

Új utakon a hazai egészségtervezés

Hungarian Community Health Planning on New Ways

Szerző: Túri Gergő ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Beküldve: 2019. 05. 22.
doi: 10.24365/ef.v60i3.470

Összefoglaló: Adott közösség egészségét megfelelően tervezett és előkészített komplex népegészségügyi programokkal lehet hatékonyan fejleszteni. A járási egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikus folyamat. A tervezés kezdő ciklusában szükséges kialakítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló járási Egészségtervezési Egyeztető Testületet (továbbiakban: Egyeztető Testület). Az első lépés a helyzetértékelés, mely során a tervezés feltételeinek és körülményeinek értékelése, valamint a primer és szekunder adatgyűjtés valósul meg. A második lépés a közösség problémáinak azonosítása, a probléma-beavatkozás párok értékelése és rangsorolása, valamint a helyzetkép elkészítése, amit az Egyeztető Testület véleményez. A harmadik lépés a lehetőségek mérlegelése és a beavatkozások kiválasztása. E lépést, valamint az Egyeztető Testület véleményezését követően kell elkészíteni a cselekvési tervet, a negyedik lépésben. Az ötödik lépés a cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások megvalósítása. A hatodik lépés a monitorozás, melynek eredményeit az első ciklus cselekvési tervének – az előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez szükséges felhasználni. A közösség tagjainak és képviselőinek bevonása a tervezés minden lépésénél kulcsfontosságú.
Kulcsszavak: közösségi egészségtervezés; szükségletértékelés; priorizálás

Summary: Community health planning is a cyclic procedure which consists of six steps. At the beginning, as a part of the first cycle, a Community Health Managing Office (CHMO) and a Health Planning Community Board (representing all stakeholders in health and non-health sector) is established. In the first step of each cycle, the circumstances of planning is evaluated and the collection and analysis of primary and secondary data is performed by the CHMO. In the next step, health problems identified by the situation analysis are listed and ranked in the Community Health Report. After this stage, in the third step, the possible interventions confirmed to be effective are selected. Using these interventions the Action Plan is developed and is presented to the Health Planning Community Board. Based on the Board's opinion, the Action Plan is finalized and then implemented by the organizations and individuals of the community. Their activity is coordinated by the CHMO. The sixth step is the monitoring of the planning and the implementation. The findings of the monitoring can be used to modify the actions due to unpredictable events and to perform the situation analysis in the cycle. Community members and their representatives are necessary to be involved in each step of community health planning.

Keywords: community health planning; needs assessment; prioritisation

BEVEZETÉS

A módszertanfejlesztés háttere

Hazánkban közel három évtizede készülnek egészségtervek különböző célokkal és módszertanokkal. 2015-ben az Európai Unió támogatásával lehetőség nyílt arra, hogy a hazai és nemzetközi tapasztalatok értékelése alapján új, továbbfejlesztett egészségtervezési módszertani kézikönyv jöjjön létre. Jelen tanulmányban ismertetett járási egészségtervezés módszertana a TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 azonosító számú, „Szerkezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című kiemelt projekt keretén belül, a Populációs egészségtervezés munkacsoportban dolgozó népegészségügyi szakértők által kidolgozott és jóváhagyott dokumentum. A széleskörű együttműködésben írt, konszenzussal elfogadott módszertan fejlesztésébe a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Budapesti Corvinus Egyetem népegészségügyi szakembereit, továbbá az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakértőit vonták be. A módszertant a projekt keretein belül 20 járásban tesztelték, járásonként egy-egy munkacsoport létrehozásával, valamint az egészségtervek készítéséért és koordinálásáért felelős szakemberek képzésével és módszertani támogatásával.

A fejlesztés során elérni kívánt célok

A fejlesztés átfogó célja az volt, hogy a közösségek bevonásával és interszektorális együttműködéssel elkészített egészségtervek megvalósítása révén jelentősen javuljon a közösségek egészségi állapota, életminősége és munkavégző képessége. Célként fogalmazódott meg továbbá, hogy a járási egészségtervek beépüljenek a helyi tervezési és döntéshozatali folyamatokba, beleértve a gazdasági, oktatási, szociális, épített és természetes környezettel kapcsolatos döntéseket is. Mivel az interszektorális cselekvési program tervezésébe és megvalósításába a közösség tagjait vonják be, az egyéneknek és

közösségeknek lehetősége nyílik saját életminőségük és az egészségük javításában való részvételre. A módszertanfejlesztés mellett cél volt továbbá, hogy kiépüljön a járási egészségtervezést és annak megvalósítását támogató és koordináló – térségi központokból és országos módszertani központból álló – intézményrendszer. Fontos célkitűzés volt annak a szemléletnek a megerősítése a közösségi döntéshozók körében, hogy az egészségtervezésnek nem az egészségterv elkészítése a célja, hanem annak megvalósítása révén a közösség egészségének javítása.

