan arra kértük a válaszadókat, hogy saját tapasztalatuk alapján értékeljék a felsorolt problémákat.

1. MÓDSZERTANI LEÍRÁS

A szükségletfelmérés során vegyesen alkalmaztuk az önkítöltős kérdőíves-, a fókuszcsoporthoz interjú technikákat. A megkérdezettek zárt és nyitott kérdések kapcsán fejtették ki véleményüket a páciensek egészségi állapotáról és életmódjáról. A házi orvosok, asszisztensek és védőnők véleményének, javaslatainak megismeréséhez a kérdőíves módszert alkalmaztuk. A település vezetőit, társ intézmények vezetői, illetve a civilek képviselőt fókuszcsoporthozos technikát alkalmazva kérdeztük a helyi problémákról, szükségletekről, megoldási javaslatokról. A kapott válaszok feldolgozása az alábbi eredményeket hozta.



FÓKUSZCSONPORTOS INTERJÚK ÉS A KÉRDŐÍVES VIZSGÁLATOK ÖSSZESÍTETT EREDMÉNYEI

A fókuszinterjú során megkérdezésre került 13 kulcsszemély, akiknek tevékenysége, véleménye, munkája releváns a Mezőcsáton élő lakosság szükségleteinek, jellemezőinek feltárásban, valamint a Központ összesen 14 dolgozója töltött ki kérdőívet..

A válaszadók többsége közepesnek, illetve semlegesnek ítélte az intézet szakmai szerepét. A Központ kapcsolatrendszerét alapvetően az alapellátáson belül látják a legjobbnak, ám közel annyira jónak értékeli a szakorvosi és a védőnői szintekkel kiépített kapcsolatrendszert is.

A fejlesztések tekintetében legfontosabbnak az egészségnapokat és dohányzásról leszoktató programot látják, majd sorrendben a táplálkozási programokat, a klubprogramokat, a szóróanyagok és tájékoztatók készítését és végül az előadásokat gondolják magas prioritásúnak.

Arra a kérdésünkre, hogy melyik a legfontosabb egészségmagatartási tényező, amin változtatni kellene a páciensek körében, a következők merültek fel:

1. Testmozgás/sportolás hiánya
2. dohányzás
3. alkohol
4. Stressz
5. Egészségtelen táplálkozás
6. szegénység, nem megfelelő lakás körülmények
7. ismerethiány, tudatlanság
8. nem megfelelő gyógyszeresedés (elsősorban anyagi okokból)
9. egészségügyi szakellátáshoz, szűrővizsgálatokhoz való hozzáférés hiánya

Az egészséget veszélyeztető életmódbeli tényezők szubjektív megítélése életkorok szerint a következő:

Problémák	Megoldási javaslatok
19-35 évesek problémája: - Nagyon sokat kell utazniuk, helyben a szórakozásuk nem biztosított. - Sok a depresszió, és kilátástalannak tartják	- Helyben kulturális és sport programok biztosítása. - Támogató szolgáltatások

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



az életüket. • Testmozgás hiánya, rossz táplálkozás. • Stressz és ennek a következményei, utazás a munkahelyek miatt.	kellenének. • Felvilágosítás. • Legyen több munkahely helyben.
35-65 évesek problémája: • Mozgásszervi problémák, anyagcsere betegségek. • A nők cardiovascularis megbetegedéseinek száma nő. • Daganatos megbetegedések. • Elhízás és magas vérnyomás betegség emelkedettebb arányú. • Rossz táplálkozás, elhízás. • Család miatti leterheltség	• szakorvosi ellátás elérhetőségének javítása. • egészségnapok, kampányszűrések • Kellene olyan program, ami teljes körű prevenciót biztosít. • Támogató klubfoglalkozások • Legyen több munkahely helyben • szervezett sportolási lehetőségek biztosítása
65 felettiiek problémája: • Magány, egyedüllét. • Krónikus mozgásszervi panaszok, szociális helyzet. • Sok a depresszió, és kilátástalannak tartják az életüket. • Aktivitás hiánya - gyors leépülés.	• Sérülések balesetek megelőzése és otthoni ellátásának biztosítása. • Szemléletformálás, klub program. • Tömegközlekedés fejlesztése • közösségi programok, aktivitási lehetőségek biztosítása.
Egyéb javaslatok: • Gyerekek prevenciós foglalkozásait fejleszteni. • Az egészségügyi dolgozók képzését elsősorban, és jobb tájékoztatást a lakosság és a szakemberek felé.	

Néhány életmód tényezőt is megvizsgáltunk nemek szerint külön bontásban. E szerint a nők körében a túlsúly jelenti a legnagyobb problémát, ezt követi a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás. Ezen kívül a rendszeres mozgást végző nők aránya igen alacsony. A férfiak körében ugyanez a sorrend, ám a nőkhöz képest is jelentősen többen vannak a problémás alkoholfogyasztó és dohányzó férfiak.



Az egyes betegségek megjelenésében tapasztalt figyelmet érdemlő változás az elmúlt 10 évben:

Kedvező:

- Egyes szűrővizsgálatok beindulása
- Kevesebb az akut koronária szindrómában való megbetegedés

Kedvezőtlen:

- *Tumoros megbetegedések* számának növekedése tapasztalható, ezzel szemben nehézkes a betegek nyomon követése
- *Pszichés megbetegedések terén:* nagyobb arányban jelentkeznek a depressziósok, sokkal több a suicid késztetésű beteg, túlterheltebbek a betegek
- Emelkedett a COPD-sek száma

A megfogalmazott problémák kezelésére, megelőzésére alkalmazható tevékenységek, programok, életmódot pozitívan befolyásoló tevékenységek közül az alábbiak kerültek említésre:

- az új szakrendelő működésének beindulása
- felvilágosító előadások, ismeretterjesztés, lakossági fórumok, egészségnapok
- nem egészségügyi probléma, társadalmi megoldás kell
- több pénz az embereknek hogy, megfelelően tudjanak táplálkozni
- sportolási lehetőség biztosítása
- világos, érthető, exact TV-reklámok a szűréseken való részvétel serkentésére, nagyobb média, pénz az egészségügyre
- közösségi rendezvények, összejövetelek szervezése
- egymás segítése, problémák megbeszélése önszerveződő támogatása

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERV ELKÉSZÍTÉSÉNEK LÉPÉSEI

a. Általános leírás

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



Az egészségfejlesztési terv első lépése minden esetben a küldetés megfogalmazása (újrágondolása vagy megerősítése). Ezen küldetés ugyanis meghatározza az információk rendező elvét, valamint a problémák megfelelő csoportosításához iránymutatást ad.