Módszertani alapelvek

A módszertant fejlesztő szakértői csoport első lépésben a fogalmi keretek tisztázását, konszenzuson alapuló definíciók meghatározását tűzte ki célul. A legélénkebb szakmai vita a közösség fogalmának értelmezése körül alakult ki, két eltérő – az alábbiakban részletezett – elméleti megközelítéssel. Az eltérő nézőpontok magyarázatot adhatnak arra, hogy az elmúlt évtizedekben miért alakultak hazánkban különböző, egészségtervezéssel kapcsolatos módszertani iskolák. A fogalmi rendszer véglegesítését követően a szakértői csoport megfogalmazta a módszertan elméleti hátterét képező, az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszermodelljét, valamint a beavatkozási célterületeket és a kiemelt tervezési szempontokat.

A közösség fogalmának lehetséges megközelítései

I. Megközelítés

A közösség fogalmát a lokalitáson és a funkcionálitáson keresztül lehet értelmezni. A közösség a lokalitáson keresztül egyszerre jelenti az emberek együttműködését, összetartozását és helyhez kötöttségét.¹ A közösség továbbá olyan funkcionális társadalmi alakzat, amely tagjai számára közvetlenül elősegíti a szocializációt, a társadalmi részvételt, a társadalmi kontrollt, gazdasági boldogulást és a tagok közötti kölcsönös támogatást.² E megközelítés szerint a közösséget olyan emberek kis létszámú csoportja alkotja, akik jól körülhatárolható térben együtt léteznek, amihez kötődnek is, önszerveződésük, véleménynyilvánításuk által pedig közvetlenül

befolyással vannak saját életükre. A tervezés és megvalósítás folyamatában a közösség valamennyi tagja részt vesz – együttműködve különböző területek szakértőivel. E megközelítés szerint a közösségi egészségtervezés kistélepülési szinten alkalmazható leginkább.

II. Megközelítés

A közösség fogalma különböző szempontokból igen változatosnak tekinthető. Hankiss Elemér a közösség két típusát (közvetlen és eszmei) különbözteti meg.³ A közvetlen közösség tagjai egymást személyesen ismerik, és a tagok jól körülhatárolt fizikai térben léteznek együtt. Közvetlen közösségként említhető például egy munkahelyi vagy baráti társaság, egy lakóhelyhez kötött egyesület. Az eszmei közösség tagjait elsődlegesen a közös elvek, célok és értékek kötik össze, a közösséget összekovacsoló erő nem a közös térből és a személyes kapcsolatokból, hanem az összetartozás tudatából fakad.⁴ Eszmei közösségként említhetők a különböző filozófiai, vallási, politikai mozgalmak közösségei, vagy a különböző foglalkozásokhoz, szabadidős tevékenységek köré szerveződő közösségek.

Vitányi Iván elméletében elsőfokú, másodfokú és harmadfokú közösséget különböztet meg.⁵ Az elsőfokú közösség zárt, szűk körű és homogén rendszert alkot, amelyben az egyén identitása egyértelmű és kötött, nem rendelkezik autonómiával.⁴ Az egyén minden cselekedetével a közösség értékeit képviseli és kapcsolódik hozzá, és a közösséggel egy egységnek tekinti magát. Elsőfokú közösségnek számít például a család. A másodfokú közösség olyan inhomogén rendszert alkot, amiben a résztvevők a személyiségük csak egy részével vesznek részt, és a személyiségek autonómiájával (vagyis azáltal, hogy az egyének pl. vallási, politikai meggyőződés alapján) választhatják meg azt, hogy mely közösséghez vagy közösségekhez tartoznak. A másodfokú közösség térbeli kiterjedése és tagjainak száma jelentősen magasabb lehet az elsőfokú közösséghez képest. A harmadfokú közösségre a hálózatiság jellemző, amiben az egyén teljes körű autonómiával rendelkezik, az egyének pedig közösnek tartott

értékek alapján tudatosan rendeződnek közösségekbe. A harmadfokú közösséget nevezhetjük hálózati, más néven virtuális közösségnek is. E megközelítés szerint közösségnek tekinthető egy néhány főből álló szomszédság, egy etnikai, kulturális, vallási csoport, egy város, járás, megye vagy ország lakossága is, hiszen számos körülmény, közös történet ezen emberek csoportját közösségbe „kényszeríti”. A „közösségi” jelző ilyenformán minden olyan tevékenység, ami a közösségre vonatkozik, nem pedig csak az, amit a közösség maga végez.

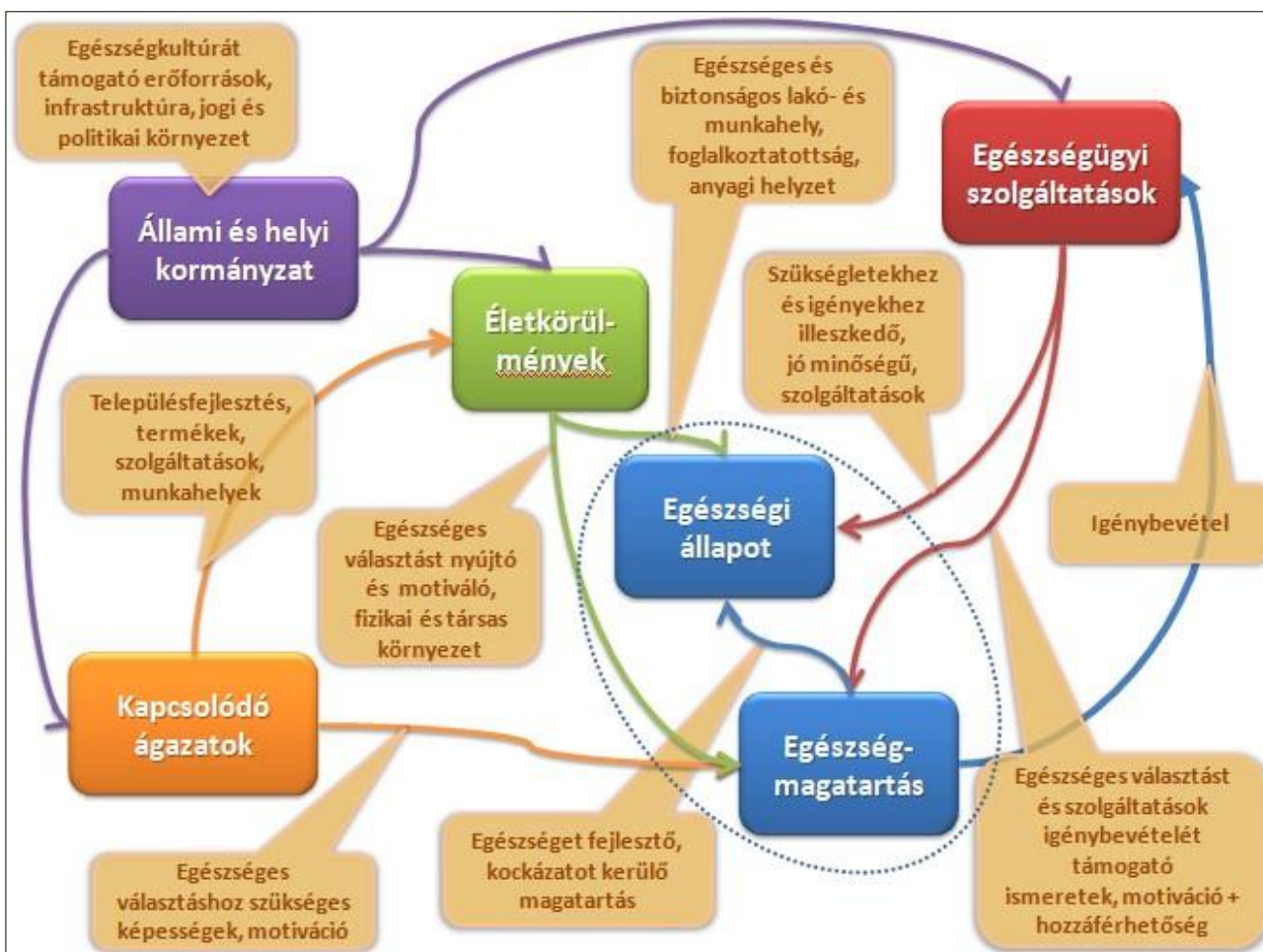
III. Az előzőek alapján kialakított és a járási egészségtervezés során alkalmazandó megközelítés

A járási egészségtervezés során a közösség szűkebb lokalitáshoz kapcsolódó fogalmát ki kell terjeszteni a járások több tízezer, olykor százezer fős közigazgatási területére, ahol ténylegesen összetartozó (egymással folyamatosan interakcióban lévő) közösségről nem beszélhetünk. A közösségnek ez a szervezési szintje az egészségügyi szolgáltatókat, a helyi önkormányzatokat, a járásban működő szociális, oktatási, gazdasági és civil szereplőket is tartalmazza, amelyeket a járási egészségtervet készítőknél van be a közösség (azaz a lakosság) egészségének javítását célzó interszektorális programokba és fejlesztésekbe. Az egészségtervezés – a közösség fogalmához hasonlóan – járási szinten is értelmezhető a járásban élő emberek közösségtudata és a járásban működő közszolgáltatások, államigazgatási rendszer által egyaránt.

Mindezek alapján a munkacsoport az alábbiak szerint definiálta a járási egészségtervezést: a járási egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek, valamint a külső hatások és a kapcsolódó ágazatok szolgáltatásainak figyelembevételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, interszektorális cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében. A járási egészségterv része a helyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése, fejlesztési szükségleteinek meghatározása, továbbá a népegészségügyi szolgáltatások tervezése.

Az egészséget befolyásoló tényezők rendszermodellje

1. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők



Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

Az egészségi állapotot közvetlenül az egészségmagatartás, az életkörülmények és az egészségügyi szolgáltatások befolyásolják, míg az egészségi állapotra közvetve hatást gyakorol az állami és helyi kormányzat és gazdaság, valamint a kapcsolódó ágazatok is. Az egészségtervezés során ezért valamennyi tényezőt és azok hatásait is figyelembe kell venni.