A szükségletfelmérés során a begyűjtött információkból meghatározzuk a felmerülő problémákat, s mindezt második lépésként ok-okozati összefüggésbe csoportosítjuk.

A harmadik lépésben az így rendszerezett problémákat összevetjük a külső és belső különböző tényezőkkel. Ezzel az elemzéssel tudjuk meghatározni az ún. releváns döntési kritériumokat, amelyen belül a meglevő problémák megoldására, a helyi adottságokat és lehetőségeket figyelembe véve megoldást kereshetünk.(SWOT analízis – releváns döntési kritériumok).

Ez ad megfelelő kontrollt továbbá arra is, hogy a megfogalmazott problémák közül melyekre találhatunk megoldást, melyek azok az irányvonalak, ahol hatékonyan és reálisan tervezhetjük a „beavatkozást”.

A Központ egészségfejlesztési tervének az elkészítését a fenti eszközrendszerrel végeztük el.



SWOT ANALÍZIS

Összegyűjtve és áttekintve az eddigi információinkat, elvégeztük a SWOT analízishez szükséges szempontok csoportosítását.

Erősségek

- Aktív vezetőség, elkötelezett városvezetés
- Sikeres pályázat, ami új minőségű egészségügyi ellátást biztosít
- központi elhelyezkedés a városban
- régen együtt dolgozó szakembergárda
- valós lakossági igények

Gyengeségek

- Nincs kellő kínálat a prevenciós tevékenységekben
- A túlterhelés miatt nem jut kellő idő a betegeknek és a betegeknek az egészségükre
- Nincsenek betegfelvilágosító anyagok
- Nincsenek szervezett egészségnevelési programok
- A stresszes, túlhajszolt élet valamint az anyagi problémák nagy arányban érinti a lakosokat
- Túlzott dohányzás
- Jellemző a testmozgás, sportolás hiánya
- Jellemző az egészségtelen táplálkozás
- Jellemző a túlsúly
- Szűrővizsgálatokon való részvétel hanyagolása jellemző.

Veszélyek

- Az ellátottak felőli érdektelenség
- Forrásszerzés nehézségei.
- A praxisok nem kellően kapcsolódnak a prevenciós tevékenységekhez



- a munkanélküliség magas aránya miatt egyre több a nehéz helyzetbe kerülő család, ember
- Elvándorlás illetve az előregedés fokozódása

Lehetőségek

- az új szakrendelővel a város térségi központi szerepe erősödik
- a párhuzamosan futó, összehangolt egészségfejlesztési programok pozitív szinergiája
- Kapcsolatépítés az aktív civil szervezetekkel.
- Tevékenység kiszélesítése életmódprogramokkal, klubfoglalkozásokkal.
- Szakértők bevonása a programokba.
- Forrásszerzés pályázatok segítségével.
- Kommunikációs csatorna kiépítése szakorvosok – háziorvosok – városi vezetők – kistérségi vezetők között

Erősségekre építve több veszély is elhárítható:

- Az aktív vezetőség a forrásszerzési lehetőségek felkutatásával és kihasználásával jelentős támogatást tud megnyerni a Központ, a város, illetve a városi intézmények javára, így az anyagi nehézségek enyhíthetők.
- A népegészségügyi problémák befolyásolhatóak az egyéni, korra és nemre specifikus programtervek készítésével és megvalósításával.

Milyen erősségeink segíthetik a lehetőségeink kihasználását?

- A szakrendelő működése módot adhat arra, hogy még hatékonyabban működő kommunikációs csatorna (online felület) alakuljon ki az orvosok és vezetők között.
- Az aktív vezetőség megfelelő kapcsolatok kiépítésével jól tudná kamatoztatni a civil szervezetekben rejlő erőt akár új szakemberek bevonásával, akár jó gyakorlatok, programok adaptálásával. Közös fellépéssel a döntéshozók felé is nagyobb erőt tudnak képviselni.



Melyik gyengeségünk akadályozza meg a veszélyek elhárítását?

- A fent felsorolt betegségtípusok számának növekedése továbbterheli az egyébként is túlterhelt háziorvosokat és szakrendeléseket.
- A nem kellő aktivitás nem segíti az érintettek bevonását a programokba.

Melyik gyengeségünk akadályozza meg a lehetőségek kihasználását?

- A túlhajszolt életmód (állandó munkahelyi leterheltség illetve a krónikussá váló munkanélküliség) gátló tényező lehet az életmódprogramok kihasználásában. Mivel a munkaidőt is érinthetik ezek a programok, így lehetnek olyan személyek, akik bár a célcsoportba tartoznak, mégsem tudják igénybe venni az új szolgáltatásokat.
- A szakemberek leterheltsége akadályozza a prevenciós munkát

RELEVÁNS DÖNTÉSI KRITÉRIUMOK

A Központ és az új szakrendelő szakmai módszertani szerepének erősítésével, az adott helyzet erősségeire építve tervezhetjük meg az intézet prevenciós tevékenységének kialakítását.

Az aktív vezetőség által az intézetben dolgozó szakmai csapat, valamint az új, a térségben dolgozó szakértők (egészségfejlesztési) szakemberek közreműködésével kell megtervezni a teljes kistérséget érintő megelőzést megcélzó szolgáltatásokat, amennyiben erre a már benyújtott LHH-s TÁMOP 6.1.2 pályázat lehetőséget biztosít.

Ennek lépései a következők:

- Olyan prevenciós szolgáltatásokat kell bevezetni, amely a következő kihívásokra válaszolnak:
 - a meglévő szükségletekre reagál
 - a prevenciós szolgáltatások szakmai módszertani alapokkal rendelkeznek
 - évenként ismételtetők legyenek a programok, a jelenleg kidolgozandó módszertan szerint



- Prioritási sorrendben kell kezelni a felmerülő problémákat, először az akut problémák megoldására kell, hogy koncentráljunk, de az állapotmutatók javulásával a tevékenység kiszélesedik, azaz a jelenlegi terciér prevenció munkába már jelen levő primer prevenció elemek kerülhetnek később előtérbe, ami jelzi is egyéb az eddig végzett prevenció hatékonyságát.
- Olyan programokat kell indítani, amelyek alapot teremtenek a későbbi komplex prevenció tevékenységek rendszeres végzéséhez.
- A prevenció központjában az egyéni öngondoskodás fejlesztése, az egyén egészségéért vállalt felelősségének az elérése kell, hogy szerepeljen. Az „egészség” érték fogalmának az erősítése a cél.