Beavatkozási célterületek

A projekt prioritásainak figyelembevételével négy fő beavatkozási célterületet fogalmazott meg a szakértői munkacsoport: az egészséges választás és egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; az egészséges életmódhoz szükséges

ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

Kiemelt tervezési szempontok

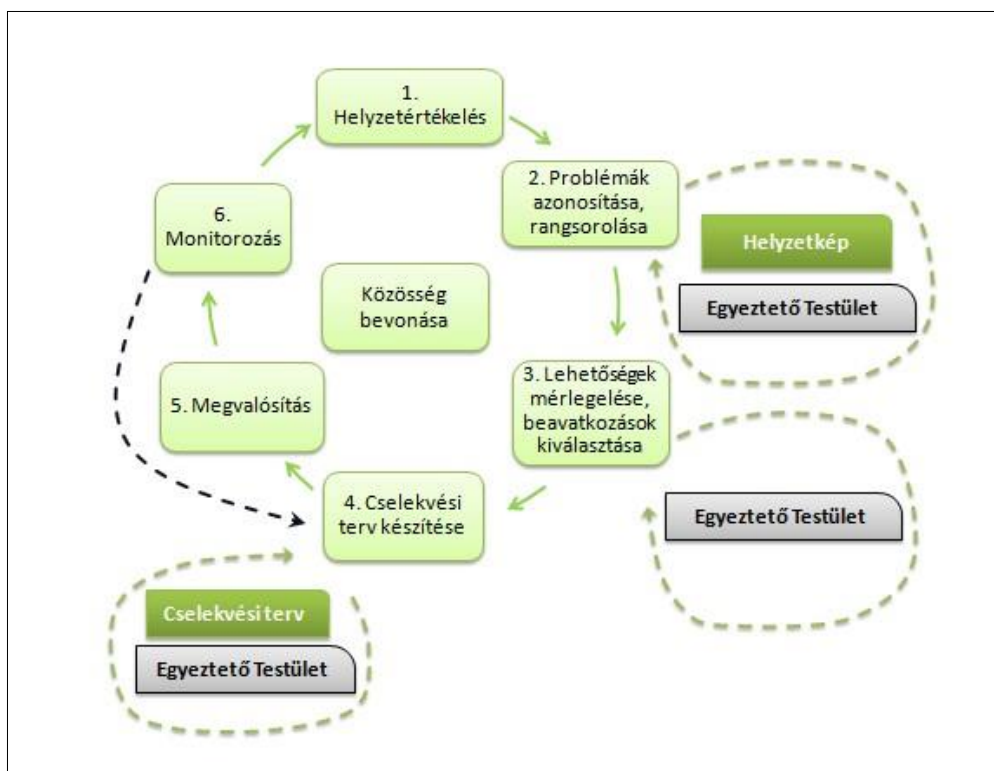
A szakértői munkacsoport négy kiemelt tervezési szempontot állapított meg, melyek figyelembevételét javasolja az egészségtervezés során: a népegészségügyi jelentőségű problémákra való reagálás, az egyenlőtlenségek mérséklése, a költség-hatékonyság szem előtt tartása, és a hosszú távú szemlélet alkalmazása.

A Globális Betegségteher Vizsgálat 2010-es adatai alapján a potenciálisan legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő egészségmagatartási területek Magyarországon az egészséges táplálkozás, a dohányfüstmentes élet, a fizikailag és mentálisan aktív életmód, a szellemileg kiegyensúlyozott életmód, az alkohollal és kábítószerrel való visszaélés megelőzése, a szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség, valamint a sérülésektől, erőszaktól mentes élet.⁶ A beavatkozások kiválasztása során fontos azon demográfiai csoportoknak a definiálása, amelyekre a programok irányulnak. A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, mint pl. a romák, hajléktalanok, az e körbe tartozó várandós anyák, szegények, fogyatékkal élők, sajátos nevelési igényű gyermekek szempontjait is figyelembe kell venni. Olyan beavatkozások megvalósítása javasolt, amelyekkel egységnyi egészségnyereséget (pl. megmentett élet, életminőséggel korrigált életév [QALY]) elfogadható többletköltséggel lehet előállítani. Rövid távon a veszteségeket kell csökkenteni, de hosszú távon is fenn kell tartani azokat az intézkedéseket, amelyek a jelentős veszteségektől (mint pl. a fertőző megbetegedések) óvnak.

A járási egészségtervezés és megvalósításának lépései

A járási egészségtervezés hat lépésből álló, ciklikusan ismétlődő folyamat. A tervezés kezdő ciklusában kell kialakítani a tervezési munkacsoportot, amelynek szakértőit az országos központ előzetesen felkészíti az egészségterv készítésére és megvalósítására. A tervezési munkacsoportnak kell felállítani az egészségügyi és nem egészségügyi szervezetek képviselőiből álló járási Egészségtervezési Egyeztető Testületet. A járási egészségtervezés első lépése a helyzetértékelés, melynek során a tervezés feltételeinek, körülményeinek értékelése, az adatgyűjtés, valamint a járás egészségi állapotát befolyásoló tényezők feltérképezése és elemzése valósul meg. A második lépés a járás egészségproblémáinak azonosítása, és probléma-beavatkozás párok rangsorolása, valamint az első két lépés eredményeit összefoglaló helyzetkép elkészítése, amelyet az Egyeztető Testület véleményez.

2. ábra: A járási egészségtervezés és megvalósítás lépései



Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

A harmadik lépés egyrészt a lehetőségek mérlegelése a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezésével és a probléma-beavatkozás rangsor értékelésével, másrészt a beavatkozások kiválasztása az Egyeztető Testület bevonásával. Ezt követően, a negyedik lépésben kell elkészíteni a cselekvési tervet, amelyet az Egyeztető Testület ugyancsak véleményez. Az ötödik lépés a cselekvési tervben megfogalmazott beavatkozások koordinált megvalósítása. A hatodik lépés a monitorozás, amelynek eredményeit az adott ciklus cselekvési tervének – előre nem látható események miatti – esetleges módosításához, valamint a következő ciklus helyzetértékeléséhez lehet felhasználni. A tervezés minden lépésénél fontos bevonnani az Egyeztető Testület tagjait, és a járásban működő, egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek képviselőit.

1. Helyzetértékelés

A helyzetértékelés megalapozását szolgáló első feladat a közösség életfeltételeit befolyásoló társadalmi, gazdasági és kulturális hatások értékelése. Ez az egészségtervet készítő tervezési munkacsoport erősségeinek és gyengeségeinek, valamint a közösség életét befolyásoló lehetőségek és kockázatok elemzésével valósulhat meg SWOT analízis készítésével. A helyzetértékelés következő lépése során a tervet készítő munkacsoport adatokat, információkat gyűjt és elemez a közösség egészségi állapotáról és az azt befolyásoló tényezőkről. Az adatgyűjtés célja egyrészt a szükségleteket azonosító, indikátoralapú, azaz indikátorok elemzése alapján (pl. halálozási adatok, DALY) meghatározott problémalista elkészítése. Az adatgyűjtés célja másrészt a közösség igényeit feltérképező, vélt problémák listájának összeállítása. Ezek a problémák a szekunder adatelemzés során nem feltétlenül tűnnek fel, vagy deríthetők ki, illetve lehetséges, hogy egyes társadalmi csoportokat súlyosabban érintenek. Az indikátoralapú problémalistához információk szerezhetők primer adatgyűjtés keretein belül, kérdőíves felméréssel, valamint a már meglévő adatbázisokra épülő szekunder adatgyűjtéssel. A vélt problémák listájának elkészítéséhez primer adatgyűjtés keretein belül, a közösséget képviselő stakeholderek, szakértők körében végzett személyes és fókuszcsoportos interjúk szolgáltathatnak információt.

Adatgyűjtés számos módon kivitelezhető, a lehetséges módszerek jelentősen különböznek költség-, valamint erőforrásigényben, illetve az adatgyűjtési és -elemzési módszertan összetettségében is.⁷ A módszertan kiválasztásakor tehát fontos mérlegelni, hogy a kutatásba fektetett erőforrás várhatóan mennyi többletinformációt biztosít a vizsgált közösségről, így a jelentős erőforrást igénylő, ám nem elegendő vagy nem megbízható többletinformációt biztosító adatgyűjtés kevésbé preferálandó szűkös közösségi erőforrások esetén.

2. Problémák azonosítása és rangsorolása

A második lépésben a helyzetértékelés során azonosított problémák és a hozzájuk illesztett, lehetséges beavatkozások rangsorolása a feladat. A rangsorolás célja az, hogy a közösség tagjait legnagyobb mértékben érintő, legsúlyosabb egészségi problémák megoldását szolgáló, bizonyítottan hatásos beavatkozásokat azonosítsuk, így biztosítva a rendelkezésre álló közösségi erőforrások lehető legjobb felhasználását. A két problémalistából tehát egyetlen probléma-beavatkozás rangsort szükséges készíteni.

A probléma-beavatkozás rangsor elkészítése a Hanlon és munkatársa által az egészségi problémák prioritizálására kifejlesztett módszertan⁸ alkalmazásával javasolt. (Fontos azonban megjegyezni, hogy a Hanlon-módszertannak is több alternatívája létezik, az alternatívák főként a problémák és beavatkozások súlyozásában mutatnak eltérést, lásd pl. a Neiger és munkatársai által fejlesztett metódust⁹). A prioritizálási módszertan négy lépésből áll: 1. a probléma-beavatkozás párok értékelése, 2. a beavatkozások szelektálása, 3. prioritási súlyok képzése, 4. rangsor képzése.

A probléma-beavatkozás párokat 0-10-ig terjedő skálán három szempont szerint értékeljük: a probléma mérete; a probléma súlyossága; és a beavatkozás hatásossága. A probléma méretének értékelését a helyzetképben ismert adatok felhasználásával végezzük, és a szemponthoz tartozó pontszám értékét az alapján adjuk meg, hogy az adott probléma a közösség hány százalékát érinti. A probléma súlyosságának értékelése a betegségek, valamint az egészségmagatartással kapcsolatos kockázati tényezők (pl. alkohol- és dohányfogyasztás) DALY értéke alapján történik.

A beavatkozás hatásosságára vonatkozó információk a publikált kutatási eredményekből és beszámolókból származhatnak. Amennyiben a probléma súlyosságára vagy a beavatkozás hatásosságára

vonatkozóan nem állnak rendelkezésre információk, akkor az szakértői becslés (Delphi módszer) segítségével értékelhető.