Ezek a gondolatok adnak lehetőséget arra, hogy a prevencióban érintett szakemberek egyrészt kihasználhassák a munkájuk során az így kialakított segítő szolgáltatásokat, másrészt megfelelő szakmai iránymutatást adjanak, illetve jelezzék a prevencióban dolgozók felé, hogy milyen terület fejlesztése szükséges az általuk kezelt (vagy hozzájuk forduló), érintett lakosság vagy páciens állapotának javítása érdekében, amit ők a (szak)rendelésen nem tudnak ellátni (időhiány).

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI STRATÉGIA

1. SZAKMAI INDOKLÁS

Magyar lakosságra vonatkozó népegészségügyi adatai

Magyarországon a szív és érrendszeri betegségek és a rosszindulatú daganatok az összes halálozás mintegy háromnegyed részéért felelősek, más szóval az összes halálozások háromnegyed része a táplálkozással és az életmóddal összefüggő betegségekből származik. A helyzet súlyosságát mutatja, hogy Magyarországon daganatos betegségekből eredő halálozás tendenciája növekvő és Európában a legnagyobb. A szív és érrendszeri betegségek okozta

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



halálozás tendenciája 1993 óta csökken, de még mindig a 12 legmagasabb mortalitás közé tartozik Európában.

A magyar lakosság egészségi állapotának jellemzéséül, a Debreceni Egyetem népegészségügyi kutatásának eredményeiből idézünk:

A 340 millió Ft összköltségvetésű kutatási program célkitűzése szerint 2006-2008 között regionális és országos szinten elemezte a jelenlegi prevenciós gyakorlatot, azonosította a nagykockázatú csoportokat, felkutatta a jelentős társadalmi és anyagi terhet jelentő megbetegedések kockázati tényezőit és ajánlásokat fogalmazott meg célzott prevenciós beavatkozásokra.

„A projekt keretében több, egymáshoz szorosan kapcsolódó kutatás valósult meg, melyek révén átfogóbb, hitelesebb és naprakészebb információval rendelkezünk egyes népbetegségek elterjedtségéről, megelőzési és ellátási gyakorlatáról, illetve sajnos ezek hiányosságairól.” - mondta Prof. Dr. Ádány Róza, a projekt vezetője.

A program alprogramjai a keringési (magasvérnyomás betegség, szívinfarktus, szélütés) és anyagcsere betegségek (cukorbetegség, zsíryanycsere zavarok) a krónikus májbetegségek és májzsugor, valamint a méhnyakrák megelőzési programok hatékonyságának javítását célozták.

Néhány fontos megállapítás az eredményekből:

A 20-69 éves magyar lakosság több mint egyharmada szenved a magas vérnyomás, a cukorbetegség és a zsíryanycsere együttes zavarával jellemzett metabolikus szindrómában. E betegek egynegyede semmilyen kezelésben nem részesül, a kezelt betegek 50%-ban a tünet együttes egyetlen összetevője esetében sem eredményes a kezelés.

A cukorbetegség alapkezelését jelentő testsúlycsökkentés gyakorlatilag szinte teljesen eredménytelen, az ismert cukorbeteg egyharmada túlsúlyos, 60%-uk elhízott. A betegek mindössze egynegyede esetén megfelelő a vércukor hosszú távú beállítása. Háromnegyedük esetén a vércukor tartósan magas, 40%-uké olyan mértékben, hogy az jelentősen megnöveli a súlyos szövődmények kialakulásának kockázatát. A cukorbeteg 90%-a magas vérnyomás betegségben is szenved.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A szélütésen vagy szívinfarktuson átesett betegek 15%-a dohányzik. Jelentősek a területi egyenlőtlenségek a szívinfarktus ellátásában. Így például a szívinfarktussal kezelt betegek körében az akut katéteres koszorúér-tágításban részesülők aránya megyénként 5-45% között ingadozik.

2. CÉLOK

A fentiekben vázolt szempontok szerint a stratégiai célokat a következőkben foglaljuk össze:

Átfogó cél

A Mezőcsáton élők egészségi állapotának és életminőségének javítása.

Specifikus célok

Hosszú távú célok (2011-2013)

- A város komplex prevenciós szolgáltatásainak kialakításában való részvétel.
- Az egészségügyi ellátási szintek, az egészségügy és más területek (oktatás, szociális) közötti hatékony együttműködések kialakítása az egészségfejlesztési szolgáltatások érdekében.

Középtávú célok (2011-2012)

- Tudásszint növelése, egészségtudatos magatartás, öngondoskodás képességének fokozása.
- Egészséges életmód kialakítása megfelelő szakmai támogatással, szolgáltatás nyújtással.
- Kommunikáció fejlesztése.

Rövidtávú célok (2011)

- háziorvosok készségfejlesztése a dohányzásról való leszokás támogatásában.
- a lakosság számára dohányzásról való leszokást támogató szolgáltatás biztosítása



- a családok támogatása az újszülöttek, csecsemők egészséges életkezdetének, egészségmegőrzésének biztosításában
- a kisgyermek (3-6 éves korúak) fogászati higiéniájának javítása
- az egészségtudatos magatartásformák kialakításának elősegítése családi egészségnapokkal
- a légzőszervi krónikus betegségben szenvedők számára életviteli kompetenciák erősítését, a betegséggel való jobb életminőségben való együttélést segítő betegklub kialakítása

3. STRATÉGIAI IRÁNYVONALAK

A stratégiai irányvonalak meghatározását az előzőekben ismertetett elemzések, valamint a népegészségügyi szempontok szakmai követelményeinek megfelelően határoztuk meg.

Figyelembe vettük továbbá, hogy a Központ által kezdeményezett megelőző szolgáltatásoknak, a gyógyító tevékenységek szerves részeként, rendszerszerűen kell működnie a fenntarthatóság érdekében.

2011 ÉVI PRIORITÁSOK ÉS CSELEKVÉSI TERV

A Mezőcsáti Egészségügyi Központ 2011. évi egészségfejlesztési tevékenységeinek prioritásait, és konkrét cselekvéseinek tervét alapvetően az elnyert TÁMOP 6.1.2 pályázat határozza meg. A programok a pályázatban benyújtott és elfogadott szakmai programnak és a pályázati kiírás elvárásainak megfelelően kerülnek megszervezésre.

10. A 2011-BEN MEGVALÓSÍTANDÓ PROGRAMELEMEK

a. Egészségfejlesztési terv készítése

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A program keretében külső szakértők és az Egészségügyi Központ munkatársainak együttműködésében elkészítjük a központ **egészségfejlesztési tervét**. A fenntarthatóság, a programok továbbvitele és az egészségfejlesztési terv ciklikus felülvizsgálatának biztosítása érdekében a Központ munkatársai felkészítő programon vesznek részt.

b. Újszülött gondozási program

Az újszülött gondozási program keretében a településen élő várandós kismamáknak és kisgyermekes édesanyáknak (esetleg édesapáknak) szeretnénk gyakorlati tanácsokat adni a táplálkozás és az újszülött gondozása (elsősegélynyújtás és baleset-megelőzés) témakörökben. A táplálkozási témakör keretében felhívjuk a kismamák figyelmét a szoptatás fontosságára. Az elsősegélynyújtás és baleset-megelőzési programban az újszülött napi ellátása közben felléphető balesethelyzetek megelőzése kapja a legnagyobb hangsúlyt (leesés, fürdetés, aspirálás stb.). A foglalkozásokat 10 fős csoportokban, védőnők vezetésével, meghívott előadók részvételével tartjuk, egy-egy csoportnak heti egy, összesen 6 alkalommal, két kurzust. A foglalkozás helyszíne a művelődési ház. A foglalkozás során alkalmazott módszerek: előadás, beszélgetés, filmvetítés.

c. Fogápolási program

A 3-7 éves korosztály számára **fogápolási programot** terveztünk. Védőnők és fogorvos vezetésével a gyermekek életkori sajátosságainak megfelelően megismerkednek a fogápolás és a fogorvosi vizsgálat jelentőségével, megtanulják a helyes fogmosás technikáját, valamint az étkezési szokások és a fogak állapotának összefüggéseit. A programba a településen élő összes óvodást bevonjuk. A program hat héten keresztül egy-egy alkalomból áll. A foglalkozások során alkalmazott módszerek: mesélés, beszélgetés, gyakorlás, élményfeldolgozás (báb, rajz stb.)

d. Dohányzásról való leszokást támogató program

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A **dohányzásról leszoktató** program keretében első lépésben a mezőcsáti és az érdeklődő kistérségi háziorvosokat (6 fővel számolunk) tréning keretében készítjük fel a leszoktató program vezetésére (összesen 8 akkreditált órában). A képzés felkészít a dohányosok kiszűrésére, a nikotinfüggőség mérésére, a motivációs interjú gyakorlati alkalmazására, az 5T modell használatára, csoportvezetés technikájára, a dohányosok követésére. Második lépésben a motivált dohányosokat a háziorvosi team egy tagja által vezetett csoportos viselkedésterápia segíti a leszokásban (8 alkalom).

e. Krónikus légzőszervi betegek klubja

A **házi orvosok és a tüdőgondozó szakemberei által vezetett asztmás és COPD-s betegek klubjában** kiscsoportos (10 személyes) oktatás, önszorgító klub rendszeres látogatására, a legfontosabb ismeretek (krónikus betegségek természete, lényegük stb.) elsajátítására, és begyakorlására nyílik lehetőségük a betegeknek. Nemcsak előadás formájában zajlik az oktatás, hanem módja van a betegnek kérdés-felelet beszélgetésekre, saját gondjainak elmondására és a mindennapi életet utánozó helyzetek, gyakorlatok elvégzésére is, ahol a betegnek joga van hibázni, tévedni. Ezek tapasztalatos korrekciója maradandó ismeretet nyújt.

f. családi egészségnap

A **családi egészségnapon** felhívjuk a lakosság figyelmét a szűrővizsgálatok és az önvizsgálat fontosságára, emellett elérhető számukra egészségügyi tanácsadás, egészséges finomságokat kóstolhatnak, ügyességi versenyeket szervezünk a kisebbeknek, cigiért gyümölcsöt akciót tartunk, stressz-tesztet végzünk stb.

11. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERV MEGVALÓSÍTÁSÁNAK MÓDJA

Az egészségfejlesztési terv következetes megvalósítása során nélkülözhetetlen a folyamatos menedzsment tevékenység. Az első évben ehhez a TÁMOP pályázat biztosítja a lehetőséget,

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



azonban ez idő alatt el kell érni, hogy a helyi szakemberek – beépítve az intézmény folyamatos működésébe illetve jövőbeni együttműködéseire alapozva – ezt a feladatot tovább tudja folytatni. Ehhez a tervezett programokat végrehajtók, a programban érintettek feladatait rendszerszerűen fel kell építeni, melyet az alábbiakban foglalunk össze.

A program szakmai felépítése

➤ Az érintett szakterületek motivációjának megnyerése a megelőzés területén

Fontos hangsúlyt kell, hogy kapjon az a tényező, hogy a szak és az alapellátási munkába – az orvosok számára a prevenció lehetőség beépüljön napi munkájukba, érezzék annak előnyeit, valamint a saját felelősségüket is ezen a területen.

➤ A tervezett programok szakmai háttere

A programok indítása előtt szükséges egy-egy témában egy olyan szakmai csapat összeállítása, ami megkönnyíti a programvezető helyzetét, biztosítja a program orvos szakmai hátterét is, valamint segíti a szolgáltatást igénybe vevők körének kialakulását.

A szakmai csapat feladatai:

- a programokban vállalt vezetői szerep mellett rendszeres megbeszélést kell tartania, hogy biztosítva legyen a folyamatos szakmai színvonal, a felmerült problémák megoldási lehetőségeinek a megvitatása.
- meg kell megfogalmaznia a tervezett programok tematikáját, céljait, és biztosítani kell a résztvevők szerinti szakmai követelményeket és elvárásokat.
- meg kell fogalmaznia továbbá a szakma felé az üzeneteket és fel kell dolgoznia a visszaérkező javaslatokat, hozzászólásokat a tervezett tevékenységhez, hogy azt használhatóvá tudja tenni a felhasználók felé. (A felhasználók alatt, jelen esetben a szakmai hálózat tagjait értjük, aki küldik a résztvevőket a programokra.)