1. táblázat: A probléma-beavatkozás párok értékelése

Az értékelés pontszáma	A probléma mérete (A közösség hány százalékát érinti?)	A probléma súlyossága (Mekkora az egészségveszteség mértéke?)	Beavatkozások hatásossága
9-10	≥25% (pl. asztma, légszennyezettség)	nagyon súlyos (pl. HIV/AIDS, tartós munkanélküliség, elhízás)	80-100%-ban hatásos (pl. oltási program, helyettesítéssel működő praxisok betöltése)
7-8	10-24,9% (pl. helyettesítéssel működő praxisok miatt hiányos hozzáférés)	súlyos (pl. vegyi anyagokkal szennyezett folyóvíz)	60-79%-ban hatásos
5-6	1-9,9%	közepesen súlyos	40-59%-ban hatásos
3-4	0,1-0,9% (pl. közlekedési balesetek)	kis mértékben súlyos	20-39%-ban hatásos (pl. a légszennyezést okozó üzem korszerűsítése)
2	0,01-0,09%	minimális mértékben súlyos	5-19%-ban hatásos (pl. közlekedésbiztonsági program)
1	kevesebb mint 0,01% (pl. meningitisz)	egyáltalán nem súlyos (pl. akne)	kevesebb mint 5 %-ban hatásos (pl. szórólaposztás)

Forrás: TÁMOP 6.2.5-B projekt Járási Egészségtervezés Módszertani Kézikönyv

A beavatkozások szelektálásakor meg kell vizsgálni, hogy: az adott beavatkozás alkalmas-e az egészségi probléma kezelésére; gazdasági szempontból van-e hozadéka a beavatkozás megvalósításának; a közösség igényli és elfogadja-e a beavatkozást; rendelkezésre állnak-e a szükséges erőforrások; a hatályos törvények lehetőséget adnak-e a beavatkozás megvalósítására. Bármelyik válaszra adott nemleges válasz esetén a beavatkozást egészen addig törölni kell a lehetőségek közül, amíg az valamennyi kritériumnak meg nem felel.

A prioritási súlyokat az első lépésben képzett – probléma-beavatkozás párokhoz rendelt – pontszámokra építve az alábbi képlet alapján kell meghatározni:

$$D = (A + 2B) * C, \text{ ahol}$$

D = prioritási súly

A= egészségi probléma méretének pontszáma

B = egészségi probléma súlyosságának pontszáma

C = a beavatkozás hatásosságának pontszáma

A rangsor képzésekor a számított prioritási súlyokra alapozva rangsoroljuk az egyes probléma-beavatkozás párokat úgy, hogy a legmagasabb prioritási súllyal rendelkező pár kapja az 1-es rangot, a második legmagasabb súllyal rendelkező a 2-est, és így tovább.

3. Lehetőségek mérlegelése és a beavatkozások kiválasztása

Az előző lépésben kialakított probléma-beavatkozás rangsorhoz az egyeztető testület bevonásával fel kell mérni a rendelkezésre bocsátható erőforrásokat, valamint a beavatkozások megvalósításában való részvételi szándékot, cselekvési hajlandóságot. A lehetőségek mérlegelésekor célszerű megvizsgálni azt, hogy az adott beavatkozás támogatja-e az egyének és közösségek részvételét az egészséggel kapcsolatos döntésekben; fejleszti-e az egyének és közösségek képességeit, hogy minél több lehetőséget teremtsenek az egészséges élet választásához. Általános alapelvként megfogalmazható, hogy olyan beavatkozások kiválasztása javasolt, amelyek elősegítik a közösség nagyarányú bevonódását, biztosítják a célcsoport öngondoskodását, összhangban állnak a közösség által más szektorokban megfogalmazott célokkal és intervenciókkal. A beavatkozások kiválasztását befolyásolhatják továbbá a járási egészségterv, országos stratégiák és szakpolitikai dokumentumok céljai, a szomszédos közösségekkel való együttműködési lehetőségek, a programokkal kapcsolatban rendelkezésre álló bizonyítékok és információk, a közösségi szereplőktől származó visszajelzések.

4. Cselekvési terv elkészítése

A járási egészségtervezés első ciklusában kétféle cselekvési terv is készül: középtávú (5 éves időszakra vonatkozó), valamint ezt lebontva a járási egészségtervezés első ciklusára vonatkozó éves cselekvési terv. A középtávú cselekvési terv nem bocsátkozik részletekbe, hanem a fő beavatkozások szintjén határozza meg a megvalósítás időrendjét és erőforrásigényét. Az éves terv gördülő jelleggel készül nagy részletettséggel (először csak az első évre vonatkozóan), a beavatkozásokat már elemi tevékenységekre lebontva tartalmazza, beleértve az időütemezést és az erőforrásokat is.

A középtávú cselekvési terv minden beavatkozását egymást követő fő tevékenységekre lehet bontani, és a tervezési időszak 5 éve között lehet elosztani. Az egyes tevékenységek évenkénti meghatározásakor ügyelni kell arra, hogy olyan tevékenységek szerepeljenek egy adott évben, amelyek előfeltételei – a terv szerint – egy korábbi ciklusban megteremtődnek.