Ezt tervezett módon, szakmai megbeszélések és írásos anyagok elkészítésével valósítják meg

➤ A programok közötti átjárhatóság és kapcsolat biztosítása

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



Elengedhetetlen a párhuzamosan futó programokban dolgozó szakemberek többszöri találkozása is, hiszen éppen ebben az összehangolt tevékenységben rejlik a komplex szolgáltatások kialakulásának lehetősége, mégpedig úgy, hogy kihasználjuk azt az egymást segítő és támogató erőt, amit ezeknek a szakembereknek az együttműködése eredményezhet.

Amennyiben a programok mögött álló szakmai csapatok között szervezett és irányított kommunikáció történik, a programok eredményessége hatványozottan erősödik.

Megoldódik egyben az a probléma is, hogy hogyan közvetítődjön a lehetőség az érintettekhez, kik legyenek azok az emberek, akik ebben a szolgáltatásban az első körben részesülhetnek.

➤ **A programokban való részvételi lehetőség**

A résztvevőket két szempont szerint szőlítjuk meg:

- Invitáljuk azokat az embereket, akiket a háziorvosok, vagy a szakorvosok kiválasztanak támogatásra (helyzetük miatt veszélyeztetettek, hátrányos helyzetűek, stb.), s javasolják számukra a programokban való részvételt (kiváltott motiváció – orvosi ajánlás)
- Azok a betegek, lakosok, akik önként jelentkeznek, mivel saját motivációjuk megvan, hogy tegyenek magukért, az egészségükért

➤ **A szükséges tájékoztató munka:**

• **Szakmai tájékoztatás**

A programok megvalósítására életre hívott szakmai csapat fogalmazza meg a „beküldő” (részvételt javasoló) szakemberek felé az információt és kéréseit, illetve kéri támogatásukat javaslataikat. (ez rendszeres megbeszéléseken, vagy internetes kommunikációvak történhet).

• **Lakossági tájékoztatás**

Ez a kialakult szakmai csapat, a programvezetők fogalmazzák meg a lakosság felé is üzenetként a lehetőséget, amit tervezett munkájukban felajánlanak az érintetteknek.



(Ehhez kell partnereket keresni társszervezetektől, civil szervezetektől, akik ebben közreműködni tudnak)

Összefoglalva tehát a megvalósítók közötti kapcsolatrendszere a következőképpen épül fel:

1. Legelőször a szakmai csapat életre hívását kell megoldani, kiválasztani a programvezetőt és a program szakértőjét (erre vállalkozó orvost), akik a program részletes kidolgozását, szakmai felügyeletét, támogatását és a program lebonyolítását vállalják.

Feladatuk: Vállalniuk kell, hogy a program megvalósítása során rendszeres kapcsolatot tartanak egymással, valamint a programban szereplő másik két teammel is, amit a szervezett szakmai megbeszélések biztosítanak, a program során négy alkalommal. Ezen megbeszélések során közvetítik és megbeszélik a felmerülő problémákat, megfogalmazzák a lakosság és a szakma felé üzeneteiket.

2. A fent megnevezett szakmai team javaslatait a szakma felé közvetíteni kell, részvételüket segítségüket és szakmai véleményüket kérve.

Ez kétféleképpen lehetséges:

- erre a célra összehívott szakmai megbeszéléseken
- valamint telekommunikációs eszközökön keresztül.

Tekintettel arra, hogy az egészségügyi ellátás szereplőinek más és más a feladatuk az ellátásban, természetes, hogy az egészséges életmódot elősegítő tevékenységeik és más-más jelleget kapnak, más intenzitással. Az ellátó orvosok szakmai és tanácsadó jellege az erős, míg például a védőnő vagy a szakápoló közvetlenebb, egyéni beszélgetésekre épülő módon kap nagyobb szerepet a prevencióban.

Úgy látjuk, hogy a rendszeres kapcsolat kiépítésének a kulcsszereplői lehetnek a prevenciós munkában. Erre alapozva választható ki azok az egészségőrök, akik az új központhoz kapcsoltnak végezhetik egészségfejlesztési munkájukat, a tervezett egészségőrök szerepének ők lehetnek az úttörői.



A szakmai kapcsolatrendszer kiépítése biztosíthatja a program fenntarthatóságát, hiszen ezzel lehetőség nyílik arra, hogy jelen pályázat megalapozza azt a koncepciót, amit a város teljes körű prevenciós szolgáltatásainak a kialakítását lehetővé teszi.

3. A társ intézmények és a lakosság felé való üzenetek közvetítése

Igen nagy jelentőséggel bír, hogy az előzőekben biztosított tevékenységekhez kellő mértékben nyerjük meg a társszakmák képviselőit, valamint biztosítsuk a lakosság felé a prevenciós szolgáltatásokon való részvételi lehetőségről, annak szakmai tartalmáról

Ezért a rendszeres tájékoztatás mellett, nyitó és értékelő rendezvény megtartása is kívánatos.

VISSZACSATOLÁS

12. MONITORING

Az egészségfejlesztés egy olyan folyamat, melyben a szereplők részvétele, visszajelzései alapján folyamatosan fejlődnek, változnak/változhatnak a konkrét tevékenységek, programok, azok szervezési szempontjai, megvalósítási körülményei módjai. Az előzetes terveket a tapasztalatok, eredmények tükrében és a változó feltételeknek, körülményeknek megfelelően folyamatosan felül kell vizsgálni. A felülvizsgálat és korrekció csak akkor tud javítani, ha megfelelő adatokra, tényekre, megfigyelésekre épül, ez biztosíthatja, hogy a lehetőségekhez és szükségletekhez való közelítése folyamatosan javuljon.

Az értékelésnek két fő célja van tehát: az egyik a tanulás, fejlesztés, a másik az igazolás.