Az éves cselekvési tervnek többek között tartalmaznia kell az egyes tevékenységek megvalósításában résztvevők körét, a megvalósítás folyamatának egyes lépéseit, azok ütemtervét, a döntéshozatali pontokat, a forrásigényeket (humán, eszköz, szolgáltatás, munkálatok, jogosultságok – mint erőforrások és ezek költségét), a megvalósítás során fellépő esetleges kockázatokat és azok csökkentésére vonatkozó javaslatot, valamint a tevékenység monitorozásához szükséges indikátorokat és értékelési tervet.¹⁰ Az éves cselekvési terv feladatainak tehát konkrétan, reálisnak, mérhetőnek és határidőhöz kötöttnek kell lennie. Javasolt a cselekvési terv elkészítése során felvenni a kapcsolatot az egyes beavatkozások tervezett megvalósítóival, a minél pontosabb terv elkészítése céljából.

5. Megvalósítás

A közösség bevonásának előfeltétele a közösség tagjainak, szervezeteinek, különböző csoportjainak informálása az egészségtervezés valamennyi lépése során. A közösség informálása az írott és elektronikus tömegkommunikáció, a közösségi média és a különböző, személyes részvételt lehetővé tevő rendezvényeken valósítható meg legkönnyebben. A közösségek bevonása a tájékoztatáson és információmegosztáson kívül további feladatok megvalósítását is igényli.¹¹ Ajánlott olyan adatbázis kialakítása, amelyből elérhető a közösségben működő, egészségfejlesztésben érdekelt szervezetek és szereplők. Fontos azonosítani a különböző szektorokhoz tartozó főbb állami, magán és civil szervezetek vezetőit, szakembereit, az adott közösségben véleményformáló kulcsszemélyeket, lehetséges együttműködő partnereket. A közösségek aktív bevonásához nélkülözhetetlen a rendszeres egyeztetések, találkozók és munkacsoportok szervezése, hírlevelek és tájékoztatók kiküldése.

A közösség bevonásának eredményessége növelhető az által, ha a tagok nemcsak információkat kapnak, de fejlesztik is az egyes tevékenységek megvalósításához szükséges képességeiket és tudásukat, továbbá olyan tevékenységekbe vonják be őket, amelyek elvégzésére nagy valószínűséggel képesek, emellett fejlődési lehetőségeket is rejtenek számukra. A megvalósítás során fontos az együttműködések kialakítása az egyes szereplők között, a szinergiák kihasználása, továbbá a megoldásközpontú beavatkozások előtérbe helyezése a problémaközpontú megközelítéssel szemben.

6. Monitorozás

A monitorozás célja annak nyomon követése és folyamatos értékelése, hogy a beavatkozások a cselekvési tervben foglaltaknak megfelelően valósultak-e meg, és elértük-e a kívánt eredményeket. A monitorozás tehát folyamatos visszajelzést nyújt a beavatkozások megvalósításának állapotáról. A monitorozási folyamat legfőbb elemei: a tervtől való eltérések azonosítása, az eltérések okának felderítése és megfogalmazása, valamint a javaslatok, korrekciós lépések és beavatkozások kijelölése. A monitorozás és értékelés folyamatához mindenképpen szükséges olyan terv kidolgozása, mely tartalmazza az értékelés céljának és kereteinek meghatározását; a folyamatba bevont szereplők feladatainak, felelőségeinek tisztázását; a megfelelő adatgyűjtési módszertant és a vizsgált indikátorokat, az eredmények bemutatásának formáit és a monitorozási folyamat költségeit.

A monitorozás rendkívül erőforrás-intenzív feladat, ezért fontos a konkrét célok és keretek egyértelmű meghatározása, illetve a felelősségi körök szabályozása, melyek egyébként a megfelelő elszámoltathatósághoz is nagymértékben hozzájárulnak. A folyamat kialakítása során mérlegelni kell, hogy mely tényezők azok, amelyek mérése szükséges ahhoz, hogy valóban értékelni lehessen az akciók megvalósulását. Ilyen alapvető tényezők között említhetjük a folyamatok hatékonyságát, az akciók eredményességét. A folyamatosan végzett monitoring az erőforrások felhasználását, az információk rendszerét, az érdekérvényesítést is értékelni tudja. Ezekon túlmenően az akciók és cselekvési tervek hosszabb távú, ciklikus monitorozására, a stratégia,

a célkitűzések, a prioritások visszacsatolására, valamint felülvizsgálatára is lehetőséget ad.