Az értékelés eredményeinek feldolgozása fontos tanulási tapasztalatot eredményez, melyek egy része rögtön alkalmazható beavatkozások során, míg másik része jövőbeni felhasználási lehetőséget jelent – legközelebb mit kell máshogy csinálni. Tanulás szempontjából nagy jelentősége lehet a formálisan elvégzett értékelések eredményeinek megosztásában, általános érvényű tanulságok publikálásával, mely más szereplőknek is segítséget jelenthet hasonló tevékenységeik tervezésében, megvalósításában.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A hatékonyságmérésnek alapvetően kettős célt kíván teljesíteni:

- a TAMOP 6.1.2 pályázati program megvalósításának nyomon követését, eredményeinek mérési és értékelési rendszerét adja meg
- tágabb értelmezésben pedig az a célja, hogy a pályázót segítse a pályázat megvalósításával együtt elkezdett, és a jövőben folytatni kívánt egészségfejlesztési tevékenységeinek, egészségfejlesztési stratégiájának nyomon követésében, értékelésében.

13. A PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSI TERÜLETE

A programok ciklikus működésének biztosítása szempontjából az értékelést az alábbi szempontok szerint végezzük:

- A program célkitűzései mennyire valósulnak meg (szakmai visszajelzések, a program résztvevőinek elégedettsége és tudásszintjének változása)
- A problémák megoldás mennyire történt meg.
- Milyen volt a program kommunikációja (információáramlás – belső és külső, visszajelzések)
- A program milyen partnerségi viszonyban valósult meg.
- Megfelelő volt-e a programdokumentációja.
- A program szervezeti és működési területei megfelelőek voltak-e (működési jellemzők, finanszírozási kérdések megoldása, határai)
- A program a fenntarthatóság szempontjából mennyire releváns (tudják-e folytatni a programot az első ciklus befejezése után és milyen módon, milyen feltételekkel)

14. ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK

Az alkalmazott indikátorok meghatározása két szempont alapján történik:

- globálisan, az egészségterv eredményességének mérésére

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



Egészségfejlesztési programok Mezőcsáti Egészségügyi Központban – „A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében meghirdetett „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok”
TÁMOP-6.1.2/A/09/1-2010-1053

-
- az egészségtervben megvalósuló programoknak megfelelően.

A két indikátor csoport szorosan összefügg, azaz a programok megvalósításánál használt fő indikátorok egy része alkalmazható kell, hogy legyen az egészségtervben szereplő átfogó célok ellenőrzésére.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



elérendő cél	tervezett tevékenység	várt eredmény/változás	mérőeszköz, mérés	mérésbe vontak köre	elvárt célérték
A célcsoportba tartozók egészségügyi mutatóinak javulása Betegség miatt kieső munkanapok, illetve iskolai hiányzások számának csökkenése, az ebből adódó gazdasági károk mérséklődése A dohányosok számának csökkenése Krónikus betegségben szenvedő betegek életminőségének javulása Egészségtudatos életmódot népszerűsítő aktivitás erősödése	Az egészségfejlesztéshez szükséges eszközök beszerzése (demonstrációs és oktató eszközök)	- a célcsoport aktivizálása, a programokon való aktív részvétel - egészségmagatartás pozitív irányú elmozdulása	- jelenléti ív alapján a résztvevők regisztrálása - egészségmagatartási bemeneti és kimeneti kérdőív - kérdőíves elégedettség mérés	programokon résztvevők	- összesen 100 fő részvétele - 75 %-os elégedettségi eredményesség (eredményességi kritérium: foglalkozásokon rendszeresen résztvevők 75 %-a elégedett) - 75 %-os egészségmagatartási eredményesség (eredményességi kritérium: foglalkozásokon rendszeresen résztvevők 75 %-nál az egészségmagatartási be- és kimeneti kérdőívek alapján pozitív irányú elmozdulás)
	Újszülött gondozási program (táplálkozási tanácsadás, gondozási tanácsadás)	- a célcsoport aktivizálása, a programokon való aktív részvétel - egészségmagatartás pozitív irányú elmozdulása	- jelenléti ív alapján a résztvevők regisztrálása - egészségmagatartási bemeneti és kimeneti kérdőív - kérdőíves elégedettség mérés	programokon résztvevők	- összesen 100 fő részvétele - 75 %-os elégedettségi eredményesség (eredményességi kritérium: foglalkozásokon rendszeresen résztvevők 75 %-a elégedett) - 75 %-os egészségmagatartási eredményesség (eredményességi kritérium: foglalkozásokon rendszeresen résztvevők 75 %-nál az egészségmagatartási be- és kimeneti kérdőívek alapján pozitív irányú elmozdulás)
	Asztmás és COPD-s betegek klubja				
	Dohányzásról leszoktató program				
	Fogápolási program				
	Családi egészségnap				

A hatékonyság mérés cél és eszköz rendszere (TÁMOP 6.1.2 pályázat kötelező indikátorai vastagon kiemelve)

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



KOMMUNIKÁCIÓ, EGÉSZSÉGGOMMUNIKÁCIÓ

Az eredményes és hatékony munkához elengedhetetlen a folyamatos kommunikáció, ezért a stratégia fontos elemeként kell kezelnünk.

A tudatosan tervezett és végzett kommunikációhoz:

- ismernünk kell azokat a szereplőket, akikkel „kommunikálnunk” kell,
- össze kell gyűjtenünk a rendelkezésünkre álló kommunikációs eszközöket, lehetőségeket,
- meg kell határoznunk a különböző célcsoportokkal végzett kommunikáció jellegét, gyakoriságát,
- tudnunk kell a kommunikáció tartalmát, célját.

Az egészséggel kapcsolatos ismeretekben, attitűdökben és viselkedésben kialakuló változások elősegíthetők, ha az emberek jó véleménnyel vannak magukról. Ezért fontos, hogy az egészségre káros magatartások következményei morális megítélés nélkül kerüljenek megbeszélésre. Az elfogadás azt jelenti, hogy a program vezetője tudja, hogy a résztvevőknek eltérőek lehetnek a nézeteik, ismereteik, meggyőződéseik, és ezekkel a különbségekkel tisztában kell lenni, és tiszteletben kell tartani. A függetlenség a résztvevők támogatása abban, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert az egészségük felett. A célcsoporttól és kommunikáció tartalmától függően változik, módosul a kommunikáció gyakorisága, az alkalmazott eszközök összetétele, illetve a kommunikációt végző személyek.

A tudatos egészség-kommunikációnk hozzájárul:

- tevékenységeink és programjaink átláthatóságához, nyitottságának megteremtéséhez,
- a bizalom kialakításához mind a fenntartók, mind a támogatók, mind a célcsoportok körében,
- bizalomra, nyíltságra épülő partneri viszony kialakulása, ami segíti a program valamennyi szereplőjének együttműködését az egészségfejlesztési célok megvalósítása érdekében,
- kötelező tevékenységeink feladataink megvalósításához,



- a célcsoportok motiválásához, a résztvevői létszám növekedéséhez,
- intézményünk, tevékenységeink, programjaink ismertségének növeléséhez
- az egészséggel, egészségmagatartással kapcsolatos információk, tudás bővítéséhez,
- szélesebb szakmai, együttműködő kapcsolatok kialakításához,
- a fenntarthatóság további lehetőségeinek megtalálásához, támogatók megnyeréséhez,
- intézményünk belső kapcsolatrendszerének a fejlődéséhez.

Az egészségnevelési, egészségfejlesztési beavatkozások hatékonyságát nagymértékben javítja, ha azokban valamennyi érdekelt fél részt vesz a tervezéstől a megvalósításon keresztül az értékelésig, újratervezésig, és ez a folyamat irányított, szervezett. Az irányított megvalósítást nem egy-egy személy, hanem egy csapat képes megfelelően végezni.

A programok fenntarthatóságához szükséges:

- az intézmény, azon belül az éves cselekvési tervhez kapcsolódó egészségfejlesztési tevékenység folyamatos összehangolása, tervezése, koordinálása, ellenőrzése, mérése, értékelése,
- az eredmények kommunikálása, illetve a folyamatos visszajelzések, igények gyűjtése az intézményvezető, a célcsoportok, foglalkozásvezetők, helyi szervezetek, szakemberek, fenntartó, és forrás-biztosító felé.



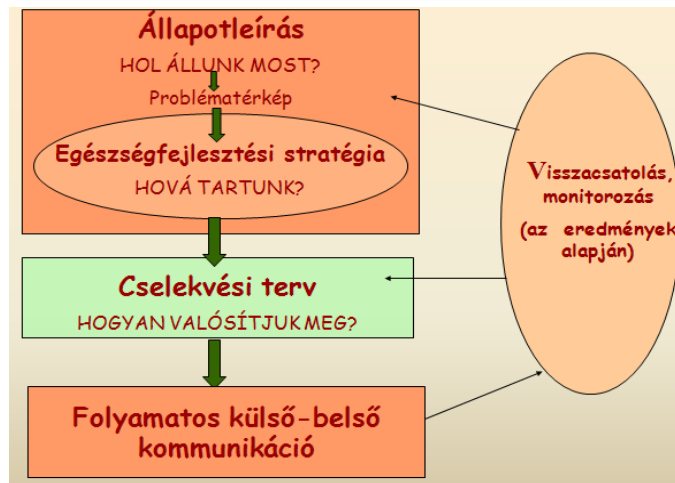
MELLÉKLETEK

1.SZ. MELLÉKLET – AZ EGÉSZSÉGTERVEK ÁLTALÁNOS FELÉPÍTÉSE

Egészségterv

Az adott szintér állapotleírásából kiinduló, a szintéren lévő emberek életminőségének, egészségének javítását szolgáló, az adott közösség aktív részvételével kidolgozott hosszú távú (legalább öt évet átfogó) stratégiai terv és az ebből következő problémamegoldás-orientált rövid távú, évente értékelt és felújított cselekvési program, amely tartalma és a közösség tagjainak aktív részvétele szempontjából fenntartható. (Forrás: TÁMOP-6.1.2.KMR Pályázati Útmutató F6. Egyéb, kiírás specifikus fogalmak)

Az egészségtervek statikus elemei (Forrás: OEFI: Fejleszthető egészség - Módszertani útmutató egészségtervekhez, 2009)



Az egészségterv folyamat-jellegű, megvalósításának lépései:

1. Állapotleírás (kiinduló helyzet felmérése)
2. Problématérképet elkészítése (mik a legkritikusabb pontok?)
3. Egészségfejlesztési stratégia kialakítása a fenti eredmények alapján
4. Éves cselekvési terv kidolgozása, programok megvalósítása
5. Az egészségterv folyamatos külső-belső kommunikációja

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



6. Folyamatos értékelés, monitorozás és visszacsatolás a program során

1. Kiinduló helyzet felmérése az állapotleírásból (kapunk belőle egy egészségképet)

Az **állapotleírás** az adott szintéren lévő adott pillanatnyi állapotot rögzíti, az így nyert adatokból jól felrajzolható képet kapunk a célcsoportok egészségi állapotáról, egészségesélyéről és a felmerült megoldandó problémákról. Elkészítésekor számba vehető, hogy melyek a rendelkezésre álló eszközök, lehetőségek az egészségközpontúbb működéshez, továbbá mely területek fejleszthetőek tovább, hiszen ennek szerves része a tények, statisztikák leírása és elemzése a legfontosabb jellemzők mentén, majd ennek segítségével felállítható a problémák rangsora és kijelölhetőek a prioritások. Ezt követően számba vehetjük azt, hogy kik azok a szereplők a szintéren, akikre számítani lehet a közös cselekvés kapcsán, illetve kik tudnak ténylegesen részt venni a megvalósítási folyamatban.

Az állapotleírás főbb tartalmi elemei:

- ❖ A célcsoportok demográfiai jellemzése
- ❖ A természetes és épített környezet állapotának jellemzése
- ❖ Az infrastrukturális helyzet jellemzése
- ❖ A célcsoportok egészségi állapotának jellemzése
- ❖ A célcsoportok életmódjának jellemzése
- ❖ Társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése

2. Problématérkép

A probléma jelen idejű, negatív állapotot fejez ki. Tényeken és nem feltételezéseken alapul, minőségi és mennyiségi jelzőkkel pontosított. A probléma megfogalmazást jól el kell különíteni a probléma megoldását célzó tervektől. Amennyiben a problémák megfogalmazása körültekintően megtörtént, akkor érdemes mindegyiknek külön „címet” adni, így az átfedések, ismétlések elkerülhetőek. A problémák elemzésekor két tényezőt érdemes megvizsgálni, az egyik a probléma megoldásához szükséges erőforrás mértéke. Erőforrás alatt értve a tudást, az emberi erőforrást és természetesen a pénzügyi erőforrást is. Ilyenkor el kell dönteni azt, hogy a probléma megoldásához saját meglévő forrásainkon túlmenően mekkora és milyen típusú külső erőforrásra van szükségünk. A másik szempont, hogy kompetensek vagyunk-e a probléma kezelésére, azaz helyi lehetőségeinkhez képest ez a probléma könnyen, vagy nehezen kezelhető.