MEGBESZÉLÉS

A járási egészségtervezés módszertana számottevő területen tartalmaz innovatív elemeket. A fejlesztő munkacsoport számos népegészségügyi fogalom széleskörű kompromisszumon alapuló definícióját alkotta meg, és azonosította a közösség fogalmának értelmezési lehetőségeit. A helyzetértékelési módszertan részletes és gyakorlatias útmutatókat, indikátorlistákat tartalmaz a primer és szekunder adatgyűjtések és adatelemzések megvalósításához. A közösségek vélt problémáinak feltérképezéséhez olyan félig strukturált interjúvázatok készültek, amelyek eredményesen alkalmazhatók az egészségügyi és kapcsolódó ágazatok, gazdasági és civil szervezetek képviselőivel, szakértőivel folytatott interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések során. A módszertan egyik legfontosabb innovációja a Hanlon és munkatársai által megalkotott prioritizálás-módszertan adaptálása, aminek alkalmazásával lehetőség nyílik a megfogalmazott probléma-beavatkozás párok tudományos szempontok szerinti értékelésére. A prioritizálás-módszertan alkalmazásával elősegíthető, hogy a közösségi erőforrásokat olyan beavatkozások megvalósítására fordítsuk, amelyek nagy valószínűséggel hatékonyan termelnek egészségnyereséget. A fejlesztő munkacsoport további fontos fejlesztésének tekinthető a hazai és nemzetközi szakirodalom alapján összeállított, bizonyítottan hatásos beavatkozások gyűjteménye, ami részletezettségéből fakadóan jelentős támogatást biztosít a népegészségügyi beavatkozások tervezésekor és megvalósításakor. A módszertan fontos újításai továbbá a közép- és rövid távú cselekvési tervek, valamint a monitorozási és értékelési tervek készítéséhez biztosított részletes szakmai segédletek, útmutatók és gyakorlati példák.

ÖSSZEGRZÉS

A módszertan közel egy éves tesztidőszaka alapján több fontos tapasztalat fogalmazható meg. Az egészségtervezés sikere nagymértékben múlt

a tervezés vezetőjének helyi társadalomba való beágyazottságától, kapcsolati tőkétől. Ezért érdemes nagy hangsúlyt fektetni az egészségtervezés folyamatát irányító, koordináló szakértők ismereteinek és készségeinek fejlesztésére a közösségi szereplők bevonásához, aktivizálásához, továbbá az egyeztető testületek megalakításához és működtetéséhez. A tervezés és megvalósítás során egyaránt nélkülözhetetlenek a jó szervezési, koordinációs és menedzsment készségek. A tesztidőszak fontos tanulsága volt továbbá, hogy nem célszerű az epidemiológiai adatok elemzését és értékelését a helyi szinten dolgozó szereplőkre bízni, mert az eltérő tanulmányi és munkatapasztalatok olykor heterogén színvonalú elemzéseket és azokból tévesen levont következtéseket eredményeztek. A monitorozáshoz szükséges erőforrások allokálásakor továbbá célszerű szem előtt tartani, hogy a halálzási és megbetegedési adatok helyett érdemesebb a lakosság egészségmagatartására és

az egészségkockázatot jelentő társas és mesterséges környezeti tényezőkre fókuszálni. Mivel az egészségi állapotot számos, egymással is kölcsönhatásban lévő tényező komplex rendszere befolyásolja, ezért elmondható, hogy csak a komplex beavatkozások lehetnek sikeresek. A módszertanban alkalmazott megközelítés lehetővé teszi a komplex népegészségügyi beavatkozások tervezését és megvalósítását. A tesztidőszakot követően a módszertani kézikönyvet elektronikus formában eljuttatták valamennyi járási önkormányzati hivatalnak, amelyek egy 2015. évi jogszabályváltozás értelmében a járási egészségtervek készítéséért felelősek, bevonva számos járási szervezetet és szereplőt.¹² A jelen közleményben ismertetett módszertan alapját képezi az egészségfejlesztési hálózat továbbfejlesztését célzó, az Európai Unió támogatásával megvalósuló népegészségügyi projektnek is.

HIVATKOZÁSOK

¹ Vercseg I. Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan5.pdf>

² Warren R L. Towards a Reformulation of Community Theory In Human Organisation, vol XV. 1957.

³ Hankiss E. A közösségek válsága és hiánya. In: *Diagnózisok*. Budapest. Magvető Kiadó. 1983

⁴ T. Kiss Tamás. Felfogások és irányzatok a hazai közösségkutatásban In: T. Kiss Tamás: *Civilizációk – kultúrák – közösségek*. Szegedi Egyetemi Kiadó, 2009

⁵ Vitányi I. Új társadalom – új szemlélet. Budapest. Napvilág Kiadó – Tánácsics Mihály Alapítvány 2007

⁶ Global Burden of Diseases Study; <http://www.healthdata.org/gbd> Magyarországra vonatkozó 2010-es adatok

⁷ Barnett K. Best practices for community health needs assessment and implementation strategy development: a review of scientific methods, current practices, and future potential; The Centers for Disease Control and Prevention, 2011

⁸ Hanlon J J, Pickett G. E. Public health administration and practice. 1984, St. Louis, MO: Time Mirror/Mosby

⁹ Brad L. Neiger, Thackeray R, Fagen M C. Basic Priority Model 2.0: Current Applications for Priority Setting In Health Promotion. *Health Promotion Practice*, 2011. 12: 166

¹⁰ Huber T. Projekttervezés és projektmenedzsment. ELTE Társadalomtudomány Kar, Budapest. 2011.

¹¹ Füzési Zs, Tistyán L. Egészségterv – a módszer magyarországi kidolgozóinak szemével. In: Lencsés G, Szőke K (editor). *Közösségi alapú egészségterv: gyakorlati kézikönyv – Bp.: Egészséges Településekért Alapítvány, 2009. pp. 21-24.*

¹² 2015. évi CCXXIV. törvény az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról, <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500224.TV>