Ilyen módon lesznek olyan problémák, amelyek kis forrásúak és helyben kezelhetők, lesznek nagy forrásigényűek és helyben kezelhetők, általában erre szolgálnak a pályázati források.

3. Egészségfejlesztési stratégia (az egészségterv egyik alkotóeleme)

Több évre szól, s lefektet értékeket, meghatározza azokat a közép- és hosszú távú célokat, amelyek érdekében tevékenykedik az adott szintér közössége. A stratégiának a helyzet bemutatásra és a problémaelemzésre, egészségképre kell épülnie, a programoknak pedig a stratégia irányelveivel kell koherensnek lenniük. (Forrás: TÁMOP-6.1.2.KMR Pályázati Útmutató F6. Egyéb, kiírás specifikus fogalmak)



4. Cselekvési terv kidolgozása, programok megvalósítása

Cselekvési terv (az egészségterv egyik alkotóeleme)

A cselekvési terv, a szintér közösségének éves, az általános jól létük érdekében tervezett cselekvéseit tartalmazó felsorolás, melyben a források és felelősök, az időpont és helyszín egyértelműen megtervezett. A majdani értékelést segítve a várható eredmények számszerű mutatóit tartalmazza. A szintér közössége által elfogadott éves cselekvési terv, melynek megvalósításában – megvalósulásában a közösség aktív szerepet és felelősséget vállal

a **Cselekvési Program** (Forrás: TÁMOP-6.1.2. Pályázati Útmutató F6. Egyéb, kiírás specifikus fogalmak)

A cselekvési tervnek a következő kérdésekre mindenképpen választ kell adnia:

- az állapotleírás tényeire épül **(MIÉRT?)**
- definiálja a célcsoportot **(KINEK?)**
- a célcsoport igényei alapján pontosan megfogalmazza a feladatokat **(MIT?)**
- kijelöli a feladat-megvalósítás módszerét, eszközeit **(HOGYAN?)**
- kijelöli a felelősöket **(KIVEL?)**
- ütemezi a tevékenységeket időben-térben (határidők, helyszín) **(MIKOR? HOL?)**
- feltárja a pénzügyi forrásokat (saját és külső forrás), megvizsgálja a fenntarthatóság kérdését **(MIBŐL?)**
- az elvégzett tevékenység monitorozására is részletesen kitér **(MI VÁLTOZZON?)**

5. Az egészségterv folyamatos külső-belső kommunikációja

Ahhoz, hogy egy egészségterv valóban hatékonyan működjön, szükség van az egészségterv folyamatos külső-belső kommunikálására.

Kommunikáció a szintéren belül: A kommunikációs fázis legfőbb célja, hogy az egészségtervben megfogalmazottakat részletesen megismerhessék a közvetlen érintettek, és ezzel együtt – a folyamatos kommunikáció hatására - megváltoztassuk az egyéni motivációkat, kiszélesítsük a választható magatartásmodelleket. **Kommunikáció kifelé:** A szintér egészségterv elkészítése és gyakorlati megvalósulása példaértékű lehet más hasonló vagy különböző intézmények, szervezetek számára is. A kezdeményezés bemutatásával az érintett intézmény nagymértékben javíthatja saját arculatát.

6. Folyamatos értékelés, monitorozás és visszacsatolás a program során

Ennek célja, hogy ellenőrizzük, hogy az erőforrások oda kerültek-e ahová szántuk, szükség van-e módosításokra, erőforrás-átcsoportosításra. Visszajelzéseket kapunk, hogy céljainkat elértük e, megvalósulásukban milyen úton haladunk. A számszerű eredmények segítségével képesek leszünk a visszacsatolásra és a szükséges beavatkozási pontokon a módosításra.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.





Nemzeti Fejlesztési Ügynökség

ÚMFT infovonal: 06 40 638 638

nfu@nfu.gov.hu • www.nfu.hu

Egészségfejlesztési programok Mezőcsáti Egészségügyi Központban – „A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében meghirdetett „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok”
TÁMOP-6.1.2/A/09/1-2010-1053

Pályázaton nyert tervek megvalósításánál az értékelés, monitorozás, visszacsatolás módját mindig érdemes a pályázati kiírás követelményrendszeréhez igazítani, azzal szinkronba hozni.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



2. SZ MELLÉKLET: FELHASZNÁLT DOKUMENTUMOK ÉS SZAKIRODALOM:

1. Kopp Mária-Kovács M.E.: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón./Simmelweis.2006/
2. Ádány Róza: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. / Medicina.2003./
3. Módszertani Útmutató – a TÁMOP pályázat elkészítéséhez -2009
4. OEFI. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek . / 2004.- 2009 / www.oefi.hu
 - Az egészségfejlesztés alapelvei
 - Korszerű törekvések az egészségfejlesztésben
 - Egészségfejlesztés régiókban és településeken
 - Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken
 - Kutatás – monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben
5. Községi Egészségtervek .- Módszertani útmutató – Soros Alapítvány 1998
6. De Blasio Antonio:Az Európai Unió egészség stratégiája és az „Egészség Minden Szinten” program./ NETT. 2008./
7. Dr. Füzesi Zsuzsanna, Szőke Katalin, Dr. Tistyán László: Egészségmegőrzés a közösségekben
8. Kiss Judit: Adatok és adatforrások a települési egészségtervek állapotleírásának elkészítéséhez
9. Mezőcsát Kistérség Esélyegyenlőségi Helyzetelemzése és intézkedési terve 2010-2015 (2010.)
10. „Mezőcsát Városkapu” Akcióterületi Terv (2009)
11. Mezőcsáti Kistérségi tervdokumentum – Komplex felzárkóztató program (ÁROP-1.1.5/B) (2009)
12. Mezőcsát helyi közösség vizsgálata (2007)
13. TIOP 2.1.2 járóbeteg szakellátás fejlesztési pályázat megvalósíthatósági tanulmánya (2007)
14. REMEK adatbázis (<https://teir.vati.hu>)

